



UAM

Iztapalapa

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

DOCTORADO EN ESTUDIOS ORGANIZACIONALES

“CULTURA ORGANIZACIONAL Y REPRESENTACIÓN
SOCIAL DEL DISCAPACITADO. CASO CENTRO DE
REHABILITACIÓN DIF-MAZATLÁN”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN ESTUDIOS ORGANIZACIONALES

PRESENTA:
DINORA ALBARRÁN CARRERA.

DIRECTOR DE TESIS:
DR. ADOLFO MIR ARAUJO

MAZATLÁN SINALOA, FEBRERO 2010.

INDICE.

Introducción.

Primera parte.

Capítulo I. La discapacidad en México.....	1
1.1. Atención a personas con discapacidad.....	1
1.2.2 Centros de rehabilitación integral DIF.....	1
1.2. La discapacidad en México.....	5
1.2.1. Antecedentes de la discapacidad.....	5
1.2.2. La discapacidad en cifras.....	8
1.2.3. El entorno social de la discapacidad.....	11
1.2.4. Discapacidad y rehabilitación.....	13
1.3. Competencias profesionales del terapeuta físico.....	16
Capítulo II. Sobre la cultura en las organizaciones.....	29
2.1. Teoría de la organización y estudios culturales.....	29
2.1.1. Cultura corporativa.....	30
2.1.2. Cultura organizacional.....	31
2.2. La cultura en las organizaciones.....	36
2.2.1. Mundo simbólico.....	36
2.2.2. El lenguaje en las organizaciones.....	39
2.2.3. La metáfora en las organizaciones.....	41
2.2.4 El espacio social en la organizacional.....	44
2.2.5. Los grupos en la organización.....	51
2.2.6 El individuo en la organización.....	54
2.2.7. La motivación en la organización.....	57
Segunda parte.	
Capítulo III. Reflexiones sobre la cognición organizacional.....	62
3.1. Sobre la representación social como proceso cognitivo.....	62
3.1.1. Concepto de representación social.....	62

3.1.2. La teoría de las representaciones sociales.....	63
3.1.3 Organización y estructura de las representaciones sociales.....	65
3.1.4 Metodología para la recolección de las representaciones sociales.....	68
3.2. Sociología cognitiva.....	72
3.2.1. Sociología del conocimiento.....	72
3.2.2. La Concepción moderada de Max Scheler.....	75
3.2.3. La sociología fenomenológica de Peter L. Berger y Luckmann.....	76
3.3. La construcción social como proceso cognitivo.....	78
3.3.1. El constructivismo de Paul Watzlawick.....	78
3.3.2. El construccionismo social de Hacking.....	81
3.4. La cultura organizacional como un proceso cognitivo.....	86
3.4.1 Construcción social en la organización.....	87
Capítulo IV. Bases metodológicas.....	90
4.1. Teoría y método en los estudios culturales.....	90
4.1.1. Perspectiva fenomenológica.....	92
4.1.2. Perspectiva hermenéutica.....	93
4.2 Diseño metodológico.....	97
4.2.1. Reflexiones preliminares epistemológicas.....	97
4.2.2 Planteamiento del problema.....	104
4.2.3 Justificación.....	106
4.2.4 Hecho social.....	108
4.2.5. Universo de investigación.....	123
Tercera parte.	
Capítulo V. Centro de rehabilitación integral DIF Mazatlán.....	125
5.1 Fundación CRRRI Mazatlán.....	125
5.2 Descripción física.....	126

5.3 Servicios.....	129
5.4 Delegación de autoridad.....	137
5.5 Mecanismos de control.....	141
5.6 Centralización de recursos.....	144
5.7 Capacitación.....	146
5.8 Sesiones de enseñanza.....	148
5.9 Rotación de puestos.....	150
5.10 Perfil de puesto.....	152
5.11 Sueldos y prestaciones.....	154
5.12 Fuentes de conflicto.....	156
Capítulo VI. Representación social de la discapacidad del Centro de Rehabilitación Integral DIF Mazatlán.....	159
6.1 Representación social de la discapacidad.....	159
6.2 Elementos preliminares.....	160
6.2.1 Primeros contactos con la discapacidad.....	160
6.2.2 Percepción de la discapacidad.....	163
6.3 Estructura RSD.....	166
6.4 Núcleo central.....	166
6.4.1. Idea de discapacidad.....	167
6.5 Elementos periféricos.....	172
6.5.1 La familia del discapacitado.....	173
6.5.2 Trabajo de rehabilitación.....	176
6.5.3 Perfil profesional.....	177
6.5.4 Naturaleza del trabajo.....	180
6.5.5 Ayuda emocional.....	180
6.5.6 Historia de vida de los miembros de la organización.....	181

Capítulo VII. Construcción social de la cultura del Centro de Rehabilitación Integral DIF Mazatlán.....183

7.1 Características de los miembros del Centro de Rehabilitación Integral DIF Mazatlán.....	183
7.1.1 Los fundadores.....	184
7.1.2 Ciertas personas.....	191
7.1.3 Historia temprana.....	196
7.1.4 Situación familiar.....	201
7.1.5 Economía familiar.....	203
7.2 Perfil profesional.....	206
7.2.1 Motivación profesional.....	206
7.2.2 Formación profesional.....	212
7.2.3 Espíritu de servicio.....	215
7.3 El trabajo de rehabilitación.....	219
7.3.1 Naturaleza del trabajo de rehabilitación.....	220
7.3.2 Organización del trabajo.....	231
7.3.3 Esquemas de trabajo.....	237
7.4 Esquemas de percepción.....	243
7.4.1 Percepción del otro.....	244
7.4.2. Autopercepción.....	246
7.4.3. Percepción organizacional.....	250
7.5. Espacios de socialización.	260
7.5.1 Ambiente de trabajo.....	260
7.5.2 Relaciones informales.....	262
Conclusiones.....	271
Bibliografía.....	281

Introducción.

La manera de abordar los estudios de cultura organizacional es muy diversa, si bien la mayoría de las investigaciones en esta materia se acercan al objeto de estudio desde una perspectiva cualitativa se puede observar la falta de un plan en relación con el método utilizado en los estudios de esta naturaleza, así como una clara distinción en el manejo de la dicotomía sujeto-objeto, al considerarlos entidades separadas en el proceso mismo de investigación; en este sentido el trato a la intersubjetividad está ausente. La teoría de la representación social plantea una postura que concilia el universo interno y externo de los sujetos al conceptualizar la realidad del individuo, conciliando de esta manera la realidad intersubjetiva de los sujetos con el mundo que los rodea, de esta forma se constituye en un vehículo para comprender la entender la cultura de una organización dando paso al escasesimiento del proceso de construcción de la cultura organizacional.

El proceso de construcción de la cultura organizacional en el centro de rehabilitación DIF-Mazatlán, es el propósito central de esta tesis, se orienta a observar como la representación social del discapacitado conduce a esta construcción social; será abordado como un proceso simbólico de carácter social por medio del cual los miembros de la organización otorgan significado a sus propias acciones y las de los otros. Para el constructivismo el mundo de los significados, la realidad, es una construcción humana y social, de tal modo que toda observación remite inevitablemente a las cualidades del observador y a las distintas interacciones comprometidas. El aspecto central del constructivismo es dado por su interés en reconocer el fenómeno del conocimiento como resultado de una interdependencia entre el observador, de

esta manera, la realidad se presenta entonces como una convención social en la cual participan los presupuestos tanto individuales como colectivos, lo real es “al fin y al cabo lo que es denominado real por un número suficientemente grande de hombres, en este sentido extremo, la realidad es una convención interpersonal” (Watzlawick, 2000). Desde esta perspectiva la cultura organizacional es edificada por la configuración de la suma de las experiencias de la organización en un momento histórico determinado y un horizonte geográfico específico, esta representación social constituirá la cultura organizacional del centro de rehabilitación DIF- Mazatlán. En este sentido la fenomenología proporciona un marco metodológico coherente para asumir la realidad de la manera en que es experimentada por los miembros de la organización, al dotar de sentido a las acciones y expresiones de quienes las ejecutan, y fijar el sentido que tienen para los actores.

La presente tesis se constituye de tres partes, en la primera de ellas en el primer capítulo se realiza una revisión del entorno de la discapacidad, tanto en el campo de profesional de la rehabilitación como de las políticas públicas sobre discapacidad en México al mismo tiempo que se revisan las competencias profesionales en torno al terapeuta físico.

En el segundo capítulo se realizan una serie de reflexiones sobre la cultura organizacional como proceso cognitivo partiendo de una revisión teórica sobre las principales aportaciones en torno a la cultura organizacional, para después realizar una serie de reflexiones acerca de la naturaleza del mundo simbólico, particularmente del lenguaje y de la utilización de la metáfora como una herramienta cognitiva para el análisis de las organizaciones.

En la segunda parte en el capítulo tercero se ofrecen una serie de consideraciones de orden teórico que orientan una reflexión acerca de la cognición organizacional partiendo de la sociología cognitiva para después revisar las principales aportaciones que desde las representaciones sociales se realizan para entender los procesos de construcción de la realidad, la noción de representación social a la que aquí nos referimos corresponde a la teoría elaborada por Serge Moscovici en 1961, constituyendo una referencia obligada no solo en psicología social sino también en ciencias sociales.

En el cuarto capítulo se ofrecen una serie de reflexiones de orden metodológico relacionadas con la teoría y método de los estudios culturales, donde se revisan visiones como la fenomenología y la hermenéutica; de la misma forma se realiza el planteamiento del problema de investigación, así como la determinación del hecho social y la problemática subyacente al mismo, para finalmente ofrecer un análisis de las dimensiones de estudio abordadas en esta tesis, las cuales se presentan a continuación:

Representación social del discapacitado, Entendida como la convención social generada a través de la matriz que constituyen los actores organizacionales que representa las nociones principales que se edifican en entorno de la discapacidad, a través de la naturaleza del trabajo que realizan, que se significa en la práctica cotidiana y se reproduce en y a través de esta.

Centro de rehabilitación DIF Mazatlán. Entendido como el universo de análisis, dentro del cual las practicas formales e informales se interrelacionan en el desarrollo del trabajo de rehabilitación, recibiendo influencia tanto internas como externas, a través de los conjuntos sociales y de los miembros de la

organización. El interés aquí radicará en la comprensión de la cultura organizacional.

Cultura organizacional, la que se comprende como “el tejido de significados en virtud de los cuales los seres humanos interpretan sus experiencias y orientan sus acciones” (Geertz en Allaire y Firsirotu, 1992). En esta dimensión convergen las dos anteriores ya que se propone que el papel que juegan los actores organizacionales en función de la representación social de los discapacitados produce la cultura del centro de rehabilitación DIF-Mazatlán.

En una tercera parte se realiza una revisión del estudio de caso correspondiente al Centro Regional de Rehabilitación Integral DIF Mazatlán en torno a tres dimensiones de estudio, en función de las cuales se presentan los resultados obtenidos para finalmente realizar una serie de conclusiones al respecto.

Capítulo I. La discapacidad en México.

1.1. Atención a personas con discapacidad.

En relación a la atención de las discapacidades se estima en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 que esta constituye un serio problema de salud pública, ya que se estima que un 2.3 % de los mexicanos sufren de discapacidad grave; no se dispone de información precisa pero se estima que al año se producen 125 mil discapacidades como resultado de fracturas graves, 67 mil malformaciones congénitas, 43 mil secuelas de enfermedad vascular-cerebral, 20 mil secuelas de trauma craneo-encefálico y 12 mil casos de parálisis cerebral infantil.

Las discapacidades son resultado de enfermedades o lesiones pero también son consecuencia de los avances de la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades; en México existen alrededor de 4 millones de personas con diabetes mellitus y 13 millones de hipertensos, los primeros frecuentemente requieren de amputación o sufren de ceguera o nefroesclerosis, los segundos llegan a sufrir enfermedad vascular-cerebral la cual se asocia con discapacidades.

1.1.1 Centros de rehabilitación integral DIF.

Una deficiencia se define como una alteración que puede corregirse valiéndose de una herramienta. Una discapacidad, puede ser transitoria o permanente, está caracterizada por una enfermedad que hace que la persona, comparada con otra de su misma edad y sexo, tenga limitantes para realizar una actividad específica. De acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud existen cuatro tipos de discapacidades, la primera es la discapacidad

motora, en la que se incluyen todas las circunstancias causantes de una limitación de movimiento; la segunda es la discapacidad visual, caracterizada por todos las deficiencia de la vista; la tercera es la discapacidad auditiva y del lenguaje, en la que se incluyen todas las circunstancia que dificultan el desarrollo del lenguaje; y por ultimo, la discapacidad intelectual, que limita el desarrollo del la actividad intelectual en su conjunto, la cual no siempre están acompañadas de discapacidad motora. Existen también discapacidades combinadas.

Según el tipo de discapacidad se define cuales son los médicos especialistas y los terapistas que intervienen, para la discapacidad auditiva están los especialistas en comunicación humana, el neurólogo y el terapeuta de lenguaje; para la discapacidad visual, el medico de rehabilitación, el oftalmólogo, el terapeuta físico y el terapeuta ocupacional; para la discapacidad intelectual, el medico en rehabilitación, el neurólogo, el psicólogo, el terapeuta físico y el ocupacional. El equipo de psicología es muy importante en el tratamiento de todas las discapacidades, ya que la discapacidad en algún miembro representa alteración en la dinámica familiar.

No se puede hablar de un tipo de terapia específica, existe una diversidad de recursos terapéuticos que tienen como objetivo restablecer la función de alguno o más segmentos del cuerpo para que el paciente sea independiente en sus actividades cotidianas. Las terapias físicas pueden ser:

Mecanoterapia. En esta área se encuentran equipos para el fortalecimiento muscular, para la reeducación de la marcha, colchones para enseñar al paciente a sentarse, a hincarse, a pararse y a caminar en forma adecuada.

Electroterapia. Aquí se utilizan corrientes eléctricas con fines terapéuticos a través de ultrasonido, electroestimuladores, diatermias, corrientes analgésicas y corrientes de láser.

Hidroterapia. Con este tipo de terapia se aprovechan las propiedades físicas del agua como un medio de calor que facilita la relajación muscular y el movimiento articular previo a otro ejercicio.

Terapia ocupacional. El objetivo de esta terapia es capacitar al paciente para que realice actividades como vestirse, alimentarse, transportarse, etc; ya sea mediante el diseño de aditamentos o mediante técnicas para usar una silla de ruedas, subir por una rampa, bajar escalones, así como de actividades encaminadas a mejorar específicamente la movilidad de las extremidades superiores.

Centro de tecnología adaptada. (CTA) Esta área se encuentra equipada con programas de cómputo diseñados especialmente para tratar problemas de lenguaje de sordos, disfémicos, pacientes con labio leporino y paladar hendido, por medio de estímulos de retroalimentación visual.

Hay que destacar que los terapeutas son para los médicos en rehabilitación como las enfermeras para cualquier médico, una enfermera sigue las instrucciones que cualquier médico le da; de acuerdo con su formación académica, un terapeuta no tiene elementos para hacer un diagnóstico o precisar un tratamiento. El paciente debe de ser valorado por un médico especialista y en función de la discapacidad, en una hoja de indicaciones se realizan las indicaciones, ejercicios a seguir y estudios que el paciente necesita.

Como sistema, el DIF tienen la mayor infraestructura de servicios de rehabilitación en todo el país. En cada estado existe un DIF estatal y cada municipio debe contar con una unidad básica de rehabilitación; existen también 2,271 DIF municipales. Con esta infraestructura se brindan servicios de asistencia social entre los que se cuentan los de atención a discapacitados, de acuerdo con el Dr. Luis Rosales Pérez, Subdirector de Rehabilitación del DIF nacional “el DIF es la institución que mayor número de servicios presta a las personas con discapacidad, o a las personas en riesgo que requieren servicios de rehabilitación. Gracias a su infraestructura atiende a cuando menos el 70% de la población que recibe estos servicios en el país.”

Un factor importante en relación con la discapacidad es la prevención, la aparición de algunas enfermedades en niños puede disminuir, como es el caso de la mielomeningocele que se relaciona con deficiencia de ácido fólico, la cual puede impedir el movimiento de las piernas y el control de esfínteres; la prevención de accidentes es muy importantes, principalmente en casa, ya que en ella existen muchos riesgos: las quemaduras muy profundas se acompañan de daño en el hueso, ligamento, músculos.

Una parte muy importante en el manejo de la discapacidad es la familia, ya que la presencia de una discapacidad hace necesaria algunas adaptaciones en el ritmo de la vida doméstica. “ningún programa de rehabilitación se puede considerar completo o con éxito si no participa directamente la familia del paciente, la atención que se brinda en las instalaciones del DIF contempla a la familia, como a los propios pacientes como grupo de intervención muy importante” (Dr. Rosales Pérez en Huerta, falta año). En los programas denominados escuela para padres se

proporciona información sobre el proceso de discapacidad del familiar y sobre una serie de técnicas para que su integración sea positiva y de apoyo autentico para superar los procesos de discapacidad.

1.3. La discapacidad en México.

1.3.1. Antecedentes de la discapacidad.

En la actualidad dos tercios del mundo no cuentan con facilidades especiales, ni médicas, ni educativas para los discapacitados, y otros continúan poniéndoles rótulos, los segregan física, educativa y emocionalmente del resto de la población, este es el panorama real mundial en nuestros días, que nos muestran los reportes de las organizaciones internacionales de discapacitados.

En México la Organización de las Naciones Unidas trabaja junto con un grupo de expertos, en una red de organizaciones internacionales más grande del mundo constituyendo el panel de expertos en discapacidad, quienes difunden, implementan, y monitorean el máximo documento de derechos humanos para las personas con discapacidad: "Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud" (Organización Mundial de la Salud, 2001), documento elaborado por las agencias que constituyen la ONU, los Estados Miembros y los Organismos más grandes e importantes para las personas con discapacidad. Estas normas constituyen una guía escrita, que deberá de transformar en un futuro, la vida de los 650 millones de seres humanos discapacitados que existen dispersos en todo el mundo (Naciones Unidas 2006).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIDDM2) realizada para la de la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, es producto de la revisión llevada a cabo a la Clasificación Internacional de Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (CIDDM) publicada por la OMS con carácter experimental en 1980, los cuales se definían como:

Discapacidad: “gran número de diferentes limitaciones funcionales de carácter temporal o permanente que se registra en la población mundial y que revisten la forma de deficiencias físicas, intelectuales o sensoriales, de una dolencia que requiera atención médica o incluso una enfermedad mental que limite la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”.

Deficiencia: “toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”.

Minusvalía: “situación desventajosa para una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desempeño de un papel social que es normal en su caso según su edad, sexo y factores sociales y culturales”.

La CIDDM2 es producto de un sistemático trabajo de campo y consultas internacionales a lo largo de 5 años anteriores a su publicación, (2001), el objetivo principal de la clasificación CISSM2 es proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirva como punto de referencia para la descripción de la salud y los estados relacionados con la misma, revisando los componentes básicos de salud y algunos componentes relacionados con esta para su descripción y valoración.

La Organización Mundial de la Salud que es una agencia de la ONU, está reformando toda su filosofía y forma de trabajo para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y lograr un compromiso más fuerte entre los sectores de salud de los diferentes países y con las propias personas con discapacidad. La Comisión de Derechos Humanos, también agencia de la ONU, cada vez se integra más en todos los asuntos de las personas con discapacidad y promueve estos, en todo el mundo.

Por su parte, la UNESCO está trabajando no solo por la educación que debe de ser para todos, sin excluir a ningún ser humano por mayores limitaciones que tenga, centrando su trabajo en aspectos como la genética y bioética, ya que necesitamos en este momento que intervenga para que se pueda impedir la selección de seres humanos y los experimentos con ellos. La UNICEF está trabajando activamente para mejorar las condiciones de vida de millones de niños, muchos de ellos con discapacidad esparcidos en todo el planeta.

Otra Agencia de la ONU, la Organización Internacional del Trabajo, también está proporcionando un gran apoyo, prestando servicios muy importantes en lo concerniente a los aspectos laborales de las personas con discapacidad y sus familias.

En base al trabajo de los organismos anteriores en noviembre de 1998, la Secretaría de Salud emitió la Norma Oficial Mexicana para la Atención Integral de las Personas con Discapacidad; y en marzo de 1999, la Procuraduría Federal del Consumidor y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, firmaron con las organizaciones de y para personas

con discapacidad nacionales y locales, el Convenio para la Defensa de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

De Enero de 2001 a Diciembre de 2005 el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) ha colocado a mil 898 personas con discapacidad en el ámbito laboral y ha capacitado a mil 650 más, se informó en el marco del Tercer Congreso Internacional y Quinto Nacional de Rehabilitación Laboral. A través de las Agencias de Integración Laboral coordinadas por el DIF y ubicadas en el Distrito Federal y el interior de la República, ofrecen sus servicios con base en la metodología establecida por la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

El empleo es un componente indispensable para que las personas con disfunciones físicas y/o mentales alcancen la independencia, su realización y su integración al flujo de su vida social y económica, por lo que es un derecho que no debe negárseles, en colaboración con el DIF se inició un programa para la incorporación de personas adultas mayores con discapacidad, al ámbito de trabajo

El INEGI reporta cerca de dos millones de personas con discapacidad en México, lo que implica que el sector empresarial enfrenta una creciente necesidad de ampliar las fuentes laborales para incluir a grupos vulnerables, partiendo del supuesto de que el talento no es exclusivo de un segmento de la población.

1.2.2. La discapacidad en cifras.

Al nivel internacional la importancia de los problemas económicos y sociales de la discapacidad está dada si consideramos que en el mundo hay más de seiscientos millones de personas discapacitadas, y que en todas partes se

cometen abusos contra sus derechos derivados entre otras cosas de prejuicios seculares. De acuerdo al análisis de la discapacidad en el mundo, conforme al Dossier Informativo sobre las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1993), señala que un 98% de las personas discapacitadas que viven en los países en vías de desarrollo no tienen acceso a los servicios de rehabilitación; que hay 20 millones de personas que necesitan sillas de ruedas; que 100 millones de personas padecen minusvalía causada por la mal nutrición; que en ningún país se cuenta con sistemas de transporte accesibles totalmente; que en algunos países el 90% de los niños discapacitados no vive más de 20 años, entre otros datos.

En el caso de México, de acuerdo con los Resultados Definitivos Tabulados Complementarios de la Encuesta sobre Discapacidad 2000 realizada por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) esta importancia se refleja en el hecho de que a nivel nacional, de un total de 19,848,319 hogares (100%), 1,915,137 hogares (9.65%) tienen al menos un miembro integrante con algún tipo de discapacidad.

De acuerdo con los informes elaborados por la Subcomisión de Rehabilitación Laboral, Capacitación y Trabajo señalada, del total de discapacitados que tiene registrados, el 53 % lo es de discapacidad locomotora, el 20 % de discapacidad intelectual, un 18 % del lenguaje o del habla, y un 9 % lo es de discapacidad visual. Asimismo, del total de hogares con algún miembro discapacitado el 9.03% percibe entre tres y cinco salarios mínimos, y el 13.78% no percibe ninguno.

Conforme al Sistema Nacional de Información sobre Población con Discapacidad, en el país existían al año pasado 741 asociaciones de personas

con discapacidad de las cuales 628, el 85%, manifestaron tener algún registro oficial; 113 equivalente al 15% no lo manifestaron. Las entidades federativas con mayor número de asociaciones son: el Distrito Federal con 114, Coahuila con 78, Jalisco con 65 y Guanajuato con 49.

Así pues, el rango social de la discapacidad lo podemos valorar si tomamos en cuenta que en México se estima que existen al menos 10 millones de personas con alguna de sus manifestaciones, cifra que, por género, se distribuye 50% mujeres y 50% hombres. Algo muy delicado es que cerca de 2 millones 500 mil personas con discapacidad, son niñas y niños.

Detrás de ese impacto demográfico muy alarmante, tenemos que tomar en consideración que solamente el 24% del total de personas con discapacidad, cuentan con algún empleo e ingreso; el 76% restante es considerado como población inactiva. Lo que constituye una desigualdad profunda que debemos valorar. En efecto, debemos mencionar que de las personas con discapacidad que no tienen empleo, el 52% no lo tienen debido a su condición, entiéndase por ello, que el mercado de trabajo y la sociedad no los considera aptos para emplearlos. Esto último debe contrastarse con el hecho de que sólo un 30% de las personas con discapacidad no empleadas, realmente está imposibilitada para trabajar, ya sea por problemas crónicos de salud, avanzada edad o incapacidad total; del mismo modo que un 15% vive de sus rentas, al amparo de pensiones o jubilaciones.

De fondo, cabe destacar que de los 10 millones, el 82% depende parcial o totalmente de sus familiares o amigos y el 2% de la caridad y aún de la limosna. Como puede apreciarse, 10 millones de mexicanos en esta condición, implican al 10% de nuestra población y sus efectos se multiplican si consideramos lo que representa en costo de sobrevivencia para las familias.

1.2.3. El entorno social de la discapacidad.

La integración familiar del discapacitado constituye el primer enfrentamiento con la cruda realidad, pues es un miembro distinto en el hogar, que debe tener paciencia para solicitar se le integre a la conversación en turno, siendo el último en advertir las noticias de moda, convirtiéndose en dependiente de los demás familiares, siendo su opinión nula e inclusive en algunos casos sujeto de maltrato, lo cual lo convierte en una persona desconfiada y resentida, todo esto generalmente se traduce en manifestaciones de carácter agresivo o violento.

En algunos casos se les sobre protege y se les otorgan demasiados privilegios convirtiéndolos en seres incapacitados socialmente y demandantes de atención en todo momento, con poca iniciativa, excesiva dependencia, escasa responsabilidad y nula autonomía; en estos casos es la propia familia quien les concede una doble condición de discapacidad, física y socialmente.

El aspecto laboral es decepcionante, pues aún cuando existen algunos discapacitados preparados para ocupar puestos directivos, se deben conformar con realizar actividades muy por debajo de sus capacidades reales, generalmente se les limita el acceso a mejores oportunidades en el sector productivo, en cambio se admite a personas con menor rendimiento, por el hecho de ser "normales", las aspiraciones profesionales de los discapacitados también se ven frustradas al no contar con facilidades de acceso para acudir a las universidades y centros de estudios superiores.

La persona discapacitada trabaja en un ambiente social hostil, en circunstancias adversas, generalmente basadas en la indiferencia y el menosprecio, se sentirá injustamente marginada y ofendida cuando la sociedad no se interese en conocerla e intentar un acercamiento, cuando se empeñen en

manipularla y resolver el problema de la integración unilateralmente, cuando productivamente se le trate con matices de inferioridad.

La integración social debe ser un proceso que conceda a todos los individuos participar de los beneficios del desarrollo a través del ejercicio de sus derechos y capacidades. El factor principal para lograr la integración social y productiva es trabajar a favor de la justicia y la igualdad, elevando los niveles de bienestar y desarrollo, impulsando a las personas discapacitadas al acceso de las oportunidades de que dispone en general la comunidad necesarias para los aspectos fundamentales de la vida como: la educación, el empleo, la vivienda, la seguridad económica y personal, la participación en grupos sociales y políticos, las actividades religiosas, las relaciones afectivas, el acceso a las instalaciones públicas, la libertad de movimientos, así como las posibilidades para desarrollar un estilo y calidad de vida adecuados.

Sin duda el derecho que más reclaman las personas con discapacidad es el derecho al trabajo, independientemente de la condición socioeconómica, son el grupo social con mayor desempleo. Pero el trabajo no sólo es un derecho, sino una obligación social, de su realización depende la consecución de un nivel digno de vida. Pero sobre todo, el tener un empleo y la posibilidad de progresar en él es el medio idóneo de realización de cualquier persona humana. La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada por las Naciones Unidas en Agosto de 2006 promueve, protege y garantiza el disfrute pleno de todos los derechos humanos por las personas con discapacidad, abarcando áreas como la accesibilidad, la movilidad personal, la salud, la

educación, el empleo, la habilitación y rehabilitación, la participación en la vida política, la igualdad y la no discriminación.

A través del tiempo las personas con discapacidad se han considerado como individuos que requieren la protección de la sociedad, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es un paso importante para cambiar la percepción de la discapacidad y asegurar que las sociedades reconozcan la necesidad de proporcionar a todos por igual la oportunidad de vivir la vida con la mayor plenitud posible. La convención no crea ningún derecho nuevo, expresa los derechos existentes en forma que atiende a las necesidades y la situación de las personas con discapacidad, algunos países han promulgado legislaciones amplias a este respecto, pero faltan muchos mas por sumarse a este esfuerzo, es necesaria una norma universal jurídicamente vinculable para asegurar el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad en todos lugares, al ratificar la convención, un país acepta las obligaciones jurídicas que le corresponden en virtud del tratado, y después que entra en vigor el tratado adopta la legislación para cumplirlas. El comité especial de la convención tiene pendiente decidir sobre un mecanismo para su vigilancia.

1.2.4. Discapacidad y rehabilitación.

Prevalen muchas conductas discriminatorias en lo referente a las posibilidades de participación de las personas con discapacidad en el terreno social, escolar, laboral y otros, pues estas conductas se vinculan con una

concepción del sujeto centrada en el déficit producido por causas orgánicas difícilmente modificables, innatas e incurables.

Del adecuado proceso personal depende en gran medida el logro eficiente de su adaptación y superación; dentro de este proceso las personas con discapacidad desarrollan sus propias capacidades y habilidades, no se puede descartar que una persona con alguna disminución, una enfermedad crónica o alguna discapacidad desarrollen complejos de inferioridad con respecto a las personas sanas.

La educación y la formación es de manera integral, respetando su individualidad y con programas personalizados que permitan el desarrollo en las diferentes áreas, incluyendo el trabajo, bajo el concepto de normalización, “no es un objetivo a lograr en las personas con discapacidad, sino con la gente que las rodea, para que las relaciones que tienen hacia las personas con discapacidad sean lo mas normal posible” (Barraza, año), buscando opciones que les permitan potencializar sus habilidades, aún en personas consideradas severas y asociada su discapacidad intelectual a otros síndromes.

El objetivo del nuevo concepto de discapacidad intelectual, es dar mayor importancia a sus capacidades, que a sus incapacidades, al trabajo, más que a las simples actividades sin objetivo determinado como la terapia ocupacional y favorecer la productividad, cuyo desafío es la búsqueda de su felicidad, al sentirse personas útiles a sí mismos, a su familia y a la sociedad. Para lograr su recuperación, es importante considerar que la formación laboral se inicia desde los primeros años de escolaridad, por lo que el aprendizaje funcional es básico orientado a los programas de manera formativa, de tal manera que al llegar a la juventud, tengan establecidos hábitos, aptitudes, tanto profesionales, como

sociales, así como la realización personal, a sabiendas que requerirá, tiempo, esfuerzo y mucha perseverancia.

La Rehabilitación Basada en el Sistema de Salud, consiste en la aplicación de medicina de rehabilitación a través de todos los Servicios de Salud Pública y Seguridad Social en sus diferentes niveles, lo que va desde la llama Rehabilitación Simplificada que se puede aplicar en un Centro de Salud, hasta los procedimientos más sofisticados como el transplante de órganos, prótesis e implantes que se llevan a cabo en los Institutos y Hospitales de alta tecnología. La atención de la discapacidad en el Sector Salud mediante programas de rehabilitación tiene una amplia cobertura, la Secretaría de Salud atiende a personas con discapacidad a través de los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Gea González, Hospital General de México, Hospital Juárez de México y los Institutos Nacionales de Medicina de Rehabilitación, Ortopedia, Comunicación Humana, integrados en el Centro Nacional de Rehabilitación (Ortega, 2000).

Asimismo se realiza la formación y capacitación de personal especializado en Medicina de Rehabilitación, Medicina de la Comunicación Humana, Ortopedia, Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia del Lenguaje, Prótesis y Órtesis etc. Diversos hospitales de los Servicios Estatales de Salud cuentan con servicios de Rehabilitación y se tiene ya preparadas las normas y los instructivos, para la prestación de servicios de Rehabilitación en unidades del primer nivel de atención. En cada uno de los Estados de la República existe un Centro de Rehabilitación y Educación especial adscritos al Sistema Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Nacional y algunos a los DIF estatales, así como numerosas unidades básicas de rehabilitación.

1.3. Competencias profesionales del terapeuta físico.

En la América precolombina, los Aztecas desarrollaron métodos terapéuticos basados en el agua en sus “baños de vapor” (temazcalli) de la misma manera que los Mayas con sus “baños de sudor” (zumpulche), que fueron utilizados para purificar al cuerpo tanto física como espiritualmente; un punto de referencia importante para el desarrollo de la fisioterapia fue el florecimiento de la cultura helénica, que a partir del empirismo en el cual se había basado hasta entonces todo acto terapéutico, deja paso a un enfoque más racional de entender la salud y la enfermedad y en consecuencia, del tratamiento.

En el tema del Movimiento como Agente Terapéutico (Kinesioterapia), Hipócrates desarrolló maniobras de corrección mediante compresiones, tracciones y manipulaciones; en el campo del Masaje como Agente Terapéutico (Masoterapia) describió la llamada anatripsis, o “fricción hacia arriba” que aplicaba para realizar drenajes vasculares; así mismo, impulsó métodos gimnásticos preparatorios para el fortalecimiento de las extremidades en el arte de la caza, el deporte y la guerra, método que posteriormente perfeccionaría Herodio en su tratado “Ars Gimnástica”. Aristóteles por su parte consagró sus esfuerzos en este campo al estudio de la Kinesiología o ciencia del cuerpo humano en movimiento, y al estudio de la marcha humana. En el campo de la Electroterapia, o Electricidad como Agente Terapéutico, realizó experiencias con descargas eléctricas de pez torpedo (tremielga), que aplicaba para los ataques de gota, método que después popularizarían los romanos.

A mediados del siglo XX, y después varias de epidemias como la poliomiélitis y de las Guerras Mundiales, cuyas facturas fueron la de una gran cantidad de enfermos, lesionados y discapacitados, poco a poco se va asentando

en la clase médica mundial la idea de la creación de un corpus profesional que se consagre exclusivamente al estudio y práctica de esta disciplina; este es el motivo de la creación oficial de los cuerpos de Fisioterapeutas en todo el mundo y la profesionalización y el despegue de la misma al acceder la Fisioterapia al rango de estudio de carácter Universitario. En la actualidad, gracias a los avances de la tecnología y fiel a su historia y tradición, la Fisioterapia dispone a su alcance del uso de numerosos agentes físicos (masaje, agua, sonido, electricidad, movimiento, luz, calor, frío...) en las modalidades de electroterapia, ultrasonoterapia, hidroterapia, mecanoterapia, termoterapia, magnetoterapia o laserterapia, entre otras, pero sin descuidar o abandonar el desarrollo e impulso de nuevas concepciones y métodos de Terapia Manual (principal herramienta del fisioterapeuta) para la prevención, tratamiento, curación y recuperación de un gran número de patologías y lesiones.

Dentro de las funciones del profesional en terapia física se pueden destacar dos, primero una función asistencia, en donde el fisioterapeuta, como profesional sanitario, establece una relación con la sociedad sana y enferma con la finalidad de prevenir, curar y recuperar por medio de la actuación y técnicas propias de la fisioterapia, el fisioterapeuta deberá establecer una valoración previa y personalizada para cada enfermo a partir del diagnóstico médico, que consistirá de un sistema de evaluación funcional y un sistema de registro e historia clínica de fisioterapia, en función de los cuales, planteará unos objetivos terapéuticos y en consecuencia diseñará un plan terapéutico utilizando para ello los agentes físicos propios y exclusivos de su disciplina, la herramienta principal del fisioterapeuta es la mano y en consecuencia, la terapia manual; y en segundo lugar una función de docencia e investigación, en virtud de que la Fisioterapia es una profesión sanitaria que está integrada en la Universidad; corresponde pues al fisioterapeuta docente

proporcionar una formación cualificada a sus alumnos, adaptarse a los nuevos avances científicos que se produzcan en la profesión para así poder proporcionar una formación en todo momento actualizada y participar en estudios de investigación propios de su disciplina.

Es un error considerar que fisioterapia y rehabilitación es lo mismo, la rehabilitación es la recuperación física, psíquica, social y laboral, es decir, la rehabilitación es la recuperación global del enfermo o lesionado; la fisioterapia sólo se ocupa de la recuperación física, La rehabilitación, es pues, un trabajo multidisciplinar; en el proceso de rehabilitación, interviene la fisioterapia, pero la fisioterapia no es toda la rehabilitación, en el proceso de rehabilitación de un enfermo, además de la fisioterapia, interviene el especialista, la logopedia, la terapia ocupacional, la psicología, entre otros.

Según el Ministerio de Trabajo y seguridad Social de Colombia la rehabilitación es entendida como “un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencias alcance un nivel físico, mental y social óptimo, proporcionándole así los medios para modificar su propia vida” (Peñas, 2003), desde la perspectiva de la rehabilitación integral, el proceso debe involucrar acciones encaminadas a compensar la pérdida de una función o limitación funcional, procurar mejorar de su calidad de vida y lograr una plena integración del contexto sociofamiliar y laboral; se debe considerar tratar a la persona desde una perspectiva biopsicosocial, asistiendo sus necesidades de seguridad y supervivencia, retomando la interconexión con el contexto como facilitadora del proceso.

Previa a la rehabilitación laboral, el discapacitado debe participar de un proceso de rehabilitación funcional que le permita alcanzar niveles de funcionalidad mínimos, la rehabilitación funcional es entendida como “la combinación de conocimientos y técnicas interdisciplinarias susceptibles de mejorar el pronóstico funcional. Comprende el conjunto organizado de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar la capacidad funcional física, psicológica, mental o social, previniendo, modificando, minimizando las consecuencias de la edad, la enfermedad o los accidentes, que puedan reducir o alterar la capacidad funcional para que las personas puedan desempeñarse adecuadamente en su ambiente físico, familiar, social y laboral” (Peñas, 2003).

La confederación mundial de fisioterapia región Sudamérica WCPT-SAR, elaboro un informe sobre el proyecto para la globalización curricular de la fisioterapia y kinesiología en América latina en 2003, el cual tiene por objetivo “el concertar los mínimos curriculares para la formación de fisioterapeutas y kinesiólogos, construir un lenguaje disciplinar-profesional común y consolidar la red regional de trabajo, de tal forma que, respetando la autonomía y especificidad de las naciones, se construya la base común para el desarrollo y proyección de la profesión” (WCPT, 2003). El proyecto en mención consta de dos fases, la primera de diagnóstico sobre la formación de fisioterapeutas y kinesiólogos en la región, la cual ya finalizó, y la segunda que en base en los resultados obtenidos accede a la concertación de los requisitos básicos para la formación en profesionales del área, los cuales, guardando las equivalencias razonables, permitirán su paulatina globalización.

La institucionalización de la enseñanza en fisioterapia y kinesiología en América latina data de 1922, y las comunidades profesionales de cada uno de los países se encuentra organizada y debidamente reconocida por el estado, la visión corporativa ha sido una característica de los fisioterapeutas de América latina, lo cual se evidencia en la temprana formación de la Confederación Latinoamericana de Fisioterapeuta y Kinesiología, CLAFK en 1969, como un estado de unión y cooperación permanente entre los países de la región. “En 1995 bajo iniciativa del Centro Latinoamericano de Desarrollo en Fisioterapia y Kinesiología, CLADEFK, se busco establecer un diagnostico sobre la formación académica de la región, de acuerdo con el modelo utilizado por la Comunidad Económica Europea,” (WCPT, 2003), el cual arrojó los resultados siguientes:

- La existencia de una gran heterogeneidad en los conceptos básicos utilizados al interior de la profesión, en torno a los procesos curriculares, lo cual dificulto el procesamiento de los datos enviados por los diferentes países, y hace evidente la necesidad de establecer una terminología común al interior de la profesión.
- Aunque todos los países cuentan con una asociación científico gremial, tan solo dos, Argentina y Colombia, reportan organismos nacionales que asocian las facultades de fisioterapia y kinesiología, debidamente reconocidos y valorados por el estado, otros dos países, Paraguay y uruguay, por contar con un programa académico único resultan ser interlocutores validos ante sus gobiernos.

- En la región existen los niveles, técnico tecnológico y universitario, en la formación de fisioterapeutas y kinesiólogos, siendo este último el más frecuente.
- Referente a la formación docente, algunos países cuentan con profesores que fueron capacitados por el curso organizado por la OMS/OPS y la WCPT, en el año de 1969 en Ciudad de México; otros profesores han sido formados a través de post-gradados realizados en sus respectivos países y de seminarios permanentes que ofrecen las universidades.
- Se han realizado actividades de educación continua, en cooperación con diferentes países, los cuales han reportado beneficios, pero no han atendido a un programa regional previamente planificado.

Apoyado en los resultados anteriores resulta de vital importancia consolidar un diálogo entre el gremio y la educación, ya que tradicionalmente se mantienen aislados sin objetivos comunes que los relacionen, este trabajo se hace indispensable y constituye la base para una alianza nacional e internacional que garantice la calidad, el impacto y la vigencia de la profesión, a la vez que atienda a las tendencias mundiales hacia la apertura de fronteras, la economía del mercado globalizado y la libre circulación entre los países.

En el estudio participaron la totalidad de los países miembros de la región: Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, México, Paraguay, Perú, Uruguay, y Venezuela; debido a condiciones internas durante el desarrollo del proyecto se presentó la deserción de tres de ellos, Brasil, Bolivia, y México, conformándose un universo definido de 40 facultades pertenecientes a los 8

países restantes. Colombia a través de sus asociaciones académicas y científico-gremiales, fue el país que más se destacó, y por lo tanto, el responsable del diseño inicial de la propuesta metodológica, para ser discutida y aprobada regionalmente.

Con fecha del informe sobre el proyecto regional sobre la “Nivelación y globalización curricular de la fisioterapia y la kinesiología en América latina” en diciembre de 2003, emitido por la WCPT, la segunda fase del proyecto se encuentra en marcha.

En Europa España es uno de los países en donde la profesionalización en Terapia física se encuentra más desarrollada y estructurada, existiendo diversos colegios profesionales de terapia física, fisioterapia o kinesiología de los que se pueden destacar, El Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid, El Colegio Profesional de Canarias y El Colegio Profesional de Fisioterapeutas del principado de Asturias; de los que se resumirá el de la Comunidad de Madrid por ser el que contiene los principios y valores generales de la profesión.

El Código Deontológico de los fisioterapeutas madrileños pretende ser el instrumento base del quehacer profesional, para afrontar una atención integral al ser humano, tanto sano como enfermo, y que tenga presente su dimensión biológica, psicológica, y social; los cuatro principios éticos básicos que contiene son: Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia. Ello implica el actuar respetando las decisiones de los usuarios, procurando no causarles daño a la par que intentando proporcionarles el máximo bien posible y tratando a las personas con idéntica consideración, dignidad y respeto; respeto por el paciente significa en esencia dar a los usuarios el trato de personas, esto es, individuos que poseen

derechos; significa respetar la autonomía de los sujetos y proteger a quienes puedan sufrir una pérdida de esa autonomía por causa de enfermedad, lesiones o trastornos mentales, y obrar para que la recuperen los que la hubieran perdido; quiere decir reconocer los derechos fundamentales de los usuarios en tanto que personas, a saber, el derecho a conocer, a la intimidad y a recibir tratamiento. La estructura de dicho código se divide en 9 partes fundamentales que como se menciono deberán guiar el comportamiento del fisioterapeuta en su desarrollo profesional.

Principios generales; la Fisioterapia constituye una profesión autónoma y con identidad propia dentro del ámbito de la salud, es el arte y la ciencia del tratamiento físico; es decir, “el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas, que mediante la aplicación de medios físicos curan, previenen las enfermedades, promueven la salud, recuperan, habilitan, y readaptan a las personas afectadas de disfunciones somáticas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud” (Código deontológico del ilustres colegio de fisioterapeutas de la comunidad de Madrid, 1999); son funciones de los fisioterapeutas, entre otras, la aplicación de tratamientos con medios físicos que se prestan a los enfermos de todas las especialidades de medicina y cirugía donde sea necesaria la aplicación de dichos tratamientos, entendiéndose por medios físicos: eléctricos, térmicos, mecánicos, hídricos, manuales y ejercicios terapéuticos con técnicas especiales, estas funciones se desempeñarán en instituciones sanitarias, centros docentes, centros de servicios sociales, instituciones deportivas, consultorios de fisioterapia, centros de rehabilitación, gimnasios terapéuticos y domicilios de los usuarios; el objetivo último de la Fisioterapia es preservar, restablecer y aumentar el nivel de salud de los ciudadanos a fin de mejorar la calidad de vida de la persona y de la comunidad;

en la prestación de sus servicios el/la fisioterapeuta no hará ninguna discriminación, ni contribuirá a prácticas que atenten a la libertad e integridad física y psíquica de las personas, así mismo, no prestará su nombre ni su firma a personas que ilegítimamente, sin la titulación y preparación necesarias, realizan actos de ejercicio de la fisioterapia, y denunciará los casos de invasión a la privacidad que lleguen a su conocimiento; el ejercicio de la fisioterapia no deberá ser mezclado, ni en la práctica, ni en su presentación pública, con otros procedimientos y prácticas ajenas al fundamento científico de la fisioterapia.

Relaciones con el usuario; Todos los ciudadanos tienen derecho a una atención fisioterápica de buena calidad humana y técnica, los usuarios tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico fisioterápico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad; y el fisioterapeuta tiene el deber de facilitársela con las palabras más adecuadas y su intervención ha de estar libremente autorizada y consentida por el usuario, respetará el derecho de los usuarios a la intimidad y mantendrá en secreto toda la información que reciba en razón de su actuación profesional y sólo podrá utilizarla, sin divulgar los datos personales que conozca, con finalidades docentes o estadísticas con el consentimiento del usuario; ha de disponer de libertad profesional y de las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad, en caso de que no se cumplan esas condiciones deberá de informar de ello al organismo gestor de la asistencia y al usuario; el acto fisioterápico quedará registrado en la correspondiente historia o ficha de fisioterapia, el fisioterapeuta tiene el deber, y también el derecho, de redactarla.

Relación de los fisioterapeutas con sus compañeros; las relaciones entre los fisioterapeutas han de estar presididas por el respeto mutuo y la recíproca consideración, el buen ánimo y disposición han de hacer posible atender las solicitudes de ayuda, de colaboración o de consejo procedentes de compañeros que tengan necesidad de ello; deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto y lealtad, sea cual fuere la relación jerárquica que hubiera entre ellos; tienen la obligación de defender al colega que es objeto de ataques o denuncias injustas y compartirán con ellos sin ninguna reserva sus conocimientos científicos; los fisioterapeutas se abstendrán de criticar despreciativamente las actuaciones profesionales de sus colegas, hacerlo en presencia de usuarios, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante; los desacuerdos sobre cuestiones fisioterápicas, ya sean profesionales o deontológicas, no darán lugar a polémicas públicas, y deben discutirse en privado o en el seno de sesiones apropiadas, en el caso de no llegar a un acuerdo, los fisioterapeutas podrán acudir al Colegio, que tendrá una misión de arbitraje en esos conflictos; el fisioterapeuta ha de contribuir a la formación profesional de los estudiantes de fisioterapia, ofreciendo su experiencia y sus conocimientos a las necesidades de su aprendizaje.

El ejercicio profesional; el fisioterapeuta debe dar por terminada su intervención y no prolongarla con ocultación o engaño tanto si se han alcanzado los objetivos propuestos, como si tras un tiempo razonable con los medios o recursos a su disposición, es incapaz de alcanzarlos, en este caso indicará a la persona, grupo, institución o comunidad qué otros fisioterapeutas o qué otros profesionales pueden hacerse cargo de la intervención; debe tener especial cuidado en no crear falsas expectativas que después sea incapaz de satisfacer profesionalmente.

Las responsabilidades que el código de ética de la profesión del terapeuta físico marca se frieren exclusivamente a las competencias necesarias para el logro de una recuperación funcional del paciente con discapacidad en cualquiera de sus modalidades, en el estableciendo de una relación de respeto hacia el paciente y hacia el ejercicio del trabajo de sus colegas; sin realizar ninguna mención de las necesidades que se presentan, revesan la manipulación de la persona. Al revisar los perfiles proporcionados por las instituciones de educación superior que ofrecen la carrera de licenciatura en terapia física en México y Colombia principalmente, así como las características deseables de los aspirantes se encontró que las competencias requeridas para ingresar a esta licenciatura integran no solo la prevención y manejo de la discapacidad, sino destacan la presencia de un espíritu de servicio, bajo un perfil humanístico de la profesión y el desarrollo de altos valores éticos en el ejercicio de su labor, principalmente; a continuación se realizara una breve descripción de los principales requerimiento y el perfil profesional ofrecido.

La oferta de la formación en terapia física a nivel licenciatura data en México de alrededor de 10 años, anteriormente era ofrecida solamente por el sistema DIF, a través de los programas implementados en diferentes regiones del país para capacitar al personal que trabaja en los centro de integración DIF que se encuentran en los estados de la republica, capacitación que en su momento se ofreció a nivel técnico; en la actualidad el Centro Nacional Modelo Gaby Brimmer, ofrece la licenciatura en Terapia Física.

La licenciatura en terapia física tiene como objetivo “Formar profesionales con conocimientos y dominio de la Terapia Física y la Rehabilitación, con

habilidades, destrezas y criterio para desempeñarse con calidad en su profesión; con una formación humana y ética, que tengan la capacidad de participar en grupos interdisciplinarios y en políticas de prevención en personas con riesgo a desarrollar una discapacidad, proporcionar atención a pacientes con capacidades diferentes, para resolver o minimizar los problemas de discapacidad y lograr una rehabilitación integral” (Universidad Autónoma de Aguascalientes, 2007), orientado a la formación de de profesionales capaces de brindar un tratamiento rehabilitatorio integral de las personas con discapacidad mediante la aplicación de métodos, ejercicios y modalidades terapéuticas con la finalidad de mejorar y/o restablecer la capacidad física.

El egresado de esta carrera será un profesional con sólida formación teórica, metodológica, científica y humanística y tendrá las siguientes competencias:

1. Conoce el cuerpo humano a detalle en su estructura, funcionamiento y patologías, para proporcionar servicios adecuados a las características de las personas con capacidad diferenciada.
2. Evalúa el funcionamiento muscular y articular del cuerpo humano y establece diagnóstico diferencial en fisioterapia
3. Aplica los procedimientos de fisioterapia como modalidades de tratamiento para mejorar las capacidades residuales de su paciente.
4. Posee una actitud favorable de servicio y establece una buena relación fisioterapeuta - paciente.
5. Tiene interés en la auto superación y renueva sus conocimientos con periodicidad, para mejorar los procedimientos fisioterapéuticos.

6. Diseña los planes de tratamiento de acuerdo a la patología de las personas con capacidades diferenciadas.
7. Organiza sistemáticamente su experiencia para proponer innovaciones en atención y tratamiento fisioterapéutico.

Sin embargo el ejercicio de la terapia física va mucho mas allá de la manipulación del paciente discapacitado, ya sea por medio de agentes físicos o por medio de recursos mecánicos o electrónicos, orientada a la recuperación de las capacidades que permitan la integración de la persona a un ambiente familiar, social y laboral en donde pueda desenvolverse con libertad y relativa funcionalidad; el terapeuta físico como es definido en el centro de integración DIF, Mazatlán, es responsable no solo del restablecimiento de las capacidades que el paciente ha visto disminuidas, con una plena conciencia que esa recuperación podrá lograrse sola hasta donde el grado de la discapacidad sufrida lo permita aunado a las capacidades y la disponibilidad ofrecida por el paciente; es por ello, que el terapeuta cumple un papel muy importante en la recuperación de las habilidades de socialización adquiridas por el sujeto a lo largo de su vida, en la recuperación de la confianza para establecer vínculos afectivos con las personas con las que se relaciona y en la recuperación de la autoestima necesaria para enfrentarse de nuevo a un su entorno, bajo premisas de igualdad. Esta labor no es cumplida en su totalidad, como tampoco es el objetivo de su trabajo en el centro de rehabilitación, ya que la estancia del paciente con discapacidad depende exclusivamente de la valoración médica que el especialista en medicina física realice.

Capítulo II. Sobre la cultura en las organizaciones.

2.1. Teoría de la organización y estudios culturales.

La cultura se relaciona con todo lo que hacemos y decimos como grupo social, es un concepto tan variado no solo entre sociedades, sino también entre organizaciones, el concepto de cultura organizacional no surgió de la noche a la mañana en el ámbito de la literatura sobre teoría de las organizaciones, ha venido gestándose desde el movimiento de las relaciones humanas y las ciencias del comportamiento, cuyos teóricos, se vieron forzados a reexaminar la visión instrumental de las ciencias administrativas; en la década de los setentas científicos conductistas empezaron a relacionar los conceptos de clima organizacional, ideología y valores con los de la cultura corporativa, pero no fue hasta la década de los ochentas cuando el concepto de cultura organizacional fue identificado como tal y popularizado.

El interés por la cultura despertado en la década de los 80's, tomo dos orientaciones diferentes, por un lado las investigaciones de corte académico orientadas por el nuevo paradigma cualitativo, y por otra vertiente los trabajos de consultoría preocupados por identificar en la cultura una fuente de ventaja competitiva; en cualquiera de los casos el resultado fue una serie de trabajos encaminados hacia el estudio de la cultura en las organizaciones, destacan los trabajos de Ouchi en 1981 quien estudió las practicas japonesas y americanas dando lugar a la aparición de la teoría Z, que busca adecuar las practicas administrativas japonesas a los Estados Unidos y el de Schein en 1985, quien incluye la importancia del factor humano en las organizaciones. El éxito de las empresas japonesas fue uno de los detonantes que hacen pensar que es en el

desarrollo de una cultura en particular que se encuentra la base del éxito económico de estas organizaciones, y el afán de reproducir estos esquemas en occidente que hace creer que la cultura es manipulable, hasta llegar a tomar la forma de una herramienta. Otro elemento que sin lugar a dudas influyo en este proceso fue la popularidad de la literatura relacionada con el tema: títulos como “En busca de la excelencia” de Peters y Waterman, (1982), y “Las culturas corporativas” Deal y Kennedy (1982), son los mejores ejemplos.

2.1.1. Cultura corporativa.

En los trabajos sobre management comparativo la cultura es vista como un factor de conocimiento, variable explicativa o como una red que influye en el desarrollo y reforzamiento de las creencias, es abordada desde una perspectiva macro que revisa la relación entre cultura y estructura organizacional o desde una perspectiva micro que realiza un análisis comparativo de los managers entre las diferentes culturas. Representando una relación entre cultura y organización, en donde la cultura es retomada como una variable independiente, expresando un proceso de importación de sus miembros desde el exterior, en donde el introducir nuevos comportamientos puede producir cambios significativos en los sistemas de valores de los miembros de la organización.

Uno de los temas principales de la cultura corporativa es la importancia que la cultura tiene en el logro de las metas organizacionales y la eficiencia, tiene una orientación clara y directa al mejoramiento del desempeño organizacional con la finalidad de incrementar los niveles de utilidades, esta tesis presenta el menos tres variaciones; la mas frecuente es la relación directa

con la cultura del desempeño, otra mas es la influencia que se puede obtener a partir de una historia exitosa de buenos resultados financieros para la formación de una sólida cultura corporativa, y por ultimo, el enfoque de la contingencia en donde bajo ciertas condiciones un tipo particular de cultura corporativa es el adecuado para aumentar la eficiencia. Se hace explicita por medio de una misión, visión, objetivos estratégicos, códigos de conducta y la internalización de valores como la honestidad, el trabajo en equipo y el servicio, “la cultura corporativa es aquella que corresponde a la búsqueda de una nueva espiritualidad; acorde con los requerimientos funcionales de la empresa; presuma que esta es una variable importante del desempeño” (Montaño, 2004).

2.2.2. Cultura organizacional.

El tema de la cultura ofrece una perspectiva para observar mas profundamente la organización, para entenderla en forma integral, para comprender la importancia de los símbolos, para entender la relación entre la organización y su entorno, para darse cuenta que la relación del hombre con su contexto social se define por los mismos seres humanos, y que en esta definición la configuración de posibilidades es infinita.

En el ámbito académico esta orientación también cobraba importancia como respuesta a la crisis de la tradición objetiva de investigación sobre organizaciones, llamando la atención hacia la corriente cualitativa de investigación; produciendo una serie de literatura que recomendaba a gerentes y directivos dar atención a creencias, valores y normas, además de considerar aspectos simbólicos de su administración, “por esta razón, las investigaciones

tuvieron que hacerse accesibles en lenguaje y producción” (Barley, Meyer, y Gash en Dávila, 1999).

Es evidente el diverso trato que toma la cultura organizacional en su intento de entender a las organizaciones, en un primer momento se relaciona con la línea teórica general en la que se enmarcan los estudios al respecto, sin embargo, la puesta al servicio de una tendencia de corte empresarial y la gran cantidad de estudios que surgen al respecto han influido grandemente en su desarrollo.

Surgen diferentes posturas ante la definición misma de la cultura organizacional, “formas en que se percibe, piensa y reacciona ante los diferentes contextos” (Schein en Dávila 1999), “sistemas de significados compartidos públicamente para las actividades de un grupo de personas” (Firestone y Wilson en Dávila 1999), “símbolos, ceremonias y mitos que comunican los valores y creencias de la organización a sus empleados” (Ouchi en Dávila 1999), entre otras. Nos encontramos ante un término que puede ser interpretado de diversas maneras, sin embargo, en la mayoría de ellas se le considera como una herramienta interpretativa de carácter subjetivo que otorga significado a las construcciones colectivas de los grupos, el contenido de estas construcciones y los procesos por los cuales son construidos es lo que queda por definir, así como la practicidad de las mismas.

Hoy y Miskel (Dávila 1999), elaboran una clasificación constituyendo tres niveles de cultura basada en las normas, valores y supuestos que comparte la gente, donde las normas compartidas abarcan las experiencias informales no escritas de lo que sucede en la superficie de la experiencia, estas se comunican por medio de las historias y ceremonias que otorgan ejemplos de lo

que representa la organización; los valores compartidos representan el concepto de lo que es deseable, definiendo el carácter de la organización y proporcionando un sentido de identidad; finalmente la cultura como supuesto tácito es la representación colectiva referente a la visión del mundo compartida por los miembros de la organización, representa la manera de percibir, pensar y sentir los problemas que ejerce el contexto sobre la organización y la manera de entender la integración como unidad organizacional, su característica principal es que se da por hecho y no es cuestionado.

La cultura organizacional se constituye en gran medida como un cambio en el paradigma sobre las organizaciones, surgido como consecuencia del fracaso del funcionalismo para explicar las condiciones cambiantes del entorno, John Hassard (Barba y Solís, 1996) explica este proceso en función de tres momentos diferenciados; la primer crítica realizada al funcionalismo se basa en el privilegio otorgado al equilibrio, la integración y la interdependencia y no poder dar cuenta de dos elementos básicos: el cambio y el conflicto; en la segunda crítica se le atribuye una tendencia conservadora basada en la teoría de la estratificación social de Durkheim que enfatiza la relación armónica entre las partes del sistema estableciéndolo como un estado social positivo y deseable, presentando a la estratificación como un hecho inevitable de las sociedades complejas; en la tercera y última crítica realizada, se canaliza hacia los teóricos sociales sistémicos por dirigir el análisis organizacional a la solución de los problemas de las corporaciones y renunciar a la ciencia social, ya que sus trabajos tienen como propósito el incremento de la eficiencia de la compañía y sus utilidades en vez de avanzar al conocimiento científico.

