

# EL TRABAJO FEMENINO Y LA SALUD DE CUATRO GRUPOS DE MUJERES EN GUADALAJARA, MÉXICO<sup>1</sup>

*Griselda Uribe Vázquez,<sup>2</sup>  
Juan Carlos Ramírez Rodríguez,<sup>2</sup>  
Leticia Guadalupe Romero Lima<sup>2</sup>  
y Norma Celina Gutiérrez de la Torre<sup>2</sup>*

*Hoy en día, la incorporación de las mujeres a la fuerza de trabajo ha cambiado el perfil de la problemática de salud femenina, extendiéndolo más allá del marco ginecobstétrico tradicional. Con objeto de describir los problemas de salud de las mujeres en el contexto de sus actividades dentro y fuera del hogar, se realizó un estudio descriptivo aplicando un cuestionario dividido en cuatro partes —características sociodemográficas, actividades domésticas, actividades asalariadas, e Índice Médico de Cornell— para identificar similitudes y diferencias entre las enfermeras, maestras, secretarias y amas de casa, residentes de Guadalajara, México, en 1989. Los resultados revelaron que la jornada femenina, definida como el tiempo destinado al trabajo dentro y fuera del hogar, es muy extensa en todos los grupos estudiados y oscila entre 66 y 78 horas semanales. Las amas de casa dedican un promedio de 70 horas a la semana a las tareas domésticas, y las enfermeras, maestras y secretarias entre 34 y 42. En cuanto a los riesgos asociados con el trabajo, las enfermedades laborales fueron la queja más común de todos los grupos, sobre todo el de las maestras. Por otra parte, las amas de casa tuvieron la morbilidad general más alta, según el Índice Médico de Cornell. A partir de estas observaciones se destaca que hay diferencias en los riesgos de salud ocupacionales y el índice de morbilidad asociados con las distintas actividades femeninas, y se sugiere profundizar en estas diferencias mediante estudios descriptivos, semejantes al nuestro, sobre la salud de la mujer.*

De acuerdo con el último censo, llevado a cabo en 1980, las mujeres constituyen 51,2% de la población mexicana (1). Este hecho resalta la importancia de analizar formal y sistemáticamente sus problemas de salud. En épocas anteriores, la salud femenina se concebía casi exclusivamente en términos ginecobstétricos y se limitaba a los proble-

mas asociados con el embarazo, parto, puerperio, y otros aspectos de la reproducción (2). La atención de salud recibida gravitaba en torno a la maternidad y era principalmente de carácter curativo (3).

Actualmente, las transformaciones económicas y sociales que enfrenta México han suscitado, y en algunos casos consolidado, la incorporación de un número creciente de mujeres al sector de los servicios y de otros trabajos formales e informales, sobre todo aquellos “propios de la mujer” que

<sup>1</sup> Este estudio fue patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América, y la Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México.

<sup>2</sup> Universidad de Guadalajara, México, Facultad de Medicina, Laboratorio de Salud Pública, Medicina Preventiva y Social. Dirección postal: Facultad de Medicina, Universidad de Guadalajara, Apartado Postal 1-4398, Guadalajara, Jalisco, México.

se perciben como una extensión del papel femenino en el hogar (4-5). Por otra parte, las mujeres que trabajan fuera del hogar no han abandonado las tareas que tradicionalmente se perciben como femeninas y que se relacionan con el cuidado de la casa y la organización de la vida familiar (6). Por consiguiente, para comprender a fondo los problemas de salud de la mujer, debe tenerse en cuenta que el trabajo femenino comprende el conjunto de actividades que esta desempeña dentro y fuera del hogar (7) y que su perfil de riesgo en el campo de la salud se extiende mucho más allá de la reproducción (8-11). La perspectiva tradicional de la salud femenina es demasiado limitada para satisfacer las necesidades actuales. El desenvolvimiento global de la mujer moderna, en el ambiente doméstico y extradomiciliario, ha creado nuevas repercusiones de carácter biológico, psíquico y social (12-14).

Partiendo de estas premisas, en el presente estudio hemos analizado el impacto del trabajo femenino, elemento común a la mayoría de las mujeres, en el estado de salud (15-17). Además, hemos procurado identificar las diferencias y similitudes observadas al respecto entre amas de casa y tres grupos ocupacionales del sector de servicios de Guadalajara — maestras, secretarías y enfermeras — ya que se trata de ocupaciones desempeñadas en gran parte por mujeres.

