

explorando la ciudad

Disfunción familiar en mujeres profesionales de la medicina en Mérida¹

Carmen Cristina Silva Aguilar *

Resumen:

La presente investigación es un estudio de corte transversal, que explora el nivel de disfunción familiar, en las profesionales de la medicina del Hospital Universitario de Los Andes y en los Ambulatorios urbanos de la ciudad de Mérida. Desde el 01 de Noviembre de 1993 al 15 de febrero. A una muestra de 132 médicas, obtenida mediante muestreo aleatorio simple.

Entre los resultados tenemos: a) La mayoría de las médicas asumen la doble jornada b) La participación activa de la pareja de las médicas en el cuidado de los hijos y en el trabajo doméstico, fue determinante en la funcionalidad familiar e inversamente proporcional a la difusión familiar c) El ejercicio de la profesión no es visto por las médicas como generador de conflictos.

Términos claves: mujeres profesionales de la medicina, Mérida, Venezuela.

Abstract:

The following research is a transversal study cut, explores at a family level, with female medical professionals at the University Hospital and within the ambulatories around Mérida city. From November 1, 1993 to February 15. To a sample population of 132 women doctors, obtained by simple aleatory sampling.

Among the results we have the following: a) the great majority of women doctors assume the double shift. b) the active participation from the women family couples on child care and house chores, was determinant with family functionality and proportionally inverse to family diffusion. c) acting as a professional is not seen by these women doctors as a conflict generator.

Key words: medical professional women, Mérida, Venezuela.

¹ Este artículo resume parte de la Tesis de la autora para optar a la Especialidad de Medicina de Familia de la Universidad de Los Andes, Mérida Venezuela 1996 y que contó con la asesoría y tutoría de la profesora Viki Ferrara (Coordinadora de área de estudios de la Mujer)

* Médica Cirujana, especialista en Medicina de Familia, U.L.A. Coordinadora del área de salud del Centro de Formación y Atención de la Mujer de Mérida. Teléfono 58-74-661109

INTRODUCCION

La Organización de las Naciones Unidas en su documento en relación a los principios y recomendaciones relativos a los censos de población de 1970, se entiende por familia a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. Es importante la influencia de la familia sobre los individuos que la conforman; no en vano Jay Haley llama a la vida familiar ordinaria la arena de la pasión humana. Innegable es también, por lo tanto, la influencia de la familia en el proceso salud-enfermedad. La familia actúa como un todo y cualquier condición o circunstancia que afecte la salud de uno de sus componentes afecta al conjunto.

Desde el punto de vista funcional, la familia tiene cinco tareas básicas que cumplir: 1) Socialización, 2) Atención y aporte de alimentos, 3) Afecto y suministro de cuidados. 4) Reproducción y relaciones sexuales, 5) Legitimación y transmisión de conocimientos, valores y creencias que definen el estilo de vida del grupo familiar.

La familia mantiene su equilibrio a través de la dinámica interior que regula las relaciones entre sus miembros y las relaciones de estos con el medio exterior. Este equilibrio es indispensable para ejercer sus funciones por lo que usa todos sus recursos para mantenerlo.

Esa dinámica se afecta por los cambios que se presentan en la vida familiar cotidiana; cambios que pueden ser esperados, llamados obligados o normativos, y que forman parte del Ciclo Vital de la familia (matrimonio, nacimiento de los hijos, años de escuela, graduación, abandono de los hijos, del hogar, jubilación, viudez, etc.). O pueden deberse a la presencia de acontecimientos vitales estresantes (divorcio, enfermedad o accidentes familiares, muerte de algún miembro, problemas económicos, etc.)

A una familia que es capaz de cumplir sus tareas de acuerdo con la etapa del ciclo vital en la que se encuentre y en relación con las demandas de su medio externo, se le llama *normofuncional*.

Por otro lado se llama *disfuncional* a una familia que pierde el equilibrio en su estructura o en su función haciéndose incapaz de cumplir sus tareas.

En el origen de las disfunciones familiares se encuentran dos fuerzas contrarias: una, negativa, que desajusta la función familiar impidiendo la realización de sus tareas y modificando los roles de sus miembros y otra, positiva, conformada por los recursos o bienes que cada grupo familiar posee o que se busca en su entorno. Del predominio de una u otra fuerza dependerá el equilibrio o desequilibrio del funcionamiento familiar.

El incremento de la participación de la mujer en el mercado de trabajo, ha traído cambios en la vida económica, social y cultural de todas las familias y todos los países; pero estos cambios no se producen con la

misma velocidad en la vida familiar, por lo que con frecuencia las mujeres enfrentan grandes dificultades para poder conciliar el rol de *trabajadoras* con los otros roles sociales que culturalmente le han sido asignados. En la actualidad las formas tradicionales de concebir lo femenino y lo masculino se superponen a nuevas percepciones alternativas sobre las mujeres y su papel en la sociedad y los comportamientos interpersonales e intrafamiliares. A las mujeres que trabajan fuera de su casa, les resulta pesado y estresante conciliar el trabajo remunerado con el trabajo doméstico, porque este último recae casi exclusivamente sobre ellas constituyendo así la *doble jornada*.

En Venezuela también las mujeres han venido incorporándose a la vida productiva en todas las áreas, incluyendo el área profesional, gracias al acceso a la instrucción universitaria. Las profesionales presentan los mismos conflictos en la conciliación de sus roles que el resto de las mujeres.