Barba y Solís, (1996) señalan que a mediados de la década de los 70's surge una extensa corriente teórica que intenta dar una alternativa a las limitaciones del análisis ortodoxo, teniendo como principales orientaciones, a) el cambio de nivel centrado en el estudio de la organización hacia un nivel de análisis orientado a las redes de organizaciones y formas más amplias de vinculación e interacción de las organizaciones con formas institucionales y culturales de mayor alcance en la sociedad; b) el abandono gradual de las concepciones de las ciencias naturales proporciona un espacio intelectual de mayor diversificación teórica y contrastantes paradigmas para analizar las organizaciones; c) el fuerte énfasis a los procesos simbólicos y culturales por medio de los que las organizaciones son construida socialmente y el análisis estructural académico estructurado; d) las macro relaciones de poder y los sistemas ideológicos por medio de los cuales las formas organizacionales son moldeadas se constituyen un tema privilegiado de interés; e) un regreso al interés sobre el individuo, para introducir al ser humano en las organizaciones en oposición a visiones deterministas y mecanicistas del accionar social; y f) el reconocer a la modernidad en si misma como un camino indiscutible hacia la complejidad, resultando fundamental el en análisis organizacional.

El análisis cultura se orienta hacia los procesos simbólicos, a la creación de significados de la vida cotidiana de las organizaciones, los procesos formales e informales son reinterpretados de esta manera abriendo la puerta a un mundo mágico y subjetivo en el análisis organizacional; "hace referencia al sentido que los miembros de una organización dan a sus acciones específicas, en el marco de su vida cotidiana" (Montaño, 1998).

La cultura organizacional constituye una expresión del estar de la organización en el mundo, es la explicación que la organización construye de su ser en el mundo, cambiara por lo tanto cada vez que cambie el acontecer de la organización en su entorno, cada que cambien las interpretaciones que la organización tengan como validas para este acontecer, y también cada que se produzca un cambio en los mecanismos autoreflexivos de la organización.

La metáfora cultural retoma la comprensión de las prácticas de los grupos humanos en la organización, considerando la influencia del lenguaje, normas, costumbres, ideologías, valores, creencias, ceremonias, ritos, en la reinterpretación de las vivencias cotidianas, en la dirección de las organizaciones; los directivos de las organizaciones responden de una determinada forma en función de la metáfora con que se explique a la organización.

Se destaca el proceso de representación elaborado por Kart Weick (Morgan, 1998), por medio del cual los seres humanos estructuramos nuestro mundo, tomando un rol activo a través de los esquemas interpretativos de la realidad, a través del reconocimiento de la realidad cotidiana se piensa en nuestra cultura como un progresivo proceso de construcción social de la realidad, trasladándonos a un fenómeno de cultura viva por medio del cual cada persona recrea el mundo en que vive, esta visión nos conduce a ver a las organizaciones como estructuras de realidades sociales que descansan en las mentes de sus miembros que las conducen en series de reglas y relaciones.

Dentro de la metáfora cultural se alude a reconsiderar las relaciones de la organización con su entorno y la sociedad en general, de tal suerte que los patrones culturales generales son importantes en la comprensión de las

organizaciones, pero nos obliga a reflexionar sobre la influencia que las organizaciones tienen en la sociedad en general; la relación organización-sociedad es de carácter circular en donde existe una mutua influencia. De esta manera cada organización podrá construir una cultura única, ya que tanto el entorno como la organización misma poseen características particulares.

De esta manera se advierte que las organizaciones son fenómenos sociales complejos de carácter multiterminado, por esta razón no podemos limitar la comprensión de las mismas a una sola postura, es indispensable que no perdamos de vista el carácter integral que al estudio de la cultura atañe, la cultura organizacional es de la misma medida una construcción social y una construcción simbólica “la cultura organizacional es una herramienta eficaz para la interpretación de la vida y el comportamiento organizacionales y para la comprensión de los procesos de decadencia, adaptación y cambio radical en las organizaciones. Porque las organizaciones son, de manera ejemplar, a la vez creaciones sociales y creadoras de significados” (Allaire y Firsirotu, 1992).

2.2. La cultura en las organizaciones.

2.2.1. Mundo simbólico.

La perspectiva simbólica de la cultura ha sido retomada por Clifford Geertz, particularmente en su obra “La interpretación de las culturas”, siendo su preocupación principal los procesos de atribución de significado, el simbolismo y la interpretación hecha por los seres humanos; “al analizar la cultura nos damos a la tarea de descifrar capas de significados, es escribir y redescubrir acciones y expresiones que son ya significativas para los individuos mismos que las producen” (Thompson, 1998), el interés fundamental de Geertz cae en

cuestiones de significado, el símbolo y la interpretación, los análisis de la cultura son interpretaciones de interpretaciones, descripciones de segunda mano, de un mundo ya descrito e interpretado por los sujetos que la componen; el enfoque interpretativo de Geertz es de gran importancia para el desarrollo de la antropología en virtud de que coincide con otros desarrollos realizados en las ciencias sociales y las humanidades, apoya la cultura como concepción simbólica y se puede caracterizar como “la cultura es el patrón de significados incorporados a las formas simbólicas en virtud de los cuales los individuos se comunican entre sí y comparten sus experiencias, concepciones y creencias” (Thompson, 1998), el análisis cultural es ante todo la dilucidación de estos patrones de significado, la explicación interpretativa de los significados incorporados a las formas simbólicas. El trabajo de Geertz ofrece la fórmula más importante del concepto de cultura desde la antropología, ha sido guía del análisis de la cultura y su orientación hacia el significado y el simbolismo, poniendo de relieve la importancia de la interpretación como enfoque metodológico.

John B. Thompson propone en su obra “ideología y cultura moderna” la concepción estructural de la cultura, la cual enfatiza tanto el carácter simbólico como el hecho de que estos fenómenos culturales se insertan siempre en contextos sociales estructurados, se define al análisis cultural como “el estudio de las formas simbólicas en relación con los contextos y procesos históricamente específicos y estructurados socialmente en los cuales, y por medio de los cuales, se producen, transmiten y reciben tales formas simbólicas” (Thompson, 1998). Los fenómenos culturales se consideran como formas simbólicas en contextos estructurados y el análisis cultural como el

estudio de la constitución significativa y la contextualización social de las formas simbólicas, como formas simbólicas los fenómenos culturales son significativos para los actores como para los investigadores, son fenómenos interpretados de manera rutinaria por los actores en el curso de su vida cotidiana, que reclaman una interpretación por parte de los investigadores que buscan captar las características significativas de la vida social, sin embargo estas formas simbólicas se insertan en contextos y procesos sociohistóricos, en los cuales, y por medio de los cuales se producen, transmiten y reciben.

El análisis cultural es, ante todo, la comprensión de los patrones de significado y la interpretación de los significados incorporados a las formas simbólicas, los estudios culturales son en este sentido una suerte de descripciones de segunda mano, es reinterpretar lo que ya ha sido interpretado por otros, es una espiral de significados en la que se sumergen el investigador, el grupo y las interpretaciones previas, es “querer empujar el coche que uno mismo conduce” (Berger y Luckmann, 2003). La fenomenología sugiere dotar de sentido a las acciones y expresiones de quienes las ejecutan, y fijar el sentido que tienen para los actores. Geertz se apoya en esta concepción al construir la concepción simbólica de la cultura en la cual “la cultura es el patrón de significados incorporados a las formas simbólicas en virtud de los cuales los individuo se comunican entre sí y comparten sus experiencias, concepciones y creencias” (Thompson, John, 1998).

Comprender una cultura, es saber como aquellos que se encuentran en ella dan sentido a las situaciones, a los acontecimientos, a la acción de aquellos con quienes se encuentran así como a la de ellos mismos, y por lo tanto, los resienten y reaccionan. Hay que tomar a la cultura como un contexto

en el cual las situaciones y las acciones toman sentido; la observación de la relación entre acción y cultura observa que la última no está comprometida con la acción, sino con el contexto de donde los actores toman sentido.

2.2.2. El lenguaje en las organizaciones.

El énfasis realizado sobre la construcción social de significados conduce de manera natural a un enfoque sobre el lenguaje y su uso en las organizaciones, esta vertiente conduce a la revisión del desarrollo y los efectos que el papel del lenguaje ha tenido en la cultura organizacional, Pfeffer basándose en el trabajo realizado por Pettigrew en 1979 señala algunos de los aspectos más sobresalientes: “El lenguaje no está simplemente fuera de nosotros, no se nos da como parte de nuestro legado cultural e histórico, sino que está también dentro de nosotros, lo creamos y nos impulsa... Socialmente construido y mantenido, el lenguaje encierra exhortaciones y evaluaciones sociales implícitas, al adquirir las categorías de un lenguaje, adquirimos las formas estructurales de un grupo y,...junto con el lenguaje, las implicaciones de valor de estas formas...” (Pettigrew, 1979).

Uno de los principales investigadores sobre el lenguaje en el ámbito organizacional y las diversas implicaciones que este mantiene es Pondy quien a principios de la década de los noventa señaló la trascendencia del lenguaje como uno de los instrumentos clave de influencia social y la posición de las organizaciones como contextos en los que se ejerce la influencia social, destacando la importancia de comprender a las organizaciones y la manera en que se dirigen.

Gusdorf en su citada obra *La Parole* dice que la comprensión del lenguaje no debe limitarse al yo y al mundo sino que es necesario llamar al yo como otro llamar de la conciencia a la conciencia, “el lenguaje, a partir de su forma más rudimentaria, certifica una procesión del ser personal hacia afuera de si mismo” (Gusdorf, 1971). Por esencia, el lenguaje no es de uno sino de varios; manifiesta el ser relacionado al hombre; ningún hombre nunca ha inventado el lenguaje, las palabras están allí aún antes de la aparición de la conciencia personal, a las cuales proponen o imponen sentido cristalizado. Es a través de las palabras que el sentido será buscado, por la mediación de las palabras, como si fuera necesario aprender a servirse de un material.

La palabra llega tardíamente al análisis organizacional, sirve para expresar lo que pensamos, aunque también sirve de motor para la acción y para externar nuestros sentimientos, por otro lado, antecede al individuo, esta en cierto sentido atrapada y conformada por sus redes de sentido, creadas colectivamente por el hombre. “La palabra es recorrido, movimiento, superficie, juego de presencias y ausencias: siempre alusión, en pocas palabras, sensualidad”, (Montaño, 2001). Gusdorf señala magistralmente la virtud del lenguaje: la posibilidad de asumirse como seres humanos. Para Alain Chanlat y Renée Bedard, el lenguaje es la puerta de entrada al misterioso mundo de lo simbólico, uno no habla solo, se habla a uno mismo y habla a los otros.

Corresponde a Simmel el declarar a la conversación como “el soporte más amplio de toda comunidad humana” (Simmel en Ayús, 2005) y considerar las primeras reflexiones de la conversación como forma pura de sociabilidad: la sociabilidad es tal vez el único caso donde la conversación es un fin en si mismo, se trata del tipo de conversación, aquella que se entabla para

establecer un tipo de conciencia de comunidad, por sociabilidad se entiende “la creación de contextos interaccionales de menor o mayor complejidad formal, en los cuales se realiza la vida social de una institución, así mismo la tareas y actuaciones cotidianas de sus miembros” (Ayús, 2005), de esta manera la organización se transforma en un espacio simbólico en donde las interacciones informales son marcadas por los espacios formales, en mayor o menor medida, al mismo tiempo que estas son reinterpretadas por sus miembros. En esta resignificación el lenguaje juega un papel importante ya en la medida que este sea compartido los significados atribuidos serán similares.

El lenguaje juega un papel importante ya que es el principal medio de significación de la realidad, no olvidemos que este solo puede existir a través del otro y que toma significado solo en el nivel de lo colectivo; como dice Omar Aktouf (1986) “el grupo esta constituida por el lenguaje”, la organización en tanto grupo establece una relación con su entorno ejerciendo el lenguaje un papel importante. El lenguaje proyecta un imaginario social a partir del cual la gente debe pensar y actuar, el imaginario integra estrategias discursivas, desde las cuales, en diferentes contextos culturales las múltiples identidades culturales quedan tácitamente subordinadas a las características de una universalidad cultural paradójica.

2.2.3. La metáfora en las organizaciones.

La incorporación de las metáforas en el estudio de las organizaciones es de uso reciente, transformándose en una herramienta metodológica para la comprensión de los procesos simbólicos que suceden en las mismas. El acercamiento desde esta perspectiva se ha realizado de maneras diversas,

sobre todo se destaca el reconocimiento de la metáfora como otro espacio social “como un juego, (Crozier y Friedberg, 1997), una cultura, (Alvesson 1993), una arena política, un cerebro, una prisión psicológica (Morgan, 1998)”, y una metáfora de primer y segundo orden (Montaño, 1998).

Uno de los principales trabajos de gran divulgación en los estudios organizacionales como ya se menciono anteriormente es el del sociólogo Gareth Morgan (1998) quien da a conocer en su libro “Imágenes de la Organización” una perspectiva múltiple para el estudio de las organizaciones, en donde la metáfora revela toda una variedad de marcos conceptuales para entender la diversidad de realidades que se viven en la organización; así mismo, Barba y Solís (1995), ofrecen un excelente recorrido por el desarrollo de los Estudios Organizacionales a partir del predominio de tres metáforas distintas: la mecánica, la organiza y la cultural; en donde agrupan a las diferentes escuelas dentro de la Teoría de la Organización, dando paso así a los Estudios Organizacionales.

Se han realizado algunos aportes teóricos para la comprensión de las organizaciones a través de metáforas; dentro del debate de la cultura organizacional encontramos lo relacionado con la ontología del uso del termino de cultura, Smircich Linda (1983), recordemos que el termino se utiliza en dos sentidos: primero, como variable, externa o interna, en donde la cultura es lo que la organización *posee*; y segundo, como metáfora fundamentada, que atiende a lo que la organización *es*, en esta perspectiva el estudio de la organización se hace retomando las variables de la cultura y destacando su complejidad social. La metáfora se considera con una doble función, como un instrumento cognitivo que ofrece una manera de entender a la organización, “el

interés radica en entender la compleja realidad social con el fin de llevar a cabo una reflexión (Smircich en Dávila, 1999)” o como un símbolo que orienta la construcción del significado de la organización a través de los elementos que la constituyen.

Para Potter (1996) el lenguaje refleja como son las cosas mediante descripciones, representaciones y relatos, a medida que estas se divulgan por el mundo se pueden considerar fiables, factuales o literales, o por el contrario, se pueden convertir en confusiones o mentiras cuando el espejo se enturbia o deforma.

Por otra parte Montaña (1998) realiza una revisión a las propuestas de autores como Morgan, Von Forester, Alvesson, Derrida, y otros. Formula que la metáfora tiene una función connotativa debido a su contenido simbólico y coincide con Von Forester y Alvesson respecto a la existencia de una metáfora de segundo orden, esto es, que una metáfora siempre está relacionada con otra metáfora, por ejemplo: una organización puede ser observada como un juego y al mismo tiempo como una jungla, “la jungla no afecta entonces directamente la manera como observamos la organización, sino que lo hace indirectamente a través del juego”. Finalmente señala que el proceso de modernización organizacional se caracteriza por diversos cambios, entre ellos la construcción metafórica de la realidad y que estamos asistiendo al nacimiento de una nueva metáfora: la sociedad como una organización.

Trabajar con metáforas significa entrar en contacto con fuerzas que no están obligadas por el pensamiento racional, el lenguaje metafórico es más rico que el lenguaje literal por que carga con la magia y el misterio del mundo diario; la construcción social de la realidad se produce por nombrar experiencias, por

darles sentido a las perspectivas conflictivas, al generar nuevo conocimiento, por negociar las implicaciones entre pensamiento y acción. El nombramiento de experiencias es más que el solo tener sentido: provee un centro de protección, un sistema conceptual para organizar e imponer límites en posibles experiencias, las metáforas por lo tanto pueden ser vistas como artefactos organizacionales que producen identidades, significados, artefactos materiales, acciones de colaboración. La producción de una nueva metáfora es una evidencia tangible de que el conocimiento ha ocurrido. Esto demuestra que el grupo esta utilizando nuevo conocimiento para el dispositivo de acción común y negocia significados e identidades, así la metáfora facilita el conocimiento mientras que al mismo tiempo encapsula el conocimiento ya producido, “las metáforas son artefactos situados, no tienen un significado, pero ellos adquirirán y crearan significado en las interacciones discursivas de aquellos que los producen” (Gherardi, 2000).

2.2.4. El espacio social en la organización.

La construcción del espacio y la manera en que es utilizado por la organización es revelador en la comprensión de la misma, el espacio individual y el espacio organizacional coinciden en la noción misma de organización. “es un objeto difuso, con fronteras sociales que no corresponden con las físicas y las legales. La organización no es exclusivamente el resultado de las fuerzas del entorno tanto como no lo es del deseo estratégico. Es un objeto multideterminado cruzado por lógicas de acción contradictorias, complejo por su naturaleza compleja y dinámico, por su incesante cambio. Es un objeto a la vez cultural, político, económico e histórico, muy distante de la visión ortodoxa

que la define como transparente, monolítica, armónica, ordenada y racional en pos de la eficiencia” (Montaño, 1999), de tal suerte que las posturas individuales se ven integradas a través de las relaciones que los sujetos establecen al interior de las organizaciones, con otros individuos, con los grupos y con la organización en su conjunto.

Los espacios se configuran en las organizaciones a fin de de asegurar la recurrencia requerida de las interacciones, las interacciones frecuentes entre los individuos deben desarrollarse en un espacio que asegure la realización de los ciclos de trabajo que constituyen el objeto de la organización, así se condiciona la percepción de la presencia del otro. El espacio dificulta o facilita el desarrollo sincrónico de los ciclos organizacionales, adquiriendo un valor cohesivo en la organización, se pueden distinguir el establecimiento de límites normativos y espaciales, los primeros son de naturaleza abstracta; en los segundos, las fronteras físicas son establecida en los márgenes físicos, estamos rodeados de organizaciones en donde el espacio es procesado y reprocesado de manera implícita o explícita, en donde el espacio se convierte en un valor propio, en una característica de su funcionamiento.

Las organizaciones son pues espacios complejos y multiterminados, atravesadas por distintas lógicas de pensamiento y susceptibles de ser analizadas desde diferentes ámbitos, para los estudios organizacionales es importante estudiarlas como un todo, sin perder de vista las interrelaciones que estas establecen con sus miembros, grupos y con el entorno que las rodea; ubicándolas siempre en tiempo y espacio.

En lo referente a la organización, Schavarstein (2000), señala tres niveles de abordaje, tres niveles lógicos de pensamiento necesarios al estudiarla: epistemológico, ontológico y metodológico; el primero abarca la relación entre objeto y sujeto de conocimiento, implicando el reconocimiento de las organizaciones como construcciones sociales y el lugar de observador que las define como tales, la caracterización que alguien hace de una organización está fuertemente relacionada con el lugar que ocupa en relación con ella, “lo evidente y lo no visible o menos demostrable es relativo a la posición del observador” (Schavarstein, 2000); toda descripción, todo enunciado, supone una elección, con ella nace el sentido y este revela la posición del sujeto en relación con el objeto enunciado, las organizaciones como construcciones sociales no son cognoscibles de forma inmediata a través de la experiencia, se hace necesario un aparato perceptual para poder caracterizarlas, lo que Pichon Riviere denomino ECRO, “un esquema articulado de conceptos a los que se hace referencia para operar” (Schavarstein, 2000); en el segundo nivel, el ontológico se define el ser del objeto, aquello relacionado con lo singularidad y la especificidad de la organización, respecto de otros ámbitos de interacciones sociales, encontramos aquí las distintas orientaciones con las que podemos abordar a la organización, la sociología, la psicología, la antropología, la administración, la psicología social, las ciencias políticas, entre otros; de aquí la polisemia del termino organización y la confusión del objeto de estudio de los estudios organizacionales, “denominamos enfoque organizacional a la variedad de planteamientos teóricos que intentan explicar el fenómeno de la organización desde una perspectiva propia que no se pierda en la contigüidad de fenómenos cercanos que lo influyen y complejizan” (Ibarra y Montaña,

1986). Es posible otorgar variedad de significados al mismo significante, lo que introduce la necesidad de reconocer cual es el significado situacional mas adecuado; la concepción del ser es la base para construir un modelo funcional acerca de la realidad organizacional, necesario para cualquier abordaje metodológico que se quiera realizar.

Lo que cede paso al tercer nivel de abordaje de la organización, en el nivel metodológico se consideran los aspectos técnicos del trabajo con las organizaciones, principalmente las herramientas necesarias para operar en un campo específico, así como los factores que determina su elección; debe existir correspondencia entre las técnicas de intervención utilizadas y la forma en que se allá descrito a la organización y lo en ella suceda, debe de existir coherencia entre el nivel ontológico y metodológico; el encuadre son “las constantes de tiempo y espacio así como la definición de tarea que se propone y los roles que se determinan” (Schavarstein, 2000).

Schavarstein propone la utilización del concepto de identidad en la caracterización ontológica de las organizaciones, la define como “una construcción del observador que intenta reflejar cuales son los rasgos que las convierten en singulares” (Schavarstein, 2000); destacando a demás su permanencia en el tiempo; se materializa a través de la estructura, que es la forma que asume una organización en el aquí y ahora concreto.

La identidad de un grupo u organización no debe pensarse como una propiedad fija y totalmente determinada, sino como un repertorio de reglas de definiciones y legitimación que estructuran la acción de forma parcial y que son reestructuradas en cada contexto de interacción; dicho repertorio no se pone íntegramente en juego en cada situación, sino que los sujetos pueden recurrir a

el y seleccionar ciertos elementos, para interpretarlos y así negociar sus definiciones. La identidad constituye un territorio simbólico que marca límites de significados, abierto a la contingencia para redefinirse y negociarse cuando el contexto cambie y con el las lecturas simbólicas que realizan los individuos.

La cultura de una organización es concebida como una serie de recursos disponibles para la construcción de la identidad organizacional, la cultura puede ser concebida como una caja de herramientas, una colección de habilidades cognitivas que los sujetos ponen en juego selectivamente, reinterpretando su significado para aplicarlo a la resolución de situaciones concretas; la cultura se acopla a la construcción de la identidad y al mismo tiempo reconstruye la cultura, los rasgos de la primera no determinan el tipo de símbolos y determinaciones que construyen a la última sino que están subterminados por las interpretaciones que realizan los individuos, este proceso a su vez se revierte sobre las dinámicas culturales, transformando sus significados y modificando sus límites.

Desde otra perspectiva la identidad organizacional está dada por su historia específica, los antecedentes de su formación, las características del proceso de institucionalización, sus formas particulares de resolver los problemas, la instrumentación de tareas concretas aunadas a la naturaleza del trabajo que se realiza y sus relaciones con el entorno. Lo principal es comprender que las organizaciones necesitan recurrir al entorno para distinguirse de las demás y así concretar su propia unidad; que las lleve a reconocerse como entidades diferenciadas en donde los miembros se puedan reconocer como sujetos y como parte de una colectividad que los alberga.

Pero la identidad organizacional también implica el reconocimiento de diferencias internas, cada organización es susceptible de albergar diversos recursos de identidad, ya sea relacionados con diversos roles a través de los que se estructura el trabajo, con diferentes ideologías o distintas generaciones de miembros. Un aspecto importante en el proceso de la identidad social es que el individuo se autodefina, “que el individuo se reconozca a si mismo como miembro de numerosos grupos sociales” (Páramo, 2000), lo que contribuye negativa o positivamente a la imagen que tiene de si mismo, Serge Moscovici plantea que el desarrollo de la identidad “depende de la comparación social y del reconocimiento social” (Moscovici en Páramo, 2000), así la identidad se planea como multideterminada e inacabada, ya que estos procesos se alimentan a través de la socialización la cual es continua en todo ser humano.

Entre los procesos que intervienen en la formación de la identidad social, merecen mención aparte los de percepción y cognición, “en el proceso de percepción existen factores sociales y culturales, los cuales incluyen aspectos de discriminación, de identificación, de detectar, reconocer y juzgar” (Páramo, 2000), también se involucran los sistemas de valores; el reconocerse como miembro de determinada grupo social involucra tanto el proceso de percepción como el de cognición, cuando un sujeto repara de la existencia de algún grupo social, y percibe la cohesión interna que produce esta sensación y la cognición de pertenecer a el, “de ser parte de un nosotros que se interrelacionan con el” (Páramo, 2000), es entonces cuando esta en posición de adjudicarse psicológicamente la pertenencia a dicho grupo, si bien la cognición de la identidad social es producto de la comparación social, la base de esta cognición es en principio perceptual y cognitiva, “la percepción y cognición de si

mismo y de los otros ocurre a través de la creación de categorías sociales abstractas, las cuales son internalizadas y utilizadas para comprometerse en la conducta grupal apropiada”(Turner en Páramo, 2000). La membresía de cada uno de los numerosos grupos sociales a los que pertenece un individuo contiene diferentes juegos de normas, valores, sanciones, estereotipos, conductas y roles propios de cada grupo social; la suma de las membresías de los grupos a los cuales un individuo pertenece, constituyen su identidad social.

Un aspecto importante en la creación de la cultura organizacional es como los individuos se impregnan de ella, se refuerza y se conserva, los métodos de socialización no son otra cosa más que la secuencia de experiencias de aprendizaje por medio de las cuales los individuos son inducidos a asimilar la cultura. Schein señala “la socialización organizacional es la forma de ponerse al tanto, el proceso de adoctrinamiento y adiestramiento, en el cual se enseña lo que es mas importante en alguna organización o en alguna parte de la misma, este proceso se da en la escuela, se da una vez mas y quizás de manera decisiva, cuando el graduado obtiene su primer empleo en una organización, se da otra vez cuando pasa de un departamento a otro y vuelve a darse desde el principio si abandona la organización e ingresa a otra, y se una vez mas cuando regresa a los estudios y se da una vez mas cuando regresa a la organización después de complementarlos” (Schein, 2000).

Consistentemente con lo anterior Rivas distingue tres niveles de socialización: socialización primaria, la cual tiene lugar en el seno familiar y que no ocurre de manera homogénea para todos los individuos, ya que intervienen factores como el sexo, la etnia, las regiones, la clase social y la religión; la socialización secundaria, que sucede generalmente en la escuela a través de la

educación formal y que es la responsable que al final de la vida escolar una persona adquiera una cultura ligada a su profesión; y el tercer nivel de socialización ocurre cuando los individuos se incorporan a una organización que casi siempre les impone un código normativo y de conducta; en este nivel el resultado de la socialización es la integración del individuo a la organización que según Robbins se realiza por medio de un proceso que consta de tres etapas: llegada, todo el aprendizaje que ocurre antes de que un miembro nuevo se incorpore a la organización; encuentro, el empleado nuevo ve como la organización es en realidad y enfrenta la posibilidad de que las expectativas puedan ser diferentes a la realidad; y metamorfosis, en esta etapa se presentan cambios realmente duraderos, el nuevo empleado domina las habilidades que requiere su trabajo, desempeña con éxito sus nuevos roles y se ajusta a los valores y las normas de su grupo de trabajo. Debido a que la mayoría de los empleados pasan por varias organizaciones en su vida laboral, esto los conduce a sucesivos procesos de asimilación y desasimilación de culturas organizacionales.

2.2.5. Los grupos en la organización.

La visión ontológica de la organización nos permite acercarnos hacia el ser de la organización, hacia sus particularidades, hacia lo que las distingue, nos ayuda a entender cual es su esencia; de la misma manera la comprensión de los grupos proporciona los elementos necesarios para comprender como los individuos se relacionan dentro del espacio organizacional, "como se pone en movimiento el hacer común" (Schvarstein, 2000).

Schein en su obra *Psicología de la organización* clasifica a los grupos dentro de la organización como formales e informales, “los grupos formales son aquellos que deliberadamente se conforman para realizar una tarea específica claramente relacionada con la misión organizacional” (Schein, 1982), pudiendo ser permanentes o temporales según el tiempo que duren conformados. Sin embargo como es la persona la que llega a trabajar a la organización y como la gente tiene necesidades que trascienden a las del trabajo, es natural que quieran satisfacerlas estableciendo una serie de relaciones con los otros miembros de la organización, si la ecología del área de trabajo y el horario lo permiten estas relaciones informales se convierten en grupos formales, como esta tendencia opera en la creación real de los grupos depende de la localización física de las persona y de la naturaleza del trabajo.

Los grupos en las organizaciones cumplen una gama de necesidades de tipo formal constituidos por aquellos aspectos de la actividad grupal que coinciden con la misión básica de la organización; e individual, estas últimas relacionadas con las necesidades psicológicas de los individuos, orientadas a: satisfacer las necesidades de afiliación, amistad, apoyo moral y afecto; un medio para desarrollar, incrementar o confirmar el sentido de identidad y mantener la autoestima, son fuente importante para determinar o confirmar el concepto que tengamos de quienes somos, que estatus tenemos, que tan valiosos somos, en resumen que tan dignos nos sentimos; para establecer y comprobar la realidad social, se reduce la incertidumbre que produce el medio social discutiendo con otros los problemas que se presentan, buscando perspectivas comunes y tratando de crear consenso sobre la forma de resolverlos; reducir la inseguridad, la ansiedad y la sensación de impotencia; y

por ultimo, un grupo se puede convertir en un mecanismo por medio del cual sus miembros pueden resolver problemas o realizar las tareas de grupo.

Los grupos reciben diferente trato en la organización, pueden ser considerados de forma simple, como una unidad en su conjunto, o de forma compuesta, diferenciando cada uno de sus miembros, sin dejar de percibirlos como un conglomerado; ubicando al grupo desde la perspectiva de su interacción a la organización este se define como “un conjunto restringido de personas que, ligadas por constantes de tiempo y espacio y articulados por su mutua representación interna, se proponen de forma implícita o explícita una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles” (Schvarstein, 2000).

Los valores son un medio de expresión de la cultura que se viven en una organización, son “la roca madre de la cultura corporativa” (Lessem 1992) y constituyen la esencia de la filosofía de la misma, guían el comportamiento diario de sus miembros, son representados por los principios sociales, las filosofías con valor intrínseco, las interpretaciones simbólicas de la realidad que presentan un significado a la acción y el establecimiento de normas de comportamiento social; son los elementos constitutivos de las ideologías que los integran en un sistema coherente de creencias y al mismo tiempos su expresión mas concreta. “Las ideologías emplean los valores como apoyo y como herramienta de expresión” (Allaire y Firsirotu, 1992), aunque los valores pueden existir con independencia de toda ideología y no todas las organizaciones cultivan ideologías, todas tienden a mantener un particular sistema de valores y sus construcciones simbólicas correspondientes.

Baldi en un estudio realizado sobre los valores organizacionales en una organización de salud, señala que la interpretación de los valores se relaciona estrechamente con la situación concreta que se analiza, ya que valor no es un concepto abstracto, sino continuidad en la que ciertos valores poseen mas importancia que otros, o sea que estos tienen un rango jerárquico expresado a través de cursos de acción.

Tiene valor descriptivamente hablando todo aquello que es útil, deseable o admirable para una persona o grupo, la importancia y utilidad que tiene algo para conseguir un fin le otorga a aquello un valor propio, tres son los elementos que debemos tener en cuenta en la discusión de los valores “el recurso mismo, que es un valor; la capacidad del recurso para satisfacer necesidades sociales; y el aprecio de la gente a la disposición de ese recurso y a la capacidad de este para ser el satisfactor mas adecuado” (Serrano, 1980).

2.2.6. El individuo en la organización.

Nosotros elegimos nuestra vocación, sin embargo esta después nos da forma a nosotros, determinando nuestra actuación dentro de la organización y la manera como nos relacionamos con nuestros compañeros de trabajo y con los usuarios del servicio que ofrecemos; “las personas actúan sobre el mundo y muchas veces lo modifican y, al mismo tiempo, ellas mismas cambian debido a sus actuaciones” (Furnhham, 2001).

La psicología vocacional se centra en lo que piensan las personas respecto a las carreras o profesiones, la preparación para la ocupación de su elección; son muchos los factores que determinan la selección de una carrera u ocupación, se incluyen el estatus social y económico, el grupo étnico, el

genero, la inteligencia, las aptitudes e intereses y las comunidad de origen de las personas. El desarrollo personal de los empleados depende de factores personales, familiares, sociales, culturales y de las condiciones de trabajo ofrecidas por las organizaciones.

La adecuación radica en la congruencia entra normas y los valores de la organización y los de las personas, este concepto tiene antecedentes en los procesos de selección y socialización, y efectos en el comportamiento relacionado con las ocupaciones, “la idea de adecuación es que cuanto mayor sea el ajuste entre las necesidades individuales y los atributos del ambiente, mayores serán las posibilidades de satisfacción y desempeño de las personas” (Furnhham, 2001); es también muy importante considerar los factores ambientales y organizacionales y le adecuación entre las personas y el ambiente; la teoría de la adecuación entre las personas y el ambiente distingue dos tipos de adaptación: el primer tipo distingue entre necesidades y los medios y las oportunidades del ambiente para satisfacerlas en términos de las capacidades y necesidades de los empleados; el segundo tipo de adecuación distingue entre características objetivas y subjetivas de las personas y el ambiente, a la correspondencia entre persona objetiva y subjetiva se le denomina precisión de la autodeterminación y a la correspondencia entre ambiente y objetivo y subjetivo se le denomina contacto con la realidad.

Existen evidencias para sugerir que la adecuación positiva entre una persona y su ambiente laboral se traducen en satisfacción, buen desempeño mayor salud mental y física, las personas tienen diferentes intereses, competencias y disposiciones, tienden a rodearse de personas y situaciones congruentes con sus intereses, capacidades y perspectivas del mundo, “los

ambientes congruentes dan satisfacción a los sujetos porque se encuentran entre personas con preferencias y valores semejantes a los suyos y donde pueden hacer tareas que les agraden” (Furnhham, 2001).

Todos los trabajos son potencialmente estresantes aunque las tensiones varían de forma considerada, algunos son demasiados tediosos, otros se manejan con una gran cantidad de estímulos que resultan ser demandantes y otros mas no admiten equivocaciones ya que esta de por medio la salud de otra persona; la palabra estrés se deriva del latín *stringere* que significa apretar, hasta el siglo XVIII coloquialmente denota trabajo arduo, adversidad o aflicción.

El estrés ocupacional es producto de causas internas y externas al individuo, y las que son resultado del ambiente, se deben puntualizar tres aspectos relacionado con estas causales; en primer lugar no siempre se clasifican por orden, porque la importancia de cada estresor es diferente en cada trabajo y época; en segundo lugar, muchos de ellos se relacionan entre si; y en tercer lugar, es probable que estas causas no estén completas porque quizá existan factores que no estén incluidos.

El estrés provoca diferentes consecuencias en el organismo, cognitivas y fisiológicas, los últimos se relacionan con las respuestas de lucha o huida cuando el individuo se enfrenta a un estresor; entre lo psicólogos están el temor, la ansiedad, los trastornos emocionales y las actitudes y comportamientos defensivos; los síntomas del estrés mas importantes que se relacionan con el trabajo son los problemas de concentración y apreciación, enfermedades, ausentismo y falta de concentración, los hombres tienen a presentar mas síntomas que las mujeres, pero estas ultimas tienen incidencia de síntomas menores, aunque es posible que se puedan confundir con el

trabajo que desarrollan; la mayoría de las personas y los empleos se ven sometidos a un nivel aceptable de estrés; el que la gente sufra estrés por lo general depende de su evaluación cognitiva de la situación y sus habilidades percibidas para afrontarlo.

2.2.7. La motivación en la organización.

Una vez que hemos actuado y constatado las consecuencias de nuestro proceder, posiblemente nos preguntemos los motivos por los cuales hemos actuado de tal modo y si había otras alternativas posibles que hubieran arrojado otros resultados; podríamos decir que la motivación es un impulso que nos permite mantener una cierta continuidad en la acción que nos acerca a la consecución de un objeto y que una vez logrado, saciará una necesidad.

La motivación no es un concepto sencillo, para los psicólogos es difícil describir el impulso que existe detrás de un comportamiento, la motivación de cualquier organismo, incluso del más sencillo, solo se comprende parcialmente; implica necesidades, deseos, tensiones, incomodidades y expectativas; el comportamiento subyacente es movimiento, un presionar o jalar hacia la acción.

Muchos autores clasifican la motivación de distintas formas, la motivación puede nacer de una necesidad que se genera de forma espontánea (motivación interna) o bien puede ser inducida de forma externa (motivación externa); la primera, surge sin motivo aparente, es la más intensa y duradera, pero existe otro tipo de motivación interna que no surge de forma espontánea, sino, más bien, es inducida por nosotros mismos; Chiavenato (1998), en su libro "Administración de recursos humanos" clasifica la motivación en:

Motivación Intrínseca (MI): cuando la persona fija su interés por el estudio o trabajo, demostrando siempre superación y personalidad en la consecución de sus fines, sus aspiraciones y sus meta; definida por el hecho de realizar una actividad por el placer y la satisfacción que uno experimenta mientras aprende, explora o trata de entender algo nuevo. Aquí se relacionan varios constructos tales como la exploración, la curiosidad, los objetivos de aprendizaje, la intelectualidad intrínseca y, finalmente, la MI para aprender.

La motivación es intrínseca cuando se orientada la satisfacción en la medida en la cual los individuos se enfocan más sobre el proceso de logros que sobre resultados, puede pensarse que están motivados al logro. De este modo, realizar cosas puede definirse como el hecho de enrolarse en una actividad, por el placer y la satisfacción experimentada cuando uno intenta realizar o crear algo. La orientación de la motivación intrínseca hacia experiencias estimulantes opera cuando alguien realiza una acción a fin de experimentar sensaciones.

Motivación Extrínseca (ME): cuando la persona cambia su comportamiento basado en las ventajas que éste ofrece. Contraria a la MI, la motivación extrínseca pertenece a una amplia variedad de conductas las cuales son medios para llegar a un fin, y no el fin en sí mismas. Hay dos tipos de ME:

Regulación externa: La conducta es regulada a través de medios externos tales como premios y castigos, el individuo comienza a internalizar las razones para sus acciones pero esta internalización no es verdaderamente autodeterminada, puesto que está limitada a la internalización de pasadas contingencias externas.

Identificación: Es la medida en que la conducta es juzgada importante para el individuo, especialmente lo que percibe como escogido por él mismo, entonces la internalización de motivos extrínsecos se regula a través de identificación.

Las recompensas individualizadas resultan eficaces para atraer a los individuos a formar parte de la organización y para mantenerlos en ella, son eficaces, también, para motivar a los miembros a realizar sus tareas en los niveles de cantidad y calidad exigidos e incluso superándolos aunque en ocasiones existen limitaciones estructurales, o de otro tipo, que impiden una adecuación correcta de este tipo de recompensas, por otra parte, las recompensas de tipo individualizado resultan difíciles de utilizar para motivar los comportamientos innovadores de los individuos.

Recompensas de tipo económico, son percibidas claramente como lo suficientemente amplias para justificar el esfuerzo extra que requiere la tarea que hay que cumplirse para conseguirlo, deben ser percibidas como consecuencia directa de la tarea requerida y ser consideradas como equitativas por la mayor parte de los miembros.

El reconocimiento y la recompensa social han de estar estrechamente vinculados al desempeño del empleado para resultar eficaces como recompensa extrínseca; los supervisores y directivos han de evitar desigualdades o "injusticias" al dispensar este tipo de refuerzos y aplicarlos de modo contingente.

Las recompensas de grupo o generales, son necesarias cuando el patrón de recompensas individuales resulta imposible porque la productividad en tareas dependen del funcionamiento eficaz de un grupo que puede ser, en

ocasiones, muy amplio; este tipo de recompensas no se conceden, por lo general, sobre la base del esfuerzo individual, sino sobre la base de la pertenencia del individuo al grupo (membresía). Las recompensas generales son eficaces para mantener a los miembros dentro de la organización; pero no lo son para conseguir una mayor productividad ya que todos los miembros las reciben por igual y no son diferenciadoras.

El uso eficaz de estas recompensas requiere una aplicación uniforme a todos los miembros de la organización de acuerdo con los criterios con los que se han establecido, cualquier aplicación diferenciadora en función de otros criterios puede provocar resentimiento en una parte de los miembros de la organización. El aspecto esencial de este sistema de recompensa es que tiene su propia lógica basada en la membresía y no en el rendimiento.

Si suponemos que el desafío de un trabajo por su complejidad o dificultad tiene poder motivador para que el sujeto desempeñe un mayor esfuerzo, y que ese poder motivador depende de las mayores posibilidades que el individuo tiene en esas situaciones para mostrar y desarrollar sus propias habilidades hay que reconocer como un procedimiento para ampliar la motivación intrínseca el enriquecimiento del trabajo.

Tal enriquecimiento disminuye el ausentismo laboral y, cuando en él se introduce también un incremento de autonomía del empleado y de responsabilidad personal en la toma de decisiones, conduce a un incremento en la productividad, en la calidad de los resultados de trabajo y en la satisfacción del empleado con su propio trabajo. También la expresión de los propios valores tiene un efecto motivador para el sujeto.

Se incluye también entre los patrones de motivación intrínseca, la pertenencia al grupo primario de trabajo, especialmente porque ese grupo puede tener un efecto considerable al proporcionar un sentido de complejión de la tarea y ofrecer la posibilidad de desarrollar un sentimiento de responsabilidad de grupo o aspiración de logro para todo el grupo.

Capítulo III. Reflexiones sobre la cognición organizacional

3.1. Sobre la representación social como proceso cognitivo.

3.1.1 Concepto de representación social.

Las representaciones sociales sabemos que corresponden por una parte, a la sustancia simbólica que entra en su elaboración y por otra, a la práctica que produce dicha sustancia. Si bien la realidad es fácil de captar el concepto no lo es, las razones no históricas se reducen a una sola "su posición mixta", en un entramado de conceptos sociológicos y conceptos psicológicos. Cuando hablamos de representaciones sociales se parte generalmente de otras premisas; en primer lugar, consideramos que no hay un corte dado entre el universo exterior y el universo del individuo, que en el fondo el objeto y el sujeto no son heterogéneos en su comportamiento y solo existe una función de los medios y los métodos que permiten conocerlo. Después, los puntos de vista de los individuos y de los grupos son encarados tanto por su carácter de comunicación como por su carácter expresivo, se trata de un corte realizado previamente en la sustancia simbólica, elaborada por los individuos o colectivamente que, al intercambiar sus modos de ver, tienden a influirse o modelarse recíprocamente. Las representaciones sociales son conjuntos dinámicos, su característica es la producción de comportamientos y de relaciones con el medio, es una acción que modifica a ambos y no una reproducción de estos comportamientos o de estas relaciones, ni una reacción a un estímulo exterior dado.

En resumen, aquí vemos sistemas que tienen una lógica y un lenguaje particulares, una estructura de implicaciones que se refiere tanto a valores como a conceptos, un estilo de discurso que le es propio. No son consideradas por Moscovici como "opiniones sobre" o "imágenes de", sino "teorías" de las "ciencias colectivas", sui generis, destinadas a interpretar y construir lo real. En este

transcurso el universo de puebla de seres, el comportamiento se carga de significados, algunos conceptos se colorean o se concretan, se objetivan. Al mismo tiempo se proponen formas en las que encuentran expresión las transacciones corrientes de la sociedad, que se encuentran regidas por estas formas simbólicas, y las fuerzas allí cristalizadas aparecen disponibles. Las formas determinan el y regulan, por consiguiente, las conductas deseables o admitidas. Por estos rasgos, las representaciones sociales difieren de las nociones sociológicas y psicológicas, con las que las comparamos, y de los fenómenos que los corresponden.

Una representación social es un “conjunto organizado de cogniciones relativas a un objeto, compartidas por los miembros de una población homogénea en relación con ese objeto, la representación social se define por la homogeneidad de la población, que se explica a su vez por la colectividad de la representación social” (Flament, 2004). Recordemos por el momento que una representación social es un conjunto organizado de cogniciones.

3.1.2. La teoría de las representaciones sociales.

Lo que constituye el punto de partida de esta teoría es el abandono de la distancia clásica entre sujeto y objeto, “no hay distinción alguna entre los universos exterior e interior del individuo (o del grupo). El sujeto y el objeto no son fundamentalmente distintos” (Moscovici en Abric, 2004). Este objeto está inscrito en un contexto activo, concebido parcialmente al menos por la persona o el grupo, en tanto que prolongación de su comportamiento, de sus actitudes y de las normas a las que se refiere. El estímulo y la respuesta es indisoluble, se formulan en conjunto. Así la relación sujeto-objeto determina al objeto mismo, una representación siempre es la representación de algo para alguien.

El abandono del corte sujeto-objeto, lleva a otorgar un status nuevo a lo que se identifica como realidad objetiva y que es definida por los componentes objetivos de la situación y del objeto. Plantearemos que a priori no existe realidad objetiva, pero que toda realidad es representada, apropiada por el individuo o el grupo y reconstruida en su sistema cognitivo, integrada por su sistema de valores que depende de su historia y del contexto social e ideológico que le circunda. Y es esa realidad apropiada y reestructurada que para el individuo o el grupo constituye la realidad misma. Esta representación reestructura la realidad para a la vez permitir una integración de las características objetivas del objeto, de las experiencias anteriores del sujeto, y de su sistema de normas y actitudes. Esto permite definir a la representación como una visión funcional del mundo que permite al individuo o al grupo conferir sentido a sus conductas, entender la realidad mediante su propio sistema de referencias y adaptar y definir de ese modo un lugar para sí.

Es “una forma de conocimiento, elaborada socialmente y compartida con un objetivo práctico que concurre a la construcción de la una realidad común para un conjunto social” (Jodelet, en Abric, 2004). Es a la vez “producto y proceso de una actividad mental por la que un individuo o grupo reconstruye la realidad que enfrenta y la atribuye una significación específica” (Abric, en Abric, 2004). La representación no es así un simple reflejo de la realidad, sino una organización significativa.

La representación funciona como un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social, ya que determina sus comportamientos o sus prácticas. *Es una guía para la acción*, orienta las acciones y las relaciones sociales. Es un sistema de pre-codificación de la realidad puesto que determina un conjunto de *anticipaciones y expectativas*.

El análisis y la comprensión de las representaciones sociales y de su funcionamiento supondrán así, siempre un doble enfoque, un acercamiento que calificamos.

3.1.3. Organización y estructura de las representaciones sociales.

La interpretación es constituida por un conjunto de informaciones, de creencias, de opiniones y de actitudes al propósito de un objeto dado. El análisis de una representación y la comprensión de su funcionamiento necesitan obligatoriamente una doble identificación: la de su contenido y la de su estructura. Es decir, los elementos constitutivos de una representación son jerarquizados, asignados de una ponderación y mantienen entre ellos relaciones que determinan la asignación y el lugar que ocupan en el sistema representacional. Estas características implican una metodología específica de recolección y de análisis.

Todos los autores después de Moscovici están de acuerdo con la definición de representación social como conjunto organizado, sin embargo, Abric a avanzado en una hipótesis de esta estructuración interna de la representación social a partir de un núcleo central, “la organización de una representación social presenta una modalidad particular, específica: no únicamente los elementos de la representación son jerarquizados, sino además toda representación esta organizada alrededor de un núcleo central, constituido por uno o varios elementos que dan su significación a la representación” (Abric, 2004).

A. Los orígenes de la noción de núcleo central.

La noción de centralidad, como la de núcleo es manejada por Heider desde 1927, en la idea de que las personas tienen tendencia a atribuir los eventos

que sobreviven en su entorno a núcleos unitarios, condicionados de forma interna, y que son, los centros de la textura causal del mundo.

Sobre el tema de la percepción social, los trabajos de Asch en 1946 refuerzan la idea de organización centralizada, estudia como se constituye la representación, la imagen que nos hacemos del otro a partir de un conjunto de informaciones, lo que llama la atención es como uno elementos que la determinan desempeña un papel determinante en el sentido que genera la naturaleza de la percepción. La jerarquía entre los elementos produce y favorece la centralidad de uno entre ellos. La idea de núcleo como la de centralidad esta por lo tanto presente en los trabajos de psicología social, en los trabajos de Moscovici sobre el psicoanálisis, el paso de la representación social del psicoanálisis se realiza a través de operaciones, de etapas sucesivas. Los otros elementos de la representación social serán pues retenidos, categorizados e interpretados en función de la naturaleza del núcleo figurativo. “el núcleo central es le elemento principal de toda representación constituida y que puede, de algún modo, ir mas allá del simple marco de objeto de la representación para encontrar directamente su origen en valores que lo superan, y que no necesitan aspectos figurativos, esquematización, ni concentración.

B. La teoría del núcleo central.

Abric, 1976, 1987. Toda representación esta organizada alrededor de un núcleo central. Este es el elemento fundamental de la representación, puesto que a la vez determina la significación y la organización de la representación.

Plantearemos así que la identificación de ese núcleo central permite el estudio comparativo de las representaciones. Para que dos representaciones sean diferentes, deben estar organizadas alrededor de dos núcleos centrales distintos.

Es la organización de ese contenido que es esencial: dos representaciones definidas por un mismo contenido pueden ser radicalmente diferentes si la organización de ese contenido, y luego la centralidad de ciertos elementos es distinta. El núcleo central tiene ante todo una dimensión cualitativa, no es la presencia importante de un elemento que define su centralidad, es el hecho que otorga su significación a la representación. Es determinado en parte por la naturaleza del objeto representado y por otra parte por la relación que el sujeto o el grupo mantiene con dicho objeto, y finalmente por el sistema de valores y normas sociales que constituyen el entorno ideológico del momento y del grupo.

La identificación del núcleo central es igualmente determinante para conocer el objeto mismo de la representación, en el sentido en que “una de las cuestiones importantes no es tanto estudiar la representación de un objeto como saber primeramente cual es el objeto de la representación” (Flament¹ en Abric 2004). Para que un objeto sea objeto de representación es necesario que los elementos organizadores de su representación formen parte o estén directamente asociados con el objeto mismo. Esta reflexión lleva a definir dos grandes tipos de representaciones: las representaciones autónomas cuyo principal organizador se sitúa al nivel del objeto mismo; y las representaciones no autónomas, cuyo núcleo central se sitúa fuera del objeto, es una representación mas global en la que el objeto esta integrado.

C. Los elementos periféricos de la representación.

Abarcan informaciones retenidas, seleccionadas e interpretadas, juicios formulados al respecto del objeto y su entorno, estereotipos y creencias. Estos elementos están jerarquizados, pueden estar más o menos cercanos a los elementos centrales, desempeñan un papel importante en la concreción del

¹ En comunicación personal con Abric.

significado de la concreción, mas distantes de el ilustran, aclaran, justifican esta significación. Los elementos periféricos desempeñan también un papel esencial en la representación, constituyen la interfase entre el núcleo central y la situación concreta en la que se elabora o funciona la representación. Flament considera que los elementos periféricos son esquemas, organizados por el núcleo central, la importancia de estos esquemas en el funcionamiento de la representación resulta de tres funciones que les asigna: primero, son *prescriptores del comportamiento*, y de la toma de decisiones del sujeto, indican en efecto lo que es normal de hacer o de decir en una situación dada, teniendo en cuenta la significación y la finalidad de la situación; en segundo lugar, permiten una *modulación personalizada* de las representaciones y de las conductas que les están asociadas, una representación única puede dar lugar así a diferencias aparentes, relacionadas con la apropiación individual o con contextos específicos, y que serán traducidos por sistemas periféricos y eventualmente por comportamientos relativamente diferentes; y por ultimo, protegen en caso de necesidad, al núcleo central, cuando una representación es atacada de manera importante, es decir, cuando su núcleo central es amenazado, los esquemas normales directamente asociados al núcleos se transforman en “esquemas extraños” (Abric, 2004), definidos por cuatro componentes: “la evocación de lo normal, la asignación del elemento extranjero, la afirmación de una contradicción entre estos dos términos, la propuesta de una racionalización que permita soportar la contradicción” (Flament en Abric, 2004).

3.1.4. Metodología de recolección de las representaciones sociales.

En el desarrollo de los estudios realizados sobre representaciones sociales se pueden destacar tres campos de investigación definidos primero; el que se caracteriza por la perspectiva original de las representaciones como conocimiento

vulgar o popular, segundo; el extenso campo de los objetos culturalmente contruidos a través de una larga historia y sus equivalentes modernos; y tercero, el campo de las opiniones y acontecimientos sociales y políticos, donde las representaciones que prevalecen tienen un corto plazo de significación para la vida social (Moscovici,1986). Dentro del campo de la imaginación cultural esta provee una realidad a los objetos que habitan el mundo social, la representación de estos objetos hace inteligible el mundo de los miembros de grupos sociales y culturales, “permiten interacciones sociales que no solo recrean los objetos mismos, sino que también a los actores como partes complementarias de los objetos, y proporcionan a los sujetos sociales la impresión de pertenecer a culturas y comunidades específicas” (Gergen en Moscovici,1986), las representaciones sociales de objetos culturales representan ante todo conocimiento declarativo, delimitan los objetos y entidades, estructuran sus características y fijan su significado en los contextos sociales.

El estudio de las representaciones sociales plantea dos problemas metodológicos considerables: el de la recolección de los datos y el del análisis de los datos obtenidos, se consideran los diferentes métodos de recolección de datos, sus objetivos y sus límites. En el caso que nos ocupa la elección de las herramientas debe estar dictada necesariamente por la teoría de las representaciones sociales a las que se refiere el investigador, así como a las teorías de los estudios organizacionales, particularmente a las orientaciones de la cultura organizacional, es posible formular una estructura metodológica coherente con estas posturas al considerar elementos de tipo simbólico que se presentan en las propuestas culturales, indistintamente del ámbito en que se apliquen, y realizando un rescate de los elementos organizacionales al considerar que es la colectividad que forma la organización quien otorga sentido a su práctica cotidiana,

y que la teoría de la representación social es solo una postura teórica que nos proporciona los elementos estructurales explicativos de cómo la cultura organizacional es construida por sus miembros.

Recordemos que una representación social se define por dos componentes: por un lado su contenido y por otro su organización, por lo tanto no es únicamente el contenido en si mismo lo que debe ser investigado, sino también, la organización de ese contenido, que descansa en una jerarquía determinada, entre elementos, por lo que se ha denominado el "núcleo central". De aquí que el estudio de las representaciones sociales reclame la utilización de métodos que por una parte busquen identificar y hacer emerger los elementos constitutivos de la representación, y por otra hacer la organización de esos elementos e identificar el núcleo central de la representación social, y finalmente de ser posible verificar la centralidad la jerarquía manifiesta. Este triple objetivo implica una aproximación multimetodológica de las representaciones organizada en tres tiempos sucesivos:

- 1. La identificación del contenido de la representación.
- 2. El estudio de las relaciones entre elementos, su importancia relativa y su jerarquía.
- 3. La determinación y el control del núcleo central.

Se pueden distinguir dos grandes tipos de métodos. Calificaremos unos de *interrogativos*, ya que consisten en recoger una expresión de los individuos que afecta al objeto de representación en estudio, esta expresión puede ser verbal o figurativa; y otros se calificaran como *asociativos*, reposan sobre una expresión verbal que nos esforzamos en hacer mas espontánea, menos controlada y así, se presume mas autentica.

A. Métodos de control de la centralidad.

Una cantidad importante de técnicas aquí presentadas permite identificar un cierto tipo de organización de la representación y, en algunos casos, poner en evidencia los elementos centrales, es posible llegar mas lejos en la investigación al verificar los resultados obtenidos, es decir, al intentar confirmar la hipótesis de la centralidad, con este enfoque se elaboraron recientemente técnicas de validación del núcleo central, estas técnicas son, por una parte, esenciales desde el punto de vista teórico, puesto que pueden adoptar una confirmación de la teoría, y por la otra, desde el punto de vista empírico, completar los resultados obtenidos por otros métodos.

B. Necesidad de un acercamiento plurimetodológico.

Cualquier estudio de la representación se debe fundar necesariamente en un acercamiento plurimetodológico, articulado en tres etapas. Primera etapa: la recolección del contenido de la representación en la que se presenta como ineludible la utilización de la entrevista como técnica, considerando las limitaciones de la entrevista surge un interés en asociarle por lo menos otra técnica de recolección reduciendo los mecanismos de control o de defensa que permite o genera la entrevista. *Segunda etapa: la búsqueda de la estructura y del núcleo central*, primeramente la indagación de la organización de ese contenido en sistemas de categorías, subconjuntos temático o actitudinal que constituye de alguna forma el esqueleto de la representación, su sistema de apuntalamiento; en seguida *la identificación de los lazos*, de la relación y de las jerarquía entre los elementos que permite a la organización interna del conjunto de los componentes de la representación; por ultimo, *la puesta en evidencia de los elementos centrales*, es decir, de los elementos que organizan y proporcionan su significación a la

representación. *Tercera etapa: verificación de la centralidad*, para eso el investigador dispone de tres técnicas, la de cuestionamiento del núcleo central, la de inducción por guión ambiguo, y la de los esquemas cognitivos de base. *Cuarta etapa: el análisis de la argumentación*, después de una serie de tratamientos analíticos, regresara a un acercamiento mas sintético que faculte el conocimiento del funcionamiento contextualizado de la representación que permita integrar lo vivido a los elementos situacionales, las actitudes y los valores que sustentas la producción de los sujetos, las referencia individuales o colectivas.

3.2. Sociología cognitiva.

3.2.1. Sociología del conocimiento.

Berger y Luckmann establecen que los antecedentes intelectuales de la sociología del conocimiento se localizan en tres corrientes de pensamiento alemanas decimonónicas: el marxismo, la nietzscheana y la historicista. La sociología del conocimiento derivo de Marx su proposición básica “la conciencia del hombre esta determinada por su ser social” (Marx en Berger y Luckmann, 2003), retomando de Marx algunos de sus conceptos centrales: ideología², falsa conciencia³, infraestructura y superestructura.

Las ideas de Nietzsche se relacionan con el trasfondo intelectual general y la atmósfera en la que surge; el anti-idealismo nietzscheano, el cual tiene muchas congruencias con el anti-idealismo de Marx, introduce perspectivas en relación al pensamiento humano como instrumento de lucha por la supervivencia y el poder; desarrolla su teoría de la “falsa conciencia” realizando un análisis del significado social del engaño y de la ilusión como condición necesaria para la vida; el concepto de resentimiento de Nietzsche como generador de ciertos tipos de

² ideas que sirven como arma para intersecciones sociales.

³ Pensamiento alejado del verdadero ser social del que piensa.

pensamiento humano fue retomado directamente por Scheler. Se puede decir que la sociología del conocimiento es una aplicación concreta de lo que Nietzsche denominó el “arte de la desconfianza”.