## MATERIALES Y MÉTODOS

En 1989 se realizó en Guadalajara, México, un estudio transversal y descriptivo de los siguientes grupos ocupacionales de mujeres: 1) enfermeras de los cuatro hospitales generales de zona, correspondientes al segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social; 2) maestras de enseñanza básica pertenecientes al Departamento de Educación Pública del estado de Jalisco; 3) secretarías empleadas en las diversas dependencias del Departamento de Educación Pública del Estado de Jalisco, y 4) amas de casa con hijos en las escuelas pri-

marías del sector público. Se estableció como requisito para participar en el estudio que las mujeres de los tres primeros grupos tuvieran un contrato fijo y un mínimo de un año de antigüedad en el empleo.

La muestra se compuso de 210 enfermeras, 200 maestras, 201 secretarías y 200 amas de casa. Las representantes de los tres primeros grupos se obtuvieron aplicando números aleatorios a una lista del total de enfermeras, maestras y secretarías proporcionada por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Departamento de Educación Pública de Guadalajara. Las amas de casa se escogieron por conglomerados polietápicos, aplicándose un método aleatorio para la selección de cada conglomerado. El tamaño muestral permitió calcular la media de los resultados con un intervalo de confianza de 95%, teniéndose en cuenta que la prevalencia de problemas de salud de tipo general en la mujer es de 30%.

La información pertinente se obtuvo utilizando un cuestionario dividido en cuatro secciones: características sociales y demográficas, actividades domésticas, características del trabajo asalariado y el Índice Médico de Cornell (18) (anexo). El formulario se validó comparando las respuestas de la sección de actividades domésticas con las indicadas en los estudios antropológicos de Oakley (19) y Durán (20). Diez mujeres profesionales en las áreas de salud y humanidades, debidamente adiestradas en el uso del instrumento de encuesta para obtener la mayor homogeneidad metodológica posible, fueron las encargadas de hacer una entrevista preparatoria a las integrantes de los cuatro grupos, ya fuese en su domicilio o centro laboral, y de administrarles el cuestionario. Todas las encuestadoras poseían el título de licenciada y experiencia previa en el uso de cuestionarios y en las técnicas de entrevista. Se consideró que por ser mujeres despertarían la confianza de las encuestadas y podrían establecer con ellas una comunicación

más eficaz. Se usó un ordenador personal para procesar los datos.

El cálculo de los riesgos para la salud asociados con el trabajo femenino se basó en las siguientes definiciones:

- Enfermedad laboral: toda afección a la salud cuya relación con el trabajo es percibida y referida por la persona encuestada y no determinada institucionalmente

- Accidente de trabajo: Toda lesión sufrida en el trabajo o como resultado del mismo y referido por la persona entrevistada

- Accidente en trayecto: toda lesión sufrida durante el trayecto entre la casa y el trabajo o viceversa y referida por la persona encuestada

# RESULTADOS

## Características sociodemográficas

En el cuadro 1 se advierte que entre 95,5 y 98% de las mujeres en los cuatro grupos estudiados estaban en edad reproductiva. En general, las secretarías eran las más jóvenes, y las amas de casa, las mayores.

El índice de escolaridad más alto correspondió a las maestras, ya que todas ha-

**CUADRO 1. Distribución porcentual y valores promedio de algunas características sociales y demográficas de cuatro grupos ocupacionales de mujeres. Guadalajara, Jalisco, México, 1989**

Característica	Enfermeras <i>n</i> = 210	Maestras <i>n</i> = 200	Secretarías <i>n</i> = 201	Amas de casa <i>n</i> = 200
Edad promedio (años)	33,3 ± 7,3	35,0 ± 7,5	29,4 ± 8,5	36,7 ± 7,1
Grupo de edad				
<20	0,0	0,0	11,0	0,0
20-29	33,8	25,0	47,3	14,0
30-39	47,1	49,5	25,8	58,5
40-49	16,7	22,5	13,9	23,0
50-59	2,7	2,5	2,0	4,0
≥60	0,0	0,5	0,0	0,5
Escolaridad				
Ninguna	0,0	0,0	0,0	8,5
Primaria incompleta	0,0	0,0	0,0	36,5
Primaria completa	0,0	0,0	0,5	31,0
Educación media	4,3	0,0	22,4	17,5
Educación media superior	86,6	70,5	63,7	6,0
Estudios profesionales y de posgrado	9,1	29,5	13,4	0,5
Estado civil				
Soltera	41,0	27,5	48,3	2,5
Casada o en unión consensual	49,5	66,0	44,3	93,5
Divorciada o separada	6,2	4,5	4,0	2,5
Viuda	3,3	2,0	3,5	1,5
Número de miembros de familia <sup>a</sup>				
1-4	51,9	49,5	48,8	18,5
5-6	26,7	35,0	31,8	35,5
≥7	21,4	15,5	19,4	46,0
Número promedio de miembros de familia <sup>a</sup>	4,8	4,7	4,9	6,9