El presente trabajo de investigación explora el grado de dicho conflicto (posible causa de disfunción familiar) en las mujeres profesionales de la medicina.

Materiales y método

TIPO DE INVESTIGACION: Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal y orientada (no tiene una aplicación inmediata, pero sirve de soporte a la investigación que puede resolver el problema). Se utilizó el método estadístico.

SITIO: El estudio se llevó a cabo en los distintos servicios del Hospital Universitario de los Andes (H.U.L.A.) y en los ambulatorios urbanos de la ciudad de Mérida (Venezuela), en el período comprendido del 1 de noviembre de 1993 al 15 de febrero de 1994.

INDIVIDUOS: El estudio se realizó entre los profesionales de la medicina, del sexo femenino de los distintos niveles (Internas², Residentes³ y Especialistas⁴) que se encontraban trabajando para el momento del estudio en los distintos servicios del H.U.L.A. y de los ambulatorios urbanos de la ciudad de Mérida.

PROCEDIMIENTO: La investigación se realizó en los servicios del H.U.L.A. y los ambulatorios urbanos de la ciudad de Mérida; se incluyeron Internas, Residentes y Especialistas trabajando para el momento de la investigación en los sitios mencionados con el objetivo de conocer la población de mujeres médico activa. Se solicitó la información en la Oficina

² Internas: Médicas que cumplen internado rotatorio y que ya cumplieron la rotación rural.

³ Residente: Médicas que cursan estudios de Postgrado.

⁴ Especialistas: Médicas que han concluido estudios de Postgrado.

de Personal del H.U.L.A., en la coordinación de post-gradados de medicina y en el Colegio de Médicos del Estado Mérida.

Criterios de Selección:

1. Profesional de la medicina de sexo femenino.
2. Interna, Residenta o Especialista
3. Trabajando para el momento de la investigación en los servicios del H.U.L.A. o ambulatorios urbanos de la Ciudad de Mérida.

Criterios de Exclusión: Negativa por parte de la Médica a participar en la investigación.

La recolección de la información se realizó mediante la utilización de tres cuestionarios :

- a) DISFUNCION FAMILIAR: Diseñado para estudiar las variables que intervienen en la disfunción. b) TEST DE APGAR FAMILIAR I (en su versión investigación): Sirve para valorar la funcionalidad familiar utilizando cinco parámetros. c) DISTRIBUCION DEL TIEMPO: Mide la distribución del tiempo en las distintas áreas.

Dichos cuestionarios les fueron entregados en su sitio de trabajo, en forma personal y a través de algunas residentes del Post-grado de Medicina de Familia. Se recogieron de la misma forma.

Instrumentos

A. Encuesta DISFUNCION FAMILIAR conformada de la siguiente manera: a) Datos de identificación: edad, estado civil y social, tiempo de casada, número de hijos, sexo y edades, edad de la pareja, ocupación nivel jerárquico: Interna, Residenta (año que cursa, forma de financiamiento, especialidad) Especialista, especialidad. b) Encuesta propiamente dicha conformada por veintisiete preguntas en total, veinticinco de respuesta cerrada y dos con respuesta abierta. Relacionadas dichas interrogantes con la satisfacción profesional, vida familiar y participación de los miembros de la pareja en la misma.

B. Test APGAR Familiar parte I : (versión investigación) formado por cinco componentes (ver anexos). a) Adaptación: Como se comparten los recursos ó la satisfacción por la ayuda recibida por la familia. b) Crecimiento: Como se comparten las decisiones , la satisfacción de los miembros de la familia en la comunicación familiar. c) Apoyo: de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de vida. d) Afecto: Como se comparten las experiencias emocionales, la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional. e) Resolución: Como se comparten el tiempo, el espacio y el dinero.

La puntuación del Apgar se llevará de la manera siguiente:
15 - 20 puntos SUGIERE ALTA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
7 - 14 puntos SUGIERE DISFUNCION FAMILIAR MODERADA
0 - 6 puntos SUGIERE DISFUNCION FAMILIAR SEVERA

C. Encuesta DISTRIBUCION DEL TIEMPO : mediante esta encuesta se exploró la cantidad de tiempo que dedica la mujer profesional de la medicina en cada área y más específicamente en: a) Trabajo profesional (se medirá en horas semanales). b) Trabajo doméstico . c) Tiempo con la pareja. d) Tiempo con los hijos(as) e) Tiempo para sí misma. g) Tiempo para recreación.

Los apartes b) al g) se medirá en horas diarias, de lunes a viernes y fin de semana.

Las tres encuestas fueron anónimas para garantizar la confiabilidad de las respuestas

Luego de la recolección de la información, se tabuló y analizaron los resultados mediante el uso de la estadística.

Análisis de los resultados

1) La población femenina registrada en el Colegio de Médicos del Estado Mérida (1994) representa el 46% (848) frente al 53% (966) de la masculina. (Nota: del total de los 32 cuadros elaborados al final se anexaran 8 cuadros representativos).

2) La muestra se forma con 132 médicas distribuidas en cuanto a las edades: el 87% se encuentra entre 26 y 41 años, 12.9% sobre 42 años. MIZGALA, MACKINNON, WALTERS, FERRIS, McNEILL, KNIGHTON, (1993), encontraron en su trabajo Women Surgeons realizado en Canadá que el 78% de las cirujanas se encontraban entre 30 y 45 años y solo un 19% eran mayores de 45 años. PEREZ (1989), en su trabajo encontró que las médicas en un 55% tenían entre 25 y 30 años.