La sociología del conocimiento surge del historicismo, corriente de pensamiento que dominó en Alemania durante un siglo y medio que se basa en los tres postulados siguientes: primero, todo fenómeno cultural, social o político es histórico, y no puede ser comprendido sino por y en su historicidad; segundo, existen dos diferencias fundamentales entre los hechos naturales y los hechos históricos y consecuentemente entre las ciencias que los estudian; y tercero, no solamente el objeto de la investigación se encuentra sometido al flujo de la historia sino también el sujeto, el propio investigador con su perspectiva, su método y su punto de vista (Löwy, 2000). Surgen dos vertientes historicistas antes de dar paso a la sociología del conocimiento de Karl Mannheim: el historicismo conservador y el historicismo relativista. El historicismo conservador se desarrolla a finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX, principalmente en Alemania como una reacción conservadora a la filosofía de las luces, la revolución francesa y la ocupación napoleónica, estableciendo un camino importante hacia la comprensión de los hechos sociales y al desarrollo de la ciencia histórica moderna; se destaca por poner en duda el procedimiento analítico y cuantificador del pensamiento racionalista/burgués, desarrollando un estilo de pensamiento que considera a la totalidad y lo cualitativo. A fines del siglo XIX se lleva a cabo la transición del historicismo conservador al relativista ya que la forma ver conservadora aparece como atemporal y caduca desde el punto de vista histórico, transformándose en un cuestionamiento de todas las instituciones sociales y formas de pensamiento consideradas históricamente relativas. Uno de los principales expositores del relativismo fue Wilhelm Dilthey quien construye una de las principales críticas

sistemáticas y profundas al historicismo, al positivismo y a su método científico-naturalista, estableciendo una clara distinción entre las ciencias de la naturaleza (Naturwissenschaften) y las ciencias del espíritu (Geisteswissenschaften) convirtiéndose en una referencia clásica para las ciencias sociales en los países de habla alemana, esta distinción se basa en tres características fundamentales de las ciencias del espíritu: la identidad del sujeto y del objeto; la unidad inseparable de los juicios de hechos y de los juicios de valor; y la necesidad de comprender la significación vivida de los hechos sociales, siempre que las ciencias naturales se limitan a una explicación exterior de los fenómenos (Löwy, 2000). La principal contribución de Dilthey es la percepción profundamente lucida de la historicidad de las ciencias del espíritu, en el contexto general de la historicidad de las formas de pensamiento y las visiones del mundo. George Simmel se suma a la crítica de las limitaciones del positivismo desde una perspectiva ecléctica, otorgándole el término de “naturalismo epistemológico”; “la realidad no es una simple reproducción sino una actividad espiritual que plantea preguntas a la realidad y le atribuye una significación” (Löwy, 2000).

La sociología del conocimiento es la orientación teórica argumentada para analizar los procesos por medio de los cuales se construye la realidad, su principal tesis es que “la realidad se construye socialmente” (Berger y Luckmann, 2003), en este sentido se define la realidad como “una cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra voluntad”, y al conocimiento como “la certidumbre de que los fenómenos son reales y de que poseen características específicas” (Berger y Luckmann, 2003). El interés de la sociología por la realidad y el conocimiento se deriva del hecho de su relatividad social, lo que es real para un grupo de personas puede no serlo para otro; la acumulación social de realidad y conocimiento corresponden a contextos sociales específicos y estas relaciones

tienen que incluirse en el análisis sociológico de dichos contextos, de esta manera la necesidad de una sociología del conocimiento se justifica por la existencia de sociedades distintas y de lo en cada uno de ellas se da como conocimiento; la sociología del conocimiento debe tratar no solo las variaciones empíricas del conocimiento, sino también los procesos por los que todo cuerpo de conocimiento se establece socialmente como realidad. “La sociología del conocimiento se ocupa del análisis de la construcción social de la realidad” (Berger y Luckmann, 2003).

3.2.2. La Concepción moderada de Max Scheler.

El termino “sociología del conocimiento” fue acuñada por el filosofo Alemán Max Scheler en la década 1920, surgiendo esta disciplina en un contexto filosófico, dando lugar a la concepción moderada de la sociología del conocimiento y siendo introducida posteriormente en el mundo de habla inglesa en un contexto sociológico conservando la preocupación por los problemas que le dieron origen; teniendo como resultado que se convirtiera en una preocupación periférica para la mayoría de los sociólogos, considerándola como un tipo de matiz sociológico impreso a la historia de las ideas, teniendo como consecuencia una incomprensión respecto con el significado teórico potencial de la sociología del conocimiento. Scheler analizo detalladamente la manera en que el conocimiento humano es ordenado por la sociedad, siendo la ordenación del significado relativa respecto a una situación histórico-social determinada, asumiendo para el individuo la apariencia de una forma natural de observar el mundo, Scheler la llamo “concepción relativo-natural del mundo” de una sociedad, concepto que es todavía central dentro de la sociología del conocimiento. “Con la “invención” de Scheler de la sociología del conocimiento surge un extenso debate en Alemania respecto de la validez, alcance y aplicación de la nueva disciplina” (Berger y Luckmann, 2003),

de esta forma se desarrolla un tránsito de la sociología del conocimiento hacia un contexto estrictamente sociológico. Esta misma formulación penetra en el mundo de habla inglesa con Karl Mannheim.

3.2.3. La sociología fenomenológica de Berger y Luckmann.

El objetivo de la sociología del conocimiento consiste en el estudio sistemático de las condiciones sociales del conocimiento en cuanto tal, su problema principal es la sociología de la verdad, su interés se ha centrado en el plano teórico sobre cuestiones epistemológicas y en el plano empírico sobre temas de historia intelectual. Incluir cuestiones epistemológicas sobre la validez del conocimiento sociológico dentro de la sociología del conocimiento es algo que carece de fundamento, “es algo así como querer empujar el coche que uno mismo conduce” (Berger y Luckmann, 2003), este debate solo ha oscurecido el significado teórico de esta postura.

La sociología del conocimiento debe ocuparse de lo que la gente conoce como “realidad” en su vida cotidiana, no teórica o pre-teórica, o sea del conocimiento del sentido común más que el de las ideas como tema central, “la sociología del conocimiento debe, por lo tanto, ocuparse de la construcción social de la realidad” (Berger y Luckmann, 2003). Aparece el problema de cuáles son los elementos teóricos que deben agregarse a la sociología del conocimiento para obtener una redefinición en el sentido mencionado; le debemos a Schutz la percepción fundamental sobre esta definición, ya que toda su obra tanto filosófica como sociológica se concentró en la estructura del mundo del sentido común en la vida cotidiana y los fundamentos del conocimiento cotidiano. Los principales presupuestos socio-psicológicos para el análisis de la interacción de la realidad social son contribución en gran parte de George Herber Mead y algunos

desarrollos de su obra relacionados con la escuela simbólico-interaccionista norteamericana.

El proceso de construcción social de la realidad propuesto por Berger y Luckmann se constituye por las etapas de a) externalización, el cual inicia con la percepción de la realidad social adquiriendo una forma tangible mediante la creación de mitos, ritos, símbolos y artefactos; b) objetivación, presencia de la realidad como algo externo e inmutable; y c) internalización, incorporación por el individuo descartando cualquier tipo de razonamiento. La interacción del hombre con el medio ambiente teniendo como consecuencia el surgimiento de la condición humana, “el proceso por el cual se llega a ser hombre se produce en una interacción con el ambiente” Berger y Luckmann (1995), el orden social se manifiesta específicamente a través de la actividad humana, “tanto por su génesis, como por su existencia en cualquier momento del tiempo, es un producto humano”, Berger y Luckmann (1995). La habituación proporciona el rumbo así como la especialización de la actividad que no facilita la biología humana, es una condición necesaria para la institucionalización. La segunda etapa correspondiente a la sociedad como realidad objetiva es la objetivación, su función consiste en alcanzar que las objetivaciones de primer orden lleguen a ser objetivamente disponibles y subjetivamente pausibles, “constituyen una operación de significado de segundo orden”, (Berger y Luckmann, 1995), implican un aspecto normativo y otro cognitivo; se pueden identificar cuatro niveles de legitimación: 1) legitimación incipiente que aparece cuando se trasmite un sistema de objetivaciones lingüísticas de la experiencia humana; 2) proposiciones teóricas en formas rudimentarias; 3) teorías explícitas que legitiman por medio de un conocimiento altamente especializado y diferenciado; y 4) universos simbólicos, que comprenden el orden institucional en su totalidad simbólica. La institucionalización

establece que ciertas acciones sean realizadas por ciertos actores, así se van conformando las instituciones ya que implican tanto historicidad como control.

La internalización, como se menciono anteriormente corresponde al momento de la sociedad como realidad subjetiva, es definida como “la aprehensión o interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo en cuanto expresa significado” (Berger y Luckmann, 2003), el proceso por el cual se produce la internalización se es la socialización, que como sabemos ocurre en un contexto social específico, se logra una socialización exitosa cuando ocurre una alta simetría entre la realidad objetiva y la realidad subjetiva, por el contrario es deficiente si se produce de la mediación de mundos discrepantes o cuando existe discrepancias entre la socialización primaria y la secundaria

Fuente: Cazau () y adaptado por el autor.

3.3. La construcción social como proceso cognitivo.

3.3.1. El constructivismo de Paul Watzlawick.

El termino constructivismo es reciente, y se utiliza para designar a una postura filosófica relacionada con la idea de la realidad como algo que a establecido una relación directa con nosotros, tal vez la forma mas clara de expresar esta relación sea la frase de Bateson “la realidad es cosa de fe” (López, año); “el constructivismo es una teoría del conocimiento activo, no una epistemología convencional que trata al conocimiento como una encarnación de la verdad que refleja al mundo “en si mismo”, independientemente del sujeto cognoscente” (López, año). Glasersfeld reconoce dos principios básicos del

constructivismo radical, primero, se entiende que el conocimiento no se recibe pasivamente, ni surge por la acción de los sentidos, o por medio de la comunicación, sino que es construido por el sujeto cognoscente; segundo, se concibe que la función de la cognición es adaptativa y sirva a la organización del mundo experiencial del sujeto, y no simplemente al descubrimiento de una realidad ontológica objetiva.

Para Maturana y Varela la realidad es “todo lo dicho es dicho por alguien...una explicación siempre es una proposición que reformula o recrea las observaciones de un fenómeno en un sistema de conceptos aceptables para un grupo de personas que comparten un criterio de validación” (López, año). Para el constructivismo el mundo de los significados, la realidad, es una construcción humana y social, de tal modo que toda observación remite inevitablemente a las cualidades del observador y a las distintas interacciones comprometidas. Son dos los puntos que definen los límites del constructivismo, un adentro y un afuera, a partir de los cuales pueden desarrollarse múltiples variaciones y matices; estos puntos que son presentados aquí como tesis son los siguientes:

- Conocimiento y experiencia son inseparables.
- Hecho y valor no tienen una relación necesaria.

Estos dos planteamientos se relacionan, sin embargo, pueden ser formulados por separado en medida que uno no contiene obligatoriamente al otro, sin embargo, en conjunto constituyen el sustento de todo constructivismo. El aspecto central del constructivismo es dado por su interés en reconocer el fenómeno del conocimiento como resultado de una interdependencia entre el observador y el mundo observado por esta razón Watzlawick establece la distinción entre “una *realidad de primer orden*, construida por objetos cuya existencia es objetivamente constatable, y una realidad de segundo orden, relativa

el sentido, significado y valor que se otorga a esos objetos, pese a su simpleza, es expresiva, porque se sitúa en el cruce entre sujeto y objeto” (Watzlawick, 2000). La realidad se presenta entonces como una convención social en la cual participan los presupuestos tanto individuales como colectivos, lo real es “al fin y al cabo lo que es denominado real por un número suficientemente grande de hombres, en este sentido extremo, la realidad es una convención interpersonal” (Watzlawick, 2000).

El pensamiento cotidiano se formula en base a circunstancias que se pueden denominar “profecías que se autocumplen” (Watzlawick, 2000), una profecía que se autocumple es una suposición o predicción que, solo por haberse formulado convierte en realidad el suceso supuesto, esperado o profetizado; solo cuando la profecía es considerada como un hecho ya inscrito en el futuro puede estar influir en el presente y así cumplirse, de faltar este elemento en la creencia o la convicción falta también el efecto. Es erróneo que las profecías que se autocumplen se limitan a los seres humanos, pudiendo presentarse en estadios de desarrollo prehumano⁴.

El conocimiento es una construcción, y como tal refleja principalmente el tipo de dilemas que los seres humanos enfrentan en el curso de su experiencia. “No se origina en la actividad de los sentidos, ni comienza en una mera acumulación de datos, sino con algún problema; el conocimiento posee un importante valor de uso en tanto que posee orientaciones ya que se encuentra en una conexión con las distintas maneras de actuar y de cumplir objetivos. Tienen poderosas implicaciones en la construcción de la experiencia social, en tanto que determina formas de vivir y convivir, formas de relacionarse, de colaboración o rechazo, de aceptación o negación” (López,). El conocimiento nace como construcción pero rápidamente se separa de sus creadores para formar parte del

⁴ Para ilustrar las profecías que se autocumple en estadios prehumanos revisar experimento de Rosenthal con ratas publicado en 1966 en su libro *Experimenter Effects in Behavior Research*, Appleton-Century-Crofts, New York.

mundo, pasando a tener repercusión en la vida de sus creadores; la interdependencia entre observador y mundo observado, mantiene una dinámica incesante en la que difícilmente podría volver a reponerse la distinción entre sujeto y objeto.

El constructivismo es radical porque rompe con las convenciones y desarrolla una teoría de conocimiento en la cual este ya no se refiere a una realidad ontológica, objetiva, sino que se refiere exclusivamente “al ordenamiento y organización de un mundo constituido de nuestras experiencias” (Glaserfeld, Ernest 2000).

3.3.2. El construccionismo social de Hacking.

Hacking afirma en su obra ¿la construcción social de que?, que el discurso de la construcción social se ha convertido en una moda, en una revisión hecha sobre los temas mas representativos de esta corriente encuentra que existen dos cuestionamientos fundamentales al respecto: ¿Qué son las construcciones sociales? y ¿Qué es el construccionismo social?

El uso primario del termino “construcción social se ha utilizado con la finalidad de concienciar de dos formas distintas: primero, se insiste en que una gran parte (o la totalidad) de nuestra experiencia vivida, y del mundo de habitamos, han de ser considerados como socialmente contruidos. Después están las reivindicaciones concretas acerca de la construcción social de un x específico. Una reivindicación concreta la puede sugerir una actitud general, pero el objetivo de una reivindicación puntual es concienciar sobre algo en particular. En principio las reivindicaciones concretas son indepedendientes unas de otras.

La investigación acerca de construcción social es crítica con el status quo.

Los construccionistas sociales respecto de x tienen a mantener que:

1. No era necesario que x existiera o no es necesario en absoluto que sea como es. x , o x tal como es en el momento actual, no está determinado por la naturaleza de las cosas, no es inevitable.

Muy a menudo más vas allá insistiendo en que:

2. x es bastante malo tal como es.
3. nos iría mucho mejor si x fuere eliminado, o al menos radicalmente transformado.

Una tesis de primer tipo es el punto de partida: la existencia o el carácter de x no está determinado por la naturaleza de las cosas. x no es inevitable, fue producto o conformidad de sucesos sociales, fuerzas, la historia, todos los cuales podrían perfectamente haber sido diferentes. Sin embargo, la mayoría de las personas que utilizan la idea de construcción social lo hacen para criticar, cambiar o destruir algún x que les molesta dentro del orden de cosas establecido.

Lo socialmente construido no es, en primera instancia, la gente individual, es la clasificación que se realiza del grupo investigado. "Moussa se refiere a la clasificación "mujer refugiada" como se fuera una clase de ser humano, una especie como la ballena" (Hacking, 200). Declara que esta manera de clasificar a la gente es producto de acontecimientos sociales, de la legislación, de los trabajadores sociales, de grupos inmigrantes, de activistas, de juristas y de las actividades de las mujeres implicadas. Esta clase de personas, como clase específica de personas, es socialmente construida. Básicamente: la idea de mujer refugiada es construida.

Se necesita una forma general para hacer la discriminación que requerimos, no solo para $x = \text{mujeres refugiadas}$, sino para una multitud de otros ítem que se dice son socialmente construidos. <Idea> puede ser útil, aunque tal vez otras palabras mas específicas como <concepto> y <clase> estén esperando su turno. Las ideas se encuentran normalmente circulando en público. Pueden ser propuestas, criticadas, tomadas en cuenta y/o rechazadas.

Las ideas no existen en el vacío, habitan dentro de un marco social, “se denomina “matriz” al marco social dentro del cual se forma una idea, un concepto o clase” (Hacking, 2001). La matriz en la que se ha transformado la idea de mujer refugiada es un complejo de instituciones, defensores, artículos, juristas, decisiones judiciales, actas. Se pueden llamar sociales a estas cosas porque lo que importa realmente es su significado, sin embargo, son materiales, y en su materialidad establecen distinciones sustanciales entre las personas. Contrariamente, las ideas sobre las mujeres refugiadas establecen una diferencia en el medio material. “Cuando leemos sobre la construcción social de x , a lo que se hace referencia muy comúnmente es a la idea de x (su matriz)” (Hacking, 2001).

Los niveles de compromiso construccionista surgen de las relaciones cada vez mas fuertes a 1,2 y 3, mencionados mas arriba: 1 era la afirmación de que x no es inevitable; 2 que x es algo malo; y 3 que el mundo sería un lugar mejor sin x . De lo anterior se deriva seis niveles de construccionismo. El primer nivel de construccionismo frente a x es el histórico, este exige el nivel menos exigente de compromiso, en donde alguien presenta una historia de x y mantiene que x ha sido construido en el curso de los procesos sociales. x , lejos de ser inevitable, es el resultado de procesos históricos. El segundo tipo de compromiso asume una actitud irónica respecto a x , lo considera una parte inevitable del mundo o de arquitectura conceptual, sin embargo podría haber sido totalmente diferente; no se

puede deshacer de él, forma parte de nuestra forma de pensar que evolucionará siguiendo su propio camino, pero no se puede hacer nada mejor. El tercer nivel de compromiso deriva del segundo, tomándolo en serio: *x* es bastante malo tal como es, en la situación actual se pueden por lo menos cambiar algunos aspectos de *x*, para lograr que *x* sea algo menos malo, a este tipo de construccionismo se lo denomina reformista. El cuarto tipo de construccionismo derivándose también del irónica es lo que Karl Mannheim en 1952 denominó “el giro desenmascarador de la razón”, desenmascaramos una idea no tanto para desintegrarla como para despojarla de un falso poder la atracción, exhortación o autoridad; los desenmascaradores tal como los concibe Mannheim creen no solo que *x* es inevitable, sino que *x* es algo malo y que probablemente nos iría mejor sin *x*. El quinto tipo de construccionista mantiene una postura rebelde al conservar una postura activa respecto a 1, 2 y 3. Finalmente, un activista que va más allá del mundo de las ideas e intenta cambiar el mundo en lo que concierna a *x* se considera revolucionario.

Se distinguen tres tipos de cosas de las que se dicen son socialmente construidas, junto de los objetos y las ideas es necesario tomar nota de la distinción que se establece a partir de un grupo de palabras que Quine llama ascensor semántico: verdad, hechos, realidad. Como no existe una manera de agrupar a estas palabras, se denominarán palabras ascensor, ya que elevan el nivel del discurso en las discusiones filosóficas.

Los objetos se refieren a cosas que están en el mundo en el sentido corriente, no complejo, tales como las personas, las etapas de la vida, las condiciones físicas o las prácticas y las acciones, retomando la terminología de John Searle algunos ítems son ontológicamente subjetivos pero epistemológicamente objetivos; por las ideas se refiere a ideas, concepciones,

creencias, disposiciones, teorías; no es condición que sean privadas, las ideas de esta o aquella persona, son debatidas, acaparadas, compartidas, planeadas, trabajadas, aclaradas, discutidas; los agrupamientos, las clasificaciones y las clases son caracterizadas como ideas, sus extensiones son colecciones que están en el mundo, y por lo tanto son consideradas como objetos. Las palabras ascensor se cuentan entre los ítems que algunos dicen que son construidos, están los hechos, la verdad, la realidad y el conocimiento; son palabras que se utilizan para decir algo sobre el mundo o sobre lo que decimos o pensamos acerca del mundo, se localizan en un nivel mas alto. Existen dos cuestiones principales que se deben de tomar en cuenta: las palabras ascensor tienden a ser definidas circularmente y estas palabras han experimentado mutaciones sustantivas en su sentido y valor.

Se ha visto como pueden interactuar algunos objetos e ideas, todos los actos están sujetos a descripciones, y los actos que podemos llevar a cabo dependen en un sentido formal de las descripciones de que disponemos; las clasificaciones no existen solo en el lenguaje, sino en las instituciones, las practicas, las interacciones materiales con las cosas y con las otras personas. Las interacciones no solo ocurren, ocurren dentro de matrices que incluyen muchos elementos sociales obvios y muchos elementos materiales obvios. La mujer refugiada puede ser llamada una clase interactiva porque interactúa con las cosas de esa clase y modifica su conducta en consecuencia. Las interacciones de las ciencias sociales son de carácter interactivo, existen interacciones consientes entre clase y persona.

Así, Hacking propone utilizar el termino Construccinismo para referirse a diversos proyectos sociológicos, históricos y filosóficos que pretenden revelar o analizar las interacciones sociales o los itinerarios causales de hecho e

históricamente situados, que llevaron a, o estuvieron involucrados en, el nacimiento o consolidación de alguna entidad o hecho hoy existente.

3.4 La cultura organizacional como un proceso cognitivo.

Al enunciar los conceptos que integran a la cultura, todos los autores revisados, están de acuerdo en que se trata de aspectos compartidos por los miembros de una organización, “un sistema de significados” (Robbins, 1999), “patrón de supuestos básicos” (Schein en Dávila, 1999), “símbolos, ceremonias y mitos que comunican los valores y creencia de la organización” (Ouchi en Dávila, 1999). Se tiene que mitos, valores y creencias constituyen el núcleo de la cultura organizacional, expresándose a través de otros no menos importantes que constituyen los medios de expresión y comunicación que la mantienen y desarrollan a través de la interacción humana.

Formando parte de un sistema cultural al interior de las organizaciones se realizan rituales y ceremonias, constituyendo aquella secuencia de actividades repetitivas, por medio de las cuales se expresan y refuerzan los valores centrales de una organización, el propósito y la identidad de la misma. Las ceremonias ayudan a celebrara sus héroes, mitos y símbolos sagrados, poniendo de manifiesto la cultura y proporcionando experiencias dignas de ser recordadas para los empleados.

Algunas organizaciones usan el lenguaje como medio para identificar a sus miembros; las metáforas, el léxico, glosarios, los neologismos, y acrónimos propios de una organización son medios de la formación y la transmisión de la cultura. Nada revela las verdaderas preocupaciones como sus historias y leyendas, es decir, su sabiduría popular, las historias persuaden, simbolizan y guían las acciones de cada día, dan sentido a la tradición y continuidad y hacen brillar el interés.

También relacionados con el comportamiento cotidiano están los símbolos materiales o artefactos simbólicos que representan la parte externa de la cultura, siendo los aspectos tangibles y visibles de la actividad cultural; logotipos, uniformes, la distribución del espacio, las instalaciones, las oficinas de la dirección, entre otros, son ejemplo de símbolos materiales que transmiten a los miembros que y quien es importante, el grado de igualdad y los tipos de conducta que son aceptables.

Ambos sistemas el cultural y el socioestructural, actúan sobre los empleados como individualidades, quienes según su estatus, y jerarquía, contribuyen a la elaboración y modificación de la cultura organizacional; el tipo de relación con el sistema cultural y el grado de participación varía de una persona a otra, sin embargo, todos construyen sus significados a partir lo que la organización les proporciona, por lo que antigüedad se convierte en un factor importante.

Geertz a través de la descripción densa, que consiste en realizar una descripción detallada de personas, eventos y acciones ofrece una vía hacia la interpretación de los significados culturales; esta estrategia es bastante local en su conceptualización de la historia y, en consecuencia, ofrece una representación de la cultura bastante unificada. La visión alternativa contempla a la cultura como producto de la historia que en si misma esta conectada a un grupo mas amplio de procesos económicos, políticos, sociales y culturales.

3.4.1. La construcción social en la organización.

La transformación del mundo social tiene su raíz en las características Fundamentals del mundo social, a través de su interacción los patrones sociales se construyen gradualmente y de vez en cuando, un conjunto de arreglos institucionales se establece; estas interacciones modifican gradualmente o provocan el remplazo de sistemas previamente constituidos. Las estructuras sociales se erigen sobre las labores

ordinarias y concretas que las personas desarrollan en su vida diaria; del encuentro ya la confrontación diaria de la gente se construyen las relaciones, se generan los roles y se exigen las instituciones; la producción de la estructura social está orientada y restringida por el contexto.

El fenómeno social debe ser estudiado en tono a las relaciones, considerando sus múltiples interconexiones; esto significa conceptualizar a la organización como un fenómeno total y concreto, atendiendo a las formas intrincadas en que los componentes se ligan entre sí; “el fenómeno organizacional debe ser entendido como un todo con toda su complejidad de interpenetraciones” (Benson, 1985), el principio de totalidad también nos lleva a considerar los intrincados que las organizaciones establecen con la sociedad, sino también en las actividades cotidianas de la gente.

Estamos ante un concepto cultural, convencional, existente a través de la construcción que de él se hace, y que como toda descripción, existe en el lenguaje; una organización es un conjunto ordenado de preceptos, una imagen; no se dice con esto que no existe más allá de la percepción, en todo caso se reconoce el carácter de construcción perceptual y los límites arbitrarios que una construcción de esta naturaleza ofrece, con una manifestación de la presencia de lo real, estableciendo la distinción entre lo real y la realidad.

Las organizaciones son lugares virtuales que no existen más allá de la percepción que de ellas tiene el observador, se impone la construcción de un orden simbólico, donde lo real aparece como un exceso, por lo tanto, lo real siempre excede a la realidad; es imposible captar todo lo que sucede en una organización en todo momento, y todo lo que sucede constituye una pluralidad de signos dignos de ser significados. La posibilidad de comprensión de lo que es una organización y de los que en ella acontece pasa por la construcción de una realidad que instituye un orden simbólico del cual todos sus

miembros participan; la interacción de los sujetos dentro de ella resulta la forma en que ellos otorgan significado a lo que ahí acontece.

En todo principio de vida social es posible distinguir una pauta de organización, existen investigadores sociales de diversas orientaciones teóricas que coinciden en que en toda relación social es necesario un orden para que los grupos participantes entiendan entre sí sus actos; el lenguaje constituye la clave del orden existente cuya existencia percibimos en el mundo cotidiano, por el disponemos de un conjunto establecido de categorías que utilizamos para comprender el mundo del sentido común, “por el lenguaje también podemos orientarlos y explicarnos nuestras actitudes hacia los actos comprensibles de los demás hombres, o sea, podemos pensar y actuar socialmente” (Silverman, 1975).

Algunos investigadores han adoptado un concepto de cultura derivado de la antropología cognitiva (Frake en Sánchez, 2006), donde la tarea del investigador es descubrir el conocimiento cultural compartido, explícito y tácito, que refleja el modo en que los miembros de una cultura construyen su contexto social; los supuestos que comprende el conocimiento cultural son inferidos de los hechos y dichos de los participantes de una organización, normalmente a través de algún tipo de análisis de contenido. Los conocimientos que emergen son representados en categorías de conocimiento cultural que se organizan en subcategorías; los investigadores desde esta perspectiva no construyen a priori sus categorías de análisis, están emergiendo de manera paulatina en el transcurso de la investigación.

Capítulo IV. Bases metodológicas.

4.1. Teoría y método en los estudios culturales.

La manera de abordar los estudios de cultura organizacional es muy diversa, si bien la mayoría de las investigaciones en esta materia se acercan al objeto de estudio desde una perspectiva cualitativa “se puede observar la falta de un plan en relación con el método utilizado en los estudios de esta naturaleza así como una clara distinción en el manejo de la dicotomía sujeto-objeto” (Albarrán, 2005), al considerarlos entidades separadas en el proceso de investigación; en este sentido el trato a la intersubjetividad esta ausente.

Se puede observar un fuerte lazo con el método etnográfico por la cercanía que los estudios culturales establecen con la antropología, sin embargo también lo hacen con el método positivo a través de la búsqueda de explicaciones generales del comportamiento humano en las organizaciones. Se hace necesario para entender el comportamiento de las organizaciones el reconocer que nosotros mismos participamos en la construcción de la realidad desde nuestra posición de investigadores dentro y fuera de ellas; desde una perspectiva en donde la cultura no solo es producto de sus miembros; entendiendo por estos a todos aquellos que de alguna forma establecen contacto directo con ellas; sino como producto de convenciones sociales mucha mas amplias a partir de las cuales se “inventa la realidad” cada día de manera inevitable y necesaria.

Este proceso es compelo y dinámico, la realidad no solo es “inventada”, es también producto de las interpretaciones que realizamos en el proceso. Las escuelas organizacionales interesadas en la investigación interpretativa básicamente se preguntan como los miembros de la organización dan sentido a

su mundo social, la realidad no solo es construida socialmente, sino que también es múltiple, esto es, diferentes grupos de actores de una organización pueden definir su realidad de forma diferente; por otro lado, la realidad no se puede fragmentar en variables y procesos independientes que permiten relaciones directas causales, sino que toda entidad presenta un estado de evolución mutua y simultanea. Así, en lugar de la generalización y la predicción la investigación enfatiza la transferencia de los resultados de investigación de forma particular y teniendo como condicionante presentar condiciones similares.

Junto con la perspectiva positivista, la fenomenológica se abre paso como una alternativa metodológica en las investigaciones sociales, que quiere entender los fenómenos sociales desde la perspectiva del actor y examina el modo en que se experimenta el mundo; el fenomenólogo busca comprensión por medio de métodos cualitativos como la observación participante, entrevista a profundidad y la observación, entre otros, que generen datos descriptivos.

La visión hermenéutica que va de la mano con la postura fenomenológica, se orienta hacia la comprensión de los sucesos tal como son experimentados por los sujetos nativos, desde esta perspectiva se entiende por nativo “el que habita en”, esto es, el miembro de cualquier grupo o sociedad, entendida por esta también a la organización; desde este punto de vista el investigador social realiza una comprensión o interpretación de algo que ya ha sido interpretado por los miembros de la organización, sin embargo, se hace necesario recordar que la lectura que el investigador realiza siempre será hecha desde la postura teórica que asuma y desde la disciplina que lo cobija. En este trabajo la postura hermenéutica comprende la interpretación que se

realiza del contexto de la organización, a partir del sentido que la ciencia organizacional le imprime.

4.1.1. Perspectiva fenomenológica.

La perspectiva fenomenológica es fundamental para dar cuenta de la metodología cualitativa, “para el fenomenólogo, la conducta humana, es lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo” (Taylor y Bogdan, 1987). La tarea del fenomenólogo como estudioso de la metodología cualitativa es aprehender este proceso de interpretación; trata de ver la realidad desde el punto de vista e otras personas.

La perspectiva fenomenológica se encuentra ligada a una amplia gama de marcos teóricos y escuelas de pensamiento dentro de las ciencias sociales; de los cuales destacan el interaccionismo simbólico y la etnometodología.

El interaccionismo simbólico atribuye una importancia esencial a los significados sociales que las personas atribuyen al mundo de las ideas, el interaccionismo simbólico descansa sobre tres ideas fundamentales: (Blumer, en Taylor y Bogdan, 1987) 1. Las personas actúan respecto a las cosas, e incluso respecto de las otras personas, sobre la base de los significados que estas cosas tienen para ellas; 2. Los significados son productos sociales que surgen durante la interacción; y 3. Los actores sociales asignan significados a situaciones, a otras personas, a las cosas y a sí mismos a través de un proceso de interacción. Este proceso de interacción actúa como intermediario entre los significados o predisposiciones a actuar de cierta manera y la acción misma, las personas interpretan y definen constantemente a manera que pasan por situaciones distintas.

Se puede ver porque diferentes personas dicen y hacen cosas distintas, en primer lugar, cada persona ha tenido diferentes experiencias y por consiguiente ha aprendido diferentes significados sociales; una segunda razón es que las personas se encuentran en situaciones diferentes; y tercero, el proceso de interacción es de carácter dinámico.

4.2.2. Perspectiva hermenéutica.

La hermenéutica entendida como método de interpretación es mucho más antigua que los griegos, y no se limita a Europa, López Carrera (2006) señala como Beuchot construye una suerte de árbol genealógico, que explica a grandes rasgos el desarrollo de la hermenéutica, ubicando sus raíces históricas en los griegos, específicamente en Aristóteles con su *peri hermenias*, siendo cultivada posteriormente en la época medieval con su exégesis bíblica de los cuatro sentidos de la escritura; en el renacimiento se lleva al máximo la significación simbólica de los textos y Beuchot afirma que la modernidad lleva adelante esta filología con tintes científicistas, hasta que en el renacimiento renace con una teorización planamente hermenéutica; herencia que es retomada por Dilthey, que aplicándola a la filosofía de la cultura y de la historia, las últimas ramas del árbol serían Heidegger, con su intrincada reflexión sobre el ser y el hombre, así como Gadamer, de quien se desprenderían retoños como Ricoeur y Vattimo.

Un lugar común en los estudios de Dilthey es que al intento de formulación de las ciencias del espíritu en la psicología siguió un intento de fundamentarlas en la hermenéutica, “El pan de Berlín” de 1893, anticipa su interés por los métodos interpretativos de la hermenéutica, será por tanto “la ciencia que trata de fundamentar las reglas de la interpretación, e irá de la

palabra, los escritos o los gestos a cualquier acto u obra, esto es, a cualquier manifestación de la vida dotada de significado” (González, 2003).

En lo particular el interés se centra en abordar la convergencia de la hermenéutica con la antropología; Geertz estudio un poco de economía, después filosofía, y finalmente antropología en Harvard; realizo trabajo de campo en Java, Balí y Marruecos y regreso a Chicago, el mismo ha señalado la importancia de un adecuado balance de la praxis antropológica por medio del trabajo de campo y la reflexión teórica; afirma que es muy importante el acercarse a una forma de vida diferente de la propia porque ofrece una perspectiva intelectual y nos obliga a comprender a la gente que uno cree comprender, “esta tarea -la comprensión de la comprensión-, se suele designar actualmente con el nombre de hermenéutica, y en ese sentido lo que yo hago encaja bastante bien bajo semejante rubrica, particularmente si se le añade el termino cultural” (Geertz, 1994), los estudios específicos de Geertz y sus reflexiones se sintetizan en una obra clásica de la antropología “La interpretación de las culturas” (2005), partiendo de un concepto de cultura esencialmente semiótico, que plantea que el hombre es un animal inserto en tramas de significados que el mismo ha tejido; considerando en consecuencia que el análisis de la cultura será una ciencia interpretativa en busca de significados, no una ciencia experimental en busca de leyes explicativas; buscando la explicación a través de la interpretación de expresiones sociales incomprensibles en la superficie.

La cultura para Geertz no es una entidad, algo a lo que se le puede atribuir de manera causal acontecimientos, modos de conducta, instituciones o procesos sociales; la cultura es un contexto dentro del cual pueden describirse

todos esos fenómenos de manera inteligible. Para lograr este tipo de descripción señala se debe de poner particular atención en la conducta y la acción social, porque es en el fluir de estas donde las formas culturales encuentran articulación; delimitadas la cultura y la cultura como acciones simbólicas plantea que debemos preguntarnos constantemente por el sentido de estas últimas; plantea que lo que define a la etnografía es un tipo de esfuerzo intelectual, una elaborada especulación llamada “descripción densa”, concepto que retoma de Gilbert Ryle, quien lo utilizó en el sentido de estar “pensando y reflexionando”, y “pensando pensamientos”, según Geertz la diferencia entre la descripción densa y la descripción superficial redefine el objeto de la etnografía, “esta redefinición consistía en situar el estudio sistemático del significado, de los vehículos de significado, y de la comprensión del significado en el mismo centro de la investigación y el análisis: hacer de la antropología o al menos de la antropología cultural una disciplina hermenéutica” (Geertz en López, 2005).

En análisis consiste en desentrañar las estructuras de significados y en determinar su ámbito social y su influencia; de esta manera, en cualquier texto, el trabajo de discernir debe comenzar distinguiendo las diferentes estructuras de interpretación que intervienen en determinado grupo, individuo o cultura; remarca esto porque afirma que lo que en realidad afronta el antropólogo es una multiplicidad de estructuras conceptuales complejas, muchas de las cuales se encuentran superpuestas o entrelazadas entre sí, y que por lo tanto debe ingeniárselas para captarlas primero y explicarlas después.

Ante el dilema metodológico de desentrañar las estructuras de significados propone que nuestras formulaciones sobre sistemas simbólicos de

otros grupos sean orientadas a través del actor (enfoque emic), en este sentido, las descripciones de la cultura deben realizarse atendiendo a las interpretaciones que realizan de sus experiencias personas que pertenecen a un grupo particular; porque son descripciones de “tales interpretaciones”; y son antropológicas porque son realizadas por antropólogos, “los estudios antropológicos son ellos mismos interpretaciones de segundo y tercer orden...de manera que son ficciones; ficciones en el sentido de que son algo “hecho”, “algo formado”, “compuesto” no necesariamente falsas inefectivas o menos experimentos mentales de “como si” (Geertz en López 2005).

Este deslinde es importante porque a menudo los antropólogos no siempre tienen conciencia de las diferencias entre los hechos y los actores, y representación de los mismos; es decir, que la cultura concreta existe en determinado pueblo, grupo u organización, y que la perspectiva antropológica existe en el libro, en el artículo, en la conferencia o congreso. Geertz advierte que la línea entre conocimiento sustantivo y representativo no puede trazarse en el análisis cultural y que este hecho parece amenazar la condición objetiva del conocimiento antropológico; “hoy día, todos somos nativos, y cualquiera que se halle muy próximo a nosotros es un exótico. Lo que en un época parecía ser una cuestión de averiguar si los salvajes podían distinguir el hecho de la fantasía, ahora parece ser una cuestión de averiguar como los otros, a través del mar o al final del pasillo, organizan su mundo significativo” (Geertz, 1994).

La estructura conceptual de una interpretación no es menos formulable y susceptible de sujetarse a cánones explícitos de validación que la de una observación controlada o la de un experimento físico, una forma de salvar este

obstáculo es que la teoría permanezca mas apegada al terreno de estudio de lo que permanece en el caso de ciencias mas capaces de entregarse a la abstracción imaginativa; la teoría cultural no es dueña de si misma, es inseparable de los hechos inmediatos que presenta la descripción densa.

4.2. Diseño metodológico.

4.2.1. Reflexiones preliminares metodológicas.

Las ciencias naturales marcan distinción entre el conocimiento científico y el que no lo es, ya que al estar sujetas a la medición y comprobación de los datos e hipótesis que producen con la finalidad de explicar la realidad, sugieren que el conocimiento que no es producido en estas condiciones no tienen carácter científico; de esta manera los principios de validez del conocimiento en las ciencias naturales se trasladan a las ciencias sociales y se piensa a la realidad como un gran laboratorio en el cual se pueden controlar las condiciones de generación del conocimiento científico.

La investigación científica se organiza en torno a objetos preconstruidos, sin tener relación alguna con las unidades delimitadas de la observación, “la epistemología concibe la relación entre las ciencias vecinas... como conflicto de limites, porque se imagina la división científica del trabajo como división real de lo real” (Bourdieu, 2002), las construcciones teóricas sustentan las lecturas que se le hacen a la realidad y se construyen explicaciones que parten de la teoría y no de la observación atenta de la realidad como una totalidad llena de posibilidades explicativas del mundo; “Bachelard sostenía en otros términos que el vector epistemológico va de lo racional a lo real, y no a la inversa, de la realidad a lo general” (Bourdieu, 2002).

La problemática de la generación del conocimiento en el mundo de las ciencias sociales descansa en la producción de una serie de discusiones acerca de la concepción de un modelo de objetividad científica, “la tentativa de dar respuesta coherente a estas cuestiones esta ligada de una u otra manera a las perspectivas de tres de las grandes corrientes del pensamiento: el positivismo, el historicismo y el marxismo” (Löwy, 2000).

La sociología del conocimiento deriva de Marx su proposición básica “la conciencia del hombre esta determinada por su ser social” (Marx en Berger y Luckmann, 2003), retomando de Marx algunos de sus conceptos centrales: ideología⁵, falsa conciencia⁶, infraestructura y superestructura. Siendo atraída singularmente por los de infraestructura/superestructura, que ilustraban la tesis de Marx de que el pensamiento humano se funda en la actividad humana y en las estructuras sociales provocadas por dicha actividad, “la infraestructura y la superestructura se explican mejor si se les considera actividad humana y mundo producido por esta actividad respectivamente” (Berger y Luckmann, 2003).

Siendo retomada esta estructura infraestructura/superestructura de diversas maneras por la sociología del conocimiento, como la realizada por Scheler que presupone que existe una relación entre el pensamiento y una realidad subyacente distinta del pensamiento.

Alexander apunta que la corriente positivista de las ciencias sociales se basa en cuatro postulados fundamentales: “el primero señala la existencia de una ruptura epistemológica primordial entre la observación empírica, considerada específica y concreta y las proposiciones no empíricas, consideradas generales y abstractas; el segundo solo se sostiene porque se da por hecho una ruptura ya que las cuestiones mas generales y abstractas no tienen importancia fundamental

⁵ ideas que sirven como arma para intersecciones sociales.

⁶ Pensamiento alejado del verdadero ser social del que piensa.

para la práctica de una disciplina de orientación empírica; el tercero postula que las cuestiones de índole general abstracta y teórica se deciden a través de contrastaciones empíricas y experimentos cruciales; por último, como los postulados anteriores no constituyen una base para el debate científico estructurado, se señala que el postulado científico es progresivo, lineal y acumulativo” (Alexander, 1991).

Para la investigación científica en general, los tipos de investigación o la investigación en ciencias sociales no ha desarrollado consenso acerca de lo que constituyen los datos legítimos; los sociólogos como grupo de profesionales en esta ámbito están interesados en generar reglas normativas relacionadas con la recopilación, exhibición y el uso de los datos, sin embargo este campo de trabajo es fuente de controversias y las posiciones son abiertamente competitivas basadas en posturas acerca de lo que deberían ser los datos y como deberían recopilarse. Se definen como “descripciones de la realidad que los sociólogos denominan datos, inventarios del mundo real” (Schwartz, 1979), de tal suerte que los sociólogos producen datos al realizar las observaciones de su realidad objeto de estudio en forma de notas escritas, grabaciones, documentos, entrevistas, fotos, y demás recopilaciones que el investigador realice con la finalidad de explicar el fenómeno en estudio.

Una vez que las ciencias sociales se trasladan al capítulo de representaciones y prácticas organizacionales, tuvo lugar un debate interno sobre la forma de adquirir un conocimiento objetivo del mundo social, las exigencias metodológicas se centraron en la manera de someter este saber a verificaciones y refutaciones, lo que llevó a las ciencias sociales a buscar una validez empírica para los conocimientos que ella producía. La idea de que fuera necesario eliminar la intrusión de la tendencia en la recolección e interpretación de datos tenía

entonces un consenso muy amplio, “las ciencias sociales, la forma de esta validación empírica, y los medios para conseguirla, originaron discusiones y disensiones, los debates afectaron dos planos: el epistemológico y el metodológico” (Pires, 1997).

En el plano epistemológico, la discusión se refirió a las estrategias de conocimiento que convenían adoptarse, el tema central aquí concernía a la postura, al punto de vista o aun a la actitud que el investigador debía privilegiar para producir un conocimiento “objetivo” o “verdadero”, tres grandes opciones o modelos se han defendido: la mirada del exterior, la mirada del interior y la mirada desde abajo; en el plano metodológico, el acento fue acerca de la naturaleza de los datos, dos visiones mayores de las ciencias sociales vinieron a ejercerse conjuntamente sobre las estrategias epistemológicas precedentes en la búsqueda de la objetividad: la primera se apoyaba en el modelos de las ciencias naturales e insistía en la primacía de las cifras y en la unicidad de una forma de tratamiento de los datos, que era una forma cuantitativa; la segunda visión se ligaba más a la importancia de los datos cualitativos y a la investigación histórica para reducir el sesgo (inclinación, tendencia) introducida por el investigador.

Los métodos cualitativos al utilizar el lenguaje natural son mejores para obtener accesos al mundo de la vida de otras persona en breve tiempo, por mundo de vida de entiende “motivos, significados, emociones y otros aspectos subjetivos de la vida de los individuos y de los grupos” (Schwartz, 1979); los métodos cuantitativos son mejores para permitir una recolección de datos claros, rigurosos y confiables que permiten someter a prueba hipótesis empíricas en forma lógicamente consistente. “Quizá la maldición de las ciencias del hombre sea la de ocuparse de un objeto que habla” (Bourdieu, 2002), cuando el sociólogo saca de los hechos la problemática para analizarlo, siempre se arriesga a sacarlo de la

boca de sus informantes, se expone a sustituir sus propias preconociones por las de los sujetos que estudia o por una mezcla de ambos, por una de sociología espontánea del sujeto o la propia, negar esta condición es la mejor manera de exponerse a caer en esta desviación epistemológica. Para Poupart la posibilidad de interrogar a los actores y de utilizarlos para la comprensión de la realidad social constituye una de las ventajas de las ciencias sociales ante las ciencias naturales, recordemos, “eso puede ser la maldición de las ciencias sociales” (Bourdieu, 2002), para Poupart en la posibilidad de entrar en relación con los actores “la realidad no es fácil de aprehender por lo tanto esta se trasmite a través de las interpretaciones que se hacen de la realidad” (Poupart, 1997).

De la revisión de las justificaciones habitualmente hechas por los investigadores para recurrir a la conversación de tipo cualitativo surgen tres tipos de argumentos: el primero es de orden epistemológico, la investigación de tipo cualitativo será necesaria para efectuar una exploración profunda de la perspectiva de los actores sociales que están jugando y realizar una justa aprehensión y comprensión de las conducta sociales; el segundo argumento es de tipo ético y político, la investigación de tipo cualitativo parece necesaria al abrir la puerta a una comprensión y a un conocimiento del interior de los dilemas y de las apuestas a los cuales hacen frente los actores sociales; y el tercer argumento es de tipo metodológico, la investigación de tipo cualitativo se impone entre las herramientas de información susceptibles de aclarar las realidades sociales, sobre todo, como instrumento privilegiado de acceso a la experiencia de los actores.

En la metodología cualitativa existe el riesgo latente de una visión etnocéntrica, “bajo la protección de la simpatía y empatía, los investigadores, de cualquier naturaleza que sean, pueden servir de pretexto consciente, al ejercicio de un mayor control sobre las poblaciones estudiadas” (Poupart, 1997), el

investigador debe evitar desviar la investigación en función de sus creencias, empatías o simpatías por quienes están siendo estudiados, según la concepción constructivista, los informantes actúan como los interpretes, presentan diversas reconstrucciones parciales y particulares de la realidad.

Bachelard sostenía “el vector epistemológico va de lo racional a lo real, y no a la inversa, de la realidad a lo general” (Bourdieu, 2002), un problema de investigación por mas parcelario que sea no puede ser construido y definido en función de una problemática teórica que someta a un examen sistemático todos los aspectos de la realidad en relación a los problemas que le son planteados, es necesaria una revisión de los preliminares epistemológicos que constituyen la realidad a investigar basado en la noción de vigilancia epistemológica que permita observar con cautela la producción del conocimiento sin desconocer las subjetividades a las que el investigador se somete, así las que se derivan de las prenociones teóricas ya que cada material fue producido en condiciones particulares y bajo momentos históricos distintos para responder a problemas específicos.

Zemelman reconoce como punto de partida la categoría de la totalidad concreta y su capacidad para enriquecer las estructuras racionales de conexión de la realidad empírica, permitiendo transformar la subjetividad real en contenidos organizados, la categoría de totalidad, “comprende la realidad en sus leyes internas y las conexiones internas y necesarias, en oposición al empirismo que considera las manifestaciones fenoménicas y casuales, y no llega a la comprensión de los procesos de desarrollo de lo real, no es un método que pretenda ingenuamente conocer todos los aspectos de la realidad sin excepción y ofrecer un cuadro "total" de la realidad con sus infinitos aspectos y propiedades, sino que es una teoría de la realidad y de su conocimiento como realidad” (Spinoza

en Zemelman, 1987). Es un concepto central en el debate de la ciencia, la totalidad no es una clase de extensión lógica determinable mediante la agregación de cuantos elementos comprende; y asume una postura semejante a la de Adorno, para quien la totalidad no mantiene ninguna vida propia por encima de sus componentes, "la totalidad interesa primordialmente como fundamento epistemológico para organizar el razonamiento analítico" (Zemelman, 1987), el problema central que se plantea es la posibilidad de determinar lo que se debe entender por estructura organizada fundada en la idea de la totalidad concreta, "es una óptica epistemológica desde la que se delimitan campos de observación de la realidad, los cuales permitan reconocer la articulación en que los hechos asumen su significación específica" (Zemelman, 1987). En la medida que la totalidad es una apertura hacia la realidad requiere de una práctica de investigación que no puede quedar enmarcada en un solo modelo científico, la totalidad como mecanismo de apropiación es indiferente a las propiedades del objeto, ya que se limita a definir la base de la teorización sin ser una teoría en sí misma, ni, menos aún, un objeto real, es un modo de organizar la apertura hacia la realidad que no se ciñe a permanecer dentro de determinados límites teóricos, pues se fundamenta en un concepto de lo real como articulación compleja de procesos y exige que cada uno de éstos sea analizado en términos de sus relaciones con otros, es necesario distinguir entre el "todo" como la "estructura del objeto" y el "todo" como "exigencia epistemológica del razonamiento", (Zemelman. 1997), la totalidad constituye una delimitación de lo real que, toda vez que se apoya en la realidad como articulación de procesos, se caracteriza por su naturaleza crítica, en la medida que da importancia a lo no acabado sobre cualquier límite teórico cerrado. Pero por esto también consideramos que la totalidad representa una

solución al problema de la "preeminencia' del problema" por sobre cualquier ideal metodológico, esto es, sus mecanismos de adecuación a la cosa concreta.

El método de aprehensión de la realidad a partir de la totalidad se convierte en la mejor vía de aproximación de los estudios culturales, ya que la cultura no es una estructura aislada de relaciones e interrelaciones que se establecen tanto al interior como hacia fuera de la organización, es mas bien un complejo sistema de interconexiones que los sujetos miembros de un grupo o sociedad establecen, primero consigo mismo, a través de la construcción de identidades individuales que, en y a través de la socialización se formulan; segundo por medio de las relaciones que se establecen con los miembros de la organización y hacia el exterior de la misma a través de las relaciones que los campos organizacionales establecen; y tercero, las interpretaciones que los individuos realizan de sus practicas cotidianas orientadas por la naturaleza del trabajo que realizan dentro del multideterminado mundo organizacional.

4.2.2. Planteamiento del problema.

El censo de población y vivienda de 2000 arrojó que el 2.3% de la población sufre de alguna discapacidad. Los servicios públicos de salud en México se encargan de proporcionar atención a los discapacitados mediante el Programa Nacional de Atención a Personas con Discapacidad creado en el sexenio 2001-2006, el cual es manejado por el Sistema Nacional de para el Desarrollo Integral de la Familia desde el 15 de Marzo de 2002; dentro de los objetivos de este programa se plantea ampliar la cobertura de atención de los servicios de prevención, rehabilitación e integración social de las personas que padecen alguna discapacidad.

El trabajo de rehabilitación se orienta a promover la integración social de las personas con discapacidad y su incorporación al desarrollo social mediante la equidad de oportunidades y el ejercicio de sus derechos; este constituye no solo un medio para la recuperación de las aptitudes físicas de los discapacitados, comprende también la vía para la integración a la sociedad y la vida productiva. En Sinaloa existen 3 centros de rehabilitación DIF, que fueron fundados en 1987 por el entonces gobernador del estado de Sinaloa Antonio Toledo Corro, en Los Mochis, Culiacán y Mazatlán, quienes dirigen su atención a la zona norte, centro y sur del estado respectivamente; el centro de rehabilitación DIF-Mazatlán depende del gobierno del estado y sus normas de operación se inscriben en el Programa Nacional de Atención a discapacitados que se circunscribe a nivel federal, este centro de rehabilitación atiende a la población abierta del sur del estado de Sinaloa al mismo tiempo que proporciona servicios de rehabilitación a los derechohabientes del ISSSTE, y Hospital Municipal; las áreas en las que se trabaja la rehabilitación son: terapia física, de lenguaje y ocupacional, así como medicina de especialidad y apoyo psicológico, la rehabilitación integral de las personas con discapacidad se extiende en la mayoría de los casos a la familia de este, ya que la discapacidad en algún miembro representa alteración en la dinámica familiar. El centro de rehabilitación DIF-Mazatlán, fue inaugurado el 13 de Octubre de 1987, con la finalidad de brindar terapia de rehabilitación y apoyo psicológico a personas con alguna discapacidad ofreciendo servicios en el área de valoración por especialidades y servicios de terapia de lenguaje, estimulación múltiple y terapia física, principalmente.

4.2.3. Justificación.

El proceso de construcción de la cultura organizacional en el centro de rehabilitación DIF-Mazatlán, es el propósito central de esta investigación, se orienta a observar como la representación social del discapacitado conduce a esta construcción social; será abordado como un proceso simbólico de carácter social por medio del cual los miembros de la organización otorgan significado a sus propias acciones y las de los otros.

De esta manera el objetivo de la investigación se define como: “Explicar el sistema de representación social del discapacitado como punto de partida para entender la cultura organizacional del centro de rehabilitación DIF-Mazatlán”.

Se define a la representación social como “la elaboración de un objeto social por una comunidad” (Moscovici, 1963), o “producto y proceso de una actividad mental por la que un individuo o un grupo reconstruye la realidad que enfrenta y le atribuye una significación especial” (Abric, 1987); es ante todo un sistema de carácter cognitivo a través del cual los individuos o los grupos interpretan la realidad que rige las relaciones de su entorno físico y social, determinando sus comportamientos, es “una guía para la acción” (Abric, 2004). La cultura es construida por todos los miembros de la organización de tal forma que esta es considerada como “el tejido de significados en virtud de los cuales los seres humanos interpretan sus experiencias y orientan sus acciones” (Geertz en Allaire y Firsirotu, 1984), en esta relación el análisis de la representación del discapacitado en el centro de rehabilitación DIF-Mazatlán, servirá de conducto para conocer como se construye su cultura organización y establecer los elementos principales que dotan de sentido el trabajo de rehabilitación.

Dentro del desarrollo de las propuestas de cultura organizacional la escuela simbólica ofrece el marco interpretativo para explicar este supuesto, en ella la construcción de la cultura organizacional se asume como un producto cultural único en virtud de los significados atribuidos por los miembros de cada organización “los miembros de la organización realizan una abstracción de sus prácticas, la cual es transferida y finalmente reapropiada transformándose en un producto cultural único” (Montaño, 2000). La cultura organizacional puede ser entendida como algo que la organización “es” (Smircich, en Dávila, 1999), por lo que se considera a las formas organizacionales como si fueran culturas, se pretende comprender la complejidad de la realidad social, denominando a esta perspectiva como simbólica o interpretativa.

Para el constructivismo el mundo de los significados, la realidad, es una construcción humana y social, de tal modo que toda observación remite inevitablemente a las cualidades del observador y a las distintas interacciones comprometidas. El aspecto central del constructivismo es dado por su interés en reconocer el fenómeno del conocimiento como resultado de una interdependencia entre el observador, de esta manera, la realidad se presenta entonces como una convención social en la cual participan los presupuestos tanto individuales como colectivos, lo real es “al fin y al cabo lo que es denominado real por un número suficientemente grande de hombres, en este sentido extremo, la realidad es una convención interpersonal” (Watzlawick, 2000). Desde esta perspectiva la cultura organizacional es edificada por la configuración de la suma de las experiencias de la organización en un momento histórico determinado y un horizonte geográfico específico, es este sentido la representación social de la discapacidad edificada por los miembros del Centro Regional de Rehabilitación Integral DIF Mazatlán

proporciona los rasgos principales de la construcción social de la cultura organizacional de la organización.

Desde el área de interés para los estudios organizaciones es de suma importancia realizar estudios sobre la cultura organizacional en los centros de rehabilitación por tres razones fundamentales: primero, es poco lo que se conoce sobre las organizaciones de salud en México y particularmente sobre las organizaciones de rehabilitación a discapacitados del sector público, en este sentido, el sistema DIF ofrece atención en rehabilitación alrededor del 70% de las personas con discapacidad en el país; segundo, este tipo de organizaciones son de carácter complejo y multideterminado y por la naturaleza del trabajo que realizan escapan a toda lógica de comportamiento administrativo y tercero; la configuración de cada una de ellas obedece a condiciones que se generan de manera particular en cada organización producto de la articulación sociocognitiva de individuos y grupos en el contexto de la institución.

En este sentido la fenomenología proporciona un marco metodológico coherente para asumir la realidad de la manera en que es experimentada por los miembros de la organización, al dotar de sentido a las acciones y expresiones de quienes las ejecutan, y fijar el sentido que tiene para los actores; dentro de un marco fenomenológico la visión hermenéutica nos ayuda a entender como la comprensión que los sujetos realizan de su practica organizacional es producto de una condición única e irrepetible y que la interpretación que el investigador efectúa es una interpretación de la comprensión que estos sujetos realizan.

4.2.4. Hecho social.

La naturaleza del trabajo de rehabilitación exige una identificación con la actividad que se realiza, ya que obliga al terapeuta a establecer un contacto

estrecho con el discapacitado, su estilo de vida y su entorno familiar, a través de largos períodos de tiempo en los que se proporcionan sesiones de terapia dos veces a la semana durante 20 minutos; lo que lo lleva a entablar relaciones más allá del plan formal terapeuta-paciente y establecer contacto con la representación social que se construye del discapacitado. Es esta vivencia del trabajo en el centro de rehabilitación DIF-Mazatlán en un marco organizacional lo que sugiere realizar el presente trabajo de investigación; la identificación de las principales prácticas organizacionales que dotan de sentido el trabajo de rehabilitación, la representación social del discapacitado y la construcción de la cultura organizacional del centro de rehabilitación son las inquietudes que generan la presente investigación.

El fenómeno social que se relaciona a esta tesis, la relación establecida entre la representación social de la discapacidad y la cultura organización del centro de rehabilitación DIF Mazatlán, es compleja, existiendo diversos elementos que se entremezclan; se considera que la estrategia metodológica que surge de la totalidad es la más conveniente para el estudio de la relación establecida entre la representación de la discapacidad y la cultura organizacional, fenómeno cuya naturaleza es compleja y multideterminada; el concepto de totalidad representa “una metodología heurística importante” (Popper en Páramo, 1997), desde esta perspectiva el concepto se refiere a que la totalidad ayuda a explicar como un fenómeno específico es una estructura organizada, y no una simple disposición de cosas, nos ayuda a ir más allá de lo superficial de la realidad y su simple apariencia al establecer interconexiones de la realidad y leyes internas, así “el concepto de totalidad construye una perspectiva epistemológica que quizá pueda delinear y comprender las

diferentes dimensiones de la realidad y sus interconexiones mutuas” (Páramo, 1997). Es importante aclarar que el concepto de totalidad no busca aprehender todos los aspectos de la realidad, sino que esta metodología es una epistemología para delimitar y estudiar las principales dimensiones de la realidad estudiada, es decir, la metodología empleada en esta investigación tiene como punto de partida el concepto de totalidad, al mismo tiempo que recurre a diferentes métodos.

