

**MODALIDAD DISTANCIA –SEDE JUJUY.
CATEDRA TALLER DE TRABAJO FINAL**

**LAS ACCIONES QUE REALIZAN LAS ENFERMERAS EN RELACION AL
CUIDADO DE SU SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE GENERO.**

**Trabajo a realizarse en el hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda en la ciudad
de San Miguel de Tucumán en el segundo semestre de 2019.**

Asesora Metodológica:

Lic. Mirta Piovano

Autora:

Enf. Prof. Maria Olga Cervantes.

Jujuy, diciembre de 2018.

¿Qué es La Mujer? "La Mujer" es una ilusión. Punto de anclaje de mitos, ideales, prácticas y discursos por los que una sociedad -en sus hombres y mujeres concretos- construye a La Mujer...de igual manera construye al Hombre.

Ilusión, pero de tal potencia que consolida efectos no sólo sobre prácticas y discursos; sino también sobre los procesos materiales de la sociedad. Ilusión, pero de tal fuerza que produce realidad: es más real que las mujeres. --y la Mujer es más real que las mujeres; hasta tal punto



que impide registrar la singularidad de cada una de las mujeres.

Ni aun en el espejo pueden verse ellas mismas: hasta tal punto sus imágenes son

apropiadas por la imagen de la Mujer. Sus voces no pueden ser escuchadas, silenciadas como están por ese coro anónimo que habla, grita y susurra por todos lados lo que la Mujer es.

Es más real que las mujeres. Cuántas vidas de mujeres desgastadas por encarnar en sí mismas el mito de la feminidad; cuántas han sufrido -la locura o la soledad o la marginación por no poder encarnarlo; cuántas, tal vez las menos, han encontrado la felicidad al realizarlo.

Sin embargo, donde hay poder también hay resistencia...el fermento revulsivo indispensable para inventar esa imaginación radical de las mujeres ilusorias, que al no anudarse al poder imprimen en cada gesto cotidiano la transformación social...

(Fernández, 2000 p. 22)

Datos de la autora

Maria Olga Cervantes, Enfermera profesional, actualmente cursando el último año curricular de la carrera de licenciatura en Enfermería de la Escuela de Enfermería - Facultad de Ciencias Médicas - de la Universidad Nacional de Córdoba, Modalidad Distancia.

Desempeña cuidados de enfermería neonatal en Sanatorio 9 de julio de la ciudad de San Miguel de Tucumán, específicamente en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, en turno mañana. Además, trabaja como enfermera quirúrgica en el Quirófano de Perinatología del Hospital de Clínicas Presidente Nicolás Avellaneda

Agradecimiento

A todo el equipo docente de la cátedra Taller de Trabajo Final y en especial a la Licenciada Mirta Piovano, quien me alentó en la elección del tema de investigación y fue mi guía en la realización del trabajo, marcándome el camino objetivamente con excelencia, compromiso profesional y calidad humana.

A todos mis colegas por su invaluable aporte espiritual con palabras de aliento, y por su incansable colaboración en la búsqueda bibliográfica.

A mi familia por contribuir con la actitud y acción a que este trabajo sea realidad.

Índice

| | |
|---|-----------|
| Prólogo..... | 2 |
| Capítulo I: El problema de investigación | 3 |
| Planteo del problema | 4 |
| Definición del problema..... | 7 |
| Justificación del problema | 8 |
| Marco teorico | 9 |
| Definición conceptual de la variable | 23 |
| Objetivo general: | 26 |
| Objetivos especificos..... | 27 |
| Capítulo 2: Diseño metodológico..... | 28 |
| Tipo de estudio | 29 |
| Operacionalización de la variable | 29 |
| Universo y muestra..... | 31 |
| Fuente de informacion..... | 31 |
| Técnica e instrumentos de recoleccion de datos | 31 |
| Plan de recolección de datos | 32 |
| Plan de presentación de resultados | 33 |
| Plan de análisis de la información | 58 |
| Cronograma de actividades | 35 |
| Presupuesto..... | 36 |
| Referencia bibliografía | 37 |
| Anexos | 39 |
| Nota para solicitud de permiso a la intitucion de salud | 40 |
| Consentimiento informado | 42 |
| Cuestionario auto administrado para enfermeros | 43 |
| Tabla matriz | 48 |

Prólogo

Uno de los rasgos más característicos del siglo XX es la irrupción de la mujer en espacios sociales de un mundo publico tradicionalmente ocupados por hombres merced a un profundo proceso de transformación que fue perfilando nuevas imágenes de la mujer.

Por otro lado, la incorporación de la perspectiva de género a los procesos de salud-enfermedad-atención ha producido suficiente evidencia para afirmar que el género opera como un determinante de la salud. Las asimetrías jerárquicas entre los géneros que articuladas con otras diferencias entre las personas establecen vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que mujeres y varones pueden y deben cumplir en el marco del sistema sexo-genero, determinando modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos y morir.

Aun cuando las mujeres han avanzado mucho en el espacio público, se espera que continúen siendo las principales cuidadoras de la familia. Se observa, además, distintas ocupaciones segregadas por sexo; como la profesión de enfermería que históricamente arrastra consigo una imagen que se refleja en la naturaleza tradicionalmente femenina de su rol central de Cuidar y la feminización del colectivo profesional.

La presente investigación tiene como objetivo realizar un estudio descriptivo transversal, a los fines de describir las acciones que realizan en relación al cuidado de la salud desde la perspectiva de género, las enfermeras que se desempeñan en el hospital de Clínicas Presidente Nicolás Avellaneda en la ciudad de San Miguel de Tucumán en el segundo semestre del año 2019.

En el Capítulo I se expone: planteo y definición del problema, su justificación, marco teórico, definición conceptual de la variable, objetivo general y específicos.

En segunda instancia se encuentra el Capítulo II que comprende: Diseño Metodológico, donde se plasma el tipo de estudio, operacionalización de las variables, universo y muestra, fuente, técnica e instrumento, plan de recolección, procesamiento, presentación y análisis de datos, cronograma de actividades y presupuesto.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

Planteo del problema.

A nivel mundial, los últimos veinte años han sido positivos para la mujer en diversas esferas, su incorporación en el mercado laboral es considerado como uno de los fenómenos sociodemográfico más relevante del siglo pasado.

El empleo ha proporcionado a las mujeres oportunidades para desarrollar la autoestima, experiencias de satisfacción personal e independencia económica; lo que acrecentó su poder en la estructura familiar y social, además, contribuyó con el descubrimiento de competencias, habilidades y capacidades cognitivas que parecían exclusiva de los hombres.

Entre mediados y finales del siglo XIX la tenacidad y la lucha infatigable de algunas personas lograron la participación política a través del voto femenino y el acceso a los estudios secundarios y universitarios, espacios vedados para ellas hasta ese momento. Merced a éstas conquistas pudieron participar activamente en los ámbitos laborales, científicos y políticos, lo que tuvo un impacto positivo en todo el conjunto de la sociedad.

No obstante, en la actualidad, el sistema normativo de sexo y género, también denominado patriarcal, continúa estableciendo en todos los escenarios de la sociedad relaciones de subordinación de la mujer, otorgándole mayor importancia y reconocimiento social a la figura masculina. Esta modalidad de relaciones jerárquicas basado en diferencias sexuales y desigualdades de género limita el acceso de la mujer al cumplimiento de los derechos básicos, la ocupación de cargos públicos, la exposición a riesgos físicos y psicosociales (violencia y discriminación), las condiciones de empleo y las condiciones de la vida doméstica; determinantes socioculturales y económicos fundamentales para la salud.

La autora Pilar Sánchez López (2016) postula que sexo y género interactúan entre sí provocando un profundo impacto en la determinación de la salud, a su vez se interrelacionan con otros factores sociales y económicos produciendo patrones desiguales de exposición a riesgos, acceso y utilización de los servicios sanitarios.

Por otro lado, están instaurados culturalmente en la sociedad imágenes y simbolismo conformando los distintos roles sociales, distintas ocupaciones y

sectores laborales segregada por sexo; como es el caso de la profesión de enfermería que, a pesar de las transformaciones del mundo actual, históricamente arrastra consigo una imagen que se refleja en la naturaleza tradicionalmente femenina de su rol central de Cuidar y la feminización del colectivo profesional. La enfermería tiene la particularidad de ser la actividad con más alto nivel de feminización, las estadísticas evidencian el 84.4 de enfermeras colegiadas. (Instituto nacional de estadísticas, 2013)

Son de público conocimiento las problemáticas que afectan a los integrantes del colectivo profesional en Argentina, la sobrecarga laboral, el pluriempleo, las deficiencias en infraestructura e insumos, los bajos salarios y enfocados desde una perspectiva de género colocan a la enfermera en una posición de mayor vulnerabilidad.

En el ámbito laboral, además, se observan las dificultades para conciliar la vida laboral, familiar y personal; ya que en muchos casos la mujer es el único sostén económico del grupo familiar. Dentro del marco de las exigencias institucionales, las enfermeras transitan por intensas jornadas laborales, no sólo por los turnos ordinarios y la recarga de trabajo, sino porque dichos turnos o jornadas se aumentan en dos o tres más que se destinan para cumplir tareas exigidas por la institución. Estas horas no son reconocidas, es decir, no reciben remuneración por horas extras, ni dominicales, ni días feriados.

El Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda tiene todos los niveles de complejidad, funciona como Centro de derivación zonal del norte de la provincia de Tucumán, tanto del interior de la provincia como del Gran San Miguel, en los últimos años aumentaron considerablemente los requerimientos de atención que contrasta con la escasez de enfermeras, quienes usualmente desarrollan sus tareas en un ambiente propicio para la exposición a los múltiples y variados riesgos propios de su actividad, tales como biológicos, físicos, químicos, y psicosociales. Las condiciones laborales que deben afrontar, en muchos casos repercuten negativamente en el mantenimiento de su salud.

Frente a estas observaciones y luego del análisis surgen los siguientes interrogantes:

¿Se relacionan el estado de salud y el género?

¿Atribuyen las enfermeras un riesgo para su salud al ambiente laboral o a los roles de género?

¿Cuál es la influencia del género y el trabajo en el estado de salud de las enfermeras?