3) La muestra se distribuyó por categorías en un 50% Residentas, Especialistas 40%, Internas en un 8%.

4) En cuanto al estado civil: el 68% son casadas, el 22% solteras, el 8% divorciadas y el 2% unión libre (ul). PEREZ (1989), encontró el 60% casadas, 26% solteras y 10% divorciadas.

5) Referente a la ocupación de la pareja: el 55% están casadas con profesionales (el 35% de las médicas están casadas con otro médico, el 17% con profesionales de la ingeniería y el 3% con abogados), 8% con docentes, 7% con comerciantes y el 26% con otros. En la literatura revisada, GEIS, JESILOW, (1991), hallaron que más del 80% de las médicas estaban casadas con otro profesional de las cuales el 76.5% lo estaba con profesionales de la medicina. MIZGALA y colaboradores (1993), el 65.5% de las médicas cirujanas estaban casadas, de estas

aproximadamente en un 91.4% con profesionales, de los cuales el 45.7% lo había hecho con otro médico, 2.7% con otro cirujano y el 5.8% con un trabajador técnico.

6) La pareja de las médicas tenían edades que se agrupaban mayoritariamente entre los 27 y 46 años (87.10%), con mayor incidencia en el grupo entre 32 y 36 años con 28 casos y llegando hasta los 66 años.

7) Número de hijos: el 29.54% no tiene hijos, el 20.45 tiene uno, el 28.78% tiene dos, el 13.63% tres hijos y el 7.57% cuatro. En la revisión literaria se encontró que entre las cirujanas el 56.4% tenían al menos un hijo biológico, una sola tenía dos hijos, el intervalo de número de hijos fue de 2.1 ± 0.6 . (MIZGALA y colaboradores, 1993).

8) Tiempo de casada: el 47% se agrupa entre 4 y 15 años, con una mayor frecuencia entre 4 y 7 años (18%) de casada y con un máximo de 31 años.

9) Tiempo de graduada: Para el momento del trabajo, el 43% de las encuestadas tenían entre 5 y 8 años de graduada.

10) Dentro del grupo de las residentes, su distribución por año en orden de frecuencia fue: RIII el 43.08%, RII el 26.15%, RI el 24%, RIV el 1.54% y no contestó el 4.62%.

11) Según el financiamiento: el 52% estaba becada para el momento del estudio, el 39% no contaba con financiamiento y el 9% no contestó.

12) La disfunción familiar utilizando el test Apgar I, arrojó la siguiente clasificación: el 65.15% presentó funcionalidad familiar, el 30.30% disfunción familiar moderada y el 4.55% disfunción familiar severa. PEREZ (1989), en su trabajo encontró que el 60% presentó funcionalidad familiar, el 27% disfunción familiar moderada y el 13% disfunción familiar severa, es de hacer notar que el 42% de la disfunción familiar correspondió a residentes.

13) Categorías de las médicas según la disfunción familiar: Funcionalidad Familiar: el 4% correspondió a las internas, el 33% a las residentes y el 27% a las especialistas. Disfunción Familiar Moderada: el 3% correspondió a las internas, el 13% a las residentes y el 12% a las especialistas. Disfunción Familiar Severa: el 3% a las residentes y el 0.75% a las especialistas.

La mayor participación de las residentes dentro de todas las categorías se explica: a) Por ser la categoría más numerosa (50%). b) Un alto nivel de stress según la escala de Holmes modificada (PEREZ 1989). c) Triple jornada, compuesta por: trabajo asistencial, jornada como estudiante (clases, seminarios, fichas bibliográficas, presentación de casos, investigación, etc.), trabajo doméstico.

14) Tiempo de graduada y disfunción familiar: en la disfunción familiar moderada por orden de frecuencia se ubican en un 37% entre 5 y 8 años, 30% entre 13 y 16 años, un 18% entre los 9 y 12 años, un 12% entre 1 y 4 años y el 3% entre 17 y 20 años. Con disfunción familiar severa el

66.7% esta entre 1 y 4 años y 33.3% entre 5 y 8 años. Llama la atención que la disfunción familiar severa se presenta en los primeros 8 años de la carrera, coincidiendo con los primeros años del postgrado, en donde están presentes los factores de riesgo mencionados en el grupo anterior.

15) Disfunción familiar y años de residencias: Residenta I: Funcionalidad el 22.7%, moderada el 22% y severa el 40%. Residenta II: Funcionalidad el 27%, moderada el 22% y severa el 40%. Residenta III: Funcionalidad el 45% y moderada el 50%. Residenta IV: Funcionalidad el 2%.

16) Estado civil y funcionalidad familiar: Funcionalidad familiar, el 25.5% solteras, el 66% casadas, el 4.6% divorciadas y el 3% unión libre. Disfuncionalidad familiar moderada, el 10% solteras, el 75% casadas y el 15% divorciadas. Disfuncionalidad familiar severa, el 33% solteras, el 50% casadas y el 16.6% divorciadas. Las cifras se explican por sí mismas.

17) Tiempo de casada y disfunción familiar: Disfunción familiar moderada, el 12.5% se ubicó entre 0 y 3 años, el 20% entre 4 y 7 años, el 10% entre 8 y 11 años, el 25% entre 12 y 15 años y el 7.5% más de 16 años. Por lo tanto se observa que la disfunción familiar moderada se presentó en las médicas entre 12 y 15 años, seguida por la escala entre 4 y 7 años de casadas. La disfunción familiar severa se ubica en un 16.67% entre los 4 y 7 años y un 33.33% entre los 8 y 11 años de casadas.