El centro de rehabilitación DIF Mazatlán, como ya se menciono depende del gobierno del estado de Sinaloa y las políticas y lineamientos de su operación son establecidos por el gobierno federal a través de Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia, sin embargo, la operación de esta institución de salud publica mantiene relaciones con el nivel municipal a través de DIF municipal, ya que es el centro de rehabilitación la instancia encargada de capacitar al personal que trabaja en las unidades municipales de atención a discapacitados que operan en el municipio de Mazatlán, así la responsable de la valoración medica y psicológica, de tal suerte que los terapistas de estas unidades se sujetan a las indicaciones realizadas por el medico especialista en medicina de rehabilitación del centro de rehabilitación Mazatlán.

Cultura organizacional y trabajo de rehabilitación y su relación con la Totalidad.

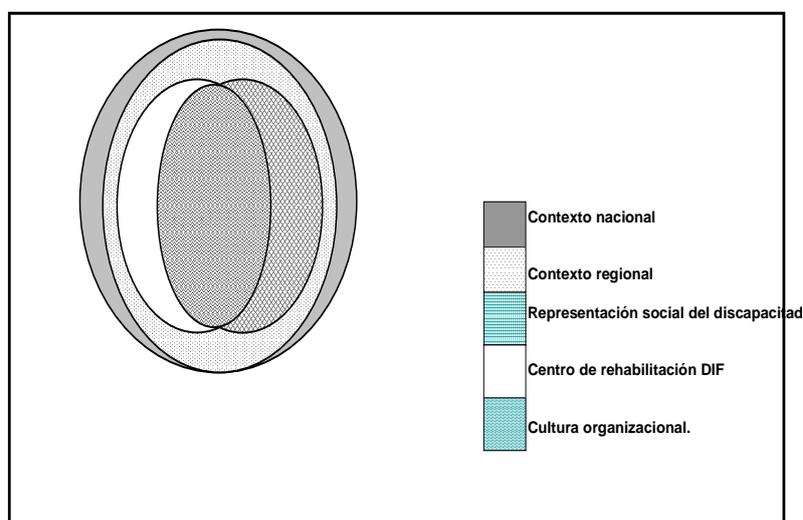


Figura I. representación social del discapacitado y su relación con la cultura organizacional.

Es a través del DIF municipal que se canalizan los casos que requieren algún asesoramiento de tipo jurídico o el ingreso a algunos de los programas de atención a la población en general que el DIF municipal maneja, así como la vinculación con asociaciones civiles y fundaciones encargadas de proporcionar ayuda a los discapacitados a través de donaciones de equipo, tratamiento médico especializado e intervenciones quirúrgicas. La representación social de la discapacidad será el elemento común que vincule la práctica de la organización con la construcción de la cultura de la organizacional, ya que la noción de discapacidad que ahí se genera es crucial para significar la cultura de la organización, es en torno a la discapacidad que se organiza las labores en el centro de rehabilitación, la estructuración de las políticas y los esquemas de trabajo se desarrollan en torno a la idea de discapacidad, así como los indicadores de evaluación del rendimiento y el manejo de la autoridad; los

valores que se ponen en juego en la organización mantienen un fuerte lazo con la discapacidad, así como los comportamientos, estos serán solo los medios de expresión de la cultura, que tienen un trasfondo relacionado con la reapropiación de la discapacidad que los miembros de la organización realizan a través de la naturaleza del trabajo que desarrollan.

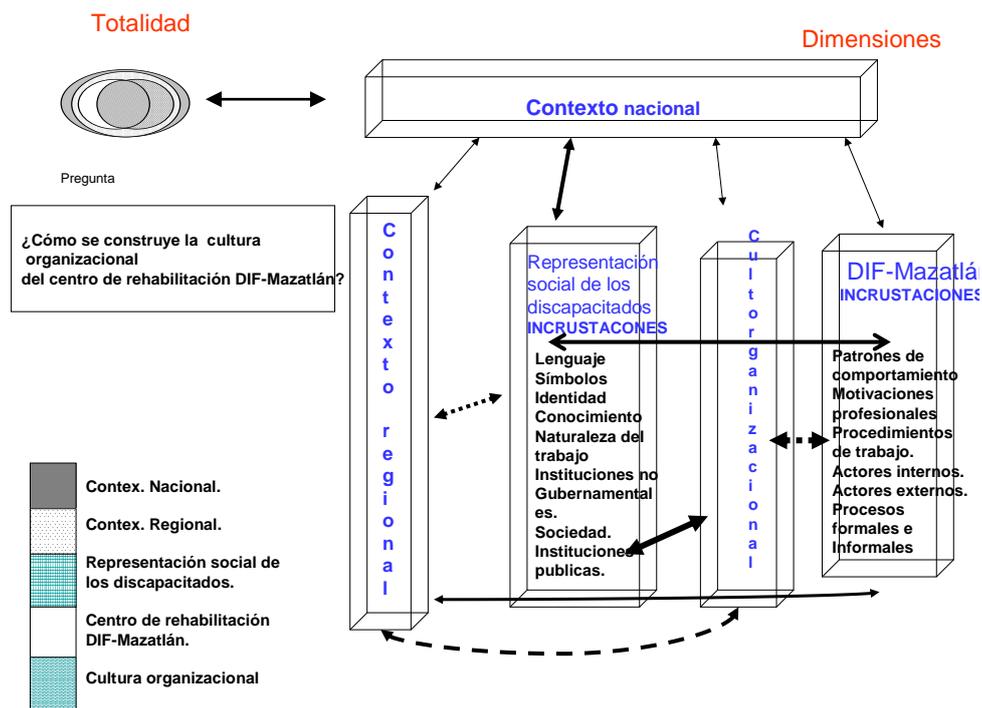


Figura II. Relación entre representación social del discapacitado y la cultura organizacional de la totalidad a las dimensiones.

El proceso de construcción de la cultura organizacional en el centro de rehabilitación DIF-Mazatlán a través de la representación social de los discapacitados es el propósito central de esta investigación, se orienta a observar como participan los actores organizacionales en esta construcción; entendidos estos como los trabajadores del centro de rehabilitación, las

instancias municipales, estatales y federales que participan en su operación, a partir no solo de políticas públicas, sino también de procesos de carácter simbólico, las instituciones no gubernamentales, la sociedad, y los grupos que participan en la construcción de la noción de discapacitado. Será abordado como un proceso simbólico de carácter colectivo través del cual los actores organizacionales otorgan significado a sus acciones y las de los otros.

Con ayuda del objeto de la investigación se definen las dimensiones principales del estudio, representación social del discapacitado, centro de rehabilitación DIF Mazatlán y cultura organizacional, a partir de aquí la pregunta central de investigación se vincula directamente con las proposiciones teóricas del estudio:

- La representación social de los discapacitados orienta el proceso de construcción de la cultura organizacional.
- La realidad es una construcción social.
- La cultura es construida como un proceso de carácter simbólico.
- La representación de los actores organizacionales dota de sentido la cultura de una organización.

La pregunta central de investigación plantea ¿Cómo se construye la cultura organizacional del centro de rehabilitación DIF-Mazatlán?, ya que la propuesta de esta investigación se orienta al proceso de construcción de la cultura organizacional a través de la participación de los actores organizacionales en el proceso de edificación de la representación social de los discapacitados, se refiere a un proceso de carácter simbólico que da cuenta de

la realidad del centro de rehabilitación DIF-Mazatlán, en donde las actividades formales e informales se desarrollan alrededor de la naturaleza del trabajo de rehabilitación.

De las proposiciones teóricas se desprenden tres juegos diferentes de preguntas de investigación, uno correspondiente a cada una de las dimensiones de análisis, es importante señalar que las dimensiones de análisis se encuentran íntimamente interrelacionadas y que también lo hacen con los diferentes contextos de la totalidad, las preguntas de trabajo de cada investigación constituyen un mejor entendimiento de cada uno de los procesos que se gestan en cada dimensión, sus características y sus relaciones. De cada uno de los juegos de preguntas se seleccionan varios conceptos teóricos, estos surgen del estudio de las preguntas de investigación y de las proposiciones centrales y su función metodológica es transformar en términos de investigación; siguiendo a Páramo (1997), el objeto de la investigación es la perspectiva metodológica que ayudara a descubrir: el eje del problema, o la esencia de la naturaleza del problema; las dimensiones principales del problema; los procesos y elementos principales encontrados en cada dimensión; las intra e interdimensiones articuladas con el problema y las articulaciones entre la naturaleza del problema y el contexto social en general.

Las incrustaciones son los aculados de significados que rodean cada una de la dimensiones de análisis, han sido construidas con la finalidad de delimitar los elementos de la totalidad que significan a cada una de las dimensiones de análisis en relación con las proposiciones centrales.

¿Cómo se construye la cultura organizacional del centro de rehabilitación DIF-Mazatlán?

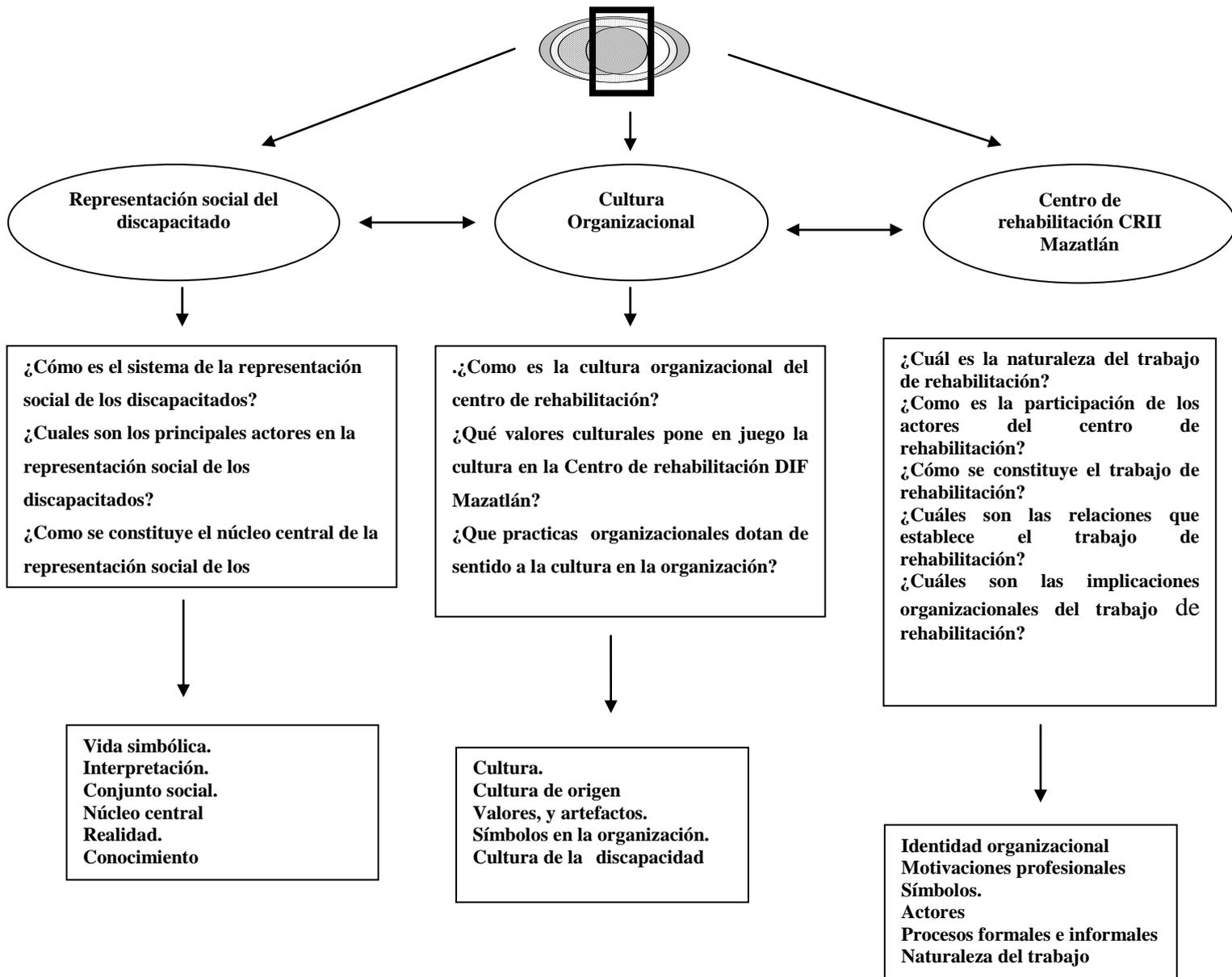


Figura III. El objeto de investigación, las dimensiones de análisis y las preguntas de investigación.

Dimensión de análisis I: Representación social del discapacitado.

Entendida como la convención social generada a través de la matriz que constituyen los actores organizacionales que representa las nociones principales que se edifican en entorno de la discapacidad, a través de la

naturaleza del trabajo que realizan, que se significa en la práctica cotidiana y se reproduce en y a través de esta. Sus incrustaciones son las siguientes:

Vida simbólica. Conjunto de símbolos, representados por objetos, actos y sujetos que tienen una connotación en el actuar de los actores organizacionales y se significan en el desarrollo del trabajo de rehabilitación.

Interpretación. Lecturas que los miembros de la organización realizan acerca de sus prácticas organizacionales, tanto de carácter formal como informal, teniendo como base las vivencias experimentadas a lo largo de su estancia en la organización y la naturaleza del trabajo realizado.

Conjunto social. Se refiere a los sujetos que entran en contacto con la organización y que participan en la construcción de la cultura del centro de rehabilitación de manera indirecta, ya sea a través de los organismos relacionados con el trabajo del centro, por medio de las personas que rodean a los pacientes discapacitados o a la sociedad en general.

Realidad. Es definida por los componentes objetivos de la situación y del objeto, no existe realidad objetiva, pero toda realidad es representada, apropiada por el individuo o el grupo y reconstruida en su sistema cognitivo; integrada por su sistema de valores que depende de su historia y del contexto social e ideológico que le circunda. Y es esa realidad apropiada y reestructurada que para el individuo o el grupo constituye la realidad misma.

Conocimiento. Se define la realidad como una cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra voluntad, y al conocimiento como "la certidumbre de que los fenómenos son reales y de que poseen características específicas" (Berger y Luckmann, 2003); lo que es real

para un grupo de personal puede no serlo para otro; la acumulación social de realidad y conocimiento corresponden a contextos sociales específicos.

Y sus preguntas de trabajo se expresan de la manera siguiente.

¿Cómo es el sistema de la representación social de los discapacitados?

¿Cuáles son los principales actores en la representación social de la discapacidad?

¿Cómo se constituye el núcleo central de la representación social de los discapacitados

Dimensión II. Centro de rehabilitación DIF Mazatlán.

Entendido como el universo de análisis, dentro del cual las prácticas formales e informales se interrelacionan en el desarrollo del trabajo de rehabilitación, recibiendo influencia tanto internas como externas, a través de los conjuntos sociales y de los miembros de la organización. El interés aquí radica en la comprensión de la cultura organizacional.

Identidad organizacional. La identidad social es muy diversa, una definición integradora de la identidad implica pensar en una operación de autodefinición y autodescripción que realiza un sistema, ya sea un individuo una sociedad o una organización pensada como tal, que se diferencia de su entorno a través del recurso de un repertorio social. “Autodescripción y auto-referencia” (Luhmann, 1998), componen dos momentos indisolubles del fenómeno de reconocimiento; la identidad permite al grupo trazar sus límites en relación a otros grupos y al resto de la sociedad; permitiendo además a sus miembros reconocerse como iguales.

Motivaciones profesionales. La elección de una profesión depende de factores personales, familiares, sociales, culturales y de las condiciones de trabajo ofrecidas por las organizaciones, así como de las oportunidades brindadas por el entorno, dentro de la motivación profesional a demás de los factores mencionados se incluyen aspectos relacionados con la motivación intrínseca que lo sujetos encuentran para elegir una profesión.

Símbolos. Son los objetos, sujetos o situaciones que referencias algo para los miembros de la organización existiendo cierto consenso en su significado.

Miembros. Son los miembros de la organización, entendidos por ellos a los trabajadores del centro de rehabilitación DIF Mazatlán que establecen relación directa con la discapacidad e influyen en la construcción de la representación de la discapacidad.

Procesos formales e Informales. Se refiere a todas aquellas practicas estereotipadas que son ejecutadas por los miembros de la organización.

Naturaleza del trabajo. Es la esencia del trabajo de rehabilitación, lo que lo hace único e irrepetible y distingue la labor del centro de cualquier otra institución de salud ya sea pública o privada, pero al mismo tiempo la hace similar a las demás instituciones de atención a discapacitados.

Y sus preguntas de trabajo:

¿Cuál es la naturaleza del trabajo de rehabilitación?

¿Cómo es la participación de los miembros del centro de rehabilitación?

¿Cómo se constituye el trabajo de rehabilitación?

¿Cuáles son las relaciones que establece el trabajo de rehabilitación?

¿Cuáles son las implicaciones del trabajo de rehabilitación?

Dimensión III. Cultura organizacional.

Cultura organizacional. La que se comprende como “el tejido de significados en virtud de los cuales los seres humanos interpretan sus experiencias y orientan sus acciones” (Geertz en Allaire y Firsirotu, 1992). En esta dimensión convergen las dos anteriores ya que se propone que el papel que juegan los actores organizacionales en función de la representación social de los discapacitados produce la cultura del centro de rehabilitación DIF-Mazatlán.

Cultura. “Cultura o civilización es un todo complejo que incluye creencias, arte, moral, ley, costumbre, y cualquier otra capacidad o hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad” (Taylor en Hernández, 2006). El núcleo esencial de la cultura son las ideas tradicionales (holísticamente generadas y seleccionadas) y, especialmente, los valores vinculados a ellas, los sistemas culturales, pueden ser entonces considerados, por una parte, como productos de la acción, y por otra, como elementos condicionales de la acción futura” (Kroeber y Kluckhohn, en Hernández 2006).

Cultura de origen. Es el sistema de valores y creencias que los miembros del centro de rehabilitación DIF Mazatlán, traen consigo del grupo en el cual fueron formados y trasladan al ámbito organizacional mediante las prácticas cotidianas en el ejercicio de sus labores y son reproducidas por medio de las relaciones informales.

Valores y artefactos. Los artefactos son representados por los aspectos visibles de la actividad humana y tangibles de la cultura, los cuales están

situados en la superficie de la cultura, ya que son fácilmente visibles e identificables y hacen una referencia a la cultura material de la organización; los valores están contenidos en los principios sociales, filosofías, metas y estándares con valor intrínseco, y son interiorizados por los miembros de la organización.

Símbolos de la organización. Son los objetos, situaciones y sujetos que tienen una significación a nivel de la organización en su conjunto.

Cultura de la discapacidad. Es el sistema simbólico que se expresa por medio de los valores y comportamiento que se construyen en torno a la discapacidad.

Sus preguntas de trabajo se muestran de la manera siguiente:

¿Cómo es la cultura en la Centro de rehabilitación DIF Mazatlán?

¿Qué valores culturales pone en juego la cultura del centro de rehabilitación DIF Mazatlán?

¿Cuáles son los principales rituales en la organización?

¿Que practicas organizacionales dotan de sentido a la cultura en la organización?

En este trabajo se propone que la cultura es construida por los actores internos y externos de una organización de tal manera que es considerada como “el tejido de significados en virtud de los cuales los seres humanos interpretan sus experiencias y orientan sus acciones” (Geertz en Allaire y Firoto, 1992).

La cultura organizacional puede ser entendida como algo que la organización “es” (Smicich en Davila, 1999), por lo que se considera a las formas organizacionales como si fueran culturas, se pretende comprender la

complejidad de la realidad social, denominando a esta perspectiva como simbólica o interpretativa.

Para el constructivismo, el mundo de los significados, la realidad, es una construcción humana y social, de tal suerte que toda observación remite inevitablemente a las cualidades del observador y a las distintas interacciones comprometidas. El aspecto central del constructivismo es dado por su interés en conocer el fenómeno del conocimiento como el resultado de una interdependencia entre el observador, de esta manera la realidad se presenta como una convención social en la cual participan los presupuestos tanto individuales como colectivos lo real es “al fin y al cabo lo que es denominado real por un número suficientemente grande de hombres, en este sentido extremo, la realidad es una convención interpersonal” (Watzlawick, 2000). Desde esta perspectiva la cultura organizacional es edificada por la configuración de la suma de las experiencias de los actores (externos e internos) del centro de rehabilitación DIF-Mazatlán en un momento histórico

determinado y un horizonte geográfico específico; que se deriva de la matriz de a representación social de los discapacitados; esta matriz constituye la construcción de la cultura organizacional del centro de rehabilitación DIF-Mazatlán.

Desde el área de interés para los estudios organizacionales es de suma importancia realizar estudios sobre la cultura organizacional en el el centro de rehabilitación DIF-Mazatlán por tres razones fundamentales: primero, es poco lo que se conoce sobre las organizaciones de salud en México y el sistema de rehabilitación DIF ofrece atención alrededor del 90% de las persona con discapacidad en el país; segundo, este tipo de organizaciones son de carácter complejo y multideterminadas, por la naturaleza del trabajo que realizan escapan a toda lógica de comportamiento administrativo; y tercero, la configuración de cada una de ellas obedece a condiciones que se generan de manera particular en cada organización producto de la articulación entre los actores internos, los actores internos y las condiciones de cada situación. Las proposiciones de cada una de las dimensiones de investigación así como la proposición central orientarán las acciones pertinentes para responder a las preguntas de trabajo.

4.2.5. Universo de investigación.

El universo de investigación delimitado para esta investigación esta constituido por el Centro Regional de Rehabilitación DIF de Mazatlán, Sinaloa; tiene un total de 23 trabajadores en los que se realizo un muestreo teórico en función del lugar que ocupan en la organización y la participación en el proceso de rehabilitación de la discapacidad, en base a ello se realizaron 12 entrevistas, 6 de ellas a terapistas de la institución, 3 a personal de tipo administrativo y de intendencia, estos últimos por establecer contacto directo con los pacientes del CRRRI Mazatlán; 2 mas a personal del área de valoración y la ultima al director de la institución; se realizo una estancia en la organización a lo largo de 10 meses, tiempo en el que se realizaron sesiones de observación en los servicios de atención a los discapacitados particularmente en el gimnasio de terapia física; a continuación se presentan las guías de entrevista y de observación.

Guía de Observación:

- Procedimientos de trabajo.
- Practicas comunes.
- Utilización del espacio.
- Rotación.
- Actores principales.
- Espacios de socialización.
- Conversaciones.
- Patrones de comportamiento.
- Practicas aisladas

Guía de Entrevistas semiestructurada:

- Biografía de vida.
- Motivación vocacional.
- Ambiente de trabajo
- Percepción de la organización.
- Auto percepción
- Relaciones formales e informales.
- Naturaleza del trabajo
- Expectativas laborales
- Experiencias de vida.

Capítulo V. Centro de rehabilitación integral DIF Mazatlán.

5.1. Fundación CRRI Mazatlán.

En 1982 por decreto presidencial al DIF nacional fue facultado para operar establecimientos de asistencia social en beneficio de personas con discapacidad, así mismo, la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, señala atribuciones para atender como sujetos de asistencia social a la población abierta con discapacidad y lo faculta para llevar a cabo acciones en materia de prevención de discapacidad y rehabilitación; dentro de este marco se establecen en Sinaloa tres Centros regionales de rehabilitación con la finalidad de proporcionar atención a la población de las zonas norte, centro y sur ubicados en las ciudades de Los Mochis, Culiacán y Mazatlán respectivamente.

El Centro Regional de Rehabilitación Integral (CRRI) en Mazatlán fue inaugurado el 12 de Octubre de 1987, con el objetivo de brindar terapia de rehabilitación y apoyo psicológico a personas con alguna discapacidad física; en sus inicios fueron contratados un médico especialista y director del CRRI, seis terapeutas físicos, una trabajadora social, una secretaria, dos intendentes y un velador, de los cuales solo los terapeuta y el médico fueron contratados expresamente para laborar en la institución, el resto de los trabajadores fueron transferidos de la Escuela de Audición y lenguaje ([completar denominación](#)), así como los muebles de oficina y algunas butacas con que se dotó al centro de para iniciar sus labores, de esta forma el Centro regional de Rehabilitación Integral DIF Mazatlán empezó sus labores con once miembros, uno de los intendentes con mayor antigüedad recuerda: *“éramos cinco los que nos cambiamos para acá, y aquí nos quedamos pues,”* (PA03), uno de los terapeutas fundadores recuerda como algunos de sus compañeros fueron reubicados, atribuyendo a un sobrino del entonces gobernador la decisión de disponer incluso de mobiliario de la escuela de audición

y lenguaje, (de nivel federal), revisar dato, uno de los miembros fundadores de la organización comenta:

“Entonces hicieron los centros nuevos y se trajeron a gente para acá, incluso mobiliario que hay aquí era de la escuela y esas fueron tranzas, andaba ahí trabajando un sobrino de Toledo Corro” (TG08), y agrega: “entonces la gente de la escuela de audición y leguaje se molestaron porque se trajeron el mobiliario para acá, porque ellos lo compraron con su dinero, no el gobierno,” (TG08).

Para los miembros fundadores de la organización queda claro que el surgimiento del centro obedeció a un proyecto político del entonces gobernador Antonio Toledo Corro, uno de los trabajadores del área de intendencia al respecto señala:

“Fue cuando iba a salir Toledo Corro, el gobernador” (PA02), en ese mismo sentido uno de los terapeutas aclara “porque estos centros surgieron en el gobierno de Toledo Corro, por iniciativa de su esposa la señora Estela Ortiz, no se a quien tenia enferma o que... y le agregaron el programa de rehabilitación” (TG08).

5.2 Descripción física.

La organización en estudio se encuentra localizada en el número 80 de la Av. Insurgentes y Ciprés Col. Lomas del Mar en Mazatlán, Sinaloa; lo constituyen tres edificios distribuidos a lo largo del terrero, de izquierda a derecha en el primero de ellos se ubica un salón que es destinado a comedor de los trabajadores, el área administrativa y los consultorios de medicina física y neurología, cabe señalar que la oficina del director del centro hace las veces de consultorio medico, ya que el especialista en medicina física y rehabilitación es a la vez director de la institución, los espacios se encuentra distribuidos de la siguiente manera: a la entrada se localiza un pequeño vestíbulo que hace las veces de sala de espera, al frente, por

el lado izquierdo, se encuentra la oficina del administrador de tal forma que las personas que hacen antesala pueden observar el interior, ya que la puerta se encuentra abierta siempre; continuando se sitúa la oficina y consultorio del director, como ya se menciono, puerta con puerta, del lado derecho del edificio se ubica el área administrativa en donde se localiza el departamento de estadística y la secretaria, en este mismo espacio se encuentra el reloj checador, finalmente continuando por la derecha se sitúa el consultorio del neurólogo, cabe señalar que este es el único espacio del esta zona que permanece cerrado.

El segundo edificio se ubica inmediatamente después de una jardinera que alberga un árbol, el acceso a este inmueble se localiza hacia el lado izquierdo, en la primera puerta se encuentra el archivo, en este mismo espacio esta la caja que proporciona atención por medio de una pequeña ventaja que da inmediatamente después de la puerta exterior, a un lado del archivo se sitúa el consultorio de la psicóloga, y junto a este, con una orientación a la derecha están los cubículos de atención pediátrica, constituidos por tres salas de estimulación múltiple y el área de terapia de lenguaje, estos se encuentran dispuestos uno frente a otro a lo largo de un pasillo, en este mismo espacio se localiza el área de servicio social, siendo el primero de ellos a la derecha del pasillo.

El tercer y último edificio se encuentra detrás del anterior, sin estar alineado con este, de tal forma que sobresale por el lado derecho, quedando un espacio libre que es utilizado como estacionamiento por los trabajadores, encontrándose una pequeña área de descanso al fondo de esta zona; al terminar el segundo edificio siguiendo un corredor que inicia al termino del mismo y finaliza en el tercer edificio, se localiza la entrada a el área de gimnasio y la alberca, este es el único sitio del CRRI Mazatlán que tiene una acceso amplio que permite transitar libremente con silla de ruedas y algún otro apoyo ortopédico, al entrar se

encuentra un amplio vestíbulo que hace las veces de sala de espera, en el se encuentra un viejo sillón y algunas sillas de plástico, al fondo de este espacio esta la sala de hidromasaje y al lado izquierdo frente a una pequeña sala privada, que hace las veces de área de descanso para los terapeutas la oficina de orientación que se encarga de llevar el control de horarios de cada terapeuta, así como la programación de terapia de los pacientes según las indicaciones del médico, estas oficinas una frente a la otra forman un pequeño pasillo del lado izquierdo que termina en la puerta del gimnasio de rehabilitación, al ingresar a este espacio del lado derecho se encuentra un pequeño cubículo en donde se ubican los aparatos de compresas y ultrasonido, así como sillas para atender a los pacientes, frente a la puerta de este e inmediatamente después de la puerta de entrada hacia la izquierda, una pequeña escalinata de madera bordeada por un barandal de tal forma que se forma un pasillo, en el cual se encuentran una hilera de sillas que hacen las veces de sala de espera para los pacientes, al lado izquierdo de la escalinata se localiza una mesa de trabajo y el aparato de diatermia, al término de este espacio que coincide con el largo del cubículo de compresas y ultrasonido se disponen al fondo siete mesas de trabajo, las que son utilizadas para proporcionar terapia de rehabilitación a los pacientes, de lado izquierdo del gimnasio entre el aparato de diatermia y la primera mesa se localiza una manivela empotrada a la pared que es utilizada para realizar amplios movimientos circulares con los brazos, del lado izquierdo antes de la disposición de las mesas se disponen un aparato de gimnasio y unas barras paralelas; regresando al vestíbulo de entrada, hacia la derecha se localiza el acceso a la alberca en donde se ubican a la entrada por el lado derecho el baño y dos regaderas, la alberca esta equipada con dos barras y una prolongada rampa de acceso a la área mas profunda.

5.3 Servicios.

El Programa Nacional de Atención a Personal con Discapacidad contempla cuatro servicios sustantivos orientados a la población abierta que sufre alguna discapacidad en cualquiera de sus vertientes: motora, visual, auditiva, de lenguaje, o intelectual; los que tienen por objetivo proporcionar en su conjunto atención integral a los discapacitados, el primero de ellos prevención de la discapacidad, contempla la orientación genética, la detección temprana de riesgos y la realización de pláticas a la comunidad sobre la discapacidad, rehabilitación e integración social; el segundo abarca la consulta médica especializada y la terapia de rehabilitación; en el tercero se integra la consulta paramédica especializada, como psicología, trabajo social e integración laboral; y finalmente el tercero incluye la realización de estudios de gabinete. El Centro Regional de Rehabilitación Integral DIF Mazatlán ofrece dos de estos servicios, proporcionando atención en los servicios de consulta médica especializada, en las áreas de Medicina Física y Neurología, así como atención en el servicio de Terapia de Rehabilitación; y en el servicio de consulta paramédica especializada, en las áreas de psicología y trabajo social, quedando pendientes por cubrir los servicios de orientación para la capacitación e integración laboral.

Dentro del servicio de consulta médica especializada la consulta de terapia de rehabilitación, se encuentran dividida en dos áreas de atención; en el área pediátrica que se encuentra localizada en el edificio "B", se atienden a pacientes de 0 a 6 años, en los servicios de terapia de lenguaje, estimulación temprana y gimnasio. En la práctica a este edificio se le conoce como área de diagnóstico, conserva este nombre porque con anterioridad aquí se encontraban los servicios médicos, actualmente se encuentran los servicios de estimulación temprana, gimnasio, el servicio de psicología y la oficina de servicio social, además se

localiza la caja y en archivo, uno de los miembros fundadores de la organización relata:

“Está terapia de lenguaje, estimulación temprana y gimnasio, son niños nada mas de 0 a 6 años, y es el área de diagnostico porque estaban los médicos aquí dentro, pero ya se nos salieron los médicos todos están allá afuera” (VA11).

La segunda área de terapia de rehabilitación correspondiente al servicio de consulta médica especializada esta conformada por el gimnasio de rehabilitación, en el que como ya se menciono se atiende a pacientes de 6 años o más; aquí ocho terapistas proporcionan terapia de rehabilitación, seis de ellos manipulan físicamente a los pacientes en base a los ejercicios indicados por el medico especialista y dos mas se encargan de la operación de los aparatos de compresas, diatermia y ultrasonido en función a las indicaciones anotadas para cada paciente, este servicio se proporciona de manera simultanea hasta a cinco pacientes, razón por la que generalmente se encuentra saturado; las tinas de hidromasaje se localizan fuera del gimnasio de rehabilitación, en la primera sesión que este servicio es utilizado el terapeuta proporciona indicaciones para su uso y son operadas por los pacientes o sus acompañantes, 15 minutos antes de la hora de la terapia, la administración de este servicio corre a cuenta de los pacientes ya que no existe un encargado.

Siguiendo con la atención médica especializada en los servicios médicos se cuenta con atención en Medicina Física y Rehabilitación y Neurología, la primera de ellas es proporcionada como ya se menciono por el director de la institución, este servicio se ofrece de 07:00 a 11:00 horas, en él los pacientes son valorados cada tres meses y proporcionadas las indicaciones para su tratamiento, esta consulta generalmente es breve ya que se atienden ___ pacientes por día, el Neurólogo solo atiende a los pacientes que su condición lo requiere, dedicando a este servicio dos horas por la mañana, ya que no es un empleado de planta de la

institución, uno de los miembros de la organización es una charla sostenida comentó:

“El neurólogo consulta todos los días, llega a las 11:00 se va de aquí como a las 13:00 ó 12:30” (VA11).

Por lo que la demanda de este servicio es mas limitada, aun así considerando la sobre demanda de pacientes de la institución se debe de atender a ___ pacientes por día. Pasando al servicio de consulta paramédica especializada la Psicóloga de la organización atiende de 07:00 a 14:00 horas, en sesiones de ___ minutos; todos los pacientes deberán acudir por lo menos una vez cada 10 sesiones de terapia a consulta y se valorara la pertinencia de llevar terapia psicológico.

El servicio de trabajo social establece el primer contacto con el paciente, aquí se realiza una ficha de identificación en la que se asientan los datos generales del paciente como su nombre, edad, edad de sus padres, el numero de miembros de su familia y la actividad a la que se dedica, para después hacer una observación del problema que tiene el paciente en base a la información que proporcione sobre el mismo, y en base a los datos anteriores se le aplica una cuota de recuperación, en entrevista realizada la trabajadora social comenta:

“El paciente de primera vez viene aquí conmigo, se le hace su ficha de identificación, se le preguntan todos los datos al paciente, después se hace una observación del problema que trae, ya en base a todos los datos que yo le pido aplico una cuota de recuperación” (VA11).

En el área de trabajo social se elaboran dos reportes, el primero de ellos con la finalidad de llevar un control del tipo de atención brindada a los pacientes en el se anota la fecha, edad, número de expediente, la cuota y el tipo de estudio que se realizo, en relación a los reportes realizados el informante declara:

“En el área de servicio social hago un reporte donde capto la fecha en que vino el paciente, su numero de expediente, su edad y la cuota que esta pagando, y que tipo de estudio se hizo” (VA11).

En el segundo reporte se anota la elaboración de constancias de asistencia o la realización de visitas domiciliarias, estas se llevan a cabo rara vez ya que solo se ejecutan por ordenes directas de la Dirección de Rehabilitación y Medicina Social del DIF del estado de Sinaloa, en el se anota fecha, edad, numero de expediente y la constancia que se esta refiriendo, o bien si se realizo una visita, el mismo informante agrega:

“También hago constancias de asistencia, entonces esas también las tengo que reportar, hago un reporte aparte igual donde pongo el numero de expediente del paciente con fecha y pongo edad, pero ya no le pongo cuota, nada mas le pongo que es constancia de asistencia lo que se esta refiriendo, o si hago una visita, porque a veces nos mandan que hagamos visitas domiciliarias cuando no los mandan de Culiacán” (VA 11).

El departamento de trabajo social también canaliza a los pacientes y personas en general que acuden a solicitar información sobre algún problema en particular, siendo canalizados al DIF municipal, *“acuden muchos a pedirme información, entonces los canalizo a las diferentes instituciones que ocupen, que traen problemas de lenguaje o problemas de aprendizaje, ya los canalizo yo al área de educación especial, o buscan el DIF municipal,” (VA11);*

También se canalizan pacientes que presentan problemas de tipo legal o bien a algún área de atención especial o de capacitación para el trabajo, la misma informante señala:

“Tengo contacto de la procuraduría con Lolis, es la trabajadora social, Lolis Mesina ella en la procuraduría de la defensa del menor, ella anda en silla de ruedas, y están ahí los licenciados” (VA11).

Y añade:

“Al DIF se los canalizo a Dorita, ella es la encargada del programa de discapacitados del DIF municipal, y canalizo también a los pacientes que quieren apoyo psicológico o de lenguaje aquí a la U de O” (VA11).

Asimismo se presentan situaciones ocasionales relacionadas con la entrega de equipo medico o sillas de ruedas por parte de algunas asociaciones civiles o fundaciones, las donaciones por parte de una fundación extranjera se suspendieron a causa de problemas administrativos del DIF municipal, relacionadas con el pago de derechos de importación, la trabajadora social de la organización en entrevistas declaro:

“También está otra muchacha Miriam, ella se caso con un gringo que también tiene discapacidad, es de una fundación, ellos también traían sillas de ruedas, son una sillas negras, que también traían logotipo, y ellos también me hablan y me dicen si hay personas que necesitan silla y son de bajos recursos dales el teléfono para que me llamen” (VA11).

Al respecto aclara por que se suspendieron estas donaciones:

“El DIF ya no quería pagar los permiso de importación, el pago de la aduana, entonces ya no podían traer aparatos, ellos traían muletas canadienses, sillas de ruedas, andaderas, entonces como ya no los estaban apoyando creo que ya no iban a traer” (VA11).

Estas y otras donaciones se realizan por medio del DIF municipal quien establece contacto con el CRRRI Mazatlán para que proporcione los datos de personas que se encuentren en situación de pobreza y puedan ser beneficiados con estos programas, la mecánica a seguir es comentada por la persona encargada de esta área:

“A mi me habla Dorita y me dice va a haber entrega de silla, si hay personas que las necesitan mandámelas para acá para ponerlas en la lista, y ella las anota allá y ya se les entrega silla” (VA11).

A su vez el departamento de trabajo social entra en contacto con estas personas para darles a conocer el programa de donaciones y ponerlos en contacto con el DIF municipal. También es responsabilidad del área de trabajo social el organizar eventos recreativos, como la fiesta del día del niño o la posada que la institución realiza para los pacientes, el sujeto en cuestión declara:

“Me toca ayudar a organizar los eventos, del día del niño y lo del día de navidad, a mí me toca organizar, yo soy la que me hago bola aquí, jaja,” (VA11).

La trabajadora social realiza también algunas tareas ajenas a sus funciones, como el corte de caja y el llenado de las formas correspondientes, esta tarea le fue asignada por el administrador ya que la encargada de caja no cuenta con el perfil necesario para realizar esta actividad, incluso corrige los errores que en caja se comenten, en entrevista realizada la encargada del área de servicio social comento:

“Hago la estadística financiera, o sea todo lo que cobra caja del diario, yo lo vació en unas formas, recibo por recibo, sumando diatermia y todo eso, entonces tengo que sumar todas esas cantidades, y ya me sale todo lo que se cobro en el día, y todo eso yo se lo paso al administrador y ya él lo vacía en un informe mensual. (VA11).

Al respecto de la elaboración de los reportes agrega:

“Lo entrego diario porque el licenciado lo va vaciando, y lo pasa ya al del mes, yo lo hacia todo el del mes también, cuando yo los vació me doy cuenta si tuvo error la de caja, y saco yo ahí el error de la cuenta, o si cobro de mas o de menos, pero ya se reportó ese dinero” (VA11).

En el área de servicio social también se elaboran los reportes del área de diagnóstico, en estos se lleva el control de los servicios ofrecidos y el número de pacientes atendidos, así como una breve descripción de los mismos, el mismo informante agrega:

“Y también me encargo revisar todos los reportes del área de diagnóstico, yo soy la que los checo, veo que vengan todos reportados que traigan su papelito, lleno un control de asistencia, cuantos faltaron, cuantos vinieron, yo llevo el control ese” (VA11).

Hasta hace dos meses antes de a fecha de aplicación de la entrevista el administrador del Centro de Rehabilitación DIF Mazatlán, también era encargado del velatorio DIF del municipio de Mazatlán, y delegaba en trabajo social algunas de las funciones de esta institución, como el velatorio carecía de personal de apoyo, la trabajadora social del CRRI Mazatlán realizaba visitas domiciliarias a los usuarios de este servicios con la finalidad de elaborar un estudio socioeconómico para el trámite de exención de pago, el informante comenta:

“Yo hacia las visitas para el velatorio, cuando había una persona que salía debiendo había que visitarla para ver porque no había pagado, para ver si se le iba a exentar de pago o se le iba a dar facilidades, a mi me llevaba el administrador, yo era la trabajadora social que hacia las visitas” (VA11).

Al respecto agrega:

“Eran actividades que no entraban en mi trabajo, era extras pero yo las tenía que reportar en mi trabajo” (VA11).

Otras de las áreas que establecen contacto con los pacientes son orientación, caja, archivo e intendencia; el área de orientación además de programar las terapias de los pacientes, proporciona atención a personas que acuden a pedir algún tipo de información relacionada con la atención que brinda el CRRI Mazatlán y su funcionamiento, esta función es de trabajo social, sin embargo se localiza en un área alejada del gimnasio de rehabilitación y al encontrarse orientación a un lado de este es aquí donde acude la mayoría de las personas que visitan el CRRI por primera vez, la encargada de este departamento realiza parte del trabajo de caja, pega todos los recibos de pago en un hojas blancas para enviarlos junto con el control de pagos, al respecto comento:

“Es que el licenciado me lo dio a mí, yo lo hago, pero no tiene nada que ver con lo que es la oficina” (VA12).

En caja se realiza el cobro de todos los servicios que ofrece el centro de rehabilitación DIF Mazatlán, al paciente se le entregan recibos de pago original en donde aparece el servicios que se le ofreció, el costo del mismo, así como la cuota asignada, y una especie de boleto en donde se indica el servicio y la hora en que se le debe prestar; la encargada de caja considera la elaboración de recibos como su tarea principal, en relación a este punto comenta:

“Mi actividad es hacer recibos, cobrarle al paciente de todo tipo de terapia, psicóloga, neurólogo... medicina física, todos los servicios” (PA01).

Se realiza además una especie de corte de caja al final del día que consiste en contar el dinero que se encuentra en la caja, sin contrastarlo con la copia de los recibos expedidos, se anota en una pequeña nota en un dedazo de papel para entregarla al administrador quien pasa a recogerla al final de la jornada, en las ocasiones que se observo esta operación no duro mas allá de dos minutos, sin realizar ningún tipo de pregunta o comentario, para la cajera de el CRRRI Mazatlán esta actividad es considerada como corte de caja, al respecto agrega:

“Y hacer mi corte de caja, y entregarle al licenciado su dinero cada día hago su corte de caja, para que otro día ya el tenga su cuenta ¿verdad?, tener su cuenta y su dinero, porque yo no debo de atrasarme, yo debo de sacarle su corte de caja” (PA01).

En el archivo se lleva el control de citas de los servicios médicos, así como el canalizar diariamente los expedientes de los pacientes a la consulta médica y asistir a los médicos en la consulta; e intendencia se encarga de la limpieza de la organización, sin embargo se realizan una serie de tareas adicionales como archivar expedientes, realizar diligencias fuera del centro de rehabilitación, ayudar a los pacientes a trasladarse, realizar pagos o conseguir transporte.

Se concluye de esta forma que el Centro Regional de Rehabilitación DIF Mazatlán, no cumple con la función que de su denominación se infiere, ya que solo proporciona una serie de servicios orientados a la rehabilitación de la discapacidad, siendo estos parciales ya que en el servicio de atención médica especializada solo se ofrecen consultas médicas en aquellas especialidades vinculadas de manera directa con alguna condición discapacitante, dejando de lado servicios tales como pediatría, comunicación humana u ortopedia; y deja de lado la integración de los discapacitados en ámbitos laborales y sociales, ya que no instrumenta programas o estrategias que tengan como meta la inclusión de los discapacitados en la estructura social de la comunidad, aunque se observó que esta situación es reconocida por los terapeutas de la institución como una de las principales carencias de la organización, esta preocupación no se refleja en ninguna de sus acciones, esta situación se explica en gran medida por la fuerte centralización de recursos existente en el CRRI Mazatlán ya que depende de la Dirección de Rehabilitación y Medicina social del DIF Sinaloa, y este a su vez de los lineamientos que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia establece a nivel federal.

Existe además ambigüedad en las funciones desarrolladas por los miembros de la organización, particularmente las que se derivan de las tareas adicionales que en apoyo a la administración se realizan y las derivadas de la suplencia de las funciones de caja.

5.4 Delegación de autoridad.

No obstante la centralización de recursos y la dependencia en la toma de decisiones que esto conlleva para los directivos de la institución, existe un alto grado de delegación de autoridad en los mismos; para los miembros de la

organización es natural atender las indicaciones del director o del administrador de forma indistinta, cabe señalar que los miembros de la organización se refieren al administrador como “el licenciado”; esta cadena de mando se prolonga incluso mas allá del administrador ya que en ausencia de este se siguen indicaciones de cualquiera de sus subalternos, respetando siempre los niveles de autoridad en quienes se admite autoridad plena, al cuestionar a uno de los trabajadores del área administrativa sobre quien es su jefe inmediato comenta:

“El doctor como es el director, y luego sigue el licenciado” (PA01).

A la misma pregunta sobre la autoridad formal uno de los terapeutas responde:

“El Doctor es el que nos manda, es el que nos puede ordenar se puede decir, si no esta el Docto es el Licenciado que es el administrador ¿ves?, el doctor tiene toda la confianza para decirle a él que nos de instrucciones, que nos de ordenes dentro del ramo, porque el Doctor a veces no esta, entonces sabemos nosotros que el que sigue es el Licenciado, que él se puede meter en los campos que le corresponderían al Doctor, entonces faltando el Licenciado esta la secretaria, nosotros no nos vamos a poner rejegos porque no esta el administrador ni el director, ¿ves?”, (TGO5).

Esto se sustenta en la percepción del administrador como una persona buena y justa, siendo en él en quien recae la autoridad en el centro de rehabilitación, esta percepción se ve reforzada en el hecho de que el director establece escaso contacto con los trabajadores del CRII Mazatlán, situación que es conocida por el director, ya que el mismo se asume mas como medico especialista que como directivo de la institución, en entrevista realizada el director del CRRRI Mazatlán este sujeto declara:

“Como el director no me ven, ¡ que voy a hacer!... me ven como una persona que saben que debo de estar aquí, y que si van a hacer una cosa yo les puedo orientar, me preguntan ¿no?, eso es lo que yo siento.” (VA10).

Uno de los miembros de la organización al respecto del administrador comenta:

“Es buena gente, es muy noble, muy noble... claro que si lo hacemos enojarse tiene que, ¿verdad?, todos tenemos sentimientos y somos humanos, pero es bueno, buena gente” (PA03).

Otro más agrega:

“El jefe aquí es el administrador, se supone que es el doctor, pero al doctor no lo vemos, es más el administrador” (TG06).

La autoridad se diluye entre los integrantes de esta cadena de mando, existiendo ambigüedad entre las líneas de autoridad para algunos de sus miembros, sobre todo entre la mano de obra profesional, en quienes existe claridad en las funciones que su puesto observa, pero no en el reconocimiento de una línea de autoridad, respecto al mismo cuestionamiento sobre la autoridad formal uno de los terapeutas titubea:

“Me imagino yo que es el director ¿no?, el Doctor” (TG07).

La autoridad formal se debilita frente a la autoridad informal, existiendo reconocimiento de un liderazgo informal en la figura de uno de los terapeutas fundadores por parte de los terapeutas y de las autoridades del centro de rehabilitación; en una de las primeras visitas realizadas al Centro de Rehabilitación DIF Mazatlán, después de haber obtenido autorización de parte del director de la institución para realizar la estancia correspondiente al trabajo de investigación, tuve una serie de encuentros con el administrador con la finalidad de ponerlo al tanto de mi presencia, y solicitarle un primer grupo de información que me diera cuenta de la realidad organizacional del CRRM Mazatlán; en una de estas pláticas le pregunté al administrador quien era el encargado del gimnasio de rehabilitación para solicitarle su permiso para permanecer en el mismo observando el trabajo de terapia de rehabilitación, a lo que me respondió que se trataba del terapeuta

identificado con el código TG09, de esta manera me presente en el gimnasio preguntando por el encargado y me condujeron ante un sujeto de unos 40 años de edad que llevaba una filipina azul sobre su ropa y zapatos de goma, quien me dijo que ya estaba al tanto de la situación y me autorizo amablemente a observar en el área; solo tres meses después de iniciar las entrevistas me entere que no existe un responsable de gimnasio, este liderazgo se explica en parte en la tradición, ya que en los primeros años posteriores a la fundación de la organización se nombro a este individuo responsable de área, cargo al que renuncio por problemas con el administrador de aquella época, situación que se produjo hace mas de quince años, otra causa de esta situación se basa en que este personaje fue delegado sindical por 12 años, al tratar el tema el mismo personaje explica:

“Para todo lo de aquí, siempre me buscan a mí, no hay ningún nombramiento, se dio porque en un principio yo fui el responsable con nombramiento, pero llego el momento en que yo renuncie al nombramiento, a ser el coordinador del área de gimnasio” (TG09).

Al respecto otro de los terapistas agrega:

“Bueno aquí teníamos como jefe a TG09, siempre nos dirigimos a él, para cualquier pregunta y sí no nos la puede resolver pues el Doctor” (TG07).

Uno de los terapistas de esta área comenta:

“Como él era delegado lo agarramos como jefe, pero no es jefe” (TG06).

Otro más agrega:

“No hay encargado sino que, por el tiempo que tenemos aquí nosotros le echamos la carga a uno de los compañeros, pero no hay encargado” (TG06).

De esta forma el liderazgo informal de este sujeto, que como ya se menciono es fundador de la organización es legitimado por las autoridades de la institución, al comentar este tema con uno de los miembros fundadores de la organización declara:

“Pues para nosotros sí, de hecho el administrador lo apoya también, no lo tiene como equipo, pero es nuestro representante moral” (TG04).

5.5 Mecanismos de control.

Mintzberg en su obra “La estructura de las organizaciones” identifica cinco mecanismos de control que explican las formas en que las organizaciones coordinan su trabajo, en el Centro de Rehabilitación Integral DIF Mazatlán se identificó la utilización de la normalización de los resultados y de las habilidades como dos de sus principales mecanismos de control en función de dos lógicas distintas; al respecto de la normalización de los resultados al autor dice: “se normalizan los resultados al especificarse los mismos, como puede darse con las dimensiones del producto o del rendimiento” (Mintzberg, 1999), en este sentido debido al alto grado de centralización en las funciones de la institución que se ve reforzada por una alta dependencia de recursos; y a la dificultad en la medición del desempeño de los miembros de la organización, basada en la valoración subjetiva de los resultados de la terapia de rehabilitación, el mecanismo de control más utilizado es la elaboración de una serie de reportes diarios de actividades realizados en todas las áreas de la organización, los cuales se organizan en una serie de estadísticas diarias, semanales y mensuales que se reportan a la Dirección de Rehabilitación y medicina Social del Estado de Sinaloa, constituyendo el mecanismo de medición del desempeño privilegiado en la institución; en el caso de los terapeutas del área de gimnasio el control se establece por medio de la elaboración de un reporte diario en donde se asienta el número de pacientes que se atendieron, edad, sexo y el tipo de padecimiento que presentan, así como si son de primera vez o subsecuentes, uno de los terapeutas de la organización comenta:

“Hacemos nuestro reporte diario, consiste en listar todos los pacientes que tenemos citados, por día y por hora, por edades, de que sexo son, que diagnóstico tienen, ya se entrega al final aquí a la compañera de orientación, y ella lo entrega a la encargada de estadística, y la encargada de estadística al administrador” (TG04).

Al respecto otro de los terapeutas declara:

“Tenemos que anotar todos los pacientes que vimos, cuantos vimos, que tipo de problema tienen, y cuantos son de primera vez cuantos son subsecuentes, este es el tipo de administración que manejamos nosotros aquí” (TG06).

Como se mencionó anteriormente, estos reportes son entregados al área de orientación cuya función es organizar el horario de terapia de todos los servicios del CRRI Mazatlán, aquí se realiza un concentrado mensual en base a la información proporcionada; estas formas también sirven para conocer el rendimiento de los terapeutas, en base a los reportes diarios elaborados por los terapeutas se llenan otra serie de formas con información más detallada sobre las características de los pacientes, en la misma área se elabora un tercer tipo de concentrado, este de carácter diario, en el cual se registran a los pacientes nuevos por área, en relación a esto la responsable de orientación comenta:

“Se hacen las estadísticas por diagnóstico, por edad y por terapeuta, a fin de mes se los entrego yo al licenciado, sumo los totales y el licenciado saca los porcentajes y de ahí ya sale quien trabajó más, individual, y a nivel global” (VA12).

Y agrega:

“Hay otro informe que hago también mensual, pero se desglosan cuantos son hombres, cuantos mujeres, de los primeros cuantos menores de 18 años, mayores de 19 a 60 y más” (VA12).

En relación al tercer informe declara:

“Llevo un registro diario también, donde anoto a pacientes que vienen de primera vez o por ejemplo un paciente que es subsecuente pero que dejó de venir hace 5 años, o que era un niño, un bebé, pero ya cumplió 5 años entonces ya no va a ser para niños va a ser para adultos” (VA12).

Al no existir supervisión directa de actividades, la elaboración de reportes de actividades se constituye como el único mecanismo formal de control, ya que como se mencionó con anterioridad el director de la institución establece muy poco contacto con los miembros de la organización, siendo esta situación reconocida por los miembros de la organización, esta circunstancia es aprovechada por los miembros de la organización para establecer sus propias pautas de comportamiento, al respecto uno de los trabajadores del área administrativa declara:

“Yo nunca lo veo... de que el allá venido conmigo y me diga, ¿cómo se siente en su trabajo?, ¿ocupa algo?, no, a habido más comunicación con el licenciado por ese lado, que con el director”, uno de los trabajadores de intendencia agrega: “ni pa llamarnos la atención siquiera, ni pa felicitarnos porque hicimos algo bien” (VA03).

Uno de los terapeutas comenta:

“Posiblemente se puede cambiar disciplina, tratarnos un poquito más duros en algún aspecto porque si es muy relajado, posiblemente respetemos poco, ...en el horario del paciente estrictamente” (TG09).

Otro de los terapeutas al respecto comenta:

“Ha veces, muchas veces nos dejan solos, y tú sabes que si te dejan solo aprovechas” (TG05).

La falta de quejas por parte de los pacientes se ha convertido en el medio mas claro de control para el administrador del CRRRI Mazatlán, los miembros del CRRRI Mazatlán declaran:

“No hay presiones aquí, aquí lo único que tenemos que buscar nosotros es que no haya queja del paciente” (TG08).

Otro de los terapistas comenta:

“El administrador no nos llama la atención, pero lo que quiere es que no haya quejas, él es muy este... como le diremos... da oportunidad que podamos hacer otras cosas, pero siempre y cuando no tengamos quejas de los demás” (TG06).

5.6 Centralización de recursos.

En base a que el Programa Nacional de Atención a Personas con Discapacidad es operado por el Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia a través de una infraestructura de servicios en todo el país constituida por los centros regionales de rehabilitación establecidos en cada estado de la Republica Mexicana, y en virtud de que en el estado de Sinaloa existen dos Centros Regionales de Rehabilitación Integral (CRRE) en las ciudades de Los Mochis y Mazatlán, y un Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CRRE) en Culiacán ciudad capital del estado, que concentra las tareas de rehabilitación pertenecientes al CRRE del municipio de Culiacán y las funciones de gestión de la rehabilitación de medicina social; se encontró una alta centralización de recursos que se expresa mediante una ausencia de presupuesto para mantenimiento del centro de rehabilitación, situación que es evidente para los miembros de la organización, uno de los terapistas comenta:

“No mandan casi dinero, para mantenimiento” (PA02), uno de los terapeutas declara: “todo depende de Culiacán, es que en Culiacán, si sale un peso ese peso lo tienen que recibir ellos allá” (TG05).

El CRRRI Mazatlán presente un deterioro evidente, en la mayoría de las áreas la pintura se encuentra descascarada, las paredes y los techos presentan humedad, las puertas están vencidas y las chapas no sirven, cuando se presenta algún desperfecto en el equipo de terapia, como diatermia o electro pueden pasar mas de seis meses antes de que sea reparado, lo mismo pasa en el caso de la alberca, la cual tiene mas de tres años que no se utiliza por falta de mantenimiento, cabe señalar que en el verano de 2006 se le otorgo permiso a un maestro de natación para que impartiera clases particulares a los pacientes del área pediátrica, sin embargo estos cursos duraron solo unas semanas debido a la falta de mantenimiento de la alberca respecto del deterioro de la alberca uno de los intendentes señala:

“Tenía agua, con los años ya se fue... si pues ya tiene 20 años” (PA02).

Esta situación es resuelta en el gimnasio de rehabilitación mediante la solicitud de donación de pintura a cuenta de cuotas de recuperación, por parte de los terapeutas del área, de esta manera se organizan pequeñas campañas de mantenimiento del gimnasio en las que participan terapeutas, familiares y los pacientes que su condición se los permite, uno de los terapeutas de la institución declara:

“Se ve mas o menos porque nosotros pintamos, nosotros a veces para agarrar pintura, le decimos a los pacientes que traigan dos cubetas de pintura o una cubeta de pintura y se va bonificando con las cuotas, ¿ves? o sea se le paga en cuotas al paciente, el paciente no sale poniendo” (TG05).

5.7 Capacitación.

Los trabajadores administrativos del Centro de Rehabilitación DIF Mazatlán no recibieron ningún tipo de capacitación o entrenamiento al ingresar a la institución o al ser reasignados en otra área, en este sentido los conocimientos generados en torno a su labor en la institución han sido adquiridos a través de la experiencia y en base a sus propias pautas interpretativas, uno de los informantes cometo al respecto:

“Como te digo no hemos recibido asesoramiento en como realizar el trabajo” (VA12).

La misma persona recuerda cuando fue asignada a otra área:

“Porque a mi me arrebataron de un departamento que no tenia nada que ver y paso a trabajo social” (VA12).

Uno de los trabajadores de intendencia que fue trasladado de la Escuela de Educación Especial recuerda con agrado la constante capacitación recibida, al respecto comenta:

“Cuando estábamos allá en aquella escuela si nos daban, nos daban cursos de relaciones humanas, nos daban cursos de cómo debíamos de comportarnos ahí con la gente, como tratar a los niños, como eran sordomudos verdad” (PA03).

Y agrega:

“Pero un curso aquí nunca nos han dado, nunca, nunca, y es lo que yo creo que si hace falta” (PA03).