<sup>a</sup> Incluye a la encuestada y su cónyuge.

bían cursado algún nivel de educación media superior y alrededor de 30% contaban con estudios profesionales o de posgrado. Las enfermeras también contaban con un nivel de escolaridad bastante alto. Por otra parte, 8,5% de las amas de casa nunca asistieron a la escuela y 36,5% de ellas no completaron la educación básica.

Con respecto al estado civil, muchas de las mujeres de los cuatro grupos eran casadas o vivían en unión consensual. Los porcentajes de mujeres solteras entre las secretarías, enfermeras y maestras fueron de 48,3, 41 y 27,5%, respectivamente.

Las familias fueron menos numerosas entre las mujeres que trabajaban fuera del hogar, observándose un predominio de familias con menos de 5 miembros. Las amas de casa, en cambio, tuvieron familias de más de cinco miembros en 81,5% de los casos.

## Características del trabajo doméstico

En el cuadro 2 se indica el tiempo destinado a las tareas domésticas por las mujeres de cada grupo. Las amas de casa que se dedicaban exclusivamente a las actividades del hogar tenían una jornada laboral promedio de aproximadamente 70 h y 46 min semanales. En los otros grupos, el porcentaje de tiempo dedicado al quehacer doméstico fue más bajo. En orden respectivo, las secretarías, enfermeras y maestras dedicaban un promedio de 34,49, 40,23 y 41,55 horas semanales a las tareas del hogar.

Al determinar el tiempo invertido en cada actividad doméstica, en los tres grupos de mujeres que laboraban fuera del hogar se observó el mismo orden de importancia decreciente: la preparación de alimentos, el aseo domiciliario, el cuidado de la ropa, el cuidado de los niños y el abastecimiento de productos caseros. Entre las amas de casa, el orden fue el mismo a excepción del cuidado de la ropa, que demoró más que la limpieza.

**CUADRO 2. Tiempo dedicado semanalmente a las actividades domésticas por las mujeres de cuatro grupos ocupacionales. Guadalajara, Jalisco, México, 1989 (promedio en horas y minutos  $\pm$  desviación estándar)**

Actividad	Enfermeras <i>n</i> = 210	Maestras <i>n</i> = 200	Secretarías <i>n</i> = 201	Amas de casa <i>n</i> = 200
Preparación de alimentos	12,55 $\pm$ 10,25	14,51 $\pm$ 10,25	11,40 $\pm$ 10,41	27,14 $\pm$ 11,49
Aseo de la casa	9,33 $\pm$ 7,55	10,11 $\pm$ 7,37	8,41 $\pm$ 7,19	12,06 $\pm$ 7,53
Cuidado de la ropa	6,06 $\pm$ 4,35	6,29 $\pm$ 4,28	5,38 $\pm$ 4,34	13,18 $\pm$ 8,22
Cuidado de los niños	6,17 $\pm$ 8,25	5,32 $\pm$ 7,28	4,23 $\pm$ 6,43	8,54 $\pm$ 9,08
Abastecimiento	3,15 $\pm$ 2,51	2,52 $\pm$ 2,17	2,38 $\pm$ 2,50	7,09 $\pm$ 5,29
Decoración	1,35 $\pm$ 2,11	1,29 $\pm$ 1,61	1,20 $\pm$ 2,06	1,42 $\pm$ 2,29
Cuidado de enfermos	0,11 $\pm$ 0,10	0,07 $\pm$ 0,53	0,10 $\pm$ 1,07	0,03 $\pm$ 0,43
Otros	0,37 $\pm$ 1,55	0,33 $\pm$ 1,58	0,25 $\pm$ 1,41	0,09 $\pm$ 0,57
Total	40,23 $\pm$ 25,44	41,55 $\pm$ 22,34	34,49 $\pm$ 23,14	70,46 $\pm$ 27,25