18) Especialidades por disfuncionalidad familiar: detallando solo aquellas especialidades que más se repitieron en la muestra de 132 médicas se observa, que entre las residentes y especialistas de medicina de familia el 73.33% presentan una funcionalidad familiar, el 23.33% una disfuncionalidad familiar moderada, y el 3.33% una disfuncionalidad familiar severa. Entre las residentes y especialistas de pediatría el 44.44% presentan una funcionalidad familiar, el 44.44% una disfuncionalidad familiar moderada, y el 11.11% una disfuncionalidad familiar severa. Las residentes y especialistas de medicina interna: el 70% presentan una funcionalidad familiar y el 30% una disfuncionalidad familiar moderada. Para las residentes y especialistas de gineco-obstetricia el 90% presentan una funcionalidad familiar y el 10% una disfuncionalidad familiar moderada. Entre las residentes y especialistas de anestesiología el 77.78% presentan una funcionalidad familiar y el 22.22% una disfuncionalidad familiar moderada.

Resultando con mayor disfuncionalidad las residentes y especialistas de cirugía general con el 25% de funcionalidad familiar y el 75% con disfuncionalidad familiar moderada. Las residentes y especialistas de neurología con el 25% de funcionalidad familiar, el 50% una disfuncionalidad familiar moderada, y el 25% una disfuncionalidad familiar severa. (PEREZ 1989) Encontró que en orden de frecuencia por disfuncionalidad, las especialidades se distribuyeron en: obstetricia, anestesiología, medicina interna, medicina de familia y pediatría.

19) Disfunción familiar moderada según el número de hijos: el 29.41% (dos hijos), 26.47% (un hijo), 20.59% (tres hijos), 14.71% (ninguno) y 8.82% (cuatro hijos). Disfunción familiar severa según el número de hijos: el 33.33% (dos hijos), el 33.33% (ninguno), 16.67% (tres hijos) y el 16.67% (con uno).

20) En cuanto a la variable satisfacción en la profesión: se apreció un alto nivel de satisfacción con un 56% siempre y un 43.93% de casi siempre, es de hacer notar que no hubo respuestas en las otras opciones. En otros estudios el 54% fue muy satisfactorio, el 38.8% moderadamente satisfactorio, el 6.2% un poco satisfecha y el 1% muy insatisfecha. Generalmente las médicas describen altos niveles de satisfacción con el trabajo (LEWIS, NACE, BARNHART, CARSON, HOWARD, 1994).

21)- Al analizar el conflicto entre roles la mayoría de las médicas estudiadas, se ubica por orden de frecuencia: casi nunca un 37.85%, casi siempre un 27.27%, nunca un 15.15%, siempre el 3.78% (es de resaltar que el mayor porcentaje dentro de este reglón correspondió con disfunción familiar moderada), como veremos más adelante estos resultados se relacionan con la tradicional inequidad en la distribución del trabajo doméstico y el cuidado de los hijos. En otro estudio (GEIS, JESILOW, GEIS, 1991) solo el 11.6% presentó conflicto con los distintos roles. (MATEO, 1977) En un estudio realizado en las Facultad de Ciencias Económicas y Social es de la Universidad Central de Venezuela, en 556 alumnas de la Escuela de Trabajo Social se encontró que los conflictos en el desempeño del triple rol se encontraban en el área de atención a los hijos el 62.6%, dificultad en la comunicación con la pareja el 24.2%, dificultad en las relaciones sociales el 8%. (POOLE, LANGAN, 1992) Encontraron relación con el stress asociado al trabajo y a los roles familiares en mujeres profesionales, el rol de empleada fue el más stresante de los dos a provocar cambios en el trabajo doméstico.

22) En cuanto a la participación de la pareja en los cuidados de los hijos: se observa una relación inversamente proporcional entre la disfuncionalidad familiar (moderada) y la participación familiar, a medida que la participación de la pareja aumenta, disminuye la disfuncionalidad familiar, en orden de frecuencia de participación de la pareja se ubica: 1.-Salud, 2.- Educación, 3.- Alimentación, 4.- Higiene. En el estudio de MIZGALA, MACKINNON, FERRIS, McNEILL, KNIGHTON, (1993) indicó que el 41.7% de las médicas reportaron responsabilidad familiar compartida. MATEO, (1977) Reportó que el padre participa en el cuidado de los hijos en un 62%. VALECILLOS (1983) Encontró que el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos es realizado exclusivamente por la mujer, sin importar el nivel educativo o de ingresos. La división del trabajo es tradicional, en el 90% de los hogares el trabajo masculino es insignificante. (GERSHUNY, ROBINSON, 1988) Examinan los cambios en el trabajo doméstico a través del tiempo encontrado como conclusión que la mujer sigue estando en una posición social

inferior, por su rol en el hogar (limpiando, cocinando, cuidando niños, haciendo las compras). Lo que lleva a la discriminación del género (GARCÍA, 1993)

23) Participación de la pareja en el trabajo doméstico, se exploraron ocho áreas y se observó un comportamiento similar al región anterior (relación inversa entre participación y disfunción familiar moderada). Excepto en tres regiones: lavar y planchar, hacer las camas y cocinar, en las cuales la participación es baja sin importar la funcionalidad familiar.

24) Distribución de gastos: el 36.36% de las médicas comparten sus gastos en partes iguales con su pareja, el 9.02% asume los gastos en un 75%, el 6.82% en su totalidad y un 31.58% no contesta.

25) Ayuda de la pareja y disfunción familiar: funcionalidad, el 57.58% de la médicas contestó que siempre, un 33.33% casi siempre, un 3.03% casi nunca y el 6.06% contestó nunca. Disfuncionalidad familiar moderada, el 15.15% contestó que siempre, un 30.30% casi siempre, un 45.45% casi nunca y el 9.09% contestó nunca. Disfuncionalidad familiar severa, contestaron un 25% para todas las categorías.

26) Ayuda de un familiar en el cuidado de los hijos(as) y disfunción familiar: en general el 34.04% cuenta siempre con un familiar, el 30.85% casi siempre, el 19.15% casi nunca y el 15.96% nunca.

27) Disposición de una empleada: el 23.14% de las médicas, sin importar la funcionalidad, siempre dispone de una empleada, 26.45% casi siempre, 20.66% casi nunca y el 29.75% nunca. En un estudio el 30% de las médicas contaban con empleada doméstica. (GEIS Y JESLOW, 1991), para (MATEO, 1977) el 3%.

28) Ayuda de un familiar en el trabajo doméstico: en orden de frecuencia el 51.75% nunca recibe ayuda, el 24,56% casi siempre, el 16.67% casi nunca y el 15.79% siempre, es de destacar que esta pregunta fue respondida por 114 médicas que representan dentro de la muestra el 44.70%.

29) Satisfacción sexual y disfuncionalidad familiar: con respecto a la funcionalidad el 76.12% contestó siempre, el 20.90% casi siempre, el 1.49% casi nunca al igual nunca. En cuanto a la disfuncionalidad familiar moderada el 34.29% contestó siempre, el 40% casi siempre, el 14.29% casi nunca, el 11.43 nunca. En cuanto a la disfuncionalidad familiar severa el 50% casi nunca al igual nunca.

Excepto por la disfuncionalidad familiar severa, hay una alta satisfacción sexual, obteniendo para funcionalidad un 97.02% en las dos primeras opciones y en disfuncionalidad moderada un 74.29%

30) Distribución de tiempo para trabajo profesional (horas semanales) y disfunción familiar: La mayoría de las médicas trabaja entre 30 y 59 horas semanales sin importar la funcionalidad o disfuncionalidad familiar, en la disfunción moderada el segundo lugar de frecuencia correspondió a la categoría entre 75 y 100 horas.

MATEO, (1977) encontró en su investigación que el 53.4% trabaja 40 horas semanales, el 41.4% 30 horas por semana y el 5% 20 horas por semana. Para MIZGALA, MACKINNON, FERRIS, MONEIL, KMIGHTON, (1993) el 63.5% de las cirujanas trabajaba 60 o menos horas semanales. GABBARD, MENNINGER, COYNE, (1987) Al estudiar las causas de los conflictos en el matrimonio de los médicos encontró que el número de horas trabajadas no se relaciona con la disminución de la satisfacción matrimonial. El origen de los conflictos se encuentra en las diferencias de los miembros de la pareja en la necesidad de intimidad, percepción de cada uno de los problemas de la relación y estilos de comunicación.

31) En cuanto a la distribución del tiempo para el trabajo doméstico de lunes a viernes (horas diarias): en orden de frecuencia el 69.70% dedica de 1 a 6 horas, el 15.15% no le dedica ningún tiempo, el 9.09% entre 6 y 12 horas y el 6.06% no contesto.

32) En cuanto a la distribución del tiempo para el trabajo doméstico de fin de semana (horas): en orden de frecuencia el 56.06% dedica de 1 a 6 horas, el 36.36% entre 6 y 12 horas, 3.79 no le dedica ningún tiempo, el 2.27% otras horas y el 1.52 no contesto. MATEO (1977) encontró que las estudiantes de trabajo social dedicaban 4 horas diarias. GERSHUNY Y ROBISON (1988) encontraron que la rutina de trabajo doméstico para la mujer ha disminuido de una hora a hora y media por día desde 1960 a 1980 debido al aumento de mujeres con empleo remunerado. GEIS Y JESILOW (1991) mencionan que tan solo el 30% de las médicas cuenta con la ayuda para el trabajo doméstico.

33) En cuanto a la distribución del tiempo con la pareja de lunes a viernes (horas diarias): en orden de frecuencia el 49.12% dedica de 1 a 6 horas, el 21.05% entre 6 y 12 horas, el 18.42% no le dedica ningún tiempo, el 1.75% otra cantidad de horas y el 9.65% no contesto. Es de señalar la relación inversa entre el tiempo con la pareja y la disfuncionalidad, a medida que aumenta el tiempo con la pareja disminuye la disfuncionalidad.

34) En cuanto a la distribución del tiempo con la pareja los fines de semana (horas diarias): en orden de frecuencia el 51.33% entre 6 y 12 horas, el 49.12% dedica de 1 a 6 horas, pero se mantiene la relación inversa entre el tiempo con la pareja y la disfuncionalidad.

35) Distribución del tiempo con los hijos de lunes a viernes (horas diarias): en orden de frecuencia pasan la mayoría de médicas con funcionalidad y disfuncionalidad moderada de 1 a 6 horas, seguida de 6 a 12 horas. En cuanto a la disfuncionalidad familiar severa con mayor frecuencia indica que no pasan ninguna horas con sus hijos, teniendo como segunda opción entre 1 y 6 horas.

36) Distribución del tiempo con los hijos en fin de semana (horas diarias): aumenta para todas las categorías. SILVERSTEIN (1991) BARNETT, MARSHALL, SAYERA (1992) encontraron que las madres que

trabajan fuera del hogar reportan mayor salud física y emocional y para los niños una mayor visión restrictiva de los roles sexuales, más independencia en el cuidado de sus necesidades personales. Los estudios sobre terapia de familia y los estudios feministas han contribuido a centrar la importancia de ambos (madre y padre) en los procesos familiares.

37) Tiempo para si misma de lunes a viernes: el 71.21% de las medicas dedican de 1 a 3 horas diarias para si, sin importar la funcionalidad familiar. Para el fin de semana se observa la misma distribución.

38) Tiempo para la recreación de lunes a viernes: el 54.55% de las medicas dispone entre 1 y 3 horas diarias para la recreación, comportándose de manera diferente el grupo con disfuncionalidad familiar severa, quienes no disponen de tiempo para recreación (50%). En cuanto al fin de semana el 75.76% de las medicas disponen entre 1 y 6 horas para la recreación, llama la atención que en la disfunción familiar severa todas las medicas se ubican en esta categoría.

CONCLUSIONES

1.- La realización de la presente investigación permitió la generación de un nuevo instrumento: **Disfunción Familiar, Distribución del Tiempo** para medir los factores intervinientes en la disfuncionalidad familiar en mujeres con trabajo remunerado.

2.- El nivel de disfuncionalidad familiar de las medicas del H.U.L.A. y de los ambulatorios urbanos de la ciudad de Mérida en el período que va del 1 de noviembre de 1993 y 15 de febrero de 1994 fue:

Funcionalidad familiar: 65.15%.

Disfuncionalidad familiar moderada: 30.30%.

Disfuncionalidad familiar severa: 4.55%.

3.- El nivel de disfuncionalidad familiar en los niveles jerárquicos se distribuyó equitativamente.

4.- Existe un alto nivel de satisfacción profesional para todos los niveles jerárquicos y de disfunción familiar.

5.- La doble jornada es asumida por la gran mayoría de las medicas, ya que solo el 23.14% dispone de empleada doméstica permanente y tan solo el 15.79% cuenta con la ayuda de un familiar.

6.- Parece que el estado civil no fue factor determinante para la disfuncionalidad familiar (todos los estados civiles estaban representados en todos los niveles jerárquicos).

7.- La participación activa del compañero de la médica en el cuidado de los hijos y en el trabajo doméstico se comportó como un factor determinante en la disfuncionalidad familiar, ya que la participación de la pareja es inversamente proporcional a la disfuncionalidad familiar.

8.- Impresiona que la satisfacción sexual no se relacionó con la disfuncionalidad familiar moderada, ya que esta presentó, al igual que en la

funcionalidad familiar, un alto nivel de satisfacción, mientras que en la disfuncionalidad familiar severa se encontraron los niveles más bajos de satisfacción sexual.

9.- La distribución del tiempo para el trabajo profesional fue similar para todos los niveles de disfuncionalidad familiar: las médicas trabajan con más frecuencia entre 30 y 59 horas semanales.

10.- Las médicas dedican entre 1 y 6 horas diarias al trabajo doméstico a lo largo de la semana en todos los niveles de disfuncionalidad familiar.

11.- El tiempo con la pareja es inversamente proporcional a la disfuncionalidad familiar en toda la semana, aumentando para el fin de semana.

12.- La médica dedica entre 1 a 6 horas diarias de lunes a viernes y entre 6 y 12 horas el fin de semana de tiempo para con los hijos, comportándose igual para todos los niveles.

13.- Tiempo para sí misma de lunes a viernes: el 71.21% de las médicas dedican de 1 a 3 horas diarias para sí, sin importar la funcionalidad familiar. Para el fin de semana se observa la misma distribución.

14.- Tiempo para la recreación de lunes a viernes: el 54.55% de las médicas dispone entre 1 y 3 horas diarias para la recreación. En cuanto al fin de semana el 75.76% de las médicas disponen entre 1 y 6 horas para la recreación

15.- En la muestra estudiada, se encontró un alto porcentaje (65.15%) de funcionalidad familiar, **resultado éste que rechaza la hipótesis planteada.**

16.- Los cambios en la vida económica, social y cultural generados por la incorporación de la mujer a la vida productiva remunerada están ampliamente documentada en la literatura existente parte de la cual se analizó en el presente trabajo.

17.- El ejercicio de la profesión no es visto por las médicas como generador de conflicto, al igual que lo encontrado por MONTERO, GARCIA (1985) en mujeres trabajadoras, (MIZGALA, MACKINNON, WALTERS.; FERRIS, McNEILL, KNIGHTON, (1993) y en cirujanas.

Los resultados del presente estudio permiten -además- afirmar que, al contrario de lo que la bibliografía que motivó esta investigación sostenía (y de lo que la percepción general tradicional sugiere), el hecho de ejercer la medicina por parte de las médicas no se comporta como un factor de riesgo en la génesis de la disfunción familiar cuando hay plena participación del varón en la vida cotidiana del hogar. Mientras más completa sea esa cooperación y corresponsabilidad, mayor será el equilibrio de la familia.

Bibliografía

- ALLEN, D. (1989). **Women in Medical Specialty Societies**. JAMA ;257:3439-3434.
- BROWN, J. (1992). **Familia Family Doctors: their Word and Well-being**. Fam-Med. Nov-Dec;24(8): 591-5
- CARRASCO, I. Y CARRASCO, M. (1988). **Problemas de autoafirmación de la mujer ante las nuevas funciones sociales**. Instituto de la mujer, Madrid. Primeras jornadas Mujer y Salud. 151-156
- CASTILLA DE PINO, C. (1974). **Cuatro ensayos sobre la mujer**. Alianza. Madrid.
- COMITE JUNTAS POR VENEZUELA CAMINO A BEIJING (1994). **Informe Nacional de la situación de la mujer en Venezuela**. IV Conferencia Mundial sobre Mujeres foro alternativo de ONGs., Julio, Caracas.
- DE ANGELIS, C. (1991). **Women In Medicine Bol of Saint Panam** 111(4) 354-355
- DE LA REVILLA, L. (1992). **La disfunción familiar**. Atención Primaria. Madrid, 10(2) julio/agosto 582-583
- ESCOBEDO, C. Y MARTINES, C. (1993). **La lucha por la igualdad**. MD Enero. 20-23
- FACIO, A. (1995). **Cuando el género suena cambios trae**, GAIA, Centro de las mujeres, MEDiateca DE LA MUJER, 2da. Edición, Caracas/Mérida.
- FERRARA, V. (1995). **Sexo y Género**. **El Nacional**, 3-9-95, A4. Caracas.
- FERRARA, V. (1995). **Diferencias y semejanzas entre el FORUN 95 y la IV Conferencia Mundial sobre Mujeres Beijing 1995**, material mimeografiado, ULA, Mérida.
- GABBARD, G.; MENNINGER, R.; COYNE, L. (1987). **Sources of Conflict in the Medical Marriage**. **American Journal Psychiatry**. May; 144(5): 567-72
- GARCIA, E. (1993). **Curso introductorio al análisis con perspectiva de género y su aplicación en política, planes y estrategias de desarrollo**. Material documental, Consejo Nacional de la Mujer, Caracas.
- GARNICA PRINCE, E. (1984). **La mujer factor de producción**. Publicaciones Facultad de Economía CDCH. Universidad de los Andes. Mérida.
- GEIS, R. Y JESILOW, P. (1991). **The Amelia Stern Syndrome a Diagnosis of a Condition Among Female Physicians**. Soc. Sci. Med. 33(8): 967-971
- GERSHUNY, J. Y ROBINSON, J. (1988). **Historical Changes in the Household Division of Labor**. **Demography**. 25(4): 537-552
- GIBERTI, E. Y FERNANDEZ, A. (1988). **La mujer y la violencia invisible**. Sudamericana. Buenos Aires.
- HALEY, J. (1973). **Terapia no convencional**. Talleres gráficos Didot, Buenos Aires
- HANS, M. (1988). **Las mujeres y el dinero**. El Baldío. Madrid.
- LEWIS, J., NACE, E., BARNHART, F., CARSON, D., HOWARD, B. (1994). **The Lives of Female Physicians**. March; 90(3): 56-61.

- MALDONADO, J. (1992). **La mujer y la medicina.** Ibadiba. Abril; VI(4):5
- MATEO, L. (1977). **Mujer en la época moderna-Interferencia de roles.** IV Jornadas Nacionales de Salud Mental, Material de apoyo, Caracas Venezuela
- MIRANDA, O. (1993). **Plantamiento y ejecución de encuesta.** CIENES, Chile.
- MIZGALA, C.; MACKINNON, S.; WALTERS, B.; FERRIS, L.; McNEILL, I.; KNIGHTON, T. (1993). **Women Surgeons** *Annals of Surgery*. Vol.218, No.1, Ontario.
- MOLINA, F. (1993). **Perfiles de funcionalidad familiar: un contraste intra e interfamiliar.** *Rev. Médico de familia*. :2 (1): 11-16
- PEREZ, A. 1989. **Disfunción familiar y estrés en un grupo de médicos residentes de postgrado.** Tesis para obtener el título de especialista en Medicina de Familia, Universidad de los Andes. Mérida Venezuela.
- POOLE, M., LANGAN, F. (1992). **Role Reward and Role Stress in Managerial and Professional Women.** *Psychol-Rep. Dec*; 71(3 pt 1). 851-4.
- POSTGRADO MEDICINA DE FAMILIA. (1995) **Apgar Familiar**, material mimeografiado, U.L.A. Mérida, Venezuela.
- QUIROZ, F. (1985). **Diagnóstico de disfunciones familiares,** *Niños*. 20(60)86-100. Caracas.
- SALINAS, P., PEREZ, M. (1991). **Iniciación práctica a la investigación científica.** Consejo de Publicaciones de la U.L.A., Mérida, Venezuela.
- SAN MIGUEL, M. Y MAGAN, O. (1988). **Mujer y salud una forma de abordaje.** Instituto de la mujer. Madrid Primeras Jornadas Mujer y Salud Mental. 55-58
- SAU, V. (1991). **Diccionario ideológico feminista.** 2da. Edición. Icaria. Barcelona.
- SILVERSTEIN, L. (1991). **Trasforming the Debate about Child Care and Maternal Employment.** *American Psychologist*. October 1025-1032
- SMILKSTEIN, G., ASHWORTH, C. Y MONTANO, D. (1982). **Validity and Reliability of the Family Apgar as a Test of Family Function.** *The Journal of Family Practice* ; 15(2) :303-310.

Anexos

Cuadro N° 1
 Categorías de las médicas de la muestra por
 disfuncionalidad familiar.

CATEGORÍAS	FUNCIONALIDAD	MODERADA	SEVERA	TOTAL
<i>Médica Interna</i>	6	5	—	11
<i>Médica Residente</i>	44	18	5	67
<i>Médica Especialista</i>	36	17	1	54
TOTAL	86	40	6	132

Fuente: Encuesta y APGAR realizados en el HULA y Ambulatorios urbanos de la ciudad de Mérida Octubre 1993 - Febrero 1994.
 Cálculos Propios

Cuadro N° 2
 Conflictos entre roles
 por disfuncionalidad familiar

CONFLICTOS ENTRE ROLES	FUNCIONALIDAD	MODERADA	SEVERA	TOTAL
<i>Siempre</i>	1	4	—	5
<i>Casi Siempre</i>	15	17	4	36
<i>Casi Nunca</i>	37	13	—	50
<i>Nunca</i>	16	4	—	20
<i>No Contesto</i>	—	2	—	2
Total	69	40	4	113

Fuente: Encuesta y APGAR realizados en el HULA y Ambulatorios urbanos de la ciudad de Mérida. Octubre 1993 - Febrero 1994.
 Cálculos Propios

Cuadro N° 3
 Participación de la pareja en el cuidado de los hijos por
 funcionalidad familiar

ACTIVIDAD	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA	NO CONTESTO	TOTAL
<i>Alimentación</i>	40	15	6	2	—	63
<i>Educación</i>	43	8	9	2	1	63
<i>Higiene</i>	32	20	7	3	1	63
<i>Salud</i>	48	12	1	1	1	63

Fuente: Encuesta y APGAR realizados en el HULA y Ambulatorios urbanos de la ciudad de Mérida. Octubre 1993 - Febrero 1994.
 Cálculos Propios

Cuadro N° 4
Participación de la pareja en el cuidado de los hijos por
funcionalidad familiar moderada*

ACTIVIDAD	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA	NO CONTESTO	TOTAL
<i>Alimentación</i>	7	8	7	2	6	30
<i>Educación</i>	5	9	8	1	7	30
<i>Higiene</i>	1	8	11	5	5	30
<i>Salud</i>	7	8	10	—	5	30

Fuente: Encuesta y APGAR realizados en el HULA y Ambulatorios urbanos de la ciudad de Mérida. Octubre1993 - Febrero1994
 Cálculos Propios
 (*). Hay cinco casadas, que no tienen hijos.

Cuadro N° 5
Participación de la pareja en el cuidado de los hijos por
funcionalidad familiar severa

ACTIVIDAD	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA	NO CONTESTO	TOTAL
<i>Alimentación</i>	—	2	1	1	—	4
<i>Educación</i>	—	2	—	2	—	4
<i>Higiene</i>	—	1	1	2	—	4
<i>Salud</i>	—	2	1	1	—	4

Fuente: Encuesta y APGAR realizados en el HULA y Ambulatorios urbanos de la ciudad de Mérida. Octubre1993 - Febrero1994
 Cálculos Propios

Cuadro N° 6
Participación de la pareja en el trabajo doméstico por
funcionalidad familiar.

ACTIVIDAD	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA	NO CONTESTO	TOTAL
<i>Compras</i>	34	22	6	6	—	68
<i>Transporte</i>	17	30	11	8	2	68
<i>Limpieza</i>	5	23	23	17	—	68
<i>Cocinar</i>	9	24	22	12	1	68
<i>Lavar y planchar</i>	1	11	21	35	—	68
<i>Basura</i>	18	23	16	11	—	68
<i>Camas</i>	9	23	18	17	1	68
<i>Pago de los servicios</i>	35	14	9	9	2	68

Fuente: Encuesta y APGAR realizados en el HULA y Ambulatorios urbanos de la ciudad de Mérida. Octubre1993 - Febrero1994
 Cálculos Propios

Cuadro N° 7
Participación de la pareja en el trabajo doméstico por funcionalidad familiar moderada.

ACTIVIDAD	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA	NO CONTESTO	TOTAL
Compras	6	12	6	6	—	30
Transporte	3	11	9	5	2	30
Limpieza	1	8	9	12	—	30
Cocinar	1	7	11	11	—	30
Lavar y planchar	1	4	10	15	—	30
Basura	3	6	11	10	—	30
Camas	1	5	13	10	1	30
Pago de los servicios	4	13	10	2	1	30

Fuente: Encuesta y APGAR realizados en el HULA y Ambulatorios urbanos de la ciudad de Mérida. Octubre 1993 - Febrero 1994
Cálculos Propios

Cuadro N° 8
Participación de la pareja en el trabajo doméstico por funcionalidad familiar severa .

ACTIVIDAD	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA	NO CONTESTO	TOTAL
Compras	—	—	2	2	—	4
Transporte	—	1	—	3	—	4
Limpieza	—	—	1	3	—	4
Cocinar	—	—	1	3	—	4
Lavar y planchar	—	—	—	4	—	4
Basura	—	1	—	3	—	4
Camas	—	—	1	3	—	4
Pago de los servicios	—	—	3	1	—	4

Fuente: Encuesta y APGAR realizados en el HULA y Ambulatorios urbanos de la ciudad de Mérida. Octubre 1993 - Febrero 1994
Cálculos Propios