¿Cuál es la perspectiva de género que se otorga a las condiciones de salud?

¿El sistema sanitario tiene en cuenta la categoría de género como un determinante de salud?

¿Cómo repercuten las cuestiones de género en el estado de salud y los resultados sanitarios?

¿El sistema sanitario reconoce las diferentes normas y roles de los usuarios desde la perspectiva de género y la repercusión que tienen en el acceso a los recursos?

Con la finalidad de responder los interrogantes planteados se recurre a la revisión de antecedentes de investigación relativos a la temática.

Aspiazu (2017) analizó cuáles son los factores que inciden en la configuración de las particulares condiciones de trabajo de las y los enfermeros, los factores estructurales, vinculados a las características del sector de la salud, a la estructura normativa y a la configuración de las relaciones laborales del sector. La importancia tiene cuestiones subjetivas y culturales, asociadas a las percepciones sobre la enfermería, su valoración como profesión y el significado que adquiere el cuidado como el componente esencial de la ocupación.

Su análisis se hizo a partir de datos estadísticos disponibles y entrevistas en profundidad, los cambios en los últimos años en la enfermería, tanto en los roles al interior de los equipos de salud como en la visualización de la ocupación y de los significados del cuidado asociados a ella. Particularmente, en el impacto de

la profesionalización, en los cambios socio-demográficos asociados a la mayor participación de varones y a los niveles de calificación, en el rol de los sindicatos, y en aspectos subjetivos y culturales, tales como las percepciones acerca de la ocupación y de las condiciones laborales.

Cardaci, D. (2006) investigó las producciones académicas realizadas desde un enfoque de género a través de una extensa revisión documental, entrevistas a académicos e informantes claves en el periodo 1983-1987, concluyo que la mayor parte de las ponencias eran avances de investigación realizados en seminarios sobre *Salud Reproductiva, Población, Sexualidad y Masculinidad y Salud mental*. Los temas y problemas que se estaban abordando seguían siendo predominantemente aquellos planteados por los movimientos feministas de fines de los años sesenta y setenta: violencia doméstica, maternidad y reproducción, construcción de las identidades, sexualidad femenina, control de la fecundidad y, en menor medida, los efectos del trabajo de las mujeres en su salud.

Puig-Barrachina, Ruiz, Juliá y Calderón (2016) evidencian que los estudios realizados en España han analizado la condición laboral en forma multidimensional y encontraron que las mujeres tienen mayores niveles de precariedad, lo que produce gran impacto en su salud. Además, el mercado laboral se comporta bajo la lógica de que el empleo femenino es complementario en el seno del hogar, es decir que no es el principal sustento del núcleo familiar, sumado a ello está la interacción entre el género y las asimetrías de poder existente dentro y fuera del lugar de trabajo.

Las ocupaciones del sector salud se diferencian del resto de las ocupaciones por el tipo de servicio que brindan. A grandes rasgos, es un sector que se caracteriza principalmente por ser una actividad de mano de obra intensiva, especialmente en el empleo de profesionales mujeres, por prestar un servicio de alta repercusión social y por poseer recursos humanos altamente calificados, con un peso importante de profesionales, técnicos/as y enfermeros/as (Novick y Galín, 2003).

Luego de un examen cuidadoso de los antecedentes y a partir de los resultados obtenidos se plantea las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son las acciones que realizan en relación al cuidado de su salud desde la perspectiva de género, las enfermeras que se desempeñan en el Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda en el segundo semestre del año 2019?

Justificación.

Porque indagar las características relacionales entre el constructo género y salud facilita la comprensión de un fenómeno histórico que se visibiliza en la actualidad debidos a los movimientos femeninos revolucionarios, con el propósito de dar origen a nuevas perspectivas de conocimiento.

Porque los estudios de género tienden a intervenir sólo sobre ciertos aspectos específicos de salud, se refieren básicamente a salud reproductiva y a ciertas violencias, dejando de lado las características más relevantes que se relacionan con las formas de mantener o no la salud de las mujeres.

Para contribuir a descripción de los cambios históricos en la percepción de la estructura de género y su influencia en la salud de las mujeres; el contexto sociocultural y el rol de género se retroalimentan, las oportunidades a lo largo de la trayectoria vital, los vínculos originados en la familia, en la pareja e instituciones en las cuales se establecen relaciones condicionan las posiciones de afrontamiento del proceso salud-enfermedad.

Para incrementar el conocimiento de las diferencias o desigualdades entre hombres y mujeres en el tema de salud por la diversidad en su expresión, las exigencias del ideal de género, influyen en la salud de las personas, y lo hacen de modos diferente a mujeres y hombres cuyo fundamento es la histórica posición de poder y subordinación de uno con respecto al otro, además de las construcciones culturales producto de esa relación.

Es de vital importancia comprender cómo están afectando las estructuras de poder patriarcal en la salud de las mujeres y en qué medida se puede contribuir a un cambio social que reduzca las desigualdades a través de la utilización del

conocimiento científico como instrumento para implementar intervenciones concretas, al incorporar una nueva mirada acerca de las diferencias y especificidades en salud de las mujeres desde una perspectiva de ciudadanía, de derechos y como actora social autónoma. El reconocimiento de la mujer como sujeto de derechos que van más allá de su capacidad reproductiva.

Marco teórico.

Desde el origen de la Humanidad, su privilegio biológico ha permitido a los varones afirmarse exclusivamente como sujetos soberanos...la mujer... condenada a representar el papel del Otro...consagrada a la procreación y a faenas secundarias... y las tareas domésticas como... la propiedad privada del hombre; (Beauvoir 1949, p37) es lo que postulaba Simone de Beauvoir en su libro *“El segundo sexo”*; el cual se convirtió en la piedra angular de los movimiento de liberación femenino como creador de conciencia colectiva de las diferencias entre hombres y mujeres cuyo fundamento pretendía ser simplemente biológico...las implicancias de la frase célebre...*mujer no se nace, llega uno a serlo* (Beauvoir 1949, p 54) produjo un gran avance en la comprensión de que la diferencia entre varones y mujeres era producto de una construcción social basada en la asignación y asunción de normas, valores, y estereotipos según el sexo; y se convirtió en un avance teórico significativo ya que permitió comenzar a pensar en la subordinación de las mujeres por fuera del campo de la naturaleza.

A partir de allí surgió una prolifera producción intelectual multidisciplinaria que comenzó a configurar la denominada *Teoría Feminista*, cuyos postulados pretendían demostrar que las categorías femeninas que hasta el momento se pretendían intrínsecas, eran adquiridas de forma cultural, tanto individual como globalmente. Se quería poner de manifiesto que el concepto de género y la diferenciación entre sexos era cuestión cultural y no biológica. Se comenzaba a hacer una diferenciación entre sexo y género, con el propósito de consolidar la idea de que los hombres y mujeres son iguales, en tanto ser humano, biológicamente distintos y con requerimientos diferentes.

Desde allí se dirigieron los intentos de visibilizar a las mujeres en la esfera social, política, económica y cultural, explicar su opresión y alcanzar el logro de

relaciones más igualitarias entre varones y mujeres en todos los ámbitos. Aunque las formas de explicar la subordinación fueron diversas, todas tomaban como referencia la categoría *mujer*.

Desde los comienzos de las teorías feministas, en los años 70, se impulsó que hubiera una categoría de género en las investigaciones científicas con la idea de poder hacer una diferencia social además de biológica. Se pretendía demostrar que las categorías femeninas que hasta el momento se pretendían intrínsecas, eran adquiridas de forma cultural, tanto individual como globalmente. Se quería poner de manifiesto que el concepto de género y la diferenciación entre sexos era cuestión cultural y no biológica. Se comenzaba a hacer una diferenciación entre sexo y género. Con estas nuevas teorías y propuestas se pretendía consolidar la idea de que los hombres y mujeres son iguales y que son los procesos y construcciones culturales los que los hacen diferentes.

Natalie Davis (1975) *El...* *propósito es comprender el significado de los sexos, de los grupos de género, en el pasado histórico...es descubrir el alcance de los roles sexuales y del simbolismo sexual en las diferentes sociedades y periodos, para encontrar qué significado tuvieron y cómo funcionaron para mantener el orden social o para promover su cambio...el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder.* (p. 90)

Joan Scott (1986) en su artículo *El género: Una categoría útil para el análisis histórico* propone...“el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder. Los cambios en la organización de las relaciones sociales corresponden siempre a cambios en las representaciones del poder, pero la dirección del cambio no es necesariamente en un solo sentido. Como elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos, y el género comprende cuatro elementos interrelacionados.” (p. 23)

- Símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones, múltiples (y menudo contradictorias), pero también mitos de luz y oscuridad, de purificación y contaminación, inocencia y corrupción. Para

los historiadores, las preguntas interesantes son cuáles son las representaciones simbólicas que se evocan, cómo y en qué contextos.

- Conceptos normativos: interpretaciones de los significados de los símbolos, que se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, que afirman categóricamente y unívocamente el significado de varón y mujer, masculino y femenino. De hecho, esas declaraciones normativas dependen del rechazo o represión de posibilidades alternativas, la posición que emerge como predominante es expuesta como la única posible.
- Nociones políticas y referencias a las instituciones y organizaciones sociales: la casa y la familia como bases de la organización social, el mercado de trabajo (un mercado de trabajo segregado por sexos forma parte del proceso de construcción del género), la educación (las instituciones masculinas, las de un solo sexo, y las co-educativas forman parte del mismo proceso) y la política (el sufragio universal masculino es parte del proceso de construcción del género). El género se construye a través del parentesco, pero no en forma exclusiva; se construye también mediante la economía y la política que, al menos en nuestra sociedad, actúan hoy día de modo ampliamente independiente del parentesco.
- La identidad subjetiva, una descripción de la "transformación de la sexualidad biológica de los individuos a medida que son aculturados. Los que incluyen la historicidad, las biografías, los tratamientos colectivos." (p. 23-26)

Marta Lamas (2001) en su artículo "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría Género" cita la definición de género dada por Scott y expresa que el énfasis en lo social dentro del género no implica la exclusión del elemento biológico, por el contrario, el foco del análisis dentro de esta perspectiva se dirige al examen de ambos factores que conducen a situaciones de ventaja o desventaja para uno u otro sexo.