**CUADRO 3. Años de antigüedad en el trabajo y duración de la jornada de trabajo semanal en horas y minutos de tres grupos ocupacionales de mujeres. Guadalajara, Jalisco, México, 1989 (promedio  $\pm$  desviación estándar)**

Característica	Enfermeras <i>n</i> = 210	Maestras <i>n</i> = 200	Secretarías <i>n</i> = 201
Antigüedad	9,8 $\pm$ 5,0	13,5 $\pm$ 7,1	7,3 $\pm$ 6,3
Jornada asalariada	38,01 $\pm$ 2,54	24,50 $\pm$ 3,43	31,25 $\pm$ 6,01
Jornada completa	78,24 $\pm$ 25,20	66,45 $\pm$ 22,42	66,14 $\pm$ 22,59

Las amas de casa fueron las que más tiempo dedicaron a cada actividad individual. Por otra parte, las enfermeras y maestras distribuían el tiempo entre las distintas tareas de manera muy similar. Las secretarías ocupaban menos tiempo en cada actividad y en el quehacer doméstico en general.

### Características del trabajo asalariado

En los cuadros 3 y 4 se definen algunas características de cada tipo de actividad asalariada. Las maestras tenían, en promedio, mayor antigüedad en el cargo que las enfermeras y secretarías. La jornada asalariada de todos los grupos fue menor de 40 h semanales, pero al añadirse el trabajo do-

méstico, la jornada total de las maestras y secretarías rebasó un promedio de 65 h semanales. En el caso de las enfermeras, este ascendió a 78 h 24 min.

La mayoría de las maestras y secretarías trabajaban por la mañana y un número menor por la tarde. Las enfermeras, en cambio, hacían turnos matutinos y vespertinos en igual medida, y alrededor de 30% tenían jornadas nocturnas.

Pocas enfermeras y secretarías recibieron un curso preparatorio al asumir su nuevo cargo, y las maestras no recibieron ninguno. En cambio, 53,5% de las maestras

**CUADRO 4. Distribución porcentual de algunas características de trabajo de tres grupos ocupacionales de mujeres. Guadalajara, Jalisco, México, 1989**

Característica	Enfermeras <i>n</i> = 210	Maestras <i>n</i> = 200	Secretarías <i>n</i> = 201
Turno			
Matutino	36,7	61,5	56,7
Vespertino	33,3	37,5	36,8
Nocturno	30,0	0,0	0,0
Mixto	0,0	1,0	6,5
Capacitación			
Preparatoria	16,2	0,0	5,5
Continua <sup>a</sup>	24,8	53,5	11,4
Riesgo ocupacional			
Accidentes de trabajo <sup>b</sup>	9,0	0,5	0,0
Accidentes de trayecto <sup>b</sup>	3,3	1,5	2,5
Enfermedad laboral <sup>a</sup>	27,1	38,5	11,4

<sup>a</sup> En el último año de trabajo

<sup>b</sup> En el último mes de trabajo

recibieron capacitación continua en el último año de su empleo, mientras que solo 24,8% de las enfermeras y 11,4% de las secretarias tuvieron esa oportunidad.

Las enfermedades laborales ocuparon el primer lugar entre los riesgos asociados con las actividades asalariadas. La frecuencia de estas enfermedades entre las secretarias, maestras y enfermeras fue de 38,5, 27,1 y 11,4%, respectivamente (cuadro 4). Los accidentes de trabajo, sin embargo, se limitaron casi exclusivamente a las enfermeras.

## Problemática de salud

En el cuadro 5 aparecen los porcentajes acumulativos de respuestas afirmativas a las preguntas del Índice Médico de Cornell. La tendencia observada entre las enfermeras y maestras —30 o más respuestas afirmativas— sugiere trastornos importantes del estado de salud. Las secretarias tuvieron el menor número de respuestas afirmativas hasta llegar a la categoría de 50 o más, a partir de la cual dieron tantas respuestas afirmativas como los otros grupos. Los mayores índices en todas las categorías corresponden

a las amas de casa, quienes tuvieron el doble y triple de las respuestas afirmativas en las dos categorías más altas (60 y 70 respuestas afirmativas o más) que las mujeres con actividades asalariadas.