La Dirección de Rehabilitación y Medicina Social, ha centrado su interés en la capacitación del personal de terapia física y en los médicos tratantes, sin embargo este esfuerzo se vio interrumpido hace aproximadamente seis años, el equivalente al tiempo de los dos últimos periodos de gobierno estatal; anteriormente se organizaban periódicamente cursos de capacitación o congresos

por parte del sistema DIF estatal a los cuales asistían la mayoría de los terapistas del centro de rehabilitación, uno de los informantes declara:

“En un principio, que empezamos esto, cada año había un congreso estatal, de rehabilitación, y teníamos que ir todos” (TG09).

Otro de los terapistas recuerda:

“Hemos ido a las conferencias, a los cursos, hemos tenido experiencias con otras personas mucho mas capacitadas que nosotros, de Puerto Rico, Estados Unidos, España, México” (TG08).

Otro recuerda:

“Actualmente se organizan esporádicamente cursos cortos “nos dan cursos, vienen de fuera o ya vamos nosotros, pues a veces son largos fíjate, pero últimamente los están haciendo mas cortos” (TG07).

Los apoyos económicos para la asistencia a cursos y congresos siempre fueron limitados, generalmente se otorgaban 2 o 3 becas para todos los terapistas del CRRRI Mazatlán, y entre ellos decidían a quien le correspondían los apoyos, basados en las necesidades económicas de cada quien, o bien, se repartían los apoyos equitativamente entre todas las personas que asistían a los congresos, sin embargo, cuando la sede de los congresos se localiza en lugares distantes solo acude uno de los terapistas ya que en estos casos el presupuesto se eleva, en la actualidad los apoyos económicos se encuentran suspendidos, siendo otorgados solo permisos para asistir a cursos o congresos a los miembros que lo soliciten, uno de los terapistas fundadores recuerda:

“Esas son las facilidades que nos da aquí el centro, nos da permiso, incluso hasta nos becan a veces, no ha todos pero si nos becan, 2 o 3 personas y ahí nosotros nos organizamos para ver quienes van a ir de gratis y quienes pagamos, pero todos vamos, de hecho todos vamos” (TG05).

Otro de los sujetos informantes declara:

“A veces nos mandan que a Veracruz, a Puebla, pero pues, ¡nos salen caros!, y pues a veces si van pero nomás uno, para una persona” (TG07).

Uno de los terapeutas comenta:

“Ahorita nada mas lo que nos dan es permiso, para cualquier curso que queramos; antes los organizaba el sistema DIF” (TG09).

Al referirse al 1er Congreso de la Asociación Sinaloense de Terapia Física y Rehabilitación realizado en Febrero de 2007 en Mazatlán Sinaloa el informante agrega:

“Ahora tu tienes que pagar tu inscripción, todo, en esa ocasión como fueron aquí en Mazatlán, por eso fuimos todos” (TG09).

Aunque están marcadas solamente 20 horas al año de capacitación para los terapeutas por parte del sistema DIF, estas nunca han sido exigidas ni solicitado ningún tipo de constancia o diploma que las justifique.

“Nos piden 20 horas al año, al año, y si las hacemos” (TG05).

Otro de los terapeutas agrega:

“Nunca nos las han exigido, pero estamos concientes que si las debemos de tener, y nosotros tenemos que estar preparados con los diplomas, con las constancias que nos dan, por si nos las llegan a pedir, entonces uno tiene que ir a los cursos a los congresos, de hecho siempre las cumplimos, esas 20 horas son poquitas y se hacen hasta en un fin de semana” (TG09).

5.8 Sesiones de enseñanza.

Como una estrategia para superar la falta de capacitación se implemento un Programa de Educación Medica Continua en donde se organizaban reuniones semanales de trabajo grupal con la finalidad de revisar casos prácticos o temáticas de interés, en donde cada uno de los terapeutas de la institución exponía un tema propuesto por el mismo y era comentado por los asistentes, o bien se invitaba a

algún profesional a hablar del tema; la asistencia a estas reuniones de enseñanza, como son denominadas por los miembros de la organización, eran de carácter obligatorio, ya que se suspendían las dos últimas horas de trabajo los viernes para realizar esta actividad, estas reuniones son recordadas por varios de los terapeutas de la institución:

“Hacíamos los viernes, cada una de las áreas, pero ya no se hicieron, no se porque, y creo que ahora se van a volver a hacer, pero si teníamos reuniones cada uno, hacíamos como... has de cuenta que... como una retroalimentación, puro terapeuta” (TG07).

Otro más comenta:

“Nosotros nos estábamos reuniendo, los viernes, todos y se exponía un caso, decían yo voy a hablar de la historia linfática refleja, y yo preparaba mi tema y lo leía de un libro, de otro y ya lo platicaba aquí entre todos, verdad, pero ya quitaron eso, quitaron esa hora y ya no nos juntamos, pero si nos juntábamos todos, un viernes daba una plática uno, otro viernes otro” (TG08).

Estas reuniones eran aprovechadas también para tratar temas de interés general cuando era necesario, ya que no es costumbre de los directivos de la institución el organizar juntas generales o reuniones de trabajo, estas reuniones de enseñanza cumplían una doble función, por un lado servían para mantenerse actualizados y suplir la falta de capacitación proporcionada por la institución, y por otro, proporcionar un espacio para tratar asuntos relacionados con las condiciones de trabajo o la organización del mismo, uno de los informantes relata:

“Nos dan dos horas a veces los viernes a la semana, todos los viernes, nosotros las pedimos, todos los terapeutas, para leer, para actualizarnos, para leer casos, para lo que nosotros queramos, a veces nosotros proponemos temas, proponemos temas así de patologías y los analizamos, los puros terapeutas, hay veces que viene el doctor, nos acompaña, y esas dos horas a veces las tomamos cuando tenemos algún problema, las sesiones que son necesarias ahí las vemos, ahorita las acaban de suspender hará como

unos 6 meses, las suspendieron pero ya nos las van a regresar, esta muy bien son dos horas a la semana” (TG05).

Estas reuniones se suspendieron por causas administrativas ya que cuando se nombro a uno de los médicos especialistas como jefe de enseñanza, este solicito recursos técnicos para el desarrollo de las sesiones y al no ser proporcionados el proyecto se cancelo, otro de los motivos percibidos por los miembros de la organización para la suspensión de las sesiones de enseñanza fue el agotamiento de los temas y el tedio que esto ocasiono, uno de los terapeutas comenta:

“Dijeron vamos a nombrar a un jefe de enseñanza, entonces dijeron que me iban a nombrar a mi, y estábamos de acuerdo y no se que, y dijo el Doctor va a ser el neurólogo, entonces él dijo que si, pero pidió muchas cosas y no hubo nada” (TG08).

Uno de los informantes agrega:

“También teníamos un programa de educación medica continua, cada viernes lo estábamos llevando, pero yo creo que agotaron los temas y nos aburrió seguir repitiendo los mismo, y teníamos pocos invitados para que vinieran, para que nos dieran platicas, y empezamos a espaciarlo y ahora no los tenemos” (TG09).

Actualmente se están realizando gestiones para reanudar el programa de Educación Medica Continua,

“Hay veces que nos podemos de acuerdo y queremos trabajar y tenemos una reunión por semana, hace tiempo que no lo hacemos ya estamos en planes de volverlo a hacer, ya... estamos en eso” (TG06).

5.9 Rotación de puestos.

La rotación de puestos en la organización no es una práctica común, ya que de los seis terapeutas entrevistados ninguno de ellos ha cambiado nunca de área de atención, estando asignados al área de terapia de gimnasio desde su incorporación a la institución; que como se menciono proporciona atención a

pacientes de 6 o mas años de edad, solo se tuvo conocimiento de dos terapistas que han cambiado de área, una de ellas tiene por costumbre proponerse para atender cualquiera de las dos servicios y es común que después de algún de tiempo sea reubicada, en el caso del segundo sujeto este fue solicitado para cubrir a la primera ya que fue incapacitada debido a una operación que se le practico en el tiempo del trabajo del cubrió el trabajo de campo.

En los inicios del centro de rehabilitación no existía una clara definición de funciones salvo en el caso de los servicios de terapia y valoración por especialidad, en donde se incluyen la atención medica y psicológica; el personal que ingresó en los primeros años del DIF Mazatlán ha pasado por áreas muy disímiles entre sí, una de las trabajadoras sociales declara haber laborado en la institución como encargada del área de estadística:

“Cuando entre a trabajar aquí pase por varios puestos, entre yo en administración, llevaba la estadística de todo el centro, después el doctor Ferrer que en paz descanse, me dijo que me cambiara al área de trabajo social” (VA12).

Otro caso que se puede tomar como ejemplo es el de la actual encargada de archivo quien es terapeuta físico fundadora de la institución y realizó funciones de acuerdo a su perfil hasta hace [\(revisar datos\)](#) cuando pasa a hacerse cargo del archivo; cabe señalar que la persona que estaba encargada como responsable de esta área desde su fundación es también terapeuta y pasa a ser responsable de la sala de electroterapia, lugar que ocupa hasta a fecha.

El informante VA11 estuvo asignado a servicio social realizando trabajo de campo desde la fundación de la institución y hasta 1995, año en que pasa al área de orientación, que se encarga de proporcionar horarios a los pacientes del gimnasio de rehabilitación y llevar el control de las sesiones de los terapeutas, esta labor la realiza hasta 1999, cuando por intervención del entonces director de CRRM Mazatlán, el Dr. Ferrer regresa al departamento de trabajo social y pasan al

informante VA12 de trabajadora social a orientación; esto provoco una polémica en los trabajadores del centro ya que VA11 es trabajadora social a nivel técnico y VA12 posee nivel licenciatura, en el momento del cambio VA12 no tenia titulo, esta fue la razón que se expuso para justificar este cambio, sin embargo la mayoría justifico el cambio a través de la posición que el esposo de VA11 tiene en el Centro de Rehabilitación, ya que es uno de los terapistas que tiene mayor prestigio, era delegado sindical en esos momentos, cargo que detento por 12 años y además posee un fuerte liderazgo informal.

5.10 Perfil de puesto.

Debido a que la mayoría de los trabajadores del área administrativa ingresan a la institución por medio de alguna recomendación, estos no son ubicados en alguna posición en función de su perfil de puesto, descubriendo que la encargada de caja solo termino la primaria y uno de los intendentes tiene la preparatoria terminada; encontrando como criterio principal para la asignación de funciones las características individuales de los miembros de la institución, recordemos en caso de la encargada de caja que siendo una persona que posee una capacidad limitada para realizar esfuerzos intelectuales, solo se limita a cobrar y entregar la cantidad recaudada al administrador de la institución, habiendo anotado en un papel la cantidad, siendo la trabajadora social quien se encarga de realizar el corte de caja y el llenado de las formas correspondientes, o el caso del área de orientación donde organizan las copias de los recibos de pago para canalizarlos semanalmente a la administración de la institución, se reconoce que es trabajo que no corresponde al área de atención, sin embargo, se cumple con la tarea sin reclamo alguno, al respecto el informante comento:

“Hago la estadística financiera, o sea todo lo que cobra caja del diario, yo lo vació en unas formas, recibo por recibo, sumando diatermia y todo eso, entonces tengo que

sumar todas esas cantidades, y ya me sale todo lo que se cobro en el día, y ya todo eso yo se lo paso al administrador y ya él lo vacía en un informe mensual” (VA11).

Recordemos el comentario de la encargada de orientación:

“Lo que para es que el licenciado me lo dio a mí, yo lo hago, pero no tiene nada que ver con lo que es la oficina” (VA12).

Esta situaciones se refleja también en la asignación de tareas en el área de intendencia donde al personal se le indico que labores debían realizar al ingresar al centro de rehabilitación, sin indicar ninguna división de funciones por área o tarea, sin embargo, ellos mediante la practica cotidiana de su trabajo dividieron sus labores, correspondiendo a un miembro del sexo femenino las tareas mas ligeras en atención a su sexo y edad, ya que este sujeto dobla en edad al otro trabajador del área de intendencia, el resto del tiempo realizan por cuenta propia labores de apoyo al resto del personal y a los pacientes del centro de rehabilitación, uno de los intendentes de la institución comenta:

“Pues según hacer como limpieza así, que este todo bien, limpio, barrer, trapear y... limpiar vidrios, sacar basura” (PA02).

Otro agrega:

“Nos indicaron que hacer, o sea que PA02 hace todo esto, y yo hago las oficinas, las primeras, y las del medio las hacemos entre los dos” (PA03).

Al respecto otro de los intendentes reitera:

“vengo haciendo de todo o sea, que mandaditos y todo eso, pintar también, compran pintura, cuando ahí pues, que compran pintura” (PA02),

Es en la caso de los terapistas quienes poseen una normalización de las habilidades como requisito para la asignación de puesto, “las habilidades (y los conocimientos) se normalizan cuando ha quedado especificado el tipo de preparación requerida para la realización del trabajo” (Mintzberg, 1999), y en virtud de que todos poseen el mismo perfil de terapia física, las características

individuales son reconocidas como fundamentales por el director del CRR I Mazatlán de tal suerte que se les brida un trato diferenciado, en entrevista sostenida con este sujeto declara:

“Cada trabajador, cada terapeuta es diferente, entonces reacciona de diferente manera, y también he tratado de manejar esa situación con ellos, para crear el ambiente mas tranquilo” (VA10).

5.11 Sueldos y prestaciones.

Los sueldos y prestaciones de los trabajadores del centro de rehabilitación DIF Mazatlán están homologados con el sector salud del estado de Sinaloa, los miembros de la organización que poseen nombramiento base pertenecen al sindicato de _____ y los logros de este son trasladados de forma automática al nivel estatal, por lo tanto las gestiones realizadas por aquel sindicato simplemente son solicitadas por el sindicato del ESTASE siendo al que pertenecen los trabajadores administrativos del CRR I Mazatlán, siendo los trabajadores del área administrativa son los que se encuentran mas desprotegidos en este sentido, ya que las intervenciones en su favor son casi nulas y algunas de las veces simplemente no son promovidas ya que históricamente los delegados sindicales por ser terapeutas no promueven estas acciones, uno de los terapeutas comenta

“El nivel de salario esta homologado con el sector salud, en un principio no era así, estuvimos peleando hasta que lo igualaran a lo que gana un terapeuta en el sector salud, dentro del organigrama hay terapeutas, están ellos en el hospital psiquiátrico” (TG09).

Otro comenta:

“Estamos bien, nosotros supuestamente somos homologados porque somos trabajadores de la salud, entonces nos regimos por el pliego petitorio y los logros que haga el PEF ¿ves? entonces los aumentos de sueldo que logra aquel los pelea el sindicato de

nosotros para que nos den el aumento, y si lo hace, nos llega con retroactivo un poco después pero llega” (TG09).

Y agrega:

“Los administrativos ya pertenecen al ESSTASE al 100%, entonces creo que han logrado pocos aumentos, pero si tienes aumentos” (TG09).

Una de las trabajadoras administrativas comenta como el hecho de ser titulada y tener la categoría mas alta para este nivel no le significa ningún beneficio económico, al respecto declara:

“A mi lo único que me dan es una compensación, por estar titulada, soy analista que es la categoría mas alta que se tiene, y sin estudios puedes conseguirla a los 20 años, bueno a mi me llego a los 15, y \$100.00 que me llegan mas por la titulación” (VA12).

El heredar plazas a familiares de los trabajadores no es una practica común para los trabajadores del estado de Sinaloa, ya que en la actualidad el numero de familiares de trabajadores próximos a jubilarse rebasa al numero de plazas disponibles en el sistema, y para el sector salud la situación se recrudece ya que el numero de trabajadores se reduce; en el centro de rehabilitación existe un individuo que ya tiene 24 años de servicio y cuenta con edad suficiente para jubilarse sin embargo no lo ha hecho porque guarda la esperanza de pasarle la plaza a su hijo, uno de los terapistas del CRRRI Mazatlán pertenece a la recién electa planilla azul del sindicato del ESTASE y en él deposita esperanzas de poder hacer algo al respecto, al respecto al sujeto comenta:

“Voy a cumplir los 25 en octubre... nomás que quiero pasarle el trabajo a mi hijo el las chico, nomás que no hay posibilidad” (PA03).

Y agrega:

“Como son muchos los sindicalizados y no hay plazas que lo que van a hacer, si es quedaba la azul, que iban a hacer una tómbola, para que no hubiera favoritismos pues, que iban a hacer una tómbola con todos los hijos y a ver quien queda” (PA03), y agrega:

“es que como andaban en el cambio de delegado, es lo que estoy esperando ya que se acomodan porque ya me dijeron que tengo que empezar a investigar sobre mi preposición, para ver como están las cosas” (PA03).

5.12. Fuentes de conflicto.

En el área de gimnasio no existe una asignación de mesa de trabajo para cada uno de los terapeutas que atienden en este servicio, habitualmente eligen para trabajar cualquiera de las mesas disponibles en esta área; esta practica ha favorecido al establecimiento de un acuerdo que especifica que al faltar algún paciente y desocuparse una mesa cualquiera de ellos la puede ocupar para avanzar su trabajo, esta situación no genera problema alguno para el compañero que tenga que esperar un poco para que la mesa se desocupe y poder continuar con su ritmo de trabajo, al respecto uno de los terapeutas comenta:

“Cada quien puede escoger la camilla que este libre, se supone que hay una para cada quien, y en ocasiones uno puede no tener paciente y uno puede ocupar dos, no hay problema, y nadie se va a molestar, hay una regla en el equipo, que si están dos mesas desocupadas, uno no tiene paciente y el otro tiene dos pacientes, pueden tener dos al mismo tiempo” (TG09).

Sin embargo, este acuerdo no es general como es considerado por algunos sujetos entrevistados, la falta de mesas de trabajo necesarias para atender el flujo de pacientes de la institución genera una de las principales fuentes de conflicto para algunos de los terapeutas del CRRRI Mazatlán, si bien existe una mesa de trabajo para cada terapeuta el ritmo de avance de cada uno de es distinto, debido a que las necesidades terapéuticas de los pacientes y las condiciones de motricidad de los mismos son diversas; esta situación provoca que en ocasiones se acumule el trabajo causando enojo, cabe señalar que la única persona que manifestó disgusto

al respecto fue uno de los terapeutas que ingreso en momento posterior a la fundación de la organización, este sujeto señala:

“Hay menos mesas, se enoja uno porque le quitan la mesa, y todo ese tipo de problemitas” (TG06).

Otra causa de conflicto es el hecho de que no existe personal para cubrir la falta de algún terapeuta, producida por ausencia laboral o incapacidad, ocasionando problemas ya que algunos se niegan a atender a los pacientes del compañero que faltó ya que esto les ocasiona retraso en su ritmo de trabajo, uno de los terapeutas entrevistado comenta:

“Ya vez que falta uno y no queremos atender a otro paciente, ¿Por qué?, porque a veces tenemos saturado, a veces también hay terapeuta que se cuelga, que se tarda mucho, de esa índole” (TG07)

Otro más de los terapeutas agrega:

“Porque aquí tenemos muchas diferencias, en el DIF de allá de Culiacán hay quienes suplan a los terapeutas que faltan ¡y aquí no!, aquí a veces falta un terapeuta... y a veces no puede uno con los que tiene y se le cargan mas” (TG05).

Sin embargo, los conflictos generados entre los terapeutas no son reflejados en el ejercicio de su trabajo, ya que anteponen la atención del paciente sobre sus conflictos personales, (se regresará posteriormente sobre este punto en la siguiente apartado del trabajo al revisar el espíritu de servicio de los miembros de la institución), uno de los terapeutas que mostraba disgusto por esta situación agrega:

“Pero al final de cuentas enojados, enojados pero atendemos, y sin mal modo al paciente, porque el paciente pues no tienen la culpa, de que el terapeuta no haya venido, o que no este” (TG07).

Las carencias del centro de rehabilitación ocupan un lugar primordial en las preocupaciones de los trabajadores, al hablar de las condiciones existentes la falta de terapeutas pasa a segundo termino sobre las deficiencias en las instalaciones y

la falta de espacios para proporcionar un adecuado servicio a la demanda creciente de pacientes, la mayoría de los trabajadores del centro de rehabilitación han sido testigos del deterioro del mismo, viendo como el CRRRI Mazatlán es cada vez mas disfuncional ya que no cuenta en muchos de los casos con rampas para discapacitados e instalaciones adecuadas para atención a esta población, además de no poseer un diseño arquitectónico congruente con el objetivo de persigue, uno de los terapeutas comenta al respecto:

“Lo que es la instalación del centro esta bien deteriorado, nunca le han dado digamos con ganas una manita de gato pues, el centro no ha crecido, sigue igual” (TG05).

Y agrega:

“Este centro como que ya caduco, ya necesita que lo... que le den mantenimiento de todo a todo, casi, casi que lo hagan nuevo, ¡es una vergüenza trabajar aquí!, hay veces que no hay ni las instalaciones eléctricas adecuadas para el equipo” (TG05).

Otro de los terapeutas declara:

“Tal vez nos hacen falta más terapeutas, si no nos quieren dar contrato a nosotros ¿tu crees que nos quieran mandar mas terapeutas?, porque debería haber un terapeuta en el tanque, acá en tinas, y ya seria ampliar esta área para que haya dos terapeutas por electro, dos por ultrasonido, pero pues, ya vez que el área esta muy chica y el centro también es muy chico, necesitamos mas espacio, porque ya vez que no son menos, ahora son mas inválidos, mas discapacitados, cada día son mas y mas y mas” (TG07).

En el mismo sentido otro terapeuta realiza comentarios similares:

“Este centro necesitan hacerlo mas grande, o derrumbarlo para tirar los techos y hacerlo con áreas mas definidas, porque no tiene áreas definidas, el hospital militar tiene una área para diatermia, otra para electro y otra parte para hidroterapia... tiene muy buen equipo y no es un área tan grande” (TG08).

Capítulo VI. Representación social de la discapacidad del Centro de Rehabilitación Integral DIF Mazatlán.

6.1 Representación social de la discapacidad.

Las representaciones sociales en tanto construcciones colectivas corresponden por una parte, a la sustancia simbólica que entra en su elaboración y por otra, a la práctica que produce dicha sustancia; de esta manera en la representación social de la discapacidad se ponen en juego la noción de discapacidad edificada por los miembros del CRRRI Mazatlán y la interpretación que de su práctica realizan a partir de las vivencias organizacionales experimentadas en el desarrollo del proceso de rehabilitación; se considera entonces que no hay un corte dado entre el universo exterior y el universo del individuo, que en el fondo el objeto y el sujeto no son heterogéneos en su comportamiento y solo existe una función de los medios y los métodos que permiten conocerlo; los sujetos miembros de la organización en estudio perciben su realidad a través de cogniciones que de su entorno realizan, las cuales se van modificando en el desarrollo de la rehabilitación de la discapacidad; de tal suerte que se resignifican las interpretaciones elaboradas; desde esta perspectiva las representaciones sociales son conjuntos dinámicos, su característica es la producción de comportamientos y de relaciones con el medio, es una acción que modifica a ambos y no una reproducción de estos comportamientos o de estas relaciones, ni una reacción a un estímulo exterior dado.

Una representación social es un “conjunto organizado de cogniciones relativas a un objeto, compartidas por los miembros de una población homogénea en relación con ese objeto, la representación social se define por la homogeneidad de la población, que se explica a su vez por la colectividad de la representación social” (Flament, 2004).

6.2 Elementos preliminares.

6.2.1 Primeros contactos con la discapacidad.

La mayoría de los terapeutas del CRRRI Mazatlán entrevistados tuvieron contacto con la discapacidad desde temprana edad, ya sea en su entorno familiar o bien con personas allegadas, en todos los casos esta relación se estableció de manera habitual, con algunas variaciones en cada uno de los casos; solo dos de los seis informantes del grupo de los terapeutas declararon que tener contacto con la discapacidad hasta su adolescencia muy poco antes de iniciar su formación profesional, los sujetos en cuestión declaran:

“Desde mi niñez, yo tenía un primo que tenía polio, en ese tiempo todavía había polio... una sobrina que tenía parálisis cerebral, yo no sabía que me iba a dedicar a ellos, pero yo creo que a mí eso fue lo que me hizo verlos como cualquier persona normal, nunca los vi o me dio curiosidad de quedarme viendo y eso” (TG09).

“En la casa mi hermano menor tuvo como principio de polio y se le nota poquito, pero se le nota pues, yo creo que esa fue la primera vez” (TG05).

“En la infancia a la vuelta de la casa había un muchachito, se llamaba Lenchito en paz descansa, tuvo un problema y se quedó acostado en la cama, adelgazo que se quedó en los puros huesitos, lo íbamos a visitar me acuerdo” (TG04).

“Yo desde niño tenía un vecino que era secuela de polio, convivimos mucho, yo lo llevaba a la escuela en la silla de ruedas y tuve mucho contacto con él, vivía enfrente de mi casa, yo tenía unos 13, 14 años me parece” (TG06).

“En el rancho nunca vi discapacitados, desde que me puse a estudiar en Culiacán fue cuando yo mire discapacitados” (TG08).

Para algunos estos primeros contactos con discapacitados si bien no despertaron interés por estudiar alguna profesión encaminada al tratamiento de la discapacidad, tampoco generó rechazo hacia estas personas, por el contrario despertó curiosidad por saber por saber acerca de la condición de estos individuos y las causas de su discapacidad, el médico especialista comenta:

“Cuando estaba chico yo tenía contacto con ciegos, con gente que tenía problemas de secuela de polio, los veía yo que andan con su problema de andar claudicando o cojeando, ¿qué tiene?, ¿qué le paso?, entonces recuerdo que me decían tuvo polio o es ciego y así, pero era curiosidad lo que tenía nada mas” (VA10).

Algunos otros establecieron contacto cercano con la discapacidad hasta que comenzaron a desempeñarse en la organización, esta situación corresponde con mayor incidencia a los miembros del área administrativa y servicios de valoración; siendo esta experiencia difícil de afrontar ya que el manejo del paciente discapacitado es especial y estos sujetos carecen de capacitación alguna en el manejo de la discapacidad, se destaca el caso de uno de los intendentes que a su ingreso en la escuela de educación especial⁷ trataba con niños discapacitados, al respecto el informante recuerda:

“En la escuela de educación especial había débiles visuales y sordomudos, eran niños que dependían de uno” (PA03).

El mismo sujeto agrega:

“Había veces que se portaban tan mal, nos aventaban cosas, nos hacían cada travesura, dos o tres veces me tumbaron, me ponían un hilo de esos transparentes de plástico y yo iba con la cubeta de agua y no veía el hilo, y volaba yo, hay me moría de coraje” (PA03).

La encargada del área de valoración señala:

“Fue aquí... cuando entre a trabajar aquí tenía 18 años, de repente veo un niño con parálisis cerebral fue impactante para mí, los primeros años... fue muy duro” (VA12).

Como ya se menciona el contacto cercano con familiares discapacitados se transforma en algunos casos una motivación para estudiar terapia física, el ingresar al entorno de la discapacidad sensibiliza a los terapeutas de la institución para formarse en un área que les permita ayudar a personas que padecieran alguna discapacidad, uno de los terapeutas de la organización comenta:

⁷ Cabe recordar que los intendentes fueron transferidos de la escuela de educación especial al momento de la fundación del CRRI Mazatlán.

“Iba a entrar a la carrera, tenía una prima con síndrome de down, tenía como cinco años, y al tiempo nació otra primita que tenía... nació como vegetal, no veía, no oía, no hablaba, nada, entonces yo dije yo voy a estudiar terapia física para sacar adelante a mucha gente” (TG07).

Para algunos otros de los terapistas el constatar de manera directa la discriminación que sufren algunas personas con discapacidad por parte de sus familiares o de las personas que se quedan a su cuidado, la falta de oportunidades de atención médica y un adecuado plan de rehabilitación, fue uno de los factores determinantes que los hace considerar el dedicarse a la terapia física, uno de los terapistas de la organización relata su experiencia durante el desarrollo de su servicio social en salud comunitaria:

“Cuando yo estuve en el servicio comunitario, yo miraba que mucha gente por discapacidad ahí se quedaba, mucha gente que le pegaba un embolia cerebral, y se quedaba ahí, o los escondían, no los sacaban, no los atendían, la gente se avergonzaba de tener un familiar así, yo en el servicio comunitario de todo eso me fui dando cuenta, cuando se da lo de rehabilitación me gusto, por eso hice el examen, ahí yo empecé a definir que rumbo iba a agarrar” (TG04).

Para algunos de los miembros de la organización el contacto con la discapacidad fue experimentado en su persona, siendo ellos discapacitados, si bien esta vivencia toma formas distintas en ambas ocasiones limita a los informantes a proseguir con sus proyectos de vida; en el caso del sujeto con discapacidad auditiva se producen cambios en su personalidad tornándose ausente y distante del resto de las personas para centrándose en si mismos, al respecto el individuo comenta:

“El problema mío fue que cuando tenía ya unos 9, 10 años yo empecé a tener problemas de oído, se dieron cuenta mis padres muy rápido, porque a mi me salía pus, no teníamos seguro y mi problema era de operación, y como no teníamos seguro no teníamos para la operación” (TG06).

“Y ese problema me fue aislando de la gente, cuando me hablaban yo al contrario... trataba de evitar a la gente, porque no escuchaba para que te iba a tener enfrente, y cada vez que me hablaban me iba, me retiraba, y empecé a encerrarme” (TG06).

“Llegue hasta quinto porque me enferme, tuve un problema muy fuerte... no me encontraban que era lo que tenia, era migraña y la migraña pues fatal ¿verdad?, entonces no me entraba nada, ya después me estuvieron tratando, como unos dos años me trataron” (PA01).

6.2.2 Percepción de la discapacidad.

Para los terapeutas de la organización la discapacidad es percibida como una condición limitante para los sujetos que la padecen, que impide la realización de actividades cotidianas, de orden práctico, social y laboral; sin embargo esta condición puede ser superada por los pacientes a través del proceso de rehabilitación en que los terapeutas contribuyen de forma activa, uno de los terapeutas comenta:

“La discapacidad es cuando pierdes algo, algo que te hace falta y que necesitas recuperarlo” (TG05).

Otro informante agrega:

“Es un proceso transitorio podemos decir verdad... que tiene chanza de recuperarse y que es cuestión de enfoque de cada persona” (TG08).

Los sujetos miembros de la organización que no pertenecen al servicio de terapia física percibe al discapacitado como un individuo desvalido que necesita ser protegido, al que deben ayudar en el proceso de rehabilitación, de esta manera la idea de discapacidad va de la mano con el sentimiento de protección, uno de los sujetos responsables del área de trabajo social comenta:

“Antes los veía en la calle y decía una persona invalida, ahora desde que ya estoy aquí trabajando siento como ternura... me inspiran no lastima, como que deseos de ayudarlos a que puedan salir adelante con su problema” (VA11).

La mayoría de los miembros de la organización se identifican con la discapacidad y la relacionan con su historia personal, recordemos que la mayoría de los informantes establecieron contacto desde temprana edad con el entorno de la discapacidad a través de

amigos o familiares lo que produce que se desarrolle un sentimiento de solidaridad hacia los discapacitados en cualquiera de sus dos vertientes ya sea física o emocional.

Para algunos de los miembros de la organización el trabajo con discapacitados fue difícil en un principio, el enfrentarse cara a cara con la discapacidad en una relación directa fue una experiencia traumática que se modificó con el paso del tiempo, hasta convertirse en una relación de iguales, llegando a ver a los discapacitados como individuos que no se distinguen en nada del resto de las personas, uno de los terapeutas relata su primer día de trabajo en el área de terapia ocupacional:

“Lo que si me daba mucho miedo fue la primera vez que entre aquí al centro, ya había tenido pacientes antes, pero en Culiacán y ya conocía a la mayoría de la gente que iba al DIF y aquí no” (TG07).

El mismo terapeuta comenta:

“Mi primer paciente fue Rafa que tiene movimientos involuntarios, y lo voy viendo y empezó muévase y muévase y yo por dios santo que casi se me salía el corazón, me dio un miedo, pero dije tengo que vencerlo, tengo que vencer ese miedo y logre vencerlo” (TG07).

Y agrega:

“Ahora me rió, me rió porque digo: personas indefensas que no me iban a hacer ni daño, y yo les tenía miedo, ahora ya tengo mucho tiempo trabajando en esto y me rió de mi misma del miedo que me daba” (TG07).

El responsable del área de valoración recuerda:

“Cuando entre a trabajar tenía 18 años, de repente veo un niño con parálisis cerebral y fue muy impactante para mi, los primeros años... fue muy duro” (VA12).

Y agrega:

“Los veo ahora así como cualquier persona normal” (VA12).

Uno de los intendentes habla acerca de sus primeras experiencias de trato a personas con discapacidad:

“Al principio como era primera vez que yo trataba con esas personas para mi fue muy duro, inclusive porque los niños son insoportables, muy inquietos, entonces a mi me tocaba andar en el camión recogiendo en las colonias” (PA03).

Y agrega:

“Yo creo que no voy a aguantar estos niños son bien tremendos, mi marido me decía: aguántate o ya no vayas, pero me quede y ya, cuatro años y me acostumbre” (PA03).

Para la familia de los terapeutas la realización de su trabajo es motivo de orgullo, saben que la labor de sus familiares es importante para la recuperación de personas con discapacidad y se interesan por los casos que atienden, despertando curiosidad en sus hijos y siendo tema de conversación el tratamiento y la evolución de los pacientes que atienden así como las causas de la discapacidad que padecen, uno de los terapeutas comenta:

“A mis papas les gusta lo que hago por que a veces hasta allá llega lo que nosotros hacemos aquí, ellos hablan muy bien de mi, ellos creen de mi” (TG05).

Otro sujeto señala:

“Un poquito se involucran, porque les platicamos, o preguntan porque les paso ese problema, si vamos a algún lugar los ven y ellos los ven normal” (VA11).

El director de la institución agrega:

“Mis hijos también saben lo que yo hago y están de acuerdo, ellos ven un paciente o algo y platican, hablamos sobre el tema este de la discapacidad... de pacientes que tienen algún trastorno” (VA10).

Solo en uno de los casos revisados para la familia de los miembros de la organización es difícil asimilar que sus familiares trabajen manipulando discapacitados, en algunos de los casos no lo consideran una tarea adecuada para personas del género femenino, o simplemente una ocupación poco interesante, uno de los terapeutas comenta:

“Mi familia a veces dice es que es muy pesado para una mujer trabajar con discapacitados, digo no es pesado cuando te gusta, cuando lo haces de corazón” (TG07).

6.3 Estructura RSD.

La interpretación es constituida por un conjunto de informaciones, de creencias, de opiniones y de actitudes al propósito de un objeto dado, el análisis de una representación y la comprensión de su funcionamiento necesitan obligatoriamente una doble identificación: la de su contenido y la de su estructura. Es decir, los elementos constitutivos de una representación son jerarquizados, asignados en una ponderación y mantienen entre ellos relaciones que determinan la asignación y el lugar que ocupan en el sistema representacional, del esta manera se presenta a continuación la estructura de la representación social de la discapacidad del Centro Regional de Rehabilitación Integral DIF Mazatlán, partiendo de la noción de núcleo central constituido por el concepto de discapacitado en torno a la cual giran los elementos periféricos de dicha representación.

6.4 Núcleo central.

Sobre el tema de la percepción social, los trabajos de Asch en 1946 refuerzan la idea de organización centralizada, estudia como se constituye la representación, la imagen que nos hacemos del otro a partir de un conjunto de informaciones, lo que llama la atención es como un elemento que la determinan desempeña un papel determinante en el sentido que genera la naturaleza de la percepción, los otros elementos de la representación social serán pues retenidos, categorizados e interpretados en función de la naturaleza del núcleo figurativo. “el núcleo central es le elemento principal de toda representación constituida y que puede, de algún modo, ir mas allá del simple marco de objeto de la representación para encontrar directamente su origen en valores que lo superan, y que no necesitan aspectos figurativos, esquematización, ni concentración” (Abric, 2004).

6.4.1. Idea de discapacidad.

La edificación de la representación social de la discapacidad para los miembros de la organización en estudio parte del concepto de discapacitado, el cual tiene varias acepciones que se moldea según la situación y los actores que participan en ella; una de las ideas manifiestas es el considerar a la discapacidad como una limitante física para realizar actividades motoras, del tipo que los pacientes desempeñaban regularmente antes de padecer una condición discapacitante; de esta manera se entiende a la discapacidad como una condición que obstaculiza la facultad de las personas para realizar actividades de la vida diaria, ya sea en el ámbito familiar, social o laboral, es una limitante para proseguir con la vida tal y cual acostumbra cada individuo, uno de los informantes comenta:

“Pues es cuando la persona no se pueda mover” (PA01).

Un sujeto señala:

“Yo pienso que es una limitación física que se adquiere por algún accidente, alguna enfermedad... o sea que se tiene limitación física para poder desenvolverse, desempeñarse en su vida cotidiana, yo pienso que eso puede ser” (VA11).

Otro terapeuta agrega:

“En un proceso en el cual el individuo esta... ve interrumpidas pues sus actividades de la vida diaria o sus actividades que ha realizado todos los días, verdad, si trabajaba pues ya se interrumpió por algún problema motor o degenerativo, un proceso de limitación pues de lo que el individuo hacia y ahora ya no puede hacer, eso es una discapacidad” (TG08).

En el mismo sentido habla una de los intendentes de la institución:

“Pues una persona que no esta en posibilidades de trabajar en lo que ella desea, es como una persona que no puede ir a trabajar y le gustaría hacerlo, entonces pues, eso es una discapacidad, o personas que no hablan y no pueden tener comunicación con las personas, o que no ven, pues para mi eso es una discapacidad” (PA03).

El responsable de trabajo social agrega:

“La discapacidad física es un problema, es un problema para el paciente que la padece, porque eso significa limitación de algo, y si es física entonces la limitación es física, entonces esa es la discapacidad” (VA10).

El discapacitado es percibido como alguien que necesita ayuda, una persona a la que hay que asistir para que realice las actividades de la vida diaria, que depende de los no discapacitados; en este sentido en casa la familia provee el apoyo necesario, y los miembros de la organización proporcionan la ayuda que los pacientes requieren para lograr una recuperación funcional, el sujeto responsable del área de valoración comenta:

“Es alguien que necesita de tu apoyo, que nos se puede valer por si solo en la discapacidad que tiene, si es alguien en silla de ruedas, pues hay que ayudarlo, a lo mejor no al 100%, si es un débil visual igual, enseñarlo a que se desenvuelva” (VA12).

Uno de los terapeutas comenta:

“La discapacidad es cuando pierdes algo, algo que te hace falta y que necesitas recuperarlo, ¿ves? para mi eso es la discapacidad, puedes perder diferentes cosas” (TG05).

La carencia de cualquier habilidad social que impida al individuo integrarse al grupo y ser socialmente funcional también se entiende como una discapacidad, en síntesis una discapacidad es entendida como la ausencia de capacidades, físicas, psicológicas, emocionales y sociales que imposibiliten al ser humano el desarrollo de habilidades biopsicosociales que la permitan integrarse a una sociedad, ser funcionales y productivos en su entorno.

Un terapeuta de la institución comenta:

“Problemas mentales, problemas psicológico.... hay veces que se siente uno menos hasta por andar de novio y esto ya es una discapacidad, ¿verdad?” (TG04).

De esta manera la discapacidad también se asume como una herida emocional recibida en la infancia o adolescencia, que marca a los individuos y es producto de eventos que fueron percibidos por ellos de forma traumática; los miembros de la organización

comprenden esta acepción de discapacidad ya que desde esta perspectiva ellos mismos son discapacitados, ya que desde su punto de vista estos sujetos vivieron experiencias difíciles de asimilar como el distanciamiento del padre, ya sea por abandono o muerte, que llega incluso a producir discapacidad física, la frialdad de la madre o la pobreza sufrida en la niñez, un sujeto del área de valoración señala:

“Me lastimo esa etapa en que mi papá y mi mamá no estuvieran juntos, como que lo tengo bien guardado dentro de mí... y casi no lo saco, pero... hubo una época que... lloraba yo mucho” (VA12).

Un terapeuta comenta:

“Mi infancia fue un poquito difícil... fijate todos mis amiguitos tenían su papá, todos, ellos tenían su papá, jajaja verdad, mi papa yo lo tenía pero lo miraba muy a lo largo” (TG04).

Para el mismo informante es una huella difícil de olvidar y esta presente en sus relaciones actuales:

“Pensaba que si jugada fútbol y mi equipo perdía, perdía por mí... sí iba a hacer algo sentía que me iba a salir mal, sentía que toda la gente me señalaba, y sí me señalaban” (TG04).

Y agrega:

“No se si todavía tengo algo guardado de esa misma inseguridad ¿verdad?, porque eso se arraiga en uno, me siento tan importante como otra persona... a lo mejor me queda por ahí algo guardado” (TG04).

Uno de los intendentes relata como la muerte de su padre cambio su vida familiar y le desencadena una discapacidad de lenguaje:

“Tenía como 10 años cuando murió mi papá, estaba como en quinto de primaria, cuando murió mi papá tuvieron que trabajar mis hermanos... cuando se muere un papá es muy diferente, cambian mucho las cosas, mi mamá se enfermaba mucho pues, así de los nervios y eso” (PA02).

El mismo informante al respecto agrega:

“Yo recuerdo que cuando estaba chiquillo hablaba bien, cuando murió mi papá... como que empecé a tartamudear un poquito, y mas, y mas...de chiquillo era mas, se me pegaba mas la lengua, como después de los 10 años empecé” (PA02).

Otro sujeto relata la presencia de una madre poco propensa a demostrar afecto, que se reproduce de manera involuntaria hacia los hijos aun y cuando se quiera cambiar de esquema, y el dolor que esto provoca:

“Mi mamá es una mujer de pocas palabras, no es una mujer amorosa que te ande abrazando y besando, eso si me hizo falta, yo tampoco soy así con mi pareja” (VA12).

La pobreza vivida en la infancia causa también una herida emocional en uno de los informantes:

“Pues mi papá... el si tenía forma de habernos ayudado pero la mujer no lo dejaba, entonces nosotros pues ni la primaria terminamos, porque el nunca nos quiso ayudar” (PA03).

Y agrega:

“Pues mi niñez fue triste porque tu sabes que sin padres y pobres duele verdad hasta recordarlo” (PA03).

Solo los miembros de la organización del área administrativa y de valoración perciben la angustia de padecer discapacidad y estar en desventaja hacia las demás personas, uno de los intendentes comenta:

“Y luego los débiles visuales que llegaban sin ver, uno agarrado del otro, se me hacia muy triste, se me hacia muy difícil ver todo eso porque yo nunca lo había visto, y me daba mucha tristeza y llegaba a la casa con un doloron de cabeza, que en vez de comer llegaba a dormir” (PA03).

La encargada del área de valoración agrega:

“A de ser feo tener un problema así, que uno quiere y no poder caminar, no poder hacer las cosas que uno quiere” (VA11).

Solo uno de los sujetos entrevistados concibe a la discapacidad como un estado indeseable del ser humano, como una condición que no se desea experimentar jamás, ni para si mismo, ni para los demás; no se llega a vislumbrar como seria padecer una discapacidad, se considera algo fuera de cualquier posibilidad imaginativa y se cree seria para un profesional en rehabilitación más doloroso ya que poseen demasiada información al respecto, uno de los terapeutas señala:

“La discapacidad es algo feo que no se lo deseo a nadie, ni a mi peor enemigo fijate, a veces quedas como vegetal, a veces no te puedes mover, me digo ojalá que nunca llegue a pasar por ahí verdad, porque no soy... me puede pasar” (TG07).

La discapacidad es también entendida como un reto para quien la padece, como una prueba en la vida, que si bien es difícil superar no es imposible realizar; de este manera el discapacitado se encuentra en un estado de desventaja aparente, ya que los individuos que padecen esta condición desarrollan algunas de las áreas funcionales que poseen por encima de la capacidad del resto de las personas, transformando de esta manera su discapacidad en una ventaja sobre el resto de la población, uno de los terapeutas comenta:

“Es un estado de la persona donde esta en desventaja, entre comillas, digo entre comillado porque son mucho mas capaces que nosotros muchas veces, porque desarrollan mucho una área que nosotros no, pero ellos aprovechan mucho mas lo que les queda” (TG09).

La discapacidad se convierte en un problema de actitud hacia la vida, ya que muchas personas se centran en el aspecto negativo de padecer una discapacidad, olvidando el abanico de posibilidades de las que pueden hacer uso para hacer mas llevadera su condición, y que cuando logran enfocarse en los aspectos positivos de la vida la discapacidad es en gran medida superada, uno de los informantes comenta:

“Una embolia por ejemplo puede ser discapacitante para un paciente y para otro no, hay apacientes que tienen un ebc y son pacientes que manejan, trabajan y todo, y hay otros que se quedan ahí teniéndose lastima ellos mismos, entonces la discapacidad es diferente en cada paciente” (TG08).

La discapacidad es entendida de diferente manera por cada persona, depende de la visión que cada individuo tenga de la vida y de su condición en particular, la salud mental del discapacitado es un factor clave para la recuperación de cada paciente, así la discapacidad también es asumida como una oportunidad para demostrar a las personas la fuerza de voluntad que se posee y que es posible salir adelante aun en contra de si mismos. uno de los miembros de la organización que sufre una discapacidad comenta:

“Yo pienso que ya con que este uno con vida ya es ganancia, porque mucha gente viene para acá y se viene quejando de un dedito que les duele, no doña quéjese cuando este en silla de ruedas, para mí uno cuando esta en silla de ruedas ya esta amolado uno, pero en cambio cuando andan en silla de ruedas andan para arriba y para abajo en la silla, cuenta mucho así pues... que sea positiva la gente” (PA02).

El mismo sujeto señala:

“Porque también viene mucha gente negativa que ya andan con una muleta y ya se sienten lo peor, mientras tenga vida hay esperanza, me ha tocado eso, que la gente de volada como que... se van para abajo, con algo que les pase que se rompen un brazo o una pierna y se sienten muy tristes, pero poco a poquito se van para arriba” (PA02).

Y agrega:

“La discapacidad viene siendo como un reto que tiene que enfrentar uno en la vida, porque todo se puede en la vida, todo se puede... todo tiene remedio menos la muerte” (PA02).

Otro de los miembros de la organización que sufre una discapacidad comenta:

“La discapacidad es para mí la oportunidad de enseñarle a la gente que a pesar de que tienen una discapacidad se tiene que seguir viviendo y la fuerza de voluntad de demostrárselo a los que no tienen esa discapacidad, hay muchos que no tienen discapacidad y no salen adelante y hay muchos pacientes que a pesar de eso salen adelante” (TG06).

Y agrega:

“Aunque hay casos que es muy difícil, al paciente hay que tratar de convencerlo, de que le eche ganas, porque a veces no basta con la terapia, tenemos que convencerlo que tiene que luchar, así como yo tuve que luchar de niño, no se yo tengo eso, me gusta motivar a la gente a que luche” (TG06).

6.5 Elementos periféricos.

Abarcan informaciones retenidas, seleccionadas e interpretadas, juicios formulados al respecto del objeto y su entorno, estereotipos y creencias, estos elementos están jerarquizados, pueden estar más o menos cercanos a los elementos centrales, desempeñan

un papel importante en la concreción del significado de la concreción, mas distantes de el ilustran, aclaran, justifican esta significación; los elementos periféricos desempeñan también un papel esencial en la representación, constituyen la interfase entre el núcleo central y la situación concreta en la que se elabora o funciona la representación. Flament considera que los elementos periféricos son esquemas, organizados por el núcleo central, la importancia de estos esquemas en el funcionamiento de la representación resulta de tres funciones que les asigna: primero, son prescriptores del comportamiento, y de la toma de decisiones del sujeto, indican en efecto lo que es normal de hacer o de decir en una situación dada, teniendo en cuenta la significación y la finalidad de la situación; en segundo lugar, permiten una modulación *personalizada* de las representaciones y de las conductas que les están asociadas, una representación única puede dar lugar así a diferencias aparentes, relacionadas con la apropiación individual o con contextos específicos, y que serán traducidos por sistemas periféricos y eventualmente por comportamientos relativamente diferentes; y por ultimo, protegen en caso de necesidad, al núcleo central, cuando una representación es atacada de manera importante, es decir, cuando su núcleo central es amenazado, los esquemas normales directamente asociados al núcleos se transforman en “esquemas extraños” (Abric, 2004).

6.5.1 La familia del discapacitado.

La relación que el discapacitado establece con su familia es fundamental para su rehabilitación, siendo en la mayoría de los casos un obstáculo para la recuperación funcional de la persona con discapacidad, ya que muchas de las veces se establece una relación de dependencia que impide que el paciente se esfuerce y evade la constancia necesaria en una rehabilitación exitosa; la familia del discapacitado es considerada mas como un obstáculo que como una ayuda para los pacientes del centro de rehabilitación, ya que en la mayoría de los casos dificultan el proceso porque no permiten que el paciente realice el esfuerzo necesario para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, y estas pequeñas tareas

permiten la autonomía de la persona con discapacidad contribuyendo no solo a su rehabilitación física, sino también elevando la autoestima del paciente y motivándolo a continuar en su proceso de rehabilitación, uno de los terapeutas comenta:

“La gente que tiene una discapacidad se hace dependiente de sus familiares, porque yo he tenido pacientes que se han hecho así” (TG08).

Los discapacitados establecen una relación de dependencia con su familia en varias vertientes; una de las más evidentes es la dependencia física, ya que en la mayoría de los casos necesitan ayuda para realizar cualquier tipo de actividad motora, ya sea movilizarse, efectuar alguna necesidad fisiológica o bien para el desarrollo de la terapia misma, ya que las sesiones de rehabilitación deben continuar en casa de ser posible dos veces al día para una óptima recuperación. La dependencia económica en muchos de los casos es total, ya que el discapacitado queda impedido temporal o definitivamente para integrarse a una actividad productiva, y el costo de una terapia de rehabilitación es oneroso, uno de los terapeutas comenta:

“Porque un paciente con una discapacidad o con un problema motor o algo causa mucho gasto en lo económico, entonces entre más rápido se recupere el paciente mejor verdad, entre más independiente sea mejor para su familia, menos gasto, y la terapia física trata de hacer eso, que el paciente se recupere más pronto, regresarlo más pronto a su independencia a su trabajo” (TG08).

El discapacitado establece también dependencia emocional de sus familiares producto en parte de la dependencia generada por el paciente hacia su familia y del hecho que los contactos sociales que establecen estos individuos se remiten a un estrecho círculo, en el cual la familia es el actor principal.

Una rehabilitación exitosa implica muchas horas de trabajo y el CRRRI Mazatlán solo ofrece 40 minutos de sesión de terapia física a la semana, lo que significa que los familiares que desean ofrecer tiempo complementario de terapia a sus familiares pagan servicios

particulares, los cuales en la mayoría de los casos son proporcionados por los mismos terapeutas de la institución fuera de su horario de trabajo.

La discapacidad trastoca la rutina de toda la familia, los familiares deben comprender que quien debe de responsabilizarse de la rehabilitación del discapacitado es en primera instancia el paciente mismo, ya que el familiar o acompañante al tiempo se vera cansado de atender al discapacitado y tendrá que regresar a las responsabilidades que su estilo de vida le demandan, uno de los terapeutas señala:

“Porque los familiares se cansan, la familia se cansa, y ¿quién la va a cuidar?, pues si lo vas a cuidar una semana, un mes, dos, a los cinco meses ahí vas a estar enfadado, cansado, ya tienes insomnio, ya se te subió la presión, ¿me entiendes?” (TG08).

Se reconoce la necesidad de la inclusión de la familia del discapacitado al proceso de rehabilitación, ya que la recuperación del paciente es producto de un trabajo conjunto, en donde el apoyo que la familia brinda es fundamental, ya que constituye el entorno más cercano a la persona con discapacidad, uno de los terapeutas comenta:

“Pero el paciente se va a rehabilitar aquí, y aparte en casa, tratamos de integrar a la familia, para que en su casa también le ayude, les explicamos porque, fíjese como le vamos a hacer y aquí va a aprender como” (TG04).

Y agrega:

“Porque la recuperación del paciente no depende nada mas del terapeuta, depende del paciente, depende de la familiar, del apoyo” (TG04).

En las primeras sesiones de terapia física se le enseña al familiar el plan de rehabilitación desarrollado para el paciente, con la finalidad de que ayuden en casa a realizar los ejercicios necesarios para su recuperación funcional; ya que es reconocido por los miembros de la organización que el servicio que se brinda a los pacientes a través de dos sesiones semanales de 20 minutos no es suficiente para una adecuada rehabilitación, uno de los terapeutas habla al respecto:

“Tratamos de que por lo menos cuando el paciente viene por primera vez, las primeras sesiones, que este un familiar al lado, para que aprendan los ejercicios, porque la rehabilitación de un paciente no es nada mas aquí en el DIF, es una enseñanza, es una ayuda” (TG04).

6.5.2 Trabajo de rehabilitación.

El objetivo principal de los miembros de la organización es proporcionar a los pacientes los medios para lograr su rehabilitación funcional, para que los pacientes puedan desempeñarse sin ayuda de nadie y desarrollar las actividades de la vida diaria de forma regular sin depender de su familia o de quien este a su cuidado, y incluso en los casos que sea posible integrarse a actividades laborales, uno de los sujetos entrevistados comenta:

“Dentro de mis funciones es ayudarlos a aportar alguna información o algún apoyo, algo para que vayan superando esa discapacidad, que desgraciadamente nunca se logra al 100%, pero si un buen porcentaje para que el paciente puede valerse por si mismo, que ese es el objetivo” (VA10).

Se tiene plena conciencia que la recuperación del discapacitado no será completa en la mayoría de los casos, su participación en la rehabilitación de los pacientes tiene límites que no pueden superarse, es por ello que el principal objetivo es que la persona pueda integrarse a un ambiente social y laboral sin depender de nadie para lograrlo, el director del centro de la institución señala:

“No somos dioses ni vamos a superar al 100% a un paciente que esta con una discapacidad física, la discapacidad mental es mas difícil, pero sí darle una serie de terapia de tratamiento para que puedan lograr superar un poco esa discapacidad, el objetivo final va a ser que se valgan por si mismos a pesar de su disfunción, de su discapacidad” (VA10).

La duración y frecuencia de las sesiones de terapia que proporciona el CRRRI Mazatlán no son suficientes para la rehabilitación de los pacientes, es por ello que las sesiones se convierten en oportunidades de enseñanza por parte de los

terapistas hacia los familiares o acompañantes de los discapacitados, para transmitir los conocimientos necesarios para realizar los ejercicios en casa y poder lograr una pronta recuperación funcional; debido a la falta de capacidad que el CRRRI Mazatlán tiene en la actualidad, la capacitación de los familiares y pacientes para el desarrollo de la terapia física en casa se ha convertido en uno de los objetivos principales de los terapeutas, uno de ellos comenta:

“Yo les digo, fíjense bien en los ejercicios por si no pueden venir después, ustedes también lo pueden mover, claro no lo va a hacer de terapeuta pero si pueden moverlo” (TG06).

Para los miembros de la organización el proceso de rehabilitación de la discapacidad debe ser primera instancia un trabajo en equipo, ya que la recuperación del paciente discapacitado es multifactorial, si bien la manipulación física es importante de igual forma lo son la terapia psicológica y ocupacional así como el adecuado tratamiento de los especialistas en medicina física y neurología, uno de los terapeutas de la institución habla acerca de la vinculación de cada una de las áreas en el tratamiento del paciente:

“Cada paciente la ve de manera diferente y es cuestión de que la psicóloga lo maneje bien, o sea, por eso el centro trabaja en equipo pues, con psicología, con neurología, con el medico rehabilitador, con trabajo social” (TG08).

6.5.3 Perfil profesional.

Todos los terapeutas del DIF Mazatlán poseen una misma formación profesional, no obstante que los fundadores tienen perfil como técnicos en salud comunitaria y una posterior capacitación en terapia física, todos fueron formados como terapeutas físicos por CONALEP; el grupo de los fundadores fue capacitado en Guasave formando parte de un programa especial, no obstante esto para que compartieron profesores y el mismo modelo educativo, por lo que ambos grupos

construyeron los mismos referentes de socialización secundaria, generaron experiencias de aprendizaje similares; “la socialización secundaria que sucede generalmente en la escuela a través de la educación formal y que es la responsable que al final de la vida escolar una persona adquiera una cultura ligada a su profesión” (Rivas, 1999).

De tal suerte que la oportunidad brindada en 1982 por el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP), para cursar la carrera de Salud Comunitaria se presento como la ocasión que al mismo tiempo que ofrecía una oportunidad para desarrollarse dentro del área de la salud, brindaba la posibilidad de obtener un empleo seguro en el sistema de salud del Estado de Sinaloa; cumpliéndose de esta manera uno de los anhelos de estas personas al mismo tiempo que se obtenía un ingreso, que aunque mínimo era seguro.

Las motivaciones encontradas por los miembros del centro de rehabilitación para dedicarse a proporcionar ayuda a las personas con discapacidad fueron diversas, para algunos como ya se menciona, fue el establecimiento de una relación directa con la discapacidad desde temprana edad a través de amigos o familiares, para otros el contacto directo con los pacientes del centro de rehabilitación a lo largo del tiempo y en otras experiencias el deseo de superar la propia discapacidad padecida, al respecto los miembros de la organización comentaron:

“De hecho cuando yo empecé la carrera estaba a mitad de primer año y mi prima falleció, y dije si no es por ella es por mucha gente mas, y seguí adelante, pero yo me metí por mi prima, dije quiero saber que era lo que le paso a ella” (TG07).

Otro terapistas señala:

“Te gusta la carrera, ya que empiezas a trabajar le agarras sabor, sobre todo al principio, cuando va empezando no se da uno cuenta de la utilidad que tiene hasta que empiezas a trabajar, y ya no las dejas, aunque quieras, ya no la dejas” (TG05).

Uno agrega:

“Y ahí fue donde me nació lo de terapia física, entonces en ese tiempo seguía estudiando dibujo, seguía leyendo revistas, pero también empecé a tener la ilusión de tener el aparato, el aparato auditivo” (TG06).

De este modo la elección de una formación en terapia física para los terapeutas del CRRRI Mazatlán se dio de manera natural, cimentada en el deseo de estudiar medicina o alguna profesión relacionada con la salud, como ya se menciono esta inquietud surge desde la niñez y se ve alimentada por la presencia de un espíritu de servicio en los miembros de la organización; la falta de recursos económicos para dedicarse de tiempo completo a estudiar y poder solventar los gastos que la formación profesional médica exige, así como la carencia de oportunidades educativas en su lugar de origen ubico a una formación técnica en terapia física como la ocasión de ver coronados sus deseos, así como la oportunidad de acceder al ejercicio de una profesión que resultaba gratificante, uno de los terapeutas entrevistados al preguntarle sobre los motivos de su elección de carrera comento:

“Se fue dando solo, empezamos a estudiar esto y ya, uno casi no tiene opciones, se le hace difícil encontrar donde estudiar” (TG05).

Al mismo respecto un sujeto señala:

“Solito se fue dando todo, yo no anduve buscando, yo quise ser medico, antes... pero el tiempo fue pasando, fui a estudiar, fui a estudiar, así fue como llegue a rehabilitación” (TG04).

Otro agrega:

“No si es un caminar, batallando pero, no gracias a dios siento que si estoy bien, y trabajo en algo que me gusta, yo de chico quería estudiar medicina, yo quería ayudar a la gente, todo lo demás se fue llegando solo, yo no anduve buscando, que quiero ir para allá, para acá, que aquello.” (TG04).