Por otra parte, el pensamiento antropológico puso de manifiesto que las relaciones de género establecidas y aprobadas por cada sociedad dependen de su cultura y organización.

Gayle Rubin (1986), en su clásico artículo *“El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo”*, por primera vez utiliza, la categoría *Sistema de Sexo/Género* para delimitar aquellos aspectos de la vida social que producen y sostienen la opresión de las mujeres y de las minorías sexuales. Rubin define al *Sistema de Sexo/Género* como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (p. 97).

En su ponencia postula sus ideas sobre...*la consolidación del binomio sexo/género, que entreteje el fundamento biológico como forma privilegiada para pensar la manera en que los cuerpos adquieren significados sociales... el género constituye un ordenador social que moldea la identidad a través de normas, valores, símbolos y prácticas que prescriben expectativas diferenciales sustentadas en la diferencia sexual, de esta manera, los sistemas sexo-género operan en función de la producción de sujetos adaptados a las particularidades de cada organización social.* (p. 101)

De esta manera el individuo construye su identidad, “...en la dinámica social presente en una cultura, unida a las elaboraciones personales y a la experiencia e interpretación subjetivas.” (Jodelet, 1989)

Rohlf (2000) señala que el género no es una variable estática, sino que éste se construye y expresa a través de relaciones sociales, roles y expectativas ligadas a las atribuciones femeninas y masculinas, que no son fijas y cambian según la cultura y a lo largo de la historia, es decir que son procesos culturales modificables.

Las desigualdades de género no se reproducen bien por los varones o bien por las mujeres... “sino por la asunción de determinados modelos asumidos tanto por unos y otras sobre lo masculino y lo femenino. Modelos dominantes a partir de los que se define un hombre y una mujer ideales y estereotipados, que sirven como referentes de actuación y a través de los cuales se oculta la práctica social y la heterogeneidad de estas categorías”. (Pombo, 2012)

La incorporación de la perspectiva de género a los procesos de salud-enfermedad-atención ha producido suficiente evidencia para afirmar que el

género -en tanto régimen político vertebrador de relaciones de poder- opera como un determinante de la salud. Se ha constatado que las construcciones sociales de género condicionan las modalidades en que varones y mujeres protegen su salud, perciben síntomas, transitan enfermedades, subjetivizan malestares, acceden a los sistemas de salud y toman decisiones respecto al cuidado de su salud-enfermedad. (Pombo, 2012)

Las modalidades de protección de la salud, los modos de acceso a los sistemas de salud, las decisiones respecto al cuidado de su salud-enfermedad están condicionadas por la doble responsabilidad de la mujer del trabajo productivo y reproductivo; además, limita la disponibilidad del tiempo para realizar deportes, dormir las horas necesaria o realizar actividades de esparcimiento. (García, 2008)

La subjetivación de malestares de mujeres y hombres debido a diferencias biológicas, a su distinta socialización y modelos de comportamiento de género se evidencian en diferente forma de experimentar la enfermedad, de búsqueda de ayuda; de expresión de la queja y los síntomas. Desde la feminidad tradicional, las personas interpretan sus estados físicos y anímicos de forma muy distinta, se observan una mayor sensibilidad al dolor, mayor autopercepción de los trastornos corporales y a traducirlos en estados anímicos y sensación de enfermedad. Desde la masculinidad tradicional, se produce mayor tardanza en experimentarse como enfermo. Además, las mujeres se expresan de forma más difusa e imprecisa e intercalando aspectos personales y emocionales, forma de expresión que es mal tolerada y escuchada con dificultad por los profesionales adaptados al modelo biomédico, que esperan precisión, rapidez y selectividad sobre lo somático (Velasco,2009).

En tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud como *la capacidad de las personas para desarrollarse armoniosamente en todos los espacios que conforman su vida*. Esta perspectiva no limita la definición de salud a la ausencia de enfermedad, sino que considera también los múltiples ambientes en los que se despliega la actividad humana. Las actividades de la mujer actual están vinculadas a múltiples ambientes si se tiene en cuenta el rol tradicional propio de la función reproductiva que le fue asignado históricamente

sumado al trabajo remunerado como expresión de sus elecciones personales durante su vida productiva.

En base a las Política de Igualdad de Género de la OPS las concepciones de igualdad, equidad y empoderamiento se articulan con la visión de la salud como un derecho humano. La *igualdad de género* en la salud apunta a que mujeres y hombres disfruten de similares condiciones y oportunidades para ejercer plenamente sus derechos y su potencial de estar sanos, contribuir al desarrollo de la salud y beneficiarse de los resultados de ese desarrollo. La *equidad de género* alude a la justicia en la distribución de las responsabilidades, los recursos y el poder entre mujeres y hombres, y se basa tanto en el reconocimiento de las diferencias existentes entre los sexos en dichos ámbitos, como en el imperativo de rectificar disparidades injustas. La equidad, entonces, es vista como medio, y la igualdad, como fin. La política subraya, sin embargo, que para alcanzar la igualdad no bastan las intervenciones equitativas. El logro del empoderamiento, particularmente por parte de las mujeres, se considera un requisito indispensable para conseguir la igualdad de género. (Gómez Gómez 2007)

Un objetivo medular de las estrategias de promoción de la igualdad de género se refiere a la transformación de la división tradicional por sexo del trabajo, división que ha sido ampliamente reconocida como fundamento de la subordinación económica y social de las mujeres. En virtud de tal división, en la mayoría de las sociedades, la responsabilidad principal por el trabajo remunerado (“trabajo productivo”) recae sobre los hombres, mientras que la correspondiente al trabajo no remunerado que se realiza en los hogares y la comunidad (“trabajo reproductivo”) se asigna a las mujeres.

Pese a constituir un soporte indispensable del trabajo “productivo”, el trabajo no remunerado ha permanecido invisible en términos de su contribución al desarrollo económico y social.

Esta invisibilidad con respecto a sus aportes a la producción y al bienestar se ha traducido en desventaja frente al acceso a recursos económicos y de protección social por parte de quienes asumen su realización, fundamentalmente las mujeres.

La OMS (2005) estableció una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud con expertos destacados y partidarios de diferentes áreas sociales y de salud del mundo para responder a la inquietud creciente por las inequidades persistentes y progresivas en la salud relativo al género.

El informe final de la Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género de la Comisión explica cómo el género se combina e interactúa con los determinantes sociales de la salud, e identifica las relaciones de género y poder como uno de los determinantes sociales más potentes de la salud.

Se centra en cinco áreas:

- Factores que afectan la estratificación social y el estado de las mujeres en relación con hombres.
- Exposiciones diferenciales a los factores nocivos para la salud.
- Las vulnerabilidades diferenciales que conducen a los resultados de salud desiguales.
- Consecuencias económicas y sociales diferenciales de la enfermedad y las necesidades de salud reproductiva
- Generación de sistemas de salud e investigación de salud.

Sara Velazco Arias (2009) en “Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género” propone el concepto de salud integral como un proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida. Las tres esferas, -la biológica, la social y la psíquica-, se construyen en una interacción que continúa a lo largo de toda la vida:

- Componente biológico o constitucional prácticamente se encuentra en toda enfermedad.
- Componente psicosocial, biográfico, que contribuye a su aparición en un momento determinado y no en otro, y que ha impactado en la capacidad de resistencia o la vulnerabilidad de la persona.
- Componente subjetivo, -cómo es vivida la experiencia-, que inscribe en la vida psíquica un significado personal de los acontecimientos, contribuyendo también a escribir la enfermedad sobre el cuerpo o influir en su curso. (Velazco, 2009 p. 13)

Según la autora, la salud mirada desde el enfoque de género conecta la relación sexo- género-sujeto y su interacción en el sistema biopsicosocial.

En la *esfera biológica*, el cuerpo es portador de la diferencia anatomo-fisiológica que determina la adscripción a un sexo biológico. Cada persona nace con un sexo que en términos anatómicos sería de macho o de hembra. Se habla de sexo (BIO) para referirse a las características anatómicas aún no reconvertidas por el proceso social y psíquico.

En la *esfera social* de relación y vínculos con los otros, se adscribe a identificaciones de mujeres o de hombres. Durante la socialización, se aprende a representar los roles asignados y se logra la identificación con esos papeles sociales de hombre y mujer. Estos son los roles de género. Así, hombres o mujeres se construyen como experiencia social que añade significados al estado corporal de macho/hembra.

En la *esfera psíquica*, se construyen para cada persona posiciones subjetivas femeninas y masculinas. Se construyen a lo largo de la vida interiorizando los ideales sociales y las identificaciones a través de las experiencias vividas. Las feminidades y masculinidades proceden de los modelos ideales propuestos por la sociedad, pero interiorizados y modificados por cada persona hasta convertirlos en sus ideales personales motor de sus actos.

El sujeto es el habitante del cuerpo en el espacio psíquico y se ha construido a partir de la interacción de las tres esferas. El sujeto está condicionado tanto por el cuerpo, como por las relaciones sociales y por la realidad psíquica.