En las secciones del Índice Médico correspondientes a los trastornos emocionales, las enfermeras tuvieron los porcentajes acumulativos más bajos (28,2%) a partir de 10 o más respuestas afirmativas, categoría que delimita la presencia de un trastorno emocional. Las maestras y secretarias tuvieron índices acumulativos un poco mayores en esta categoría (37,0 y 36,7, respectivamente), y el índice más alto lo tuvieron las amas de casa (63,5%), quienes también tuvieron porcentajes mucho mayores en las categorías restantes (cuadro 6).

## DISCUSIÓN

Si bien la información aquí expuesta puede servir como punto de partida para muchas discusiones, limitaremos la nuestra a dos aspectos en particular: las características del trabajo femenino, en su sentido amplio, y los problemas de salud acompañantes.

**CUADRO 5. Distribución porcentual acumulada de respuestas afirmativas dadas en el Índice Médico de Cornell por mujeres pertenecientes a cuatro grupos ocupacionales. Guadalajara, Jalisco, México, 1989**

Respuestas afirmativas (No.)	Enfermeras <i>n</i> = 210	Maestras <i>n</i> = 200	Secretarias <i>n</i> = 201	Amas de casa <i>n</i> = 200
10 o más	91,9	95,5	88,1	94,0
20 o más	68,1	70,0	61,7	77,0
30 o más	46,6	46,5	37,3	60,5
40 o más	30,4	29,5	23,9	41,5
50 o más	17,1	16,5	18,4	30,0
60 o más	11,4	10,5	10,0	21,0
70 o más	4,3	7,5	4,0	13,0

**CUADRO 6. Distribución porcentual acumulada de respuestas afirmativas dadas en las secciones M a R del Índice Médico de Cornell por mujeres pertenecientes a cuatro grupos ocupacionales. Guadalajara, Jalisco, México, 1989**

Respuestas afirmativas (No.)	Enfermeras n = 210	Maestras n = 200	Secretarias n = 201	Amas de casa n = 200
1 o más	91,5	96,5	95,0	95,0
2 o más	82,0	89,0	85,0	94,5
3 o más	75,3	80,5	77,0	92,5
4 o más	67,7	74,0	69,0	87,5
5 o más	59,6	67,0	68,2	83,0
6 o más	50,6	61,0	52,2	77,0
7 o más	43,5	52,0	47,7	71,5
8 o más	37,3	47,0	42,7	68,5
9 o más	31,1	41,5	40,2	67,5
10 o más	28,2	37,0	36,7	63,5
15 o más	10,7	20,0	18,8	46,0
20 o más	5,9	8,0	8,0	27,0
25 o más	4,9	3,0	3,0	17,0
30 o más	2,0	2,0	0,5	10,5

En algunos países de Europa y América del Norte, las mujeres dedican entre 51 y 82 h semanales, en promedio, a las actividades domésticas (19). Las amas de casa españolas ocupan alrededor de 11 h 30 min diariamente en el desempeño de sus actividades caseras. En cambio, las españolas que trabajan fuera del hogar les dedican un promedio de 6 h 10 min solamente (20). Esto se aproxima al patrón observado en el presente estudio.

Algunos investigadores han señalado que el trabajo femenino en el ámbito doméstico constituye, en rigor, una organización laboral al estilo taylorista (5), ya que la misma mujer se impone un ritmo de actividad casi incesante, con pocos períodos de descanso. Resulta muy difícil fijar patrones óptimos de actividad doméstica en términos de tiempo y esfuerzo físico, ya que cada mujer se ve obligada a organizar sus quehaceres independientemente y de acuerdo con su edad, estado civil, tamaño familiar, número de niños pequeños, etc. El tiempo promedio que dedican diariamente las amas de casa a cuidar del hogar y la familia sobrepasa en 75% a la jornada laboral "normal" de un empleado (40 h semanales), por lo que es dudoso que las amas de casa estén utilizando el tiempo de manera óptima, de lo contrario ha-

bría que suponer que se deleitan cocinando, limpiando la casa, o cuidando a los hijos.

La situación es distinta en el caso de mujeres que también ocupan cargos remunerados. Sus tareas domésticas son las mismas que las de las amas de casa, pero el tiempo que dedican a ellas es menor. Aparentemente, estas mujeres no relegan ninguna de sus tareas domésticas; simplemente las efectúan en menos tiempo, disminuyendo los momentos de descanso y organizándolas en torno al trabajo extradomiciliario. En este sentido, las enfermeras ofrecen el ejemplo más notable, puesto que cumplen su jornada hospitalaria de casi 40 h y, al llegar a su casa, atienden a su quehacer doméstico. Esto redundante en una jornada de trabajo excesivamente larga y presumiblemente intensa.