6.5.4 Naturaleza del trabajo.

En el trabajo de terapia de rehabilitación inspirar confianza al paciente es fundamental, ya que el discapacitado experimenta estrés producto de las limitaciones física y/o intelectuales que padece y que se ven agravadas por tensiones sociales o familiares; en el desarrollo de la sesión de terapia es importante para el terapeuta observar la condición general de cada paciente así como su estado emocional; han aprendido que junto con los ejercicios prescritos por el especialista en medicina física es importante el generar un ambiente de confianza así como el trabajar con las emociones de los pacientes, consideran que estos dos aspectos son fundamentales para el éxito de su trabajo, uno de los sujetos declara:

“Aquí la idea es primero atender a la gente, ¿atenderla como?, de acuerdo a sus necesidades, verdad, muchas veces son físicas, junto con las físicas traen problemas emocionales, primero lo que hacemos aquí, en lo particular yo, es recibirlos con una sonrisa, o si no es sonrisa, palmearlos, o así, darles confianza pues, para que se sientan bien, porque vienen con broncas, con problemas en su casa, físicos, emocionales” (TG04).

Otro informante agrega:

“De nada sirve que al paciente lo muevas, lo muevas, si al paciente no le das ánimos no va a salir adelante” (TG06).

6.5.5 Ayuda emocional.

De esta manera los terapeutas del CRRRI Mazatlán no se limitan a proporcionar ejercicios de rehabilitación a los pacientes de la organización, al interesarse en sus problemas y estado de ánimo ofrecen en cierta medida ayuda emocional a los usuarios de la institución, para ellos es importante realizar una evaluación general del paciente antes de iniciar con la sesión de terapia física a

partir de su estado de ánimo, de tal suerte que la ayuda emocional proporcionada se complementa con la manipulación física ofrecida, uno de los terapeutas señala:

“Lo principal del trabajo de nosotros, es la ayuda que le brindamos a la gente, ya sea físicamente, mecánicamente, o emocionalmente” (TG08).

El mismo sujeto agrega:

“Yo pienso que sí, o sea le damos una ayuda emocional, porque te interesas por el, te interesas por lo que tiene, por su problema tanto físico como emocional” (TG08).

Se reconoce que el apoyo emocional es primordial para lograr la recuperación del paciente discapacitado, considerándose de mayor importancia que la terapia física, es una labor que la totalidad de los miembros de la organización entrevistados realiza como parte del tratamiento brindado al paciente, el manejo emocional del discapacitado es entendido como parte integral de la rehabilitación ofrecida aun y cuando esta tarea no constituye parte de las responsabilidades del ejercicio de su profesión, uno de los sujetos entrevistados señala:

“Como que es un trabajo... que necesita mucho... ¿Cómo le diré?, mucha atención, de saber tratar a la gente, lo principal, la gente ya viene malita... se tiene que tener mucho tacto con la gente, en lo que se pueda ayudar” (PA02).

Uno de los terapeutas agrega:

“La principal característica según yo viene siendo la psicología, porque aquí tú puedes mover al paciente todo lo que tu quieras, pero si psicológicamente el paciente no esta al tanto no se va a rehabilitar, para mí es lo mas importante la psicología tanto del paciente como del terapeuta” (TG06).

6.5.6 Historia de vida de los miembros de la organización.

Los miembros de la organización entrevistados comparten una historia de vida similar, en su totalidad provienen de comunidades rurales del estado de Sinaloa, particularmente de la zona centro y norte del estado, donde la pobreza y las carencias vividas en la infancia fueron un factor común; la mayoría de los

sujetos entrevistados tuvieron una infancia marcada por algún evento triste e incluso traumático, quedando este particularmente grabado en los recuerdos de su niñez, incluso para algunos que declararon tener una infancia feliz esta situación se presentó y en uno de los casos fue revertida; La mayoría de los terapeutas del centro de rehabilitación DIF Mazatlán, pasaron su niñez y adolescencia en su lugar de origen, reduciendo de esta manera los espacios y actores de su socialización primaria, “la cual tiene lugar en el seno familiar y que no ocurre de manera homogénea para todos los individuos, ya que intervienen factores como el sexo, la etnia, la clase social y la religión” (Rivas, 1999), de tal suerte que el proceso de socialización que experimentan cada uno de los actores de la organización posee características similares, teniendo como producto para cada uno de los sujetos referentes sociales comunes; recordemos que todos ellos provienen de la misma zona geográfica del estado de Sinaloa, y han experimentado vivencias comunes; al realizar actividades cotidianas en compañía de amigos y familiares, para estos sujetos su familia y comunidad es el centro de sus vidas; generando con esto un fuerte sentimiento de solidaridad y pertenencia a su grupo social, aprendiendo desde la niñez a convivir con sus familiares y personas cercanas, uno de los terapeutas al relatar su vida comenta:

“Todo el rancho éramos parientes, casi todo el rancho, “los Sánchez” era muy grande ahí en todo el rancho, sí en el rancho había unas 200 casas, yo creo que 70, 80 eran de la misma familia, de parientes y todo, es que era muy grande la familia” (TG09).

Capítulo VII. Construcción social de la cultura del Centro Regional de Rehabilitación Integral DIF Mazatlán.

7.1 Características de los miembros del Centro de Rehabilitación Integral DIF Mazatlán.

Se identifican como miembros de la organización a los trabajadores del Centro Regional de Rehabilitación Integral DIF Mazatlán que establecen una relación directa con la discapacidad y participan en la edificación de la representación social de la discapacidad que en la organización se construye; los sujetos que se consideran en el presente estudio ocupan tanto posiciones administrativas como de intervención directa en el proceso de rehabilitatorio de la discapacidad, tal es el caso de los señalados dentro de los servicios médicos especializados y paramédicos especializados.

Se encontraron dos grupos de miembros claramente diferenciados en el CRRRI Mazatlán, los que se relacionan con dos momentos importantes en la historia de la organización, la comprensión de los grupos proporciona los elementos necesarios para comprender como los individuos se relacionan dentro del espacio organizacional, "como se pone en movimiento el hacer común" (Schvarstein, 2000); el primero, es el de los denominados fundadores, que esta conformados por sujetos que ingresan al momento del nacimiento de la institución, o bien, de sujetos que se incorporan en momentos inmediatos a su surgimiento; y el segundo, corresponde a los individuos que se incorporan a la misma en su fase de crecimiento, la cual se produce alrededor de 10 años después de su fundación y se caracteriza por la incorporación de terapeutas físicos con características distintas a las de los fundadores. Las cuales se describen a continuación.

7.1.1 Los fundadores.

Dentro de los denominados fundadores de la organización se encontró que de los 12 trabajadores del Centro de Rehabilitación Integral DIF Mazatlán, _____ pertenecen al personal de servicio medico especializado, ____ al personal paramédico, ___ son personal administrativo y ____ mas son de intendencia y veladores. Como se menciona para efectos de este estudio se selecciono como informantes a una muestra de los denominados miembros de la organización, de tal suerte que se excluyeron en un primer grupo a los médicos especialista, de los que se rescató al director de la organización por su papel de directivo de la misma, y a la psicóloga, por considerar que establecen contacto ocasional con los pacientes; y en un segundo grupo del personal administrativo a la secretaria, el encargado del departamento de estadística y el administrador, aunque con este último se mantuvieron algunas charlas al inicio ya que fungió como portero; y finalmente a los veladores ya que inician sus labores cuando el centro de rehabilitación ha terminado sus labores.

Dentro del servicio medico especializado los terapistas se integran a la organización al momento de su fundación, obedeciendo su formación profesional a la necesidad de capacitar individuos con un perfil profesional acorde a las necesidades del naciente Centro Regional de rehabilitación Integral DIF Mazatlán, ya que se carecía de profesionales en el área de la rehabilitación; todos ellos eran egresados de la carrera de Técnico en Salud Comunitaria de CONALEP y por poseer conocimientos en el área recibieron invitación para capacitarse como terapistas físicos; ofreciéndoles una especialidad en Terapia física por medio de una convocatoria lanzada a través de un convenio entre la institución educativa y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Sinaloa, quien se encargó de complementar la formación teórica brindada por la institución con una

capacitación práctica ofrecida en los Centros de Rehabilitación DIF Sinaloa que estaban por abrir sus puertas en 1986, uno de los terapeutas fundadores entrevistados recuerda:

“Lo de terapia física salió de esta manera, yo después de la preparatoria entre a CONALEP, estudié técnico en salud comunitaria... entonces tengo una amiga que me dijo: “en Culiacán van a abrir unos cursos de terapia física ¿te interesa?”, pues dije vamos, y nos fuimos a Culiacán, empezamos ahí el curso” (TG09).

Otro de los terapeutas comenta:

“Nos dijeron que si queríamos estudiar para terapia física porque teníamos el perfil por salud comunitaria por ser una carrera afín, que si queríamos ir a Culiacán a estudiar terapia física” (TG08).

Y agrega:

“Nomás duro un año, pero eran teoría y práctica juntos, nos daban la clase y todo y luego nos decían así, así, así, unos maestros muy buenos de México, de Culiacán, rehabilitadores pues, estaba el Dr. Balcázar, médicos muy buenos.” (TG08).

Durante el desarrollo de su servicio social de la carrera de Técnico en Salud Comunitaria se instrumenta la puesta en marcha del Programa Nacional de Atención a Personas con Discapacidad, basado en decreto presidencial realizado en 1982, que faculta al sistema DIF nacional para operar establecimientos de asistencia social en beneficio de personas con discapacidad; la que contemplaba la apertura de dos Centros Regionales de Rehabilitación Integral (CRRI), en las ciudades de Los Mochis y Mazatlán, cubriendo así las zonas norte y sur del estado y un Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), en la ciudad de Culiacán capital del estado, para atender las necesidades de la zona centro del estado de Sinaloa.

De esta forma, al término de un año de servicio social en el área rural sinaloense, e inmediatamente después de terminar la carrera de Técnico en salud

comunitaria ingresan al proceso de selección para formarse como Terapistas físicos; uno de los terapeutas fundadores relata:

“Como premio al apoyo que tuvimos de esa carrera, ahí en Guasave y Culiacán, porque era de Guasave pues, DIF quiso el apoyarnos en lo que es la rehabilitación a nivel estatal, abrió la convocatoria para técnico en salud, para hacer un posgrado en rehabilitación, se hizo examen de admisión, de conocimiento, porque para rehabilitación tiene uno que tener bases de medicina” (TG04).

Así se integran de manera inmediata al CRRRI Mazatlán al término de su formación como terapeutas físicos, ya que desde su ingreso a esta especialidad recibieron oferta de trabajo para integrarse a la naciente organización, todos los miembros de la generación recibieron invitación para incorporarse en los diferentes Centros de Rehabilitación del estado de Sinaloa, siendo ofrecida la oportunidad a un grupo de seis egresados para trasladarse a Mazatlán, esta experiencia es recordada por los terapeutas fundadores:

“Y nos dijeron a nosotros a ver ¿Quién se quiere ir para Mazatlán?, ¿Quién se quiere ir para Mochis?, no pos yo para Mazatlán, no pos yo también, y ya nos venimos para acá para Mazatlán los que estamos aquí” (TG08).

En este mismo sentido otro de los terapeutas recuerda:

“Abrieron el centro en Mazatlán, y dijeron ¿Quién quiere irse a Mazatlán?, hay seis lugares para que terminen ahí de estudiar y ahí se quedan si quieren, y así como me vine, dije me voy un año, y así fue como me vine a Mazatlán, termine le curso, seguí trabajando y aquí me quede” (TG09).

De esta manera para el grupo de los terapeutas fundadores el trabajo desempeñado en el CRRRI Mazatlán es el único que han desarrollado en el campo de la terapia física, cabe señalar que el grupo original de seis terapeutas que se traslada a Mazatlán para terminar su formación practica son actualmente miembro de la organización; uno de los miembros fundadores señala:

“La vida te va poniendo en el camino... y aquí estoy todavía” (TG09).

Estos jóvenes además provenían todos de la región del municipio de Guasave, Sinaloa, de tal suerte que habían establecido contacto aun de antes de compartir su formación como Técnicos en Salud Comunitaria, uno de ellos declara:

“Yo nací también en Guasave... yo nací en Guasave igual que la mayoría de aquí,”
(VA05).

Esto origina una alta cohesión de grupo, ya que además de compartir una historia de vida similar, construyeron un proyecto de vida en torno a su labor en la organización, el grupo de seis terapeutas que fue contratado al momento de la apertura de los Centros de Rehabilitación declara haber hecho un pacto al ir a trabajar a Mazatlán, que consistía en probar suerte y si no salían las cosas bien se regresarían para probar en otro lugar; uno de los terapeutas entrevistados comenta:

“Yo venía a conocer, dijimos todos vamos a quedarnos a Mazatlán, a conocer, a ver que nos pasa por allá, los seis que nos venimos, vamos a estar un año allá, al año a ver que pasa... y nos quedamos” (TG05)”.

Los terapeutas fundadores del CRRM Mazatlán, poseen una percepción común del desempeño de los terapeutas que se integran al momento de crecimiento de la organización, los segundos son considerados como faltos de experiencia ya que son enviados al CRRM Mazatlán a realizar su servicio social y posteriormente son integrados a la institución a través de contrato, de tal forma que después de 10 años son considerados como novatos, las posturas individuales se ven integradas a través de las relaciones que los sujetos establecen al interior de las organizaciones, con otros individuos, con los grupos y con la organización en su conjunto; uno de los terapeutas fundadores comenta:

“Después llegaron estos plebes nuevos, TG10⁸, TG07, TG06, pero llegaron a hacer el servicio social ellos, y... después les ofrecieron el trabajo, pero son muy batallosos, pero bien batallosos los tres” (TG08)

El mismo sujeto agrega:

“Llegaron otros terapeutas que se han ido, muy buenos, esta muchacha Beatriz, muy buena terapeuta, Maite también muy buena terapeuta, le digo al licenciado tan buen terapeuta que mandaron para acá y usted agarro a los mas malos los mas batallosos, pero es cuestión de puntos de vista” (TG08).

La aceptación e integración de los nuevos terapeutas del centro de rehabilitación es un proceso que aun no finaliza, los miembros fundadores se refieren a ellos de forma conjunta, atribuyéndoles las mismas características por igual, siendo este grupo origen de los conflictos interpersonales generados en la organización, uno de los sujetos pertenecientes a otra área declara:

“Es que son ciertas personas que nos hacen que nos alejemos del resto de ellos... desde que llegaron aquí, para mi yo como que cambio mucho, o sea yo me la llevaba allá en terapia” (VA11).

Otro más de los terapeutas agrega:

“Ciertas personas que debes en cuando nos dicen cosas y no queremos verdad ir a meternos para allá, pero bien yo siento que me llevo bien con todos” (TG08).

Otro terapeuta declara:

“Con la mayoría, nosotros siempre nos hemos llevado bien, los del principio siempre nos hemos llevado bien, en lo que llegaron los plebes estos fue cuando empezamos a pelear” (TG05).

Los terapeutas fundadores establecen acuerdos grupales en torno a la organización de las sesiones de terapia, con la finalidad de asegurar un flujo constante de pacientes, en donde se establece que de desocuparse una mesa cualquiera de ellos la puede ocupar para avanzar su trabajo, sin que esto genere

⁸ Esta clave es ficticia ya que corresponde a un sujeto que no fue entrevistado.

problema alguno para el compañero que tenga que esperar un poco para que alguna mesa se desocupe y poder continuar con su trabajo, cabe señalar que aunque el acuerdo fue establecido por los miembros fundadores es general para todos los terapistas del área de gimnasio. Uno de los terapistas fundadores en entrevista explicaba la mecánica de este acuerdo:

“Cada quien puede escoger la camilla que este libre, se supone que hay una para cada quien, y en ocasiones uno puede no tener paciente y uno puede ocupar dos, no hay problema, y nadie se va a molestar, hay una regla en el equipo, que si están dos mesas desocupadas y uno no tiene paciente y el otro tiene dos pacientes, pueden tener dos al mismo tiempo” (TG09).

En el caso de los miembros fundadores correspondientes al servicio paramédico especializado e intendencia las características de los sujetos no son homogéneas, sin embargo, se pueden encontrar algunas coincidencias; en este segundo grupo, los trabajadores del CRRRI Mazatlán poseen un perfil de puesto acorde a la posición que ocupan dentro de la organización, por ejemplo, la encargada del departamento de trabajo social tiene una formación profesional de técnico en esa área de competencia y en el caso de los intendentes uno de ellos no tiene la primaria terminada, el sujeto responsable de intendencia al referirse a la formación que tanto él como sus hermanos recibió, comenta:

“nosotros ni la primaria terminamos” (PA03).

El otro sujeto terminó la preparatoria, sin embargo el poseer una discapacidad de lenguaje lo ha hecho un individuo un tanto retraído.

Los tres miembros de la organización ingresaron a la misma por medio de alguna recomendación de amigo o pariente, sin realizar la organización ningún tipo de selección de personal, ni capacitación alguna, la encargada de servicio de servicio social se incorpora a la organización al contactar a un amigo de la familia

que en aquel entonces detentaba un cargo dentro del Sistema DIF del estado de Sinaloa, en entrevista realizada el sujeto recuerda:

“El que estaba de administrador de todo el estado, era de ahí de Coyotitan y yo hable con él y me dijo si tenia papeles y todo, entonces ya el nos consiguió un trabajo, y pues un poquito de influencia” (VA11).

Los dos trabajadores de intendencia con que cuenta el CRRRI Mazatlán fueron trasladados de la Escuela de Educación Especial _____, sin embargo, cabe señalar que antes de su ingreso al CRRRI Mazatlán este había sido su único trabajo formal y que ingresaron a esta institución por medio de una recomendación, PA02 dice:

“Como tengo una hermana que trabaja aquí enseguida, en la escuela, y ya así entre” (PA02).

El otro miembro de esta área señala:

“A mi me consiguieron trabajo el mismo patrón mío, en ese tiempo era vocal ejecutivo del gobierno de Toledo Corro, entonces él me consiguió trabajo aquí, pero allá en la escuela de educación especial, dure cuatro años allá, y a los cuatro años hicieron el DIF” (PA03).

Solo el sujeto perteneciente al servicio de trabajo social declaro que su experiencia laboral se remite exclusivamente al CRRRI Mazatlán, este individuo hacia tiempo había concluido su formación como técnico en trabajo social pero se había dedicado a cuidar a un familiar enfermo de cáncer y al fallecer este decide empezar a trabajar, los otros dos informantes por haber sido trasladados de la Escuela de Educación Especial _____ poseen experiencia laboral en otra institución dedicada a la atención de discapacitados, al respecto el primer sujeto declara:

“Entonces yo le dije a mi mamá yo me voy a ir a trabajar, no pues como quieras, es el tiempo que yo tengo aquí, desde que mi hermana murió yo estoy aquí trabajando” (VA11).

Todos los sujetos descritos anteriormente como fundadores poseen contrato de base en el Centro Regional de Rehabilitación Integral DIF Mazatlán, y son trabajadores sindicalizados.

7.1.2. Ciertas personas.

Al referirse los fundadores a los terapeutas que ingresan en fecha posterior a la fundación del CRRRI Mazatlán, no lo hacen bajo ninguna denominación especial, se refieren estos como “ciertas personas”, o como “estos plebes”, siempre utilizando alguna denominación que los distinga del grupo de fundadores, recordemos el testimonio de uno de los terapeutas fundadores:

“Con la mayoría, nosotros siempre nos hemos llevado bien, los del principio siempre nos hemos llevado bien, en lo que llegaron los plebes estos fue cuando empezamos a pelear” (TG05).

Otro más de los terapeutas agrega:

“Ciertas personas que debes en cuando nos dicen cosas y no queremos verdad ir a meternos para allá, pero bien yo siento que me llevo bien con todos” (TG08).

Esta situación no se replica en los miembros fundadores que no pertenecen al grupo de terapeutas, esta situación es explicada por dos razones fundamentales: primero, la presencia de un número considerable de miembros que se integran a la organización en tiempos posteriores a su fundación, cabe señalar que se encontró que los tres sujetos entrevistados que caen en esta categoría ingresan al centro de rehabilitación, entre 1 y 4 años después de su fundación; segundo, la existencia de conflictos personales entre dos de estos sujetos y algunos miembros de la organización indistintamente de su antigüedad, lo que hace que se segreguen a estas personas, uno de los informantes comenta:

“Es que son ciertas personas que nos hacen que nos alejemos del resto de ellos... desde que llegaron aquí, para mí yo como que cambio mucho, o sea yo me la llevaba allá en terapia” (VA11).

Este momento de crecimientos se caracteriza por la incorporación de nuevos elementos al centro de rehabilitación, en un periodo que comprende entre 8 y 10 años posteriores a la fundación de la institución ingresan 5 terapeuta sin que se amplíen las instalaciones y los servicios que ofrece la institución, este personal a la fecha se encuentra trabajando bajo régimen de contrato renovable cada seis meses, dos de estos sujetos fueron entrevistados y uno de ellos comenta esta situación:

“No tengo base, yo soy un empleado de contrato, me han dicho que no hay esperanza de una base, entonces no hay, no hay nada” (TG06).

Otro más al respecto agrega:

“Yo no soy de base, yo soy de contrato, me van renovando cada seis meses... tengo como 10 u 11 años, pero dicen que DIF no quiere dar bases, ese es el problema” (TG07).

Para algunos de los terapeutas esta situación no significa inseguridad en el trabajo ya que después de 9 a 12 años de renovación de contrato dan por hecho que serán recontratados, además la sobre demanda existente en el servicio de terapia de rehabilitación y el hecho de que el director y el administrador son tan antiguos como ellos en la organización los hace confiar en la situación; de esta manera no existe un ambiente de tensión o conflicto y los problemas laborales entre los terapeutas están ausentes ya que saben que no se pueden dañar o realizar presión para sacar a alguien ya que se perjudican ellos mismos, además de que lo que el CRRM Mazatlán necesita es más terapeutas, el terapeuta con mayor antigüedad entrevistado declara:

“Aquí nunca ha habido problemas de que alguno de los terapeutas quiere quemar al otro pa que lo corran, porque al contrario necesitamos que haya mas terapeutas, porque si corren a uno de nosotros va a haber mas trabajo para nosotros, no nos conviene” (TG06).

Sin embargo toman conciencia que no deben crear conflictos y estar en buenos términos con sus compañeros de trabajo, sobre todo con un sujeto fundador a quien ellos juzgan como “fuerte”, ya que este sujeto ejerce un liderazgo informal muy marcado, llegando incluso a ser líder sindical por 12 años, el mismo informante que detenta mayor antigüedad en este grupo comenta:

“Por ejemplo hay uno que es mas fuerte que todos, y que si uno lo hace enojar a él a los de contrato nos tumban, nos corren porque tenemos que estar bien con él... bueno según yo...a lo mejor no” (TG06).

Las condiciones de la formación profesional de este grupo de terapeutas físicos fueron distinta, para estos sujetos el ingreso a la escuela _____ se suscitó de forma regular, es decir, no recibieron invitación alguna por parte de alguna institución, ni promesa de trabajo alguna, de esta forma estos sujetos buscan una oportunidad de empleo al terminar su formación, uno de ellos recuerda:

“A nosotros nos toco buscar, como cualquier profesionista” (TG06).

Sin embargo uno de estos individuos corrió con mejor suerte ya que realiza su servicio social en el Centro Regional de Rehabilitación y Enseñanza de Culiacán, Sinaloa y al término de las mismas recibe una oferta de empleo:

“A mi me dijeron que había una vacante, una plaza vacante, y ya hable y ya me dijeron si vente aquí tenemos plaza, has de cuanta que yo termino hoy mi servicio social y ya mañana estoy trabajando” (TG07).

Los terapeutas que ingresan en la llamada etapa de crecimiento del CRRM Mazatlán son también originarios del estado de Sinaloa, en esta ocasión existe coincidencia en ser oriundos de Culiacán, de tal suerte que si los terapeutas

fundadores la totalidad son de Guasave, Sinaloa en este segundo caso todos provienen de la capital del estado, Culiacán, Sinaloa, al respecto los dos sujetos entrevistados declaran:

“Yo nací en Culiacán” (TG06).

“Yo nací en Culiacán” (TG07).

La percepción generada por los miembros del grupo con menos antigüedad de los terapeutas fundadores de la organización es la de personas a quienes se les otorgan privilegios desde el momento de su llegada, esta apreciación se funda en el hecho de que estos no son terapeutas físicos, sino Técnicos en Salud Comunitaria a quienes se les otorga una rápida capacitación como terapeutas físicos para trabajar en el centro, cuando incluso ya se tenía un contrato para integrarse al CRII Mazatlán, al respecto uno de los terapeutas comenta:

“Lo que pasa es que la generación de ellos no es de Terapia Física, era de Salud Comunitaria, entonces cuando ya salieron, no se si les dieron seis meses o un año de terapia física, pero ya tenían el contrato de venir a trabajar aquí” (TG06).

Se entrevistaron tres sujetos que ingresan en momento posterior a la fundación del CRII Mazatlán que no pertenecen al grupo de terapeutas, como se menciona anteriormente si bien ingresan en un tiempo posterior a la fundación de la organización, lo hacen en alguno de los casos de forma casi inmediata o después de muy pocos años de la misma, sus ingresos se realizan en uno, dos y cuatro años posteriores a la fundación, es decir entre 1987 y 1991; de los tres sujetos en cuestión dos de ellos se encuentran sindicalizados, y el tercero no lo está por su condición de personal de confianza ya que se trata del director de la institución; uno de los sujetos sindicalizados basa la existencia de la poca vida sindical en la organización en el hecho de que los terapeutas fundadores no cubren con el perfil requerido para una plaza en este nivel, hay que recordar que estos sujetos fueron capacitados como tales después de cursar estudios como Técnico

en Salud Comunitaria, para lo que se solicitaba estudios de secundaria y en la actualidad la formación en Terapia Física se realiza a nivel licenciatura; de esta manera la poca presencia de vida sindical en la organización afecta a los miembros administrativos sindicalizados ya que dependen de las gestiones realizadas por el sindicato para mejorar sus condiciones salariales, y estas no son gestionadas por los terapeutas por no serles redituables, al respecto uno de los informantes que posee formación a nivel licenciatura comenta:

“Es que lo que pasa es que hay muy mal manejo, ellos son técnicos en salud comunitaria, no tienen la preparatoria, la tienen que estudiar, yo creo que como ellos no tienen eso no le han querido mover a la recategorización, entonces yo he insistido e ido a Culiacán, pero como soy una frente a todos, y a aquellos no les conviene tampoco porque no pagan mas, yo me he quedado” (VA12).

La mayoría de los trabajadores no fundadores del área administrativa del centro de rehabilitación entraron a trabajar a la institución por medio de la recomendación de algún familiar o conocido, dentro del mismo grupo se entrevistó a un sujeto el cual entra a laborar en el CRRRI Mazatlán por medio de una recomendación otorgada por una de las recién contratadas secretarías, esta persona incluso no se somete a ningún proceso de selección de personal, al respecto este sujeto relata como a través de una compañera de estudio ingresa a laborar al CRRRI Mazatlán:

“Donde trabajamos mi hermana y yo se ocupan suplentes, le dije que cuando hubiera una suplencia me dijera, y me habla ese fin de semana y me dice que te presentes mañana con tu certificado de prepa, fotografías y vas a tener trabajo, entonces yo empecé a trabajar a los 18 años, y jamás me he ido de aquí” (VA12).

El caso del otro individuo es similar, esta persona se ve en la necesidad de buscar trabajo y acude a un funcionario del DIF estatal que coincidentemente años atrás recomienda a otro de los miembros de la organización, al respecto señala:

“El estaba ese tiempo en el DIF, el era director... viene siendo familiar de mi papá... lejano, pero él estaba ahí, era el director y mi hermano era el subdirector, entonces ya fui yo, me dieron un trabajo, vendito dios, ya me lo dieron, el me dijo que adonde quería el trabajo y me dijeron que para acá y yo le dije que sí” (PA01).

De esta manera se observa que en el caso de los miembros no fundadores entrevistados el ingreso a la organización se produce por razones diversas, ya que de los cinco sujetos entrevistados solo dos de ellos ingresan por medio de una recomendación, siendo estos personal administrativo que ingresan poco tiempo después de la fundación de la organización; en el caso de los terapistas solo uno de ellos se ve en la necesidad de buscar trabajo ya que al otro sujeto se le ofrece la oportunidad de ingresar al sistema DIF al término de la realización del servicio social en la institución; la única que persona que se somete a una selección de personal es el director de la institución ya que es contratado de forma directa por la Dirección de Rehabilitación y Medicina Social del estado de Sinaloa.

7.1.3 Historia temprana.

Los miembros de la organización entrevistados pertenecientes a cualquiera de los grupos identificados ya sea fundadores o de la etapa de crecimiento; o pertenecientes a cualquiera de los servicios mencionados: atención médica especializada, atención paramédica, personal administrativo o de apoyo, comparten una historia de vida similar, la socialización primaria tiene lugar en el seno familiar y no ocurre de manera homogénea para todos los individuos, ya que intervienen factores como el sexo, la etnia, las regiones, la clase social y la religión, sin embargo, los miembros de la organización en estudio comparten experiencias comunes a lo largo de su historia personal. Como ya se destacó los miembros de la organización en su totalidad provienen de comunidades rurales del estado de Sinaloa, particularmente de la zona centro y norte del estado, donde la

pobreza y las carencias vividas en la infancia fueron un factor común; el testimonio ofrecido por los miembros de la organización al relatar su niñez respaldan esta afirmación, a continuación se muestran solo algunos de ellos, uno de los integrantes del área de valoración comenta:

“Éramos muy humildes, pobrecitos, mi papá trabajaba en el campo y mi mamá pues era una ama de casa, vivíamos todos ahí en un cuartito de lámina” (VA11).

Uno de los terapeutas comento:

“Vivíamos a un lado de un cerro, en la sierra, quitándonos choyas a cada rato, nopales, espinándonos, pero muy a gusto” (TG09).

Otro más agrega:

“Que te voy a platicar, fue una niñez pobre, con carencias, con carencias, en un pueblo, allá en el monte, pues si, muchas carencias, muchas carencias, mucha falta de dinero, y pos ahí salimos todos adelante, éramos muchos, éramos 9, todos comíamos pues, jejeje, éramos un montón” (TG08).

Un miembro del personal administrativo declara:

“Mi papá y mi mamá estaban divorciados, el vivía con su esposa y mi mamá con otro señor, fuimos muy pobres, muy pobres, yo a los trece años tuve que dedicarme a trabajar para ayudar a mi familia” (PA03).

Para algunos esta situación no impidió que tuvieran una infancia feliz, sin problemas o complicaciones que evitaran el disfrute que toda persona emocionalmente sana vive en esta etapa de su vida, uno de los médicos especialistas de la institución evoca:

“Yo recuerdo fue una infancia pues... ¡bonita! yo tenía con mis padres todo lo que yo quería, recuerdo que la pasábamos bien” (VA10).

Uno de los empleados de intendencia comenta:

“Como todos los niños, tranquilo, yo era juguetón, alegre” (PA02).

Otro de los miembros de la organización que labora como terapeuta físico comenta:

“Somos 11 hermanos... vivíamos a un lado de un cerro, allá en la sierra, quitándonos choyas a cada rato, nopales, espinándonos, pero muy a gusto” (TG09).

Sin embargo, la mayoría de los sujetos entrevistados tuvieron una infancia marcada por algún evento triste e incluso traumático, quedando este particularmente grabado en los recuerdos de su niñez, incluso para algunos que declararon tener una infancia feliz esta situación se presentó y en uno de los casos fue revertida; destacándose el testimonio de un terapeuta físico que al inicio de la entrevista cuando se le pidió hablar sobre su niñez realizó este comentario:

“De pequeño yo tenía una hermanita, estaba bebe todavía, yo estaba pequeño que me recuerde, tenía su casita y todo... se murió, recuerdo yo que mi mamá sufrió mucho, fue la única hermanita, la tercera, para ese entonces yo recuerdo que mi mamá y mi papá no vivían juntos, de... y yo crecí solo, tan solo, me refiero sin la figura paterna pues” (TG04).

El mismo sujeto agrega:

“Mi infancia fue un poquito difícil, de... fijate, todos mis amiguitos tenían su papá, ¡todos!, ellos tenían su papá, jajaja verdad, mi papá yo lo tenía pero lo miraba muy a lo largo” (TG04).

Para estos sujetos la muerte de un familiar cercano fue uno de los sucesos de su historia temprana que quedaron marcados en su memoria, produciendo en algunos casos una marca emocional, uno de los miembros de la organización relata como sufre dos abortos en un lapso de cinco años lo que hace que pierda las esperanzas de concebir, destacándose el caso de un sujeto que después de esta experiencia presenta problemas de lenguaje, cabe señalar que se trata del mismo individuo que dijo haber tenido una infancia alegre y tranquila:

“Cuando murió mi papá... como que empecé a tartamudear un poquito, y más, y más... de chiquillo era más, se me pegaba mas la lengua, si como después de los 10 años empecé” (PA02).

Otro más agrega:

“Somos once hermanos, éramos doce pero murió una, una pequeña de ocho años, de que tenía el problema de que comía tierra, y le afecto mucho eso y murió” (PA01).

Uno mas comenta:

“Me case en Julio y en Febrero perdí mi primer bebe, fue un golpe muy duro para mi, ya no regrese a la escuela, después de que me case ya no regrese, pierdo ese bebe, me tomo el tratamiento un año y me vuelvo a embarazar y lo vuelvo a perder, en el lapso de 5 años de casada me pasa eso que pierdo dos bebes” (VA12).

Otro de los sujetos entrevistados al iniciar la entrevista y pedirle que hable de su niñez inicia su relato con la muerte de una hermana pequeña y relata el dolor que esto produjo a su madre:

“De pequeño yo tenía una hermanita, estaba bebe todavía, estaba pequeña que me recuerde, se murió, recuerdo yo mi mamá sufrió mucho, fue la única hermanita” (TG04).

Uno de los miembros de la organización pierde a dos hermanas en distintos momentos de su vida, la primera de ellas en su infancia y la segunda en su adolescencia, este segundo hecho afecta de forma importante su vida, ya que se dedica por completo al cuidado de la hermana enferma, es necesario señalar que tras la negativa del padre de familia de hacerse cargo de los estudios de sus hijos mas allá de la primaria esta hermana asume esta responsabilidad pasando a ser la cabeza de familia, al recordar su niñez este sujeto comenta:

“Tenía yo como 10 años, ya estaba yo grandecita, fue cuando murió mi hermana de la que yo seguía, ella murió de leucemia” (VA11).

Y agrega:

“Mi papá no quería que estudiáramos, y ella dijo no ustedes van a seguir estudiando y ya estudiamos ahí la secundaria, entonces ya cuando termine la secundaria yo la veía como a mi mamá a esa hermana que te digo que murió” (VA11).

“Cuando termine yo la carrera no me dejo trabajar porque ella se enfermo, y estuve yo con ella los cuatro años que ella estuvo enferma, yo estuve con ella, yo la cuidaba, estaba en el ISSSTTE, o sea se internaba y yo me quedaba con ella” (VA11).

La mayoría de los terapistas del centro de rehabilitación DIF Mazatlán, pasaron su niñez y adolescencia en su lugar de origen, reduciendo de esta manera los espacios y actores de su socialización primaria, “la cual tiene lugar en el seno familiar y que no ocurre de manera homogénea para todos los individuos, ya que intervienen factores como el sexo, la etnia, la clase social y la religión” (Rivas, 1999), de tal suerte que el proceso de socialización que experimentan cada uno de los actores de la organización posee características similares, teniendo como producto para cada uno de los sujetos referentes sociales comunes; recordemos que todos ellos provienen de la misma zona geográfica del estado de Sinaloa, y han experimentado vivencias comunes; al realizar actividades cotidianas en compañía de amigos y familiares, para estos sujetos su familia y comunidad es el centro de sus vidas; generando con esto un fuerte sentimiento de solidaridad y pertenencia a su grupo social, aprendiendo desde la niñez a convivir con sus familiares y personas cercanas, uno de los terapistas al relatar su vida comenta:

“Todo el rancho éramos parientes, casi todo el rancho, “los Sánchez” era muy grande ahí en todo el rancho, sí en el rancho había unas 200 casas, yo creo que 70, 80 eran de las misma familia, de parientes y todo, es que era muy grande la familia” (TG09).

Y agrega:

“Todos mis amigos de la niñez, están ahí en el rancho, todavía cuando voy los veo, estudiamos juntos la primaria, ya luego hicimos la secundaria, pero prácticamente éramos los mismos, la prepa era lo mismo” (TG09).

“En el rancho ya ves que ya había luz, había tele, pero no veíamos la tele, oíamos el radio, nos poníamos a cantar, a jugar, era muy diferente, convivíamos mas” (TG09).

7.1.4. Situación familiar.

Algunos de los terapeuta del CRRRI Mazatlán fueron separados de sus familias a temprana edad y criados por sus abuelos, en la mayoría de los casos la precaria situación económica que afrontaban sus familias fue el motivo de su separación, debido a que en sus hogares no existían las condiciones adecuadas para su crianza, uno de los terapeutas comenta porque fue depositado en a casa de los abuelos paternos desde muy temprana edad:

“Yo nací en Culiacán, me acuerdo que me dijeron que vivían un una colonia donde había muchos alacranes, tarántulas, muchas cosas, entonces a mí me dejaron con mi abuela, y mi abuela me... me crió, mis papás iban a darme la vuelta todos los días, iban y me visitaban pero yo... obviamente que te vas a ir con la persona que te esta... que ves todo el día” (TG07).

Otro más agrega:

“A mí me criaron mis abuelos en Sinaloa de Leyva hasta que entre a la primaria” (TG05).

Uno de los miembros de la organización quien posee una formación en medicina física relata como sale de la casa de sus padres siendo adolescente hacia la Cd. de México, con la finalidad de buscar mejores oportunidades educativas, esta situación produjo una relación distante con sus familiares, a quienes frecuenta solo de forma ocasional, incluso declara recordar muy poco a sus hermanos menores, al respecto este sujeto comenta:

“Ellos si saben a lo que me dedico, pero nunca he tenido mucho contacto con ellos, siempre he sido lobo solitario como le digo, no, no, aislado de mi familia, si nos reunimos a veces, pero una vez cada año, así, cada dos años” (VA10).

Y agrega:

“Viví con mis padres hasta que yo tuve catorce años nada mas, después de los catorce años ya yo me salí de ahí, me fui a... a México, o sea desde los quince años yo estoy fuera de mi casa prácticamente”. (VA10).

“Quiere decir que yo mis hermanos hasta donde yo me acuerdo, hasta el cuarto... quinto, ya de los demás no me acuerdo” (VA10).

La mayoría de los miembros del Centro Regional de Rehabilitación Integral DIF Mazatlán provienen de familias monoparentales, fracturadas, disfuncionales, con padres separados o ausentes emocionalmente, de los doce sujetos entrevistados solo en cuatro de los casos se encontró evidencia de provenir de familias funcionales en las que cada uno de los miembros cubre un rol específico; en los ocho casos restantes se pudo constatar en seis de ellos la ausencia del padre de familia y en los dos restantes además de esta situación se ubicó a una madre emocionalmente ausente dejando la responsabilidad familiar a cargo de los hijos mayores, al respecto los miembros de la organización declararon:

“Mi papá y mi mamá estaban divorciados él vivía con su esposa y mi mamá con otro señor, bueno fuimos muy pobres, muy pobres, yo a los trece años tuve que dedicarme a trabajar para ayudar a mi familia” (PA03).

Otro más agrega:

“Mi papá llegaba y se iba, pasaba un tiempo y se quedaba con nosotros, tomaba mucho mi papá cuando estaba joven” (PA01).

Uno más señala:

“Mi papá se fue a trabajar para allá para la sierra, nos quedamos solos con mi mamá, ya mi hermana fue la que se hizo cargo de nosotros, la enfermera, la que también murió ella murió a los 34 años” (VA11).

Un informante al respecto declara:

“Se murió mi papá, estaba como en quinto de primaria, y ya pues así, cuando murió mi papá tuvieron que trabajar mis hermanos... cuando se muere un papá es muy diferente, cambian mucho las cosas, mi mamá se enfermaba mucho pues, así de los nervios y eso” (PA02).

Otro sujeto comenta:

“Mi infancia fue un poquito difícil, de... fijate todos mis amiguitos tenían su papá, ¡todos! ellos tenían su papá, verdad, mi papá yo lo tenía pero lo miraba muy a lo largo” (TG04).

Uno más dice:

“Fijate mi mamá es una mujer de pocas palabras, no es una mujer amorosa, que te ande abrazando y besando no, y hay veces que le he dicho, eso si me hizo falta” (VA12).

En el caso de una de las empleadas del área administrativa esta situación se presenta por partida doble ya que después de la ausencia recurrente de su padre durante la niñez termina con un matrimonio de 9 años y se enfrenta a la necesidad de mantener a sus dos hijos pequeños ella sola, el respecto comenta:

“Yo me vine a Mazatlán, porque me vine a trabajar aquí yo sola, yo ya estaba casada... me case a los 23 años, ya después dure con el 9 años, nos separamos, hubo una separación” (PA01).

7.1.5. Economía familiar.

Como se menciona anteriormente los miembros del CRRI Mazatlán proviene de la zona rural sinaloense y comparten experiencias comunes en su etapa de socialización primaria; para la mayoría de ellos esto significó experimentar pobreza desde temprana edad, sumada esta situación al hecho de pertenecer a familias con muchos hijos esto provoco condiciones de hacinamiento en sus viviendas, donde no solo se compartían los espacios físicos sino también las pertenencias; al preguntarles sobre la vida en sus familias de origen los sujetos comentaron:

“Pues nació en Teacapan Sinaloa... con mi familia pues muy bien todo, con mis hermanos sobre todo, éramos once hermanos” (PA01).

Uno de los informantes declara:

“Mi papá siempre trabajo... allá le llaman de mayordomo, cuando un agricultor le hablaba el manejaba a la gante y aparte era operador de tractores, y los fines de semana mataba puercos y vacas... imagínate pa’ mantenernos a nosotros, éramos doce” (TG09).

Y agrega:

“Al que le tocaba cama solo era un milagro, todos hechos bola, había... ahí todo se compartía, desde la casa, la cama, el cuarto, todo, las sabanas, las cobijas, entonces era mas estrecho el vinculo” (TG09).

Otro más comenta:

“Ya de ahí nos fuimos a otro lugar a otro barrio, en el centro y ahí ya vivíamos en una casita de teja, mas de verse, ya mi hermana era la que pagaba la renta, somos ¿Cuántos éramos? nueve de familia” (VA11).

Los miembros del CRRRI Mazatlán asumen la condición de pobreza vivida en la infancia sin generar ningún sentimiento de rencor o inferioridad, conservan recuerdos gratos de su infancia en los que las carencias experimentadas pasan a un segundo término, al habar sobre la situación económica familiar los sujetos declaran:

“Mi casa era una casa de material con el techo de lamina, y yo digo que esas fueron las infancias, cuando por ejemplo uno miraba la pobreza en que vivía pero la agarrábamos como diversión, porque llovía y la casa se llenaba de agua y nos divertíamos a lo lindo” (TG06).

Recordemos las palabras de uno de los informantes:

“Vivíamos a un lado de un cerro, haya en la sierra, quitándonos choyas a cada rato, nopales, espinándonos, pero muy a gusto” (TG09).

Uno mas agrega:

“En mi infancia no hubo muchos lujos, no éramos una familia desahogada económicamente hablando, pero sí mi mamá se encargo de darnos lo necesario, o sea de hacernos sentir que tenía... amor, que tenía... salud, que tenía... confianza en ese hogar, a mi papá lo veíamos poco” (VA12).

Solo uno de los terapeutas del centro de rehabilitación dijo haber contado con el apoyo de sus padres para estudiar terapia física, aunque no fue de carácter monetario, le proporcionaron los medios para trabajar los fines de semana cuando regresaba a su lugar de origen, este sujeto vendía nieve el fines de semana que visitaba a su esposa e hija y su padre le prestaba un vehículo para trabajar, el sujeto comenta:

“Cuando llegue aquí no hubo ningún impedimento ellos me apoyaron bastante, incluso el carro con el que yo trabajaba los sábados y los domingos era de mi papá” (TG06).

Algunos sufrieron el abandono del padre, sostén económico de la familia, por lo que se incorporan a actividades productivas desde temprana edad, de tal suerte que la mayoría de los miembros de la organización que fueron entrevistados se integraron a una actividad económica desde temprana edad, costeando con ello sus estudios al mismo tiempo que aportaban al mantenimiento del hogar, algunos de los sujetos declararon trabajar desde muy temprana edad; solo uno de los sujetos entrevistados declaró no haber trabajado de pequeño ya que sus padres costeaban sus estudios y manutención, incluso cuando se trasladó a la Cd. de México a estudiar, cabe señalar que se trata de uno de los médicos especialistas del CRRRI Mazatlán, a continuación se presentan una serie de testimonios vertidos por los miembros de la organización a este respecto:

“Y pues nosotros mi papá... pues el si tenía forma de ayudarnos pero la mujer no lo dejaba, entonces pues nosotros ni la primaria terminamos, porque el nunca nos quiso ayudar” (PA03).

Otro más comenta:

“Mi vida infantil fue en un taller, un taller de motos, de bicicletas, de carros, todo era mecánico ahí” (TG06).

Otro sujeto agrega:

“En la primaria, fui de todo, di bola, vendí revistas, periódicos, me acuerdo que vendí refrescos en el estadio de baseball, todo eso hacia yo” (TG05).

Oro más de los miembros de la organización comenta:

“Hubo una época de mi niñez, que no se que paso, fijate que nunca me he puesto a preguntarle a mi mamá, pero... se separaron mis papás” (VA12).

Y agrega:

“Un día una amiga me dice... ¿porque te metiste en la noche?, para trabajar porque mi papá no me quiere ayudar”. (VA12).

Uno de los terapeutas declara:

“En la prepa me acuerdo que mi papá se fue a Los Ángeles... pues estuvo casi año y medio, ese año y medio pues mi hermanito creció, mi hermano el mayor se había casado, total de que... mi hermano dijo, no pues ya no puedo, no puedo estar manteniendo a todos yo, entonces yo me salí de la prepa, me salí de la prepa y me puse a trabajar” (TG07).

7.2. Perfil profesional.

7.2.1 Motivación profesional.

La motivación no es un concepto sencillo, para los psicólogos es difícil describir el impulso que existe detrás de un comportamiento, la motivación de cualquier organismo, incluso del más sencillo, solo se comprende parcialmente; implica necesidades, deseos, tensiones, incomodidades y expectativas; el comportamiento subyacente es movimiento, un presionar o jalar hacia la acción, esto implica que existe algún desequilibrio o insatisfacción dentro de la relación existente entre el individuo y su medio.

Todos los terapeutas del DIF Mazatlán poseen una misma formación profesional, no obstante que los fundadores tienen perfil como técnicos en salud

comunitaria y una posterior capacitación en terapia física, todos fueron formados como terapeutas físicos por CONALEP; el grupo de los fundadores fue capacitado en Guasave formando parte de un programa especial, no obstante esto para que compartieron profesores y el mismo modelo educativo, por lo que ambos grupos construyeron los mismos referentes de socialización secundaria, generaron experiencias de aprendizaje similares; “la socialización secundaria que sucede generalmente en la escuela a través de la educación formal y que es la responsable que al final de la vida escolar una persona adquiera una cultura ligada a su profesión” (Rivas, 1999).

Todos los terapeutas entrevistados externaron deseo por estudiar medicina, incluso para algunos de ellos este surgió desde su niñez, sin embargo por situaciones diversas, todas ellas cimentadas en la precaria situación económica familiar este deseo no fue coronado, uno de los sujetos entrevistados recuerda:

“Decidí en la primaria, decidí ser no terapeuta, decidí algo de medicina, yo quería ser doctor según yo” (TG04).

Otro más agrega:

“Yo te digo que quería ser doctor, yo quería ser doctor, y a mi siempre me ha gustado, y si no me hubieran llamado yo hubiera buscado donde estudiar algo relacionado con la medicina, con la salud” (TG08).

El médico especialista en medicina física quien fue el único que logró este objetivo comentó:

“Pues siempre desde que yo me acuerdo de primaria yo decía que iba a ser médico, decía que iba a ser médico que iba a ayudar a los demás y no se que tanto rollo, ¡desde que estaba en la primaria!, así que ya mi objetivo era estudiar medicina, el doctor me decían mis papas” (VA10).

Incluso esta inquietud se encontró en miembros de la organización fuera del grupo de terapeutas físicos, uno de los trabajadores del área administrativa fue

admitido en la escuela de medicina de la Universidad Autónoma de Baja California, sin embargo, por decisión de su padre no continuo con los estudios y regreso a casa, este sujeto al respeto relata:

“¿Y ahora que vas a estudiar?, yo sigo con la medicina, ¡yo también!, entonces hicimos el examen y lo pasamos... pero en el curso propedéutico que nos dieron otra compañera que también se fue con nosotros se fue con su galán, y entonces dijo mi papá que no, que porque a lo que iba yo era a eso” (VA12).

Si bien es cierto que este deseo florece en la mayoría de los infantes y se finca en la nobleza de todo niño emocionalmente sano, en los miembros de la organización no desaparece estando presente en las etapas posteriores de su desarrollo, **AUTOR** establece que la motivación intrínseca surge sin motivo aparente y es mas intensa y duradera, según el autor consiste en el deseo constante de superación, guiado siempre por el espíritu humano; algunos de los miembros de la organización declaran que de no surgir una oportunidad de formarse en el área de la salud la habrían buscado ya sea en el área medicina o en una carrera afín.

“Si no estudio medicina, ¡porque yo quería estudiar medicina!, por lo menos estudio algo relacionado que me ayude a sacar adelante a la gente” (TG04).

El optar por la carrera en Terapia Física para algunos no fue su primera elección, en dos de los casos se declaro haber ingresado a una licenciatura después de egresar de la especialidad en Salud Comunitaria que los llevaría posteriormente a estudiar Terapia física, una persona más dijo haber ido un año a probar suerte a la frontera y regresar solo un día antes de iniciar las clases para inscribirse en la especialidad, el respecto los informantes declaran:

“Aguante mas que seis meses en contaduría publica, contaduría y administración, porque igual yo entraba a las seis, siete de la tarde y salíamos a las once de la noche,

entonces a las once de la noche había que caminar desde lejísimos, no había camiones ya, había que regresarte a pie otra vez pa'l rancho caminando” (TG08).

Otro informante agrega:

“Me fui dos años a la frontera a Ensenada... y el primer día que llegue aquí fue el primer día que agarre la carrera de terapia física en el CONALEP” (TG06).

Para algunos de ellos el estudiar terapia física significó una fuerte causa de disgusto con sus padres mas no un impedimento para llevarlo a cabo, uno de los terapistas relata como al no obtener ayuda de su padre para estudiar esta carrera desempeño trabajos domésticos para pagar sus estudios, la misma persona incluso se vio en la necesidad de repetir el segundo año de la carrera y empezar de nuevo, sin que esto lo hiciera claudicar, en entrevista sostenida esta sujeto declara:

“Que no me iba a apoyar porque a él no le gustaban las cosas relacionadas con la medicina, y me dijo que no, a bueno le dije yo, entonces yo voy a estudiar y trabajar a la vez para sacar mi estudio, y ya me dijo: como quieras, y ¡bueno me metí a estudiar!” (TG07).

Y agrega:

“Yo trabajaba de mil usos, de todo hacia, ya barría, ya trapeaba, le planchaba” (TG07).

En otro sentido el mismo informante comenta:

“Reprobé una materia, la reprobé, practicas hospitalarias, entonces sin esa materia, era la materia básica, sin esa no podía pasar a tercero, tuve que repetir el año” (TG07).

De tal suerte que la oportunidad brindada en 1982 por el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP), para cursar la carrera de Salud Comunitaria se presento como la ocasión que al mismo tiempo que ofrecía una oportunidad para desarrollarse dentro del área de la salud, brindaba la posibilidad de obtener un empleo seguro en el sistema de salud del Estado de Sinaloa;

cumpléndose de esta manera uno de los anhelos de estas personas al mismo tiempo que se obtenía un ingreso, que aunque mínimo era seguro.

Las motivaciones encontradas por los miembros del centro de rehabilitación para dedicarse a proporcionar ayuda a las personas con discapacidad fueron diversas, para algunos como ya se menciona, fue el establecimiento de una relación directa con la discapacidad desde temprana edad a través de amigos o familiares, para otros el contacto directo con los pacientes del centro de rehabilitación a lo largo del tiempo y en otras experiencias el deseo de superar la propia discapacidad padecida, al respecto los miembros de la organización comentaron:

“De hecho cuando yo empecé la carrera estaba a mitad de primer año y mi prima falleció, y dije si no es por ella es por mucha gente mas, y seguí adelante, pero yo me metí por mi prima, dije quiero saber que era lo que le paso a ella” (TG07).

Otro terapistas señala:

“Te gusta la carrera, ya que empiezas a trabajar le agarras sabor, sobre todo al principio, cuando va empezando no se da uno cuenta de la utilidad que tiene hasta que empiezas a trabajar, y ya no las dejas, aunque quieras, ya no la dejas” (TG05).

Uno agrega:

“Y ahí fue donde me nació lo de terapia física, entonces en ese tiempo seguía estudiando dibujo, seguía leyendo revistas, pero también empecé a tener la ilusión de tener el aparato, el aparato auditivo” (TG06).

En el caso del medico especialista y director del CRRE Mazatlán la situación es distinta, aunque manifestó el deseo de estudiar medicina desde temprana edad, la elección de la especialidad en Medicina Física estuvo basada en fines prácticos y orientada por el consejo de su esposa, debido a que anteriormente a esta decisión participa en el proceso de selección para formarse como anestesiólogo el cual acredita, sin embargo no le es posible cursar esta

especialidad porque en aquel entonces formaba parte de la Marina Nacional y las exigencias del ejercicio de la especialidad no compaginaban con la rigidez del horario de su trabajo, al respecto el sujeto recuerda:

“Y en eso, no que rehabilitación, mira que esta tranquila, dice mi mujer, vamos a ver, empecé a investigar donde se daba rehabilitación, así fue como me metí a rehabilitación, me acuerdo que fui al instituto nacional de pediatría ahí, al IMAN” (VA10).

Y agrega:

“La especialidad, la elegí la verdad... si me gusta o sea el deporte y todo me gusta y como estaba relacionado con el ejercicio fue como la elegimos” (VA10).

De este modo la elección de una formación en terapia física para los terapeutas del CRRM Mazatlán se dio de manera natural, cimentada en el deseo de estudiar medicina o alguna profesión relacionada con la salud, como ya se menciona esta inquietud surge desde la niñez y se ve alimentada por la presencia de un espíritu de servicio en los miembros de la organización; la falta de recursos económicos para dedicarse de tiempo completo a estudiar y poder solventar los gastos que la formación profesional médica exige, así como la carencia de oportunidades educativas en su lugar de origen ubico a una formación técnica en terapia física como la ocasión de ver coronados sus deseos, así como la oportunidad de acceder al ejercicio de una profesión que resultaba gratificante, uno de los terapeutas entrevistados al preguntarle sobre los motivos de su elección de carrera comento:

“Se fue dando solo, empezamos a estudiar esto y ya, uno casi no tiene opciones, se le hace difícil encontrar donde estudiar” (TG05).

Al mismo respecto un sujeto señala:

“Solito se fue dando todo, yo no anduve buscando, yo quise ser medico, antes... pero el tiempo fue pasando, fui a estudiar, fui a estudiar, así fue como llegue a rehabilitación” (TG04).

Otro agrega:

“No si es un caminar, batallando pero, no gracias a dios siento que si estoy bien, y trabajo en algo que me gusta, yo de chico quería estudiar medicina, yo quería ayudar a la gente, todo lo demás se fue llegando solo, yo no anduve buscando, que quiero ir para allá, para acá, que aquello.” (TG04).

Otro de los terapistas declara como a su juicio las situaciones lo llevan a establecerse no solo como terapeuta, sino también en la organización, planteando los hechos de forma natural:

“Uno no decide que va a estudiar, donde se va a quedar, la vida te va poniendo en el camino, pues ya como a los seis meses conocí a mi esposa aquí, y ya nos conocimos, nos tratamos y aquí estoy todavía” (TG09).

7.2.2. Formación profesional.

Los egresados de la carrera de Técnico en Salud Comunitaria de CONALEP recibieron invitación por parte del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia para capacitarse como terapeutas físicos, ofreciéndoles por poseer conocimientos en el área una especialidad en Terapia física, por medio de una convocatoria lanzada a través de un convenio entre la institución educativa y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Sinaloa, quien se encargaría de complementar la formación teórica brindada por la institución con una capacitación práctica ofrecida en los Centros de Rehabilitación DIF Sinaloa que estaban por abrir sus puertas en 1986; durante el desarrollo de su servicio social en Técnico en Salud Comunitaria se instrumenta la puesta en marcha del Programa Nacional de Atención a Personas con Discapacidad, basado en decreto presidencial realizado en 1982, que faculta al sistema DIF nacional para operar establecimientos de asistencia social en beneficio de personas con discapacidad; el que contemplaba la apertura de dos Centros Regionales de Rehabilitación

Integral (CRRRI) en el estado de Sinaloa en las ciudades de Los Mochis y Mazatlán, cubriendo así las zonas norte y sur del estado y un Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), en la ciudad de Culiacán capital del estado, para atender las necesidades de la zona centro del estado de Sinaloa, los miembros fundadores de la organización hablan al respecto:

“Lo de terapia física salió de esta manera, yo después de la preparatoria entre a CONALEP, estudie técnico en salud comunitaria... entonces me dijeron que en Culiacán iban a abrir unos cursos de terapia física, y nos fuimos a Culiacán y empezamos ahí el curso” (TG09).

Otro señala:

“Nos dijeron que si queríamos estudiar para terapia física porque teníamos el perfil por salud comunitaria por ser una carrera afín, que si queríamos ir a Culiacán a estudiar terapia física” (TG05).

Uno agrega:

“Nomás duro un año, pero eran teoría y practica juntos, nos daban la clase y todo y luego nos decían así, así, así, unos maestros muy buenos de México, de Culiacán, rehabilitadores pues, estaban médicos muy buenos” (TG08).

De esta forma, al término de un año de servicio social en el área rural sinaloense, e inmediatamente después de terminar la carrera de Técnico en salud comunitaria ingresan al proceso de selección para formarse como Terapeutas físicos, dentro de las funciones del profesional en terapia física se pueden destacar dos, primero una función asistencia, en donde el fisioterapeuta, como profesional sanitario, establece una relación con la sociedad sana y enferma con la finalidad de prevenir, curar y recuperar por medio de la actuación y técnicas propias de la fisioterapia, uno de los miembros fundadores comenta:

“Como premio al apoyo que tuvimos de esa carrera, ahí en Guasave y Culiacán, porque era de Guasave pues, DIF quiso apoyarnos en lo que es rehabilitación a nivel estatal, abrió la convocatoria para técnico en salud, para hacer un posgrado en

rehabilitación, se hizo examen de admisión, de conocimiento, porque para rehabilitación tiene uno que tener bases de medicina” (TG04).