La subjetividad comprende las funciones de este sujeto biopsicosocial, particular construido por cada individuo. De esta manera, el sujeto es biopsicosocial el sexo es lo biológico; y el género corresponde a las esferas social y psíquica, se trata de la socialización como hombre o mujer (roles de género) y las posiciones femeninas y masculinas interiorizadas en la esfera psíquica (ideales de feminidad y masculinidad). La subjetividad es el modo en que el sujeto vive la experiencia de sí mismo, esa experiencia no es igual para todos, es la experiencia del particular mundo en que se vive. (Velazco 2008)

Se identifican determinantes de salud/enfermedad en las tres esferas;

- Factores determinantes biológicos: la genética y la constitución, los cuidados del cuerpo que varían con los estilos de vida y los factores ambientales. Considerando el género, los hombres y las mujeres tienen distinta vulnerabilidad a los distintos factores biológicos, además de diferentes estilos de vida debido a distintas costumbres de género. (Constitución Agresiones del medio ambiente, tóxicos Estilos de vida Consumo de tóxicos Alimentación Ejercicio Descanso Desgaste orgánico Envejecimiento Huellas biográficas Significativas en el mapa del cuerpo)
- Factores determinantes sociales: los socioeconómicos, que son responsables de desigualdades sociales en la forma de enfermar. Y las desigualdades de género, ya que las desventajas socioeconómicas y culturales afectan más a las mujeres que a los hombres, profundizando las desigualdades de género, causando mayor gradiente de mala salud y deterioro de la calidad de vida para las mujeres. (Condiciones socioeconómicas, Clase social, Condiciones de trabajo, Nivel educativo)
- Procesos determinantes psicosociales: conocidos como procesos de vulnerabilidad, hacen referencia a aquellas situaciones o experiencias biográficas y modos de vida que colocan a las personas en situación potencialmente vulnerable. No son factores de riesgo estáticos, sino procesos que imprimen vulnerabilidad. (Circunstancias sociales, biografía y acontecimientos vitales. Pérdidas, muerte. Grandes carencias Frustración ante el éxito no alcanzado. Conflictos laborales. Falta de reconocimiento y valoración. Conflictos de intimidad y sexualidad, pareja y familia. Sobrecargas de roles de género. Desarraigo, exclusión)
- Procesos determinantes subjetivos: corresponden a las vivencias personales, cómo es para cada uno/a la experiencia vivida y qué llega a significar. Esta tercera esfera incluye determinantes que producen la variación en las formas de reaccionar y de enfermar singulares de cada persona, aún estando sometidas a los mismos factores socioeconómicos y a similares procesos psicosociales. (Experiencia vivida; significado

subjetivo de vivencias Ausencia de realización Posición pasiva Ser objeto de otros y de modelos sociales. Sentimientos como tristeza, soledad, desamor, vacío, rabia, miedo, odio.)

Los determinantes psicosociales de género son procesos psicosociales producto de las formas de vida como mujeres u hombres, son modos de vida o condiciones psicosociales que determinan *vulnerabilidad* y que pueden estar influyendo en la forma de enfermar. Son construidos por cada sociedad, -lo social-, y las vivencias subjetivas debidas a las identidades masculina y femenina, influidas por los ideales de feminidad y masculinidad, -lo psíquico. Estos procesos se agrupan bajo cuatro modelos de género distintos compuestos por los roles de género (esfera social) que fundamentan estereotipos sociales, y las posiciones de ideales de feminidad y masculinidad (esfera subjetiva) generando actitudes y vivencias individuales que aumentan la vulnerabilidad.

1)-Modelo de género tradicional: Se apoya en una organización social que precisa la división sexual del trabajo apoyándose en el sistema patriarcal de relaciones de género, basado en relaciones jerarquizadas y de poder/subordinación de hombre a mujer. Plenamente vigente hasta finales del siglo XIX en el mundo occidental y con presencia social aún en las generaciones adulta y mayor. Los procesos determinantes de vulnerabilidad procedentes de este modelo se deben a las relaciones de poder/subordinación.

Procesos Psicosociales de vulnerabilidad por rol de género:

- Subordinación/dependencia/falta de autonomía
- Carencias por relación asimétrica de pareja.
- Falta de comunicación íntima.
- Ausencia del cuidado y devolución amorosa.
- Abusos y malos tratos. Reclusión en espacio doméstico.
- Trabajo como ama de casa.
- Aislamiento con falta de estímulo.
- Trabajo repetitivo, invisible, desvalorizado y no remunerado.

- Incomunicación, falta de relaciones y apoyo social
- Rol de cuidadora como única vía de realización: física y emocional.
- Rol de soporte para todos.
- Consumo de tóxicos de su pareja y otros.
- Falta de proyecto y realización propios.

Procesos subjetivos de vulnerabilidad por conflictos en ideales de feminidad:

- Mantener posiciones pasivas y objetales: Dependencia afectiva, exposición a abusos.

- Sexualidad activa proscrita en la definición de feminidad moral tradicional.

- Frustración y duelo por ruptura o abandono de pareja.

- Sentimiento de obligación de cuidar.

- Dificultades con el ideal maternal (infertilidad o embarazos conflictivos).

- Conflicto con el ideal de “buena madre”: hijos/as con enfermedad o marginados.

- Periodos de ciclo vital que redefinen la feminidad (adolescencia, maternidad, menopausia, histerectomía, mastectomía...).

2)- Modelo de género en transición: Este modelo avanza desde principios del siglo XX y evoluciona por el acceso de las mujeres a la educación, al trabajo y el ámbito público y la consecuente salida del lugar de subordinación. Lo viven mujeres y hombres innovadores que han de transgredir el modelo de género tradicional en el que han sido socializados. Por ello, se trata de un cambio no acabado en el que hombres y mujeres han modificado el modelo social, aunque conservan aún valores tradicionales en la esfera íntima.

Procesos Psicosociales de vulnerabilidad por rol de género:

- Sobrecarga por acumulación de roles antiguos y nuevos: Doble jornada laboral (dentro y fuera de casa). Triple jornada (dentro y fuera de casa y cuidado de dependientes).

- Cuidado de dos o más hijos pequeños. “Supermujer”, “abuela esclava”..
- Carga monoparental en soledad.
- Frustración del proyecto personal de trabajo.
- Infravaloración y segregación en el trabajo remunerado frente al masculino.
- Acoso laboral

Procesos subjetivos de vulnerabilidad por conflictos en ideales de feminidad

- Trasgresión de roles familiares y de feminidad esperados en mujeres innovadoras.
- Conflictos de pareja por redistribución del poder o posiciones de privilegio de los hombres.
- Frustraciones y duelo por ruptura o abandono de pareja.
- Dificultades de compatibilidad con el ideal maternal (desacuerdos sobre el deseo con la pareja, infertilidad, retraso de la maternidad...).
- Conflicto con el ideal de “buena madre”: hijos/as con enfermedad o marginados.
- Periodos de ciclo vital que redefinen la feminidad (adolescencia, maternidad, menopausia, histerectomía, mastectomía...).

3)- Modelo de género contemporáneo: En la segunda mitad del siglo XX y en el XXI se ha evolucionado de la sociedad productiva a la sociedad de consumo. Esta organización socioeconómica tiene su objetivo central en la producción y consumo de los bienes materiales, y se estabiliza a base de dar un lugar preferencial a los intereses individuales. Conlleva el desplazamiento de los valores e ideales sociales hacia la realización individual a través del éxito personal y social, cuyos indicadores principales son la capacidad de consumo de bienes materiales y el confort. El cuerpo llega al primer plano representando al individuo y, por tanto, su imagen ha de reflejar los signos del éxito, la belleza y el disfrute.

En este contexto, las parejas se unen para cooperar en los proyectos individuales de ambos, por lo que el valor de la libertad individual y la satisfacción están por encima de la permanencia de la relación. El amor es el horizonte ideal de la unión, aunque la sexualidad es el trazador del éxito de la relación. Los círculos de amigos/as funcionan como la familia en cuanto a apoyo logístico y afectivo y tienden a ser más estables que las parejas. Los procesos de vulnerabilidad, que en parte son los mismos para mujeres y hombres, se diferencian sólo en los ideales dicotómicos de cuerpo.

Procesos de vulnerabilidad por roles de género:

- Profesionales, trabajo remunerado.
- Competitividad entre ambos por el ideal de éxito personal y social.
- El diferente desarrollo personal produce rivalidad y distanciamiento.
- Los proyectos y realizaciones individuales pueden colisionar y dividir la pareja.
- Falta de realización de maternidad por asincronía del deseo en la pareja o por competencia con proyecto individual.

Procesos subjetivos de vulnerabilidad:

- Ideal de eterna juventud.
- Desorientación sobre significado y requerimientos del amor.
- Sobre-exigencia de satisfacción sexual.
- Caída de interés sexual puede deteriorar la continuidad del vínculo de pareja.
- Experiencias sexuales fuera de la pareja pueden entrar en contradicción.
- Necesidad de re-identificación (reajuste de identidad) con parejas sucesivas.
- Periodos largos en la vida de soledad y búsqueda.
- Dificultad para encontrar pareja, soledad, frustración, sentimientos de fracaso y abandono.

Procesos subjetivos de vulnerabilidad:

- Discriminación de feminidades masculinas.

- Ideal de feminidad focalizado en el cuerpo: delgado, lujoso, etéreo, seductor, sexy, extravagante.

- Insatisfacción con el propio cuerpo.

- Restricción dietética, compulsión a cirugía remodeladora.

- Hiperconsumo para transformación de la imagen.

4) Modelo de género igualitario

La pareja igualitaria puede considerarse el modelo protector de género. Es el modelo horizonte tanto de las generaciones adultas como de las más jóvenes, aunque son estas últimas las que van acercándose más en la medida en que han sido socializadas ya en modelo no tradicional. Se trata de relaciones comprometidas entre los sexos, en pie de igualdad social e íntima.

Factores protectores de género: las relaciones de género resultan de riesgo para mujeres y hombres cuando existen relaciones de poder, cuando objetualizan a uno de ambos, y de las contradicciones entre los ideales sociales y los personales, antiguos y nuevos. Por ello, las relaciones que permitan ganancia de autonomía, capacidad de realización personal y relaciones no dependientes e igualitarias, serán protectoras.

Para las mujeres:

- Alcanzar posiciones subjetivas activas.

- Autonomía e independencia.

- Proyectos y realizaciones propias (empoderamiento individual).

- Sociabilizarse, creando red de encuentro y apoyo social (empoderamiento comunitario).

- No ser víctima pasiva de las circunstancias y de los modelos sociales.

- Abandonar las sujeciones del modelo tradicional.

-Resolver las sobrecargas compartiendo y conciliando, no apoyando todo el proyecto vital en el cuidado de los otros.

Las representaciones estereotipadas de género vigentes en la sociedad y de la que son participe tanto los profesionales de la salud como los sujetos de atención proceden de las representaciones sociales acerca de cómo son los hombres y las mujeres basadas en el modelo de género tradicional. (Velasco, 2008)

Algunos de ellos son:

-Creencia de que la queja de las mujeres está injustificada porque es producto de su debilidad.