Llama la atención la frecuencia con que todos los grupos estudiados relacionan su trabajo con la presencia de enfermedad. Las secretarias indicaron una frecuencia de enfermedades laborales de 11,4% y las maestras de 38,5%, porcentajes muy en exceso de las cifras oficiales para 1984 en el es-

tado de Jalisco (0,03 por 100 trabajadores expuestos al riesgo). En cambio, para el mismo año, la cifra global de accidentes de trabajo en este estado fue de 10,3%. Las enfermeras, quienes fueron casi las únicas en referir este tipo de problema en nuestro estudio, tuvieron una frecuencia de accidentes laborales de 9,0% (21). En un trabajo reciente se demostró que las cifras oficiales del Instituto Mexicano del Seguro Social correspondientes a las enfermedades laborales son menores que las cifras referidas por los propios trabajadores. Por otra parte, los accidentes laborales, que ocupan el segundo lugar en orden de frecuencia en las estadísticas de este instituto, se consideran el riesgo de trabajo más frecuente, según el criterio no solo del instituto sino también de las empresas particulares (22). Por este motivo, merecen un estudio independiente.

Como se explica en el anexo, el Índice Médico de Cornell no se usa con el fin de establecer la presencia de enfermedades específicas, sino para describir, en términos cuantitativos, los problemas de salud de grupos determinados. En las investigaciones donde se ha utilizado este instrumento (23-25), los índices de las mujeres sanas han sido menores que los detectados en nuestro estudio. Esto concuerda con el hecho de que los trabajos rutinarios, repetitivos, poco creativos y sujetos a la supervisión de terceras personas menoscaban el bienestar psicológico, como se ha observado en el caso de meseros y meseras, secretarías y enfermeras (15).

No hay parámetros comparativos aplicables a las amas de casa. A nuestro criterio, su alto índice de respuestas afirmativas, tanto en el cuestionario total como en la sección sobre el bienestar psicológico podría obedecer a que estas mujeres realizan actividades poco estimulantes. Como demostró Oakley, ellas mismas califican sus tareas domésticas de monótonas, fragmentadas e interminables (19).

A partir de estos datos y lo que hemos discutido, se desprende que las mujeres de los cuatro grupos estudiados cum-

plen con las mismas tareas domésticas, pero sin dedicarles la misma cantidad de tiempo. La jornada femenina, en la casa y fuera de ella, es muy larga y cada grupo divide el tiempo entre las diversas actividades de distinta forma. Los riesgos de salud laborales tienen una distribución desigual entre los cuatro grupos, aunque las enfermedades laborales son frecuentes en todos. A juzgar por el Índice Médico de Cornell, las afecciones físicas y emocionales fueron comunes en todos los grupos, pero se observaron más destacadamente entre las amas de casa.

El presente estudio descriptivo sobre la problemática del trabajo femenino y la salud no pretende ofrecer soluciones a los problemas existentes en este campo, sino más bien subrayar la necesidad de hacer futuras investigaciones que exploren a fondo las características del trabajo doméstico y asalariado; definan, por grupos ocupacionales, el control que ejercen las instituciones laborales sobre la organización del trabajo femenino extradomiciliario; examinen las interrelaciones en que participa la mujer en el medio familiar, y analicen el impacto de estos factores en el estado de salud de la mujer.

## AGRADECIMIENTO

La planificación del presente estudio y la recolección de datos fueron apoyadas por las autoridades administrativas del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación de Jalisco, y el Departamento de Educación Pública del Estado de Jalisco. A estas entidades extendemos nuestro agradecimiento.

## REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, 1984*. México: INEGI; 1985.
2. Bobadilla J, Infante C, Langer A, et al. Avances en la investigación en salud pública: cinco años de

- labores del Centro de Investigaciones en Salud Pública, 1984–1989. *Salud Publica Mex.* 1989;31: 550–568.
3. MacGregor C, Valdés J, Arias N, et al. La asistencia materno infantil como instrumento básico de la atención médica a las poblaciones en desarrollo. *Salud Publica Mex.* 1986;28:265–270.
  4. Davis M. El lugar de la mujer está frente a la máquina de escribir: la feminización de la fuerza de trabajo oficinesca. En: Eisenstein Z. *Patriarcado capitalista y feminismo socialista*. México: Siglo XXI; 1980: 222–242.
  5. Breig M. Trabajo y situación de las mujeres en el sector público en Guadalajara. *Revista Encuentro del Colegio de Jalisco*. 1986;4(1):65–94.
  6. Manieri R. *Mujer y capital: tribuna feminista*. Madrid: Debate; 1978.
  7. Uribe G, Ramírez, J. El caso de un grupo de mujeres obreras, campesinas y alfareras en el Estado de Jalisco, México. *Rev Hig.* 1988;38(3):9–13.
  8. Alonso J. Marginalidad urbana y clandestinidad laboral femenina. En: Cooper J, De Barbieri T, Rendón T, et al. *Volumen II: Fuerza de trabajo femenina urbana en México*. México: UNAM-Porrúa; 1989:425–446.
  9. Pedrero M, Rendón T. El trabajo de la mujer en México en los setentas. En: *Volumen 2: Estudios sobre la mujer: salud, trabajo doméstico y participación social y política*. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; 1985:437–456. (Serie de lecturas III).
  10. Organización Panamericana de la Salud. Diferenciales de salud según condiciones de vida: líneas futuras de investigaciones sobre perfiles de salud. *Bol Epidemiol OPS.* 1988;9:1–2.
  11. Organización Mundial de la Salud. *La mujer, la salud y el desarrollo: informe del Director General*. Ginebra: OMS; 1985. (Documento en offset No. 90).
  12. Stern P, Tilden V, Maxwell E. Culturally induced stress during childbearing: the Philippino-American experience. *Health Care Women Int.* 1985;6:105–121.
  13. Fee E. Women and health care: a comparison of theories. En: Navarro V, ed. *Women and health: the politics of sex in medicine*. Farmingdale, New York: Baywood; 1983:17–34.
  14. Córdova A, Leal G, Martínez C. Cambios demográficos y sus repercusiones sobre los problemas de salud de la población trabajadora femenina urbana. En: Cooper J, De Barbieri I, Rendón T, et al. *Volumen I: Fuerza de trabajo femenina urbana en México*. México: UNAM-Porrúa; 1989:219–250.
  15. Organización Mundial de la Salud. *Women and occupational health risks: report of a WHO meeting, 1982*. Copenhagen: OMS; 1983. (EURO Reports and Studies 76).
  16. Texeira J. Reflexiones en torno a la salud de la fuerza de trabajo femenina. En: Cooper J, De Barbieri T, Rendón T, et al. *Volumen II: Fuerza de trabajo femenina urbana en México*. México: UNAM-Porrúa; 1989:447–467.
  17. Márquez M, Romero J. El desgaste en las obreras de la maquila eléctrico-electrónica. *Salud Probl.* 1988;14:9–24.
  18. Brodman K, Erdmann A, Woltz H. *Cornell Medical Index Health Questionnaire (Manual)*. New York: New York Hospital and Cornell University Medical College, Departments of Medicine and Psychiatry; 1949.
  19. Oakley A. *The sociology of housework*. New York: Basil Blackwell; 1985.
  20. Durán M. *La jornada invisible*. Barcelona: Icaria; 1986.
  21. Ramírez J. Los problemas de salud de los trabajadores en Jalisco: una aproximación. *Rev Asoc Med Jalisco.* 1988;5:28–34.
  22. Laurell A, Noriega M. *La salud en la fábrica: estudios sobre la industria siderúrgica en México*. México: Era; 1989. (Colección Problemas de México).
  23. Abramson J. The Cornell Medical Index as an epidemiological tool. *Am J Public Health.* 1966;56:287–298.
  24. Culpan R, Davis B, Oppenheim A. Incidence of psychiatric illness among hospital out-patients: an application of the Cornell Medical Index. *Br Med J.* 1960;19:855–857.
  25. Brodman K, Erdmann A, Lorge I, et al. The Cornell Medical Index-Health Questionnaire III: the evaluation of emotional disturbances. *J Clin Psychol.* 1952;8:119–124.