Al término de su formación en Salud Comunitaria fueron enviados a realizar su servicio social a las comunidades rurales del Estado de Sinaloa por parte de sistema DIF estatal, ocasión que les brindó la oportunidad de observar desde otra perspectiva las carencias que esta población sufre, uno de los terapeutas comenta:

“Cuando yo estuve en el servicio comunitario, yo miraba que mucha gente por discapacidades ahí se quedaba, mucha gente que le pegaba un embolia cerebral, y la gente se quedaba ahí, o los escondían, no los sacaban, no los atendían, la gente se avergonzaba de tener un familiar así, yo en el servicio comunitario de todo eso me fui dando cuenta, cuando se da lo de rehabilitación me gusto, por eso hice el examen, ahí yo empecé a definir que rumbo iba a agarrar” (TG04).

Otro sujeto agrega:

“Ya empecé a ver que me relacionaba con toda la gente, que ayudábamos a las personas” (VA12).

La oferta de la formación en terapia física a nivel licenciatura data en México de alrededor de 10 años, anteriormente era ofrecida solamente por el sistema DIF, a través de los programas implementados en diferentes regiones del país para capacitar al personal que trabaja en los centros de integración DIF que se encuentran en diferentes estados de la república, capacitación que en su momento se ofreció a nivel técnico; en la actualidad el Centro Nacional Modelo Gaby Brimmer, ofrece la licenciatura en Terapia Física. Durante su formación profesional, la cual se llevó a cabo en la ciudad de Culiacán en su etapa escolarizada y en Mazatlán en su fase práctica, la mayoría de ellos regresaba el fin de semana con su familia y se incorporaba a alguna actividad productiva, teniendo que trabajar para obtener algún ingreso complementario ya que lo que recibían

como apoyo en su servicio social era insuficiente, uno de los terapistas habla al respecto:

“trabajaba pero un día por semana nada mas, los fines de semana cuando iba al rancho, y ahí tenía que estar toda la semana” (TG04).

Otro agrega:

“cuando yo llegue aquí me pagaban en aquel entonces... no me pagaban sino que me daban vales de despensa, aquí en el seguro unos vales de \$50.00, no alcanzaba pa’ nada” (TG06).

7.2.3. Espíritu de servicio.

Al revisar los perfiles proporcionados por las instituciones de educación superior que ofrecen la carrera de licenciatura en terapia física en México y Colombia, así como las características deseables de los aspirantes, destaca la presencia de un espíritu de servicio, bajo un perfil humanístico de la profesión y el desarrollo de altos valores éticos en el ejercicio de la profesión.

Una de las prioridades para los miembros de la organización indistintamente de su posición, es el atender a todos los pacientes independientemente de cualquier situación o condición que se presente, es común por ejemplo que el paciente se presente tarde, sin asearse, fuera de su horario de terapia e incluso en un día distinto al asignado; estas situaciones no son exclusas para no proporcionar la atención que el paciente solicita; en el marco de la rehabilitación del discapacitado las necesidades del paciente se anteponen siempre a las de los miembros de la organización, para ellos el paciente es primero, el brindar un servicio al paciente se concibe como el objetivo de su trabajo, la razón por la que pertenecen al centro de rehabilitación, al cuestionar a

los informantes sobre el objetivo de su trabajo se encontró consistencia el expresar que la atención al paciente es lo mas importante:

“Uno esta para servir al paciente, uno tiene que atender eso para dar buen servicio, y nada mas uno esta para atender al paciente” (TG09).

Y agrega:

“La principal característica de mi trabajo es... yo creo el servicio, porque es lo que hace uno con todos los pacientes que vienen aquí, servirles en algo” (TG09).

Uno de los terapistas señala:

“Atenderlos pues no es gente que venga para acá por gusto o que quiera venir a vernos por guapos o por bonitos, la gente que viene aquí es por necesidad, porque quiere recuperarse, entonces no les hace uno un favor, la gente le hace a uno un favor al venirse a atender aquí” (TG08).

Otro terapeuta agrega:

“Nosotros atendemos a mucha gente que no se baña, que vienen apestosos, ¿ves?” (TG05).

Para el personal del área administrativa y de intendencia la atención es también lo más importante:

“Lo mas importante es sacar el trabajo, mandar a la persona, que no se moleste, sobre todo eso, yo estoy nada mas para atender a los pacientes, ya... digo para eso estamos para darles un buen servicio” (PA01).

Uno de los informantes declara:

“Pues no, pero se presta, se presta porque ando yo aquí y me conocen, que tráeme el carro, y... ha pues yo voy” (PA02).

La encargada del área de servicio social habla al respecto:

“Siempre tenemos que dar buena imagen y mas que yo soy las que los recibe de primera vez, entonces yo soy quien debe darles las mejores atenciones” (VA11).

El espíritu de servicio de los miembros de la organización se hace patente en todo momento, desarrollan su trabajo gustosamente y de buena manera ya que disfrutan de la labor que realizan, la motivación intrínseca se define “cuando la persona fija su interés por el estudio o trabajo, demostrando siempre superación y personalidad en la consecución de sus fines, sus aspiraciones y sus meta; definida por el hecho de realizar una actividad por el placer y la satisfacción que uno experimenta mientras aprende, explora o trata de entender algo nuevo” Chiavenato (1998); el ser de utilidad a las personas que acuden al CRRI es una fuente de satisfacción para los sujetos entrevistados, en este sentido no resulta molesto para los miembros de la organización retrasar su programación diaria de sesiones de terapia o realizar tareas fuera de sus funciones; se observó que quienes no establecen contacto directo o frecuente con los pacientes se toman tiempo para platicar con ellos en pasillo y establecer una relación mas cercana, al cuestionar a los informantes sobre el servicio prestado a los usuarios de la institución se obtuvieron los comentarios siguientes:

“Porque nosotros vivimos de la gente, vivimos de los pacientes, de nuestro trabajo, entonces tenemos que hacer nuestro trabajo bien verdad y hacerlo con gusto, y... pues aquí estamos en esto, a ver hasta cuando” (TG08).

Otro sujeto comenta:

“A mi me gusta lo que hago, he... nada mas espero que a los pacientes les sirva lo que yo les hago, que sea en beneficio de ellos, yo con eso me doy por servido” (TG09).

Y agrega:

“Y aparte por eso nos pagan, tenemos la ventaja que nos pagan” (TG09).

Un informante del área administrativa señala:

“El trabajo que tengo, pues me da mucha... como satisfacción, convivir bien con la gente, con la gente enferma que viene, ayudarlos en lo que puedes cabrón, así o sea, yo me siento así bien, contento conmigo mismo” (PA02).

Al respecto agrega:

“No, no, no me molesta, para nada, hasta me gusta, la gente apenas puede caminar, si pues, ser amable con la gente, con los pacientes” (PA02).

El responsable de orientación relata:

“Aquí fue donde empecé yo a darme cuenta de lo que es, que me gustaba ayudar al paciente, atenderlo, se sentía bonito, y compartir sus experiencias fue lo que me movió a hacer eso, la carrera” (VA12).

Uno de los intendentes señala:

“Hay veces hay un expediente, que no esta ella y yo se lo busco, y a veces doy información de alguna cosa que necesiten, cuando no viene ella yo doy las fichas y a veces hasta los paso con el doctor, como no pueden a veces hay que pasarlos, a veces me quedo allá en la oficina, que se salen me quedo contestando el teléfono” (PA03).

La responsable del área de servicio social comenta la relación que establece con los pacientes:

“Cuando vienen aquí conmigo no viene el paciente, a veces viene un familiar, casi no conozco muchos pacientes, pero si trato de... cuando veo a uno, hola como esta, platicar con ellos, saludarlos. ¿como se han sentido?, les pregunto sobre su rehabilitación verdad” (VA11).

Los miembros de la organización concientes del esfuerzo que los pacientes realizan al asistir a la institución hacen a un lado problemas personales; el discapacitado en muchos de los casos carece de acceso de las oportunidades necesarias para los aspectos fundamentales de la vida de que dispone en general la comunidad, como: educación, empleo, vivienda, seguridad económica y personal, participación en grupos sociales y políticos, actividades religiosas, relaciones afectivas, acceso a las instalaciones públicas y libertad de movimientos, los sujetos entrevistados reconocen que un buen servicio es esencial en el desarrollo de su trabajo y dejan sus problemas fuera del ámbito laboral para ofrecer un mejor servicio a los pacientes del CRRM Mazatlán, esta situación se

observo en todas las áreas de la organización, al respecto uno de los miembros del área de valoración comenta:

“Uno lo esta atendiendo ¿verdad?, traigas los problemas que traigas, pero pues son tus problemas, y tienes que dejarlos en casa, o que se yo donde, pero tienes que atender al paciente” (VA12).

Un miembro del área administrativa señala:

“Como se debe de atender, porque imaginate como vienen ellos y uno si los recibe de la desta, pues también como que no va, ¿verdad?”. (PA01).

Uno de los intendentes relata:

“A veces me preguntan oiga ¿que usted no tiene problemas?, siempre la veo alegre, si, si tengo les digo, pero los traigo encerrados” (PA03).

La encargada del área de servicio social comenta:

“Yo siempre me siento contenta porque a todas las personas que atiendo las atiendo de buena gana, nunca estoy de mal humor, la mañana que venga con coraje, que pocas veces vengo enojada con mi marido, entonces las veces que vengo con el chamuco llegando aquí se me quita todo” (VA11).

7.3. El trabajo de rehabilitación.

La rehabilitación es la recuperación física, psíquica, social y laboral, es decir, la rehabilitación es la recuperación global del enfermo o lesionado; la rehabilitación, es pues, un trabajo multidisciplinar; en el proceso de rehabilitación, en el proceso de rehabilitación de un enfermo, además de la fisioterapia, interviene el especialista, la logopedia, la terapia ocupacional, la psicología, entre otros.

Según el Ministerio de Trabajo y seguridad Social de Colombia la rehabilitación es entendida como “un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencias alcance un nivel físico, mental y social optimo, proporcionándole así los medios para

modificar su propia vida” (Peñas, 2003), desde la perspectiva de la rehabilitación integral, el proceso debe involucrar acciones encaminadas a compensar la pérdida de una función o limitación funcional, procurar mejorar de su calidad de vida y lograr una plena integración del contexto sociofamiliar y laboral.

7.3.1. Naturaleza del trabajo de rehabilitación.

Las responsabilidades que el código de ética de la profesión del terapeuta físico marca se frieren exclusivamente a las competencias necesarias para el logro de una recuperación funcional del paciente con discapacidad en cualquiera de sus modalidades, en el estableciendo de una relación de respeto hacia el paciente y hacia el ejercicio del trabajo de sus colegas; sin realizar ninguna mención de las necesidades que se presentan, se revesan la manipulación de la persona, sin embargo, para los miembros del CRRRI Mazatlán están concientes que la recuperación que pueden ofrecer a los pacientes no es total, esto solo se logra en muy pocas ocasiones, generalmente las lesiones leves de pacientes jóvenes con buena salud son las que se recuperan al 100%, en la mayoría de los casos producto de algún accidente o lesión deportiva; los terapistas del centro de la organización solo pueden ofrecer que el grado de funcionalidad de las personas aumente, el alcance de la terapia física proporcionada se sujeta a la condición discapacitante de cada paciente, sin embargo para los terapistas el recuperar la movilidad aun en grado mínimo representa un indicio importante de que el paciente puede avanzar en su recuperación, y por supuesto una esperanza y motivación para el paciente; se busca en términos generales que el paciente logre ser autosuficiente en su vida cotidiana y como ambición ultima en alguna actividad laboral, uno de los terapistas al respecto declara:

“Mi trabajo es hacer al paciente lo más independiente que se pueda, hacerle los ejercicios para que ellos aprendan a defenderse más de la vida” (TG06).

Otro sujeto comenta:

“Sacar adelante al paciente... hasta donde haya la posibilidad de que el paciente de lo que pueda dar, porque hay pacientes que dan mucho y hay pacientes que no van a dar” (TG07).

Uno mas agrega:

“Es lo que tu haces como terapeuta, tratas de que la gente se recupere en el menor tiempo posible, de que en el menor tiempo posible se reinstale en su trabajo, en su modo de vivir, en sus actividades de la vida diaria, en su independencia” (TG08).

En el trabajo de terapia de rehabilitación inspirar confianza al paciente es fundamental, ya que el discapacitado experimenta estrés producto de las limitaciones física y/o intelectuales que padece y que se ven agravadas por tensiones sociales o familiares, desde esta perspectiva para los miembros de la organización en cuestión recibir al paciente con un gesto amable, una sonrisa, alguna broma o simplemente entablar una conversación casual para hacerlos olvidar los problemas que traen a cuestas y brindarles la ayuda que necesiten es fundamental en el ejercicio de su trabajo, al cuestionar a los terapeutas sobre el trabajo que realizan en la institución y el trato que proporcionan a los pacientes de misma uno de los sujetos declaro:

“Aquí la idea es primero atender a la gente, ¿atenderla como?, de acuerdo a sus necesidades, verdad, muchas veces son físicas, junto con las físicas traen problemas emocionales, primero lo que hacemos aquí, en lo particular yo, es recibirlos con una sonrisa, o si no es sonrisa, palmearlos, o así, darles confianza pues, para que se sientan bien, porque vienen con broncas, con problemas en su casa, físicos, emocionales” (TG04).

Otro informante agrega:

“Los manejo más que nada primero investigando, sin meterme mucho en su vida, porque no podemos” (TG06).

En el desarrollo de la sesión de terapia es importante para el terapeuta observar la condición general de cada paciente así como su estado emocional; en virtud de que una de las competencias del terapeuta físico se orienta a la evaluación del funcionamiento muscular y articular del cuerpo humano y al establecimiento de un diagnóstico diferencial en fisioterapia; los miembros de la organización han aprendido que junto con los ejercicios prescritos por el especialista en medicina física es importante el generar un ambiente de confianza así como el trabajar con las emociones de los pacientes, consideran que estos dos aspectos son fundamentales para el éxito de su trabajo; así mismo el trabajar con su propio estado de ánimo es significativo para el desarrollo de las sesiones de terapia, ya que el no tener control sobre su estado anímico puede afectar de manera negativa su trabajo y que el paciente genera rechazo hacia el terapeuta, uno de los terapeutas de la institución comenta:

“De nada sirve que al paciente lo muevas, lo muevas, si al paciente no le das ánimos no va a salir adelante” (TG06).

El motivar al paciente a seguir adelante y esforzarse en su proceso de rehabilitación es también importante para los terapeutas del CRRRI Mazatlán, como se mencionó la rehabilitación de cada pacientes es un proceso individual del que no se pueden garantizar resultados, de ahí la importancia de establecer una buena relación con el paciente y de buscar que el interés en el proceso de rehabilitación no decaiga, uno de los informantes declara:

“Pues como te digo estar a la altura de ellos, decirles que no es tan malo lo que tienen que hay otras personas que tienen cosas mas graves, que dentro de todo lo malo siempre hay algo bueno” (TG08).

Esta actitud es particularmente significativa para aquellos que se vinculan directamente con la discapacidad, es una manera de luchar ellos mismos y no

sentirse solos, uno de los miembros de la organización que padece una discapacidad comenta:

“La discapacidad es para mi la oportunidad de enseñarle a la gente que a pesar de que tiene una discapacidad se tiene que seguir viviendo, se tiene que seguir, y la fuerza de voluntad de demostrárselo a los que no tienen esa discapacidad” (TG06).

Y agrega:

“No esperamos que nos agradezcan, sino esperamos que la gente tome conciencia que tienen que apoyar a la gente que tiene su mismo problema” (TG06).

De esta manera los terapeutas del CRR I Mazatlán no se limitan solo a proporcionar ejercicios de rehabilitación a los pacientes de la organización; el terapeuta cumple un papel muy importante en la recuperación de las habilidades de socialización adquiridas por el sujeto a lo largo de su vida, en la recuperación de la confianza para establecer vínculos afectivos con las personas con las que se relaciona y en la recuperación de la autoestima necesaria para enfrentarse de nuevo a un su entorno; al interesarse en sus problemas y estado de ánimo ofrecen en cierta medida ayuda emocional a los usuarios de la institución, para ellos es importante realizar una evaluación general del paciente antes de iniciar con la sesión de terapia física a partir de su estado de ánimo, de tal suerte que la ayuda emocional proporcionada se complementa con la manipulación física ofrecida, uno de los terapeutas señala:

“Lo principal del trabajo de nosotros, es la ayuda que le brindamos a la gente, ya sea físicamente, mecánicamente, o emocionalmente” (TG08).

El mismo sujeto agrega:

“Yo pienso que si, o sea le damos una ayuda emocional, porque te interesas por el, te interesas por lo que tiene, por su problema tanto físico como emocional” (TG08).

Una de las principales responsabilidades del terapeuta del centro de rehabilitación es hacer sentir bien al paciente, ya que la ayuda que ofrecen es

limitada; no desvinculan al paciente del marco social que su condición de discapacitados les asigna, donde la segregación y discriminación es habitual incluso para algunos dentro de su círculo familiar; la persona discapacitada se desarrolla en un ambiente social hostil, con circunstancias adversas, generalmente basadas en la indiferencia y el menosprecio, se siente injustamente marginada y ofendida cuando la sociedad no se interesa en conocerla e intentar un acercamiento; de esta manera al proporcionar un servicio integral que no solo busque la recuperación física sino también el hacer sentir bien al paciente y elevar su estado de ánimo, uno de los terapeutas comenta:

“Si al paciente lo vez deprimido, entonces si hay que levantarle el ánimo” (TG05).

Y agrega:

“Pero uno tiene que hacerlos sentir bien con lo que les da uno, ellos se sienten digamos mejor, sabemos que no se van a aliviar, pero se sienten mejor” (TG05).

Uno de los intendentes de la institución señala:

“Me gusta cuando los veo así tristes darles palabras de consuelo y eso, me gusta apoyarlos, que no se sientan tristes, que dios es bueno, que los problemas no son nada” (PA03).

Su intervención con el discapacitado no se limita entonces a la manipulación física se extiende a lo emocional, para lo cual no están preparados, se reconoce incluso que se brinda el apoyo emocional que en ocasiones ellos mismos necesitan, uno de los terapeutas comenta:

“Trato de darles apoyo emocional, a veces el que no tengo yo mismo, porque a todos nos falta, todos tenemos carencias, uno trata de hacer las cosas lo mejor que se pueda” (TG04).

Otro de los terapeutas privilegia la ayuda emocional brindada a los pacientes:

“Porque nosotros mas que terapistas también somos psicólogos, nos metemos un poquito, aquí nos cuentan muchas cosas los pacientes, sabemos muchas cosas” (TG06).

Y agrega:

“De nada sirve que al paciente lo muevas, lo muevas y si al paciente no le das ánimos no va a salir adelante” (TG06).

De esta manera el proporcionar ayuda a los pacientes del centro de rehabilitación se considera la principal característica de su trabajo, en cualquiera de sus dos acepciones física o emocional, sin embargo la ayuda emocional se privilegia por sobre la física, los terapistas consideran de mayor importancia el reconfortar al paciente que la sesión de terapia en sí, el estado anímico del paciente es el indicador para saber que tipo de ayuda se debe proporcionar, uno de los informantes comenta:

“La principal característica según yo viene siendo la psicología, porque aquí tú puedes mover al paciente todo lo que tu quieras, pero si psicológicamente el paciente no esta al tanto no se va a rehabilitar, para mi es lo mas importante la psicología tanto del paciente como del terapeuta” (TG06).

Un terapeuta señala:

“Hay veces que al paciente viene bien jodido, viene bien abajo, por eso hay veces que el paciente necesita ¡papachoterapia! ¿me entiendes?” (TG05).

Otro sujeto agrega:

“Yo pienso que si, o sea le damos una ayuda emocional, porque te interesas por él, te interesas por lo que tiene, por su problema tanto físico como emocional” (TG08).

Al iniciar el proceso de rehabilitación el terapeuta no se genera ninguna expectativa de su trabajo, como ya se mencionó la evolución de cada paciente es un proceso único de tal suerte que no se puede predecir la duración del proceso ni el grado de mejoría; de esta manera la mayor gratificación que puede recibir el terapeuta por su trabajo es la mejoría del paciente, ya esta se encuentra en relación directa con la recuperación de las funciones disminuidas en cada caso, el paciente

brinda al terapeuta el reconocimiento que necesita por su trabajo, sin embargo este no debe ser buscado, ni sugerir al paciente la existencia de mejoría en su proceso rehabilitatorio, el terapeuta de la organización es paciente y evita señalar el avance producido, los progresos en la rehabilitación deben de ser descubiertos por el discapacitado de forma espontánea para ser percibidos como un logro por parte del paciente; saben que las recompensas vendrán por si solas si realizan bien el trabajo; existen evidencias para sugerir que la adecuación positiva entre una persona y su ambiente laboral se traducen en satisfacción, buen desempeño, mayor salud mental y física, las personas que tienen diferentes intereses, competencias y disposiciones, tienden a rodearse de personas y situaciones congruentes con sus intereses, capacidades y perspectivas del mundo, “los ambientes congruentes dan satisfacción a los sujetos porque se encuentran entre personas con preferencias y valores semejantes a los suyos y donde pueden hacer tareas que les agraden” (Furnham, 2001); al cuestionar sobre el manejo de la recuperación del paciente uno de los terapeutas comenta:

“Yo no espero nada al empezar, tu no esperas nada, no tienes ventaja, las ventajas vienen solitas, hay veces que es mas importante la forma en que tratas al paciente que la terapia misma” (TG05).

Y agrega:

“Vamos de menos a más pues, pero al hacerlo bien, al hacer bien tu trabajo, al tratarlos bien, el paciente te va a dar el reconocimiento que tú necesitas, va a ser en como haya sentido la terapia, en los avances que haya tenido” (TG05).

Otro de los terapeutas señala:

“Aquí vienen dos veces a la semana, que aprendan y hagan los ejercicios en su casa, y eso es lo que espero nada mas de los pacientes, y pues si, cuando ve uno que con poquito que avance el paciente si se siente bien, se siente satisfacción” (TG09).

Para los miembros de la organización que no participan directamente en la rehabilitación de la discapacidad las fuentes de satisfacción del trabajo se localizan en el hecho de servir y ser útil a los usuarios de la institución, uno de los intervinientes que sufre una discapacidad de lenguaje, que se ha asignado la tarea de auxiliar a los pacientes en actividades diversas, comenta:

“El trabajo que tengo, pues me da mucha...satisfacción, o sea, al convivir bien con la gente, con la gente enferma que viene, ayudarlos en lo que puedes cabrón, yo me siento bien, contento conmigo mismo” (PA02).

Solo en los casos en que el paciente se encuentra decaído es válido que el terapeuta haga notar la mejoría lograda, sin embargo es preferible que el paciente lo descubra por sí solo, uno de los terapeutas señala:

“Si al paciente lo vez deprimido, entonces si hay que levantarle el ánimo, hacerlo notar, pero la mayoría de ellos lo notan primero que uno” (TG05).

Otro sujeto señala:

“A veces uno se da cuenta pero trata de no hacérselo notar, que el paciente se da cuenta, porque hay veces que uno le pone mucha crema a sus tacos” (TG04).

Desde la perspectiva de los terapeutas el centro de rehabilitación ofrece al paciente no solo un espacio de rehabilitación física, brinda la oportunidad de interactuar con personas que experimentan situaciones similares y comprenden la realidad que experimentan, ofrece un espacio para sentirse entre iguales y olvidar el dolor que significa la discapacidad al compartir con otras personas de su misma condición experiencias comunes que los hacen sentir que no están solos y tienen oportunidad de salir adelante, de tal suerte que modifican la manera en que perciben a la discapacidad y los motiva a proseguir con su rehabilitación, uno de los terapeutas comenta al respecto:

“Vienen ellos aquí y ven a mucha gente con problemas similares a ellos, y ya, se vuelven otra vez a sentir que están vivos, ¿he?, de pérdida para que no se depriman pues, lo que hace uno con el encierro” (TG05).

Otro sujeto señala:

“Ya de hecho que el paciente acuda a un centro de rehabilitación lo ayuda psicológicamente, para que vea que no esta solo, que hay otra gente que tiene problemas de discapacidad; aparte del hecho que la persona que esta discapacitada se pasa en una casa encerrada, la gente se enferma mas, pierde el habla, pierde las ganas de vivir, no le da el sol, la gente tiene muchos mas problemas si se queda en su casa” (TG08).

Otro agrega:

“Trayéndolo a los centros de rehabilitación no, que ya viene uno, que ya viene el otro, la gente viene, le pega el sol, platica con otras personas, y la gente se va componiendo va cambiando si modo de ver su problema” (TG09).

Si bien los pacientes son clasificados por el medico especialista según el tipo de discapacidad que poseen; el sistema DIF clasifica a la población con discapacidad o en situación de riesgo en las siguientes modalidades: discapacidad motora, personas con problemas de amputaciones, lesiones medulares, secuelas de polio, retraso psicomotor, parálisis cerebral, deformaciones, artropatías y lesiones óseas; discapacidad visual, pacientes con debilidad visual o ceguera; discapacidad auditiva, presencia de sordera o hipoacusia; discapacidad de lenguaje, personas con hipodesarrollo del lenguaje, dislalias o disfemia; y discapacidad intelectual, pacientes con deficiencia mental, síndrome de Down y problema de aprendizaje; sin embargo, los terapeutas de la organización no los catalogan de ninguna manera para ellos son personas a las que atienden, de esta forma cuando se refieren a ellos los llaman por su nombre y cuando los describen lo hacen en función de su edad, sexo, lugar de procedencia o por las características de la persona que los acompaña; solo para efectos didácticos y guardando su anonimato se refieren al tipo de discapacidad, como cuando

comentan casos en las sesiones de enseñanza o con otros pacientes, uno de los terapeutas comenta como el medico especialista en medicina física los cataloga:

“El doctor les pone, por ejemplo, secuela de EBC, que lumbalgia, esguince de tobillo, problema cervical, ese es el diagnostico, el doctor la clasifica” (TG04).

Un informante agrega:

“Nunca decimos el nombre del paciente, simplemente comentamos cosas del paciente pero no decimos quien, y respecto a la rehabilitación, tratamos de no ofender al paciente” (TG06).

Al revisar los perfiles proporcionados por las instituciones de educación superior que ofrecen la carrera de licenciatura en terapia física en México y Colombia, así como las características deseables de los aspirantes, se encontró que las competencias requeridas para ingresar a esta licenciatura integran no solo la prevención y manejo de la discapacidad, se destacan la presencia de un espíritu de servicio bajo un perfil humanístico de la profesión y el desarrollo de altos valores éticos en el ejercicio de su labor; en opinión de los terapeutas del CRRM Mazatlán el poseer una actitud humanitaria es primordial en el ejercicio del trabajo de rehabilitación, esta apreciación se gesta desde de su formación profesional y se ve reforzada en el ejercicio de su profesión ya que tratar con la discapacidad día a día los sensibiliza, hay que recordar que todos los terapeutas de la institución provienen de la misma escuela aunque de generaciones distintas de tal manera que comparten las enseñanzas de profesores comunes; estos sujetos consideran que el trabajo de rehabilitación atiende a los pacientes que la medicina tradicional ya no puede ayudar y que no tienen esperanzas de recuperarse por medio de algún tratamiento medico, o que acaban de ser objeto de algún procedimiento quirúrgico; uno de los terapeutas recuerda un comentario que uno de sus profesores realizo al respecto referente a la humildad necesaria para dedicarse a la profesión:

“Como un maestro nos dijo: si tú quieres quedar bien con dios, nunca faltes a darle terapia a un paciente; dijo no vayan a la iglesia, no dejen de trabajar por andar en la religión, no dejen de trabajar por ir a la iglesia, tienen a dios en cada paciente, su religión es cada paciente, trabajando cumpliendo con su paciente van a estar bien con dios, es la mejor religión que pueden tener ustedes” (TG05).

Y agrega:

“Hay que tener un poquito mas se sensibilidad de humanidad, eso es bueno, o sea aunque uno diga que no la tiene, si la tiene porque eso es lo bonito del trabajo, uno tiene que tener eso para poder dedicarle al paciente poquito mas tiempo” (TG05).

Uno de los terapeutas señala:

“Hay veces que los médicos, todos los demás ya dejan a este tipo de gente abandonados, ya los dejan en su casa como quien dice, ya no... ya no tienen lucha” (TG08).

Otro terapeuta de la organización comenta:

“Nosotros venimos a atender a todos estos pacientes que ya dejo la medicina tradicional,” (TG05).

Los terapeutas de la organización tienen la percepción de que los médicos especialistas de la localidad no confían en la terapia física ofrecida en la institución argumentando que lejos de beneficiar perjudica al paciente, uno de los sujetos entrevistados hablo al respecto:

“Después de una cirugía ocupan rehabilitación los pacientes, y los médicos no los mandan, no los mandan a veces por egoístas o por miedo tal vez de que uno se los vaya a... a desconchinflar, ese es el argumento que ellos usan” (TG05).

Y agrega:

“Los mandan a su casa, incluso aquí hombre, aunque sepan los medico que existe el centro de rehabilitación de terapia física aquí, no los mandan ¿ves?” (TG05).

Este comentario se constató en conversaciones sostenidas con dos médicos de manera independiente en tiempo y lugar distintos, traumatólogo y geriatra

respectivamente, los dos pertenecientes a la clínica ISSSTE de Mazatlán, institución que canaliza pacientes al CRRRI Mazatlán; el primero de ellos comentaba que los terapeutas físicos en algunas ocasiones lastiman a los pacientes, el segundo apoyaba esta idea y se refería de manera particular a los terapeutas del centro de rehabilitación DIF Mazatlán, terminando su comentario con la necesidad de especialistas en terapia geriátrica en la institución en mención.

La naturaleza del trabajo del médico especialista corresponde a una lógica distinta, ya que establece poco contacto con el discapacitado, recordemos que cada paciente acude a consulta de medicina física cada tres meses cuando han concluido sus sesiones de terapia para ser evaluado nuevamente por el doctor, de esta manera el objetivo de su trabajo se centra en curar al paciente y no participa directamente del proceso de rehabilitación, da por hecho que siguiendo sus indicaciones este se va a restablecer, dejando la responsabilidad del resultado de la terapia tanto al paciente como al terapeuta, recordemos las palabras del médico especialista en medicina física del centro de rehabilitación DIF Mazatlán:

“Lo que hago aquí en mi trabajo sería... pues curar, curar” (VA10).

Y agrega:

“Yo no voy a estar participando en los ejercicios de los pacientes, pero si siguen las indicaciones que yo les doy va a salir adelante” (VA10).

7.3.2. Organización del trabajo.

La rutina diaria de trabajo del terapeuta físico del centro de rehabilitación DIF Mazatlán se articula de la siguiente manera; al inicio de la jornada después de marcar la hora de entrada en el reloj checador que se encuentra en la entrada del área administrativa, se dirigen a su lugar de trabajo en compañía de algunos de sus colegas, aprovechan la ocasión para revisar brevemente algunos pendientes que tengan con sus compañeros ya que los primeros

pacientes los esperan; revisan el horario de sesiones del día y algunos si el tiempo se los permite anotan los datos generales del paciente su reporte diario de actividades, sin embargo la mayoría pospone esta actividad para el final de la jornada, uno de los terapeutas comenta:

“Hago mi reporte de los pacientes que voy a hacer ese día” (TG09).

Posteriormente reciben al primer paciente del día y después que se ha instalado en la cama de trabajo revisan las indicaciones que la trabajadora social anotó al final de su tarjeta de citas, las que fueron transcritas de su expediente medico al momento de asignarle un horario; es entonces cuando empieza la sesión de terapia física y se manipula al paciente, al finalizar la sesión de terapia solicitan el comprobante de pago y preguntan la edad para anotarla al reverso del comprobante al tiempo que despiden al paciente, esperan a que este se ponga los zapatos o bien que sea ayudado por su familiar para retirarse del lugar; normalmente el siguiente paciente está en espera y se repite la operación anterior hasta que el trabajo se ha acumulado en el área de diatermia y compresas de tal suerte que se habrá un tiempo de espera para recibir al siguiente, es entonces cuando toman un descanso hasta que el paciente que sigue esta preparado para la terapia física; al llegar las 11:30 toman un receso de 30 minutos para reiniciar el trabajo a las 12:00 horas, y se vuelve a abrir un espacio de 30 minutos para que el paciente tome hidroterapia y diatermia, lo que prolonga el descanso para algunos, solo en el caso de que el paciente no lo requiera se programan sesiones a las 12:00; algunos los terapeutas ayudan a sacar el trabajo de sus compañeros cuando estos se ausenta o faltan a laborar, pero no es una practica común en ellos, al

llegar las 14:00 preparan su reporte diario de actividades para ser entregado a la trabajadora social asignada a esa área, uno de los terapeutas señala:

“Si faltó alguien les ayudo, atendiendo algún paciente que no es mío” (TG09).

El horario de trabajo del centro de rehabilitación DIF Mazatlán es de 8:00 a 15:00 horas, sin embargo, la jornada efectiva inicia a las 8:30 para los terapeutas ya que los pacientes pasan al área de tinas de hidroterapia y diatermia antes de realizar los ejercicios de rehabilitación con la finalidad de preparar los músculos para el trabajo físico, cada sesión de terapia dura 15 minutos.

El fisioterapeuta deberá establecer una valoración previa y personalizada para cada enfermo a partir del diagnóstico médico, que consistirá de un sistema de evaluación funcional y un sistema de registro e historia clínica de fisioterapia, en función de los cuales, se plantea objetivos terapéuticos y en consecuencia diseñará un plan terapéutico utilizando para ello los agentes físicos propios y exclusivos de su disciplina, la herramienta principal del fisioterapeuta es la mano y en consecuencia, la terapia manual; los terapeutas del CRRRI Mazatlán elaboran un plan de terapia para cada paciente en función de las indicaciones del médico especialista en medicina física, cada uno de ellos tiene libertad de elaborar una rutina basada en las necesidades de rehabilitación de los usuarios de la institución teniendo amplio margen de decisión al indicar los ejercicios al paciente; además los pacientes pasan con un terapeuta distinto cada mes con la finalidad de hacer más dinámicas las rutinas de rehabilitación y que los músculos no se adapten a una determinada forma de trabajo, uno de los terapeutas de la organización comenta:

“Es un plan a seguir siguiendo las indicaciones del doctor para 3 meses, el doctor da indicaciones generales, por eso unos trabajan de un modo y otros de otro, pero todo encaminado al beneficio de mismo paciente” (TG05).

Un informante señala:

“Es más que nada interpretar las indicaciones del doctor Acosta, por que hasta eso nos da la libertad de interpretar las indicaciones como nosotros queramos” (TG09).

Uno de los terapistas dice:

“Es más que nada interpretar las indicaciones del doctor, por que hasta eso nos da la libertad de interpretar las indicaciones como nosotros queramos” (TG06)

Otro agrega:

“Yo creo que le beneficia, porque el paciente se adapta a un cierto tipo de ejercicio, a un cierto tipo de trabajo, y al adaptarse no avanza, se acostumbra un músculo del cuerpo a una rutina, entonces al cambiar el terapeuta cambia también la manera de trabajar, de hacer el ejercicio, y el cuerpo del paciente se tiene que adaptar otra vez, y eso le beneficia porque sigue avanzando, no se queda estático, aunque a veces también se enoja por que se acostumbra con uno, pero si, sí le cae bien aunque a veces ellos no lo sientan” (TG09).

Como se menciono cada terapeuta tiene libertad para manejar al paciente según su criterio, ya sea en función del plan de terapia a seguir o en la manera en que se relacionan con los pacientes, esta percepción se ve reforzada por la falta de supervisión existente en el CRRRI Mazatlán, ha generado la idea en los miembros de la organización que realizan bien su trabajo y se ve fortalecida por el hecho de que el centro de rehabilitación DIF Mazatlán tiene los índices mas altos de productividad por terapeuta del estado de Sinaloa.

En el área de orientación se estructura el rol de sesiones de cada terapeuta de acuerdo al tipo de discapacidad de los pacientes, generalmente los pacientes que presentan discapacidad motora severa se distribuyen en el horario de trabajo con el objeto de no provocar retrasos en el rol de sesiones de terapia, privilegiándose el primer turno después del receso, la encargada del área de orientación habla acerca de cómo organiza los horarios de cada terapeuta:

“Yo no puedo poner dos pacientes seguidos de silla de ruedas, porque tardan en levantarlo de la silla para pasarlo a la mesa, lo mismo en pasarlo de la mesa a la silla, entonces ya fácil se te fueron 5 o 6 minutos y si de ahí pongo otro paciente igual no alcanza a cubrirlo, entonces trato de poner después un paciente que no hace tanto esfuerzo” (VA12).

Y agrega:

“Los horarios los manejo cada 20 minutos, entonces por lo regular pongo a las 11 de la mañana a los pacientes mas pesados, cuando tengo mucha demanda de pacientes pesados entonces los empiezo a intercalar entre los otros” (VA12).

La programación de las actividades del CRRRI Mazatlán se realiza en función de las necesidades de los pacientes, por esta razón los empleados de intendencia entran a las 7:00 de la mañana, una hora antes de iniciar labores para no interrumpir el flujo de los pacientes de la institución y el desarrollo de las terapias de rehabilitación, uno de los intendentes al respecto comenta:

“Llego antes de las siete para hacer todo el aseo y cuando llegan ya esta todo limpio, y lo vuelvo a hacer ante de irme” (PA03).

Y agrega:

“Porque no podemos andar trapeando con la gene adentro y con los trabajadores adentro, limpiamos todo y antes de irnos damos otra pasada” (PA03).

Existe distribución interna de las tareas de acuerdo a las características de los trabajadores a través de arreglos internos entre los sujetos pertenecientes a una misma área de trabajo; en el área de gimnasio se establece una forma de trabajo distinta a la llamada área de diagnóstico, recordemos que en el gimnasio de rehabilitación se trabaja en espacios comunes que favorecen la interacción entre pacientes y terapeutas, así como el conocimiento y evolución de los casos de otros pacientes; cabe señalar que a principios de la década de los 90's el área de atención temprana perteneciente a el área de diagnóstico trabaja de esta manera y que actualmente una de las terapeutas de esta misma área realiza sesiones comunes para dos o tres pacientes, otra situación que hay que mencionar es la presencia de un alto grado de autonomía en cada una de las áreas de la organización producto de la ausencia de mecanismos de control y de los altos márgenes de discrecionalidad que la mano de obra profesional posee, uno de los terapeutas del área de gimnasio comenta:

“Nosotros tomamos esta manera de trabajar, pero ya es muy independiente de la otra área, del área de diagnóstico, en este edificio aquí nosotros somos los meros chilos, jajajajaja” (TG05).

En el caso de los intendentes por la existencia de desigualdades derivadas de la edad y sexo de los sujetos, acordaron distribuir el trabajo en función del vigor y el rol de género, de esta manera (PA02) quien es 27 años menor que (PA03) además de asear el área que esta a su cargo realiza actividades como pintar el establecimiento, dar mantenimiento al equipo en caso de desperfectos menores o ir a la avenida principal mas cercana para conseguir transporte para los pacientes en caso de que lo requieran, en

consecuencia la (PA03) desempeña tareas de limpieza menores como sacudir o limpiar ventanas, uno de los intendentes señala:

“O sea, como que se fue dando, como ella esta más grande, a mi me mandan mas... que hazme este mandadito, o que pasa esto, o sea las cosas mas pesadas yo las hago” (PA02).

El intendente de mayor edad comenta:

“Donde esta la caja, en la mañana trapear, yo llego y limpio el escritorio, tiro basuras, limpio los vidrios, la herrería, sacudo, el nomás en la mañana de aquí se va y barre, trapea nada mas y lo demás lo hago yo, sacudir... mover los muebles, y eso” (PA03).

7.3.3. Esquemas de trabajo.

El Código Deontológico de los fisioterapeutas establece que todos los ciudadanos tienen derecho a una atención fisioterápica de buena calidad humana y técnica, los usuarios tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico fisioterápico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad; ello implica el actuar respetando las decisiones de los usuarios, procurando no causarles daño a la par que intentando proporcionarles el máximo bien posible y tratando a las personas con idéntica consideración, dignidad y respeto.

El establecimiento de una relación con el paciente es otra norma de trabajo del terapeuta del CRRM Mazatlán, se establece un trato directo con el paciente evitando relacionarse con el acompañante, ya es el discapacitado el principal actor de la rehabilitación y el acompañante es solo un apoyo al mismo proceso, por lo tanto es a el discapacitado a quien se dirigen y quien debe contestar las preguntas que servirán de guía para orientar la sesión de terapia

hacia las necesidades sus y la condición que presenten, uno de los informantes señala:

“Yo trato de no platicar con los parientes porque el problema es el paciente no él, incluso hay veces que yo pregunto al paciente y me contesta el pariente y le digo: voy a atenderlo a él y lo aparto, yo trato de no meterme con el pariente, esa es una pequeña regla que uno agarra y a veces hasta que sangrón es el amigo, pero así es como trabajo ahorita” (TG06).

Otro terapeuta señala:

“Es que uno le pregunta al paciente y si el pariente esta a un lado contesta el pariente y no debe de ser así” (TG07).

Otro agrega:

“Una vez que los estoy atendiendo procuro dirigirme siempre al paciente no al familiar, aunque no me entienda, porque a lo mejor si me entiende y yo digo que no me entiende, y procuro hacerlo que trabaje el, no yo trabajándolo, que ayude, que coopere, porque lo mas fácil es que agarre al paciente y le haga lo que dicen las indicaciones” (TG09).

Durante las primeras sesiones de terapia ofrecidas a un paciente al momento de su ingreso al centro de rehabilitación, se llama a un familiar del mismo para que observe y aprenda la rutina de ejercicios que el discapacitado debe realizar, ya que la recuperación del mismo depende del trabajo que se realice en casa y no solo de las sesiones de terapia física ofrecidas en la institución, uno de los terapeutas comenta:

“Tratamos por lo menos que cuando el paciente viene por primera vez, en las primeras sesiones este un familiar para que aprendan los ejercicios, porque en sí la rehabilitación de un paciente no nada mas es aquí en el DIF, es una enseñanza, es una ayuda” (TG04).

Otro informante agrega:

“Le digo al familiar, ¿quién le va a ayudar en su casa? porque si los trae otra persona que no sea el que los va a ayudar, pues que venga el que los va a ayudar, que se de un tiempesito aunque sea unas dos veces para enseñarle” (TG09).

Respeto por el paciente significa en esencia dar a los usuarios el trato de personas, esto es, individuos que poseen derechos; significa respetar la autonomía de los sujetos y proteger a quienes puedan sufrir una pérdida de esa autonomía por causa de enfermedad, lesiones o trastornos mentales, y obrar para que la recuperen los que la hubieran perdido; quiere decir reconocer los derechos fundamentales de los usuarios en tanto que personas, el derecho a conocer, a la intimidad y a recibir tratamiento; al recibir a cada paciente se le explica en que va a consistir su terapia y se le trata siempre de una forma amable que inspire confianza, al referirse al paciente lo hacen por su nombre de pila para crear un ambiente de confianza en la relación terapeuta – paciente, el trato debe ser el adecuado para el perfil de cada persona, el manejo del lenguaje es importante para establecer un vínculo con el paciente, de esta manera se utiliza un vocabulario acorde con el perfil e intereses de los individuos, uno de los terapeutas señala:

“Hay pacientes muy serios, otros mas abiertos, y también nosotros tenemos que ser dependiendo el paciente, ser abiertos sacarle platica al paciente para que agarre confianza con nosotros” (TG07).

Un informante comenta:

“Entonces hay que infundirle confianza al paciente explicarle lo que le vas a hacer, en que va a consistir su terapia, y tratarlo con amabilidad, con respeto, con humildad también verdad, ponerse a la altura del paciente, si es un niño, si es un viejito, si es una mujer, si es una anciana, un anciano, tienes que acomodarte a su

persona, a su lenguaje, a su capacidad, para que se sienta a gusto y mantener las distancias” (TG08).

Otro terapeuta agrega:

“Yo procuro que el paciente me tenga confianza, ¿y como lo tengo que hacer? hablándoles por su nombre... yo digo: Dona Gloria, ¿Quién es Doña Gloria?, y así es como los conozco” (TG09).

El trato amable hacia el paciente es una norma en el trabajo, el no dejar ver el estado anímico del terapeuta es muy importante, ya que para el buen desarrollo de la sesión de terapia física es fundamental que no se genere rechazo por el paciente hacia el terapeuta, sin embargo estas situaciones son inevitables debido a que el estado de ánimo de los pacientes es cambiante y son personas por demás susceptibles, cuando se presenta esta situación los terapeutas lo manejan no dejando ver al paciente que han percibido su rechazo y desarrollan su trabajo de la mejor manera posible, buscando romper la resistencia encontrada siendo siempre amable con el paciente, uno de los terapeutas comenta:

“Tratas de infundirle confianza, que no sienta miedo” (TG05).

Un sujeto señala:

“Que se identifique contigo, tratar de hacer una química entre el paciente y tu, porque si estas enojado se lo transmites al paciente, si estas molesto se lo transmites al paciente, y menos lo puedes ayudar, si tu estas enojado, molesto contigo mismo, menos puedes ayudar a la gente, sientes que lo enfermaste mas” (TG08).

Y agrega:

“Sonrió, hago mi trabajo, porque hay gente que no te cae bien así mirándolo, tienes que trabajar porque como dice la palabra de dios: no tiene chiste ser bueno con

los que son buenos contigo, tienes que ser bueno con los que no son buenos contigo, con los que no tienen tolerancia contigo” (TG08).

Otro terapeuta comenta:

“Pues unos me ven bien otros no, jejeje, pero yo trato de que ellos me vean bien, y de que tengan una buena imagen de mí los pacientes, para mí es importante que el paciente se sienta bien conmigo, verdad” (TG07).

Un informante más agrega:

“Mi lema: si no te caigo que importa yo voy a hacer mi trabajo, los atiendo, trato de integrarlos, hacerles bromas, incorporarlos pues, me das limón, te voy a dar azúcar para que te sientas bien, o sea tratarlo bien” (TG04).

Dentro de la relación con los usuarios el código deontológico del terapeuta físico establece el respetar el derecho de los usuarios a la intimidad y mantener en secreto toda la información que reciba en razón de su actuación profesional y sólo podrá utilizarla, sin divulgar los datos personales que conozca, con finalidades docentes o estadísticas con el consentimiento del usuario; el respeto hacia los discapacitados es otra de las pautas de comportamiento de los miembros de la organización, este se manifiesta de diversas maneras siendo las personas más vinculadas a la discapacidad quienes las expresan con mayor formalidad; el respeto a la privacidad del paciente en el centro de rehabilitación es muy importante, si en el marco de la relación de terapia es fundamental establecer un trato directo con el discapacitado no se hace alusión a ella fuera de la misma, no es habitual que se refieran al paciente de manera explícita cuando es tema de conversaciones con otros terapeutas o pacientes, lo usual es referirse a la discapacidad que padecen y no a su nombre, en las únicas ocasiones que lo hacen es cuando se organizan los horarios de terapia ya que en la programación de los mismos

aparecen sus nombres propios, uno de los terapeutas que padece una discapacidad auditiva comenta:

“Yo tomo como regla que debo de esperar siempre a que salga el paciente de aquí del gimnasio y después salgo yo, son como reglas que me hago yo mismo, si el paciente esta en la cama y le digo ya terminamos, ya se puede ir, yo no me vengo para acá y me salgo, espero a que el paciente se ponga los zapatos, los tenis y que se vaya” (TG06).

Uno de los terapeutas señala:

“Yo procuro que el paciente me tenga confianza, ¿y como lo tengo que hacer? hablándoles por su nombre... yo digo: Dona Gloria, ¿Quién es Doña Gloria?, y así es como los conozco” (TG09).

Otro sujeto agrega:

“Porque tienes una distancia con un paciente y juegas y todo, pero tienes una distancia, porque cuando se pierde la distancia tienes problemas” (TG08).

Se ha reducido la duración de las sesiones de terapia debido a la alta demanda de pacientes discapacitados que solicitan los servicios del CRRRI Mazatlán, la capacidad de atención del centro de rehabilitación se encuentra sobre explotada ya que cada terapeuta atiende a 18 pacientes por día lo que provoca que las sesiones de terapia sean apresuradas por el rezago generado en la atención, uno de los terapeutas comenta:

“La diferencia es que antes le dedicábamos mas tiempo a los pacientes, los horarios de los pacientes los podíamos poner diario, ahora vienen dos veces a la semana” (TG05).

Otro agrega:

“Teníamos mucha cantidad, ahora se le da calidad al paciente, antes se les daba media hora, ahora todavía no terminamos y ya esta el vecino, y por respeto al paciente tenemos que dar menos tiempo de terapia” (TG09).

Han modificado también la estrategia a seguir en las sesión de terapia, hoy día procuran no aplicar tanta fuerza física, ni permanecer mucho tiempo de pie, primero porque saben que no depende de ella la recuperación del paciente y además porque ya no disponen de tanto vigor como antaño; hoy día son mas selectivos en los ejercicios que se los proporcionan a los pacientes:

“Ahora nosotros tratamos de trabajar al paciente de una manera diferente, que nosotros ya no tengamos tanto derroche de energía, porque ya no podemos, nos cansamos, a veces cuando hay mucho trabajo, que estamos paciente sobre paciente, nos duelen las rodillas de estar parados, antes no sentíamos eso, y ahora buscamos la manera de ya no estar tanto parados” (TG05).

Recordemos las palabras de uno de los terapistas de la institución:

“Teníamos mucha cantidad, ahora se le da calidad al paciente...” (TG09).

7.4. Esquemas de percepción.

Las organizaciones son lugares virtuales que no existen más allá de la percepción que de ellas tiene el observador, se impone la construcción de un orden simbólico, donde lo real aparece como un exceso, por lo tanto, lo real siempre excede a la realidad; es imposible captar todo lo que sucede en una organización en todo momento, y todo lo que sucede constituye una pluralidad de signos dignos de ser significados. La posibilidad de comprensión de lo que es una organización y de lo que en ella acontece pasa por la construcción de una realidad que instituye un orden simbólico del cual todos sus miembros participan; la interacción de los sujetos dentro de ella resulta la forma en que ellos otorgan significado a lo que ahí acontece.

7.4.1. Percepción del otro.

Entre los procesos que intervienen en la formación de la identidad social, merecen mención aparte los de percepción y cognición, “en el proceso de percepción existen factores sociales y culturales, los cuales incluyen aspectos de discriminación, de identificación, de detectar, reconocer y juzgar” (Páramo, 2000), también se involucran los sistemas de valores; el reconocerse como miembro de determinada grupo social involucra tanto el proceso de percepción como el de cognición, “la percepción y cognición de si mismo y de los otros ocurre a través de la creación de categorías sociales abstractas, las cuales son internalizadas y utilizadas para comprometerse en la conducta grupal apropiada”(Turner en Páramo, 2000).

Los terapeuta del CRRRI Mazatlán han modificado la percepción de los discapacitados en el ejercicio de su profesión, han aprendido a relacionarse libremente con los pacientes lejos de cualquier prejuicio y en consecuencia ofrecen una sesión de terapia orientada hacia los requerimientos del paciente, uno de los terapeutas comenta:

“Pienso que ahora me siento mas identificado con los pacientes, mas que nada como tratarlos, como personas porque físicamente uno ya estaba preparado, entonces ahora ya se como recibirlos, como despedirlos, o sea como guiarlos en su recuperación, me siento mejor ahora, con mas experiencia” (TG04).

Otro informante señala:

“Hoy te puedo recibir a cualquier paciente, al que sea... acostado ahí que no pueda hacer nada, ya me siento con el valor de recibirlos” (TG07).

Otro agrega: *“Aquí me encontré muchas cosas nuevas, porque vine a trabajar a una clínica nueva, en una parte donde iba a haber mucha gente, mucho terapeuta y al principio si medio me cohibía” (TG06).*

Perciben esperanza de los pacientes hacia ellos, cuando los pacientes les depositan su confianza sienten que son los responsables de su rehabilitación, están conscientes que no todos los pacientes los ven de ese modo, pero cuando ocurre es una relación que perdura con el tiempo aun después de terminada su terapia de rehabilitación, estableciendo en la mayoría de los casos relaciones afectuosas con los pacientes y sus familiares, uno de los infantes declara:

“La gente cuando cree en uno, nos ve como te diré... nos ve con mucha esperanza, ellos nos ven y nos saludan como si fuéramos sus hijos o algo así, pero yo creo mas que un hijo, cuando ya tienen fe, vienen con fe, confianza y todo” (TGO5).

Otro agrega:

“Unas gentes nos ven mejor, otras menos, y hay veces que se encuentra uno a la gente en la calle y te saluda con mucho cariño” (TG06).

En la primera etapa del centro de rehabilitación, después de su fundación, se estableció competencia entre los terapistas, existiendo rivalidad entre ellos, por tener el mismo perfil profesional se buscaba destacar entre los demás, esta rivalidad desapareció con el paso del tiempo al descubrir que todos estaban en la misma situación frente a la organización; otra de las fuentes de la rivalidad fue la creencia desarrollada al inicio de su ejercicio en el CRRRI Mazatlán que la recuperación del paciente dependía de su desempeño en la sesión de terapia, cuando descubrieron que no era así las causas de la rivalidad cesaron y empezó a gestarse un ambiente de trabajo cordial, uno de los terapistas comenta:

“Pues antes nos veíamos como rivales, cuando éramos más jóvenes, como que había rivalidad entre nosotros porque somos de lo mismo, como en todos los

trabajos al principio como que hay envidias, se habla mal, se le hecha tierra uno al otro, y si había problemillas así chiquitos no tan grandes” (TG06).

Y agrega:

“Entonces al principio si estuvo un poco mas difícil la situación, de que si me pongo algo difícil con este me van a correr de la chamba... estuvo un poco difícil la situación” (TG06).

Un informante señala:

“Por mas que trabajes vamos a vivir iguales, al mismo nivel que todos los compañeros, no tiene porque haber envidia, nomás que uno no entiende hasta con el pasos de los años” (TG08).

Otro agrega:

“No hay grillas porque aquí todos somos juntos, no nos podemos hacer daño entre nosotros” (TG07).

El trabajo de terapia es concebido como un instrumento para la rehabilitación del discapacitado, sobre todo desde los miembros que no participan directamente en el proceso de rehabilitación, el medico especialista en medicina física comenta al respecto:

“Yo no voy a estar participando en los ejercicios de los pacientes, pero si siguen las indicaciones que yo les doy va a salir adelante” (VA10).

7.4.2. Autopercepción.

El análisis cultura se orienta hacia los procesos simbólicos, a la creación de significados de la vida cotidiana de las organizaciones, los procesos formales e informales son reinterpretados de esta manera abriendo la puerta a un mundo mágico y subjetivo en el análisis organizacional; “hace referencia al

sentido que los miembros de una organización dan a sus acciones específicas, en el marco de su vida cotidiana” (Montaño, 1998).

Al respecto de su trabajo uno de los terapeutas señala:

“Yo soy terapeuta físico, trabajo en DIF, trabajo con personas con discapacidades, se refiere más que nada a darles ejercicio a las personas, no comunes, ejercicios de rehabilitación, prescritos por un médico” (TG04).

Otro agrega:

“Es un plan a seguir siguiendo las indicaciones del doctor para 3 meses, el doctor da indicaciones generales, por eso unos trabajan de un modo, otros de otro, pero todo encaminado al beneficio de mismo paciente” (TG05.)

Aunque en su labor tienen libre albedrío para elaborar un plan de terapia acorde a las necesidades del pacientes, no poseen una gestión autónoma de su ejercicio ya que dependen de las instrucciones brindadas por el médico especialista en medicina física; en este sentido, el médico especialista en medicina física y director de la institución percibe su trabajo como una guía para la labor de los terapeutas y por extensión en la rehabilitación de los discapacitados, de esta manera, desde su perspectiva el atender a las indicaciones brindadas asegura la recuperación de los pacientes, a propósito de la dirección ofrecida el médico especialista comenta:

“Yo cuando hablo con los terapeutas les pongo el ejemplo del director de la orquesta, el director de la orquesta no toca ningún instrumento él nomás mueve las manitas jajaja, mueve las manitas y dirige, nunca toca, pero dirige y se oye bonito, porque todos van parejitos” (VA10).

Recordemos uno de los comentarios vertidos por el informante en este sentido:

“Yo no voy a estar participando en los ejercicios de los pacientes, pero si siguen las indicaciones que yo les doy va a salir adelante” (VA10).

El trabajo que desempeñan lo consideran como el último recurso de las personas discapacitadas, ya que llegan al centro de rehabilitación cuando se han agotado los recursos disponibles a su alcance para recuperarse totalmente, y ellos brindan a los pacientes del CRRM Mazatlán la oportunidad de reincorporarse al mercado laboral y sentirse aceptados por los demás, uno de los terapeutas comenta:

“Pues mira yo soy terapeuta físico, la terapia física es una parte del área de la salud, en donde la gente llega como último recurso, antes no había porque una fractura se curaba y a la gente le decían ya camínale como puedas y solo te vas a aliviar” (TG05).

Para algunos terapeutas de la institución el trato que dan al pacientes ha cambiado de la fundación a la fecha, aunque no logran advertir en que aspectos, se basan en el hecho de que 20 años de experiencia han modificado su forma de trabajar, sin embargo, en el trato brindado a los pacientes basado en una comunicación estrecha no perciben cambio alguno, uno de los terapeutas fundadores comenta:

“Debe de haber cambiado el trato a los pacientes aunque no lo sienta yo mucho, no es lo mismo tener 20 años que tener 40 y tantos, antes éramos más irresponsables quizás, ahora ya somos mucho mas centrados, mas que nada en eso, digamos que ha cambiado” (TG05).

Un sujeto señala:

“En la manera de trabajar, en cuanto a comunicación seguimos casi iguales, la diferencia es que antes teníamos menos pacientes” (TG09).

Otro agrega:

“Ha cambiado mucho porque yo he adquirido experiencia con el trato diario con la gente, con mi trabajo diario” (TG08).

Sin embargo, la diferencia en la atención que los terapeuta proporcionan a los pacientes desde el surgimiento de la institución hace dos décadas es percibida por los demás miembros de la organización, incluso por quienes no participan directamente en la atención a los discapacitados, al respecto uno de los responsables de la limpieza comenta los cambio ocurridos en el trato que los terapeutas ofrecen a los pacientes del centro de rehabilitación:

“Pues mucha mejoría, también con los terapeutas, como que atienden mejor a la gente, con el trato más a gusto, o sea la gente sale contenta pues, y les gusta como los tratan” (PA02).

Se perciben a sí mismos y a los demás como buenos trabajadores, uno de sus principales propósitos es hacer bien su trabajo, tienen una fuerte necesidad de ello ya que los pacientes necesitan de su buen desempeño para recuperarse; conciben su trabajo como un servicio a la comunidad, donde es indispensable realizar su labor bien y con gusto, uno de los miembros de la organización comenta:

“Pues bien, me imagino, pero quien sabe, je... no todas las personas son iguales, depende del carácter que tenga la persona verdad” (PA01).

Otro agrega:

“Tienes un ratito libre, les das de más, a todos ellos, a todos los que no pueden ayudarse o que no te pueden pagar, ahí digamos estamos haciendo un servicio social con ellos como quien dice, uno claro que no va a ganar nada con ellos, pero uno se da cuenta que los beneficios vienen después, porque la opinión de toda esa gente vale mas” (TG04).