-Creencia en la tendencia de las mujeres a pedir ayuda por su dependencia afectiva.

-Desvalorización de la queja de las mujeres.

-Estigma de las mujeres como mentalmente trastornadas.

-Sobre-valoración y credibilidad de la fortaleza masculina.

-Invisibilidad de las mujeres como trabajadoras y productoras.

-Visibilidad de las mujeres sólo en su función maternal y de cuidadoras.

-Invisibilidad de posibles hábitos que están excluidos de la feminidad tradicional (tabaco, alcohol, actividad sexual...)

Todos ellos desembocan en un efecto común: ignorar, minimizar y restar credibilidad a la importancia de los síntomas y sufrimientos de las mujeres, apreciando, sin embargo, mayor importancia en los hombres.

Definición conceptual de la variable

Los roles y posiciones de género de ideales femeninos que asumen las mujeres o los conflictos que surgen entre lo que se espera de ellas y las decisiones que toman en búsqueda de su autonomía define diferentes modelos de género como determinante de la salud, lo que permite identificar procesos de vulnerabilidad o de protección influyendo en las acciones para el cuidado de la salud. (Velasco, 2009)

Se distinguen cuatro modelos:

1.- Modelo tradicional: se caracteriza por la división sexual del trabajo (trabajo productivo exclusivo del hombre y trabajo reproductivo de la mujer) y se apoya en el sistema de relaciones de género patriarcal, basado en relaciones jerarquizadas y de poder/subordinación de hombre, el motivo de la unión (contrato matrimonial de permanencia y exclusividad) es constituir el núcleo social básico, la familia, compuesta por hombre, mujer e hijos/as; se apoya en prescripciones morales de comportamiento para mantener esa estructura. Con ideales de feminidad y masculinidad dicotómico para responder a papeles distintos en el contrato matrimonial. La relación de sujeto (hombre) a objeto (mujer). Masculinidad: poder, propiedad, potencia cuya realización personal es ser cabeza de familia. Feminidad: subordinación, entrega, pasividad cuya finalidad es la maternidad.

2.- Modelo en transición: se distingue por la salida de las mujeres del lugar de subordinación, su acceso a la educación, al trabajo y el ámbito público, hombres y mujeres han modificado el modelo social, pero conservan valores tradicionales en la esfera íntima. El núcleo social mínimo es la pareja, el motivo de la unión electiva es el amor y crear una familia no jerarquizada. Trabajo remunerado o productivo de ambos, trabajo doméstico o reproductivo desigualmente repartido. Hombre o mujer sin relación de poder/subordinación, pero dependencia mutua para apoyo socioeconómico y afectivo. Las prescripciones morales se adaptan al mantenimiento de los papeles múltiples esperados. Ideales de feminidad y masculinidad: Igualitario en derechos y dicotómico en la esfera de la intimidad. Lo femenino mantiene valores íntimos tradicionales de entrega, sostén de la vida cotidiana, afectiva y el cuidado. Realización a través de un proyecto público y de trabajo propio, además de mantener una pareja satisfactoria y maternidad cuidadora. Masculinidad en transición conservando valores íntimos tradicionales, capacidad y superioridad relativa sobre la mujer. Realización personal mediante proyecto público y de trabajo propio, mantener pareja satisfactoria, paternidad nominal y de responsabilidad social.

3).- Modelo contemporáneo: El núcleo social mínimo es el individuo. El motivo de la unión: el amor en pareja, compartir proyectos de vida sin comprometer la libertad individual, para facilitar los proyectos particulares mediante alianza de

recursos, sexualidad fácilmente asegurada en una relación igualitaria sin contrato de permanencia y exclusividad, pero de poder atomizado, individualizado. La estructura de la pareja está compuesta por dos personas de cualquier sexo y en diversas modalidades de convivencia, con hijos/as como proyectos individuales sumables y pueden circular fuera de la pareja. Ideal de masculinidad y feminidad no dicotómico basada en una relación de sujeto a sujeto. Masculinidad y feminidad con los mismos atributos ideales: actividad, seguridad, brillantez intelectual, comprensión, receptividad-actividad sexual, capacidad paternal/maternal. Realización: proyectos vitales propios, profesionales, amorosos, paternos/maternos. Modelo corporal dicotómico.

4).- Modelo igualitario: Es el modelo horizonte tanto de las generaciones adultas como de las más jóvenes, aunque son estas últimas las que van acercándose más, en la medida en que han sido socializadas ya en modelo no tradicional. Posiblemente la pareja igualitaria, que puede incluir personas de cualquier sexo y orientación sexual, sea el modelo protector de género, ya que el riesgo de género procede, en última instancia, de las relaciones de poder, de las relaciones que objetalizan a uno de ambos y de las contradicciones entre los ideales sociales y los personales.

A través de los procesos subjetivos, se construyen para cada persona posiciones subjetivas femeninas y masculinas, proceden de los modelos ideales propuestos por la sociedad a lo largo de la vida, pero interiorizados y modificados por cada persona hasta convertirlos en sus ideales personales motor de sus actos, estos modelos se reflejan en las acciones concretas para el cuidado de su salud. (Velasco, 2009)

Por todo lo anteriormente expuesto, se procederá entonces a la definición conceptual de las variables en estudio:

Para las acciones que realizan las enfermeras en relación al cuidado de la salud desde la perspectiva de género, la investigadora se posiciona en la autora Pombo (2012) quien define el género -en tanto régimen político vertebrador de relaciones de poder- que opera como un determinante de la salud, dado que las construcciones sociales de género condicionan las modalidades del cuidado de la misma, influyendo en las acciones de:

1. Proteger su salud. Relacionadas al modelo adoptado se reflejan en las actitudes y comportamientos de autocuidado o no, la disponibilidad del tiempo, o la organización de las responsabilidades vitales o no para realizar deportes, dormir las horas necesaria o realizar actividades de esparcimiento.
2. Percibir síntomas: las personas interpretan sus estados físicos y anímicos de forma muy distinta.
3. Transitar enfermedades: corresponden a las modalidades de afrontamiento, la utilización y gestión de los recursos para la recuperación de la salud.
4. Subjetivizar malestares: corresponden a las vivencias personales, cómo es para cada uno/a la experiencia vivida y qué llega a significar, lo que se refleja en formas de reaccionar y de enfermar singulares de cada persona, aún estando sometidas a los mismos factores socioeconómicos y a similares procesos psicosociales; algunas presentan mayor sensibilidad al dolor, mayor autopercepción de los trastornos corporales y los traducen en estados anímicos y sensación de enfermedad (intercalan aspectos personales y emocionales). Esta forma de expresión de los síntomas puede ser mal tolerada y escuchada con dificultad por los profesionales sanitarios enmarcados en el modelo biomédico, quienes esperan precisión, rapidez y selectividad sobre lo somático para determinar la medicalización de la persona.
5. Acceder a los sistemas de salud: Son los mecanismos que se utilizan para procurar la atención sanitaria.
6. Tomar decisiones respecto al cuidado de la salud-enfermedad: están condicionadas por la doble responsabilidad de la mujer del trabajo productivo y reproductivo, además de las posiciones de géneros producto de su historia personal.

OBJETIVOS

Objetivo general

Indagar las acciones que realizan en relación al cuidado de la salud desde la perspectiva de género, las enfermeras que se desempeñan en el Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda en el segundo semestre del año 2019.

Objetivos específicos

-Identificar la presencia de los roles de género y posiciones de feminidad que reflejan los diferentes modelos en que se ubican las enfermeras. (Tradicional, de transición, contemporáneo, igualitario).

-Conocer las acciones que realizan las enfermeras cuando perciben síntomas, transitan enfermedades, subjetivizan malestares según el modelo adoptado.

-Determinar los mecanismos que utilizan para acceder a los sistemas de salud según el modelo adoptado.

-Indagar sobre las decisiones que toman respecto al cuidado de su salud-enfermedad según el modelo adoptado.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

El presente proyecto de investigación se llevará a cabo a través de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal.

Cuantitativo porque se utilizará el pensamiento deductivo, para arribar a distintas conclusiones a través de la utilización de técnicas y herramientas de medición numérica, con el fin de establecer las características más relevantes de las variables en estudio.

Descriptivo porque permitirá establecer la frecuencia con la que se presentan las características de una población determinada; pondrá en evidencia las acciones que realizan las enfermeras en relación al cuidado de su salud y además permitirá conocer el modelo de género predominante en el que se ubican según las posiciones y roles de género que asumen las enfermeras que trabajan en el Hospital de Clínicas Presidente Nicolás Avellaneda de la ciudad de San Miguel de Tucumán.

Transversal porque la variable se estudiará en un momento puntual mediante la aplicación del instrumento en una sola instancia. La recolección de los datos del fenómeno a investigar será en un periodo determinado, por medio de un corte en el tiempo comprendido en el segundo semestre del año 2019.