# ANEXO

El Índice Médico de Cornell (*Cornell Medical Index*), que aparece a continuación, es un instrumento que consta de 195 preguntas agrupadas en 18 secciones:

Sección	No. de preguntas
A. Ojos y oídos	9
B. Aparato respiratorio	18
C. Aparato cardiovascular	13
D. Aparato digestivo	23
E. Sistema musculoesquelético	8
F. Piel	7
G. Sistema nervioso	18
H. Aparato genitourinario	11
I. Fatiga	7
J. Frecuencia de enfermedades	9
K. Enfermedades misceláneas	15
L. Hábitos	6
M. Inadaptación	12
N. Depresión	6
O. Ansiedad	9
P. Sensibilidad	6
Q. Irritabilidad	9
R. Tensión	9
Total	195

Las preguntas se refieren a: 1) síntomas corporales, 2) enfermedades específicas diagnosticadas por un médico, 3) enfermedades hereditarias y 4) trastornos emocionales y del comportamiento.

Cada pregunta se contesta con "sí" o "no". El índice de salud se obtiene sumando todas las respuestas afirmativas.

No hay ningún método que sirva, por sí solo, para medir satisfactoriamente el grado de alteración de la salud, pero un mayor número total de respuestas afirmativas en el Índice Médico de Cornell indica un desequilibrio más grave. Cuando las respuestas afirmativas, distribuidas uniformemente en todo el cuestionario, son más de 30, se sospecha un trastorno general de la salud. Si su número es mayor de 50, se confirma la presencia de un trastorno. Por otra parte, se sospecha un trastorno emocional cuando las respuestas afirmativas en las secciones M a R son más de 3, y se confirma el trastorno cuando son más de 10. Si las respuestas afirmativas están agrupadas en una o dos secciones, cabe inferir que la alteración radica en los sistemas correspondientes.

El Índice Médico de Cornell no es un instrumento para llegar a un diagnóstico. Su función es definir, en términos cuantitativos, el estado de salud general y detectar posibles alteraciones que ameriten un estudio más detenido.

En las referencias 18 y 24 se proporciona una explicación más detallada de las aplicaciones y limitaciones de este instrumento desde el punto de vista epidemiológico.

# SUMMARY

## WORKERS' HEALTH IN FOUR GROUPS OF WOMEN IN GUADALAJARA, MEXICO

Today, the incorporation of women into the work force has changed the profile of health concerns of this population, extending it beyond the traditional gynecological/obstetrical framework. In order to describe the health problems of women in the context of their activities both inside and outside the home, a descriptive study was carried out using a four-part questionnaire (sociodemographic characteristics, domestic activities, remunerated activities, and the Cornell Medical Index) to identify similarities and differences among nurses, teachers, secretaries, and housewives living in Guadalajara, Mexico, in 1989. The results showed that the working woman's schedule, defined as the time devoted to work both inside and outside

the home, is very long in all the groups studied, amounting to a total of between 66 and 78 hours a week. The housewives spend an average of 70 hours a week on domestic tasks, while the nurses, teachers, and secretaries spend between 34 and 42 hours a week on such activities. With regard to work-related risks, occupational diseases were the most common complaint of all the groups, especially the teachers. On the other hand, housewives had the highest overall morbidity according to the Cornell Medical Index. These observations point out that different occupational health risks and morbidity indexes are associated with different activities performed by women, and it is suggested that these differences should be examined more fully through descriptive studies on women's health such as the one presented here.

### ***Bibliografía Médica Venezolana 1986–1987***

Esta nueva edición correspondiente al bienio 1986–1987 fue compilada bajo la dirección de la Biblioteca Central del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela. Se distribuye gratuitamente a bibliotecas médicas y sociedades científicas. Incluye referencias organizadas alfabéticamente por temas y también por autores, de trabajos publicados en revistas médicas venezolanas y del exterior, o presentados en reuniones científicas. La forma de ordenar los encabezamientos facilita la búsqueda bibliográfica ya que no invierte los términos MeSH traducidos al español, sino que mantiene siempre el tema principal en primer lugar: Adolescente, Medicina del; Adolescente, Psicología, etc. Los subtemas se añaden con guiones: Calcio-Efectos adversos; Calcio-Metabolismo, etc. Muchos de los trabajos se pueden conseguir en fotocopia. *Información:* Biblioteca Central, MSAS; Centro Simón Bolívar, Edif. Sur, Sector Oeste; Portal La Palma, 1er piso; Apartado 689, Carmelitas; Caracas 1010, Venezuela. Teléfonos: 483-46-68 y 483-17-61.