Para los miembros de la organización la labor realizada en la institución se percibe como libre de conflictos, esta percepción esta basada en el hecho de no recibir llamados de atención de parte de los directivos y en que estos se inmiscuyen poco en sus asuntos, recordemos que la falta de quejas de los pacientes es el principal mecanismo de control y por ende la ausencia de ellas el principal indicador para los miembros de la organización de que todo marcha bien en la institución, al respecto uno de los informantes señala:

“El licenciado me dice, que pasa esto, que pasa lo otro, las ordenes y ya, todo tranquilo en armonía, nunca salimos mal, si ando mal pues el me dice, sin mala fe, todo muy bien” (PA02).

El director del CRRRI Mazatlán comenta al referirse a la percepción que tienen de él los miembros de la organización:

“Pero no como el jefe gruñón, o jefe que... no, pero si me respetan, siento eso ¿verdad?, tampoco no me ven como: ha ni me pela, no, es lo que yo siento” (VA10).

7.4.3. Percepción organizacional.

La cultura organizacional constituye una expresión del estar de la organización en el mundo, es la explicación que la organización construye de su ser en el mundo, cambiara por lo tanto cada vez que cambie el acontecer de la organización en su entorno, cada que cambien las interpretaciones que la organización tengan como validas para este acontecer, y también cada que se produzca un cambio en los mecanismos autoreflexivos de la organización.

Se percibe a la organización como funcional considerando los recursos disponibles, una de las principales ventajas de la institución es la disponibilidad de su personal para trabajar aun sin los recursos para hacerlo, uno de los terapistas comenta:

“Todos los compañeros aquí, llámese médicos, terapistas, de todos, nos hemos dedicado, de acuerdo a lo que tenemos que hacer, verdad, aparte tenemos carencias, como todos, no somos perfectos, pero se me hace muy bueno” (TG04).

Uno señala:

“Esta trabajando todo muy bien, esta muy bien en cuanto al trabajo administrativo, pero si falta mas apoyo económico aquí” (TG05).

Otro agrega:

“Lo mejor que hay aquí son los recursos humanos y la disponibilidad del recurso humano pa’ trabajar, porque trabaja la gente con lo que tiene, por que el recurso humano no dice no voy a trabajar porque no hay mesas” (TG08).

Se perciben las diferentes razones por las que los pacientes asisten al centro de rehabilitación, se sabe que no todos acuden de manera voluntaria y que algunos lo hacen a pesar de sus limitaciones; ya que están convencidos que en el centro de rehabilitación los pueden ayudar a superar su discapacidad, este hecho es sobre valorado por los terapeutas y retribuido haciendo su trabajo de “la mejor manera”, en este sentido se percibe la labor realizada en la institución como necesaria para el proceso rehabilitatorio de la discapacidad ya que de otra manera la mayoría de los pacientes no tendría a donde acudir, uno de los terapeutas comenta:

“Hay veces que el paciente viene porque tiene que venir o porque tiene incapacidad, y sin embargo hay pacientes que vienen, que son capaces de estar dos, tres horas y de esperarnos” (TG06).

Un sujeto señala:

“Entonces prácticamente ha ellos hay que tratarlos mejor, porque ellos no tienen dinero para... que te inviten a darles terapia en su casa, para que dures un poquito mas de tiempo con ellos” (TG05).

Y agrega:

“Uno esta para servir al paciente, uno tiene que atender eso para dar buen servicio, y nada mas uno esta para atender al paciente” (TG05).

Para algunos miembros del centro de rehabilitación el trabajar con la discapacidad forma parte de su proyecto de vida, el gusto por su trabajo fue fundamental al tomar la decisión de integrar a la terapia física en su proyecto personal, este fue descubierto desde su formación profesional y reafirmado a lo largo de su trabajo en la institución; “el desarrollo personal de los empleados depende de factores personales, familiares, sociales, culturales y de las condiciones de trabajo ofrecidas por las organizaciones” (Super en Furnhham, 2001); al respecto uno de los terapistas del área de gimnasio comenta:

“Desde que empezamos a estudiar supe que me gustaba... conocí a mi esposa, nos hicimos novios, hicimos un proyecto de vida y aquí nos quedamos, le dije: a ti te gusta lo que hago, a mi me gusta lo que hago, estamos a gusto aquí, para que buscarle por otro lado” (TG09).

Otro sujeto señala:

“Pero ya te gusta la carrera, ya que empiezas a trabajar agarras sabor, sobre todo al principio, cuando vas empezando” (TG05).

Para algunos de los terapistas el trabajar en el centro de rehabilitación DIF Mazatlán significo una aventura, no por el hecho de trabajar con la discapacidad, sino por que representaba una oportunidad para probarse así mismos que eran capaces de enfrentar el reto de ser independientes, de ser autosuficientes económicamente, de controlar su vida; hay que recordar que los terapistas que laboran actualmente en la organización no son de la localidad, es difícil dejar de notar las expectativas que unos jóvenes de aproximadamente 20 años se pueden generar hacia el hecho de trasladarse a

vivir a un puerto turístico, que ofrece una serie de experiencias por demás nuevas y excitantes, uno de los terapeutas fundadores recuerda:

“Abrieron el centro en Mazatlán, y dijeron ¿quién quiere irse a Mazatlán?, hay seis lugares para que terminen ahí de estudiar y ahí se quedan si quieren, y así fue como me vine, dije me voy un año, termine el curso, seguí trabajando y aquí me quede” (TG09).

El primer grupo de seis terapeutas que fue contratado al momento de la apertura de los Centros de Rehabilitación declara haber hecho un pacto al trasladarse a trabajar a Mazatlán, el que consistía en probar suerte y de no salían las cosas bien regresar a probar en otro lugar, los seis terapeutas fundadores actualmente laboran en el centro de rehabilitación DIF Mazatlán y el pasado 6 de octubre de 2007 se cumplirán 20 años de su llegada, uno de los sujetos comenta:

“Yo venia a conocer, dijimos todos vamos a quedarnos en Mazatlán, a conocer, a ver que nos pasa por allá, los seis que nos venimos, vamos a estar un año allá, al año a ver que pasa” (TG05).

Otro agrega:

“Nos dijeron a nosotros: a ver ¿quién se quiere ir para Mazatlán?, ¿quién se quiere ir para Mochis?, no pos yo para Mazatlán, no pos yo también, y ya nos venimos para acá para Mazatlán los que estamos aquí” (TG08).

Los miembros de la organización manifiestan tener amor hacia su trabajo, por que realizan su trabajo con agrado y disfrutan de ello; esta situación se observo en todos los niveles de la organización, uno de los responsables del área de intendencia comenta:

“Porque para trabajar hay que tenerle amor a lo que uno hace, porque cuando lo hace uno sin amor ahí como salga el trabajo y cuando uno le tiene amor se esmera

y todo sale bien, para mi eso es lo principal, el amor al trabajo, porque yo de aquí vivo y me siento contenta, es lo principal” (PA03).

Uno de los terapeuta dice:

“El deseo de hacerlo, y el amor al trabajo porque yo le tengo mucho amor” (TG04).

Otro señala:

“De hecho el trabajo me gusta y me gusta mucho, es que para mi esto no es un trabajo, yo no lo siento, nunca lo siento como una carga, por ese lado no hay dificultades” (TG09).

Recordemos las palabras del mismo sujeto:

“A mi me gusta lo que hago... y aparte por eso nos pagan, tenemos la ventaja que nos pagan” (TG09).

Para los terapeutas vinculados con la discapacidad es muy importante dar lo mejor de sí, realizar su mejor esfuerzo, incluso manifiestan impotencia por no poder proporcionar mayor tiempo de terapia a los pacientes, uno de los sujetos que declara:

“Cuando uno quiere seguirse de paso esta el paciente de enseguida y ahí es cuando uno a veces no haya que hacer, y tienes que cortarlo de la manera que no se agüite, le dices: tu ocupas mas pero ya terminamos la rehabilitación” (TG04).

“Entonces prácticamente a ellos hay que tratarlos mejor, porque ellos no tienen dinero para que te inviten a darles terapia en su casa, para que dures un poquito mas de tiempo con ellos” (TG05).

Realizan un traslado de los sucesos personales ocurridos fuera del centro de rehabilitación a la organización misma, los eventos favorables experimentados en ese periodo son percibidos como producto de su trabajo, para algunos de ellos la organización y su vida personal son parte un mismo entorno; se relacionan positivamente eventos de su vida personal con su

trabajo en el centro de rehabilitación DIF Mazatlán, el hecho de acontecer en el mismo periodo de tiempo es razón suficiente para vincularlos aun sin motivo aparente, uno de los terapeutas de la institución comenta:

“Mi trabajo me ha permitido mantenerme, vivir bien, no bien pero si e sobrevivido, dentro ya del trabajo conocí a mi esposa, a sus hijas, mis hijas” (TG08).

Y aclara:

“La conocí en una fiesta, me invitaron y fui, entonces de aquí han salido muchas cosas buenas, de mi trabajo” (TG08).

El manejo de 18 pacientes al día todos con problemas físicos y emocionales, los constantes retrasos en la programación del horario de atención y el permanente bullicio en la sala de gimnasio es una constante fuente de estrés para los miembros de la organización; el estrés ocupacional es producto de causas internas y externas al individuo, las que son resultado del ambiente, de las 12 causas de estrés en el trabajo identificadas por Furnhham (2001) cuatro son consistentes con el trabajo de rehabilitación: exigencias ocupacionales intrínsecas al trabajo; estrés resultado de cargas excesivas e insuficientes por tener mucho o poco que hacer, las cargas pueden ser cuantitativas o cualitativas; responsabilidad por los demás, estrés resultado de responsabilidad excesiva; la falta de apoyo social, estrés provocado por el aislamiento o el desprecio social; sin embargo, como se mencionó en el espíritu de servicio de los miembros del CRRRI Mazatlán esta el no evidenciar problemas personales ni el estado anímico de los sujetos, el respecto del estrés generado en el trabajo uno de los terapeutas de la institución señala:

“Manejar a toda la gente, sigue uno, sigue otro, y a veces ya los agarramos estresados, que a mi me tocaba a tal hora y te fuiste de paso con el, hablar con el

paciente agarrarlo calmado, que se tranquilice, y terminamos mas estresados nosotros que el paciente” (TG04).

El estrés provoca diferentes consecuencias en el organismo, cognitivas y fisiológicas, los últimos se relacionan con las respuestas de lucha o huida cuando el individuo se enfrenta a un estresor; la mayoría de las personas y los empleos se ven sometidos a un nivel aceptable de estrés; el que la gente sufra estrés por lo general depende de su evaluación cognitiva de la situación y sus habilidades percibidas para afrontarlo.

Se han desarrollado varios mecanismos para manejar el estrés generado en el trabajo, el manejo de la discapacidad en cualquiera de sus vertientes produce cansancio tanto físico como mental, estas estrategias toman dos orientaciones principales; la primera es la mas evidente, los terapistas regularmente abandonan el gimnasio ya sea para arreglar algún pendiente en el área administrativa o bien para tomar un pequeño descanso, algunos se retiran hacia las partes mas distantes de la institución como la sombra de unos frondosos árboles que se ubican en la zona de estacionamiento o unas pequeñas bancas de manera que localizadas en el mismo lugar; otros mas se dirigen a un cubículo destinado a los terapistas el cual consta de aire acondicionado, dos escritorios y una computadora con servicio de Internet, además de casilleros y percheros para guardar sus efectos personales, este lugar ofrece la privacidad necesaria para aislarse un momento del bullicio del gimnasio y platicar relajadamente con sus compañeros, ya que el acceso a este espacio es exclusivo para los terapistas, uno de los informantes comenta al respecto:

“No le doy importancia, o sea me relajo, me siento un ratito con mis compañeros ya vez que todos tenemos un buen ambiente aquí en el trabajo” (TG04).

La segunda estrategia emocional para el manejo del estrés es la utilización de la broma como una forma de tomar distancia de la situación, estas son dirigidas a los pacientes como una forma de romper el hielo; siendo las bromas relacionadas con situaciones de pareja, las que hacen alusión a aventuras amorosas pasadas y las relacionadas con hazañas físicas particularmente del género masculino, las más comunes; recuerdo a uno de los terapeutas que al principio de cada mes cuando se realiza la rotación de pacientes irrumpe con su hoja de control de horario en alto preguntando: ¿qué mujer es mía?, para referirse a la paciente que le toca atender ese mes en ese horario, ya que es habitual que varias personas se encuentren esperando turno, al respecto este sujeto comenta:

“Se fue dando, en la formación no te dicen, vas a vacilar con el, vas a bromear, nada de eso, solo se da, solo se da” (TG04).

Otro agrega:

“Hay pacientes que en casa están todos apachurrados, vienen aquí y hasta... no se hasta de novios salen, jugando pues, se les olvida un poco.” (TG06).

Los miembros de la organización perciben al centro de rehabilitación como propio, esto se explica en el hecho de haber fundado a la organización y en el establecimiento de normas de trabajo construidas por ellos a lo largo de su estancia en la institución; la realidad se presenta entonces como una convención social en la cual participan los presupuestos tanto individuales como colectivos, lo real es “al fin y al cabo lo que es denominado real por un número suficientemente grande de hombres, en este sentido extremo, la realidad es una convención interpersonal” (Watzlawick, 2000); el uso de la primera persona del plural es un lugar común para los miembros de la institución, utilizan el pronombre nosotros al referirse a sus acciones dentro de

la organización, aun y cuando se les cuestiono de forma personal; el reconocerse como miembro de determinada grupo social involucra tanto el proceso de percepción como el de cognición, cuando un sujeto repara de la existencia de algún grupo social, y percibe la cohesión interna que produce esta sensación y la cognición de pertenecer a el, “de ser parte de un nosotros que se interrelacionan con el” (Páramo, 2000), es entonces cuando está en posición de adjudicarse psicológicamente la pertenencia a dicho grupo; viene a la mente el fragmento de un poema hecho canción, “era nuestro perro porque a lo que amamos lo consideramos nuestra propiedad” (Alberto Cortes, Callejero); uno de los sujetos comenta:

“Esto lo fundamos nosotros, no había una estructura propiamente dicha porque llegamos a inaugurar, estaba nada mas el edificio, de hecho llegamos y estuvimos aquí una semana nada mas sin trabajo, porque se inauguro un 13 de octubre y nosotros llegamos un 6 de octubre, entonces a la hora de organizarnos nosotros lo hicimos, nosotros escogimos la manera de cómo trabajar, nos dieron esa libertad, así que tenía que gustarnos porque nosotros lo hicimos” (TG09).

Surgiendo de esta manera un fuerte sentimiento de pertenencia a la organización, reconociéndola como un espacio común a todos sus miembros; el aspecto central del constructivismo es dado por su interés en reconocer el fenómeno del conocimiento como resultado de una interdependencia entre el observador y el mundo observado, Watzlawick establece la distinción entre “una realidad de primer orden”, relativa al objeto y una realidad de “segundo orden”, relativa al sentido, significado y valor que se otorga a esos objetos, pese a su simpleza, es expresiva, porque se sitúa en el cruce entre sujeto y objeto” (Watzlawick, 2000); en esta sentido se perciben a si mismos como una familia y se nombran como tal, esta expresión fue recurrente en los miembros

de la organización en todos sus niveles, desde el personal de intendencia hasta el director de la institución; de los doce sujetos entrevistados cuatro de ellos utilizaron la metáfora de familia para referirse a los miembros de la organización, incluyendo en este término a miembros y pacientes de la misma; de esta manera se trasladan rasgos atribuidos a una familia a la organización, tales como la armonía entre sus miembros, identidad y solidaridad; la metáfora se considera como un instrumento cognitivo que ofrece una manera de entender a la organización, “el interés radica en entender la compleja realidad social con el fin de llevar a cabo una reflexión (Smircich en Dávila, 1999)”; al respecto uno de los terapeutas comenta acerca de cómo se busca integrar al paciente a la institución:

“A veces cuando el paciente está enojado, le hablamos, que sienta que está integrado a un equipo de trabajo, que está integrado en un centro donde hay armonía, tratamos de no hacerlo sentir un extraño, que si está aquí es parte de la familia pues, de la familia DIF” (TG04).

Otro terapeuta señala:

“Pero ahora somos como hermanos, haga de cuenta que somos como una familia,” (TG05).

La encargada del área de orientación dice:

“Todos me respetan y yo los respeto, siento que me ven y yo los veo como si fuéramos hermanos, primos, familia, o sea muy allegados” (VA12).

El director del CRRRI Mazatlán habla de la relación existente entre los miembros de la organización:

“Es buena, como en todas las familias hay ciertas diferencias entre uno y otro, pero en general es buena la relación de todo el personal” (VA10).

7.5. Espacios de socialización.

La construcción del espacio y la manera en que es utilizado por la organización es revelador en la comprensión de la misma, el espacio individual y el espacio organizacional coinciden en la noción misma de organización; las interacciones frecuentes entre los individuos deben desarrollarse en un espacio que asegure la realización de los ciclos de trabajo que constituyen el objeto de la organización, así se condiciona la percepción de la presencia del otro.

7.5.1 Ambiente de trabajo.

Uno de los aspectos que recibe una evaluación positiva por todos los miembros de la organización entrevistados es el ambiente de trabajo generado, se manifiesta respeto por el trabajo de los demás y se tienen detalles amistosos hacia los compañeros, demostrando afecto hacia ellos, uno de los terapeutas comenta:

“Con la mayoría con mis compañeros tengo buena relación, de vez en cuando les traigo un dulce, antes era muy corajudo pero con los años te van asentando”
(TG08).

Uno señala:

“Se me hace muy buena, si no excelente, si muy buena, ya te has fijado”
(TG04).

Otro informante agrega:

“Lo mejor, el ser buenos compañeros, sobre todo eso” (PA01).

Esto se manifiesta también de los pacientes hacia los miembros de la organización, en una de las entrevistas aplicadas días antes al 10 de mayo una

de la pacientes interrumpe la misma para desear a la informante que pase un feliz día de las madres, le dice: “le deseo lo mejor, que le regalen muchas cosas sus hijos” (Paciente CRRRI Mazatlán).

Este se destaca incluso como una de las fortalezas de la institución, el ambiente de trabajo es por demás jocoso, la broma es una de las constantes de la organización y esta se realiza tanto al paciente como al acompañante y entre los compañeros de trabajo, un terapeuta comenta:

“Hay pacientes que en casa están todos apachurrados, vienen aquí y hasta de novios salen aquí, jugando pues, se les olvida un poco.” (TG06).

Los miembros de la organización se reúnen ocasionalmente en reuniones informales para celebrar el cumpleaños de alguno de los miembros, o bien en las fiestas decembrinas, los primeros festejos son breves y siempre dentro de la institución al final de la jornada de trabajo; en el caso del festejo de navidad se realiza un pequeño convivio para los miembros de la organización donde se intercambian regalos y este que puede ser dentro del centro de rehabilitación o en algún restaurante de la localidad, paralelamente a este se organiza una tradicional posada para los pacientes auspiciada por los mismos, en ella se rompen piñatas y se ofrecen dulces a los niños, esta celebración se realiza en la institución y para esta ocasión se suspenden labores; el convivio navideño que es organizado por la Dirección de Rehabilitación y Medicina Social del sistema DIF estatal, es celebrado invariablemente en la ciudad de Culiacán Sinaloa y los miembros del CRRRI Mazatlán se trasladan a la capital del estado para asistir a esta reunión, uno de los terapeutas señala:

“Cuando viene la temporada que va a ser navidad, por ejemplo, empezamos a organizarlos, hacemos intercambio de regalos” (TG06).

Un informante declara:

“Hay veces que hacemos reuniones” (PA01).

Otro agrega:

“De trabajo no, a veces que es cumpleaños de una persona, un pastelito, así una reunioncita chiquita” (VA11).

La generación de un ambiente de trabajo abierto y desinhibido, donde los miembros se puedan expresar con libertad, es producto desde el punto de vista de la dirección de una política de escasos mecanismo de control, y de generación de la participación en todos los niveles de la organización, esta política de flexibilidad hacia los miembros de la organización es marcada desde la Dirección de Rehabilitación y Medicina Social y es replicada por los directivos de la organización, el director comenta:

“Es parte de todos, de la cooperación, cooperación de todos los niveles ¿no?, de nosotros, como supuestamente la cabeza de esto, también de que no somos tan estrictos, de que no estamos ajustándolos, acosándolos... ¿no?, somos flexibles y eso también es de arriba, si de arriba nos presionan nosotros tenemos también que presionar, pero si arriba nos están dejando y son flexibles, nosotros también somos flexibles” (VA10).

Y agrega:

“Lo bueno también es que se les ha dado el medio propicio para que se conserven así, que no hay tanta hostilidad, que haya fricción y que estemos motivando a la fricción, eso es lo bueno del centro, hay ese... estímulo para que no halla problemas entre ellos” (VA10).

7.5.2 Relaciones informales.

Los terapeutas establecen una relación mas cercana con los pacientes, por ser quienes interactúan mas con ellos, el trato y la conversación diaria dan

como resultado el estableciendo de lazos de amistad y compañerismo; sin embargo esta situación no es exclusiva de las áreas que establecen contacto directo con los pacientes, también se extiende a los sujetos que no participan directamente de la rehabilitación, al respecto de la relación que establecen con los pacientes uno de los terapeutas declara:

“Nosotros aquí nos involucramos un poquito mas, a veces no es tan bueno, pero si es bueno, hay que integrarlos, no verlos como pacientes nomás” (TG04).

Uno de los intendentes agrega:

“A veces no se ni como se llaman pero yo con todos la llevo bien, con nadie he tenido problemas de los que vienen” (PA03).

Al preguntarle a una de las trabajadoras sociales sobre la principal característica de su trabajo declara:

“Pues será que tengo mucha relación con las personas, el relacionarme con los pacientes” (VA11).

Los temas de conversación mas habituales con los pacientes son de carácter general, sobre las noticias de moda en el momento o bien sobre vivencias de los pacientes en tiempos en que no padecían una condición discapacitante, esta dinámica no es posible con todos los pacientes ya que algunos no están dispuestos a entablar conversación, en esos casos se respeta la decisión para insistir en otra ocasión, hay que recordar que para el proceso de rehabilitación de la discapacidad es importante el establecimiento de una relación terapeuta-pacientes armónica, uno de los terapeutas comenta:

“Se puede platicar de todo con los pacientes, hay pacientes que llevan platicas muy generales, del tiempo, de lo que salio en el periódico, de deportes, generalmente a los pacientes viejos les gusta platicar de lo que vivieron de su niñez, de su juventud” (TG09).

Uno de los sujetos agrega:

“No se puede con todos, hay muchos pacientes que no les gusta que les platique uno” (TG09).

El hecho de que el paciente realice una la rotación mensual de terapeuta produce que esta relación se replique, de tal suerte que en siete meses el paciente llega a relacionarse con todos los terapeutas del área de gimnasio y conocer sus estilos personales de proporcionar terapia, así llega un momento en que la camaradería se extiende hacia todos los integrantes del área de gimnasio. En algunas ocasiones se reúnen en casa de sus compañeros mas cercanos para charlar o pasar un rato agradable sin tener motivo en especial, teniendo respeto siempre por la familia de sus colegas; las reuniones masculinas con frecuencia son con motivo de compartir bebidas alcohólicas, realizándose en lugares neutros tales como el exterior de sus casas, algún centro social o bien en los campos deportivos; los grupos en las organizaciones cumplen una gama de necesidades de tipo formal e individual, estas últimas relacionadas con las necesidades psicológicas de los individuos, orientadas a satisfacer las necesidades de afiliación, amistad, apoyo moral y afecto; uno de los sujetos entrevistados comenta:

“Me llevo muy bien con TG05 y TG... TG06 a veces que nos platica sus problemas que trae pero lo escuchamos, jaja, lo consideramos amigo, pues casi todos, salimos de aquí y nos encontramos en la calle” (VA11).

Un informante señala:

“Los hombres si se reúnen a veces cada fin de semana, cada quince días, pero lo de ellos ya es otra cosa” (TG07).

Uno de los terapeutas agrega: *“Compañeros y amigos, nosotros nos respetamos nuestras cosas... nos podemos ver afuera para tomar una cerveza, en el campo de fútbol, en un bar, pero así en una casa no” (TG08).*

Algunos de los terapeutas del centro de rehabilitación juegan en una liga local de fútbol varonil de la localidad, por esta razón se encuentran con frecuencia en los campos deportivos de este torneo; aunque no todos pertenecen al mismo equipo esto los hace experimentar vivencias comunes que son compartidas con el resto de los miembros de la organización, siendo estas motivo de las charlas informales que se comparten tanto con sus compañeros de trabajo como con los pacientes, uno de los terapeutas que juega en esta liga comenta:

“Nos vemos fuera, porque jugamos fútbol en diferentes equipos, pero coincidimos en los campos a echar la platicadita, a echar la vacilada” (TG04).

Los terapeutas del centro de rehabilitación han establecido relaciones de pareja con personas que trabajan dentro del área de la salud; solo dos de los seis terapeutas entrevistados están casados con personas que se dedican a profesiones ajenas a la salud, y de los seis terapeutas entrevistados dos de ellos están casados con compañeros de trabajo y estas parejas están formada por los denominados fundadores de la organización; cabe mencionar que uno de estos matrimonios aun y cuando fueron compañeros en la fase de capacitación sobre terapia física y provienen de la misma localidad establecieron una relación sentimental después de ingresar al CRRM Mazatlán; esto produce un respeto y entendimiento hacia el trabajo que realizan, compartiendo con ellos muchas de sus vivencias dentro del centro de rehabilitación, al respecto de la opinión que su cónyuge tiene de su trabajo uno de los terapeutas expresa:

“Esta relacionado mucho con pacientes, de hecho se sabe muchas cosas de medicina” (TG07).

El mismo sujeto agrega:

“Le gusta mucho que yo trabaje con pacientes, nunca ha dicho no quiero que vayas con fulano porque no me gusta, mi trabajo es mi trabajo y no se mete para nada conmigo” (TG07).

Otro de los miembros de la organización comenta:

“Aquí hemos convivido los 20 años de trabajo que tenemos los dos y siento que es buen marido, es buen padre con mis hijos, o sea siento que soy feliz con el gracias a dios que aquí lo conocí” (VA11).

Otro agrega:

“La conocía desde antes, pero no le hablaba, aquí nos tratamos mas y nos casamos” (TG05).

Esto produce que se estrechen vínculos ya que se comparten experiencias y posee referentes interpretativos comunes que permiten comprender el trabajo de sus cónyuges, lo que produce una mayor identificación con la pareja que se ve reflejada en el ámbito familiar, uno de los terapeutas comenta:

“Mis hijas están contentas con lo que yo hago, pues mi mujer es enfermera y comentamos, platicamos verdad, pasa esto, pasa aquello” (TG08).

En el caso de que sus parejas no trabajen en el área médica también existe identificación con el trabajo que realizan, uno de los trabajadores de intendencia comenta:

“Me dice ella, que le gusta el trabajo que tengo pues, que esta tranquilón, o sea convivir con la gante” (PA02).

Solo uno de los terapeutas entrevistados manifestó la existencia de desinterés por parte de su pareja hacia la labor que realiza, coincidentemente esta persona es empleada de una institución financiera, al respecto el sujeto señala:

“Ella con el trabajo no se mete para nada, no opina nada... incluso hay veces que le duele la espalda o algo y ella no hace nada” (TG06).

Existiendo relación entre todos los miembros de la organización, siendo mas estrecha entre los denominados fundadores; ambos sistemas el cultural y el socioestructural, actúan sobre los empleados como individualidades, quienes según su estatus, y jerarquía, contribuyen a la elaboración y modificación de la cultura organizacional; el tipo de relación con el sistema cultural y el grado de participación varia de una persona a otra, sin embargo, todos construyen sus significados a partir lo que la organización les proporciona, por lo que antigüedad se convierte en un factor importante, uno de los sujetos señala:

“Pues nada más los muchachos estos, yo los siento como compañeros, nos platicamos problemas, broncas y eso” (TG08).

Otro agrega:

“Amigos si, más que nada los que inauguramos aquí, somos los que nos juntamos, a veces, practicamos algún deporte juntos, salimos a veces, vamos a congresos, somos unidos” (TG09).

Para algunos de ellos las amistades que poseen se han cultivado dentro del centro de rehabilitación, ya que sus espacios de socialización se reducen al trabajo y su hogar, de tal suerte que sus amigos son al mismo tiempo miembros de la organización, uno de los terapeutas comenta:

“Muchísimos, muchísimos amigos, prácticamente lo que es aquí en terapia física y mi casa, de aquí a mi casa, es raro que me vaya en la tarde a tomar o que me vaya así, los amigos que tengo son los de aquí” (TG06).

Otro agrega:

“Estos son mis compañeros y amigos” (TG08).

Aunque el ambiente de trabajo favorece la interacción de todos los miembros de la organización, existen una clara diferenciación entre la solidaridad generada por los integrantes del área de gimnasio y el resto de los individuos que conforman la organización; esto se explica por la dinámica de trabajo establecida en el gimnasio, que favorece el contacto continuo y el desarrollo público de la actividad de terapia; si la ecología del área de trabajo y el horario lo permiten estas relaciones informales se convierten en grupos formales, como esta tendencia opera en la creación real de los grupos depende de la localización física de las persona y de la naturaleza del trabajo, uno de los terapeutas fundadores señala:

“Me estoy refiriendo a los de esta área, a mis compañeros que damos terapia, a toda esta área” (TG05).

El establecimiento de relaciones de amistad no solo se ha generado con los miembros de la organización, también se incluyen en ellas a los pacientes, existiendo un sentimiento de amistad hacia todos los miembros de la organización, uno de los terapeutas comenta:

“Con el trabajo he ganado muchas amistades, verdad, porque yo cuando hago las cosas las hago con mucha dedicación y me gusta que el paciente mejore... que se levante, verdad” (TG04).

Otro sujeto señala: *“Para mi todos somos amigos y todos somos compañeros, por todos tengo cariño, por todos, claro que con algunos tengo mas confianza que con otros” (PA03).*

Otro más agrega:

“Sí, con todos, si con mucha armonía me llevo con ellos, trato de llevarme bien, lo que me dicen yo lo hago, sin renegar” (TG08).

Solo uno de los directivos de la institución de la organización declaro lo contrario:

“Amistad, así de decir que te visito y que te saludo de besito no, yo siempre he sido así solitario, no tengo amigos, no creo así esos lazos de amistad, amistad” (VA10).

Los miembros del área administrativa también se relacionan con los pacientes, uno de los sujetos entrevistados comenta:

“Yo pienso que me ven bien porque cuando no vengo todo mundo pregunta por mí, me dicen ¿y ahora porque no vino?, me dice Aída que le preguntan por la señora cantadora, cuando me enfermo todo mundo pregunta por mi, no he tenido problemas” (PA03).

Aunque el ambiente de compañerismo es evidente para los miembros de todas las áreas de la organización, existe un respeto hacia el trabajo del otro; sobre todo para las áreas de estimulación temprana y terapia ocupacional, ya que en ellas las sesiones son privadas y disponen de espacios mas reducidos; solo una de las terapistas de estimulación temprana realiza sus sesiones de trabajo de forma colectiva, hace pasar a tres o cuatro pacientes a la vez y mientras ella proporciona terapia las mamás de los niños platican, comparten sus experiencias con los menores y ella las asesora; cabe señalar que esta

terapista corresponde al grupo de los más antiguos en la organización y estuvo asignada por largo tiempo al área de gimnasio.

“Yo le hablo a todo mundo, a todos les hablo, pero que digas tu me meto a ver su trabajo y todo no, es muy raro que andemos por aquel lado mirando lo que hace el compañero” (TG07).

Conclusiones.

Conclusiones.

Desde 1987 el Centro Regional de Rehabilitación Integral Mazatlán (CRRRI), se ha encargado de proveer servicios de rehabilitación en discapacidad a la población libre del sur del estado de Sinaloa; los miembros de la organización a lo largo de 20 años han edificado una cultura de la rehabilitación basada en una misma noción de discapacidad, así como en la similitud de rasgos culturales; la cultura organizacional se ha visto reafirmada en dos hechos: por una parte, el pertenecer a la institución desde el momento de su fundación, siendo esta en aquel momento nueva en su género en la región, y por consiguiente, establecer desde el ejercicio de su profesión esquemas de trabajo que impactan en la administración del CRRRI Mazatlán y se reflejan en un modelo de gestión a nivel Estado, en virtud de que el aprendizaje es similar en los tres Centros Regionales de Rehabilitación en Sinaloa; y, en otro sentido, en la falta de políticas públicas de rehabilitación en el estado de Sinaloa, que en su momento facilitaron este proceso y hoy día siguen asíéndolo.

El proceso de construcción de la cultura organizacional en el centro regional de rehabilitación DIF-Mazatlán, es identificado como un proceso simbólico de carácter grupal por medio del cual los miembros de la organización otorgan significado a sus propias acciones y las de los otros. Desde esta perspectiva la representación social del discapacitado es el vehículo teórico que conduce a la construcción social de la cultura de la organización, ya que es a partir de la concepción de discapacidad que se otorga sentido al trabajo en el Centro de Rehabilitación, estando esta

conceptualización presenta en todos los procesos formales e informales dentro de la organización, siendo así reapropiada por los miembros de la institución y permeando en la edificación de la cultura del CRRM Mazatlán, teniendo como producto un estilo de gestión basado en la cultura.

Se define a la representación social como “producto y proceso de una actividad mental por la que un individuo o un grupo reconstruye la realidad que enfrenta y le atribuye una significación especial” (Abric, 1987); siendo ante todo un sistema de carácter cognitivo a través del cual los individuos o los grupos interpretan la realidad que rige las relaciones de su entorno físico y social; en esta relación el análisis de la representación social del discapacitado en el centro de rehabilitación DIF-Mazatlán, sirve de conducto para conocer como se construye su cultura organización y establecer los elementos principales que dotan de sentido el trabajo de rehabilitación.

Dentro del desarrollo de las propuestas de cultura organizacional la escuela simbólica ofrece el marco interpretativo para explicar este supuesto, en ella la construcción de la cultura organizacional se asume como un producto cultural único en virtud de los significados atribuidos por los miembros de cada organización “los miembros de la organización realizan una abstracción de sus prácticas, la cual es transferida y finalmente reapropiada transformándose en un producto cultural único” (Montaño, 2000), por lo que se considera a las formas organizacionales como si fueran culturas, se pretende comprender la complejidad de la realidad social, denominando a esta perspectiva como simbólica o interpretativa. Desde esta perspectiva la cultura organizacional es edificada por la configuración de la suma de las experiencias de los miembros de la organización en un momento histórico determinado y un horizonte

geográfico específico, es este sentido la representación social de la discapacidad es edificada por los miembros del Centro Regional de Rehabilitación Integral DIF Mazatlán proporciona los rasgos estructurales de la construcción social de la cultura organizacional del CRRRI Mazatlán.

La fenomenología proporciona un marco metodológico coherente para asumir la realidad de la manera en que es experimentada por los miembros de la organización, al dotar de sentido a las acciones y expresiones de quienes las ejecutan, y fijar el significado que tienen para los actores; dentro de un marco fenomenológico la visión hermenéutica nos ayuda a entender como la interpretación que los sujetos realizan de su práctica organizacional es producto de una condición única e irrepetible, y que la interpretación que el investigador social efectúa es una interpretación del significado que estos sujetos realizan, lo que Geertz denomina interpretación de segundo orden.

El objetivo de esta tesis se define como: “Explicar el sistema de representación social del discapacitado como punto de partida para entender la cultura organizacional del centro de rehabilitación DIF-Mazatlán” en este sentido la pregunta central de investigación plantea ¿Cómo se construye la cultura organizacional del centro de rehabilitación DIF-Mazatlán?, así la propuesta de esta investigación se orienta al proceso de construcción de la cultura organizacional a través de la participación de los actores organizacionales en el proceso de edificación de la representación social de los discapacitados, se refiere a un proceso de carácter simbólico que da cuenta de la realidad del centro de rehabilitación DIF-Mazatlán, en donde las actividades formales e informales se desarrollan alrededor de la naturaleza del trabajo de rehabilitación.

A partir del objeto de la investigación se definen las dimensiones principales del estudio, siendo estas: Representación social de la discapacidad, Centro de rehabilitación DIF Mazatlán y Cultura Organizacional, congruentemente con ello la pregunta central de investigación se vincula directamente con las proposiciones teóricas del estudio, la que se presentan a continuación:

- La representación social de la discapacidad orienta el proceso de construcción de la cultura organizacional.
- La realidad es una construcción social.
- La cultura es construida como un proceso de carácter simbólico.
- La representación de los actores organizacionales dota de sentido la cultura de una organización.

En base a los planteamientos anteriores se realizan una serie de conclusiones derivadas de los resultados obtenidos:

1. El centro de la representación social de la discapacidad en el Centro Regional de Rehabilitación Integral lo constituye la misma idea de discapacidad, es a partir de esta noción que se estructura la información percibida por los miembros de la organización en torno al trabajo de rehabilitación, constituyendo en palabras de Abric (1987) el núcleo central de esta representación social; no obstante que la discapacidad es entendida como una noción amplia, que parte de la definición formal de discapacidad en donde “una persona tienen impedida o entorpecida algunas de las actividades cotidianas consideradas normales, por alteraciones de sus funciones intelectuales o físicas” (Diccionario de la Real Academia de la Lengua

Española, 2008), hasta considerarse una posibilidad de superar en algún grado esa condición a través del trabajo constante y la participación de un equipo de trabajo en el proceso; esta noción polisémica de discapacidad es interiorizada por los miembros de la organización, ofreciendo un alto grado de significación del trabajo realizado en la institución.

2. Al mismo tiempo los miembros de la organización en todos sus niveles establecen un alto grado de identificación con la discapacidad, ya sea por ser experimentada en alguna persona cercana o en ellos mismos; la noción de discapacidad se ve reforzada en el hecho de que los miembros de la organización se asumen como discapacitados, ya sea física y/o emocionalmente, experimentando todos ellos carencias emocionales a lo largo de su historia de vida, lo que los hace interpretar de forma significativa su labor en la institución. De esta forma los miembros de la organización realizan una interpretación en espiral de su práctica institucional, al iniciar en ellos mismos y verse coloreada en su práctica profesional, y regresar a su persona resignificada, no solo en su ejercicio profesional sino en la socialización derivada de ello, y vuelta a liberar por todos ellos ofreciendo los rasgos centrales de su cultura organizacional la cual se construye a partir de la noción de discapacidad.
3. En atención a la pregunta central de investigación, ¿Cómo se construye la cultura organizacional del Centro Regional de

Rehabilitación DIF Mazatlán? Se concluye que es a través de la teoría de representación social que se realiza esta construcción, encontrándose que la noción de discapacidad, la cual es entendida en el mismo sentido por los miembros de la organización, se ubica como el núcleo central de la representación social de discapacidad; estructurándose en torno a ella tanto los procesos formales como los informales dentro de la organización.

4. La teoría de las representaciones sociales ofrece un marco cognitivo para explicar la apropiación de los elementos tanto del núcleo central como de los elementos periféricos por los miembros de la organización; así como el traslado de estos rasgos a la cultura de la organización a través de cogniciones organizadas por los miembros del grupo.
5. La configuración de la representación social de la discapacidad proporciona elementos estructurales para comprender las construcciones sociales dentro de la teoría de la representación social, al trasladar esta noción al estudio de la cultura de la organización ofrece una herramienta metodológica que permite comprender las relaciones estructurales que las vivencias personales y las prácticas organizacionales interiorizadas por los miembros de la institución establecen, en la reinterpretación que de las mismas realizan estos sujetos, dotando de esta manera de sentido al trabajo de rehabilitación y ofreciendo las bases de la cultura del Centro de

Rehabilitación Regional del DIF Mazatlán. En este sentido la teoría de la Representación Social ofrece un marco metodológico para estudiar la Cultura Organizacional, ya que presenta una visión de la configuración de los principales rasgos de la cultura.

6. Los elementos periféricos de la estructura de la representación social de la discapacidad se configuran conformando una matriz en donde todos sus componentes se correlacionan al resignificar la discapacidad dentro del CRRI Mazatlán; al mismo tiempo al atribuírsele una conceptualización a cada uno de ellos emergen matices relacionados con los elementos restantes de la estructura. Se hace necesario un análisis correlación para determinar el grado de cada una de las correlaciones y las características de estructura de las misma.
7. La teoría de las representaciones sociales ofrece un marco teórico de comprensión de los procesos de construcción de la cultura organizacional, al constituirse en una herramienta metodológica permite aprehender de forma tangible las expresiones de corte subjetivo de los miembros de una organización, al ser estructuradas en una configuración que pone de manifiesto la interpretación que los sujetos realizan de los elementos centrales y periféricos de la representación social.
8. La cultura organizacional es considerada un proceso cognitivo de carácter adaptativo que sirve de organizador del mundo experiencial

del sujeto, ya que pone de manifiesto una serie de comportamientos que son aprehendidos por los miembros de la organización a través de medios formales y reaprehendidos por vías informales. En el CRRRI Mazatlán este aprendizaje se realiza en un contexto social donde los sujetos miembros del colectivo son sujeto y objeto a la vez, jugando un doble papel al mismo tiempo que aprenden y transmiten la cultura.

9. La teoría de las representaciones sociales implica el abandono de la distancia clásica entre el sujeto y el objeto, “no hay distinción alguna entre los universos exterior e interior del individuo” (Moscovici en Abric, 2004), en este sentido refleja un contexto interactivo que es concebido por la persona, transmitiendo junto con ello pautas y normas de comportamiento, así como valores culturales asociados a los comportamientos manifestados por el grupo. No existe un corte entre el universo externo y el interno de los miembros de la organización ya que estos límites se ven desdibujados al constituirse lo que Watzlawick establece como realidad de segundo orden, la cual es “relativa el sentido, significado y valor que se otorga a esos objetos, pese a su simpleza, es expresiva, porque se sitúa en el cruce entre sujeto y objeto” (Watzlawick, 2000).

10. El hecho de que los Centros de Rehabilitación Integral DIF del estado de Sinaloa sean producto de un proyecto político, aunado a la falta de políticas públicas en el Estado que sean resultado de un

compromiso real con este sector de la población; así como la ausencia de control en el sector y la autonomía de gestión que de ello se deriva, ha favorecido la construcción e instauración de normas de trabajo internas reproducidas a través de pautas de comportamiento informal por todos los miembros de la organización; este proceso se puede denominar Gestión Cultural, siendo respaldado por los directivos del CRRRI Mazatlán y teniendo como resultado esquemas sociales y de gestión organizacional propios del Centro Regional de Rehabilitación Integral DIF de Mazatlán, Sinaloa. Asimismo es importante señalar que se observaron indicios de la presencia de una Gestión Cultural en los dos restantes CRRRI del estado de Sinaloa.

En resumen, el escenario de las instituciones públicas de rehabilitación en Sinaloa es campo fértil para el surgimiento de una cultura de rehabilitación desligada del contexto social y regional existente en la materia; la falta de mecanismos que orienten las políticas públicas federales en este renglón así como la ausencia de instancias municipales que regulen el trabajo en rehabilitación dan prueba de ello. De esta manera el proceso de construcción de la cultura organizacional del Centro Regional de Rehabilitación Integral es resultado de una serie de interacciones ancladas hacia el interior de la organización en donde el imaginario social sobre discapacidad se desdibuja para dar paso a una noción de discapacidad basada en la naturaleza del trabajo, en este sentido se advierte que las características biográficas de los miembros de la organización, así como su cultura de origen, matizan la edificación de una cultura organizacional basada en la representación social de

la discapacidad edificada por los miembros de la institución; de esta forma los rasgos organizacionales de la institución se ven determinados por las normas y valores culturales derivados de la cultura de la organización, que teniendo origen en el plano de la informalidad llegan a formalizarse en una serie de procedimientos y políticas internas que son validadas por todos los miembros de la organización.

Bibliografía.

Abric, Jean Claude (2004); “Las representaciones sociales: aspectos teóricos”; en *practica sociales y representaciones*, Jean-Claude Abric, Ediciones Coyoacán, México, 11-32 pp.

Abric, Jean Claude (2004); “Metodología de recolección de las representaciones sociales”; en *practica sociales y representaciones*, Jean-Claude Abric, Ediciones Coyoacán, México, 53-74 pp.

Albarrán, Dinora (2005); “Un acercamiento metodológico a los estudios de cultura organizacional”; ponencia presentada en el III Congreso internacional de análisis organizacional; Universidad de Occidente; Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, 3, 4 y 5 de noviembre.

Allaire, Yvan y Firsirotu, Mihaela (1992); “Teorías sobre la cultura organizacional” en *Cultura organizacional: aspectos teóricos, prácticos y metodológicos*, Santa fe de Bogota, Colombia.

Alexander, Jeffrey. (1991); “La centralidad de los clásicos”, en Giddens, Anthony y Jonathan Turner, comps. *La teoría social hoy*. CNCA-Alianza, México.

Alvesson, Mats (1993), “Perspectivas culturales sobre organizaciones”, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 46-73.

Ayús Reyes, Ramfis (2005); “El habla en situación: conversaciones y pasiones, la vida social en un mercado”; editado por El colegio de la frontera Sur, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Universidad Autónoma Metropolitana, Fondo para la Cultura y las Artes; México.

Barba Antonio, Solís Pedro (1996), “Cultura en las organizaciones. Enfoque y metáforas de los Estudios Organizacionales”, Vertiente editorial, S.A de C.V., México.

Barraza Macias, Arturo (2002); “Discusión conceptual sobre el termino interacción escolar”, Ponencia presentada en la mesa redonda "Integración Educativa e Investigación" en el marco del Primer Taller Interinstitucional de Investigación Educativa realizado en la Universidad Pedagógica de Durango, México.

Benson, J. Kenneth (1985); “Las organizaciones, una perspectiva dialéctica”, en Estudios Sociológicos, Vol. 3, No. 7, Enero-Abril.

Berger y Luckmann, (2003); “La construcción social de la realidad”; Amorrortu editores, decimoctava reimpresión, Buenos Aires, Argentina; 233 p.p.

Bloor, David (1998); “Conocimiento e imaginario social”; Editorial Gedisa, primera edición, España; 286 p.p.

Bourdieu, P., et al. (2002). “El oficio del sociólogo”; Editorial Siglo XXI, 23ª edición; México.

“Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud” (2001); Organización Mundial de la Salud.

Chiavenato, I. (1998); “Administración de Recursos Humanos” en Diaz, P (1985); *Lecciones de psicología*. Caracas; Ediciones Insula.

“Código deontológico del ilustres colegio de fisioterapeutas de la comunidad de Madrid”, (1999); Colegio de fisioterapeutas de la comunidad de Madrid, Madrid, España.

Dávila, Anabella (1999) “Un acercamiento crítico al concepto de cultura organizacional: implicaciones para su estudio en organizaciones latinas”, en *Cultura en organizaciones latina*, Siglo XXI, México. p.p. 44-70.

De la Garza Toledo; Enrique (1983); “El método del concreto-abstracto-concreto”. México, DF: Cuadernos Teoría y Sociedad, Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa.

Flament, Claude (2004); “Estructura, dinámica y transformación de las representaciones sociales”; en *practica sociales y representaciones*, Jean-Claude Abric, Ediciones Coyoacán, México.

Furnhham, Adrian (2001); “Psicología organizacional, El comportamiento del individuo en las organizaciones”; Editorial Oxford University Press, México.

Gámez Rosalinda (2003); “Bases metodológicas”, en capítulo IV Tesis Doctoral *Cultura organizacional en empresas México-americanas. El caso de agrícola Tarriba*. Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa; Culiacán, Sinaloa, México.

Geertz, Clifford (2005); “La interpretación de las culturas”; editorial Gedisa, España.

Geertz, Clifford (1994); “Conocimiento local”; editorial Paidós básico, Barcelona, España.

Gergen, Kenneth (1994); “La ciencia de la organización como construcción social”; en *revista de ciencia conductual aplicada*, volumen 32, Arlinton, 356-377 pp.

Gergen, Kenneth (1996); “Realidades y relaciones aproximaciones a la construcción social”. Paidós, Barcelona España.

Gherardi, Silvia (2000), “¿Dónde está el aprendizaje?: Metáforas y el aprendizaje situado en un grupo de planeación”, en *Human Relations*, 5378, pp. 1057-1080.

Glaserfeld, Ernest (2000); “Introducción al constructivismo radical” en *La realidad inventada*; Editorial Gedisa, quinta reimpresión, Barcelona, España; 20-37 pp.

González, Aurora (2003); “Huis Clos, de la atribución de significado”, en *Crítica de la singularidad cultural*; editorial Anthropos, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México.

Gusdorf, Georges (1971), “La Parole”, Presses Universitaires de Francés, Paris.

Hacking Ian (2001); “La construcción social de que”; editorial Paidós, Barcelona España.

Hofstede, Geert (1980); “Culture’s Consequences. International Differences in Work-Related Values”, Sage, Londres.

Huerta, Leonardo (2003); “Terapia”; en *Consumidor*, Revista del Consumidor No. 58, Septiembre.

Glaserfeld, Ernest (2000); “Introducción al constructivismo radical” en “La realidad inventada”; Editorial Gedisa, quinta reimpresión, Barcelona, España; 20-37 p.p.

Hach, Mary Jo (1997); “Organization Theory. Modern, Symbolic, and Postmodern Perspectivas”,

Ibarra Colado, E. y Luis Montaña H. (1986); “Teoría de la organización: desarrollo histórico, debate actual y perspectiva”, en Ibarra

Colado E. y Luis Montaña H. (Comp.) Teoría de la organización fundamentos y controversias; universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa, México.

Kuper, Adam (2001); “Cultura”, Paidós Básico, primera edición en español, Barcelona España, 299 pp.

Latour, Bruno (2001); “De la fabricación a la realidad”, en *La esperanza de Pandora. Ensayos sobre la realidad de los clásicos*. Gedisa, Barcelona. P.p. 137-207.

Lakoff, G. & Johnson, M. (1980); “Metaphors We Live By”; Chicago University of Chicago Press.

Lessem, R (1992); “Gestión de la cultura corporativa”; Días de Santos, Madrid, España.

“Ley General para prevenir y eliminar la discriminación” (2003); diario oficial de la federación 11 de junio de 2003.

“Ley General de las personas con discapacidad” (2005); diario oficial de la federación 1o de junio de 2005.

López Carera, Juan (2006); “La hermenéutica en la antropología, una experiencia y propuesta de trabajo etnográfico: la descripción densa de Clifford Geertz”; en *Ra Ximhai, Revista de Sociedad, Cultura y Desarrollo Sustentable*, Vol. 1, No. 2, Mayo-Agosto; editada por Universidad Indígena Autónoma de México.

López Pérez, Ricardo (); “Idea de constructivismo”,

Löwy, Michael (2000); “¿Qué es la sociología del conocimiento?”; Editorial Fontamara, segunda edición, México; 170 p.p.

Luhmann (1998); “Sistemas sociales, lineamientos para una teoría general”; editorial Anthropos, Barcelona, España.

Martín Peña, Norma Angélica (2000); “Discapacitados: entre las barreras y los sueños”, en Rompan filas, Revista mexicana de medicina física y rehabilitación, año 9, no. 5.

Mcsweeney Brendan (2002); “Hofstede’s model of national cultural differences and their consequences: A triumph of faith –a failure of analysis”; en Human Relations; 55/1; pp. 89-118.

Michael, Löwy (2000); “¿Qué es la sociología del conocimiento?”; Editorial Fontamara, segunda edición, México; 170 p.p.

Montaño Hirose, Luis (1998), “Metáforas y acción organizacional. Postmodernidad lenguaje y sistemas autorregulados a partir de un estudio de caso en México”, en Clegg, Steward R., et al. Administración global: tensiones entra universalismo teórico y realidades locales, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México.

Montaño Hirose Luis (1993); “La modernidad organizacional. Una aproximación al estudio de realidades locales”, Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 11-30.

Montaño, Hirose Luis (1998); “Metáforas y acción organizacional. Postmodernidad, lenguaje y sistemas autorregulados a partir de in estudio de caso mexicano”, en Clegg Steward R., et al. *Administración global: tensiones entre universalismo teórico y realidades locales*, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México, pp. 311-346.

Morgan, Gareth, (1998), “Imágenes de la organización”, Alaguara ra-ma, México, 408 pp.

Moscovici Serge (1986); “Psicología Social II”, Paidos, España.

Moscovici Serge (2002); “Representación Social: un concepto perdido”, en *El psicoanálisis, su imagen y su publico*, Buenos Aires, 2da. Edicion, cap.1 27-44p.p.

Olavaria, Maria (2007); “Simbolismo y poder”; Editorial Porrúa-Universidad Autónoma de Metropolitana; México.

Peñas, Olga (2003); “La rehabilitación profesional, fundamentos y procesos de la terapia ocupacional”, en *Revista facultad de medicina*, Universidad Nacional de Colombia.

Pfeffer, Jeffrey (2000); “Nuevos rumbos de la teoría de la organización”; Oxford University Press, México.

Pires, A. (1997); “De quelques enjeux épistémologiques d’une méthodologie générale pour les sciences sociales”. En Poupart et al. (Coords.), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaëtan Morin.

Plan Estatal de Desarrollo 1999-2004, Gobierno del Estado de Sinaloa.

Plan Estatal de Desarrollo 2005-2010, Gobierno del Estado de Sinaloa.

Potter, Jonathan (1996); “Discurso y construcción”, en *La representación de la realidad. Discurso, retórica y construcción social*; editorial Paidós, Barcelona España, pp. 129-191.

Potter, Jonathan (1998); “La representación de la realidad. Discurso, retórica y construcción social”; Paidós. Barcelona, España.

Poupart, J. (1997); “L’entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques”. En Poupart et al. (Coords.), La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Gaëtan Morin, pags. 173-209

Putman Linda, Champan Pamela y Phillip Nelson (1996), “Metaphors of communication and organization”, en Clegg, Steward R., Cynthia Hardy y Walter R. Rord, Hanbook of Organizations Studies, Sage, Londres, pp.375-408

Ricoeur, Paul (2006); “Teoría de la interpretación. Discurso y excedente de sentido”; Editorial Siglo XXI - Universidad Iberoamericana, México.

Robbins, Stephen (1999); “Comportamiento organizacional”; Editorial Prentice Hall, Octava edición, México.

Ruiz Olabuénaga, José I. (1999); “Metodología de la investigación cualitativa”; Universidad de Deusto, Bilbao.

Saussure, Ferdinand (1983), “Curso de lingüística general”, Editorial Nuevomar, México, pp. 319.

Schein, Edgar (1980); “Psicología social de la organización”, Editorial Pearson-Prentice Hall, México, 252.

Schein, Edgar (1992); “Organizational culture and leadership”; San Francisco, Jossey Bass.

Schutz, Alfred (1993); “La construcción significativa del mundo social”; Editorial Paidós; España; 279 p.p.

Schutz, Alfred (1995); “El problema de la realidad social”; Amorrortu editores, Buenos Aires, Argentina.

Schverstein, Leonardo (2000); “Psicología social de a organización”; Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina.

Schwartz, H. y Jacobs, J. (1979); Qualitative Sociology. A Method to the Madness. New York, NY: The Free Press.

Searle, John (1997); “La construcción de la realidad social”; Editorial Paidós, primera edición, España; 232 p.p.

Serrano, M Amaya (1980); “Sociología general”; Mc Graw Hill, primera edición; México.

Sierra, Bravo R. (1998); “Técnicas de investigación social”, Editorial Paraninfo, Madrid, España.

Silverman, David (1975); “Teoría de la organización”; Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.

Taylor, S y R. Bogdan (1987,); “Introducción a los métodos cualitativos de investigación”, editorial Paidós; Buenos Aires, argentina.

Thompson, John (1998); “Ideología y cultura moderna”; editado por la Universidad Autónoma Metropolitana, segunda edición, México.

Villalobos, Joel (2000); “Discapacidad”, Med Spain.

Watzlawick, Paul (2000); “La realidad inventada”; Editorial Gedisa, quinta reimpresión, Barcelona, España; 82-98 p.p.

Watzlawick, Paul (2000); “Profecías que se autocumplen” en La realidad inventada; Editorial Gedisa, quinta reimpresión, Barcelona, España.

Weber, Max (1998); “Economía y Sociedad”; Editorial Fondo de Cultura Económica, segunda edición; México; 1237 Pp.

Weick, Karl (1976), "Educational Organizations as Loosely Coupled Systems", en Administrative Science Quarterly.

Yin, Robert, (1994); "Investigación de Estudios de Caso", Thousand Oaks, Cal. Sage.

XII Censo General de Población y vivienda 2000; INEGI, 2007.

Zemelman, H. (1987); "Uso critico de la teoría. En torno a las funciones analíticas de la totalidad". México, DF: El Colegio de México-Universidad de las Naciones Unidas.

Paginas electrónicas.

Lizcano, Emmanuel. "La metáfora como analizador social", en sociored.uned.es/Lizcano/lizcano/MetafEmpiriafinal.doc

Muñoz Gutierrez, Carlos, (1999), "Representación y metáfora: la identidad personal" en <http://serbal.pntic.mec.es/-cmunoz11/carlos.html>, (27 ago. 1999).

Sosa Cabrera, Silvia (2006); "La génesis y el desarrollo del cambio estratégico: Un enfoque dinámico basado en el momentum organizativo" Tesis doctoral; Universidad ; <http://www.eumed.net/tesis/2006/ssc/>



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

ACTA DE DISERTACIÓN PÚBLICA

No. 00117

Matrícula: 204280492

CULTURA ORGANIZACIONAL Y REPRESENTACION SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD. CASO CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DIF, MAZATLAN

En México, D.F., se presentaron a las 14:00 horas del día 22 del mes de julio del año 2011 en la Unidad Iztapalapa de la Universidad Autónoma Metropolitana, los suscritos miembros del jurado:

- DR. ADOLFO MIR ARAUJO
- DR. JUAN CAYETANO NIEBLA ZATARAIN
- DR. ANTONIO BARBA ALVAREZ

Bajo la Presidencia del primero y con carácter de Secretario el último, se reunieron a la presentación de la Disertación Pública cuya denominación aparece al margen, para la obtención del grado de:

DOCTORA EN ESTUDIOS ORGANIZACIONALES

DE: DINORA ALBARRAN CARRERA

y de acuerdo con el artículo 78 fracción IV del Reglamento de Estudios Superiores de la Universidad Autónoma Metropolitana, los miembros del jurado resolvieron:

APROBAR

Acto continuo, el presidente del jurado comunicó a la interesada el resultado de la evaluación y, en caso aprobatorio, le fue tomada la protesta.



Dinora Albarran Carrera

DINORA ALBARRAN CARRERA
ALUMNA

REVISÓ

[Signature]

LIC. JULIO CESAR DE LARA ISSASI
DIRECTOR DE SISTEMAS ESCOLARES

DIRECTOR DE LA DIVISION DE CSH

[Signature]

DR. JOSE OCTAVIO NATÉRAS DOMINGUEZ

PRESIDENTE

[Signature]

DR. ADOLFO MIR ARAUJO

VOCAL

[Signature]

DR. JUAN CAYETANO NIEBLA ZATARAIN

SECRETARIO

[Signature]

DR. ANTONIO BARBA ALVAREZ