Operacionalización de la variable.

| Variable | Dimensio- nes | Indicadores | Sub-indicador |
|-----------------|--------------------------|--------------------|----------------------|
|-----------------|--------------------------|--------------------|----------------------|

| | | | |
|---|--------------------------------|---|--|
| Las acciones que realizan las enfermeras en relación al cuidado de la salud desde la perspectiva de género. | Proteger la salud | Relacionadas al modelo adoptado se reflejan en las actitudes y comportamientos de autocuidado o no, la disponibilidad del tiempo, o la organización de las responsabilidades vitales o no para realizar deportes, dormir las horas necesaria o realizar actividades de esparcimiento. | <ul style="list-style-type: none"> -Alimentación saludable y equilibrada. -Dormir 8 horas -Ejercicio físico regular. -Mantener relación peso/ talla. -Se protege en presencia de tóxicos, RX, situaciones de violencia y malos tratos. -Socializar (comparte salidas, charla con otras personas, expresa sus emociones) -Actividades de esparcimiento, al menos tres veces por semana (pasatiempos, hobby, deportes, -Compartir el trabajo reproductivo. (el cuidado de los hijos si los hubiere, las tareas de hogar, lavar ropa, cocinar, planchar.) |
| | Percibir síntomas. | Las personas interpretan sus estados físicos y anímicos de forma muy distinta. | <ul style="list-style-type: none"> -Consulta al médico. -Se automedica. -Realiza estudios complementarios antes de empezar tratamiento farmacológico. -Busca información en internet. -Se preocupa y espera una solución mágica. |
| | Cuando transitan enfermedades. | Transitar enfermedades: corresponden a las modalidades de afrontamiento, la utilización y gestión de los recursos para la recuperación de la salud. | <ul style="list-style-type: none"> Cumple con las indicaciones del médico. -Realiza reposo. -Pide carpeta médica en su trabajo. -Cumple tratamiento farmacológico mientras va a trabajar. -Dispone de tiempo para la recuperación de su salud. -Pide compañía y ayuda de familiares y amigos. -Abandona el tratamiento por diversos motivos. |
| | Subjetiviza | Las vivencias personales, cómo es para cada uno/a la experiencia vivida y qué llega a significar, lo que se refleja en formas de reaccionar y de enfermar singulares de cada persona (mayor sensibilidad al dolor, | <ul style="list-style-type: none"> -Consume de psicofármacos -Desequilibrio emocional. -Somatizaciones (presencia de gastritis, colon irritable, dolor crónico sin foco, síndrome de fatiga crónica, fibromialgia) |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | malestares | <p>mayor autopercepción de los trastornos corporales y los traducen en estados anímicos y sensación de enfermedad, intercalan aspectos personales y emocionales). Esta forma de expresión de los síntomas puede ser mal tolerada y escuchada con dificultad por los profesionales sanitarios quienes esperan precisión, rapidez y selectividad sobre lo somático para determinar la medicalización de la persona.</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Ansiedad (se come las uñas, taquicardia, manos frías y húmedas, sensación de ahogo u opresión en el pecho, dificultad para conciliar el sueño) -Medicalización. -Busca ayuda con amigos o colegas de trabajo o su familia. -Consulta a Psicólogo. -Espera soluciones mágicas, consulta a adivinos. - Hipocondría. -Dificultad para diferenciar trastornos somáticos de los emocionales. -Dificultad para expresar específicamente los síntomas. -Puede reconocer las causas de los síntomas y los expresa libremente. |
| | Accede a los sistemas de salud | <p>Son los mecanismos que se utilizan para procurar la atención sanitaria.</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Consulta al médico en el lugar de trabajo. -Consulta al médico por teléfono. -Consulta en consultorio. -Consulta medicina alternativa. -Consulta solo si es de fácil accesibilidad. -No consulta por comodidad. |
| | Tomar decisiones respecto al cuidado de salud-enfermedad | <p>Están condicionadas por la doble responsabilidad de la mujer del trabajo productivo y reproductivo, además de las posiciones de géneros producto de su historia personal.</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Consume Fármacos sin prescripción habitualmente. -No le da importancia. -Práctica medidas preventivas. -Realiza tratamiento de enfermedades crónicas sin interrupciones -Realiza chequeos periódicos de su estado de salud. |

| Roles de género y posiciones de ideales de feminidad. | Indicadores |
|---|---|
| Modelo tradicional. | <ul style="list-style-type: none"> - Esposa en relación asimétrica de pareja. - Rol de cuidadora como única vía de realización. - Trabajo de ama de casa recluida en el espacio doméstico -Exposición a abusos y malos tratos. -Dependencia económica y afectiva. -Sexualidad por obligación -Sentimiento de obligación de cuidar. -Ideal maternal (tener varios hijos) -Renuncia a proyectos y autorrealización propia. -Carencia de tiempo propio de autocuidado |
| Modelo en transición. | <ul style="list-style-type: none"> -Trabajo remunerado y reproductivo. (Acumulación de roles) -Carga monoparental en soledad. -Renuncia al progreso laboral y profesional para cuidar de la familia. -Logra redistribución del poder en la pareja. -Posiciones de privilegio de los hombres en la pareja. -Frustraciones y duelo por la pérdida o ruptura de pareja. -Ideal de maternidad frustrada por el acceso al mercado laboral. |
| Modelo contemporáneo. | <ul style="list-style-type: none"> -Relación de pareja simétricas. -Rol de cuidadora compartido. -Trabajo remunerado y trabajo reproductivo más compartido con la pareja. -Periodos largos en la vida de soledad y búsqueda. -Experiencias sexuales fuera de la pareja -Necesidad de re-identificación (reajuste de identidad) con parejas sucesivas. -Ideal de feminidad focalizado en el cuerpo. (delgado, lujoso, etéreo, seductor, extravagante.) -Insatisfacción con el propio cuerpo. -Restricción dietética. - Compulsión a cirugía re-modeladora. -Ejercicio físico exhaustivo para bajar de peso. -Ideal de eterna juventud. - Renuncia a la maternidad por realización de proyecto personal. -Dificultad para encontrar pareja, soledad, frustración. |
| Modelo igualitario | <ul style="list-style-type: none"> -Proyectos y realizaciones propias (empoderamiento individual). -Relaciones no dependientes e igualitarias. -Ideal de maternidad electiva. -Resuelve las sobrecargas compartiendo y conciliando con su pareja. - No apoya todo el proyecto vital en el cuidado de los otros. -Alcanza posiciones subjetivas activas. (autonomía en las decisiones, se posiciona como sujeto) -Sociabiliza, creando red de encuentro y apoyo social (empoderamiento comunitario). |

Universo/Muestra

El universo estará conformado por el total de las enfermeras que se desempeñan en el Hospital de Clínicas Presidente Nicolás Avellaneda

Según las estadísticas extraídas de las oficinas de Recursos Humanos del Hospital, la fuente de información estará formada por aproximadamente 126 personas.

Criterios de Inclusión y exclusión:

- Estarán incluidas las enfermeras que tengan más de seis meses de antigüedad.
- Quedan excluidas las que se encuentren con licencia de cualquier tipo al momento de la entrevista.

Considerando que el universo o población es finita y factible de acceder no se tomará una muestra en dicho estudio.

Fuente de información

La fuente de información será primaria, los datos serán recolectados por la investigadora a través del contacto directo con los sujetos de estudio.

Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica de recolección de datos que se utilizará serán la encuesta en modalidad de entrevista, ya que permite obtener información más completa, es adaptable y fácil de aplicar.

El instrumento será una cedula de entrevista diseñada por la investigadora, que constará de 20 preguntas semiestructuradas y abiertas, las cuales serán claras, precisas y de fácil comprensión que deberán ser respondidas sin la mínima asistencia de la investigadora.

Se iniciará con una breve introducción exponiendo las razones por las cuales se lleva a cabo el estudio, éste será de carácter anónimo.

Se realizará una prueba piloto a cinco enfermeras de otra institución que serán tomadas al azar con el propósito de determinar las dificultades frente a la interpretación de las preguntas.

Plan de recolección de datos

Antes de dar inicio a la recolección de datos mediante las encuestas, se solicitará las autorizaciones correspondientes para su aplicación a las autoridades de la institución: Dirección Médica de Hospital (Anexo N° 1), Departamento de Enfermería (Anexo N° 2)

Antes del desarrollo de la sesión de entrevista se presentará el Consentimiento Informado a la enfermera en forma escrita explicitando el qué, por qué y para qué se realiza el estudio lo que les permitirá decidir sobre su participación o no del estudio (Anexo N° 3).

El desarrollo de la entrevista será en el horario diurno y nocturno, ya que en la institución existe dos turnos de trabajo y con el propósito de garantizar la participación de todas las enfermeras. Se considerará un tiempo estimado de resolución de 40 minutos, una vez finalizada la encuesta se procederá a retirar la misma (Anexo 4).

Plan de procesamiento de datos

Los datos recogidos a través del instrumento serán depurados en una primera instancia, aislando datos irrelevantes o erróneos, una vez hecho esto se procederá a lo siguiente.

- 1) Se ordenarán los instrumentos por números correlativos
- 2) Se transcribirán los datos de los instrumentos a una Tabla Maestra o Matriz (ver anexo 5)
- 3) Se determinarán las frecuencias absolutas y relativas porcentuales de cada una de la variable estudiada, para arribar a los resultados
- 4) Las preguntas abiertas serán categorizadas por similitud de respuestas. Se utilizará el programa SPSS para Windows.
- 5) Las preguntas semiestructuradas serán categorizadas de la siguiente manera: Si hay presencia de 2 o más de los indicadores será considerada un como un indicador, si es de 1 o menos no se lo considerará como tal.

Plan de Presentación de Resultados

Los resultados serán presentados en tablas de doble entrada de acuerdo a los objetivos, en el caso de las preguntas abiertas se mostrarán en cuadros de contenido, esquemas o comentarios que se construirán al finalizar el procesamiento de los datos.

Tabla 1: Presencia de los roles de género y posiciones de feminidad que reflejan los diferentes modelos (Tradicional, de transición, contemporáneo, igualitario) en que se ubican las enfermeras que se desempeñan en el Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda en el segundo semestre del año 2019.

| Roles y posiciones de género según el trabajo | Tradicional | | Transición | | Contemporáneo | | Igualitario | |
|---|-------------|----|------------|----|---------------|----|-------------|----|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Trabajo de ama de casa | | | | | | | | |
| Trabajo remunerado y trabajo domestico | | | | | | | | |
| Trabajo remunerado y trabajo doméstico compartido no totalmente | | | | | | | | |
| Trabajo remunerado y trabajo doméstico compartido por consenso | | | | | | | | |
| Realización de proyectos de crecimiento personal | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | |
| Roles y posiciones de género según el ideal de mujer | Tradicional | | Transición | | Contemporáneo | | Igualitario | |
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ideal femenino de maternidad (tiene varios hijos) | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Limitación del ideal maternal por el acceso al mercado laboral. | | | | | | | | |
| Renuncia a la maternidad por realización de proyecto individual | | | | | | | | |
| Maternidad electiva | | | | | | | | |
| Dependencia afectiva y económica. | | | | | | | | |
| Periodos largos en la vida de soledad y búsqueda de pareja | | | | | | | | |
| Ideal de feminidad focalizada en el cuerpo: delgado, lujoso, extravagante. | | | | | | | | |
| Sexualidad por obligación | | | | | | | | |
| Ideal de eterna juventud, cirugía estética. | | | | | | | | |
| Relación asincrónica de pareja | | | | | | | | |
| Carga monoparental en soledad | | | | | | | | |
| Pareja basada en relaciones simétricas dependientes. | | | | | | | | |
| Parejas no dependiente e igualitarias | | | | | | | | |
| Socializa, creando red de encuentro y apoyo comunitario | | | | | | | | |
| Logra autonomía e independencia | | | | | | | | |
| Exposición a abusos y malos tratos | | | | | | | | |

Tabla 2: Acciones de protección de la salud según los modelos de géneros adoptados (tradicional, transición, contemporáneo, igualitario) que realizan las enfermeras que se desempeñan en el Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda en el segundo semestre del año 2019.

| Acciones de protección de la salud | Tradicional | | Transición | | Contemporáneo | | Igualitario | |
|---|-------------|----|------------|----|---------------|----|-------------|----|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Alimentación saludable y equilibrada. | | | | | | | | |
| Dormir 8 horas | | | | | | | | |
| Ejercicio físico regular | | | | | | | | |
| Relación peso/talla | | | | | | | | |
| Protección en presencia de tóxicos, RX. | | | | | | | | |
| Socializar | | | | | | | | |
| Actividades de esparcimiento | | | | | | | | |
| Compartir el trabajo reproductivo | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | |

Fuente: Cedula de entrevista.

Tabla 3: Las acciones que realizan cuando subjetivizan el malestar según el modelo de género adoptado (tradicional, transición, contemporáneo, igualitario) que realizan las enfermeras que se desempeñan en el Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda en el segundo semestre del año 2019.

| Cuando subjetivizan el malestar | Tradicional | | Transición | | Contemporáneo | | Igualitario | |
|---------------------------------|-------------|----|------------|----|---------------|----|-------------|----|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Consumo de psicofármacos | | | | | | | | |
| Desequilibrio emocional. | | | | | | | | |
| Somatizaciones | | | | | | | | |
| Ansiedad. | | | | | | | | |
| Medicalización. | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Busca ayuda con amigos o colegas de trabajo o su familia. | | | | | | | | |
| Consulta a Psicólogo. | | | | | | | | |
| Espera soluciones mágicas, consulta a adivinos. | | | | | | | | |
| Hipocondría. | | | | | | | | |
| Dificultad para diferenciar trastornos somáticos de los emocionales. | | | | | | | | |
| Dificultad para expresar específicamente los síntomas. | | | | | | | | |
| Reconoce las causas del malestar y los expresa libremente. | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | |

Fuente: Cédula de entrevista.

Plan de análisis de datos

El análisis de los datos se realizará mediante la aplicación de la estadística descriptiva, en la que se compararán todos datos obtenidos, luego del procesamiento de los datos, se analizará todas aquellas acciones más relevantes para el cuidado de la salud que presentan las enfermeras.

Cronograma de actividades

| Meses del año 2019 | Julio | | | | Agosto | | | | Setiembre | | | | Octubre | | | | Noviembre | | | |
|----------------------------|-------|---|---|---|--------|---|---|---|-----------|---|---|---|---------|---|---|---|-----------|---|---|---|
| Semanas | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Prueba de instrumento | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión bibliográfica | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Recolección de datos | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | |
| Procesamiento de datos | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación de resultados | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | |
| Análisis de resultados | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | |
| Redacción de informe | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| Publicación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ |

Presupuesto

| Recursos | Cantidad | Precio unitario | Precio total |
|---------------------------|-----------------|------------------------|-----------------------|
| <i>Humanos</i> | | | |
| Investigadoras | 2 | <i>Sin costo</i> | \$0 |
| Asistente en computación | 1 | \$800 | \$800 |
| <i>Materiales</i> | | | |
| Bibliografía | <i>varias</i> | \$500 | \$500 |
| Artículos de librería | <i>Varios</i> | \$500 | \$500 |
| Impresiones | <i>Varias</i> | \$450 | \$450 |
| Encuadernaciones | 3 | \$300 | \$900 |
| <i>Técnicos</i> | | | |
| Computadora | 1 | \$0 | \$0 |
| Calculadora | 1 | \$0 | \$0 |
| Diseño diapositivas | <i>Varias</i> | \$0 | \$0 |
| <i>Imprevistos</i> | | | \$900 |
| Total presupuesto | | | <u>\$ 3210</u> |

Bibliografía

- Aspiazu, E. (2017). Las condiciones de las y los enfermeros en argentina: entre la profesionalizacion y la precariedad del cuidado en salud. *Trabajo y Sociedad*(28), 11-35. Recuperado el 18 de mayo de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttex&pid=1514-68712017000100002&Ing=es&Ing=es.
- Cardaci, D. (Enero-Abril de 2006). Ordenando relatos: Investigaciones sobre Salud y Genero en programa mexicanos de estudios de la mujer. *Salud colectiva*, 2(1), 21-34. Recuperado el 2 de junio de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1851-82652006000100003&Ing=es
- Catedra de investigacion en enfermeria, C. I. (2016). MÉTODO EMPÍRICO O CUANTITATIVO. Cordoba.
- Davis., N. Z. (2002). "*Womens History in Transition: The European Case*". (F. Montgomery, Ed.) London: Routledge. Recuperado el junio de 2018
- Estadísticas, I. I. (2014). (N. d. prensa, Ed.) Recuperado el 18 de junio de 2018, de <http://www.ine.es/prensa/np778.pdf>
- Hernandez Sampieri, R. (2014). *Metodologia de la investigacion* (sexta ed.). Mexico: Mc Graw Hill interamericana editores, S A de C V.
- Jodelet, D. (16 de Mayo de 2011). *Aportes del enfoque de las reorientaciones sociales al campo de la educacion*. Recuperado el 30 de julio de 2018
- Lopez, M. d. (Marzo- Mayo de 2016). Enfoque de Genero aplicado al estudio de la salud. *Boletín ECOS*(34). Recuperado el 18 de Mayo de 2018, de FUHEN ECOSOCIAL: <http://www.fuhen.es/ecosocial>.
- Novick, M. y. (2003). *Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud*. Observatorio de RRHH en Salud en Argentina, Buenos Aires. Recuperado el 22 de julio de 2018, de <http://cursos.campusvirtualsp.org/mod/resource/view>
- Pombo Maria Gabriela. (setiembre de 2012). La inclusion de la perspectiva de genero en el campo de la salud. *margen 66*. Recuperado el 5 de mayo de 2018, de <http://www.margen.org>
- Rohlf I., B. C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimiento y desconocimiento. *Gaceta Sanitaria*, 3(14), 60-71. Obtenido de <http://www.elsevier.es>,
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres. Notas sobre una economía politica del sexo. *Nueva Antropología*, VIII(30), 95-145.
- Tajer, D. (2004). *Construyendo una agenda de género en las políticas publicas en salud*. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Pompayan. Recuperado el 22 de 7 de 2018
- Urbano, J. Y. (2006). *Técnicas para Investigar*. Cordoba, Argentina: Editorial Brujas 2º Edicion. Recuperado el 20 de julio de 2018

Vanesa Puig Barrachina, M. R. (Marzo_Mayo de 2016). Neoliberalismo y desigualdad en salud: un problema con rostro femenino. *Boletín ECOS 34*. Recuperado el 18 de mayo de 2018, de <http://www.fuhen.es/ecosocial>

Anexos

Anexo 1 -Nota de solicitud de autorización a la Dirección Médica.

San Miguel de Tucumán, 7 de marzo de 2019.-

Hospital de Clínicas presidente Nicolás Avellaneda.

Sr. Director

S_____/_____D:

Tengo el agrado de dirigirme a usted y por su intermedio a quien corresponda, con el fin de solicitarle autorización para la recolección de datos a través de una encuesta de carácter anónimo, a enfermeras que cumplen sus funciones en diferentes turnos y servicios de esta institución.

Fundamento este pedido en motivos académicos con la finalidad de recabar información para la realización de un trabajo de investigación requerida por la Catedra de Taller de Trabajo Final, ultima materia de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba; que tiene por objetivo conocer las acciones que realiza la enfermera en relación al cuidado de su salud desde la perspectiva de género, e identificar el modelo de género en que se ubican según los roles y las posiciones de ideales femeninos que asumen.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable lo saludo atentamente.

Maria Olga Cervantes.

Anexo 2-Nota de solicitud de autorización al Departamento de enfermería.

San Miguel de Tucumán, 7 de marzo de 2019.-

Hospital de Clínicas presidente Nicolás Avellaneda.

A la Jefa de departamento de Enfermería

S_____/_____D:

Tengo el agrado de dirigirme a usted y por su intermedio a quien corresponda, con el fin de solicitarle autorización para la recolección de datos a través de una encuesta de carácter anónimo, a enfermeras que cumplen sus funciones en diferentes turnos y servicios de esta institución.

Fundamento este pedido en motivos académicos con la finalidad de recabar información para la realización de un trabajo de investigación requerida por la Catedra de Taller de Trabajo Final, ultima materia de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba; que tiene por objetivo conocer las acciones que realiza la enfermera en relación al cuidado de su salud desde la perspectiva de género, e identificar el modelo de género en que se ubican según los roles y las posiciones de ideales femeninos que asumen.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable la saludo atentamente.

Maria Olga Cervantes.

Anexo 3 -Consentimiento Informado

CATEDRA DE TALLER DE TRABAJO FINAL

Consentimiento informado

El siguiente estudio de investigación será realizado por la alumna regular de la Cátedra de Taller de Trabajo Final de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba, con el propósito de dar cumplimiento al requisito de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, se pretende recabar información con la finalidad de conocer las acciones que realiza la enfermera en relación al cuidado de su salud desde la perspectiva de género, e identificar el modelo de género en que se ubican según los roles y las posiciones de ideales femeninos que asumen.

“A través del presente escrito dejo constancia de que SI acepto participar en este estudio, se me realizara una breve encuesta con respuestas simples a contestar sobre el tema a investigar.

La participación en este estudio no posee riesgos, ya que mis datos serán preservados en anonimato. Como resultado de mi participación en este estudio no obtendré ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que los investigadores aprendan más acerca la salud de las mujeres desde la perspectiva de género y este conocimiento sea beneficioso tanto para mí como para otras personas en el futuro.”

“Antes de dar mi autorización para este estudio la investigadora me ha brindado la información amplia sobre el mismo y ha contestado satisfactoriamente mis inquietudes e interrogantes”

“Mi participación en este estudio es confidencial y los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.”

Consentimiento:

He leído y se me ha explicado toda la información descrita en este formulario antes de firmarlo, se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada a mis requerimientos. Por lo tanto accedo a participar como sujeto de investigación.”

.....

Firma

Anexo 4 -Instrumento de recolección de datos

La siguiente entrevista tiene como finalidad obtener datos acerca de las acciones que realizan en relación al cuidado de su salud desde la perspectiva de género, además recabar información sobre el modelo de género en que se ubican y que están definidos por los roles y posiciones de ideales de feminidad que asumen las enfermeras del Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda de la Ciudad de San Miguel de Tucumán en el primer semestre del año 2019. A continuación, se presentan una serie de preguntas sobre aspectos relacionados a la temática, es anónimo y se manejará de forma discreta. Se agradece SU colaboración para llevar a cabo esta investigación.

Datos generales

Cedula n°..... Fecha.....

Nombre del investigador:.....

Edad de la entrevistada: Formación Profesional.....

Antigüedad Laboral..... Condición Laboral.....

Preguntas.

1)- En relación a su trabajo y la organización de su vida privada, responda lo siguiente:

A)- ¿Cuántas horas a la semana trabaja?

_____horas.

B)- Aparte del mencionado en esta encuesta, ¿Tiene otro trabajo?

SI _____NO _____ ¿Cuál? _____

C)) - Especifique las horas de trabajo en cada uno semanalmente.

_____horas

D)- ¿Cómo se organiza para conciliar su vida laboral con la vida familiar?

E)- ¿Considera que dispone de tiempo para sí misma?

SI _____NO _____ ¿Porque? _____

2) SI Ud. tuviera que identificarse con un Modelo de mujer, lea detenidamente los siguientes enunciados y marque el que considera que la define:

- 1)- Esposa en relación de dependencia afectiva y económica.
- 2)-Trabaja de ama de casa recluida en el espacio doméstico.
- 3)-Renuncia a proyectos y autorrealización propia para cuidar de sus seres queridos.
- 4)-Exposición a abusos y malos tratos.
- 5)-Sexualidad por obligación.
- 6)-El ideal maternal es tener varios hijos.
- 7)-Carencia de tiempo propio de autocuidado.
- 8)-Posee trabajo remunerado por lo que se sobrecarga con las tareas del hogar y el cuidado de su familia.
- 9)-Renuncia al progreso laboral y profesional para cuidar de la familia.
- 10)-Logra redistribución del poder en la pareja.
- 11)-En su pareja existe posiciones de privilegio del hombre.
- 12)-Carga monoparental en soledad.
- 13)-Frustraciones y duelo por la pérdida o ruptura de pareja.
- 14)-Ideal de maternidad frustrada por el acceso al mercado laboral.
- 15)- Unión de pareja basada en relaciones de igual a igual.
- 16)-Trabajo remunerado y las tareas del hogar es más compartido con la pareja (si mantiene una relación).
- 17)-Tiene periodos largos de la vida en soledad.
- 18)-Experiencias sexuales fuera de la pareja.
- 19)-Renuncia a la maternidad o reduce número de hijos por realización de proyecto personal.
- 20)-Ideal de eterna juventud.
- 21)-Ideal de feminidad focalizado en el cuerpo. (delgado, lujoso, etéreo, seductor, extravagante.)
- 22)-Restricción dietética, o actividad física exhaustiva para mantenerse delgada.
- 23)-Presencia de cirugía remodeladora.
- 24)-Presencia de parejas sucesivas o dificultades para encontrar pareja.
- 25)-Mantiene relaciones no dependientes e igualitaria, maternidad electiva.

- 26)-Trabajo remunerado, logro de proyectos y realizaciones propias.
- 27)-Resuelve las sobrecargas compartiendo y conciliando con su pareja.
- 28)-Alcanza posiciones subjetivas activas. (Imagen de sí misma como sujeto, autonomía para tomar decisiones, manejar su propio dinero).
- 29)-Sociabiliza, creando red de encuentro y apoyo social.
- 3)- Existen aspectos de la vida cotidiana, tanto en el trabajo como en otros ámbitos que favorecen la protección de la salud, a su criterio responda:
- ¿Cuáles son las actividades que realiza para conservarla? Respecto de:
- A)- Alimentación: _____
- B) Horas que duerme diariamente: a) Mas de 8 horas ____ b) Menos de 8 y más de 6 ____ c) Menos de 6 ____ d) No lleva registro ____
- C) Actividad Física: a) Frecuente b) Exhaustiva para bajar de peso
 c) Realiza esporádicamente d) No realiza
- D) Relación de su peso acorde a su talla _____
- E) Cuando está en presencia de actividades que ponen en riesgo su salud, ya sea en el trabajo o en cualquier otro sitio _____
- 4)- ¿Comparte salidas o encuentros con otras personas que le permiten expresar sus emociones y problemas y sentirse valorada y querida?
- A) Siempre
- B) Pocas veces.
- C) Muy pocas veces
- D) Nunca. ¿Por qué? _____
- 5)- ¿Tiene pasatiempos, hobby, deportes: como ir a misa, encuentro con familiares y/o amigos, ir al gimnasio? SI _____ NO _____
- ¿Cuáles? _____ Frecuencia _____
- 6)- En su casa ¿quién se ocupa principalmente de los trabajos del hogar como: limpiar, cocinar, planchar, hacer las compras, el cuidado de dependientes)
- A) Usted sola
- B) Su pareja sola
- C) Usted compartiéndolo con su pareja.
- D) Una persona contratada (que cobra por ello)
- E) Otros _____

7)- Imagine que en este momento identifica o percibe síntomas que usted asocie con una enfermedad. ¿Cómo procedería? Enumere todas las actividades que realizaría:_____

8)- ¿Padece o padeció alguna enfermedad crónica o aguda? SI_____NO_____
Cual_____

B)- ¿Cómo sobrelleva o sobrellevó ese proceso? _____

C)- ¿Considera que la organización familiar se vio afectada por esa situación?
Explique_____

D)- ¿Qué importancia tiene para usted? Explique brevemente con sus palabras:

9)- ¿En los últimos años se sometió a algún tratamiento quirúrgico? SI_____NO _____
¿Cual/es? _____

¿Cuántas veces? _____

10)- ¿Realiza algún tratamiento farmacológico regular? SI_____NO_____
¿Cuál? _____

11)- ¿Cree que existen motivos para abandonarlo o lo abandonó?
SI_____NO_____ ¿Por qué? _____

12)- ¿Antepones su trabajo o las obligaciones familiares a sus problemas de salud? (resfríos, gastritis, dolores) SI_____NO_____ ¿Por qué?

13)- ¿Considera pertinente la participación y ayuda de su familia y/o amigos?
SI_____NO_____ ¿Por qué? _____

14)- ¿Algunas veces experimenta vivencias de incomodidad física o anímica, o las sensaciones de mal funcionamiento orgánico? SI_____NO_____

¿Cuales? _____

15)- ¿Con que frecuencia se presentan?

A) Siempre_____ B) Pocas veces _____ C) Casi Nunca _____D)
Nunca_____

16)- ¿Cuáles son las modalidades de expresión y afrontamiento de los mismos?: Marque

A) -Consume de psicofármacos

B) -Somatiza (presencia de gastritis, colon irritable, dolor crónico sin foco, síndrome de fatiga crónica, fibromialgia)

C) -Presenta ansiedad (se come las uñas, taquicardia, manos frías y húmedas, sensación de ahogo u opresión en el pecho, dificultad para conciliar el sueño)

D) -Acepta ser medicalizada sin estudios complementarios previos.

E) -Busca ayuda con amigos o colegas de trabajo o su familia.

F) -Consulta a profesional de salud mental.

G) -Espera soluciones mágicas, consulta a adivinos.

17) ¿Considera la posibilidad de asociar ese malestar, a la sobrecarga de roles familiares y laborales? SI _____ NO _____

¿Por qué? _____

18)- En diversas oportunidades se hace necesario recurrir a los sistemas de salud. ¿Cuáles son los mecanismos que utiliza para acceder a la atención sanitaria? Descríbalos _____

19) El proceso salud enfermedad como construcción individual y social está determinada por valores, creencias y comportamiento influidos por el medio sociocultural de cada persona. Responda:

A)- ¿Considera necesario tomar medidas preventivas para el cuidado de la salud? SI _____ NO _____ Cual _____

B)- Habitualmente piensa y se preocupa por la posibilidad de enfermarse, pero no realiza chequeos periódicos por falta de tiempo. SI _____ NO _____

¿Por qué? _____

C) En reiteradas oportunidades quisiera consultar con un profesional médico, pero no lo hace porque debe pedir permiso a su pareja. SI _____ NO _____

¿Por qué? _____

20)- En relación a la pregunta anterior y según su experiencia, marque las opciones con las que se identifica:

A) -Consume Fármacos sin prescripción habitualmente.

B) -No le da importancia.

C) -Fuma

D) -Práctica de medidas preventivas.

E) -Busca asistencia sanitaria cuando es necesario

F) -Realiza tratamiento de enfermedades crónicas sin interrupciones

G) -Realiza chequeos periódicos de su estado de salud.

H) -Otros _____

Anexo 5-Tabla Matriz

| Dimensión | PROTECCION DE LA SALUD | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|---|--|-------------|-----------------|-------|------------------------------|---|---|--------|--------------------------------|---|---|---|---|
| | Indicadores | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº de cedula | Alimentación-Horas de sueño-Frecuencia actividad física-Relación peso/talla-Protección ante riesgo | | | | | Socializar (Compartir salidas o encuentros.) | | | | Actividades de esparcimiento | | | | Compartir trabajo reproductivo | | | | |
| | A | B | C | D | E | <u>Siempre</u> | Pocas veces | Muy pocas veces | Nunca | S | N | O | Cuales | Frecuencia | A | B | C | D |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |