



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD IZTAPALAPA
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
DIVISION CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

*La manifestación del "Síndrome de Burnout"
en los profesores de primaria de la zona
Baja del municipio de Chimalhuacán.*

**TESINA PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA SOCIAL**

PRESENTAN:

ARTURO GUILLERMO ZAMORA OLALDE matrícula: 95218201

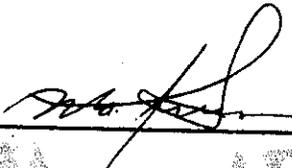
LUIS RICARDO SEAREZ NAVARRO matrícula: 95217782

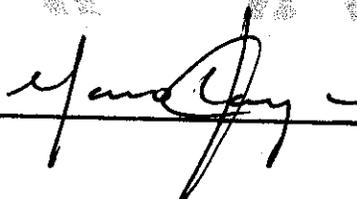
ASESOR:

IRENE SILVA SILVA

ASESOR:

MARIO CARRANZA AGUILAR





ENERO 2004



La manifestación del "Síndrome de Burnout"
en los profesores de primaria de la zona
baja del municipio de Chimalhuacan.

TESINA PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA SOCIAL

PRESENTAN:

ARTURO GUILLERMO ZAMORA OLALDE matricula: 95218201

LUIS RICARDO SUAREZ NAVARRO matricula: 95217782

ASESOR:

MAESTRA: IRENE SILVA SILVA

LECTOR:

DOCTOR: MARIO CARRANZA AGUILAR

ENERO 2004

INDICE

Introducción	1
Marco Teórico	5
1. Psicología Social Comunitaria y Psicología Social de la Salud	5
2. Síndrome de Burnout	27
2.1. Antecedentes	35
2.2. Manifestación	40
2.3. Dimensiones	42
2.3.1. Agotamiento emocional	42
2.3.2. Despersonalización	45
2.3.3. Reducción en la autorrealización personal	49
2.3.4. Otras dimensiones	53
2.3.5. Frustración	56
2.4. Profesionales con Síndrome de Burnout	57
2.5. Fuentes que originan el Síndrome de Burnout	63
2.6. Consecuencias del Síndrome de Burnout	69
2.7. Estrategias para la prevención y control del síndrome de Burnout	72
2.8. Dos análisis sobre el Síndrome de Burnout	74
2.9. Acepciones del Síndrome Burnout	76
2.10. Concepto del Síndrome de Burnout	78
2.11. El profesor y el Síndrome de Burnout	79
3. VARIABLES DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.	
3.1. Estrés	91
3.2. Estilo de vida	101
3.3. Personalidad	109
3.4. Redes sociales	118
3.5. Apoyo social	126

3.6. Habilidades sociales	135
3.7. Calidad de vida	149
4. METODOLOGIA	
INVESTIGACIÓN ACCIÓN-PARTICIPACIÓN	165
4.1.- ETAPA PREVIA	170
4.1.1. Capacitación a grupos promotores	171
4.1.2. Delimitación de zona de trabajo	172
4.1.3. Monografía de la zona de trabajo	175
4.1.4. Selección de escenarios y grupos de trabajo	177
4.1.5. Reconocimiento y contacto con escenarios y grupos de trabajo	179
4.2.- FRENTE DE ENTRADA	181
4.3.- AUTODIAGNOSTICO	181
4.3.1. Tema	183
4.3.2. Objetivos	183
4.3.3. Población	184
4.3.4. Técnicas e Instrumentos	184
4.3.5. Aplicación de Técnicas e Instrumentos	187
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	
4.3.6. Ordenación y Clasificación de la Información	188
4.3.7. Análisis de la Información	188
4.3.8. Devolución de los Resultados al Resto de la Comunidad	206
4.3.9. Alternativas y Plan de Trabajo	207
4.4.- Educación Popular (12 Talleres)	210

5. EVALUACIÓN	234
5.1 Reflexiones	235
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	242

Introducción

El trabajo presentado manejará el marco conceptual de una investigación innovadora, y será explayado bajo el encuadre teórico, sobre lo que se detalle del fenómeno psicosocial: el “Síndrome de Burnout”, el cual es un tema desconocido en el que terminológicamente en castellano significa: “*estar quemado*” y que por lo tanto se refiere, cuando a una persona le sobreviene una involución y un menoscabo en sus capacidades y aptitudes laborales so causa de padecer ciertas características sintomatologías integrales y sistémicas de salud de índole negativo; este fenómeno es conocido recientemente bajo diferentes denominaciones como: “Síndrome de quemarse por el trabajo”, “Desgaste psíquico laboral”, “Desgaste profesional asistencial”, o Síndrome del estrés laboral asistencial. Este fenómeno trata de ser reconocido científica y oficialmente en los planos de la salud con la acepción del “*Síndrome de Burnout*”, en el cual se entiende como la disminución individual producida por las constantes presiones interpersonales, laborales y ambientales con las que se enfrenta repetidamente todo personal asistencial, el que se sabe que se dedica a atender, sostener, tratar, cuidar, asesorar, etc. a clientes, usuarios, alumnos, pacientes, y un largo etcétera, conocidos como beneficiarios sociales en los que recae su función operativa y practica.

El Burnout se explica como un deterioro en la salud del individuo, en sus relaciones personales y en su calidad humana -o calidad de vida-, pues el Burnout es originado por una relación de fricción interpersonal invariable, en donde categóricamente los productores de su debilidad crónica son ese número de personas que dependen de su atención directa como personal de servicio debido a que las tiene que asistir de manera formal y estructurada dentro de un marco de apoyo institucional, pero por tal motivo, este servidor resulta quedar afectado, porque a final de su actividad llega a quedarse con las cargas e inclemencias emocionales que arroja ese trato-asistencia afectivo que conlleva y

soporta estoica o vulnerablemente por ser parte de su trabajo. Por consecuencia, el profesional se acumula de sentimientos y pensamientos decadentes al sostener esa tensión alta y por tener además una gran implicación de un compromiso ético-relacional; por esta causa corre el riesgo de contraer una transmisión de problemas extra-personales ajenos (entendiéndose así que su malestar es producto de una presión emocional a la que se somete cuando termina de brindar un beneficio asistencial personalizado a los demás). Debido a las características perjudiciales que conllevan los problemas de los beneficiarios que trata el profesional, pueden hacerle mella en su capacidad de recepción emocional, e incluso lo pueden alcanzar a impactar gravemente en sus funciones de vida social y laboral, pero aún más peligroso pueden llegar a sus ejercicios de vida familiar y personal.

“El Síndrome de Burnout”, es concebido desde las teorías de la Psicología Social de la Salud como todo aquel desgaste relacional humano que tiende a sufrir cualquier persona que sostiene por largos espacios de tiempo un contacto frecuente tanto con los individuos que le exigen un servicio, como a más de la presión del entorno laboral al que está sujeto y que le reclaman una extra-labor personal. Cuando existen las características de este síndrome en la persona en cuestión, puede cargar con síntomas dañinos en los planos físico (alteraciones, dolencias, malestares, disfunciones orgánicas, etc.), psicológico (procesos cognitivos como creencias destructivas, actitudes negativas, prejuicios, apatía, sentimientos de culpa, etc.) y social (rechazo, estereotipos, discriminación, conflictos sociales, aislamiento, etc.), generándole con ello un problema en la salud personal e integral, así como también una disfunción en el trato laboral, que a su vez repercute directamente en sus interrelaciones primarias, llámese redes sociales: familia, amigos, vecinos, compañeros, etc., como asimismo en la funcionalidad y la representación institucional laboral a la que pertenece como ejercitante: hospital, escuela, centros comunitarios, albergues, consultorios, etc.

Este Síndrome ha sido objeto de un reciente interés por muchos investigadores sociales que lo han tornado como una preocupación relevante y de gran envergadura en el nivel interpersonal de los servidores públicos, por lo que últimamente han aparecido algunas publicaciones, como la de la UNAM (1994), y de la Universidad Iberoamericana (1994,1997,1998), que lo están diagnosticando y demostrando además como una *progresión* de estrés laboral o asistencial de índole crónico al que es meritorio atender y tratarlo con suma urgencia y con medidas precautorias.

Por esta línea, investigadores, como Freudenberguer (1974), Maslach (1979), Moreno (1991), entre los más importantes, y otros, han ido desarrollando la explicación de la etiología de este síndrome, detallándolo primeramente como un estado individual, y posteriormente explicándolo como una respuesta a un proceso psicosocial; aunque las consecuencias encontradas en ambas son las mismas: adversas y disfuncionales para el individuo y su derredor laboral y social.

Entre las características más descollantes que se le han descubierto al Burnout, proyectadas de la investigación aplicada, han sido las tres dimensiones que actualmente delinear de manera particular sus manifestaciones y que la permiten explicar y razonar como un cuadro específico; con el manejo de estas tres categorías se permite la detección de algunos indicadores de que la persona, por las tensiones de su trabajo *podiera o está ya* proclive a deterioros individuales, laborales y sociales, e incluso presentar los síntomas ya manifiestos en torno a lo que son sus relaciones primordiales en el medio que se desenvuelve y desarrolla su modo de vida.

El Síndrome de Burnout ha estado ligado, investigativamente, a todo aquel personal que *ofrece* un servicio, cuidado, trato, atención, información, ayuda, apoyo, auxilio, instrucción, enseñanza, educación, etc. etc. a una población de agentes humanos necesitados y demandantes de ellos; por lo cual el ofrecedor

está propenso a caer en una crónica y degenerativa sintomatología en sus capacidades funcionales, debido a que sufre paulatinamente una carga afectiva excedente contraído de esa constante interrelación con individuos que están precisando de su asistencia ya no social, sino personal y esto hace que vaya entrando en un vicio vivencial de emociones pésimas, entendido como un círculo cerrado de adaptación, minando por tal circunstancia sus recursos vitales: emocionales, sentimentales, físicos o psicológicos, incluso los recursos sociales, porque es tal el grado de entrega en el que se va implicando con los usuarios que se va acumulando de deficiencias y trastornos por los problemas tratados que a final del servicio le son transferidos, y que a la larga le reditúan una deformación en su modo y estilo de vida, tanto que llega a trastocar también sus medios y condiciones de vida personal; al igual sus redes sociales se van desestructurando y su apoyo social se va desfuncionalizando, al grado de reafectar el desarrollo de su vida normal, o lo que es peor, la depreciación de la esperanza de vida que persigue: la consecución de una vida tranquila, feliz, de bienestar y digna: una calidad de vida.

Entre este personal al que se hace alusión investigativamente, desde un panorama profesionalista se encuentran: médicos, enfermeras, policías, maestros, abogados, cajeros, educadores, instructores, entrenadores, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, terapeutas etc., en suma, como ya se señaló, en toda aquella persona profesionalista que tenga como haber laboral una función de mediación ante cualquier variabilidad de relación interpersonal, es decir, es un profesional capacitado, condicionado y construido para que se le requiera brindar un trato directo y práctico y así satisfacer una demanda a un medio personal, grupal o social.

A grosso modo, el Síndrome de Burnout, según autores, especialistas y científicos sociales puede ser o un *estado psicológico final* o pudiera ser un *proceso psicosocial*, que implica algunas otras manifestaciones deteriorativas en

la persona como: una disminución en la realización individual, grupal, comunal, laboral, escolar, organizacional, institucional, social y de salud en un individuo, que lo hacen ser paulatinamente en una persona con alteraciones emocionales, con apariciones de sentimientos negativos (introyectivos y proyectivos), con un deterioramiento de su entorno físico, social, ambiental y espacio psicosocial. Este síndrome obstruye y anquilosa la relación del individuo con su derredor, llámese también interacción ambiente relacional: persona-persona, persona-grupo, persona-sociedad y persona-ambiente. Y esto puede entenderse que una persona con tal sintomatología llega a asumir un carácter, entendido como personalidad, de hostilidad, de apatía o de omnipotencia, que no hace más que demostrar o acentuar la deficiencia relacional-emocional que viene padeciendo.

Aunque a reservas de sortear ciertos sesgos que implica la investigación explorativa que se lleva a cabo, ya que el enfrentamiento por vez primera que se le hace a dicho fenómeno puede tener ciertas ambigüedades ya que es un estudio nuevo, y aunque ya pululan algunas investigaciones en el ámbito científico social, como las tesis de la UNAM (1994), la Universidad Iberoamericana (1994,1997, 1998), se carece de una perfección teórica y científica. Pero la intención de este trabajo será abordar lo mas debido y centrado posible el tema desde un punto de vista de la salud para evitar caer en inutilidades teóricas.

1.1 PSICOLOGIA SOCIAL DE LA SALUD

“...La Psicología Social de la Salud es la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la Psicología Social a la comprensión de tales problemas, y al diseño y puesta de programas de intervención de ese marco...”¹

1.1.1. Antecedentes.

Aunque se dice que la Psicología Social de la Salud surge en Estados Unidos

en los años 70`s, podemos ver que existen antecedentes al respecto, ya que es en esta década, de los 70´s, cuando se constituyó como un área genérica de la Psicología Aplicada, y logra establecer su propia división dentro de la American Psychological Association.

²“... en los años veinte, como recuerdan San Martín y Pastor (1984) cuando se empieza a vislumbrar en Europa y más concretamente en la Unión Soviética, una concepción de Salud Pública,, que enfatiza la protección de la Salud y la educación para una cultura de la Salud. En los años siguientes se irá extendiendo a otros países y dará lugar en los años sesenta al renacimiento de la Salud Comunitaria y de la Atención Primaria de la Salud...”

Para Stone (1983), la Psicología de la Salud no solo se dirige al individuo sino también al conjunto complejo de instituciones y fuerzas dentro de las cuales se persigue la salud, es decir el campo de aplicación e investigación es muy amplio. Constituye un área de aplicación de la psicología al marco de la salud que estudia los factores emocionales cognitivos y comportamentales asociados a la salud y enfermedad física de los individuos, integrando aportaciones de las diferentes disciplinas psicológicas, y colabora con el diseño y aplicación de programas de intervención individuales, grupales y comunitarias para la promoción de la salud, como pueden ser: la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y para conseguir una buena calidad de vida del enfermo.

Un punto importante para el surgimiento de la Psicología Social de la Salud es que al revisar los estudios de mortalidad y morbilidad de algunas comunidades, se resaltaba el hecho de que las personas ya no enferman o fallecen por contagio de ciertos gérmenes o enfermedades, sino que los factores de riesgo son otros, los tratamientos convencionales no responden en ese momento a las problemáticas o situaciones que se presentaban y los científicos debían de abrir nuevos campos de investigación., para responder de manera positiva a estas situaciones. Estos son algunos de los factores que contribuyen a la aparición de la Psicología de la Salud.

¹ Rodríguez Marín, Psicología de la Salud; Ed. Síntesis, España, Pág.-. 23

² San Martín y Pastor (1984) Salud Comunitaria. Teorías y Práctica. Madrid, Edit. Díaz de Santos, pp 17-

³“...en 1993 Rodríguez, Hernández, Pozo y Ramos publicaron una investigación exhaustiva de la producción científica sobre Psicología de la Salud en América Latina encontrando que durante la década de los ochenta las principales líneas de investigación en Argentina, Brasil, Cuba y México fueron:

- 1.- Enfermedades crónico-degenerativas que incluían temas como el dolor crónico, factores de riesgo conductuales y cáncer;
- 2.- manejo psicológico de las alteraciones psicofisiológicas como el dolor de cabeza y el asma mediante retroalimentación biológica;
- 3.- aspectos psicosociales de las adicciones y
- 4.- conducta sexual como factor de riesgo en la infección por VIH...”

El surgimiento de la Psicología de la Salud se logra por las diferentes aportaciones en diversos campos, tales como:

-Medicina Comportamental, se basa en los planteamientos de la medicina psicosomática.

-Antropología Médica, es una disciplina biocultural, se enfoca a los aspectos culturales de los conceptos salud-enfermedad.

-Salud Comportamental, es una ciencia la cual se refiere a los hábitos personales en relación a la salud y la enfermedad.

-Medicina Psicosomática su base conceptual incluye la idea en que toda enfermedad física posee componentes emocionales o psicológicas y que la enfermedad es el resultado final de la interacción entre estos últimos y la disfunción o alteración física.

-Psicología Medica, se enfoca a las psicoterapias en los diagnósticos personales.

-Psicología Clínica, se basa en la llamada conducta anormal enfocado desde el ámbito psiquiátrico.

-Sociología Medica, hace referencia a los aspectos sociales de la salud y la enfermedad.

-Medicina Preventiva, intenta precaver que tanto en el individuo como en la sociedad aparezcan y se desarrollen enfermedades.

-Educación para la Salud, tomar decisiones enfocadas al bienestar personal, familiar y comunitario.

La Psicología Social de la Salud se ha enfocado al estudio de:

- Factores por los que el individuo se mantiene saludable.
- Factores por los que se adoptan conductas o hábitos de riesgo o perjudiciales.
- Aspectos psicosociales que se deben tomar en cuenta en los programas de promoción (incremento de hábitos saludables), y prevención (reducción de conductas de riesgo).

- Factores que determinan la participación y desarrollo de las enfermedades
- El comportamiento como factor de riesgo para la salud.
- El afrontamiento de la enfermedad y de la incapacidad.

Las razones que impulsaron a la aparición de la Psicología de Salud pueden resumirse de la siguiente manera:

- Cambios en la causa de morbilidad y mortalidad.
- Interés sobre la promoción de la salud y prevención de enfermedad, debido al aumento de los gastos sanitarios en los programas aplicados por el Estado.
- La consolidación de la Psicología como Profesión y la eficacia de los tratamientos psicológicos.
- El movimiento de la defensa y promoción de la salud en el que se establecen los derechos de la salud

⁴“...La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurren exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal. La calidad de vida, el cuidado y promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud y la muerte misma, acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal.....”

El campo en el que se desarrolla el Psicólogo de la Salud, es en la docencia, la investigación, el espectro Institucional, atención individual o grupal del sujeto,

⁴ Costa Miguel y López Ernesto, (1996), Salud Comunitaria, Cáp. Salud Comunitaria y Comportamiento”,

etc.

La Psicología de la Salud se considera como una ciencia que se ha conformado con la aportación de otras ciencias, por lo tanto sus teorías y conceptos se enfocan hacia diversos ámbitos de la salud en el individuo dentro de lo social.

1.1.2. Conceptos y Teorías

⁵“..uno de los problemas que más atención reclaman en la Psicología de la Salud es el de una teoría que sustente sus aplicaciones...”

Schofield (1969) planteaba que la Psicología era una profesión de la Salud. El concepto de Salud, es definido en 1964 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que define: la salud es un estado de bienestar completo, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad. El bienestar y la prevención son parte de un sistema de valores y continuamente se hacen programas que instigan a evitar aquellos hábitos o actividades que afecten negativamente a nuestra salud. Los pensamientos, sentimientos, el estilo de vida son considerados como parte funcional y estructural del individuo para lograr y mantener la salud física, es lo que de alguna manera tenemos que denominar la integración de la mente y el cuerpo, desde esta perspectiva se logra ampliar el concepto de Salud hacia campos de investigación o aplicación poco desarrollados hasta ahora.

Las emociones, la conciencia corporal, el estrés y la angustia son entre otros, conceptos psicobiológicos que se aplican a casi todos los trastornos y enfermedades. Según Matazzaro (1981) y Taylor (1986), la Psicología de la Salud es el conjunto de las contribuciones explícitas educativas y de formación,

Barcelona Edit. Roca, Pág. 17

⁵ Morales C. Francisco, (1999), “Introducción a la Psicología de la Salud”, Cáp. 3 Planteamientos conceptuales sobre la relación entre las variables psicológicas, la salud y la enfermedad, México, Edit.

científicas y profesionales de la disciplina de la psicología, cuyos objetivos son:

- Promoción y mantenimiento de la salud.

- Prevención y tratamiento de la enfermedad

- Identificación de la etiología y los correctos diagnósticos de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones ligadas a ella para el análisis y mejora del sistema de cuidado y de la salud y para la formación política sanitaria.

- Correlación de factores psicosociales en el proceso de salud-enfermedad.

- Impacto de Instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento del paciente; y desarrollan recomendaciones en el campo del tratamiento y la interacción entre el sujeto, los profesionales y el sistema sanitario.

⁶“...La OMS (1982) apremia para que se realicen investigaciones que promuevan comportamientos favorables para la salud y para que se establezcan metodologías adecuadas para tal fin...”

El desarrollo de la Psicología Social de la Salud permitió enfocar y estudiar nuevos campos de influencia e investigación en torno a las enfermedades, por lo que se comienzan a considerar, con una importancia notable en el campo de salud-enfermedad, los siguientes factores: estilo de vida, estrés, personalidad, redes y apoyo social, los factores biológicos y los sistemas de prevención y cuidado de la salud.

Todos estos conceptos y teorías deben ser aterrizados en lo teórico y lo práctico, por lo que es necesario el estudio de los modelos dentro de la Psicología Social de la Salud.

1.1.3. Modelos de la Psicología Social de la Salud

⁷“...el desarrollo de la Psicología de la Salud en los diferentes países no ha sido uniforme. Algunos cuentan con escenarios de trabajo, línea de investigación y programas de formación

Paidós, p.- 121

⁶ Matarazzo J.D. (1980) Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. U.S.A. American Psychologist, pag. 23

⁷ La Psicología de la Salud en América Latina, Rodríguez Graciela (Coord.) México, UNAM, 1998, Pág. 22 Cáp. 1 La Psicología de la Salud en América Latina

consolidados mientras en otros éste aún es incipiente y en otros más aún no se inicia....”

Un modelo lo podemos entender como la conjugación de lo teórico y práctico dentro de una ciencia, es decir, una ciencia maneja conceptos y estos conceptos deben ser aplicables y en algunos casos medibles, por eso el modelo nos permite identificar el aspecto práctico de esos conceptos o teorías.

Modelo Biopsicosocial:

La medicina psicosomática, se desarrolló como una rama especial de la medicina, con la insuficiencia de la Medicina tradicional de explicar los síntomas del paciente en una visión bioquímica. Esta rama de la medicina se desarrolló como una reacción contra la medicina biológica y supuso un esfuerzo científico para contrarrestar esta visión, por lo que logra darle el enfoque del modelo biopsicosocial para la explicación de algunas enfermedades.

Hasta ese momento la enfermedad era vista como un modelo unifactorial, solo la disfunción biológica aborda la enfermedad, es decir se reduce todo al factor biológico del paciente, con lo que se promueve una relación de poder y obediencia entre paciente y doctor.

⁸“..Han aparecido nuevas interdisciplinas o subcampos de conocimiento sobre los ya existentes: la psicología de la salud, la salud conductual, la medicina conductual, la inmunología conductual, etc....”

Ante esta situación el nuevo modelo involucra otros factores, ligados al contexto social y cultural que permite la ayuda y solución de las enfermedades con el apoyo de la sociedad y el análisis estudio de los elementos psicológicos.

Modelo de Salud Mental para la Intervención Comunitaria:

Se generan métodos de prevención a problemas mentales, es una alternativa a la práctica clínica tradicional basada principalmente en los modelos médicos.

Busca administrar servicios de salud mental, la enfermedad era vista como un

⁸ Psicología de la Salud (1992) Latorre Miguel (Coord..) Cap1, Psicología De La Salud, Introducción Y Conceptos Básicos. Pág. 57 Buenos Aires, Lumen

tratamiento de enfermos. En este modelo fracasa la acción preventiva al no tener elementos integrales y si se genera el aislamiento del paciente.

Sullivan (1963) define que la alteración mental puede prevenirse ampliamente y limitarse de alguna forma mediante el control de factores psicosociales.

Para prevenir la enfermedad, según Bloom (1973), se deben tomar en consideración tres componentes:

- Individuo vulnerable en el proceso de alteración.
- Entorno es el estudio de medio ambiente en el que se desarrolla el sujeto.
- Lo que él llama el agente que es la causa o componente de la enfermedad.

Un concepto clave en este modelo es la Prevención, y según Muñoz (1976) propone cuatro enfoques para la prevención:

- Desarrollo o ciclo vital que sirve para crear y aplicar programas.
- Área funcionales que influyen en la vida del individuo
- Alteraciones específicas, estudiar lo que se tiene que estudiar sin desviar el interés del objetivo primordial
- Población específica.

⁹“...la estrategia que trata de aplicar los programas de Salud Pública en los ámbitos locales de cada comunidad (...) El mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud de la comunidad, mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud, prevención y curación de las enfermedades, incluyendo la rehabilitación y readaptación social, además de las actividades de trabajo social favorables al desarrollo comunal y de la salud en particular. Todo esto con el apoyo, el acuerdo y la participación de la comunidad...”

En este modelo es importante conocer qué se va a estudiar a partir de la relación entre el individuo y el entorno, dándole una historicidad a los problemas, es decir se llega a una relación de causa y efecto a la enfermedad y se debe entender que el desarrollo sano del individuo se conforma desde las características básicas del mismo hasta la naturaleza o entorno en el que se

desarrolla.

Modelo Ecológico

Se da una relación entre entorno y organismo. El entorno se debe definir como todo lo que rodea al ser humano.

Existen diferentes posturas que son:

La de Berck y Sandford (1977) que consideran que la mayoría de las personas son capaces de resolver sus problemas si cuentan con recursos y alternativas suficientes. Hay que abrir opciones o perspectivas a las que se puedan recurrir.

Von Bertalanffy (1982) se basa en las ciencias biológicas y se enfoca a la llamada Teoría General de Sistemas, en el cual cada uno de los elementos o integrantes del sistema cumplen una función específica y la alteración de ese sistema depende que cada elemento cumpla con su actividad. Todo el sistema se moviliza al existir un cambio, esto provoca o genera una formación de subsistemas que dependen del sistema general.

En Bateson (1972) propone la Teoría de Información y Cibernética, que expone estudiar los sistemas que son: familia, organización, instituciones y ambientes sociopolíticos y su influencia en el individuo.

Otro campo es la Evaluación Ecológica que ayuda a medir y evaluar distintos ambientes, se basan en el aprendizaje social de Bandura.

La Psicología Ambiental aporta la idea de no descartar los aspectos geográficos, físicos, arquitectónicos y de ambientes diseñados y creados por el hombre.

La Psicología Ecológica se enfoca al comportamiento humano en ambientes naturales

Este modelo se deriva de la influencia de ciencias como la biología, la ecología, la psicología social, microsociología y conceptos teóricos como la dinámica de grupos o la teoría de campo, el espacio vital.

⁹ Costa y Miguel Ídem, Cáp. Salud Comunitaria, Pág.- 233

Modelo de Acción Social para Intervención Comunitaria

Tiene sus orígenes en la ayuda filantrópica que suele tener el hombre. La acción social es una responsabilidad compartida que surge del compromiso común dentro del contexto de libertad, igualdad y justicia.

Para este modelo el origen de los problemas están en la estructura social. Por eso Reiff (1968) propone la necesidad de elaborar un cuerpo de conocimientos organizados sobre el funcionamiento y modificación de los sistemas sociales.

Tiene un proceso de intervención que busca aumentar las capacidades de una comunidad para autodeterminarse.

La llamada sociedad sana, se basa en las propuestas de la Utopía de Tomás Moro, el hombre crea sus propias sociedades y formas de Gobierno, con esto entendemos una sociedad sin jerarquías ni privilegios, por lo que todo mundo tiene acceso a servicios y beneficios.

Modelo Organizacional para Intervención comunitaria

MacGregor influye con su llamada teoría "X" y Teoría "Y". Lo maneja desde la perspectiva empresarial, en la cual la teoría "X" se basa en la dirección y control de empresas, y la teoría "Y" es el interés individual con objetivos de la organización. En este modelo se generan conceptos como resistencia al cambio, influencia, cambio social, conflicto, etc. Esto en el ámbito de la Salud es visualizado como la aplicación de programas institucionales que no son recibidos o aceptados por los individuos que conforman una sociedad, es decir, muchas ocasiones estas Instituciones crean Programas de Salud, al llevarlos al campo de aplicación no tienen la respuesta positiva por parte de la comunidad o grupo al que se le aplicara dicho programa, por lo que también se debe entender el sistema de grupo o comunitario en relación a su sistema de creencias y convivencia.

La relación hombre-sociedad ha tenido nuevas perspectivas de estudio en el ámbito de la salud, estos campos se abordan con nuevas propuestas de estudio,

ese sería una labor del psicólogo social y su campo de acción en intervención.

1.2. PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITARIA

¹⁰“...La Psicología de la Comunidad ha empezado a surgir principalmente por que las profesiones de la salud mental como se practican tradicionalmente, han tenido poco que ofrecer a la solución de muchos problemas sociales apremiantes....”

1.2.1 Antecedentes

La Psicología Social Comunitaria es un área de la Psicología Social que tiene relativamente, poco tiempo y que se puede considerar como una rama de la Psicología Social, aunque a veces también es solo llamada como Psicología Comunitaria.

Para Sánchez (1987) la Psicología Social Comunitaria, es una disciplina poco desarrollada, a lo cual resulta más fácil captarla por narración histórica que por medio de conceptos o teorías.

El surgimiento de esta disciplina se encuentra en dos lugares: por un lado Estados Unidos y por el otro América Latina. En ambos casos son enfoques totalmente diferentes y se puede visualizar una característica de la Psicología Social Comunitaria: la posibilidad de ver la influencia de otras disciplinas.

En el caso de Estados Unidos su enfoque es netamente enfocado a la Salud Mental Comunitaria, por lo que se le considera como una rama de la Psicología Clínica, que la limita a incluir solo los problemas de conducta atribuibles a factores biológicos. Serrano y Álvarez (1985) determinan que la Psicología Social Comunitaria en Estados Unidos se desarrolla bajo los siguientes marcos conceptuales:

- Salud Mental Comunitaria o Clínica Comunitaria.
- Psicología Comunitaria Organizacional o de Sistemas.

¹⁰ Zax Melvin y Specter Gerald, traducción de Enrique Palos (1979), Introducción a Psicología de La Comunidad, Cáp. 14 “El Papel de la Comunidad en la Psicología de la Comunidad, México, Edit. Manual Moderno, Pág. 426

- Psicología Comunitaria Ecológica
- Psicología Conductista Comunitaria
- Psicología Comunitaria de Acción y Cambio Social.
-

Para América Latina la Psicología Social Comunitaria es el resultado de aplicación de investigaciones en comunidades de bajos ingresos para intentar explicar su subdesarrollo, todo esto se genera en los años 60's y 70's. También Serrano y Álvarez (1985) proponen los siguientes modelos:

- Psicología Aplicada.
- Tecnología Social.
- Psicología Social Comunitaria.
- Psicología Comunitaria
- Psicología Transcultural
- Psicología Dialéctico-Materialista

¹¹“...El 27 de marzo de 1964 el *New York Times* dedicó al suceso un amplio reportaje titulado “37 personas presencian un asesinato sin avisar a la policía “. Se cerraba con esta pregunta final: ¿cómo se puede explicar la alarmante indiferencia de estos conciudadanos? Un día después expertos de diferentes campos, entre ellos sociólogos, criminólogos, psiquiatras, policías y otros, intentaban aportar sus respuestas. Tras una lectura atenta de ésta, se concluyó que cada experto construye su propia versión del incidente, usando para ello el marco habitual que ha elegido o desarrollado para interpretar la vida. En otras palabras, cada experto se aproxima al suceso desde un ángulo que privilegia especialmente...”

A diferencia de los Estados Unidos que se enfocan a los procesos mentales, en América Latina se va más a los procesos de investigación, estudio e intervención, además se centra más en la crítica social y el desarrollo social con la participación de la comunidad.

Mann (1977) considera que existen tres objetos de estudio de la Psicología Social Comunitaria: El análisis de los procesos sociales, el estudio de las interacciones en un sistema social específico y el diseño de las intervenciones sociales.

Para Montero (1982) la Psicología Social Comunitaria tiene como objeto

¹¹ Morales J.F. ET AL, (1996), Tratado de Psicología Social Vol. 1 Procesos Básicos, Cáp. 1 ¿Qué es la

estudiar los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y el poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social. Entenderíamos que Montero le da un predominio al concepto de control, que sería enfocado en el ámbito de la Ciencia Política.

Otra perspectiva es la de Escovar (1979) que concibe la Psicología Comunitaria como una Psicología del Desarrollo. Este desarrollo hace que el hombre logre un control sobre el medio ambiente; la Psicología Social Comunitaria desarrolla la autogestión al colocar el control en los sujetos y redistribuir el poder político y religioso.

Para Serrano (1980) el objeto de estudio de la Psicología Social Comunitaria es la interacción humana, en tanto que en ella se recrea la definición de la Realidad Social y adquiere sentido para los individuos. En este nivel se deben notificar conceptos como: roles, redes de comunicación, solidaridad, lenguaje, entre otros.

La Psicología Social Comunitaria, es una amplia gama de conceptos y teorías.

1.2.2. Conceptos y Teorías

Uno de los problemas a los que enfrenta la Psicología Social Comunitaria, es a la amplitud y manejo de sus conceptos. Muchos de esos conceptos, no son definidos y son aplicables en diferentes áreas de estudio.

Brea y Correa (1978) señalan la falta de un marco teórico en la Psicología Social Comunitaria, y determinan que los elementos indispensables para elaborar un marco teórico en dicha área estaría determinado por: relaciones teórico-prácticas; vinculación entre ideología y conocimiento científico; profundización sobre la metodología necesaria y correcta; se debe partir, según autores, del proceso de construcción social de la realidad de los grupos comunitarios y su relación con los grupos.

El estudio y la investigación de la comunidad se dan desde diferentes enfoques o perspectivas:

- Ecológico: estudio de la interacción entre comunidades y ajustes con el entorno físico-natural y social
- Cultural o etnográfico: intenta captar la comunidad como cultura o forma de vida a través de la observación participante y de la residencia prolongada en la comunidad
- Social o sociológica: estudia el sistema social formado por una estructura establecida.
- Psicosocial o Psicocultural: intenta relacionar aspectos culturales o sociales con los psicológicos.
- Histórico: integra datos y hechos comunitarios desde la perspectiva global o individual de la comunidad.

Un ejemplo de la amplitud y poca conceptualización en la Psicología Comunitaria lo es el concepto de Comunidad, del cual tenemos las siguientes definiciones, por ejemplo Ander Egg (1983) dice que el término puede designar:

- Localidad o área geográfica.
- Estructura social de un grupo, estudian las instituciones el mismo y los problemas de roles, status y clases sociales.
- El aspecto psicológico como un sentimiento de pertenencia.
- Equivalente o sinónimo de sociedad.
-

Y la define Ander Egg (1983), como:

¹²“... la comunidad es una agrupación organizada de personas que se perciben como una unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica, en la cual la pluralidad de personas interaccionan mas intensamente entre si que en otro contexto...”

¹² Egg Ander (1983), “Metodología Practica del Desarrollo”, *Cáp. 2 Noción de Comunidad*; México, El

Otra definición del concepto de Comunidad nos la ofrece Warren (1965 y 1972), para él la Comunidad es la combinación de unidades sociales que desempeñan las funciones sociales principales con relevancia social, y enumera las funciones relevantes de la siguiente manera:

- Actividad económica
- Socialización, entendiéndolo como la transmisión de valores, conocimientos y pautas de conducta
- Control Social, que sería el proceso de influencia del grupo para que el individuo tenga una conducta de acuerdo a los valores y pautas antes establecidos.
- Participación social, se logra con la creación de organizaciones o instituciones como la familia, la escuela, la religión, etc.
- Apoyo mutuo, que son los mecanismos institucionales o no institucionales de ayuda para el individuo.

Además Warren (1975) cita 3 dimensiones para el desempeño de las funciones y que mediante esto se logra diferenciar a las comunidades: Grado de autonomía, coincidencia de áreas de servicio y la identificación de un sentido de pertenencia.

Pero también existe una clasificación de los tipos de Comunidad, que según Tonnies (1982) serían tres tipos, según el elemento básico compartido o común.

- De sangre, es la base biológica, por ejemplo Clan, Familia, Tribu.
- De lugar, basada en el espacio ocupado, vecindad, aldea, barrio.
- De espíritu, que se basa en la interacción entre individuos, por ejemplo la amistad, el sentimiento, etc.
-

Mc Millán Y Chavis (1986) describieron los componentes de lo que ellos llaman el Sentido de Comunidad, y que son:

- Membresía, sentimiento de pertenencia a un grupo. Aspectos como seguridad

emocional, pertenencia e identificación inversión personal, símbolos compartidos.

- Influencia entre miembros y comunidad y viceversa
- Integración y satisfacción de necesidades individual y colectivo.
- Conexión emocional compartida, calidad y frecuencia de la interacción, la

historia de la comunidad, se comparte una situación en que la emoción forma parte de los integrantes de la comunidad.

¹³“...Bourhis, Gagnon y Moïse (1994) enumeran tres fuentes de la desigualdad entre grupos: poder, status y peso numérico. No es lo mismo pertenecer a un grupo capaz de decidir su propio destino y de influir en otros que ser miembro cuyo destino se decide fuera de él. Al mismo tiempo, ciertas características grupales (doctor en Medicina) son más valorados que otras (enfermeros). Por último las personas prefieren pertenecer a grupos mayoritarios que minoritarios...”

La Psicología Social Comunitaria se orienta hacia el cambio social, por lo que el psicólogo comunitario debe esclarecer el tipo de cambio al que dirigen sus acciones y el nivel de intervención.

1.2.3. Modelos en la Psicología Social Comunitaria

¹⁴“...ninguna teoría proporciona todos los elementos conceptuales y metodológicos que serian necesarios para la comprensión de la realidad social en su complejidad (...) ningún modelo teórico permite actualmente captar la articulación de lo individual y lo social en toda su complejidad. Hay que buscar modelos que sean compatibles; así se llega mejor a la aplicación de diferentes modelos...”

Modelo de Intervención en la Investigación de Serrano e Irizarry (1979).

Nos marca cinco objetivos:

- Prever actitudes, opiniones e información a la vez que se obtiene.
- Ofrecer servicios si es requerido.
- Definir el problema y soluciones en el contexto de los participantes.
- Explicar en detalle los propósitos de la investigación
- Planificar con los participantes los esquemas de acción social y compartir los

¹³ Morales J. F., et al, Tratado de psicología social Vol. 1 procesos básicos Cáp. El conflicto entre grupos, pp. 296.

¹⁴ Doise W. Deschamps J. C. y Mungy (1985); “Psicología Social Experimental”; Barcelona, Edit. Hispano-Europea; pp. 124

datos obtenidos.

En este modelo el trabajo del Psicólogo social comunitario es muy importante, ya que se infiere realizará un cambio y transformación social, por lo que se convierte precisamente en un agente de cambio, debiéndose desarrollar habilidades muy particulares como sensibilidad, tolerancia y capacidad de negociación para actuar ante el conflicto, además de estar preparado para enfrentar a la frustración en caso de no obtener metas u objetivos.

Modelo del Estrés Psicosocial (Dohrenwend Bárbara 1978)

Su objetivo era diferenciar la psicología comunitaria con la Psicología Clínica y delimitar el campo de acción de los psicólogos comunitarios. Conecta el estrés psicosocial con el proceso psicopatológico y diferencia la respuesta emocional inmediata de estrés con la respuesta psicopatológica: la primera aparece como una reacción normal ante una situación o suceso anormal, mientras que la respuesta psicopatológica es el resultado de una combinación de aspectos psicológicos individuales y de factores ambientales.

Utiliza el concepto de Eventos Vitales Estresantes, que se dividen en los hechos o situaciones psicológicas que se presentan (socialización o educación) y por los elementos ambientales (situaciones sociopolíticas). Estos elementos son causados por el individuo o por el ambiente.

Ante la presencia de eventos vitales estresantes se produce una reacción en el individuo, que se le denomina reacción de estrés transitoria influida por mediadores situacionales (apoyo social) y mediadores psicológicos (habilidades, estrategias de afrontamiento).

La reacción de estrés transitorio puede producir en la persona tres tipos de experiencia:

- El individuo domina la situación y se logra un crecimiento psicológico.
- No se produce ningún cambio, el individuo regresa a su estado inicial.

-Aparece una respuesta psicopatológica, que produce una conducta disfuncional y persistente, por lo que cae en el aspecto psicosocial.

Así las respuestas del sujeto disponen las formas de intervención, las cuales serian:

- Terapias correctivas, que estarían dentro de la psicología clínica y buscaría una solución al problema psicopatológico.
- Intervención en crisis, se centra sobre una reacción transitoria de estrés de forma temprana para no llegar al límite psicopatológico. En este caso, para Dohrenwend, las personas que atraviesan por circunstancias agudas de estrés son las menos proclives a utilizar estos servicios. La intervención plantea las cuestiones de donde, como, cuando y sobre quien intervenir para que la intervención sea efectiva.

Otro aspecto es la Prevención, la cual se dirige a los mediadores psicológicos y situacionales. En el caso de los mediadores psicológicos se realiza el entrenamiento de estrategias individuales de afrontamiento para alcanzar un buen nivel de habilidad.

En las situacionales se enfoca a proporcionar recursos necesarios para afrontar los problemas. Un medio es el apoyo social, el cual supone la creación de redes sociales de apoyo el fortalecimiento del sentimiento de comunidad, a través de recursos emocionales, materiales o instrumentales. Además se deben de crear las condiciones de vida necesarias para mejorar la situación social de grupos marginados, esto es a través de generar programas que tengan como objetivo llevar una integración comunitaria de todos los elementos existentes.

Modelo de la Potenciación (Rappaport 1977)

Para el autor existen tres componentes básicos de la psicología comunitaria que son: desarrollo de recursos humanos, la acción política y la ciencia social. La

Psicología Comunitaria debe apoyar la relatividad cultural y las diversidad y distribución equitativa de recursos, debe contemplar valores éticos y sociales.

El concepto es Empowerment, que se traduce como autorizar o habilitar, pero para los términos conceptuales que nos interesan se definiría como potenciación. Este concepto nos lleva al mejor conocimiento del hombre con su entorno, este concepto no solo se vera reducido a lo psicológico, sino que abre un campo hacia los aspectos organizacionales, políticos, sociológicos económicos y hasta espirituales.

Aclara Rappaport (1987) que la Potenciación no debe ser reducible al estudio de la Psicología Comunitaria ya que establece que la psicología debe abrir sus estudios a otros tópicos y otras variables, como pueden ser: salud mental, intervención educativa, competencia social, participación ciudadana, apoyo social, redes sociales, justicia social grupos de autoayuda, etc.

Desde esta perspectiva, la psicología comunitaria considera al sujeto como activo, como un actor de su propia conducta y es creador y participante de ambientes con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

Para Rappaport, existen dos presupuestos:

-Las personas objeto de estudio son tratadas como colaboradores y el investigador actúa como participante, con lo que existe una actuación e influencia mutua.

-El lenguaje y la comunicación se vuelven importantes y fundamentales, ya que para lograr la Potenciación es necesario el uso adecuado de la comunicación y el lenguaje. Se deben usar con el objetivo de transmitir a los sujetos la oportunidad que tienen para potenciar sus propias habilidades y controlar sus recursos.

La Potenciación se plantea tres interrogantes: a quien va dirigida, por que se interviene y como se interviene.

La intervención se puede clasificar como:

-Preventiva, intenta reducir la incidencia del problema.

-Tradicional, busca remediar el problema cuando aparece.

-Para desarrollar o promover la salud en un marco de funcionamiento mas integrado.

Se busca promover la potenciación o promover las posibilidades de que personas, organizaciones y comunidades ganen en dominio y control sobre sus vidas

La población se subdivide en: Individuo, Grupo Primario (familia), Grupo Asociado (comparte valores o actividades) y Grupo Institucional (formado por comunidad).

Finalmente la Potenciación se encuentra cercana al concepto de cambio social.

Modelo Sociocomunitario

Surge en Puerto Rico como respuesta a la crisis de la Psicología Social y el fortalecimiento de la Psicología Comunitaria. Tiene referencia en Berger y Luckman (1967) en lo que ellos llamaron la Construcción Social de la Realidad.

Los elementos del modelo son:

Base Material, es el modo dominante de producción en un momento histórico, por ejemplo el socialismo y el capitalismo, que hace que el ser humano cree sus percepciones de realidad y en función de estos se logran desarrollar relaciones sociales apropiadas.

Ideología y Comunicación, permite conocer al Psicólogo Comunitario las definiciones sociales de la realidad y conocer su perspectiva social. La Ideología, es entendida como las formas compartidas de comprender la realidad social y la Comunicación es el uso de los símbolos y el lenguaje como mediadores de la realidad social.

Conciencia, que se define como el grado de concienciación de un individuo o grupo en un momento dado y su posible implicación en un proyecto social concreto. Es la percepción que tiene el individuo o grupo en relación con su entorno y la forma o manera en que puede influir en el desarrollo tanto de su propio entorno como en el entorno de los demás

El modelo está centrado en torno a las reacciones reciprocas entre la construcción social de la realidad y la activación social e intenta establecer mecanismos a través de los cuales aparecen las definiciones alternativas de la realidad social. Este modelo es producto de un contexto cultural, social y político concreto, la Psicología Comunitaria en América Latina se orienta a la práctica de la acción y reflexión comunitaria y se centra en la crítica social, la actuación social y el desarrollo social. Tiene como referencia los estudios de Ander Egg que retoma de la Psicología Social técnicas enfocadas al liderazgo, dinámica de grupos, organizaciones, etc.

El modelo tiene como objetivos:

- La Democratización como el acceso a la dirección y consumo de la riqueza social de todos los sectores de esa sociedad.
- Una comunidad informada y socialmente activa.
- Investigación dirigida al mejoramiento de la calidad de vida.
- Análisis critico de las instituciones de tal forma que estas cumplan con su función social.
- Legitimación de la cultura y de la conciencia popular.
- Desarrollo de una conciencia social por medio de un proceso educativo y un cambio actitudinal.

Modelo del Sistema Social Humano (Newbrough 1991)

Dicho Modelo aparece en un artículo titulado “Hacia una Teoría de la Comunidad para la Psicología Comunitaria” publicado en 1991. Determina que la Psicología Comunitaria se sitúa en la postmodernidad, ubicándola en el contexto de la Segunda Guerra Mundial donde comienzan las grandes transformaciones sociales, culturales, políticas y tecnológicas.

¹⁵“...gran parte de los problemas a los que se enfrenta hoy día el ser humano fueron creados por este mismo. Ningún poder divino decretó que tres cuartas partes de la raza humana vivieran en la pobreza, afligidas por enfermedades, mal alimentadas y sin educación (...) en general, el hombre

¹⁵ Whittaker James, (1979), La Psicología Social en el Mundo de Hoy, Cáp. 1 Naturaleza de la Psicología Social, México, Edit. Trillas, Pág.17

viene a ser el mayor obstáculo para resolver gran parte de esas dificultades....”

Utiliza la llamada Paradoja del Uno y Muchos, que plantea el problema básico del individuo con la comunidad o grupo social. La Organización social de la comunidad debe permitir que se estructuren redes sociales de apoyo y que al mismo tiempo las personas desarrollen soluciones individuales.

El Sistema Social Humano apoya la integración de todos los miembros de la comunidad, instando al sujeto marginado a que se vuelva participante activo. Esto se conecta con la Teoría Política de la Participación. Para Newbrough (1991) cualquier política debe manifestar tres principios básicos: Igualdad, Fraternidad y Libertad.

La Psicología Comunitaria debe orientarse en su trabajo a desarrollar actividades de mejoramiento social para fortalecer a los sujetos e incrementar la organización social. Debe plantearse como una Psicología de Ayuda, entendiendo la ayuda como un sistema de interdependencia entre el individuo y su grupo, ya que desde esta perspectiva ninguno puede separarse del otro.

Tomando la llamada Tipología de Ayuda de Brickman (1982), Newbough clasifica la ayuda de la siguiente manera:

- Modelo de Ayuda Moral, es una ayuda, cuyo objetivo es obtener un rendimiento máximo de apoyo, es la estimulación para alcanzar un beneficio social.
- Modelo Médico, se presenta cuando no se puede controlar las causas del problema, ni participar activamente en la solución. Se da una dependencia a partir del tratamiento y la sumisión, entre el enfermo y el galeno.
- Modelo Compensatorio, es la ayuda prestada por parte de una Institución hacia un grupo de personas que solicitan un tipo de beneficios específicos para que sea más efectivo el apoyo en relación con el medio, por ejemplo los grupos de autoayuda.

- Modelo de Ilustración, tipo de ayuda que se le presta a personas que necesitan tomar conciencia de su problema personal., por ejemplo un drogadicto, un neurasténico, un alcohólico, etc.

Dentro de este modelo, el Psicólogo Comunitario debe tener una gran diversidad de características, entre las que encontramos: flexibilidad, creativo, coordinador, orientador, fortalecedor de individuos y entornos, interdisciplinario.

Existen diversas formas de abordaje y explicación en la Psicología Social Comunitaria, lo que lejos de ser un aspecto insubstancial, abre la posibilidad y perspectiva de hacer de este método una ciencia multidisciplinaria.

2. SÍNDROME DE BURNOUT

Hace un tiempo se ignoraba sobre el fenómeno de “el Síndrome de Burnout”, pues se carecía de informaciones, investigaciones y literatura que pudieran plantear y tratar sobre este fenómeno que se considera un asunto de índole personal, relacional, laboral y de salud. Este Síndrome es un estudio reciente y por ende apenas tomado en atención, se ha sabido que es producto de los tensos contactos personales, laborales o institucionales del que es frecuente y habitual un servidor público.

En la actualidad, después de los 70s, 80s, y sobre todo en los 90s, empiezan a existir algunas publicaciones que se refieren y abordan de manera puntualizada las vertientes de esta investigación, entre ellas los trabajos de Maslach y Jackson; los mencionados estudios que han salido recientemente lo han focalizado como un problema de magnitud psicosocial (Maslach y Jackson 1982), aunque algunos, especialmente los primeros que se hicieron, lo tratan como el resultado de un estadio individual (Freundenberguer, 1974); no sin embargo, ambos análisis empiezan a redondear y dar forma al conocimiento del interesante y preocupante fenómeno del Síndrome de Burnout, dando con estos aportes cuerpo a una teoría que la trata de explicar como algo definido científicamente.

Empero, cabe mencionar que la uniformidad que siguen la mayoría de los estudios acerca del Síndrome de Burnout lo precisan como el resultado de un proceso gradual por una desgastante y carcomida relación que se da a nivel interpersonal, generada gracias a un contacto extenso e intenso de interrelaciones sociales.

En sí, el Síndrome de Burnout está cobrando un mayor interés por las condiciones y particularidades alarmantes que presenta, pues se ha tomado conciencia de que sus manifestaciones resultan patológicas y perniciosas para el sector profesional público en el que anteriormente no se tomaban en cuenta, o mejor dicho, los efectos resultantes de esta manifestación no se atinaban a encontrar su causa, y no se podían analizar de manera explícita puesto que se carecía de un referente conceptual que la pudiera entender y abordar; pero hogaño ya se puede inferir, diagnosticar, evaluar, interpretar, y explicar su presencia dentro de los ámbitos laborales entendidos como los dinamizadores de presión, tensión o estrés insano y que son los que de alguna forma ciernen y afectan al profesional asistencial, que a la larga se convierte en un individuo reducido en sus capacidades de relación con los demás.

Por este mismo lado, a partir de inusitadas investigaciones científicas, se puede establecer, como origen y no efecto, una concatenación entre este síndrome y el estrés, ya que, en el plano científico teórico el Síndrome de Burnout es una consecuencia de los medios de su evitación, o un conjunto de manifestaciones crónicas provenientes de los fallidos intentos de afrontamiento para controlar el estrés; sin embargo, existe una división entre estos dos fenómenos de forma característica y además porque hay una diferenciación en la manera procesal en ambos.

Aunque el Síndrome de Burnout se le ha clasificado también como una variante del propio estrés e incluso le han puesto apellidos que lo asemejan con aquél, como por ejemplo: estrés asistencial, estrés laboral, estrés ocupacional, estrés organizacional, estrés de trabajo, estrés profesional, etc., son estrés reduccionistas con caracteres de servicios, de oficio, de asistencia, etc. que solo mezclan al estrés con variables situacionales; sin embargo, el Burnout tiene como singularidad una amplia gama de factores y consecuencias contraproducentes y privativas más determinantes que el propio estrés, o mejor dicho: el distrés.

O incluso se le ha confundido con otro síndrome llamado *Síndrome de la Fatiga Crónica*, aunque este es un mal puesto de moda en Europa, y que se le entiende desde un punto de vista psiquiátrico:

¹⁶“...Síndrome de fatiga crónica (SFC), proceso que se caracteriza por la existencia de fatiga permanente o recurrente durante al menos seis meses consecutivos. Esta sensación debilitante de fatiga permanente se acompaña casi siempre de una combinación de síntomas como dificultad de concentración, pérdida de memoria reciente (para los acontecimientos próximos), dolores musculares y articulares y alteraciones del sueño. Este proceso (SFC) ha sido denominado enfermedad crónica del virus de Epstein- Barr (VEB), síndrome de fatiga crónica y disfunción inmune, neuromiastenia epidémica y encefalitis miálgica (EM).

Se calcula que el SFC afecta de cuatro a diez de cada 100.000 adultos. La edad media de comienzo de los síntomas es a los 30 años. No existen pruebas de que este proceso se transmita de una persona a otra.

No se conoce la causa del SFC. Se ha propuesto que algunos virus que producen infecciones crónicas y que ocasionan síntomas como cansancio y estrés, como el virus de Epstein-Barr, pueden estar implicados. También se han estudiado otros virus —el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus del herpes tipo 6, o los enterovirus— como posibles responsables. En la actualidad, el diagnóstico del SFC se realiza por exclusión de otros procesos conocidos que producen síntomas parecidos. Este diagnóstico siempre es controvertido ya que no se pueden excluir con absoluta certeza otros procesos que causan también fatiga, como la depresión o la fibromialgia...”

Muchos de los síntomas del SFC mejoran con medicamentos tonificantes o estimulantes, pero algunos tratamientos pueden ser peligrosos si no se ha establecido el diagnóstico correcto. No existe curación. Los pacientes con SFC tienen una evolución variable: mientras en algunos existe un empeoramiento progresivo, en otros los síntomas mejoran o incluso desaparecen con el tiempo.

¹⁶Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2003. © 1993-2002 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

Pero este síndrome es igual o más impactante que el Burnout, pues no se quita con el reposo, y es de un diagnóstico difícil de hacer. Entre sus características están: dificultad de concentración, dormir sin beneficios (no hay un sueño reparador), insomnio, dormir mucho, dolencia en articulaciones, escalofríos y fiebre, variación en el peso (pérdida o aumento de peso), dolor de cabeza (cefaleas), debilidad, inflamación en los ganglios, depresión, tristeza, apatía, mareo, alteración en los factores emocionales, trastornos de carácter, dolor abdominal, dolor muscular, problemas gástricos, diarreas, cardiopatías, una sensación profunda de cansancio crónico, que en conjunto genera cáncer, puesto que se da un deterioramiento y alteración en el nivel celular. Su tratamiento es difícil puesto que no hay enfermedad aparente y se le suministra Triemen, que es un medicamento que nutre las células, las oxigena, y protege, recuperando la energía ausente.

Es importante señalar que el Síndrome de Burnout se maneja desde una perspectiva del proceso salud-enfermedad, y que se pretende explicar como una forma en la que un profesional desarrolle deficiencias en el plano de su salud integral.

Por ello la salud se toma como punta de análisis, la salud se entiende como un proceso biopsicosocial, en donde entran las extensiones de lo físico, lo psicológico y lo social, entendiendo también al individuo como un ente biopsicosocial, tomando en cuenta no solo lo orgánico: anatómico, fisiológico o biológico, sino lo psicológico: lo mental, lo emocional, lo afectivo, y lo social. Cuando se habla de enfermedad se está refiriendo al trastorno de alguna de estas extensiones y que por lo tanto se reflejan en el desarrollo de vida.

Para proseguir y delinear el estudio del Síndrome de Burnout se toman en cuenta otros factores más que lo constituyen y que también explican las causas, desarrollos y consecuencias del fenómeno, del mismo modo se abordan otros factores que lo pueden controlar para con ello tratar de conseguir un equilibrio

personal y social en el profesional, por ese motivo se vislumbra como tentativa el bienestar de vida que trata de alcanzar el profesional como persona.

Como ya se mencionó, con el *estrés* se trata de partir todo este embrollo de salud, pues el estrés es la génesis de todo tipo de perturbación personal, pero se parte del estrés negativo, conocido como el mal estrés (*distrés*), pues éste es el responsable de que el sujeto en cuestión tenga en su organismo un desequilibrio interno, cuyos efectos recaen en los niveles físicos, psicológicos y sociales. El *distrés* acaba con la capacidad de control del sujeto que la padece, tanto así que va teniendo características también negativas para enfrentar sus situaciones de trabajo. Dentro del estrés hay un estrés bueno o conocido como *eustres* y es también un factor de contrapeso que bien puede contrarrestar la alteración que produce las tensiones y cargas que conlleva el trabajo. Es interesante desglosar que el estrés bien puede conducir a un desgaste fisiopsicosocial, o bien puede ser un aliciente y motivo para tener un desarrollo personal en el ámbito profesional.

El *estilo de vida* es generador de estropicios y desajustes personales de salud que se refleja en los perímetros laborales, dado que un mal hábito o pésimo manejo de las situaciones de vida producen conflictos o conductas de riesgo a enfermar, que no son más que causales para la morbilidad o incluso para la incidencia de la mortandad, que llevan a tener una tendencia al desarrollo del *Burnout* o a tener un mal manejo de las embestidas del entorno demandante. El *estilo de vida* son las pautas a seguir de la forma de vida que lleva una persona en particular, es decir, son todas aquellas prácticas, usos, costumbres, modos y procedimientos individuales con los que se comporta y actúa en su medio social, llámese conductas personales y propias que caracterizan a un individuo; cuando se tiene un *estilo de vida* positivo, el profesional estará en óptimas condiciones para llevar a bien su transcurso de vida en el trabajo, pues tendrá un orden de comportamientos y pautas de vida que le permitirán sobrellevar la carga de su

labor y las circunstancias de vida; sin embargo cuando se tiene un estilo de vida negativo, es entonces que surgen problemas en el manejo de la vida, puesto que implica desajustes desde la alimentación, horario, autocuidado, prevención, hasta la elaboración de su plan de vida; cuando no se tiene un orden de estilo vida, existen peligros de salud y conflictos relacionales para el profesional.

La personalidad juega también un factor importante, pues determina la capacidad de adaptación o de imposición que tiene un individuo ante su medio, sobre todo la relación que tiene consigo mismo al valorarse o percibirse como un ente con exigencias y compromisos particulares que a veces lo orillan a presionarse o comprometerse ante obligaciones que contrae con su trabajo. La personalidad juega un papel muy importante para la consecución del Síndrome de Burnout pues debido a sus imperativos lo llegan a agotar personalmente en una neurosis, e inclusive llega a la tendencia de la enfermedad del individuo, ya que si existe una personalidad muy demandante y exigente con sus relaciones de dominio resonará con una serie de complicaciones personales y laborales, sin contar las alteraciones físicas, psicológicas y sociales inmediatas, entendidas como salud. Se verá que en el plano de la salud se manejan dos tipos de personalidad, que son las formas y modos de ser de un individuo ante un entorno: “A” y “B”, en que cada de estos tipos determina el bienestar o malestar del individuo. Cuando existe una personalidad de tipo “A” estará propenso a ciertas sintomatologías de carácter negativo y padecerá distorsiones en su comportamiento con su derredor, alterando indiscutiblemente su relación con él y con los demás. Cuando existe la personalidad tipo “B”, podrá ser una manera de control del Síndrome de Burnout, pues el individuo gozará de una estabilidad excelente, debido a las características pasivas de respuesta a su entorno.

Las redes sociales: el personal asistencial puede componerse en una estructura social en el que esté integrado y le dé un sentido de pertenencia, dicha red le permite tener una percepción de concordancia, igualdad, equivalencia,

identificación, ayuda, asistencia, refuerzo, beneficio, etc., con otros individuos, grupos o instituciones, los cuales le posibilitan definir su sistema de vida; el individuo cuando pertenece a un núcleo social, comunal o grupal posee una mejor adaptabilidad y una mejora en los quehaceres de su plano de vida, llámese estilo de vida; las redes sociales determinan en buena manera las condiciones de vida del individuo, haciendo que los impedimentos y dificultades que degenera una demanda personal, tenga una mejor resolución para enfrentarla, ya que puede contar con una membresía social que lo respalde; en cambio, cuando no hay afianzamientos de redes, el personal tiende a tener una insuficiencia social que le imposibilita en disponer de una estructura en donde respaldarse, dándole una percepción de desamparo y aislamiento social que lo hace sentir en un rechazado o discriminado de su comunidad, habiendo por tal causa una percepción de soledad.

El apoyo social: es importantísimo en el individuo, pues es un recurso social de afrontamiento que se obtiene, cuando lo utiliza le sirve como un mecanismo de manejo de los estresores, problemas, necesidades que acometen en el trabajo. El apoyo social funge como soporte y amortiguador de las tempestades físicas, psíquicas y sociales que hay en un ambiente laboral y social. El apoyo social se entiende como la funcionalidad de las redes sociales, o dicho de otra forma, es el contexto funcional de las relaciones que se tiene, y puede ser de manera utilizable con aspectos materiales, afectivos, informacionales, instrumentales o de ayuda tangible. El apoyo social es un medio para arrostrar lo que genera las tensiones interpersonales del Síndrome de Burnout, pues es un escudo para el profesional; además tiene efectos beneficiosos en la salud física, psicológica y social en el individuo, pues si emplean los medios que tiene a su alrededor bien puede confrontar con éxito las situaciones adversas que se le vienen; el individuo necesita de un reconocimiento, de una aceptación pero también necesita de los beneficios palpables de esas instancias; más cuando no se tienen ese tipo de apoyos el profesional es reducido en un desgaste situacional, no existe ayuda,

protección, asistencia, asesoramiento social, por lo cual se ve embargado en una sensación de desunión y alejamiento con su contexto.

Las habilidades sociales: estas son agilidades interrelacionales que tiene un individuo para desplazarse y relacionarse con el entorno social; es el tener la suficiencia para expresar y manifestar sus derechos e inquietudes, así como asumir sus responsabilidades y un respeto, le da al individuo una garantía de manejar mejormente los estresores y conflictos del sistema laboral en el que está insertado; las habilidades sociales le dan al profesional herramientas para sobrellevar positivamente las relaciones con su entorno físico; cuando se tienen aptitudes para manejar habilidades sociales se obtienen mejores respuestas para operar situaciones de delicadeza personal, pues el profesional puede dar cauce satisfactoriamente a los requerimientos o interpelaciones personales que se le presenten, desembarazándose de problemas venidos de una mala comunicación; cuando no hay habilidades sociales en el profesional éste pronto se verá sometido en una situación de conflicto intenso, que lo someterá en una crisis de reacciones encontradas, provocándole incidencias y sintomatologías de carácter propias del Síndrome de Burnout.

La calidad de vida: es querer tener una calidad de vivir y estar bien, es una meta que todo profesional busca alcanzar, puesto que cuando se tiene el rango se pretende adquirir un status y una expectativa de superioridad, regularmente es el propósito o la persecución de una vida que conlleve a disfrutar de: satisfacción, estabilidad, bienestar, dignidad, felicidad, progreso, etc.; la calidad de vida lleva implícito el desarrollo progresivo y positivo de la historia de vida, del estilo de vida, del modo de vida y de las condiciones de vida en un punto de equilibrio y de trascendencia individual, aunque la calidad de vida se percibe de forma personal.

El Síndrome de Burnout frena la percepción de una calidad de vida, de hecho, la ignora y la deja fuera de contemplación, pues las características que tiene limitan un estado de bienandanza en el profesional. Se refiere la calidad de vida

como un objetivo, como una planificación de éxito, y se toma como un contraste del Síndrome de Burnout; sin embargo el percibir la calidad de vida no es sinónimo de un estadio final, sino una eficacia por haber logrado una homeostasis del individuo saludable con su derredor inmediato.

2.1. Antecedentes

La palabra *Síndrome* se entiende como el conjunto de síntomas de alguna perentoria enfermedad, que hacen señalar o manifestar una reacción orgánica - interna o externa - ó psicológica dentro del cuerpo de un ser vivo. El síndrome tiende a ser la inminencia de alguna afección física (pero también psicológica) y se presenta primeramente mediante la significación de algunos indicios que la anuncian como latente y manifiesta y después como el desarrollo de alguna perturbación somática, en donde regularmente acaba en una enfermedad degenerativa.

¹⁷“...**síndrome**. (Del gr. συνδρομή, concurso).
m. Conjunto de síntomas característicos de una enfermedad.
|| 2. Conjunto de fenómenos que caracterizan una situación determinada...”

El término *Burnout* es una palabra compuesta en inglés,

¹⁸“...Burnout, coloquial (exhaustion) agotamiento masculino ...”

En donde el verbo burn significa quemar, incendiar, gastar, agotarse, y que tiene una amplia designación para referirse que se trata de debilidad y cansancio o de fricción y quemazón como: vivir una vida agitada: *to burn the candle at both ends*; achicharrar: *to burn to a crisp*; reducir a cenizas: *to burn to the ground*;

¹⁷Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2003. © 1993-2002 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

¹⁷Diccionario bilingüe Espa Inglés English/Spanish Copyright C. Langenscheidt KG Berlin and Munich 2000.

consumirse completamente: *to burn up*; quemarse o absorberse por completo: *to burn down*; o propiamente el vocablo que lo refiere más conciso: burnout que lo enuncia como: exhausto, agotamiento, cansancio, extinción, y que se traduce castellanamente a manera de: *el estar quemado*, este término estigmatiza o marca terminantemente a un cuerpo que está extenuado y deshecho por haber sido el resultado de quedar en condiciones perjudiciales en su estado físico y emocional; es la forma de decir que un cuerpo está hondamente en disfunción y además consumido, pulverizado, sumergido en condiciones deplorables, donde existe una socavación en el terreno de su salud.

Estas dos definiciones semánticas son sólo diccionarios que permiten entender a grosso modo lo que es el Síndrome de Burnout de manera apartada, aunque sin embargo, esto no dice nada, puesto que va mas allá de estas dos simples palabras, ya que se entiende de manera completa porque se trata de un fenómeno serio y con un largo alcance deteriorativo; tal palabra construida y compuesta para especificarla como Síndrome de Burnout la define como una etapa de acometidas físicas y emocionales en donde el corolario (consecuencia) es un agotamiento físico, moral, psicológico y social tanto en su manera de enfrentar las situaciones cotidianas como en la forma de llevarlas a cabo, presentadas por las exigencias externas o internas. Y por tal acepción compuesta, no es conveniente deslindar estos términos al momento de tratarlo, porque ellos mismos la contextualizan y la redondean esquemáticamente; de igual modo, no es debido separar la conceptualización de sus componentes básicos, puesto que son los que la explican de manera estructural; así de igual modo, ante esta explicación se quiere decir que dicho Síndrome se comprende no sólo como un término de la lingüística sino como un campo bilateral de relaciones, y que es entendido como una manifestación contraproducente y desfavorable derivada de las relaciones incongruentes y pésimas del entorno-organismo, mucho más que el propio estrés.

Primeramente el término Burnout fue utilizado dentro del medio deportivo, en especial en el atletismo, puesto que esta nueva definición era una calificación que se le hacía a los atletas que después de haberse sometido a mucha preparación y esfuerzo no lograban alcanzar ni a culminar las expectativas que se habían planteado, además de la sensación de frustración de recompensas a la que eran embargados por el desaliento concebido debido el éxito no obtenido.

Posteriormente este término es traspolado al ámbito de los servicios sociales especialmente el sanitario- debido a las características similares que guardan las condiciones de las personas y la actividad a la que están sometidos, así como los efectos y secuelas que experimentan por la actividad relacional con el entorno personal.

Pero el término Burnout es dado a conocer en el plano de investigación y ciencia social por primera vez por el psicólogo clínico familiar, Herbert J. Freunderberguer, es quien lo emerge de manera científica:

¹⁹«... la quemazón es fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recurso [...] es lo que pasa cuando un miembro de la organización por las razones que sean y luego de muchos intentos se vuelve inoperante...» (Freunderberguer 1974)

Para Freunderberguer, inoperante significaba el hecho de que un servidor público no sirviera o no fuera capaz ya para ejercer las funciones interactivas en las que se estuviera desempeñando, o sea, que ya no fuera útil para lo que era necesitado debido a las deficiencias relacionales adquiridas por un sobreesfuerzo emocional a la que era víctima.

En 1974, Freunderberguer se dio cuenta que algunos profesionales psicoterapeutas clínicos empezaron a desarrollar ciertas manifestaciones de agotamiento y deterioro en la salud, por lo que decidió utilizar el término para

¹⁹ «El síndrome de la quemazón»: profesionales que padecen la quemazón;
<http://babel.altavista.com>
fuente tomada el 31 de enero del 2000

explicar y entender clínicamente el *estado* de deterioro que presentaban los profesionistas.

Freunderberguer refería este término para conceptualizar una innovadora problemática que se aparecía escandalosamente en los servidores públicos, los cuales como desarrollo tenían como una constante la reducción de sus resistencias y capacidades psicológicas, por ende, haciéndolos proclives a agotamientos físicos y morales.

Este autor empezó a asemejar mucho sus observaciones científicas en este reciente pródromo -síntoma- con la antigua terminología deportiva para lograr explicar y concluir que el personal con Burnout eran todas aquellas personas con realizaciones frustradas y que desafortunadamente habían tenido un fracaso en una actividad planeada por alcanzar.

Empero, para finales de los 70s, la investigadora Christina Maslach refina esta conceptualización, en una conferencia, dándole el término de quemazón a este fenómeno y lo empieza a visualizar esquemáticamente como un Síndrome tridimensional y lo contextualiza en: fatiga emocional, despersonalización y un logro personal reducido, explicándolo como el producto de una frecuencia activa de relaciones interpersonales que sostiene la persona que brinda o trabaja en la atención y cuidados con diferentes, pero asiduas, personas beneficiarias de su servicio.

Maslach, vislumbra al Burnout como una consecuencia de las fuertes y tantas acometidas externas a la que se ve objeto y es blanco una persona, que tiene como función la de ser un servidor público; según ella, el Burnout es dirigido especialmente a las personas que están a cargo de mandos y de control en relaciones interpersonales.

Las personas que trabajan en contacto directo con un grupo de receptores de ayuda o apoyo social tienden a implicarse de sobremanera en pro de lidiar exitosamente con los problemas que les presentan, pero llegan a un grado de saturarse de ellos que empiezan a experimentar una tensión de índole fija, teniendo como un lastre de consecuencia una falta de interés, desgano o aburrimiento en su relación. U ocurre que al no poder encontrar y dar una solución a tal problemática expuesta experimenta un tipo de fracaso que deteriora su imagen o sensación laboral.

²⁰“...El Síndrome de Burnout [...] puede aparecer principalmente en los profesionales que trabajan con personas y se implican en problemas de éstas. Cuándo se dice que un profesional está quemado se indica que la situación (familiar, social o laboral) le ha sobrepasado y ha quedado reducida su capacidad de adaptación...”

A partir del enfoque teórico realizado por Maslach se han desglosado la mayoría de las investigaciones para referir teóricamente a los temas sobre el Síndrome, al que le adjudican tener un impacto perjudicial enorme en el desempeño laboral y asistencial, aparte de la integridad de salud del personal.

Es por ello, que se han centrado y dirigidas casi todas las investigaciones, bajo esta óptica, en las personas profesionales como psicólogos, psiquiatras, terapeutas, educadores, maestros, asistentes laborales, médicos, enfermeras, etc., etc., en suma, en todas aquellas personas que tienden a atender una serie de demandas asistenciales, para detallar de esta forma las características psicosociales que de ella se derivan.

Dicha concepción ha sido revolucionada y determinada por la reestructuración que generan los enfoques de Maslach en sus recientes averiguaciones para aseverar que existen alteraciones emocionales en los

²⁰ “El Síndrome de Burnout: estudio empírico en profesores de enseñanza primaria”; dirección por correspondencia: equipo de investigación de Psicología y salud (PSISA). Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca. 37008-SALAMANCA: SPAIN, p. .2
<http://www.altavista.com/cgi-bin/q&kl=xx8=teacher#burnout&search.search>.
fuente tomada el 3 de febrero de 2000.

profesionales y que ha dado lugar para ulteriores, pero innovadores proyectos de investigación.

“... el origen del constructo parte de los estudios sobre cómo los sujetos interpretan y mantienen sus propios estados emocionales ante situaciones de crisis realizados, entre otros, por Maslach (Maslach, 1979, 1987)...”

Incluso es tanta la preponderancia que está tomando este tema que en otros países como Canadá, EU, Cuba, Brasil, España, los Países Bajos, entre otros, se está generando una gran afluencia por este fenómeno, descollando una serie de investigadores que se están dedicando a su estudio y análisis.

²¹“...El Síndrome ha sido desarrollado por otros investigadores como: Jackson, que trabajó junto con Maslach, (1981); Cherniss, (1980); Golembiewski y cols, (1983); Leiter, (1988); Aaronson, (1988); Moreno y Cols., (1991); Pines, (1993); Schaulefeli y Dierendonck, (1993); Everly, (1993); y un largo etcétera, todos estos investigadores son los más renombrados y han realizado sus trabajos bajo la óptica que propone Maslach...”

2.2. Manifestación

En ocasiones el decir que alguien está quemado significa el que una persona presenta una serie de síntomas de carácter crónico en las áreas físicas, psíquicas y sociales, entendidas como formas de relación. Es decir, que una persona que está quemada tiene como peculiaridad una sensación de incompetencia o deficiencia en las relaciones con su sistema social cercano, ya sea éste individual, interpersonal, institucional o laboral, que de alguna forma son las que enmarcan su realización y funcionamiento ocupacional dentro de su lugar social que le corresponde.

²¹ Instituto de Investigaciones Psicológicas (1998); Psicología y Salud; Cáp. 2, La tarea laboral y el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería; Nueva Época, México; pp. 16

Esto es que existen síntomas perniciosos que provocan en el profesional un deterioro en el desempeño de su trabajo, así como una desadaptación del mismo campo laboral en el que está insertado:

²² “...en el individuo pueden presentarse características psicossomáticas que alteran la forma de sobrellevar la situación laboral...”

Ante esto se pretende explicar que el mencionado Burnout se puede manifestar en una forma psicosocial o de un modo individual; o sea, o que puede notarse a partir de la calidad de las relaciones y servicios que presenta un profesional público, o bien, se puede detectar a través de las reacciones físicas y emocionales negativas que experimenta el mismo profesional en detrimento propio.

Sea cualquiera la forma de su manifestación, según los autores, se aduce que es una característica singular de este Síndrome el de tener una ineficacia en el manejo y control de las relaciones con el entorno laboral, así como de sus emociones y sentimientos personales.

Maslach arguye que las manifestaciones que caracterizan al Burnout son actitudes y sentimientos negativos hacia él mismo, hacia los individuos con los que se encuentra en su ámbito laboral, así como hacia la propia característica funcional de su trabajo.

Por ello, el Síndrome de Burnout sigue el análisis preponderante de Maslach, al que lo desglosa como un abanico de tres dimensiones el cual puede seguir una progresión de etapas consuetudinarias, aunque sin embargo, no se puede precisar una secuencia de ellas; es decir, las trata como tres medidas de sintomatologías diferentes, aunque relacionadas pero independientes entre sí.

²² Ibid, p.5

2.3. Dimensiones

Dentro del encuadre que le da Maslach en las características propiamente particulares que presenta el Síndrome de Burnout se pueden encontrar tres dimensiones como la de un agotamiento emocional, una despersonalización y una reducción en la realización personal; y estas citadas dimensiones son obra de los descubrimientos de Maslach (1979), los cuales le han dado un formato metodológico a las posteriores investigaciones desarrolladas por otros autores.

Las presentes dimensiones están contextualizadas dentro del M.B.I. (Maslach Burnout Inventory) y ellas están definidas como evaluaciones de los desarrollos definitivos del Síndrome de Burnout detectado.

Con la construcción de esta evaluación tridimensional se pretende diagnosticar el probable surgimiento del Síndrome de Burnout desde un punto de vista psicosocial, el cual llega a inferir que la manifestación encontrada es resultado de un proceso de readaptación del profesional ante las circunstancias adversas que se le presentan y que termina por delatarlo con un mal reajuste en sus reacciones de actividades asumidas.

2.3.1. Agotamiento Emocional

Esta dimensión especialmente se refiere a un desgaste o una consunción en la consistencia y resistencia del plano físico y psicológico, pues se presenta una disminución de fuerza afectiva, y el apareamiento de debilidad de estimación, provocando una grave alteración que sufren todos los recursos emocionales que tiene el profesional por hacer frente a las descargas del exterior y que por lo mismo le conlleva al surgimiento de sentimientos negativos hacia sí mismo sobre su aptitud y su relación a los servicios que ofrece. Por otro lado, a partir de las

decaencias sentimentales y emocionales se da un reflejo en el organismo, padeciendo ciertas anomalías o trastornos que producen y ahondan más el deterioro de la salud del profesional.

El desgaste emocional es derivado de las altas y prolongadas tensiones que experimenta el profesional en torno a una serie de demandas y exigencias expedidas por los usuarios dependientes que se atiende; porque es tal la entrega e implicación que va teniendo aquél con cada uno de éstos que llega un momento en que sus procedimientos emocionales se van vaciando o aturdiendo y a su vez con esto se genera en él sentimientos negativos como irritabilidad, abatimiento, ansiedad, miedo, coraje, rencor, nerviosismo, que a la postre no solo le van produciendo manifestaciones somáticas, psicológicas y conflictos laborales, sino que hay más, puede llegar inclusivamente hasta inadaptaciones sociales que le generen problemas interpersonales en sus relaciones humanas:

²³...cuando la fuerza capital emocional se va consumiendo, el profesional ve como se vacía su capacidad de entrega a los demás, desde un nivel personal como psicológico y por ende se ve a si mismo como un ser inadaptado y acabado...”

Cuando ocurre un deterioramiento en los recursos personales, trátase de sus medios físicos o psicológicos, el profesional se va quedando con impresiones y sentimientos de cansancio y de una gran molestia que sucesivamente le hacen tener un sentimiento de ya no poder más con la relación asistencial a la que ha estado manejando, y al mismo tiempo, por otra parte se da cuenta que se ha quedado sin nada que proponer ni suministrar a los usuarios, pero de hecho lo más lamentable y preocupante es que percibe que también se ha quedado sin nada para él:

²⁴... se refiere a una reducción de los recursos emocionales y al sentimiento de que no se tiene nada que ofrecer a los demás psicológicamente...

²³ C. Maslach y S. E. Jackson (1997) MBI, Inventario Burnout de Maslach: “Síndrome del Quemado por estrés P asistencial”; Cáp. 1; Publicaciones TEA, Ediciones Publicaciones de Psicología Aplicada, Madrid. Pp.5.

Otro análisis, de las derivadas investigaciones que se han hecho, lo define igualmente como una fatiga extenuante tanto física como emocional que ha estado experimentando el profesional y que lo conducen finalmente a un sentimiento de verse a sí mismo derrotado o deshecho, en donde de pronto se autopercibe como una persona que acabará por ser un servidor inútil e incompetente, y peor aún en una persona fracasada y mediocre:

²⁵“... agotamiento físico y/o psicológico que se expresa en una vaga sensación de no poder dar más de sí mismo a los beneficiarios de su profesión...”

Aunque, Moreno, un investigador social de renombre que le ha aportado otros grandes avances conceptuales al tema del Burnout, le ha dado una recontextualización al fenómeno y lo define de manera escueta como una corrosión y a su vez con un malestar en la relación entre el profesional y su ambiente laboral; pero lo aduce como una sensación de atosigamiento por las insistentes demandas que le procuran y por la amplia carga de responsabilidades y obligaciones que tiene por participar en una labor que se torna cada vez más complicada, entonces, se empieza a sentir apesadumbrado y atareado por ese ambiente que amenaza con debilitarlo o corromperlo en su función:

²⁶“...esto es cuando el individuo se siente mal y abrumado por el trabajo...”

Las definiciones de esta dimensión establecen que se trata de una característica individual del personal profesional y que tiene como efecto secuelas perjudiciales internas, esto se dice que ocurre dentro del nivel de sus recursos

²⁴ Grau Abalo, Jorge A. (1996); HIGIA, “El entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas en equipos de cuidados paliativos”; Cáp. 2, “EL estrés en el equipo de cuidados paliativos: El Burnout”, Cuadernillos de Psicología de la Salud. Sinaloa, Pp. 8

²⁵ “El primer libro en español sobre el Síndrome de la Quemazón (The First book in spanish about the Burnout Syndrome); Dr. José Francisco Figueroa, Ph. D.; p. 5
<http://www.burn.ro/prof.med.stress.arc.com>

Fuente tomada el 21 de marzo de 2000, 16:00 hrs.

²⁶ Holmart, Louis; “Algunas aproximaciones al Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios ” p. 7
http://www.tex.med.org/org/education_cmelphr_cme/ec_phrstresscourse.htm
fuente tomada el 21 de enero del 2000. 14:22 hrs.

emocionales, pues al no poder confrontar exitosamente las demandas a las que está solicitado y obligado a solventar tiende a decaer física y psicológicamente y sólo le queda por hacer: o quedar impuesto y habituado ante esas circunstancias adversas o estar a merced de los estropicios a ocurrir en su salud integral.

En resumidas cuentas, se trata del surgimiento de sentimientos negativos introyectivos que el propio profesional experimenta hacia su persona y a su aptitud laboral al tener demasiadas acometidas asistenciales que llegan a sobrepasar su capacidad de control, habilidad y de atención, aunado al apareamiento de una sensación de impotencia por no lograr sentirse cumplido y satisfecho con el servicio que otorga.

Y esto contrae a partir de dichos sentimientos, daños internos en el profesional, puesto que le empiezan a acometer una serie de ideas, preocupaciones, sensaciones y emociones negativamente intensas que van dirigidas en contra del usuario y de la misma organización, pero muy especialmente en él mismo.

Tales consecuencias son perjudiciales en el campo de su salud, pues las arremetidas expresadas en servicios asistenciales y sociales que ofrece se pueden complicar por su magnitud y extensión, que de permanecer impuesto y de no librarlas triunfantemente pueden alterar y enfermar gravemente al profesional en cuestión.

2.3.2. Despersonalización

Esta dimensión hace alusión a la actitud mecánica, distante, negativa y fría que llega a tener un profesional en el contacto interpersonal, ya sea con los

beneficiarios receptores de sus atenciones o con los mismos compañeros de trabajo, por no decir la que tiene con la institución a la que tiene égarda.

La dimensión anterior puede explicar el desarrollo de ésta, aunque no se quiera decir que siempre vaya a ocurrir una relación entre ambas, pero de cierta forma tiene mucho efecto y puede ser reflejo de ella, debido a la relación experimental que dan las relaciones personales que terminan por ser agobiantes debido a la excesividad de sus demandas.

Y en sí, es una actitud y un comportamiento cínico interpuesta a la bandada de exigencias que acometen al profesional, es por decirlo de alguna manera, que después de una serie de demandas personales y laborales que le han estado perturbando, resuelve por ser una persona altamente objetiva e inhumana que va anteponiendo un distanciamiento afectivo y sensitivo a todo lo que atañe a las relaciones de su trabajo.

²⁷“...se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los clientes o receptores de los servicios, así como también a los colegas... [...] se asocia con una actitud cínica e impersonal, con el aislamiento de los demás, con el etiquetamiento despectivo para calificar a los otros, e intentos de culpabilizar a los otros de la frustración y el fracaso propio de los compromisos laborales...”

Otra definición parecida la conceptualiza como una proyección de sentimientos negativos que hace el profesional hacia los beneficiarios que atiende, tal es el caso que acaba por atribuir y creer que todos los problemas presentados son propios de ellos y que en nada es responsabilidad de él:

²⁸“...es la aparición de sentimientos y actitudes negativas y cínicas acerca del sujeto con el que trabaja [...] es un proceso de endurecimiento, de deshumanización; en relación con sus casos lleva a los profesionales a considerar que esas personas son merecedoras de sus problemas...”

²⁷ Instituto de Investigaciones Psicológicas (1998); Psicología y salud; Cáp. 2, “La tarea laboral y el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería”; Nueva Época, México; Pp. 22.

²⁸ Rodríguez Marín, Jesús (1995); Cáp. 12 “La calidad de vida de los profesionales sanitarios: quemarse en el trabajo”; Edit. Síntesis de Psicología; España; Pp. 187

Otra definición un poco distinta está relacionada a la calidad de servicio que ya se empieza a brindar por parte del profesional hacia el usuario y hacia los colegas, porque éste deja de ofrecer un trato digno o una relación llevadera para volverse en una relación de sujeto-objeto por parte de los beneficiarios y con ello podría darse también un alejamiento con los propios compañeros por el desapego que se le da a las relaciones de trabajo:

²⁹“...Actitud fría y despersonalizada hacia los usuarios y compañeros de trabajo, mostrándose cínico y distanciado, atribuyendo su bajo rendimiento al carácter cronificado de los beneficiarios [...] manifestando un trato pobre...”

Aquí la relación de sujeto-objeto entre el profesional y el beneficiario es la forma de ver a éste por parte de aquél como un simple ente sin valor que apenas merece ser atendido como a uno más de tantos de forma general, sin darle trato emotivo alguno, es decir, el beneficiario es la persona que se le ve como un objeto sin sentido. Pero también se puede señalar que el propio profesional se asume como la persona objetiva, la persona que se distancia del sujeto de atención, como queriendo ser un objeto, sin sentimientos a demostrar cayendo en una relación objeto-objeto, para no caer en debilidades de empatía que le puedan hacer daño.

Pudiéndose entender lo anterior como el proceso gradual del tratamiento de un objeto a otro objeto, es un mecanismo de volverse y volver a su vez al otro en entidades sin sentimientos, tanto el que atiende como el atendido, ajenos entre sí, cuyo objetivo es de realizar un trato circunstancial e inanimado, separando distancias y asumiendo una actitud de indiferencia y una conducta indolente, un endurecimiento de relación.

Mientras tanto, Moreno a ésta la plantea como la resultante de un desagradecimiento e irreconocimiento de los demandantes de servicio a la labor

²⁹ Gil Monte, Pedro, Piero, José María (1997); Desgaste psíquico en el trabajo: El Síndrome de Quemarse; Pág. 3: “Desencadenantes y facilitadores del Síndrome de quemarse por el Trabajo”; edit. Síntesis, S.A.; España, Pp. 68

de los profesionales que realizan; según este autor, al existir una indiferencia y un abuso dependiente de los servicios, que llega a notar el profesional, entonces se reviste con un caparazón de insensibilidad para no comprometerse emotivamente con la demanda y de esta forma no tener que ver nada con preocupaciones externas y ajenas, convencido de que no le deben competir y que su función tiene que ser en menor o ningún grado de compromiso con el demandante:

³⁰ “...Se percibe a los usuarios como exigentes y no reconocen los esfuerzos que los profesionales realizan, por lo cuál se da el distanciamiento relacional...”

La dimensión de despersonalización es entonces el trato indiferente, distante y objetivo que un profesional muestra a un usuario, además le permite proyectar sus fracasos a los demás y con ello hacer una salida de una justificación que tiene de sus fracasos laborales, responsabilizándolos de los problemas agudos, que los toma como derivaciones de los compromisos laborales, así como la desidia de tratar más a fondo los problemas y necesidades que pudiera necesitar el usuario, cayendo con ello en una descarada desatención.

La despersonalización entonces se da a partir de que el profesional después de haber quedado abatido por las tantas exigencias externas, llega al grado de hartarse y por consiguiente el querer mostrarse distante y ajeno a las relaciones subsecuentes del servicio que brinda; es decir, crea o se origina en él un mecanismo de defensa para no verse inmiscuido en relaciones afectivas que le han hecho daño, por tal motivo toma una actitud de despreocupación, rechazo, insensibilidad, desidia, dolo, displicencia, despreocupación, incuria, etc., y la trata de raciocinar a través de los otros con culpabilizaciones externas, en donde mantiene la idea de que los usuarios, a los que califica despectivamente a través de etiquetamientos, son los únicos responsables de sus propias deficiencias en el trabajo y que por lo mismo son merecedores de los problemas que les ocurren.

³⁰ Grau Abalo, Jorge A., Chacón Roger, Margarita (1998); “Burnout: una amenaza a los equipos de salud”; Conferencia Magistral en el Seminario de la Seccional de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud (ASOCOPSIS); Calí, Colombia. Pp: 14.

Es tanto el rencor y coraje resentido que también se forma la idea de que ellos son los principales causantes de las contrariedades que le originan a ir al debacle profesional, encontrándolos también como causantes de sus problemas emocionales y de salud.

Es un proceso que señala que no hay una conciencia de saber que ocurre en el agotamiento emocional, no sabe porque le esta sucediendo las alteraciones fisiológicas, cuando hace conciencia de ello y encuentra que los factores de sus males son producto de los demandantes, empieza a asumir la despersonalización como una huida o lucha para poder protegerse como una forma de evitación.

2.3.3. Reducción de la Realización Personal

Aquí, en esta dimensión, se refiere a la aparición de otros tipos de sentimientos negativos que de igual forma son personales, esto es que, existe la presentación en el individuo de autopercepciones de inferioridad, de ciertos complejos, de sentir un encasillamiento de realizaciones y una desaparición de superación profesional dentro del propio ámbito laboral; ello significa que deja de haber o de sentir motivación alguna en su labor y lo imposibilita para así desarrollar efectivamente su función o tener una realización de progreso en el trabajo.

³¹“... esto implica la tendencia a evaluarse negativamente, y surge de modo especial cuando el profesional trabaja con personas, en estos casos, el profesional puede sentirse infeliz y descontento consigo mismo y con su labor...”

La autopercepción del profesional va haciéndose cada vez más devaluativa y le sucede una sensación pesimista en cuanto a su relación de trabajo y a su desempeño; por lo que empieza a mostrarse a disgusto consigo mismo y con lo que laboralmente hace.

³¹ Gil Monte, Pedro, Piero, José María (1997); Desgaste psíquico en el trabajo: “El Síndrome de Quemarse”; Cáp. 4: “Consecuencias del Síndrome de Quemarse por el trabajo”; edit. Síntesis, S.A.; España. Pp. 87

Otra conceptualización es la aparición de sentimientos de desaliento o de desilusión que sobrecogen al profesional; de pronto percibe que las metas que se había propuesto no se han realizado cabal o se han dado parcialmente y que las expectativas que tenía respecto a su trabajo no son acordes a la realidad laboral, al contrario están muy lejanas, por ende, sus aspiraciones van haciéndose cada vez menos; de ahí que se vaya originando en él auto percepciones que van a explicar cierta decadencia en su ate –relación- laboral, y por esta misma defraudación le ocurren malogros en sus realizaciones de cargo.

Pero ante esto, ahondando más el daño del Burnout, cuando el profesional nota que su deficiencia va siendo más palmaria empieza a asumir un mecanismo de negación, que se da a través de la aparición de actitudes serviciales y de sobre interés tratando de disimular una funcionalidad excesiva en su ejercicio de trabajo, actitud que no siente sinceramente:

³²“...se refiere a la percepción de que las posibilidades de logro han desaparecido, junto con vivencias de fracasos y sentimientos de baja autoestima. Generalmente afecta al rendimiento laboral, sobre la base de una autoevaluación negativa, a veces encubierta con una actitud de omnipotencia que hace redoblar los esfuerzos aparentando interés y dedicación aún mayores, que profundizan el Síndrome...”

Otros autores lo definen como una disconformidad del plano personal y del ámbito laboral con la función de profesional, dándose el hecho de que existe una discrepancia entre las perspectivas a alcanzar y lo que verdaderamente ocurre; es decir, el profesional al desempeñar su rol de trabajo se da cuenta de que las condiciones y los logros de realización buscadas son mínimas y las responsabilidades y obligaciones son máximas, dándose entonces por enterado de que todo estas limitaciones son desavenencias para lograr una aptitud, una capacidad, una destreza y una suficiencia laboral que había sido idealizada:

³² *Ibíd.*, p90

³³“... Sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge de una constante comprobación de que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para atenderlas debidamente...”

Moreno la explica un tanto semejante y lo analiza como una apatía y desinterés del profesional que puede ser resultado de un proceso de desencanto, de falta de motivación e incentivos, y de decepciones laborales, cayendo en la situd (cansancio), dejadez, decaimiento, desgano y repetición:

³⁴ “... cuando la realización personal del profesional se ve afectada, percibe pocos retos en su trabajo, sus intereses se tornan escasos y el trabajo empieza a distarse de ser lo que se había deseado...”

Se tiene entonces que la dimensión de la reducción de la autorrealización personal se refiere tácitamente a sentimientos y actitudes autovalorativos destructivos que se dedica el profesional en su aspecto laboral; al notar que sus objetivos trazados no tienen oportunidad de cumplirse por las condiciones que imperan en su trabajo, se siente descontento con la labor que ha ido realizando, le parece que no le es gratificante emocional, remunerativa, personal, objetiva, ni realizablemente y por lo mismo le deja de atraer, además padece un sentimiento de estancamiento o retraso en su realización profesional. Por otra parte, le afloran sentimientos de baja autoestima y tiene de igual manera, un bajo rendimiento en la productividad de servicios a la que atiende, lo que amerita que se sienta derrotado, hastiado y aburrido, en donde en ocasiones esto le reditúa autoculpas y complejos de inferioridad.

Lo cotidiano, la rutina, la monotonía, la costumbre también generan en el profesional desidia, conformismo, despreocupación, desinterés, distanciamiento con su profesión y va dando lugar a que se vuelva una persona frustrada, insegura y resignada.

³³ Instituto de Investigaciones Psicológicas (1998); Psicología y salud; Cáp. 2, “La tarea laboral y el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería”; Nueva Época, México; P.19.

³⁴ Grau Abalo, Jorge A. (1996); HIGIA, “El entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas en equipos de cuidados paliativos”; Cáp. 2, “EL estrés en el equipo de cuidados paliativos: El Burnout”, Cuadernillos de Psicología de la Salud. Sinaloa, Pp. 12

Esta última dimensión puede estar asaz relacionada con las dos dimensiones anteriores, ya que para llegar a un sentimiento negativo autopercebido, el personal tiene que pasar por los procesos ya señalados; esto es entonces que pudiera ser que esta dimensión sea producto de un cansancio emocional y de una despersonalización, ya que después de un agotamiento tanto físico como psicológico, de una estigmatización y un distanciamiento social, aunado con una desmotivación laboral el profesional queda reducido en sus expectativas de misión, y se tiene como resultante la manifestación de la falta de autorrealización profesional.

Aunque sin embargo, es importante aclarar que no se puede hablar del Síndrome de Burnout como una serie de etapas que lo señalen de manera progresiva o piramidal, es decir, no existe hasta ahora una definición que la exactué como una sucesión ascendente o gradual.

Las tres dimensiones, recomendadas por Maslach, que han sido presentadas hasta ahora son los indicadores que detectan al Síndrome de Burnout en los profesionales que brindan un servicio público o atenciones sociales dirigidas a una población ávida de atenciones y subsidios relacionales.

Dichos componentes dimensionales son los más validados para explicar la etiología del Síndrome de Burnout, puesto que a partir de estos tres constructos se han llevado a cabo casi todos los trabajos y tratados referentes, la mayoría de los investigadores se han basado en ellas para desarrollar sus estudios.

Si bien se puede inferir que el agotamiento emocional entendido como la alteración de los sentimientos provocados por las constantes demandas personales, como las emociones tóxicas que se desprenden siempre de los conflictos provenientes de la interacción profesional, genera, a parte de las consecuencias físicas y emocionales, la despersonalización pues ésta se crea

como una estrategia de afrontamiento para lidiar estas demandas personales, porque solo así con el distanciamiento y la actitud cínica bien puede insensibilizarse y tratar de quedar inmune a los afectos humanos que le provocan este agotamiento psicológico.

Ahora bien en cuanto a la reducción de la realización personal la mayoría de sus causales son autopercepciones surgidas a raíz de haber pasado por un agotamiento emocional, puesto que aparecen sentimientos introyectivos de deprecio, lástima, ineficacia, baja autoestima, comparaciones destructivas, incompetencia, autoconsideraciones negativas, aparte de rencor, odio, coraje, entre otras emociones venidas de la relación con el beneficiario que hacen incongruente su labor con su salud y realización personal; más también tiene mucho que ver esa despersonalización, pues demuestra tal distanciamiento con el usuario, que no sería extraño que tomara un mismo distanciamiento con su profesión, o sea, con su propia labor, haciendo un alejamiento con su compromiso de servir, ya que no existe un interés o motivación a una actividad que solo le ha generado mas problemas personales.

2.3.4. Otras Dimensiones

Entre otros investigadores que han estudiado este Síndrome se encuentra Moreno, que al igual que muchos otros retoma las dimensiones de Maslach, pero no obstante, él trata de contribuir con el aporte de otras cuatro dimensiones más, entre las cuales están: las características de la tarea, el tedio, la organización, y las consecuencias; para explicarlo y profundizarlo mejormente Moreno reclasifica estas dimensiones de forma privativa para redondear al Burnout como un Síndrome que afecta las capacidades interactivas e individuales del profesional asistencial (Moreno y Oliver, 1993).

Las características de la tarea: son aquellas particularidades, cualidades y responsabilidades que se empiezan a volver complejas en la labor que se le confiere al trabajador profesional, en la cual éste no se siente en consonancia ni sabe perfectamente lo que se tiene que cumplir o satisfacer. Y esto tiene que ver con la incertidumbre que se genera entre las propiedades que presenta el trabajo y lo que es el rol en sí; el trabajo tiende a ser confuso o ambiguo, lo que significa para el profesional una desorientación de sus funciones laborales con el contenido del servicio que debe de prestar.

El tedio: esto es entendido como una rutina, como una monotonía, es el de repetir siempre lo mismo y quedar con los dados e iguales resultados, no existe nada nuevo y todo se vuelve una mecánica costumbre. La vida laboral del profesional carece de novedad, siempre está con la realización tradicional, no hay nada que se salga de lo normal por lo que prontamente el trabajo se vuelve molesto y fastidioso y la labor se torna autómata.

La organización: ésta puede entenderse como la representación institucional que se aprecia tener, así como el apoyo externo que necesita y que espera el trabajador se le dé pero que no encuentra; es la expectativa frustrada al no obtener recompensas o créditos que incentiven todos sus esfuerzos laborales. Cuando el profesional se da cuenta que en su derredor laboral no hay reconocimientos ni evaluaciones positivas, va decayendo su ánimo y su calidad de servicio, hasta que va teniendo resentimientos o apatía con su organización.

Las consecuencias: ella es el desembocadero de estas tres dimensiones, es decir, cuando todas aquellas etapas atrapan o han ahogado al individuo, éste sufre una serie de perjuicios en el plano de la salud, afectando sus relaciones con el entorno a los que está inmerso. Al haber todas estas condiciones en el profesional, es tendiente a sufrir alteraciones en los ámbitos: físicos, como lo son alteraciones orgánicas, enfermedades, insomnios, etc.; psicológicos, como lo son

pensamientos y sentimientos destructivos, enfermedades psicosomáticas, etc.; sociales como lo son conflictos familiares, laborales, grupales, que van a generar un difícil manejo en su estilo de vida y en sus relaciones humanas.

Dichas dimensiones anexas se encuentran consideradas por Moreno (1998) como igualmente importantísimas manifestaciones del Burnout, pues las refiere como la continuación de la explicación del desarrollo completo del fenómeno.

³⁵“... cuando los intereses laborales han ido desapareciendo provoca tedio: el trabajo empieza a perder interés, es muy repetitivo, y resulta aburrido. El trabajador no se siente identificado con su trabajo, dada la responsabilidad que siente por él mismo al no conocer bien los resultados y el alcance de su labor, provoca también que el ambiente y el clima del trabajo le disguste. En relación a la organización, el trabajador posiblemente sienta que sus superiores y su grupo de trabajo lo apoyan poco en las decisiones que toma, lo que establece así las relaciones no gratificantes para el individuo. Como consecuencia de este proceso, siente que el trabajo repercute negativamente en su salud y afecta las relaciones familiares y personales, ámbito en el cuál los problemas del trabajo hacen que su rendimiento sea menor (Moreno y Oliver, 1993)...”

Sin embargo, estas últimas dimensiones han sido tan relevantes en la evaluación del Burnout, pues han sobresalido como bases teóricas muy válidas; aunque han contribuido de alguna forma a la calificación del Síndrome de Burnout sólo se le toma aplicación en ambientes laborales de índole específico, como lo es el sanitario, o sea, tales dimensiones se avocan sobre la percepción de enfermeras y médicos dentro de su propio entorno laboral organizacional.

Aunque se encuentra que estas cuatro dimensiones son intrínsecas a las concepciones de las dimensiones que describe Maslach. Porque se descubre a través de aportes teóricos, que algunas de estas dimensiones están contempladas en las dimensiones mencionadas por Maslach, como el tedio que es resultado de una reducción en la realización profesional, y está relacionado con la forma de percibir y realizar insípidamente su trabajo; en cuanto a la dimensión de características del trabajo, más bien se trata de una variable situacional, que explican antecedentemente al Burnout; aunque se trate de

³⁵ Instituto de investigaciones psicológicas 1998); Psicología y salud; Cáp. “La tarea laboral y el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería”; Nueva Época, México, Pág. 15

estresores laborales; así como la organización puede tomarse como un factor de las fuentes del Burnout, y las consecuencias, son todas aquellas sintomatologías que las tres dimensiones producen al final de su embestida.

Cabe aclarar que a lo largo de esta literatura se ha llevado a relucir los términos tanto de trabajador como de profesional. Más aquí no existe una diferencia terminológica que imposibilite distinguir mediante especificaciones al personal que se dedica a atender a los sujetos de servicios, puesto que al individuo que se dedica en el quehacer asistencial no se le llama solamente agente profesional, sino también se le conoce como trabajador; así que estas definiciones no señalan que exista una diferenciación abismal entre ellas, puesto que ambas, llámese profesional o trabajador, en realidad, son referidas a las personas que tratan con otras personas demandantes y que por la misma manera son tendenciosas a contraer el Síndrome de Burnout.

2.3.5. Frustración

Es importante señalar que el Burnout tiene mucho que ver con algunos malestares emocionales que van en detrimento de la salud física, pero en algunas ocasiones se le suele confundir con ellas, como es el caso de la frustración.

Pero el Burnout es un síndrome, que obedece a un proceso, según Maslach; y que va trastocando el bienestar integral del profesional, no solo el afectivo y emocional, sino además del psicológico también el físico así como el social. El Burnout puede ser el recipiente o el resultado de todos estos estados deplorables para el individuo.

Además a la frustración se le toma como una variante o como una causa que tiene que ver con la génesis del Síndrome de Burnout. De hecho, a la frustración se le representa como una especie de estresor que ayuda a desarrollar el Burnout.

La frustración es privar a alguien de lo que esperaba, es dejar sin efecto, o malograr un intento. Dejar sin efecto un propósito contra la intención de quien procura realizarlo.

La frustración es un estado o proceso de sentimientos alicaídos y de desánimos que va teniendo un individuo al ver que sus expectativas no han sido alcanzadas, generándole sensaciones de impotencia, vaciedad y un prolongado desencanto de sus metas, a tal grado que se vuelven personas limitadas, con ciertos prejuicios y pesimismo en sus realizaciones; sin embargo, la persona que está en medio de una etapa de frustración bien puede salir de ella, puesto que solo se trata de una desilusión y puede sobreponerse a bien haber a base de siguientes intentos, confianza y porfía; claro la frustración no puede compararse al Burnout, porque éste comprende e incluye en sí muchos sentimientos negativos como la frustración, y la frustración sólo es uno más de esos sentimientos deleznable que almacena y explican al Síndrome de Burnout.

En sí, la frustración puede ir acompañada o puede ser uno más de otros sentimientos pesimistas que se juntan para dar lugar al Síndrome de Burnout, en tanto éste es el resultado de todo ese conjunto de sentimientos apostados.

2.4. Profesionales con el Síndrome de Burnout

Los profesionales que están tendentes a la sintomatología de este trastorno, como se vuelve a reiterar, son aquellas personas que tienen bajo su égida o mantenimiento a pacientes, usuarios, alumnos, beneficiarios, en sí, a personas receptoras de una aplicación dinámica humana, las cuales deban llevar o tener un cuidado y una atención personalizada y directa; es decir, los afectados, que irónicamente no son los reclamantes del refuerzo, sino son todos aquellos profesionales que por su diligencia y puesto de trabajo brindan su servicio relacional a una diversidad de tipos de personas las cuales presentan

repetidamente una demanda social, que se hace perjudicialmente emotiva, con un alto índice de problemas en torno a una variedad de dificultades personales como: salud, educación, incapacidad, afectividad; es decir, son gentes necesitadas de apoyo, ya no social, sino incluso de relación interpersonal, a los cuales los profesionales están provistos y obligados a solucionarlas.

Sin embargo, todas estas relaciones de cuidado, ayuda, asistencia o apoyo generan en la relación profesional-usuario un conflicto o desequilibrio interpersonal, ya sea por las características negativas que presenta un usuario como lo es una enfermedad, incapacidad física, intelectual, emocional, psicológica o social, anteponiendo resistencia a la atención, reacciones inesperadas, la propia personalidad del usuario, reticencias, necesidades y exigencias; así como también las presiones que ejerce su entorno: sus jefes, la institución, la organización, las normas, el ambiente, etc., y es aquí, en la sujeción normativa de la organización en donde el profesional se siente más presionado ya que se encuentra limitado en su quehacer personal, como lo es en la toma de decisión o en su campo de trabajo, o padecer de acoso moral; teniendo como consecuencia lógica que el profesional tenga la percepción de que sólo es considerado como un maniquí, que sólo posee un rubro profesional acotado y carente de autonomía de funciones en el proceso relacional con las personas con las que tiene un trato frecuente, pues siempre tiene que estar obedeciendo las disposiciones y los preceptos que marca la institución, el reglamento y los criterios autoritarios de los superiores que muchas veces se sale de lo establecido.

Aunque, es sin duda que en donde más reciente esta carga, es en el estar lidiando con las personas a su custodia, no obstante que pueda recibir una satisfacción, pues esta se pierde por su poco reconocimiento y la subsecuente cascada de problemas que trae consigo la respectiva atención.

Esto es definido de manera más exacta, desde un punto de vista del cuidado de la salud, por Cartwright:

³⁶“...promover la salud, prevenir la enfermedad, curarla, rehabilitarla, son tareas que producen muchas satisfacciones, pero también muchos problemas y tensiones en el sector sanitario. Ciertamente, este personal suele tener una alta tasa de trastornos y factores de riesgo, debido a la fuerte tensión laboral a la que se ven diariamente sometidos...” (Cartwright, 1979)

Esta definición se puede ver que está basada en los profesionales que se encuentran en un contexto sanitario, pero no se pretende decir que no se pueda aplicar en otros ámbitos, puesto que las condiciones que se están tratando suelen ser similares a las características de entornos de servicios públicos, ya que la mayoría de los profesionales asistenciales están dentro de lugares y funciones estresantes, los cuales son el parámetro para generar altos grados de tensión también.

Pareciera que por lo regular la mayoría de las clasificaciones teóricas vistas hasta ahora enrolan este síndrome solamente a los profesionales que están inmiscuidos dentro del sector sanitario, ya que es un ámbito excelente para su desarrollo, puesto que ahí es el espacio propicio para gestarse y explicarse apropiadamente en toda su magnitud; y en sí, el Burnout bien puede entenderse y manifestarse a la perfección dentro de un contexto del servicio asistencial sanitario ya que está lleno de todas las condiciones estresantes e incómodas para los profesionales que suelen llevar una tarea altamente responsable y por demás desgastante como lo es el de curar o cuidar a los usuarios solicitadores, así como las presiones ejercidas por las autoridades jerárquicas a las que están constreñidos:

³⁷“... el Síndrome de Burnout ha sido referido a diferentes grupos profesionales y, entre ellos, los sanitarios. Sus dimensiones descritas fueron cansancio emocional, despersonalización, y falta de

³⁶ Buendía, José (1998); Estrés laboral y salud; Cáp. 5: “Estrés laboral, agotamiento y salud”; edit. Biblioteca Nueva; Madrid; Pág. 117

³⁷ “Algunas aproximaciones al síndrome de Burnout en profesionales sanitarios”,
http://www.tex.med.org/org/education_cmelphr_cme/ec_phrstressscourse.htm.

autorrealización personal que son comunes a todos, eso sí, ateniendo algunas peculiaridades en estos profesionales debidas a la organización laboral e institucional, características de tareas en unidades clínicas especiales y tipo de pacientes. Así mismo, las consecuencias son las globalmente aceptadas y, entre los mecanismos preventivos destacaría la necesidad de mejora de los sistemas organizativos...”

Moreno le da un enfoque mucho más completo y más amplio referente a los portadores de esta definición, relacionándolo a todo aquel profesional que tiene como función laboral la de ejercer un servicio público que le implique a llevar una interacción muy constante con los demás:

³⁸“... el Síndrome de Burnout aparece en aquellos profesionales cuyo trabajo consiste directamente en la atención social - educativa, laboral, o sanitaria - a otras personas, en términos de una relación de ayuda, consejo, enseñanza, indicación, información, estos comportamientos de desgaste profesional, han sido el personal sanitario, maestros, educadores, psicólogos, y asistentes sociales, todas aquellas profesiones que exigen una intensa relación con el demandante del servicio profesional....” (Moreno, 1991)

Moreno refiere que el Burnout atañe a todo aquél profesional o trabajador social que presta un social servicio relacional, pues está más propenso al desgaste biofísico, psicológico, psicosocial y social, debido a que está sujeto a la constante relación personal friccionante que sostiene, y que invariablemente tiende a involucrarse en los procesos problemáticos de sus pacientes, clientes, alumnos, beneficiarios, en suma, de toda aquella persona que necesita de su atención interpersonal, que sin saber, le provocan a la larga una serie de preocupaciones deteriorativas en su personalidad y con ello el origen de sentimientos y emociones adversos que por consiguiente irán minado su complejidad integral de salud:

³⁹“... la mayoría de los profesionales de salud, de enseñanza, de instrucción, etc., pasan gran parte de su tiempo en contacto (extenso e intenso) con otras personas (pacientes, familiares de éstos,

fuelle tomada el 11 de enero del 2000

³⁸ “El Síndrome de Burnout: estudio empírico en profesores de enseñanza primaria”; Dirección por correspondencia: Equipo de Investigación de Psicología y Salud (PSISA). Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca. 37008-SALAMANCA.SPAIN.

<http://www.altavista.com/cgi-bin/query?pg=q&kl=xx8q=teacher#burnout&search=search>.

Fuelle tomada el 31 de enero de 2000

³⁹ Rodríguez Marín, Jesús (1995); Psicología Social de la Salud; Cáp. 12 “La calidad de vida de los profesionales sanitarios: quemarse en el trabajo”; Edit. Síntesis de Psicología; España Pp. 189

jefes, etc.). Esta relación interpersonal suele estar cargada emocionalmente, y acompañada de sentimientos negativos [...] la relación interpersonal en estas condiciones acaba conduciendo al desarrollo del Síndrome de Burnout en los profesionales asistenciales...”

No obstante, no sólo son los profesionales que tienen alteraciones en su total o parcial comportamiento, pues hay otros servidores, que aunque no tengan una formación profesional, tienen en su haber una diaria relación interpersonal e interactiva con toda una gama de individuos solicitadores o usuarios de servicios sociales o asistenciales, como lo son los policías, los cajeros, los ejecutivos, las niñeras, etc., que por las condiciones de su trabajo social los hace más susceptibles al síndrome; aunque desfavorecida y desafortunadamente son personal sin recursos preventivos que carecen de una seria preparación, así como de un escaso conocimiento organizacional que pueda permitirles afrontar las vicisitudes del trabajo.

Se admite entonces que el Síndrome de Burnout se aplica no sólo a las profesiones o profesionales que devienen de una formación académica, sino a toda aquella ocupación que esté orientada a la atención de grupos o a la atención personalizada de una sociedad usuaria de servicios.

⁴⁰ “...el Burnout aparece en aquellas personas cuyo trabajo está orientado al servicio directo hacia otras personas, sean o no profesionales...”

El Síndrome de Burnout se da en todas aquellas personas que tiene bajo su responsabilidad y cargo una función interactiva a nivel interpersonal, grupal, laboral o social, porque están rodeados de circunstancias de presión laboral, en el que por tal motivo hacen que su función vaya degenerándose y su participación laboral se vaya empobreciendo cada vez con la interacción persistente; en cuanto al rol de cargo de atención que da en los tratos relacionales con su derredor, acaba por tornarse agresivo o conflictivo y distante, porque su misma función lo

⁴⁰ El primer libro en español sobre el Síndrome de la Quemazón (The First book in spanish about the Burnout Syndrome); Dr. José Francisco Figueroa, Ph. D.
hhhp://www.burn.ro/prof.med.stress.arc.com.
fuente tomada el 15 de marzo de 2000

exige; es decir, aunque el profesional tiene la expectativa por cumplir que su misión es atender cordial, amable, bondadosa y satisfactoriamente a todo aquel que requiera su asistencia, para eso se supone que fue formado, el profesional se vuelca en contra de esa expectativa, ya que es tan intenso el compromiso a cumplir por la carga emocional que conlleva a asumir esa función, debido a la multitud de exigencias y dificultades que conllevan, que no es otra cosa que un cargamento extrafuncional, que no hace más que complicar su carrera profesional.

Podría establecerse que la profesión del asistente está impuesto o hecho para tratar toda demanda pública de tipo relacional y humano, sin embargo, con el Burnout implica que la profesión se convierta en una desorientación laboral, pues en vez de controlar el medio de la intervención asistencial, es controlado y sumido en una implicación personal que sale fuera de su quehacer profesional, a tal grado que después no sabe si esa profesión le permitirá tener una meta o una trascendencia o le redituará un retroceso y una desilusión, debido a los riesgos, confusiones y dificultades que presenta su trabajo.

Se afirmaría que toda aquella persona que está dentro de una labor social pública está proclive a las sintomatologías del Síndrome de Burnout por los estresores característicos que la determinan, como lo son: la atención a la cantidad de personas asiduas al servicio, la exageración de relaciones sociales, la caracterización de personalidad de los beneficiarios, la naturaleza de la demanda, la confusión de funciones laborales, las disposiciones jerárquicas a las que se someten sus funciones, las condiciones institucionales, el contexto laboral, etc., es decir, todas aquellas situaciones y decisiones que al profesional alteren o impidan en la realización del servicio que presta.

2.5. Fuentes que originan el Síndrome de Burnout

Al Síndrome de Burnout se le asocia mucho como estrés laboral asistencial debido que, bajo su concepción teórica, una persona que sufre los embates estresores del trabajo llega a tener una disminución en sus recursos de afrontamiento, provenientes del desgaste y el roce de las interacciones con trabajo.

⁴¹“...El Burnout puede considerarse como el estado final de una progresión de intentos fracasados de manejar el estrés laboral crónico, que se produce principalmente en los marcos laborales de los profesionales de ayuda (Moreno, Oliver, Pastor y Aragoneses; 1990)...”

El estrés es parte fundamental para la aparición del Síndrome de Burnout, porque es el factor causal para su manifestación. Cuando se habla de estrés se toma como referencia el estrés negativo conocido como distrés ya que éste comprende aspectos y secuelas adversas en la constitución del organismo receptor.

Esta concepción la define como el desenlace al que se llegó por no poder controlar o manejar las arremetidas del estrés producido por el trabajo y por las constantes interacciones humanas.

Pero la totalidad de los investigadores para describir este síndrome toman como referencia las consecuencias de los impactos del estrés, ya sea de forma ocupacional, laboral u organizacional.⁴²

⁴¹ Grau Abalo, Jorge A. (1996); HIGIA, "El entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas en equipos de cuidados paliativos"; Cáp. 2, "EL estrés en el equipo de cuidados paliativos: El Burnout", Cuadernillos de Psicología de la Salud. Sinaloa, P. 12

⁴² La mayoría de la literatura que se refiere al Síndrome del Burnout hace una estrecha vinculación con el estrés, o distrés, ya que es la causa que desencadena sus síntomas.

Aunque sin embargo, algunos autores, entre ellos Rodríguez Marín (1995), definen las fuentes como variables situacionales que son las que desarrollan el estrés laboral:

El problema se explica mejor apelando a las fuentes de estrés laboral sociales y situacionales (Maslach y Jackson, 1982).

El contacto con otras personas que son los receptores de servicios: ésta se entiende como la cantidad y así mismo la calidad del trato personal o servicial que se le tiene que brindar a un destinatario de atención, generando con ello una absorbente y completa dedicación a éste, sufriendo cargas laborales, físicas y emocionales obviamente como resultado de extremas y demasiadas exigencias por parte del receptor que espera una atención individual a la que debe cumplir el preceptor ya sea de forma personal o grupal.

El contacto directo con pacientes, alumnos, beneficiarios, etc.: produce una serie de tensiones emocionales en el profesional, que a la larga van a crearle un reflejo adaptativo por los sentimientos y conductas de aquellos, dentro de su desenvolvimiento laboral; cuando el receptor tiene reacciones en contra o se resiste al trato hace más difícil para el profesional la realización de su asistencia tiene como consecuencia un empleo o sobreesfuerzo más a fondo en su trabajo que induce a una fatiga extenuante.

La naturaleza del servicio o la demanda que se atiende: es otra derivación de tensión emocional; ésta es el grado de delicadeza que presenta un síntoma, una exigencia o una petición por parte del usuario. Según la complejidad y la magnitud del problema que se plantee así es la complejidad del trato o atención que debe darse. Por lo tanto, se tiene que el profesional que se enfrenta a una variación de circunstancias personales o a una entidad problemática desconocida tiene la obligación de solventarla asistencialmente y por ende satisfacerla o tratarla por completo.

Los problemas de comunicación con los usuarios: de la misma manera se trata de otra tensión emocional; ésta se explica como la existencia de dificultades en el dialogo del servidor y el atendido o del jefe y el empleado dentro de la relación de trabajo o servicio. Cabe decir, que la imposibilidad de una buena comunicación entre el usuario y el profesional o del jefe y el profesional, da como resultado un deterioro en la relación asistencial llevado por ambos, trayendo consigo: falta de confianza, temores no exteriorizados, informaciones forzadas, ocultamiento de informes, etc.

El trato con los familiares de un destinatario de ayuda: ésta es referida como la relación extra con otras personas ligadas a la persona que es atendida por el prestador de ayuda, originando por ello más presión interpersonal.

La frustración relativa del servidor social: esta se manifiesta cuando las expectativas de éxito no se han logrado, y por consecuencia generan un decaimiento laboral.

El conflicto de rol: esta es una incongruencia de lo que se espera de la función del profesional por parte de los usuarios, de sus superiores con el de sí mismo, ya que su cargo es percibido por diferentes perspectivas e intereses de forma discrepante, puesto que debe tener un accionar diferente de lo que le permiten sus instancias sociales o laborales; es el problema de las limitaciones que tiene para ejercer su ejecución profesional, debida a la condición regulada y restringida de su labor.

⁴³“...Cuando las demandas exigidas son inconstantes, incompatibles o inapropiadas... cuando se pide que lleve a cabo tareas que no son consideradas de su profesión...”

⁴³ Ramírez Bergeron, Ana Marissa, 1994; Tesis para la licenciatura de Psicología; Estudio exploratorio acerca del nivel de Síndrome de Deterioro (Burnout) en un grupo de Psicólogos Clínicos; p. 32

La oportunidad del control en las relaciones con el usuario: esta se entiende cuando el servidor no puede o no logra un buen manejo relacional sobre el usuario, actuando éste de manera autónoma en sus decisiones o atenciones, dejando al margen las disposiciones prescripciones del profesional.

El control de trabajo: esta se refiere al manejo de la organización laboral que debe de realizar un servidor pero que no logra establecer debido a las presiones, preocupaciones, exigencias provenientes de otras instancias o situaciones emergentes.

La ambigüedad del rol: esta se manifiesta cuando el personal carece de información en cuanto a las propias características de la labor que debe de desempeñar, así como también a la insuficiencia de información de la evaluación a la que es objeto por otras personas, pues regularmente no sabe cuales son las funciones específicas que debe realizar, puesto que su papel profesional le va exigiendo más allá de lo que él está ejercitado.

⁴⁴“... falta de claridad de los derechos del empleado, su responsabilidad, metas, etc... hay estrés si hay una evaluación ambigua de sus éxitos (Caplan y Jones, 1975; French y Caplan, 1972; Kahn, 1974; Tosi, 1970 en Farber, 1983... otros factores... incluyen la rapidez del cambio organizacional y un incremento en la complejidad de tareas y/o tecnología...”

Los aspectos organizacionales: esta es entendida como el alineamiento normativo de las instancias superiores, así como la restricción de toda participación e iniciativa laboral, la falta de apoyo, la falta de organización, los preceptos estrictos de la política, los turnos, etc.

Además de esto se puede añadir los avances tecnológicos como un generador de estrés, ya que la tecnología de algún modo pueden facilitar el desempeño del profesional, pero también le generan problemas y dificultades para su dominación.

⁴⁴ Ibid, p. 32

A esta inadecuación se le conoce como tecnoestrés, cuyo término fue acuñado por el psicoterapeuta estadounidense Craig Brod, en 1984 y con él se refiere a la enfermedad causada por la incapacidad para asimilar las tecnologías necesarias de su trabajo de un modo psicológicamente saludable. Puesto que en esta sociedad se vive en un mundo pletórico de máquinas y artefactos tecnológicos, el ámbito laboral esta llena de ellas y la inserción hace padecer al que las usa.

⁴⁵“...Algunos organismos de salud y no poco juzgados de lo Social empiezan a reconocer “el Síndrome de estar Quemado” como un accidente laboral. se trata de una patología relacionada con la inadaptación al espacio y a las herramientas y a las herramientas utilizadas en el puesto de trabajo que afecta cada vez a más personas... esta inadaptación tiene que ver con la tecnología...”

Estas fuentes son entendidas como el producto de una situación en las que se encuentran contextualizados los servidores públicos, aunque sin embargo, existen otros investigadores que afirman y explican la génesis del síndrome a partir de factores desencadenantes y variables facilitadoras:

⁴⁶“... el Burnout es resultante de la influencia de agentes del entorno social, del marco laboral y características personales. Variables de diverso carácter han sido estudiadas como antecedentes mostrando su capacidad predictora. Los modelos transaccionales actuales que explican el Burnout aportan una perspectiva de interacción entre características situacionales (entorno laboral) como desencadenantes y variables personales, como factores que cumplen una función moduladora...”

Para explicar los factores desencadenantes, algunos autores los han clasificado en categorías (Piero, 1992) que son de cuatro tipos:

a) ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto (ruido, iluminación, vibraciones, temperatura, higiene, toxicidad, disponibilidad del espacio, sobrecarga, turnos rotativos, etc.);

b) estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera (ambigüedad y conflicto de rol, relaciones con jefes, compañeros y subordinados, falta de cohesión del grupo, desarrollo profesional);

⁴⁵ Alcalde, Jorge (abril 2000); MUY INTERESANTE, “Cómo evitar que nos agobien las nuevas máquinas: Tecnoestrés”

⁴⁶ Instituto de Investigaciones Psicológicas (1998); Psicología y salud; Cáp. 2, “La tarea laboral y el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería”; Nueva Época, México; Pp.13-22.

c) estresores relacionados con nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales (cambio en habilidades requeridas, ritmo de trabajo, grado de participación, autonomía, supervisión, etc.);

d) fuentes extraorganizacionales de estrés laboral (relaciones trabajo familia).

Por otra parte, las variables facilitadoras pueden ser:

Sociográficas: edad, sexo, estado civil, existencia de hijos, antigüedad de la profesión.

Personalidad: estos son los rasgos del carácter, las cualidades psicológicas individuales, y la modulación de características cualitativas y patrones funcionales de la personalidad (el sí mismo: autoconcepto, autoestima, autoeficacia, autoconfianza; los estilos atribucionales; la personalidad resistente; el locus de control; el patrón de tipo A).

Las estrategias de afrontamiento: son mecanismos que permiten confrontar las problemáticas resultantes que genera el Burnout, con el propósito de estabilizar la emoción, aunque este tipo de defensa tiene el riesgo de ser mal empleada.

La falta de apoyo social: ésta es cuando no existe ayuda información, motivación, recompensa, reconocimiento, menciones, etc., por parte de la organización a la que está inmerso.

Se establece que tanto las fuentes como las variables facilitadoras son determinantes en la consecución del síntoma del Burnout en las personas que están sometidas a una relación ocupacional:

⁴⁷“...la quemazón se entiende mejor en términos de fuentes situacionales relacionadas al trabajo y de tensión interpersonal. Entre las mismas podemos mencionar el conflicto o incompatibilidad del rol, el bajo apoyo del supervisor, la rutina y el trabajo no retador. Se puede señalar también la presión del trabajo y el ambiente físico que rodea al profesional. En otras palabras, la quemazón puede ser tanto el producto de las relaciones interpersonales entre el que ayuda y el que recibe la ayuda, como resultado de la interacción entre el ambiente y el profesional que presta la ayuda...”

⁴⁷ El Síndrome de la Quemazón” profesionales que padecen de quemazón; fuentes la quemazón; factores fisiológicos, psicológicos y conductuales. Pp. 7
hhhp://www.babel fish.altavista.com
fuente tomada el 23 de marzo del 2000

No obstante, existe otra causa más impactante que puede sobrepasar al Síndrome de Burnout, cuyo nombre es el *acoso moral*, y consiste principalmente en el poder autoritario, despótico e insensible de un jefe al que está sujeto el profesional; dicho jefe domina la relación a través de insultos, vejaciones, hostigamientos, abuso de poder, ironías, ordenes extremas, extralabores fuera de la profesión, trabajos exagerados, discriminación, racismo, exposiciones humillantes en público, etc.

⁴⁸“...el acoso moral tiene como síntomas un agotamiento, una desmotivación, sentimientos de baja autoestima, pérdida de concentración, confusión, trastornos en el sueño, trastorno en la alimentación, desinterés por las cosas, ambigüedad y conflicto de rol, sentimientos de inferioridad, entre otras...”

2.6. Consecuencias del Síndrome de Burnout

Como ya se refirió en los anteriores apartados, el Síndrome de Burnout, genera en el comportamiento del servidor una serie de sentimientos y actitudes negativas en torno a su derredor, es decir, va descollándose pautas y efectos deleznable en la salud.

⁴⁹“... una de las dimensiones importantes de la quemazón, es aquella relacionada a los efectos fisiológicos psicológicos y conductuales que dicho síndrome provoca en el profesional...”

Entre los de carácter fisiológico se encuentran la falta de apetito, el cansancio, el insomnio, los dolores de cuello, malestares musculares, úlceras, jaquecas, etc.

Entre las de efecto psicológico, se encuentra: el coraje, la irritabilidad (ya sea instantánea u ocasional), el gritar, la ansiedad, la depresión, la frustración, las

⁴⁸ Francie Irigolle, Marie (?); Moving, Edit Paidos

⁴⁹ “El Síndrome de la Quemazón” profesionales que padecen de quemazón; fuentes la quemazón; factores fisiológicos, psicológicos y conductuales.
<http://www.babel fish.altavista.com>
fuente tomada el 23 de marzo del 2000

respuestas rígidas e inflexibles a intentos por cambiar de forma constructiva algunas situaciones en el ambiente de trabajo, sentimientos de rencor, entre otros.

Entre las secuelas conductuales se encuentran las expresiones de hostilidad y cólera, la incapacidad de concentración en las actividades laborales (tanto dentro como fuera), el contacto evasivo con los usuarios, el aumento en las relaciones conflictivas con las personas con las que se rodea (ya sean subalternos, compañeros o superiores), la impuntualidad en el trabajo, el desocuparse o salir temprano, buscar estar fuera del ámbito laboral, tomar prolongados descansos.

Aunque bien, pueden generar otras tantas como:

⁵⁰“... otras conductas que han sido identificadas son: el aumento de ausentismo, la rotación de turnos, dedicación externa, alta responsabilidad del cargo, la apatía a la organización, las huelgas, el aislamiento y la pobre calidad de trabajo, la actitud cínica, la fatiga emocional, el aumento en el consumo del café, del tabaco, del alcohol, drogas, barbitúricos, el exceso del consumo de alimentos, la aparición de conflictos maritales, y un largo enlistado de manifestaciones comportamentales....”

Ante esto las repercusiones se visualizan por varios lados, esto es, que, se entiende que existen problemas en la misma persona, así como a las personas a la que se dirige, y a la propia institución a la que pertenece.

Pueden establecerse tres tipos de repercusiones del Síndrome de Burnout: para el individuo (salud, relaciones interpersonales fuera del trabajo), para los beneficiarios (enfermos, alumnos, discapacitados, usuarios, etc.) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y al ausentismo, deterioro de la calidad de servicio.

Por la misma parte, Moreno y Oliver señalan que las secuelas que deja este síndrome están dentro del mismo individuo de manera más marcada:

⁵¹“... como consecuencia de este proceso, siente que el trabajo repercute negativamente en la salud y afecta las relaciones personales, teniendo por ello problemas en el ámbito laboral, produciendo una disminución en su quehacer laboral (Moreno y Oliver, 1993).”

Por el mismo lado, Maslach da un igual enfoque y lo explica como dos tipos de respuesta: una como la culpabilización de uno mismo, y dos la culpabilización del otro.

Culpabilización de uno mismo, o dicho de otra manera, autoculpabilización, este es una gama de sentimientos de inadaptación personal, sentimientos de inadecuación profesional, sentimientos de incompetencia y pérdida de autoestima, provocando por tal motivo una disminución en el rendimiento y la automática aparición del agotamiento emocional.

Culpabilización del otro: esta es un engarzamiento de actitudes y comportamientos negativos que son proyectados a la persona a la que se atiende, manifestándose con una insensibilización hacia ella, generando un fracaso en la atención, un estropicio en la relación, una percepción negativa del paciente; y esto se puede conocer como una despersonalización que se da en el trato sostenido con el servidor.

Las repercusiones o efectos que son considerables en este Síndrome de Burnout se dirigen por ambos lados, o sea, que, tanto atañe a la persona, como a la propia organización:

El Burnout constituye una experiencia extremadamente intensa para el individuo y un fenómeno muy costoso para la organización donde él trabaja, por lo que repercute no solo en la calidad del servicio que se ve afectado y en la

⁵⁰ *Ibíd.*; Pp 14

⁵¹ Grau Abalo, Jorge A., Chacón Roger, Margarita (1998); “Burnout: una amenaza a los equipos de salud”; Conferencia Magistral en el Seminario de la Seccional de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud (ASOCOPSIS); Calí, Colombia. Pp: 16

satisfacción de los usuarios, sino que, trasciende a la calidad de vida y la salud del propio profesional que lo experimenta.

Se entiende que las consecuencias del Síndrome de Burnout, caen dentro de las tres dimensiones presentadas anteriormente: agotamiento emocional, despersonalización, y reducción de la autorrealización personal, corroborando todo el alcance repercutivo que tiene en el plano de salud del profesional, así como a las cualidades de relación con su derredor primordial (familia, trabajo, amigos, etc., etc.).

Dichas dimensiones sirven para concebir las alteraciones que presenta un individuo que está en disfunción con su entorno y su internidad, producto de una fallida inadaptabilidad de la situación a la que ha estado en relación incongruente.

Empero, las secuelas que arroja este síndrome pueden ser de un carácter irreversible y de largo alcance, como lo son los despidos, enfermedades, complejos, enemistades, divorcios, pérdidas materiales, seguridad, etc., en suma, daños físicos, psicológicos y sociales.

2.7. Estrategias para la prevención y control del Síndrome de Burnout

Existen algunos mecanismos para hacer frente la aparición y desarrollo de este síndrome, entre los cuales ya han sido mencionados y tomados en cuenta por algunos investigadores (Grau, 1998):

Así mismo, las consecuencias provenientes por el Burnout generan disfunciones entre el personal y la institución por lo cual se han creado mecanismos preventivos, entre los que destacan la necesidad de mejora de los sistemas organizativos y potenciar el trabajo en círculos de calidad.

Podría decirse con esto que actualmente, se puede contar con un determinado número de estrategias para confrontar el síndrome tratado.

El estudio exhaustivo de este fenómeno ha llevado a idear medidas para disminuir su naturaleza negativa, trabajándola desde sus componentes básicos, por lo cual se han construido algunos programas de intervención que están dirigidas estratégicamente en tres niveles:

Individual: son estrategias de afrontamiento al estrés, que busca una mejora de estos estilos, y están dirigidas a la solución de problemas (resolución y asertividad de problemas, manejo de tiempo eficaz, optimización de comunicación, cambios de los estilos de vida, formación de mejores hábitos), y al manejo de las emociones asociadas (entrenamiento y adquisición de habilidades sociales, expresión de las emociones, manejo de sentimientos de culpa y la relajación), así como la personalidad.

Estas estrategias caen dentro de dos tipos diferentes, ya que la primera es una estrategia instrumental, mientras que la segunda, es una estrategia paliativa.

Existen otras estrategias individuales como los que trabajan el logro de un aumento en la competencia profesional, propiciando la investigación y la formación continuada, rediseñamiento de la ejecución, distracciones extralaborales, pequeñas pautas de descanso, creación conjunta de expectativas reales, objetivas y alcanzables, y una rotación de las funciones laborales, tanto dentro como fuera de la institución.

Interpersonales: también son conocidas como grupales, estas estrategias tienen como objetivo el de fomentar el apoyo social entre el profesional y su marco laboral, el de desarrollar habilidades sociales en grupo, así como técnicas de comunicación.

Organizacionales: estas estrategias son los programas de socialización anticipatorio, los programas de evaluación y retroalimentación, son los programas de desarrollo organizativo, el rediseño de la realización de las tareas, cambio de

actividades laborales, promoción de reuniones multidisciplinarias periódicas, formación de grupos con elaboración flexible, ayuda profesional especializada para todo personal que pudiera tener problemas y laborales.

Estas son sólo algunas estrategias que pueden utilizarse para controlar, o en el mejor de los casos, prevenir el Síndrome de Burnout, sin embargo, estos procedimientos, para su ejecución y realización tienen que conocer perfectamente la situación del problema y en base a ello escoger adecuadamente un tipo específico para la intervención.

No hay duda que existen más estrategias en el marco individual que en el interpersonal y más aún en el organizacional, por lo mismo se toma con más énfasis la intervención directa con el profesional, y a partir de ello sacar inferencias de que el plano individual es el que debe de tratarse con más urgencia y de ahí remediar el problema suscitado como grave, aunque no debe descartarse la importancia de las otras estrategias, puesto que el presentado Síndrome es un producto relacional de un todo.

2.8. Dos análisis sobre el Síndrome de Burnout

Existen dos enfoques diferentes que conceptualizan teóricamente al Síndrome de Burnout; uno, esta manejado bajo una dirección individualista y determinista, explicado de manera clínica, y es establecido por Freunderberguer en 1972; dos, está visto sobre una óptica psicosocial, reestablecido por Maslach, describiéndola como parte de factores psicosociales en donde es parte de un proceso.

Freunderberguer (1980) lo visualiza como:

⁵²“...El Burnout es un estado de fatiga y frustración dado por la devoción a una causa, modo de vida, o relación que no produce la recompensa deseada [...] esta la considera como un estado al que llega un sujeto como consecuencia del estrés laboral...”

Pinnes y Aaronson (1988), por su parte corrobora este punto de análisis de este modo:

⁵³ “... Estado de agotamiento físico mental y emocional causado por un largo período involucrado en situaciones emocionales de demandas...”

Moreno (1993), junto con Oliver lo definen como:

⁵⁴ “... Producto de un estrés crónico, y con relación al trabajo asistencial se presenta el Síndrome de Burnout... que se definen como un estrés organizacional crónico y cotidiano que aparece en los trabajadores de los servicios asistenciales: médicos, enfermeras, profesores, terapeutas, psicólogos, amas de casa, etc. Se le identifica con un estrés laboral asistencial que surge en condiciones de un trabajo no recompensado que exige suma dedicación en aquellas personas que trabajan con público en situaciones emocionales de alta demanda ... ”

De igual manera Grau aporta aduciendo que:

⁵⁵ “... estas demandas emocionales son causadas por una combinación de expectativas altas en el trabajo y en las situaciones de estrés crónico. El burnout ocurre frecuentemente produciendo detrimento psicológico y es el principal factor de una moral baja, ausentismo, autoconcepto negativo y malas actitudes hacia el trabajo (Grau, 1995)...”

Mientras tanto, Maslach es la que sigue definiendo el esquema y delimitándolo como:

⁵⁶ “... Es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida autorrealización personal que puede ocurrir entre individuos que hacen algún tipo de trabajo con la gente [...] lo considera como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de orden personal, manifestaciones bien diferenciadas en distintas etapas”

⁵² Grau Abalo, Jorge A., Chacón Roger, Margarita (1998); “Burnout: una amenaza a los equipos de salud”; Conferencia Magistral en el Seminario de la Seccional de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud (ASOCOPSIS); Calí, Colombia. Pp: 2

⁵³ Ibid, p. 2

⁵⁴ Ibid, p.4

⁵⁵ Grau Abalo, Jorge A., Chacón Roger, Margarita (1998); “Burnout: una amenaza a los equipos de salud”; Conferencia Magistral en el Seminario de la Seccional de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud (ASOCOPSIS); Calí, Colombia. Pp: 14.

⁵⁶ Instituto de Investigaciones Psicológicas (1998); Psicología y salud; Cáp. 2, “La tarea laboral y el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería”; Nueva Época, México; P-22.

Esta conceptualización es la más aceptable y válida porque la aborda como un proceso que es resultado de respuestas al estrés laboral crónico y que implica de fases para su brote como síntoma, el cual es entendido como la incapacidad de los recursos de afrontamiento la que la provoca, y que por tal motivo la manifestación del Síndrome de Burnout es otra respuesta y a la vez un mecanismo de afrontamiento para sobrellevar la acometida estresora de las dimensiones del agotamiento emocional, de la despersonalización y de la reducción de la autorrealización personal.

La conceptualización que lo maneja como un estado, la orienta como un conjunto de conductas y sentimientos normalmente asociadas al estrés, concibiéndola de una forma etiquetada, como si se tratase de un fenómeno determinista y estático, es decir, como si fuera un estado final.

El Síndrome de Burnout ha sido reconceptualizado de un estado a un proceso, desde una visión clínica hasta un enfoque psicosocial, desde lo individual a lo interpersonal, y desde una asociación y repercusión del estrés a la ineficacia de los mecanismos de afrontamiento que la persona utiliza y la adquisición de un nuevo afrontamiento.

2.9. Acepciones del Burnout

A pesar de las definiciones presentadas por parte de los investigadores y autores que trabajan sobre esta cuestión, el Burnout se ha identificado en el transcurso de su descubrimiento en tres significados:

Uno la explica como un *estadio final*, producto de grandes intentos que han fracasado erróneamente para adaptarse a las embestidas de los estresores laborales.

Esto es que el Burnout es el resultado último de una acabada resistencia a las acometidas de las demandas de la profesión; el Burnout es la última etapa de una enfermedad habitual, por lo que se le considera como una perturbación y anomalía de salud, en el que ya llegó a un grado final de claudicación física, cuyos síntomas y perjuicios son irreversibles para la persona en cuestión. De hecho, como ya no pudo soportar el esfuerzo y no logró adaptarse a esa corrosión relacional, queda despedazado, débil y terminado en sus capacidades interactivas de trabajo asistencial. Por ello se dice que una persona con Burnout es alguien que ya está vaciada y que no tiene remedio, y la intervención para ella es con fines curativos desde un punto de vista clínico, en el que solo se le atiende para controlar su enfermedad.

Otro lo refiere como una *forma y un mecanismo de afrontamiento negativo* para resistir el estrés laboral.

Cuando un profesional es acometido por duraderas demandas emocionales, en el que le contraen malestares, preocupaciones, desequilibrios afectivos, sobreesfuerzos físicos, etc., él tenderá a protegerse y escudarse con actitudes y comportamientos negativos, que no son otra cosa que medios de evitación emocional, porque el profesional se habrá dado cuenta que el involucrarse con los problemas de sus custodiados, le trae toda una serie de problemas personales. Por tal motivo en él se desarrolla una coraza de desapego, frialdad y dureza, que le servirá para anteponer su bienestar físico-emocional; pero este mecanismo de defensa a veces se da de manera inconsciente, es decir, cuando el profesional es atacado de manera fuerte por las exigencias afectivas que se le presentan, él automáticamente y sin saber por qué, tenderá a defenderse con una guardia de indiferencia o con la salida de reacciones agresivas. Es entonces que el Burnout es una respuesta de salvaguardia que protege al profesional que la padece, y esta puede ser desde una manera apática defensiva, tratando de no implicarse en el problema, o desde una contestación ofensiva con el fin de rechazar las causas de sus malestares.

Y el último (Maslach, 1979), lo conceptualiza como un *complejo procesal de tres dimensiones*: agotamiento emocional, despersonalización y una reducción en la realización personal.

El Burnout se analiza como un proceso, como una graduación de un problema que empieza con la exposición de un profesional a un entorno demandante, que le exige llevar una implicación en las labores de la profesión, es un deterioro crónico que maneja tres dimensiones, las cuales ya se expusieron repetidamente en los apartados anteriores. Aquí tiene que ver la intervención de la Psicología de la salud, pues la interviene desde sus causas, desarrollo y consecuencias, todo con enfoque psicosocial, que le da un carácter dinámico e integrador.

2.10. Concepto del Síndrome de Burnout

Ambigüedad del concepto:

Las manifestaciones de este síndrome suelen confundirse con algunos estados emocionales debido a la similaridad de sus características en las dimensiones que manifiesta, como: tedio, depresión, autoestima baja, alienación, irritabilidad, ansiedad, insatisfacción, desencanto, fatiga, neurosis existencial, etc., etc.

Sin embargo, todas ellas pueden estar al margen o incrustadas en el desarrollo de su progresión del síndrome, pero eso no basta para decir que se trate de una de ellas especialmente, pues tan sólo puede ser que se trate de la aparición de alguna de ellas nada más, como resultado de una enfermedad relacional, es decir, la aparición del Síndrome produce o va acompañado de otras sintomatologías que lo hacen ser más vulnerable y por lo consecuencia lógica mayormente crónica.

Definición del concepto: El proceso del Burnout supone una interacción de componentes afectivas, cognitivo-actitudinales y actitudinales que denominan las tres dimensiones referidas: agotamiento emocional, despersonalización y la reducción de la autorrealización personal; estas conforman un episodio secuencial; en sí, este síndrome se define a partir de la concepción de Maslach como un proceso y una respuesta al estrés crónico en el ámbito laboral. Para redondear esta definición se concibe al Síndrome de Burnout como un estrés negativo que deteriora toda relación laboral e interpersonal.

Conceptualización del Síndrome de Burnout: Según Piero (1992), el Burnout está en un individuo y se explica como la forma de responder a un estrés que ha sido percibido (debido a la características de su propio rol, ya sea por la ambigüedad o por su conflicto, y que no puede controlarse ya, por lo que al evaluarse a sí se da cuenta que sus mecanismos de defensa no pueden hacer frente al problema,) y por que está ya dentro de las consecuencias que arroja el estrés en la salud, tanto física, psicológica y social.

Es decir, el Burnout está entre el estrés latente y la ulterioridad del estrés, es entonces que se está refiriendo que se trata de una característica dañina manifiesta en lo físico, psicológico y social.

2.11. El profesor y el Síndrome de Burnout

El profesor marca una diferencia en la transformación de la sociedad con su función docente, debido a que su labor le exige entrega, dedicación, pasión para la construcción de nuevos conocimientos.

⁵⁷“... Su influencia no se limita al apareamiento y a la preparación académica, sino que interviene en forma directa y determinante en la formación del carácter y de la personalidad del niño, y por consiguiente del futuro adulto... En las relaciones alumno profesor, por lo tanto, no interviene solo una relación de carácter académico y de transmisión de conocimientos, sino algo mucho más directo y profundo que involucra las características anímicas de ambas partes...”

El profesor no solamente es un dador de conocimientos, también es un receptáculo de un cúmulo de experiencias, testimonios, inquietudes de los alumnos que inclusive sobrepasan su función objetiva de enseñanza para entregarse a una relación afectiva y emocional.

⁵⁸ “... en la base de la enseñanza existe toda una práctica de apertura, de comunicación intra e interpersonal, de comprensión y de seguimiento, con un sustrato básico psicológico consciente y subconsciente del profesor y de sus alumnos. La personalidad del profesor se proyecta al niño e interviene en su formación para la vida...”

El profesor está dentro de un entorno laboral que lo condiciona como un sujeto participante y constructor en la transformación de otro u otros sujetos, así como en su propia formación docente, y a su vez juega un papel preponderante en el desarrollo intelectual y emocional de los sujetos a los que está dirigido.

⁵⁹ “...El profesor es una institución personalizada, sin embargo, desde el momento del proceso de su formación tiene que pasar por algunos avatares personales que influyen su capacidad profesional...”

En la adquisición de su formación tiende a tener problemas de:

- revisión de su función docente;
- tendencias en la modificación del rol docente;
- situación y críticas al modelo de la formación inicial;
- contenido de la formación;
- orientaciones de la orientación permanente.

⁵⁷ Franco Voli (?), “La autoestima del profesor: Manual de Reflexión y acción educativa” PPC, Editorial y Distribuidora, S.A. Madrid, pg. 11.

⁵⁸ Ibid, p. 12

⁵⁹ Villa, Aurelio (1980); Perspectivas y problemas de la función docente; Cáp. 4: “factores claves en El desarrollo del profesorado”; edit. Narcea, S.A. Ediciones; España, Pp. 291.

Existen también algunos factores decisivos en el cambio de conducta del profesor y la influencia del liderazgo de los directores docentes, que es una condicionante de la eficacia laboral de los centros.

⁶⁰“...En cuanto al proceso inicial de ser profesor se presentan problemas de carácter de la realidad: uno de ellos es el que se enfrentan cuando están recién salidos y que conoce como “Soc. de la realidad” pues sufren una gran decepción, debido a que descubren una gran distancia entre la teoría del idealismo de la docencia, el cual tiene un carácter progresista y una realidad muy distónica en la practica; esto se explica que cuando estudian en el magisterio tienen una tendencia ideológica liberal, más cuando trabajan en la escuela se coaccionan en quedar muy conservadores: es la cura del desencanto...”

Puede explicarse que el profesor carecen de habilidades y destrezas para manejar un grupo, así como alguna clase, dándose una situación traumática que deja repercusiones en la docencia; puede que hayan tenido que conocer teorías de cómo son los niños, empero no tanto como lo son en realidad.

Otras causas del desencanto pueden ser:

- elección equivocada de carrera;
- falta de cualidades para la profesión;
- preparación inadecuada: excesivamente teórica pero escasa realidad escolar;
- situación problemática de la escuela: régimen autoritario, estructuras fijas, conflictos internos, etc.

Vendan (1978) destaca los problemas que tienen los profesores en la iniciación y los describe como los problemas de disciplina y los de motivación del alumno.

Otro problema se explica como la falta de motivación en la docencia, está dirigida al personal que tiene una jerarquía prepotente y lleva a una exigencia sin reconocimientos, ni refuerzos.

⁶⁰ Ibid, P. 315

La remuneración económica es determinante para que el profesor se sienta desvalorizado en su función, de tal forma que tiene la percepción de alienación, por tal motivo su accionar carece de estimulación y de una importancia de statu económico.

Los profesores se les restringe en sus iniciativas, en sus decisiones, y lo que puede ser más crítico, en su voluntad para realizar evaluaciones y observaciones en el sistema escolar.

Como se puede ver, el profesor tiene una gran serie de malestares en su inicio laboral, que lo orillan a tener sentimientos de desilusión, desánimo y contrariedad, por lo cual puede tener una declinación en las actitudes y aptitudes de su función docente.

Por otra parte el profesor es un agente importante en la función social constructora, pues interactúa con el grupo, el alumno e influye en el desarrollo del sistema formacional de las personas, aporte funcional de su labor educativa de manera individual.

Ante eso (P. Hernández, M.D. García, 1983) analizan desde tres ángulos de la Psicología los elementos personales inmediatos del profesor como parte determinante, interactiva e influyente que tiene su función en el desarrollo procesal del individuo:

El profesor: desde la dimensión cognitiva, tiene una gran importancia, pues transmite la información basándose en charlas, narraciones propuestas, valoraciones, atribuciones, extrapolaciones del contenido curricular aplicadas a la dimensión afectiva; desde la dimensión afectiva el profesor tiene una función de incitación o implicación vivencial, esto lo logra a través de la explicitación de auto vivencias o a través de la empatía; desde la dimensión conativa, el profesor

diseña, planea y actúa recurriendo al análisis de las clases, al diseño instruccional, y al uso de indicadores, refuerzos y recompensas.

El grupo: desde la dimensión cognitiva tiene un papel de interacción y contraste informativo a través de debate, diálogos, dinámicas de grupo, análisis de la situación problemática, etc.; desde la perspectiva afectiva, facilita la expresión grupal, recurriendo al psicodrama, expresión corporal, etc.; desde la dimensión conativa se desarrolla una ingeniería de grupo, a través de la distribución y agrupamiento de los elementos del propio grupo, de la influencia del líder, de los cambios de actitudes de los miembros de grupo, del aprendizaje observacional, y de la cooperación y cohesión del grupo.

El alumno: desde la dimensión cognitiva, realiza tareas de información y formación a través de ejercicios específicos así como tareas de estructuración cognitiva a través del análisis personal de sus problemas; desde la dimensión afectiva se da la expresión emocional a través del propio proceso de grupo: juegos, dinámicas, trabajos personales, composiciones escritas, etc.; desde la dimensión conativa desarrolla procedimientos de autocontrol: autoanálisis, autoorientación, autoevaluación y autorefuero.

Profesor-alumno: la interacción individual profesor-alumno desde la dimensión cognitiva permite que el alumno descubra y estructure su campo vital mediante las sesiones dadas por el profesor; desde la dimensión afectiva se estimula la descarga emocional, optimizando un clima afectivo en las sesiones, y la salida de expresión de criterios; desde la dimensión conativa se proporciona medios para la acción: se evalúa la acción o el comportamiento realizado.

Sin embargo, no se puede evitar que el profesorado tenga inconveniencias en su función, pues a parte de los problemas que conlleva su iniciación en la

docencia, también tiene problemas en el proceso de su desarrollo, conocido como las facilitadores laborales: el estrés.

Desafortunadamente el estrés está implícito en el suceso ocupacional de la función del docente, debido a las labores y servicios humanos que tienen. Kryacou y Stucleffe (1984) aducen que el estrés puede ser para la función docente una alteración en todo el sistema público de educación. Esteve (1983) muestra que se han encontrado dos factores del malestar docente, los denominados factores de primer orden: que son aquellos que inciden sobre acción del profesor en su clase y los factores de segundo orden: que son los que se refieren a las condiciones ambientales, al contexto en el que se desarrolla la docencia. Aunado a esto Esteve describe que las consecuencias del estrés tienen repercusiones en la personalidad del docente, que se manifiesta con sentimiento de desconcierto e insatisfacción ante problemas reales así como un estado de ansiedad permanente.

El riesgo de enseñar: desde hace tiempo existe la preocupación del problema de salud mental de los profesores en la comunidad educativa y en la sociedad en general, debido a la constante incidencia a la enfermedad que se ha tenido en los últimos años.

Se han tratado de realizar estudios comparativos de morbilidad de los profesores con otras profesionistas, como médicos, burócratas, enfermeras, psicólogos, orientadores, etc., pero los aportes encontrados han sido escasos, fragmentarios y varían según los autores que realicen la teoría. Mandra encuentra que las enfermedades de origen psicológico son los que con más frecuencia producen interrupciones largas en el trabajo profesional de los docentes, Amiel, 1974, opina que en las alteraciones psicofisiológicas, la capacidad profesional del docente no se resiente, lo que no es impedimento para que el sujeto soporte una difícil situación personal y pueda recurrir a múltiples arreglos laborales para

encubrir situaciones límites: peticiones de traslado, horarios especiales, puestos menos conflictivos, absentismos encubiertos, etc. El trastorno psíquico es solo uno de muchos malestares que padecen los profesores en su carrera.

El diagnóstico a un enseñante resulta un tanto difícil, pues solo se detecta su enfermedad cuando el entorno familiar o profesional manifiesta anomalías en las actitudes y comportamientos del profesor; es probable que el docente con problemas reaccione ante los mismos con un proceso de somatizaciones como cefalea, vértigo, estreñimiento, dolor de estomago, insomnio, nerviosismo, ansiedad, angustia, etc., y puede poner en riesgo sus mecanismos de defensa de cuyos abusos se derivan la inhibición, astenia, frigidez o impotencia, toxicomanías, etc., sumando también transtornos de conducta.

La docencia constituye una profesión de alto riesgo a la morbilidad como neurosis, depresión, estrés, enfermedades psicosomáticas; por otra parte, la función docente puede ser un factor determinante de esas manifestaciones, o puede ser que la función docente sea un precipitador y desencadenante de procesos potenciales nocivos obedecidos por una débil estructura de personalidad así como otros ajenos a la profesión.

La personalidad del docente es de gran valía en estos efectos, pues aporta un grado importante de predisposición al trastorno mental y conductual (J. González, y M. J. Lobato, 1988); también la sociedad exige profesionales competentes, con vidas privadas intachables. De igual manera, los alumnos, frustrados por métodos de enseñanza, desmotivados por la falta de perspectiva ocupacional, llega a considerar todos sus esfuerzos inútiles, y caen en una rebelión ante sus profesores en una creciente indisciplina, esto propicia en una gran desvalorización de la profesión, del oficio del maestro y profesor, lo que es más crítico: el pasar de la desvalorización de la profesión a la desvalorización personal.

Fuentes de tensión en los profesores: puede considerarse que hay dos polos de malestar en el docente, que alcanza a transformarse en trastorno mental; el primero son las variables individuales: es el propio sujeto, el segundo son las variables del medio: son los factores ambientales.

Variables individuales:

La personalidad:

Una de ellas y la más representativa es la personalidad del profesional como factor predisponente al fracaso ante las exigencias de la futura profesión. Morrison aduce que las personas que escogen la docencia son aquellos que se inclinan más por los valores humanos y las relaciones interpersonales más que por los valores de eficacia o utilidad práctica, por ello una equivocada elección de la profesión puede incidir en la estructura de una personalidad poco adecuada a esta tarea. Otros autores resaltan los ideales, objetivos y expectativas del futuro profesor que contrastan con la realidad docente; existe también una disonancia entre la práctica y los ideales preconizados e interiorizados por el futuro docente. Se llega a que la calidad de la tarea ejercida dependerá del contexto escolar y del marco pedagógico que de los esfuerzos de voluntad del sujeto. Por otra parte el profesor se ve tentado a responsabilizarse de procesos regidos por agentes que no controla. Marie France Goselini encuentra que un causante de decepción y de angustia se debe a un estereotipo de profesor ideal; Amiel (1979), evidencia que el periodo de formación del profesorado no prevé las dificultades del futuro docente; Esteve (1983), encuentra grave que los programas de formación del profesorado no tengan objetivos en el ámbito personal, cuando irónicamente la función del docente se centra en las relaciones interpersonales.

En la personalidad del maestro también está relacionada la ansiedad que tiene cuando se enfrenta a un tipo de problema o conflicto con su entorno.

⁶¹“... definiríamos, entonces, la ansiedad como un estado de zozobra, intranquilidad, desorden o perturbación que surge de cierta clase de stress en el seno de la personalidad... la ansiedad aparece como respuesta a una amenaza, o como señal de alarma que alerta a la persona respecto de algo que podía desbaratar una actitud irracional o el estilo de vida que la persona adoptó en su lucha con los problemas vitales...”

VARIABLES DEL MEDIO:

El sistema escolar:

Una fuente de tensión es el sistema escolar, Amparo Martínez (1978) lo vislumbra como la impersonalidad de un sistema fuertemente burocrático con el que se estrella cualquier iniciativa personal. La institución educativa impone contenidos concretos, una metodología y normas que resultan frustrantes en numerosas ocasiones, aunado con las condiciones materiales de trabajo, los horarios recargados, el número de alumnos por aula, la falta de infraestructura, la ineficiencia de servicios, entre otros. No existen tampoco condiciones para impartir enseñanzas individuales y dirigidas al entorno social del individuo, no hay tiempo para las relaciones interpersonales, no hay tiempo para el trabajo en equipo, tampoco hay tiempo para la puesta en común de objetivos y dudas, para realizar un trabajo creativo.

Relaciones alumno-profesor:

Una fuente de tensión es la que se produce de la relación alumno-profesor, debido a la falta de motivación de los alumnos y en la aversión hacia los estudios; la desmotivación se debe a problemas de disciplina; de hecho existe un conflicto entre libertad (por parte del alumno) y autoridad (parte del maestro), y por otro lado hay una libertad y una tendencia a una autonomía que se producen en el profesor para aplicarla en un propio sistema pero el cual no sabe como actuar para realizarla, debido a los directivos castrantes de limitan innovaciones.

⁶¹ Jersild, A. T. (1986); “La Personalidad del maestro”, Cap. 1: Ansiedad; Edit. Paidós-Educador; Barcelona; p. 29

Relaciones con los colegas:

Es también un factor fuerte de tensión las relaciones con los compañeros; en un punto favorable estas relaciones resultan una válvula de escape y relajación, sin embargo, sucede con frecuencia que existe en el profesorado un distanciamiento, pues cada quién se avoca a su persona, incluso de aquí se derivan los conflictos de competitividad, emulación y desacuerdos ideológicos-pedagógicos.

Relaciones con la familia:

Una presión social ejercida sobre el docente es la carga de extra responsabilidades por parte de los padres de familia o las instituciones; el profesor tiene que soportar exigencias cada vez más apremiantes y contradictorias; los juicios y prejuicios de los padres de familia dan pretexto para desprestigiar la función del docente, y debido a esta desvalorización provoca el desánimo de los docentes.

Su propia vida:

Fuera del contexto, el profesor desarrolla una vida personal obedecida a la vida privada y familiar, cuyas dificultades pueden provocar conflictos en el desempeño de su profesión, es decir si existen problemas en su área personal se puede ver reflejada en el ámbito profesional, aunque sin embargo, también los problemas que arroja la docencia pueden ser arrastrados al plano privado, contaminando su sistema de relaciones.

Por otra parte, cuando se es mujer la docente lleva más dificultades por la exigencia social ya que se le pide más esfuerzo físico y psicológico por el rol que tiene y existe además un desprestigio, abuso y discriminación, para su labor (Ada Abraham, 1974).

Educación especial:

Un factor más de tensión es la situación de tener en el aula a un alumno con alguna discapacidad, alteración o trastorno físico o mental, esto hace que el profesor no sepa cual es su función, dándose de esta manera una frustración e impotencia en su operación, ya que no tiene conocimientos ni habilidades para atenderlo correctamente, de igual forma los que se dedican a dar educación especial también se encuentran con grandes y notables dificultades en su labor debido a la delicadeza del asunto. Polaino Lorente, 1985; Finian, 1984; Greenberch, 1980.

En un estudio realizado en España en 1983 por Esteve, se llevó a cabo una investigación acerca de los factores estresantes percibidos por los profesores encontrándose lo siguientes síntomas somáticos:

- Cansancio al levantarse en la mañana, lo que es extraño por que se trata de una profesión que no realiza grandes esfuerzos físicos.
- Síntomas de tartamudez en determinadas situaciones, sobre todo en las situaciones de ambigüedad de rol.
- Sensaciones de acaloramiento y congestión de cabeza, y nerviosismo o intranquilidad ante determinados acontecimiento: momentos de conflicto.
- Deseo de tener más horas de descanso para reponerse, el dormir le resulta insuficiente y no logra restaurarse.
- Sensaciones de punzadas en el pecho, sudoración y sensaciones de amargura con nudo en la garganta.

Por otro lado, se encontraron los niveles de malestar en los profesores que arrojan ciertas situaciones del estrés en su trabajo docente:

- el desinterés de los alumnos.
- Los alumnos problemáticos.
- El elevado número de alumnos por clase.
- El papeleo burocrático.

- La falta de interés por parte de los compañeros.
- La sensación de impotencia para motivar a los alumnos.

En los tests de estudio (Administrative Events Strees Inventory) que se aplicaron en España (1987), se encontraron las siguientes situaciones negativas para el profesor:

- los conflictos del trabajo.
- Las condiciones sociales.
- La política de traslados forzosos.
- Los desacuerdos con las autoridades del centro.
- Los conflictos derivados de la convivencia con los compañeros.
-

Se puede conocer que la profesión de la docencia implica dificultades y desencantos a partir del contacto con la practica; el profesor está rodeado por varios factores contraproducentes que trastocan la esencia de su función, sobre todo porque no llevan un conocimiento de relaciones humanas, sólo se quedan con las teorías de cómo enseñar y lograr que aprendan los alumnos. Los maestros a final de cuentas sufren frustración e impotencia cuando las cosas no salen cómo a ellos les enseñaron, no saben como actuar cuando las situaciones se les salen de control, y esto se debe a que no están condicionados para tener un campo amplio de alternativas.

⁶²“... Las repercusiones más importantes se ven manifestados en la salud del profesorado, puesto que van minando el equilibrio de su bienestar biopsicosocial con su entorno, ya que existe un alto nivel de estrés que provoca enfermedades no sólo físicas sino que van a nivel psiquiátrico y neurológico que conllevan ya no solo un daño para el profesor sino para la propia institución a la que pertenece e incluso puede perjudicar con una mala fama o un negativo estigma a todo el gremio del que forma parte representativa...”

Aquí se puede ver que hay características del Síndrome de Burnout, puesto que se habla de una alta acometida de estrés, pues hay una carga emocional en

⁶²Ibid, P. 350.

el profesor por el excedente de las relaciones con los alumnos, profesores o compañeros, padres de familia, autoridades, administrativos, con el ambiente, con las normas institucionales, y sobre todo por las exigencias personales consigo mismo; se encuentra que hay presencia de síntomas físicos, psicológicos y sociales que merman la aptitud y la capacidad de la función docente; hay también un desinterés y una reacción a los blancos de atención y de asistencia, pues se desarrollan fuertes conflictos y largos distanciamientos con los alumnos conocido como despersonalización; y sobre todo la aparición de una apatía por la función docente debido al desencanto y la desilusión de los ideales románticos de la profesión, al igual que el nulo reconocimiento de su labor, teniéndose de esta manera la reducción de la autorrealización personal.

3.1. ESTRÉS

Para alcanzar una mayor comprensión sobre el Síndrome de Burnout, y poder explicarlo más detalladamente, es necesario remontarse y ubicarse en sus raíces generadoras, y para lograr precisarlo y saber desde dónde y por qué se origina, es importante tomar como punto de partida el análisis sobre lo que es el “estrés”.

El estrés ha sido objeto de múltiples investigaciones desde años recientes que lo han conceptualizado como una desestabilidad orgánica que sufre un individuo debido a una relación incongruente con el entorno a la que es parte.

Por eso, para decir que alguien está bajo manifestación de Burnout, es entender que el sujeto ha sido incapaz de controlar y manejar las presiones provenientes de la incongruencia de su derredor ambiental, laboral o social; cuando esto ocurre, entonces la persona se ha vuelto más vulnerable a todas las condiciones demandantes externas e internas que le acometen dentro de su percepción experimental de vida.

El estrés es la base para desatar en un individuo muchos efectos, tanto positivos como negativos que lo hacen responder en comportamientos reaccionarios o conductas desacordes dentro del bioma en el que se desenvuelve; sin embargo, el estrés en una persona susceptible o gastado, siempre va explicar la génesis del “Síndrome de Burnout”.

El estrés explica la etiología del “Síndrome de Burnout” de manera causa-efecto, aunque después se vuelva en un círculo vicioso, porque cuando está ya la sintomatología del Burnout éste genera también factores de estrés.

⁶³“... el estrés es una respuesta del organismo ante situaciones que significan algo importante para el individuo, y que poseen el carácter de amenaza, desafío o sobrecarga...”

3.1.1. Antecedentes

La palabra estrés ha sido tomada de las Ciencias Físicas, ya que anteriormente, junto con el concepto tensión, eran utilizadas para describir respectivamente el estado y las propiedades de un cuerpo sólido (William Osler, 1907); así la palabra estrés fue empleada para referir a una fuerza externa aplicada a un cuerpo; mientras que la tensión se refería al efecto interno en la forma del objeto, es decir, la primera señala una presión o fuerza a un cuerpo, y la segunda señala una elasticidad y resistencia a ese mismo cuerpo.

Posteriormente la disciplina médica la traspola a su área y concibe a el estrés y a la tensión con el trabajo duro y a la preocupación, mutuamente.

Rápidamente se comienza a describir, bajo estos principios, que el cuerpo orgánico del ser humano genera un determinado tipo de reacciones ante una eventualidad amenazante (conocida como respuesta de lucha o huida), aprestándose para una dar una respuesta.

⁶³ García-Viniegras, Carmen R. Victoria (1992); Estrés, cómo enfrentarlo; edit. Ciencias Médicas; La Habana, Pp. 9.

Walter Cannon (1929, 1932) lo define como una perturbación del equilibrio interno del organismo, y una predisposición a la adaptación con el relativo entorno.

3.1.2. Síndrome General de Adaptación

Hans Selye, médico endocrinólogo de la Universidad de Montreal, conocido como el padre del concepto estrés, empieza a describir al estrés como la respuesta adaptativa que tiene todo organismo ante una situación adversa y a la cual llama Síndrome General de Adaptación, en la que se desarrollan tres fases que explican su proceso sintomatológico de preparación.

La fase de alarma: es una respuesta defensora del organismo, el cual en forma completa se prepara para recibir el estímulo proveniente del exterior, activándose internamente para reaccionar.

La fase de resistencia: esta es la activación del sistema endocrino que el organismo pone en función para soportar las embestidas de todas las fuerzas externas y con ello trata de adaptarse e inclusive de imponerse.

La fase de agotamiento: esta es un estado final, y ocurre cuando el organismo ha sido incapaz de aguantar la situación aquejante, provocando con ello algunas secuelas orgánicas, como lo es la enfermedad y en su caso más extremo la muerte.

Empero, con esta teoría, Selye, determina al estrés como una respuesta general que sufre todo organismo, y que la situación estimada negativamente que provoca el estrés es un acontecimiento general para todos y que por tal motivo genera un mismo impacto.

Por esto, esta teoría ha sido cuestionada por dos razones, una, que no toma en cuenta la valoración psicológica que corresponde a cada situación; dos, por lo mismo, descarta a los procesos psicológicos como variables individuales, ya que tanto los estímulos como las respuestas pueden ser diferentes y personales.

Selye sólo ve una reacción mecánica en la relación de organismo-ambiente, como si se tratara de manifestaciones uniformes en todos los individuos que llegan a tener estrés, y a su vez explica su relación con la enfermedad y los procesos fisiológicos (Anís Selle, 1956).

3.1.3. Recientes definiciones de Estrés

Después de estos aportes conceptuales, el estrés empieza a redefinirse como la combinación de la relación-ambiente y una valoración psicológica individual.

⁶⁴“... una transacción entre la persona y el ambiente o una situación resultante de la interpretación y valoración de los acontecimientos que la persona hace, (Cox, 1978).”

Dicho concepto es admitido por Cox, 1978; Cox, Mackay, 1981; Lazarus y Folkman, 1986; Stotland, 1987; Trumbull y Appley, 1986.

El estrés es la condición proveniente de las transacciones de una persona con su ambiente al percibirlos incompatiblemente, es la confrontación de las demandas del exterior y sus recursos internos y externos.

Esta última definición ha sido desarrollada por autores que toman como unidad de análisis los procesos psicológicos, y hacen la clasificación de tres componentes básicos que a sí mismo la explican. Estos componentes son:
Una situación, una interpretación, y una activación.

La primera se refiere a una *situación inicial* cualesquiera que tiene el individuo, y esta puede ser un acontecimiento perjudicial o peligrosa, conocido como acontecimiento estresante o estresor.

La segunda, es el proceso valorativo que el individuo hace a esa situación, es la interpretación que realiza desde su propia experiencia para sopesarlo como dañino, peligroso o amenazante.

La tercera, es la forma de respuesta que genera el individuo ante tal situación, es la activación del organismo para adaptarse a lo que ha percibido con una respuesta de ansiedad.

3.1.4. Episodio Estresante

Esta es una secuencia que se lleva a cabo dentro de una situación-acción del proceso de estrés, y aquí se toman en consideración dos partes: una situación objetiva y una percepción subjetiva, y por otra parte una respuesta y un resultado por tales percepciones; esto significa, que cuando existe una situación que requiere una demanda el individuo tiene que utilizar sus recursos para hacer frente a la situación, y cuando la situación sobrepasa los mecanismos de resistencia del individuo, ocurre una alteración, según como sea valorada esa transacción, Perrez y Reicherts, (1992).

⁶⁵“...Cuando se produce un acontecimiento estresante, se altera el equilibrio del organismo (la homeostasis). Esta alteración comienza con la percepción del estresor, que puede ser interno o externo. La alteración del equilibrio del organismo puede deberse a las características del estresor o su percepción por parte de la persona. El organismo reacciona a esta alteración con respuestas adaptativas automáticas o con acciones adaptativas que son potencialmente conscientes y dirigidas a una meta...”

⁶⁴ Rodríguez Marín, Jesús (1995); Psicología Social de la Salud; Cáp. 3: “El estrés Psicosocial y su afrontamiento”; Edit. Síntesis de Psicología; España Pp. 55

⁶⁵Ibid. P. 56

La situación estresante tiene un acontecimiento o situación que exige un esfuerzo para activar los recursos de afrontamiento ya sean físicos, psicológicos y sociales del individuo.

3.1.5. Valoración cognitiva

Cuando existe una incongruencia entre la relación persona-situación, se lleva a cabo una valoración que tantea esta discrepancia, dando lugar una evaluación interna con respecto al exterior, conocidas como: evaluación primaria y evaluación secundaria. (Lazarus y Folkman, 1986).

La evaluación primaria es la interpretación que se le hace al grado de intensidad que presenta de una demanda externa, así como su dimensión, y la repercusión que puede tener en la integridad de bienestar del individuo.

La evaluación secundaria es la valoración interna de los recursos o mecanismos que se tienen para enfrentar dicha situación estresante.

Tanto la evaluación primaria como la evaluación secundaria, permite evaluar al individuo los factores externos así como a los procesos internos en una relación ambiental, es decir, este es un proceso mental que lleva a cabo un individuo para evaluar su estado interno frente a las situaciones presentadas.

3.1.6. Fuentes de Estrés

El estrés es una consecuencia producto de los ambientes relacionales que tiene un individuo, y entre sus fuentes mas importantes están: las situaciones personales, familiares, comunales, y sociales, (Serafino, 1990).

En la personal se encuentran todas las situaciones de conflicto (como lo son las de decisión: acercamiento-acercamiento, es la opción de decidir por dos alternativas igualmente deseables; evitación-evitación, la decisión por dos

alternativas igualmente desagradables; acercamiento-evitación, dos alternativas, una de alcanzar un objetivo, otra que con dicha elección pueda traerle una consecuencia; y doble acercamiento, cuando la consecución de una acción pueda traerle la pérdida de algo igualmente valioso, por lo que tiende a evitar esa decisión. Kurt Lewin, 1935), y la situación de la enfermedad, caracterizado por el decaimiento y deploración físico del individuo. Ambas son estresantes.

En la familiar, se hallan los acontecimientos críticos y vitalicios que se da en el contexto familiar (como un suceso en el cual haya impactado a la familia. Holmes y Rahe, 1967; Dohrenwend, 1974); los estados de tensión excesiva (como los problemas y preocupaciones familiares); la atmósfera o clima familiar (como lo es la calidad de la relación de los miembros, el ambiente percibido, etc. Frude, 1982); y la enfermedad, discapacidad o muerte de un familiar. Levanthal, Levanthal y Van Nguyen, 1985. Aunque la familia bien puede también reducir el estrés.

En la comunal, se refiere a la falta de apoyo social, (escasez de recursos materiales, grupos de ayuda, mala organización vecinal, etc.), deficientes relaciones vecinales (conflictos con el vecindario, mala adaptación al lugar de asentación, etc.).

En lo social, se localiza los contextos escolares: la relación alumno-maestro, las reglas de la escuela, la responsabilidad exigida, etc.; los laborales, (M José Pieró, 1992): que son los ambientes físicos, las demandas excesivas de trabajo, los contenidos del trabajo, el desempeño de roles, las continuas y diferenciadas relaciones interpersonales y grupales, el desarrollo de la carrera, la adaptación a las nuevas tecnologías, la propia estructura organizacional, como también lo pueden ser en casos terminales los despidos, la renuncia, la jubilación, etc.).

3.1.7. Niveles de Estresores

Existen tres niveles que explican la dimensión estresante: los acontecimientos importantes, las tensiones vitales persistentes, y los problemas cotidianos. Rodríguez Marín, 1995.

Los *acontecimientos vitales importantes* son aquellas situaciones que experimenta el individuo de forma impactante, originando un cambio abrupto en el estilo de vida de la persona, teniendo secuelas negativas y una obligada adaptación a la situación posterior; son sucesos imprevistos e importantes.

Las *tensiones vitales persistentes*, son aquellas situaciones que siempre y continuamente se le presentan en la vida del individuo y que no puede evitar ni cambiar, por lo que de forma comprometida se le exige dedicarse a ellos.

Los *problemas cotidianos*, son todas aquellas experiencias que de algún modo son insignificantes, pero que sin embargo, se presentan de manera constante y que poco a poco van haciendo mella en la resistencia del individuo.

3.1.8. El Eustrés y el Distrés

El estrés afecta al organismo, pues modifica las respuestas del Sistema Nervioso Autónomo (Neurovegetativo) así cómo también el Sistema Endocrino. Afecta todas las glándulas, participando la activación de la adrenalina, pues la intervención de ella es un recurso que el cuerpo fabrica para responder a la emergencia de una situación de cambio en un plan de adaptación.

Hans Selye, al que se le considera el padre del concepto del Estrés predijo: “El estrés es algo que el hombre tiene que aprender a manejar o se verá condenado a la enfermedad, el fracaso o a la muerte prematura”

Hay dos tipos de estrés: el *Estrés agudo* que es muy intenso en el tiempo, pero corto en duración, pero a pesar de que dura poco, se da un agolpamiento de la

sangre a la cabeza y existe sudoración, entra en una exaltación aunque posteriormente el cuerpo se serena hasta volver a llegar al equilibrio. Cuando dicho estrés es frecuente lleva a problemas cardiovasculares, pues la participación de la adrenalina es un peligroso estimulante para el corazón que tiene que ver con hipertensión e infartos según la Asociación Americana de Corazón (AAC).

El *Estrés crónico*, es un estrés imperceptible, pues no es muy intenso en duración de tiempo pero si es muy constante, regularmente se trata de miedos, fobias, inseguridades, conflictos, pensamientos recurrentes, etc., este estrés es más destructivo pues conlleva a un estrés insistente, invariablemente no está fundamentado en la realidad pues regularmente es algo que carga la mente, es una emoción negativa que domina el pensamiento. En esta participan dos hormonas: la adrenalina y el cortisol las cuales reprimen el Sistema Inmunológico, sobre todo por que el cortisol invade algunas partes del cuerpo, debido a la insuficiencia de glucógeno producida por el hígado, que ya no es capaz de mandarlo al cerebro; el cortisol desproteiniza los órganos y derrumba el Sistema Linfático dejando sin glóbulos blancos (que son las defensas de cuerpo) al organismo dejándolo a merced de cualquier tipo de enfermedad e incluso el cáncer. En el área de la Psicooncología, se sabe que el desarrollo de cáncer en una persona tiene que ver con un proceso de estrés crónico.

Se toma en consideración que ante un Estrés agudo y un Estrés crónico, la respuesta de adaptación, que es el estrés, puede ser adecuada o inadecuada.

Cuando la respuesta de adaptación es adecuada significa que aquello que se presenta como un reto, un cambio, resulta agradable y estimulante, no causa angustia y eso se conoce como Eustres, que significa un buen estrés, es decir, es una buena respuesta adaptativa ante una situación que se considera agradable y que se percibe como benéfica.

El mal estrés se conoce como Distrés y es una respuesta inadecuada de adaptación, es toda realización que se hace de manera obligada o forzada a disgusto, que si prolonga produce malestar y tensión que se va a explicar en un desagrado excesivo que desarrolla el estrés agudo o el estrés crónico que son nocivos para la salud y la desestabilización de la homeostasis del organismo.

3.1.9. Consecuencias del Estrés

El estrés puede degenerar la función de un organismo de manera fisiológica, psicológica y social. El estrés provoca toda una serie de manifestaciones, que pueden ser positivas o negativas (ésta es la más común), que lo van orillando a dar una respuesta acorde a la situación demandante para poder adaptarse. (O´Hanlon, 2000).

En primer lugar se da una activación fisiológica en el organismo, en segundo lugar se dan respuestas cognitivas, en tercer lugar se dan reacciones emocionales, y en cuarto lugar, se dan determinadas respuestas comportamentales.

La activación fisiológica, se entiende como una respuesta física de un organismo, en donde participan activamente sus sistemas endocrino, intestinal o digestivo, cardiaco, nervioso, reticular, muscular, etc.

En las respuestas cognitivas se puede entender como una falta de concentración en las tareas, pensamientos intrusivos, trastornos en la memoria, fallos en la percepción, etc., todos ellos son derivados de la evaluación cognitiva.

En las reacciones emocionales se encuentran los sentimientos de miedo, la ansiedad, la ira, la baja autoestima, la excitación, la angustia, la depresión, el conformismo, la resignación, etc.

En las respuestas comportamentales se identifican los cambios en la conducta, la deformación en los hábitos y estilo de vida, apatía y desgano a las relaciones diarias, agresividad, consumo de alcohol, tabaco, drogas, dependencia de fármacos y medicina, etc.

Todas han sido consideradas como respuestas al estrés y cada una dependen de cada individuo, así como la valoración que se le hace al estrés y la existencia de una distinta y particular adaptación a la situación estresante.

El estrés es un mecanismo natural que tiene todo ser vivo como un mecanismo de equilibrio, que le sirve para recuperar su homeostasis, así como un mecanismo de defensa que le sirve para prepararse a luchar o huir.

⁶⁶“... tienen como una meta funcional la recuperación del equilibrio biopsicosocial del organismo...”

El estrés es una respuesta adaptativa del organismo y su función es recuperar su estado de equilibrio natural, en donde participan las características del individuo y los factores del ambiente.

⁶⁷“... el estrés es una respuesta adaptativa, medida por las características individuales o por procesos psicológicos, consecuencia, a su vez, de alguna acción, de una situación o de eventos externos que plantearon a la persona especiales demandas físicas o psicológicas. Las características individuales pueden abarcar variables como la edad, las condiciones de salud y la herencia. Los procesos psicológicos pueden incluir componentes de las actitudes y creencias, los valores y muchas otras dimensiones de la personalidad, como niveles de control y tolerancia...”

3.2. ESTILO DE VIDA

El estilo de vida se entiende como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos que una persona realiza como forma de vivir

⁶⁶ Ibíd. P.72

⁶⁷ Ernesto Lamoglia (1995); El triángulo del dolor, Abuso emocional, estrés y depresión; cap. “el estrés:

(Henderson, Hall y Lipton, 1980), es decir, son las rutinas y subrutinas comportamentales que realiza una persona como ser individual. Son pautas de conductas y formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de una manera estructurada, llamándose a esta serie de actividades ya acostumbradas como hábito, que no es más que el modo personal de actuar y responder a las situaciones presentadas que se enfrenta en su vida diaria.

3.2.1. Estilo de Vida y Salud

El estilo de vida tiene una relación directa con la salud, porque si en la persona hay un cuadro de conductas de riesgo hay una propensión a la enfermedad, accidentes e incluso hasta la muerte, por lo que es influyente y determinante para la consecución y el mantenimiento de una inestabilidad salubre.

En los últimos años las enfermedades contagiosas y de transmisión han sido rebasadas por las enfermedades crónica degenerativas, cuyo origen obedece a los estilos de vida de las sociedades modernas.

Entiéndase conductas de riesgo a esas formas de vida que tiene un individuo para llevar normalmente su intervención con su entorno, pero que pueden ser maneras y modos de conductas amenazadoras y peligrosas para su salud, entre ellas se encuentran el fumar, el tomar alcohol, la obesidad, los malos hábitos alimenticios, la falta de ejercicio, una mala administración de tiempo, ausencia de chequeos médicos, etc., pues todo esto lleva a la persona a ser susceptible a problemas cardiovasculares, como presión alta, infartos, o padecer enfisema pulmonar, colesterol, fatiga, insomnio, y también a problemas emocionales y un largo etcétera, que no hacen más que explicar que la práctica de los malos hábitos comportamentales individuales generan una cantidad de desajustes en el ambiente de estado vivencial de la persona.

Esto ha sido analizado detenidamente como parte del proceso de enfermedad y encontrado además que ha sido atractivo para las ciencias sociomédicas y la psicología de la salud (Badura, 1984; Rodríguez-Marín, 1992). La relación del estilo de vida con la salud ha sido estudiada desde las últimas cinco décadas, considerándolo como un comportamiento voluntario individual, sin embargo dichas investigaciones sólo lo han abordado como una técnica de intervención curativa, dejando de lado los sistemas sociales y el contexto sociocultural y eso debido al poco conocimiento psicosocial que se tenía y porque las investigaciones que se realizaban estaban bajo la égida del carácter predominante médico-epidemiológica de la época, es decir, aún gobernaba en el ambiente científico el concepto de la salud entendida como biomédica y curativa, por lo que se le dio ese rubro a los estudios del estilo de vida.

3.2.2. Condiciones, Modos y Estilos de Vida

La vida de un individuo obedece a algunos factores que pueden determinar su desarrollo o adaptabilidad en un contexto (Grau, 1998).

Condiciones de vida: son las condiciones materiales de existencia, supone producto material actualizado de la actividad de generaciones anteriores con las cuales se coexiste en tiempo y espacio.

Modo de vida: forma de comportarse el individuo dentro de un grupo social, es el modo particular de manifestar su vida de acuerdo a la actualidad económica que realizan o el modo de producción de otros.

Estilo de vida: estilo que cada individuo desarrolla como ser activo, esta actividad está regulada por una instancia psicológica que es experiencia cultural del ser humano.

3.2.3. Estilo de Vida en lo social

Ahora se sabe que es necesario resaltar que el contexto sociocultural es el marco de adquisición de conductas y hábitos para llevar a cabo la salud, pues el estilo de vida de toda persona está influenciado por los entorno sociales y las condiciones de vida a las que se encuentra sujeto, por ello uno de los puntos a investigar es la identificación de entornos de alto riesgo, el diseño de estrategias de intervención y el fortalecimiento de los recursos de resistencia tanto sociales como personales, pues tiene un gran peso el comportamiento psicosocial en la formación de los estilos de vida.

Ante esto Bandura (1987, 2000) señala que:

⁶⁸“...El planteamiento biomédico de la salud, orientado básicamente hacia los trastornos de organismo, solo influye de forma limitada en la calidad de vida de una sociedad... para aumentar y mantener el bienestar físico de una sociedad es necesario un planteamiento de tipo social más alto. La salud de una persona esté en sus manos, y no en la de los médicos...”

Para evitar los estragos de las enfermedades es necesario proporcionar a las personas los conocimientos y las habilidades necesarias para que puedan controlar sus propios hábitos y las condiciones del entorno que perjudican su salud.

El contexto sociocultural no solo influye en la adquisición y adjudicación de los modos comportamentales que desarrollan estilos de vida personales de una población, sino que los estilos de vida de un grupo de personas también pueden modificar el sistema social establecido, es decir, si en una población existe conductas de riesgo, el resultado puede ser caótico para el sistema social y va a generar morbilidad e incluso una tasa de mortalidad que va a provocar desajustes en la estructura social, sin en cambio, si existen conductas de promoción de la

⁶⁸ Rodríguez Marín, Jesús (1995); Psicología Social de la Salud; Cáp. 2: “Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad: Estilos de vida y salud”; Edit. Síntesis de Psicología; España Pp. 34

salud, habrá una mayor condición de vida o incluso la obtención de una calidad de vida con una responsable población.

“⁶⁹... Los estilos de vida están muy influidos por un sin fin de factores geográficos, económicos, políticos, religiosos, lingüísticos; pero depende del contexto sociocultural, de la época así como de las condiciones sociales del tiempo y espacio. Cathelat, B.: Les styles de vie des Français. 1978’1982; Stake, 1977...”

El modelo a seguir para analizar los estilos de vida sería uno que considere al ser humano como centro interactivo entre los sistemas sociales y los microsistemas orgánicos, puesto que es ahí donde está su desarrollo comportamental; tanto los acontecimientos sociales como los acontecimientos biológicos impactan el comportamiento y la integridad funcional de la persona.

Dicho modelo a alcanzar debe considerar teorías del comportamiento individual, como teorías del marco social, además de tomar en cuenta teorías de influencia social, comparación social, y otras más que puedan explicar el desarrollo y establecimiento de estilos de vida insalubres, recordando que los comportamientos individuales no son ajenos al contexto social pues los acontecimientos del ser humano están relacionados con las formas de vida que dicta un modelo de vida de una sociedad predominante.

Existen personas que asumen comportamientos promotores y/o protectores de salud en su estilo de vida para alcanzar una meta de salud (Harris y Guten, 1979), y son personas ocupadas en conseguir este fin como algo primordial y eficaz.

3.2.4. Estilo de Vida personal

Sin embargo los comportamientos individuales de estilo de vida para promover la salud no siempre encuentran un seguimiento continuo, debido a las expectativas de cada persona, y esto es porque las conductas de salud cambian

constantemente con el tiempo haciendo que haya una incongruencia entre su experiencia y sus circunstancias de vida; porque los hábitos comportamentales no son interdependientes, puesto que pueden tener diferentes objetivos, debido a que las pautas comportamentales están influenciados por diversos aspectos de vida (Levanthal, ProhasKa Hirschman,1985; Sarafino, 1990).

3.2.5. Mal formación de Hábitos

Existe un número considerable de personas que utilizan alimentos, bebidas, cigarrillo o pastillas tranquilizantes para enfrentar las preocupaciones que les da la vida, por lo que estos recursos a largo plazo provocan estropicios en la salud personal, ya sea psicológica, física o social. Las circunstancias sociales son las que provocan conflictos en la vida personal y es más difícil mejorar la vivienda el trabajo que aquellas.

Todos los estilos inadecuados de vida representan intentos de solucionar problemas, y algunos tal vez surgieron desde la infancia y se perpetuaron inconscientemente; si fueron aprendidos como un mecanismo de defensa y solución no es difícil que la situación exterior agresiva haya desaparecido, pero persiste el patrón de respuestas en forma de hábito.

Los hábitos pueden ser nocivos en cuanto a que dañan a la persona y dificultan sus intentos de cambio, pero tal vez no guarden relación con la personalidad de la persona en cuestión. Por eso cuando un individuo desea cambiar, se enfrenta al problema de que sus hábitos arraigados son muy difíciles de quitar.

Para cambiar se necesita planeación cuidadosa y la ayuda de las redes sociales y el apoyo social, aunado con la disposición para alcanzar el cambio a través de alguna recompensa adicional y la sensación de satisfacción de saber

⁶⁹ Estilos de vida e investigación social: Gabinete de prospección Sociologica del gobierno Vasco.

hay control de las circunstancias de la vida.

3.2.6. El Estilo de Vida en conductas sanas

Los comportamientos de salud están integrados en las conductas de salud y su función es preventiva, y son conductas que implican un esfuerzo cuando la persona está sana. Para que haya una conducta protectora de la salud, deben existir factores motivacionales, una percepción de amenaza de enfermedad, la creencia de la eficacia de esa medida y la atracción de los comportamientos alternativos para mantener la salud.

Los comportamientos saludables son los promotores o protectores/preventivos de salud, conocido como conductas de salud (Rodríguez-Marín, 1995) y se alcanzan mediante los procesos de aprendizaje, ya sea por experiencia directa o por modelos sociales, llámese experiencia vicaria; cuando estos comportamientos han sido interiorizados en el grupo comportamental del individuo se le conoce como hábito, y este hábito es el resultado de la repetición de una conducta que dependerá de los reforzamientos positivos constantes, quedando resistente a los cambios y ajeno a los factores ambientales a los que ha estado insertado, reduciendo las conductas insalubres amenazantes del medio. Con este conjunto de comportamientos se alcanza un estilo de vida sano en el individuo.

Las determinantes de los estilos de vida saludables, son comportamientos saludables que se establecen, cambian y extinguen por condicionamiento instrumental; también los comportamientos vienen determinados por los modelos de aprendizaje vicario; así como de la misma forma los factores cognitivos influyen en la adquisición y mantenimiento de conductas saludables, pues las creencias son determinantes en las conductas de la salud así como de los sistemas sociales de pertenencia o de referencia; por esta línea los comportamientos saludables están determinados por los factores sociales (Badura, 1987), pues las redes sociales en las que está insertado ayudan a

reforzar o debilitar esa conversión. El apoyo social juega un papel importante en el mantenimiento de adquisición de un conjunto de comportamiento saludables en la persona o los roles sexuales de una determinada cultura pueden también influir en el estilo de vida de cada género.

⁷⁰“...el cambio personal se produce dentro de una red de influencias sociales, que, en virtud de su naturaleza, pueden ayudar, retrasar o debilitar los esfuerzos desarrollados para conseguir ese cambio...”

El contexto social influye en los procesos regulatorios, biológicos, cognitivos, del comportamiento de la salud, por lo que la psicología debe de abordarla desde esos puntos para promover la salud y prevenir la enfermedad. La psicología se ha aplicado con un método preventivo, con el propósito de cambiar conductas era prevenir las enfermedades y sus consecuencias, pero ha recibido críticas por su enfoque meramente individualista y por desatender las determinantes sociales y políticas de mala salud. El modelo preventivo hacía responsable de la enfermedad de los ambientes físicos y sociales insalubres a los individuos y en la intervención los victimizaban, por lo que no conseguían el cambio de conducta (Ryan, 1979; Crawford, 1877; Runyan et al., 1982; Williams, 1982).

Cuando se quiere una modificación de los factores causales de las enfermedades se requiere que los comportamientos de salud sean subcomponentes ambientales y sociales más amplios (Ewart, 1991). El modelo preventivo se ha ocupado en la conducta de defensa de la salud, notando interés en las acciones para defenderse de las enfermedades o de sus consecuencias, pero no se fija en las conductas de promoción de salud.

Anteriormente la Psicología en el ámbito de la salud, junto con la Medicina Psicosomática, la Medicina Comportamental y la Psicología Clínica, se enfocan en una perspectiva individualista y curativa, dirigida por los factores personales

⁷⁰ Ibid, 36
Ibid Pp 37

del estilo de vida sobre el riesgo de enfermedad crónica. Es aquí donde se hace la inconveniencia de que los estilos personales sean decisivos en el cambio de conducta. Ante esto se hace alusión de las limitantes de las bases psicológicas del cambio de conducta que son el enfoque individualista y el enfoque defensivo y meramente curativo.

Ante esto se busca un modelo que contenga los comportamientos de salud, en general y los comportamientos saludables, en particular con la materia del contexto social, con la relación e interacción de la persona con su medio ambiente y con una visión promotora de salud.

En suma el estilo de vida contiene los componentes:

- Comportamientos de autoactualización.
- Comportamientos de responsabilidad.
- Comportamientos de soporte interpersonal.
- Habilidades para el manejo de estrés.
- Hábitos de ejercicio.
- Hábitos nutricionales.

3.3. PERSONALIDAD

Como se menciona, los problemas de enfermedad y salud no son exclusivos de la medicina, por lo tanto la Psicología se ha adentrado en los ámbitos clínicos, insertando sus teorías de la psicología para atender el espectro del sistema de salud de las personas que conforman una sociedad.

Por esto, la personalidad se aborda como un factor característico para entender el proceso salud-enfermedad, el cual se refleja en el Síndrome de Burnout; pudiéndose explicar con la aparición de trastornos y alteraciones personales del profesional.

La personalidad es la particularidad de carácter y temperamento de una persona, son sus acciones, conductas y actitudes que tiene para encarar sus circunstancias interpersonales.

Pero también la personalidad comprende características únicas del individuo, la conforman una mezcla de rasgos físicos, mentales y emocionales.

Personalidad, pautas de pensamiento, percepción y comportamiento relativamente fijas y estables, profundamente enraizadas en cada sujeto.

La personalidad es el término con el que se suele designar lo que de único, de singular, tiene un individuo, las características que lo distinguen de los demás. El pensamiento, la emoción y el comportamiento por sí solos no constituyen la personalidad de un individuo; ésta se oculta precisamente tras esos elementos. La personalidad también implica previsibilidad sobre cómo actuará y cómo reaccionará una persona bajo diversas circunstancias.

Las distintas teorías psicológicas recalcan determinados aspectos concretos de la personalidad y discrepan unas de otras sobre cómo se organiza, se desarrolla y se manifiesta en el comportamiento. Una de las teorías más influyentes es el psicoanálisis, creado por Sigmund Freud, quien sostenía que los procesos del inconsciente dirigen gran parte del comportamiento de las personas. Otra corriente importante es la conductista, representada por psicólogos como el estadounidense B. F. Skinner, quien hace hincapié en el aprendizaje por condicionamiento, que considera el comportamiento humano principalmente determinado por sus consecuencias. Si un comportamiento determinado provoca algo positivo (se refuerza), se repetirá en el futuro; por el contrario, si sus consecuencias son negativas —hay castigo— la probabilidad de repetirse será menor.

3.3.1. Características de la Personalidad

La personalidad comprende ciertas características:

1. La personalidad es una organización integrada por todas las características cognoscitivas, afectivas, volitivas (voluntad) y físicas de un individuo tal como se manifiesta a diferencia de otros.
2. Es una caracterización o patrón general de la conducta total de un individuo.
3. Es el carácter campal o forma del patrón total de conducta del individuo.
4. Son aquellas características de un individuo que más importan para determinar sus ajustes sociales.
5. Son las cualidades afectivas y físicas de un individuo tal como impresionan o atraen sistemáticamente a los otros.

3.3.2. Factores de la Personalidad

Pero la personalidad también es un mosaico de otras dimensiones que la moldean según el espacio y tiempo en el que se situó. Hay factores que influyen de manera determinante en la adquisición de la personalidad y son:

El ambiente: es todo lo que rodea e influye sobre el individuo.

La cultura: es una mezcla de las influencias de la sociedad sobre tu percepción.

La herencia: es la transmisión de los rasgos de una generación a otra.

El concepto propio: es la creencia que se tiene de sí mismo (la creencia que tienen otros de ti mismo y contribuyen a formar el autoconcepto).

⁷¹ "...Herencia y ambiente interactúan para formar la personalidad de cada sujeto. Desde los primeros años, los niños difieren ampliamente unos de otros, tanto por su herencia genética como por variables ambientales dependientes de las condiciones de su vida intrauterina y de su nacimiento. Algunos niños, por ejemplo, son más atentos o más activos que otros, y estas diferencias pueden influir posteriormente en el comportamiento que sus padres adopten con ellos, lo que demuestra cómo las variables congénitas pueden influir en las ambientales. Entre las

⁷¹ Willams Tornher, Rooler (1991); Personalidad, vida y salud; Cáp. 7: personalidad humana, edit. Fueller, Virginia, Pp. 32

características de la personalidad que parecen determinadas por la herencia genética, al menos parcialmente, están la inteligencia y el temperamento, así como la predisposición a sufrir algunos tipos de trastornos mentales...”

Entre las influencias ambientales, hay que tener en cuenta que no sólo es relevante el hecho en sí, sino también cuándo ocurre, ya que existen periodos críticos en el desarrollo de la personalidad en los que el individuo es más sensible a un tipo determinado de influencia ambiental. Durante uno de estos periodos, por ejemplo, la capacidad de manejar el lenguaje cambia muy rápidamente, mientras que en otros es más fácil desarrollar la capacidad de entender y culpabilizarse.

Algunos autores hacen hincapié en el papel que cumplen las tradiciones culturales en el desarrollo de la personalidad. La antropóloga Margaret Mead convivió con dos tribus de Guinea y mostró esta relación cultural al comparar el comportamiento pacífico, cooperativo y amistoso de una, con el hostil y competitivo de la otra, pese a tener ambas las mismas características étnicas y vivir en el mismo lugar.

Aunque tradicionalmente los psicólogos sostienen que los rasgos de la personalidad de un individuo se mantienen estables a lo largo del tiempo, recientemente se cuestionan este enfoque, señalando que los rasgos existían sólo en la óptica del observador, y que en realidad la personalidad de un individuo varía según las distintas situaciones a las que se enfrenta.

Estos agentes son concluyentes para que en un individuo se desarrolle una respuesta y reacción personal a su entorno, cabe decir que el tipo de personalidad en un individuo es único e irrepetible, pues obedece a circunstancias particulares e íntimas que el haya tenido para desenvolver un patrón de comportamiento o una serie de conductas personales.

3.3.3. Salud Mental y Personalidad

Sin embargo la personalidad ya desarrollada en el individuo está conectada con su salud mental, ya sea personal o colectiva, de ahí que se tome como un factor para explicar una variación en su trato por tener que afrontar las demandas que le presenta el entorno. La personalidad tiene mucho que ver con la forma de expresar su desempeño y su realización laboral.

Se establece que la personalidad maneja el componente mental, y que lo mental puede llevar a una variación de carácter y provocar una merma en lo orgánico, deteriorando su constitución y funcionamiento.

⁷²“...Lo mental afecta lo somático, no por la aparición del síntoma, sino por una multiplicidad de formaciones, mecanismos y manifestaciones funcionales que resultan generadores de inseguridad, ansiedad, depresión, distrés y otras formas de expresiones psicológicas no sanas que afectan el funcionamiento somático del organismo; una vez que alcanzan determinada estabilidad en el nivel personalógico...”

La tensión negativa derivada del estrés tiene efectos bioquímicos y fisiológicos en el nivel somático. Pues el estrés es un estado de tensión orgánica que conlleva a implicaciones somáticas aunque la persona no tenga estados de ansiedad, depresión u otras expresiones emocionales inadecuadas.

3.3.4. Tipos de Personalidad

La personalidad se relaciona con la forma de cómo afrontar el Estrés, que produce o disminuye la incidencia a enfermedades. Existen dos, o tres clasificaciones de personalidad.

⁷² O'Hanlon, Brenda (2000); Cómo entender el estrés con sentido común; Cáp. 1: “todo acerca del estrés”; edit. Grupo Editorial Tomo; México, Pp. 19

⁷³“...El patrón de conducta tipo “A” integra tres características (Friedman y Rosenman, 1974): orientación de logro competitivo (las personas con este patrón de conducta tienden a ser más autocríticas y a esforzarse mucho por conseguir sus metas, sin acompañar sus esfuerzos con sentimientos de alegría); urgencia temporal (estas personas parecen estar luchando permanentemente contra el reloj, son muy intolerantes con los retrasos, con las pausas improductivas, e intentan hacer más de una cosa a la vez, etc.); y sentimientos de ira y hostilidad (estas personas experimentan sentimiento de ira y hostilidad que no necesariamente se manifiestan)...”

Personalidad tipo A: (predisposición a enfermedades cardíacas).

Tienen sentido del apremio del tiempo, la enfermedad de la prisa, tendencia de hacer más en menos tiempo.

Se orienta por la cantidad de acciones y logros, lucha por el reconocimiento a través del número de realizaciones.

Inseguridad del Status: externamente es confiado y seguro de sí mismo, pero internamente es inseguro.

Es agresivo y hostil, extremadamente competitivo, se enfurece sin causa aparente.

En este tipo están las personas que son:

Muy competitivas.

Siempre en movimiento.

Con prisa.

Ambicioso, desea rápidos ascensos.

Es un fanático del trabajo, incluso en el juego.

Esta definición de personalidad fue extraída a través de cuestionarios para encontrar pautas de patrón “A” y de patrón “B” en una prensa popular de EU: “How to cope better with stress”. Reader’s Digest. Marzo de 1984.

Este tipo de personalidad es más propenso a las enfermedades cardíacas, ya que estos individuos son los que más fuman, duermen poco, beben menos leche, no hay un horario de comida, la dieta es mala, toman más cafeína, etc. (Hicks y col., 1982-1983a.b), por tal motivo hay un riesgo coronario.

⁷³ Rodríguez Marín, Jesús (1995); Psicología Social de la Salud; Cáp. 3: “El estrés Psicosocial y su afrontamiento”; Edit. Síntesis de Psicología; España Pp.62

Sin embargo, su temperamento puede contribuir a adquirir una enfermedad cardiaca.

⁷⁴“...El tipo A muestra una reacción fisiológica mas intensa, sus secreciones hormonales, el ritmo del pulso, y la presión sanguínea aumentan, pues son más altos los niveles del estrés, las hormonas aceleran la formación de placas (masas parecidas a cicatrices formadas por depósitos de colesterol) en las paredes arteriales, lo que provoca aterosclerosis o endurecimiento de las arterias, que a su vez provoca una elevada presión sanguínea, lo cual es un factor de riesgo en los ataques cardiacos...”

Hay investigaciones que revelan que el núcleo tóxico de las personas tipo A está en las emociones negativas y sobre todo en la cólera asociada a un temperamento agresivamente reactivo (Friedman y Booth-Kewley, 1988; Matthews, 1988)

Personalidad tipo B: (sano).

Se orienta más por la calidad de las acciones y logros.

Parecen personas más calmadas y sosegadas que las personas tipo A.

Para esta persona siempre hay bastante tiempo, encuentra tiempo para sopesar, para evaluar, para experimentar las alternativas.

Acepta las cosas como vienen y pone poco énfasis en hacer las cosas rápidamente.

En este tipo están las personas que son:

No competitivas.

Relajado, controlado,

Tranquilo.

Comprensivo y tolerante.

Confiado y feliz en el trabajo.

Goza del ocio y los fines de semana.

⁷⁴ García-Viniegras, Carmen R. Victoria (1992); Estrés, cómo enfrentarlo; edit. Ciencias Médicas; La Habana, Pp. 23.
Ibid Pp. 22

Personalidad tipo C:

Es una variante central de las dos anteriores, en suma es una mezcla de ambas.

Tiene la característica de la cantidad y calidad en sus labores.

Son individuos poco pacientes pero no al grado del desquicio personal.

Pueden estar preocupados pero no alterados.

Ocupan su tiempo en maneras productivas pero sin exacerbaciones.

Son personas que buscan logros a través de un proceso realista, disfrutan la responsabilidad y la obligación de su vida.

Observando estas tres clases de personalidad se puede dar cuenta cual es la característica de cada una de ellas y que relación llevan con la integridad del individuo. Pero la personalidad de tipo A es la que resulta interesante ya que conlleva a tener las complicaciones con la salud, de hecho, es tanto la afectación que se divide en varios subtipos con carácter negativo. A continuación se presentan una serie de tipos de personalidad "A" en las que se ve la alteración de salud.

Personalidad tipo 1: predisposición al cáncer.

Suprime las manifestaciones emocionales.

Imposibilidad para hacer frente, adecuadamente, al estrés y a la reacción de abandono asociados con sentimientos de desesperación y desamparo.

Muestran una tendencia a considerar un objeto, una persona, una ocupación con un valor emocional, como la causa principal de su bienestar y felicidad.

Permanecen dependientes respecto al objeto.

Personalidad tipo 2: propensión a las cardiopatías isquémicas.

Consideran a un objeto, persona u ocupación con gran importancia emocional, como la causa principal de su angustia e infelicidad.

Personalidad tipo 3: parece relativamente salvo tanto del cáncer como de las cardiopatías isquémicas:

Se caracteriza por la ambivalencia.

Tiende a pasar de la reacción del tipo 1 a la reacción del tipo 2.

Consideran al objeto, objeto o situación, lo valoran alternativamente.

Personalidad tipo 4: sano.

Se caracteriza por la autonomía personal. Consideran la autonomía de los demás personas con las que desea estar en contacto como lo más importante para su propio bienestar y felicidad.

Personalidad tipo 5: propensión a artritis reumatoide.

Se caracteriza por la tensión y la presión de realizar las cosas a la perfección, de hacer todo y terminar lo que empiezan, hay sentimientos negativos hacia el otro y una obsesión por la perfección.

Personalidad tipo 6: relacionado con la drogadicción.

Se caracterizan por tener un sentimiento de vacío, son personas que tienen un alto grado de ansiedad y que no logran encontrar acomodos de aceptación y comprensión en su red, tienen sentimientos de abandono y buscan encontrar un olvido de lo que carecen. Hay otras personalidades como la personalidad border line, la personalidad obsesiva compulsiva, etc., que no se van a enunciar por que son de un corte diferente a lo tratado en dicha investigación, por que son trastornos.

⁷⁵“...Los trastornos de la personalidad suelen ser afecciones duraderas, que se pueden caracterizar por falta de flexibilidad o inadaptación al entorno, que ocasionan frecuentes problemas laborales y sociales, y generan molestias y daños a la propia persona y a los demás. Hay muchos tipos de trastornos de la personalidad: la paranoide, por ejemplo, es característicamente suspicaz y desconfiada; la histriónica tiene un comportamiento y una expresión teatrales y manipuladores hacia los que conviven con ellos; la personalidad narcisista tiende a darse una gran importancia y

⁷⁵ Willams Tornher, Rooler (1991); Personalidad, vida y salud; Cáp. 7: personalidad humana, edit. Fueller, Virginia, Pp. 39

necesita de una constante atención y admiración por parte de los demás; por último, las personalidades antisociales se caracterizan por su escasa conciencia moral, violando los derechos ajenos y las normas sociales, incluso sin beneficio para ellos mismos...”

Investigaciones aportan que el patrón de personalidad de tipo A puede ser causa de vulnerabilidad a las situaciones tensionantes, o tiene una significación para la aparición de indicadores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. Se tiene que el patrón A guarda una relación con el comportamiento fisiológico del organismo, aumentando la propensión de expresar indicadores de riesgos de enfermedades, y esto es cuando se encuentre en un estado de distrés, o sea, cuando un individuo se halle en un estado psicológico inadecuado.

3.4. REDES SOCIALES

Todas las estructuras sociales de una persona pueden tener aspectos de existencia o de cantidad, de estructura y contexto funcional. En la de existencia o cantidad se considera que son relaciones sociales en general o pueden ser un tipo particular de relación social. Las redes de estructura son la distribución, organización, ordenación, formación, clasificación y existencia que tiene una relación social al darse como un organismo o como un sistema social. La red social es el medio de articulación para que haya una activación de componentes funcionales en una sociedad que pueda proveer elementos afectivos, emocionales, instrumentales, ayuda tangible o intangible e informacional.

Las redes sociales son los vínculos sociales que tiene toda persona inmersa en una sociedad y son fundamentales para el desenvolvimiento y mantenimiento en su sistema social; es la que le da acomodo a su medio de vida, pues está en el modo de vida, en las condiciones de vida e influye en el estilo de vida de la persona. Una red social le da un sentido de pertenencia y hasta cierta forma identidad a través de una membresía construida socialmente.

La red social se concibe como un conjunto de personas y grupos que interaccionan entre sí, o puede considerársele como la estructura de las interrelaciones interpersonales. Cuando se dice que una persona tiene una red se está refiriendo al conjunto de relaciones con las que mantiene contacto y constituyen una forma de cuerpo social, entre algunos ejemplos está la familia, los amigos, el trabajo, el grupo de asociaciones a las que pertenecen, etc.

El concepto de red social implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. En este punto se puede decir que es un sistema abierto que a través de un intercambio dinámico de sus integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potencialización de los recursos que poseen. Cada miembro de una familia de un grupo o de una institución se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla. Los diversos aprendizajes que una persona realiza se potencian cuando son socialmente compartidos procura de solucionar un problema común.

3.4.1. Clasificación de las Redes Sociales

Las redes sociales pueden clasificarse en (Rodríguez Marín, 1995):

Organizadas: en la red organizada los individuos componentes constituyen un conjunto social más amplio, con fines comunes, roles independientes y una subcultura distinta.

Personales: en la red personal no siempre todos los componentes tienen relación entre sí, los roles pueden ser difusos y pocos distintos, y la subcultura puede o no existir o ser poco diferenciada.

3.4.2. Características de las Redes Sociales

Las redes sociales tienen como características diferentes factores entre los cuales están (Rodríguez Marín, 1995):

Densidad: es la medida en que las personas que son integrantes de un grupo se conocen entre sí, y el número que hay de relaciones diádicas entre sus componentes.

Tamaño: es el número de integrantes que conforman la red.

Homogeneidad: es la concordancia de características comunes demográficas, sociales y personales dentro de los componentes de la red.

Intensidad: es el tiempo que utilizan los componentes de la red para estar en contacto, así como el nivel de intimidad, confianza, intensidad mutuas que se procuran, así como el grado de reciprocidad que se obtiene de esas interacciones.

Contenido: son las formas de las interacciones, como “asistencia”, en donde se busca ayuda para satisfacer necesidades propias o de “confianza” donde se busca personas para confiar informaciones privadas.

Dispersión: es la fluidez o lentitud con la que los miembros de la red pueden interactuar físicamente y de forma directa.

Duración: es el tiempo en el que ha durado productivamente la relación de los integrantes de la red.

Direccionalidad: es la unanimidad de metas que mueven a los miembros de la red para llegar a una convergencia general.

3.4.3. Función de las Redes Sociales

Sin embargo las redes sociales también tienen otras funciones (Rodríguez Marín, 1995):

- 1) Ayuda: las acciones de los miembros de la red ayudan a la persona focal para que pueda cumplir sus metas o para que pueda hacer frente a las exigencias de una situación concreta. Y esa ayuda puede ser tangible, o sea material o económico, o puede ser intangible, pudiera ser cariño o emocional.

- 2) Consejo: los miembros de la red pueden proporcionar información o consejos sobre como conseguir las metas de la persona focal o como completar determinadas tareas.
- 3) Retroinformación: los miembros de la red proporcionan evaluaciones respecto a cómo se han cumplido las expectativas o los requerimientos de las metas de la persona proporcionan información evaluadora de lo que ha hecho.

3.4.4. Tipos de Redes de Apoyo

Por el mismo lado se considera que existen una serie de redes llamadas redes de apoyo social denominadas naturales y organizadas (G. Novel, 1997):

Las redes de apoyo natural incluyen:

- La familia.
- Los compañeros de trabajo.
- Los compañeros de estudio.
- Los compañeros de culto y de creencias.
- Los amigos y vecinos.

Las redes de apoyo organizadas las constituyen:

- El voluntariado institucional.
- Los grupos de autoayuda y asociaciones voluntarias (Alcohólicos Anónimos, Mujeres Maltratadas, Comedores Compulsivos, Neuróticos Anónimos, enfermos renales, cardiacos, diabéticos, etc.).
- La ayuda profesional.

⁷⁶“...Las redes de apoyo organizadas surgen a raíz de la propia incapacidad de las redes naturales, para de esta manera proporcionar una estructura y ayuda que la persona necesita en una situación cambiante. Las redes de apoyo organizadas, compuestas por grupos sociales tienen grandes diferencias con las redes naturales de apoyo, ya que tienen diferentes objetivos, medios de

⁷⁶ Novel, G. (1995); En enfermería psicosocial y salud mental; parte 2: “La familia como sistema de apoyo”; edit. MASSON; Barcelona; Pág. 82

actuación y forma de creación, así como la relación que se establece entre los miembros que la integran...”

La red social de un individuo está compuesta por personas relacionadas directamente con él, pero no necesariamente entre sí, ya que no es requisito que un componente conozca a un miembro de su familia, las redes organizadas están formadas por personas que mantienen relaciones y roles independientes y objetivos comunes. Los grupos sociales que componen las redes sociales de apoyo organizadas pueden tener dos tipos de orientaciones:

- Los que se crean, desarrollan y mantienen para ayudar a los demás, como el voluntariado institucional: Cruz Roja, el cuerpo de Bomberos, la policía, etc.

- los que están orientados hacia sí mismo, cuyos objetivos son establecer nuevas relaciones con personas semejantes en preferencia, problemáticas, malestares, etc., y la autoayuda principalmente, como son las asociaciones de pro a mujeres, a consumidores, enfermos crónicos.

Las redes sociales naturales y organizadas prevén apoyo social y lo hacen a veces conjunta o separadamente. Una red social es un conjunto de contactos personales, a través de los cuales los individuos mantienen la identidad social, y son los que reciben apoyo personal, ayuda material, información y servicios y establecen nuevos contactos sociales.

⁷⁷“...Los individuos, después de estructurar un grupo en la familia, se aglutinan en pequeños grupos de acuerdo a interés o problemas compartidos para que exista otra red de grupos de ayuda que complementen y proveen de ayuda a la persona...”

3.4.5. La Red Social y la salud

Las redes sociales tienen cierta relación con la salud personal: física, psicológica y social, el individuo considera su comportamiento a través de su red de referencia, ya que la red puede dirigir su comportamiento dentro de un ámbito

⁷⁷ Ibid, 84

social, así como la obtención de un rol, caracterizado por los cánones socialmente establecidos.

⁷⁸“...Una red social es un conjunto de puntos unidos por líneas: los puntos representan los sujetos que constituyen la red social, mientras que las líneas representan las ataduras que unen, directa o indirectamente a todas las personas de la red...”

Las redes pueden explicar la forma de ser del individuo; se dice que cuanto más estrecha es la red con alta densidad, mayor es el control social al individuo, su conformidad con las normas, las raíces de su identidad, la implicación relacional y psicológica, pero menor es el intercambio con el exterior, menor es flujo de informaciones que circulan en la red y menor es el acceso a recursos distintos que se pueden tener fuera de la red.

Diversas investigaciones realizadas en los años 70s –network análisis- han profundizado las propiedades y relaciones de las redes sociales y han encontrado las siguientes generalizaciones:

- El comportamiento puede ser comprendido en función de sus redes sociales.
- Puede pertenecer a una o más redes como estrategia para satisfacer sus necesidades.
- Como tiene varias necesidades, tiende a pertenecer a varias redes al mismo tiempo, aunque no tenga una fuerte participación en todas ellas.
- Las redes de alta densidad proveen: afecto seguridad, bienes no instrumentales o servicios confidenciales entre los prestadores de ese servicio.
- Las redes de baja densidad conllevan a bienes instrumentales, informaciones y nuevos servicios.

Las redes sociales tienen relación en el bienestar y salud del individuo por dos motivos fundamentales (Di Nicola, 1994):

⁷⁸ Di Nicola P. (1994), el papel de las redes sociales primarias en el control de la enfermedad y la protección de la salud; En Donati P.; Manual de Sociología de la salud; España; Díaz de Santos; Pp. 210

- Porque están centradas en vínculos de soporte emocional, psicológico y afectivo que dan protección al sujeto, aumentan su capacidad de adaptación con el exterior, y dan un sentido de identidad y de pertenencia.
- Porque dentro de las redes circulan una serie de servicios de cambio de prestaciones que responden necesidades que no pueden ser resueltas en centros institucionales.

Los trabajos de Holmes sobre la incidencia de la tuberculosis; los de Millar e Ingham sobre la aparición de síntomas depresivos, de cansancio, irritabilidad y ansia en grupos de mujeres sin redes de apoyo; los de Marmot, sobre la difusión de enfermedades del corazón; y los de Kaplan sobre el riesgo de esquizofrenia, accidentes, suicidios y enfermedades respiratorias. Por la misma parte, se han encontrado que las personas que se alejan de su contexto social protector donde tienen tejidas sus redes, sufren trastornos o enfermedades cardiovasculares (Mc Kinlay 1980).

La relación que se hace de la red social con las enfermedades y trastornos se demuestra en los trabajos realizados acerca de estrés como causal de morbilidad y mortalidad (Cobb, 1974). Se encuentra que la existencia de una red social en el individuo da una función de barrera, es una absorción de las consecuencias perjudiciales del estrés, ya sea neutralizando o minimizándolo, así como el aumento de los recursos y las posibilidades para combatirlo.

La correlación entre red social y salud puede ser desde que la persona se inserta a una red social para enfrentar un trastorno o malestar, o pudiera ser que una escasa red social es la que determina el trastorno o malestar en el individuo.

Ante estas investigaciones se han formulado cuatro modelos para explicar la relación de redes y salud (Hammer, M; 1983):

1. Las apariciones de patologías tanto físicas como mentales, influye en el individuo una reducción en su capacidad para mantener relaciones sociales, imposibilitando relaciones con sentido; esto res que una red disminuida es reflejo de su nivel de salud.

2. La red social influyen sobre la salud y las enfermedades porque intervienen en una serie de prácticas, comportamientos ligados a la salud, y a la gestión de la enfermedad, búsqueda de servicios sociales.

3. las redes sociales tienen una gran importancia en la salud, pues es una fuerte barrera contra la enfermedad dándole al individuo protección y la capacidad de reaccionar favorablemente, limita los efectos del problema y optimiza sus recursos personales para hacerles frente.

4. hay una influencia directa de la red sobre la salud a través de los reconocimientos sociales, la enfermedad incide cuando en el individuo no existen adecuadas valoraciones ambientales de sus acciones.

En suma se puede deducir que las redes sociales son:

La red social es una función de la salud-enfermedad sólo para aquellos que sufren cierta disminución de sus recursos que dificultan su disponibilidad a la sociabilidad.

La red social interpone valores y comportamientos de salud y a la gestión a la prevención a la enfermedad, dichos valores y comportamientos también pueden provocar la enfermedad, si la calidad de las redes son escasas.

La red social es una barrera contra el estrés, pero puede ser también una fuente de estrés si la red deja de tener relaciones significativas para él, o cobra un contenido negativo la red social a la que pertenece debido a reducción de ayuda o conflicto relacional.

3.5. APOYO SOCIAL

El apoyo social está vinculado con las redes sociales ya que mientras aquellas solo tienen la estructura relacional, el apoyo social lleva la función relacional: labor, desempeño, oficio, servicio y la ayuda manifiesta en las relaciones sociales. Además tiene efectos beneficiosos en la salud física y mental de las personas (Rodríguez-Marín, 1995).

⁷⁹“...El apoyo social es un concepto claramente interactivo, que se refiere en cualquier caso a transacciones entre personas (Felton y Shinn, 1992)...”

3.5.1. Componentes del Apoyo Social

Es una asistencia disponible a las personas o grupos dentro de sus contextos sociales (comunidades), sirviendo de ayuda para:

- Desarrollar la capacidad de afrontar problemas.
- Es un elemento amortiguador de los sucesos vitales negativos (estrés).

El apoyo social cubre tres funciones específicas:

- Apoyo emocional:
- Apoyo informacional:
- Apoyo de bienes materiales y servicios:

El acceso al apoyo social depende de la persona y su deseo para acudir, y de las oportunidades ofrecidas que da el apoyo social.

El apoyo social se refiere a aspectos de las relaciones sociales:

- Se define como la existencia o cantidad de relaciones sociales en general o un tipo particular de relación: matrimonio, amistad o pertenencia a una organización.

- Puede también definirse en términos de estructura de las relaciones sociales de la persona.

⁷⁹Barrón A. (1996); Apoyo Social: Aspectos teóricos y aplicaciones; Edit. Siglo XXI; Madrid; Pp.10

- Se define en términos del contexto funcional de las relaciones, en el que contiene elementos afectivos, emocionales, instrumentales, de ayuda tangible, información, etc.

Las relaciones sociales tienen tres aspectos: cantidad, estructura y función.

En el número y la estructura cae las características de la red social, pero el aspecto de la función cae en las características del apoyo social.

De hecho se tiene que distinguir bajo estas premisas las características particulares de la red social y la del apoyo social; aunque la red tiene funciones de apoyo social, no es igual porque el apoyo social es la función práctica y de efectos directos de las relaciones sociales.

⁸⁰“...algunas de ellas se centran en aspectos específicos del apoyo (ayuda material, intercambio de información, satisfacción de necesidades sociales básicas, etc.)... el apoyo social se puede definir de forma descriptiva, aludiendo a la ayuda, información o valoración que se recibe mediante la interacción formal o informal con individuos o grupos (Waltson, Alagna, De Vellis y De Vellis, 1983; House, 1981);... o introduciendo los aspectos emocionales, entendiéndose como el conjunto de interacciones sociales que ofrecen a la persona una ayuda real o el sentimiento de conexión a una persona o grupo percibido como querido/a (Hobfoll y Stokes, 1988)...”

El apoyo social en términos generales es la provisión de tipos particulares de vínculos interpersonales.

⁸¹“...El apoyo social se obtiene de las redes sociales: naturales y organizadas. El apoyo social es fundamental para la supervivencia y el mantenimiento de la integridad física y psicológica del individuo, ya que cubre todas las necesidades del ser humano en todas las vertientes biopsicosociales...”

La familia es un sistema de apoyo social (G. Novel, 1995), puesto que es un componente de ayuda para el individuo en su construcción en un sistema social en el que está desprovisto de recursos sociales; la familia le da una formación de

⁸⁰ Rodríguez Marín, Jesús (1995); Psicología Social de la Salud; Cap. 6, “Apoyo social y salud”; Edit. Síntesis de Psicología; España. Pp. 108-109

⁸¹ Novel, G. (1995); En enfermería psicosocial y salud mental; parte 2: “La familia como sistema de apoyo”; edit. MASSON; Barcelona; Pág. 83.

socialización a través de su función reguladora en base a normas, conceptos, ideologías, adiestramientos conductuales, etc.

Los amigos, vecinos, compañeros tienen una gran relevancia de ayuda en la formación social del individuo, puesto que brindan interacciones constructivas en su necesidades básicas, ya que a su través le van ayudando a alcanzar su ambientación social, desarrollando sus aptitudes para desplazarse en su interacción con los demás. Son los que le prodigan un sentido de inclusión y protección, es un medio que le da seguridad y bienestar en su vida.

Las instituciones son otros escenarios que proveen al individuo a realizarse, son los que le instruyen, corrigen, enseñan, apoyan y ayudan; entre ellos están la escuela, los servicios de socorro, de asesoría, de información, etc., los medios de comunicación, la iglesia, la biblioteca, los centros de atención, etc.

Los profesionistas: son los profesores, los psicólogos, los terapeutas, los doctores, los sacerdotes, los entrenadores, los guías, etc., son todas aquellas personas que tienen una formación de ayuda social; son aquellos en los que el individuo se puede basar para satisfacer una demanda personal y social, ya sea en el plano físico, emocional, material, cognoscitivo, informacional e incluso humano.

Los contextos: la comunidad es un amortiguador para las exigencias o necesidades del individuo, pues le provee de medios para satisfacer sus necesidades sociales; el lugar de trabajo puede ser un medio donde se pueda encontrar formas de satisfacción laboral, o instrumentos para desempeñar mejor una necesidad o un requerimiento.

El apoyo social está vinculado con otros factores que determinan su función:

⁸²“... Sarason (1988) consideran el apoyo social como una variable de personalidad, al relacionarlo con las habilidades sociales y la competencia social...”

⁸² Barrón A. (1996); Apoyo Social: Aspectos teóricos y aplicaciones; Edit. Siglo XXI; Madrid; Pp.10

3.5.2. Funciones del Apoyo Social

El apoyo social tiene una significancia en la salud del individuo, puesto que funciona como:

- Reductor del malestar independiente de fuerzas ambientales.
- Reductor de probabilidad de experimento de estresares
- Factor de aparición de estresares sino hay recursos.
- Debilitador de recursos estresantes.
- Movilizador de recursos ante la presencia de estresares.
- Probabilidad de afección del bienestar y de la salud, sino hay apoyo.

Por otra parte el apoyo social tiene influencia sobre patrones conductuales, así como un efecto en las respuestas biológicas: trastornos.

El apoyo social puede tener un efecto directo en el estrés, pues puede ser funcional en la salud y beneficio, o bien puede tener un efecto protector cuando solo actúa en los niveles de estrés. Es entonces que el apoyo social se relaciona con los procesos conductuales y biológicos.

También funge como recurso para el individuo, ya que es un medio de afrontamiento que puede dirigirse al problema: abordándolo desde el corte real o emocional (Cohen y Ashby, 1985).

El apoyo social alivia el impacto de la experiencia del estrés en tres formas (House, 1981):

- Reduce la importancia de la situación percibida como estresante.
- Tranquiliza el sistema neurológico.
- Facilita un estado de salud y bienestar.

Se proponen otros tipos de actuación (Vaux, 1988):

- Acción protectora directa: determina conductas de prevención de estresares.
- Inoculación: reduce la importancia de un estresor.

- Acción de apoyo directa: es un apoyo centrado en el problema.
- Guía de evaluación secundaria: es una evaluación realista de los recursos.
- Reevaluación. Reducción de la significancia del estresor.
- Apoyo emocional paliativo: es un apoyo centrado en la emoción.
- Diversión: distracción del sujeto, para no centrarse en el problema.

La importancia del apoyo social se puede definir en dos :

- El apoyo social recibido: es aquel apoyo que se manifiesta, se recibe como real.
- El apoyo percibido: es aquel apoyo que solo se tiene latente, que solo se cree que lo tiene, sea cierto o falso.

Aunque se dice que es más importante y eficaz el apoyo social percibido que el real, pues el percibido genera en el individuo una sensación de ayuda implícita, que lo motiva a realizar sus recursos y su creencia de poder.

En ese sentido se hipotiza que el apoyo social percibido tiene efectos directos, mientras que el apoyo recibido o real tiene efectos de protección. (Cohen, Wills; 1985).

Se orienta también que el apoyo recibido opera principalmente influyendo en las conductas de afrontamiento; mientras que el apoyo percibido actúa primariamente a través de los procesos de evaluación cognitiva.

3.5.3. Definiciones de Apoyo Social

En su mayoría, los conceptos de apoyo social se agrupan en dos dimensiones:

- Dimensión cuantitativa versus cualitativa: lo cuantitativo puede ser del número de personas con las que se interactúa, la frecuencia de los contactos con las personas, la frecuencia de los contactos entre ellas mismas; lo cualitativo se refiere a aspectos de la significancia de las

interacciones: las percepciones, los juicios, la valoración de los contactos interpersonales (Donald, 1978).

- Dimensión de apoyo instrumental versus apoyo expresivo: el apoyo instrumental es el abastecimiento de ayuda e información material; el apoyo expresivo es la confianza, la aceptación y comprensión de las relaciones (Lin, Dean y Ensel, 1981).

Se define al apoyo social como un apoyo accesible de lazos sociales con los demás y con su entorno social a través de un sistema de apoyo social; el sistema de apoyo social es un conjunto de contactos personales los cuales permiten al individuo una identidad social, donde recibe apoyo emocional, ayuda material, así como la oportunidad de servicios; todo esto le permite construir nuevos contactos sociales.

Estas definiciones de apoyo social tienen una diferencia entre los comportamientos de ayuda ejecutados y los recursos de ayuda disponibles.

Se puede tener apoyo social y no utilizarlo, por motivos de voluntad, desinformación, desconocimiento, desinformación o apatía.

Se encuentra también que existe la importancia del apoyo social dado, y el apoyo social percibido, donde el apoyo social percibido es más contundente y fuerte para la persona.

3.5.4. Lo negativo del Apoyo Social

El apoyo social puede tener efectos negativos en el individuo cuando le genera una alta dependencia, pues el individuo deja de utilizar sus recursos personales para hacer frente a las presiones o circunstancias sociales para acudir constantemente a los grupos de ayuda.

El tener una dependencia del apoyo social puede implicar que se deje de actuar responsablemente, que se dimitan decisiones personales, que haya un atenerse de la ayuda constante, que no se intente resolver un problema de forma

creativa y contundente; genera expectativas de protección e inmunidad de factores sociales y cuando la realidad pasa esa ilusión el individuo sufre un desencantamiento y se percibe como desamparado (Wortman y Lehman, 1985).

El apoyo social puede provocar un sentimiento de deslealtad moral, pues el individuo puede escoger ayuda con quién más le convenga y puede abandonar grupos de ayuda establecidos, produciéndose una desvaloración de ciertas redes y apoyos sociales.

La persona se vuelve comodina e indiferente, pues da por dado la ayuda sin tomar en consideración el proceso de resultados.

La propia red que funge como apoyo social se llega a desquebrajar por las altas demandas que le hace las exigencias de los individuos que buscan ayuda a como de lugar, la institución, el grupo o la persona encargada de prodigar la ayuda, la información, los medios o cualquier clase de apoyo, al tener la intensa embestida de los demandantes sufre un deterioro en su función, tal es el caso de los individuos que dan incierto apoyo social, al tener excesivas peticiones por parte de los constantes usuarios, le provocan un quemamiento, "Burnout", que le produce pérdidas operativas y de función.

Por la misma parte se da una interacción social desigual, puesto que se forma una relación de superioridad-inferioridad con el individuo que puede ponerlo en un sentimiento autodesconfianza e interdependencia.

3.5.5. Lo positivo del Apoyo Social

Lo benigno del apoyo social es que ayuda al afrontamiento de problemas. Puesto que ayuda a la satisfacción de las necesidades emocionales, al igual que a la satisfacción de las necesidades de la socialización y actividades con otras personas.

Genera el sentimiento de pertenencia a un grupo, el sentimiento de aceptación, que es estimado, valorado y necesitado por el individuo y no por lo que pueda hacer por los demás (Thoits, 1985; Peinder, 1987).

El apoyo social provee al individuo de características de salud, pues genera el auxilio de instrumentos y medios para paliar la posible situación agravante.

Fomenta un círculo de ayudas que protegen la integridad del individuo y que le hacen más óptimas las circunstancias de sus interrelaciones y de su medio.

El apoyo social genera una salud mental, forma grandes y significativas redes sociales así como relaciones recíprocas.

Además controla:

- estado de salud.
- Status socioeconómico.
- El uso de servicios sociales.

Genera también:

- Apoyo emocional e instrumental.
- Medidas de afrontamiento.
- Prevención.
- Modelos de conductas.
- Evita el quemamiento (Burnout).

3.5.6. Apoyo Social y Salud

Existe una relación del apoyo social con la salud, pues una carencia o mal funcionamiento del apoyo social en el individuo incide en que sea más susceptible a la adquisición de enfermedades, lo que hace que sea un protector de la salud.

Esta relación depende de los planos sociales en que se dé: las circunstancias, la población, los conceptos, etc. (Schwarzer y Leppin, 1989).

Se encuentra que está ligado negativamente a la enfermedad, pues si existe una alta cantidad de apoyo social recibida o percibida en la persona menor es el acaecimiento a la enfermedad.

Aunque esta consideración no tiene un fuerte soporte teórico.

Sin embargo consta que el apoyo social y la salud física tienen una importante relación secuencial debido a las características personales, los factores ambientales o genéticos, entre otros.

Aspectos como: el impacto temporal, la especificidad de la fuente, el nivel de conciencia de la disposición del apoyo o el recibimiento del apoyo, son considerados también en relación del apoyo social y salud (Waltz y Bandura, 1990):

- El impacto temporal: hay definidos momentos de crisis que el individuo tiene y que el apoyo social actúa en esos momentos específicos solamente, y que cuando ese mal momento es superado, el apoyo al ya no ser usado, se desvanece.
- Especificidad de la fuente: es el origen de donde sale el apoyo social, y puede tener varios actores que funjan como medios de apoyo social a determinada circunstancia del individuo, que prodiguen indistintamente apoyo emocional, informacional o material.
- La disposición del apoyo o el recibimiento del apoyo: regularmente el individuo desconoce la utilización del apoyo social, casi no lo percibe como recibido, debido a que ese medio esta dentro de un sistema dado y establecido.

3.6. HABILIDADES SOCIALES

Hoy en día se ha descubierto que la gente al enfrentar los problemas cotidianos y no poderlos resolverlos, le van generando desequilibrios físicos y psíquicos, por no decir sociales además, que le resulta a la larga más contraproducente para su bienestar, que la naturaleza, frecuencia y severidad de los mismos problemas. Cuando se desarrollan habilidades sociales y destrezas comunicativas se provee de recursos al individuo para enfrentar un problema de su entorno social, llámese trabajo o interacción personal, siendo con ello más competentes en sus intervenciones con los demás, proporcionando competencia social y profesional, como también competencia personal y gratificación con la actividad que realiza.

⁸³“... En los años 50s aumenta el interés por las habilidades sociales en el campo de la Psicología Social y del trabajo, extendiéndose posteriormente a la enseñanza, a profesores y alumnos (Dunkein Biddle, 1974)...”

Algunos autores definen las habilidades sociales como capacidades individuales que tiene una persona para sortear las exigencias de un entorno social establecido:

⁸⁴“... Capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente a aquellos que provienen del comportamiento de los demás (Blanco, 1981).

Aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamientos del ambiente (Nelly, 1987).

Capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos sin que resulte una pérdida de reforzamiento social (Hersen y Bellack, 1977).

Un conjunto de conductas sociales dirigidas hacia un objetivo, interrelacionadas, que pueden aprenderse y que están bajo control del individuo (Hargie y cols, 1981)...”

Se le conoce como habilidades sociales porque favorecen a formar a un sujeto en una persona socialmente hábil en las interacciones diarias, llegando a ser en un experto en las tareas que realiza cotidianamente, pues las desempeña mejor

⁸³ Morales J., Francisco, Olza, Miguel, (1996); *Psicología Social y Trabajo Social*; cap. 17 *Atracción y relaciones interpersonales*”; edit. Mc Graw-Hill; Madrid; pag 395

que una persona no hábil en muchas tareas que no le son familiares: sus estrategias generales para abordar tareas familiares y su imaginación de los requerimientos de las nuevas, le capacitan para obviar en cuánta parte el ensayo y error que podría ser necesario antes de encontrar un método para abordar la tarea nueva.

⁸⁵“...Para Caballo (1986) es un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, deseos actitudes, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas a los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas...”

3.6.1. Características de las Habilidades Sociales

⁸⁶“...el termino habilidades sociales engloba conceptos como conducta asertiva, libertad emocional, competencia personal y competencia social... su eficacia está supeditada a un contexto cambiante, a valores culturales y a los objetivos de la persona...”

Las habilidades sociales tienen una serie de características comunes y de componentes, entre los cuales descollan:

- Conductas manifiestas: comprenden conjuntos de capacidades de actuación aprendibles y que se manifiestan en situaciones sociales.
- Orientación a objetivos: se orienta a la consecución de determinados objetivos, como ambientales entre ellos los materiales y sociales, y personales como el autorrefuerzo y autoestima.
- Especificidad situacional: están determinadas por el contexto sociocultural y la situación específica en que tienen lugar.

⁸⁴ Ibid, P. 395

⁸⁵ Grau Abalo, Jorge A. (1996); HIGIA, “El entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas en equipos de cuidados paliativos”; Cáp. 2, “EL estrés en el equipo de cuidados paliativos: El Burnout”, Cuadernillos de Psicología de la Salud. Sinaloa, Pp. 7

⁸⁶ Morales J., Francisco, Olza, Miguel, (1996); Psicología Social y Trabajo Social; cap. 17 “Atracción y relaciones interpersonales”; edit. Mc Graw-Hill; Madrid; pag 398

- Componentes: son de diversos tipos como los conductuales, cognitivos, fisiológicos, a diferentes niveles:

Molar: habilidad de autoafirmación.

Intermedio: decir “no”

Molecular: establecer contacto ocular.

⁸⁷“... En el análisis de las habilidades sociales se han propuestos dos metodos: el molar, el intermedio y el molecular: en el primero se incluyen las habilidades generales como la asertividad, la habilidad heterosocial o la habilidad para entrevistas de trabajo, mientras que las segundas forman parte de las primeras y son el contacto ocular, el volumen y la entonación de la voz, y la postura...”

3.6.2. Factores de las Habilidades Sociales

Hoy en día los modelos que tienen o manejan comportamientos socialmente hábiles, son los modelos interactivos que manejan los factores personales y los factores situacionales (Grau, 1997).

Los factores personales que se tienen como comportamiento socialmente hábil son:

- Capacidades psicofisiológicas: sensoriales, motoras, memoria, activación.
- Procesos cognitivos: percepción, interpretación, planificación/toma de decisiones y factores asociados, como el nivel de información, la motivación y el afecto y algunas habilidades cognitivas como la autoeficiencia, las expectativas de resultados, la capacidad para autoinstrucciones y autorrefuerzos, la empatía, la previsión de consecuencias y las expectativas realistas.
- Aspectos psicosociales: variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel socioeconómico, pertenencia a grupos y categorías sociales, procesos de desempeño de roles, autopresentación y autocuidado.

⁸⁷ Ibid 3, p. 395
Ibid 4. Pp 395

- Repertorio conductual amplio y flexible: nivel verbal o no verbal y para lingüístico.

Los factores situacionales que afectan el comportamiento socialmente hábil son:

- Estructura de la meta: objetivos, motivos y/o necesidades en una situación dada.
- Reglas o normas: productos culturales y convencionalismos aprendidos y aceptados.
- Roles: si hay una ambigüedad de funciones y tiene un rol con requerimientos contrapuestos.
- Secuencias de conducta: su incumplimiento produce desorientación o insatisfacción.
- Conceptos que deben ser conocidos y compartidos por ambos.
- Repertorio de elementos: acciones, palabras y sentimientos a mostrar en cada situación.
- Cultura: los valores culturales extrapolados traen problemas.
- Condicionantes físicos: iluminación, ruido, temperatura, disposición espacial.

3.6.3. Dimensiones de las Habilidades Sociales

En la conducta socialmente hábil hay tres tipos básicos de dimensiones (Caballo, 1996):

Dimensión conductual: determina el tipo de habilidad:

- Iniciar y mantener conversaciones.
- Expresión de amor, agrado y afecto.
- Defensa de los derechos propios.
- Disculparse o admitir ignorancia.

- Expresión o desacuerdo.
- Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.
- Pedir favores.
- Hablar en público.
- Rechazar peticiones.
- Aceptar cumplidos.
- Enfrentar críticas.
- Petición de cambios.
- Hacer cumplidos.

Dimensión personal:

- Amigos del mismo y de diferente sexo, relaciones de pareja, padres y familiares, personas con autoridad del mismo y de diferente sexo, compañeros de trabajo del mismo y de diferente sexo, contactos con consumidores, profesionales del mismo y de diferente sexo.

Dimensión situacional:

- Lugar de trabajo, hogar, familia, lugares de consumo, lugares de ocio, transportes públicos, lugares formales: eventos, conferencias, etc.

3.6.4. Entrenamiento en Habilidades Sociales

Es una experiencia de aprendizaje de nuevas habilidades y de fortalecimiento de conductas existentes para ampliar su repertorio conductual, transformar sus estilos de interacción social y optimizar sus propios recursos, con el fin de incrementar su nivel de bienestar y enfrentar el estrés, así como los riesgos que acechan la salud (Grau, 1996).

⁸⁸...El entrenamiento de habilidades sociales ha sido definido como un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos con la intención

⁸⁸ Ibid. P.400

de mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales (Curran, 1985)..”

El entrenamiento en habilidades sociales tiene características especiales:

- Están orientadas a al desarrollo de nuevas habilidades o conductas alternativas, ampliando el repertorio conductual.
- Los sujetos son agentes activos de cambio, intencionados y participantes activos.
- Son procedimientos psicoeducativos de formación.
- Tiene una serie de incuestionables ventajas:
 - Son asequibles y familiares a los sujetos.
 - Su brevedad.
 - Terminología simple.
 - Flexibilidad y versatilidad para adaptarlos a diversas necesidades.
 - Están estructurados, lo que permite su aplicación por diferentes entrenadores.
 - Formación breve y sencilla.
- Existe amplia evidencia en su eficacia.

El entrenamiento de las habilidades sociales requiere las siguientes consideraciones:

Técnicas:

- Instrucciones: informar sobre las conductas adecuadas.
- Modelado: hacer demostraciones de las conductas adecuadas.
- Ensayo conductual: práctica de las conductas.

- Retroalimentación y esfuerzo: moldeamiento y mantenimiento de las conductas exhibidas por el sujeto.
- Estrategias de generalización: facilitar la generalización de las conductas aprendidas.

Deben considerarse para la aplicación de los entrenamientos de las habilidades sociales:

- La complejidad de las habilidades sociales que son objetivo de entrenamiento.
- El déficit de los sujetos.
- Si son de forma individual o mixta.
- Los medios o recursos disponibles.
- Las condiciones de realización.

Tiene que existir una preparación adecuada en los sujetos:

- Que comprendan los principios básicos, las técnicas, y procedimientos del entrenamiento de habilidades sociales.
- Que manifiesten su acuerdo en participar y su deseo de adquirir nuevas formas de comportamiento, reconociendo sus ventajas.
- Que participen activamente en todo el proceso, aportando ejemplos, sugerencias, estrategias de actuación, tomando parte en los ensayos y realizando las tareas.
- Que se impliquen en forma activa en el entrenamiento de otros sujetos, lo que les aportará beneficios complementarios.

La aplicación del entrenamiento de habilidades sociales se puede aplicar con otras técnicas: control de ansiedad, reestructuración cognitiva, solución de problemas, relajación; aplicándose en dos modalidades como técnicas adicionales a los entrenamientos de habilidades sociales o integradas a los propios entrenamientos de habilidades sociales: técnicas cognitivas.

El entrenamiento de las habilidades sociales se centra en la formación de salud, así como al profesional de la salud, desarrollando habilidades comunicativas, en la prevención y manejo del estrés ocupacional crónico en salud y desgaste por quemamiento en el trabajo: Burnout, puesto que:

- Optimiza afrontamientos a situaciones problemáticas.
- Favorece el apoyo emocional efectivo.
- Propicia la reorganización de tareas y la toma de decisiones.
- Facilita el trabajo de equipo y el desarrollo de las técnicas de gestión.

Las habilidades en los profesionales pueden ser agrupadas en tres grandes rubros (Grau, 1997):

Habilidades centradas en la relación del profesional con el usuario:

- para tener una relación satisfactoria.
- Cognitivas: saber escuchar, percibir de las preocupaciones del usuario.
- Conductuales específicas: orientadas a la entrevista, para transmitir información y persuadir, de negociación, asertivas, para afrontar situaciones conflictivas.

Habilidades para capacitar a usuarios de la transmisión del autocuidado:

- De motivación.
- De instrucción.
- De negociación.
- De participación democrática.
- De dirección de grupos.

Habilidades dirigidas a optimizar la relación multidisciplinaria en la profesión:

- Para afrontar creencias erróneas.
- De asertividad interprofesional.
- De dirección y supervisión.
- Para dirigir grupos.
- De medición de conflictos.

El desarrollo de estas habilidades permite:

- Aumentar el rendimiento.
- Disminuir las consecuencias negativas del estrés.

- Fomentar el apoyo a los demás.
- Incrementar la autoestima y la autoconfianza.
- Mejorar las relaciones interpersonales.
- Saber escuchar a los demás.
- Convencer a otros razonadamente.
- Vencer miedos y ansiedades específicas.
- Estimular el estado de ánimo.
- Desarrollar facilidades para pactar y negociar.
- Limitar la agresividad.
- Canalizar las emociones de forma adecuada.
- Proteger del riesgo del trabajo profesional difícil o “quemante”, productor del Burnout.

3.6.5. Asertividad

La palabra asertividad se deriva del inglés “assertion” que significa autoafirmación, la mayoría de los autores la definen como la capacidad para la expresión de los derechos y sentimientos personales; por la misma línea se dice que es la expresión correcta de cualquier emoción distinta a la ansiedad hacia otra persona (Wolpe, 1978). También es la conducta que permite a un individuo actuar según sus propios intereses, arreglándose solo sin la lógica de la ansiedad y expresar sus derechos sin negar la de los demás (Alberti y Emmons, 1978). Esto es que la asertividad se trata de la expresión de los sentimientos negativos así como de la expresión de los sentimientos positivos como del amor.

El ser asertivo tiene dos beneficios en la comunicación y en las relaciones interpersonales:

- Incrementa el autorrespeto y la satisfacción por el autoafianzaje.

- Incrementa la posición social, la aceptación y el respeto procedente del reconocimiento de los demás de la capacidad propia para afianzar sus deudas personales.

Ser una persona asertiva es aquella que tiene la libertad psicológica suficiente para expresar sus derechos y sentimientos personales sin violar el derecho de los demás y sin sentir ansiedad, culpa o temor por la expresión de los mismos.

La asertividad (Grau, 1997) son comportamientos como:

- Defensa de los derechos propios sin violar los derechos ajenos.
- Expresión de gustos e intereses propios de manera espontánea.
- Hablar de uno mismo sin sentirse cohibido, sin presunción.
- Aceptación de cumplidos sin sentirse incomodo.
- Discrepar abiertamente con otra persona, cuando no se esté de acuerdo con su punto de vista.
- Solicitar aclaración de aquellas cuestiones que no se entiendan, tener la comodidad de preguntar.
- Exteriorizar una negativa, decir que no, en aquellas cuestiones o situaciones que así se entienda pertinente.
- Solicitar ayuda.
- Expresar los puntos de vista personales.

Sin embargo, toda conducta asertiva se expresa dentro de un contexto determinado, por lo que una conducta puede ser asertiva en un contexto pero en otro no.

⁸⁹ “...Se considera una conducta asertiva como una conducta intermedia entre una conducta pasiva y una conducta agresiva. Si la conducta agresiva es todo comportamiento dirigido a agredir a otro, ya sea física o verbalmente, la conducta pasiva es toda conducta mediante la cual el sujeto no actúa en defensa de sus derechos y permite que los demás se aprovechen de él y lo manipulen...”

⁸⁹ Grau Abalo, Jorge A. (1998); Conferencia de Habilidades Sociales: El entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) en profesionales de salud; apuntes personales; P. 13

3.6.6. Entrenamiento de la Asertividad

La mayoría de las personas coincide que la asertividad es algo que se aprende, por lo que la falta de asertividad es un producto de no aprendizaje (Grau 1997).

Hay factores que obstaculizan la asertividad:

- no sabe cómo expresarla, pues no tiene modelos asertivos, no conoce sus derechos asertivos.
- Sabe cómo expresar conductas asertivas, pero le cuesta trabajo identificar las situaciones en que tales comportamientos deben ser expresados.
- El temor o la ansiedad.
- Factores cognitivos, como la preocupación por lo que los demás puedan pensar de él, la visión catastrófica o de inutilidad personal.

⁹⁰ “...Muchos de estos condicionamientos se han aprendido en la niñez, generalizándose en etapas de posteriores de la vida, a partir de relaciones que el individuo ha sostenido con personas significativas para él y que de alguna forma lo han manipulado, controlando su comportamiento, induciéndole ansiedad o temor.

Para poder recuperar, restaurar o incrementar la asertividad, el individuo tiene que someterse a un proceso de descondicionamiento y reaprendizaje que implica aprender a controlar sus estados emocionales, sus cogniciones: pensamiento, creencias, ideas, y la adquisición de habilidades de comunicación...”

Toda persona debe de conocer, tener y practicar sus derechos asertivos (Smith, 1977).

- Derecho a juzgar su propio comportamiento, sus pensamientos y emociones, y tomar la responsabilidad de su iniciación y consecuencias.
- Derecho a conservar su dignidad, mostrándose adecuadamente asertivo, incluso, si eso hiere a otro, mientras su motivo sea asertivo y no agresivo.
- Derecho a pedir algo a otra persona, mientras acepte que esa persona tiene derecho a decir no.

⁹⁰ Idem, P. 14

3.6.7. Limitantes de la Asertividad

La expresión de la asertividad se limita por la presencia de ideas irracionales que provocan temor, ansiedad. Una idea irracional es una distorsión del pensamiento lógico y forma emociones desagradables en los sujetos, que en poco le ayudan para a manifestar conductas asertivas.

Las ideas irracionales paralizan las acciones del individuo, creando ansiedad, y están fundadas en posiciones rígidas donde se generalizan aspectos particulares de una situación, se expresa la tendencia de descargar sobre los demás la responsabilidad de decidir, evaluar por el mismo individuo cómo debe de comportarse, pensar o sentir, y la tendencia a evadir situaciones y responsabilidades, de imponer los deseos personales a la realidad (Beck, 1976).

Las ideas irracionales expresan tendencias perfeccionistas, como el que se presentó en la personalidad tipo "A"; pensamientos polarizados: bueno, malo; conmigo, contra mí; desvalorización de la propia valía y la atribución de un control externo al sujeto de sus propias circunstancias.

La asertividad puede arreglar limitantes: como controlar y dominar estas ideas es necesario primero reconocer y comprender la relación existente entre pensamiento, emoción y comportamiento, la influencia que tiene en los pensamientos y conductas la evaluación que se hacen de las cosas; segundo, si no se puede evitar que determinadas ideas irracionales acudan a la mente, se puede evitar que se queden mediante procedimientos como las técnicas de detención del pensamiento, la terapia racional-emotiva de A. Ellis y los ejercicios emotivo-rationales de su discípulo M. Maultsby.

Para perfeccionar las habilidades asertivas, se tiene que optimizar las habilidades de comunicación, con el desarrollo de de habilidades de aproximación o demanda, de protección o rechazo, etc.

Y para lograr ser un comunicador eficiente es necesario desarrollar al máximo posible las potencialidades de la voz y los movimientos de cuerpo, reducir incoherencias o conflictos entre distintos canales: verbal o físico verbal por los cuales se envían a otros los mensajes, saber hacer uso de los eficientes de los gestos: los de la cara y de los movimientos para apoyar lo que se dice. El lenguaje corporal es importante para mantener la expresión de la asertividad, en concordancia con lo verbal, por lo que se ha de procurar:

- Mantener un contacto ocular con el interlocutor.
- Mantener el cuerpo en posición erguida.
- Articular las palabras de forma clara, audible y firme.

Existen formas para mejorar los aspectos de la comunicación:

- Analizar el lenguaje verbal y corporal.
- Rompimiento de la inhibición en relación con la expresión corporal.
- Retomar un cuento conocido y dramatizarlo improvisadamente.

Las técnicas de las habilidades de comunicación son formas y procedimientos de solución en la presencia de determinados problemas (Grau, 1997):

- para formular una queja.
- Para responder a una acusación.
- Para iniciar, mantener y terminar una conversación.
- Para prepararse para una conversación difícil.
- Para enfrentarse a mensajes contradictorios.
- Para responder a la persuasión.
- Para pedir ayuda.
- Para negar ayuda.

- Para defender un amigo.
- Para dar y recibir cumplidos.
- Para expresar sentimientos cuando a alguien lo ignoran o rechazan.
- Para hacer frente a las presiones de grupo.

En suma, es necesario considerar las siguientes estrategias para hacer más eficaces las respuestas asertivas:

- Tener un buen concepto de sí mismo: buena autoestima.
- Planificar los mensajes: autopreparación del discurso.
- Ser educado: exponer con tranquilidad pero con firmeza la opinión propia, sin dejar de tomar en cuenta la de los demás.
- Guardar las disculpas para cuando sean necesarias: no humillarse por un error.
- No arrinconar a los demás: proporcionar salidas honorables.
- No recurrir a las amenazas: cumplir sin falta lo que se va a hacer.
- Aceptar la derrota cuando sea necesario: saber perder con elegancia y cortesía.

⁹¹ “...Las habilidades sociales, junto con la asertividad y la comunicación son técnicas benignas para la salud del individuo en un plano social, puesto que a medida que pueda manejar sus circunstancias sociales con el medio interpersonal estará mas en disposición para experimentar una sensación de bienestar y realización...”

Las habilidades sociales le confieren al individuo una serie de cualidades para enfrentar el sistema que lo pueda incomodar, dándole medios, técnicas y estrategias para salir avante de los problemas que le presente su contexto social: el trabajo, la escuela, la familia, el grupo de amigos, el vecindario, etc.

Las habilidades sociales son mecanismos para enfrentar las situaciones desagradables y confrontar exitosamente los factores de estrés.

Las estrategias de las habilidades sociales pueden determinar un modelo de aprendizaje para paliar la personalidad del individuo y darle cierta pausa y ordenamiento.

⁹¹ Ibid, P. 27

Las habilidades sociales propician la búsqueda y obtención de redes sociales así como la optimización del apoyo social, pues a través de la asertividad puede generar o encontrar positivos lazos de unión que le reafirmaran sus derechos y obligaciones con su derredor.

3.7. CALIDAD DE VIDA

El término de calidad de vida se ha utilizado frecuentemente en varios contextos, tanto históricos, sociales o culturales en el desarrollo de la humanidad para aducir una aspiración de una vida correcta de realizaciones personales (Grau, 1999); la calidad de vida lo han enarbolado como un atractivo discurso los políticos, economistas, psicólogos, sociólogos, médicos, filósofos, educadores, periodistas, etc., con el fin de ostentar la posibilidad de un excelente “modus vivendis”; regularmente se le ha manejado como la idealización de un logro personal dentro de las condiciones de vida de un contexto social determinado; aunque han aparecido varios enfoques que tratan de conceptualarlo como un arquetipo trascendental de vida. Hay diversos tipos de plantearlo como un modelo específico según la disciplina que lo maneje, por ejemplo se puede hablar de una calidad de vida desde desarrollo económico, progreso intelectual, una realización educativa, un equilibrio mental y psicológico, un mantenimiento de salud física, etc.

⁹²“...Algunos (Ferrel y cols., 1989; Grau, 1997) remontan las primeras contribuciones del término a trabajos teóricos de Filosofía y Ética y aseguran que en algunos trabajos clásicos se usó este término para discutir los problemas del significado de la vida y las dimensiones espirituales del sufrimiento. Bech (1993) reporta que la primera persona pública que utilizó el término fue el presidente estadounidense Lyndon Johnson en 1994,...”

Existe una concordancia acerca de que el concepto de calidad de vida aparece en la década de los 70s y su fulgor es hasta los 80s, correlacionándolo con los

⁹² Grau Abalo, Jorge (1997); Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación; una perspectiva psicosocial de salud; Tesis para la opción del título de especialista de 1 grado de Psicología de la

conceptos de bienestar, felicidad y salud; el término surge en los indicadores materiales y subjetivos del bienestar. Su desarrollo tuvo lugar en las ciencias médicas para pronto desplazarse a los ámbitos de la Psicología y la Sociología intentando entrelazar los conceptos de salud y bienestar (Moreno, Ximenez, 1996).

En las antiguas civilizaciones se asociaba el concepto de vida optima al cuidado de la salud personal, luego éste se centró en la preocupación de la higiene pública, extendiéndose a los derechos humanos, laborales y ciudadanos e incluyendo sucesivamente la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente, la preocupación por la experiencia del individuo de su vida social, de su actividad cotidiana y de su salud personal. La calidad de vida fue de lo individual a lo público, de lo público a lo social de lo social a lo comunitario y de lo comunitario a lo individual, puesto que han evolucionado las condiciones de vida y su percepción y valorización.

⁹³“...Levi y Anderson asumiendo una propuesta de la ONU afirman que la calidad de vida la conceptualizan como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa. Andrews y Withey (1976), insisten en que no solo es reflejo directo de las condiciones reales y objetivas, sino de su evaluación del individuo...”

Los indicadores más elevados en su evaluación son las medidas de satisfacción con la vida y felicidad, sin embargo estos constructos son diferentes al concepto de calidad de vida.

Feliz: es la persona que tiene y demuestra satisfacción (Morris, 1970), o una actividad o estado en la esfera de las emociones.

Vida satisfactoria: es la gratificación en una proporción adecuada a los principales deseos de la vida (Stones y Kazman, 1980)

salud; Facultad de Ciencias Médicas “Calixto García”; Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Pp. 2

⁹³ Ibid. P.3

3.7.1. La Calidad de Vida en la salud

La naturaleza de la calidad de vida tiene componentes objetivos: condiciones de vida, nivel de vida y factores que influyen sobre la percepción que tiene el sujeto (presencia o ausencia de síntomas, funcionamiento físico), y tiene componentes subjetivos: que son definiciones globales de bienestar y de felicidad y satisfacción (Grau, 1997). La calidad de vida hace referencia sobre la relación con la salud (Slevin y otros, 1988; De Haes, Van Knippenberg, 1987). El papel de los factores psicológicos condiciona el grado de satisfacción o bienestar para la evaluación de salud. Las condiciones objetivas se refractan a través de las aspiraciones, de las expectativas, de referencias vividas y conocidas, de las necesidades y valores de las personas, de sus actitudes y emociones, y es a través de este proceso que se convierte en bienestar subjetivo. La calidad de vida se conceptualiza como propiedad de lo que las personas experimentan de sus situaciones y condiciones de sus ambientes de vida, y por tanto, depende de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su entorno; al incorporar la dimensión subjetiva hay que subrayar el papel que tiene la satisfacción y su medición a través de juicios cognitivos y reacciones afectivas (Diener, 1984), aunque hay opiniones diferentes en relación a la satisfacción (Reimel, Muñoz, 1990), asociándola a factores intrínsecos (reconocimiento, progreso, autorrealización) y extrínsecos (status, salarios, seguridad) o conceptualizándolo en términos de una actitud.

En la evaluación de la calidad de vida, la Psicología de la Salud tiene como unidad de análisis la salud del individuo con su derredor social y desarrolla como objetivo determinar los efectos de los cuidados de la salud, estimar las necesidades de la población, optimizar las decisiones importantes, estudiar las causas e impactos de las variables psicosociales que intervienen en la salud del individuo (Moreno, Ximénez, 1996; Grau, 1997). El interés de la Psicología por la calidad de vida ha llegado a profundidad que tiende a involucrarse en la medicina,

y se ha centrado no solo en la supervivencia del individuo, sino en una supervivencia con calidad.

⁹⁴“...La salud es considerada uno de los principales valores del hombre, por lo que es considerada uno de los determinantes más importantes de la calidad de vida, a la vez que repercute en el resto de los elementos o valores presentes en la calidad de vida y la misma calidad de vida es una resultante de la atención a la salud. De hecho, varios autores consideran que el concepto de salud es valor predominante y valor aglutinante entre los distintos integrantes de la calidad de vida (Kaplan, 1985; Moreno, Ximénez, 1996)...”

Se denota que la calidad de vida se relaciona con la salud, pues salud es el equilibrio de las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales con su entorno inmediato, y cuando se logra esta relación se habla que se tiene satisfacción, bienestar y realización.

Cabe decir, que una calidad de vida es aplicable y alcanzable a las personas discapacitadas, enfermas o con cierto padecimiento(una persona con diabetes, con cáncer, alguien con una prótesis, con cierta discapacidad, etc.), ya que se en cierta medida se refiere a una vida digna.

3.7.2. Componentes de la Calidad de Vida

⁹⁵“...Al analizar los componentes de la calidad de vida percibida parece existir un acuerdo entre los distintos autores en cuanto a la naturaleza multidisciplinar del constructo. Adrews McKennell (1980); Warr, (1983) y Kamman, (1984) comentan la utilidad de distinguir en el constructo dos dimensiones básicas: una emocional y otra cognitiva. Estos dos componentes estrechamente unidos se consideran que son fundamentales en todas las actitudes, y tienen relevancia fundamental en las evaluaciones de la calidad de vida, ya que éstas se consideran como un tipo de actitudes...”

Aunque se deduce que la calidad de vida tiene componentes objetivos como la condición económica, el estatus social, la vivienda, los servicios públicos, los recursos materiales, etc.

⁹⁴ Ibid. P.6

⁹⁵Prior, J. y De la poza J. (1990); “Aportaciones teóricas al estudio de la calidad de vida”, en Quintanilla I. (comp.) calidad de vida, educación, deporte, y medio ambiente, Barcelona; Pp. 26

Es la forma de lograr tanto material como emocionalmente la satisfacción del entorno a partir de lo que las circunstancias le haya proporcionado al individuo. Se dice que es un estado final de bienestar o pudiera ser un mantenimiento de vida óptima, empero se entiende que es la consecución de una vida cómoda, relajada y tranquila.

⁹⁶ “...La calidad de vida señala los elementos más subjetivos, cualitativos, vitales y cotidianos, así como los aspectos ecológicos-ambientales, así como su percepción psicológica. El elemento conceptual es afirmar la primicia de la calidad de la vida humana frente a la cantidad de constituyentes y de los aflujos físicos-sociales aportados del exterior, todo ello desde el referente basal del significado personal que le es atribuido...”

El bienestar social se entiende como una congruencia de los factores externos de una sociedad con los factores internos del individuo; mientras que la calidad de vida es la responsabilidad del bienestar del individuo. El desarrollo humano, por otro lado es sólo una cualidad o estado genérico que una meta utópica a perseguir.

3.7.2. Evaluación de la Calidad de Vida

Hay cuatro dimensiones básicas a evaluar según Campbell (1981): Felicidad, emociones y afectos positivos y negativos, satisfacción vital, y estrés vital, los dominios en donde se obtendrá información son: matrimonio, vida familiar, amistades, redes sociales, estándares de vida, trabajo, apoyo social, vecindario, lugar de residencia, la nación, vivienda, educación salud y la propia persona.

⁹⁷“...Otros han utilizado diferentes factores de evaluación como: malestar psicológico; bienestar, tolerancia al estrés; satisfacción de necesidades básicas; independencia; rol de amistad; rol de amistad íntima; rol de esposo/a; rol maternal o paternal; apoyo social; trabajo en casa; trabajo fuera de casa; escuela; uso del tiempo libre significativo; consecuencias negativas del alcohol; consecuencias negativas de las drogas, se puede ver que se toca la dimensión de la salud tanto mental como psicológica. Sin embargo se encuentra que existe la inconveniencia de que las significaciones dependen del contexto social en el que se evalué...”

⁹⁶ Sánchez Vidal A. (1991) Psicología comunitaria. Bases conceptuales y Métodos de intervención. Edit. PPU; Barcelona; Pp. 227

⁹⁷ Ibid. P. 229

La calidad de vida tiene muchas definiciones evaluatorias que la tratan de explicar, entre ellas están los aportes de investigación:

Flanagan (1978) considera que las facetas más relevantes y que influyen la evaluación del bienestar de los individuos son: bienestar físico y material; relaciones sociales, actividades sociales, comunitarias y cívicas; desarrollo personal; desempeño y ocio.

Madley (1980) en sus análisis de faceta-vida global encontró que el ámbito familiar y el nivel de vida eran los determinantes de la satisfacción para ambos sexos y diferentes edades.

Evans (1985) en un análisis de literatura postula cinco facetas: bienestar material, relaciones interpersonales, actividad organizacional; actividad ocupacional; y ocio.

Blanco (1985) propone cuatro áreas que pueden influir en la calidad de vida global:

1. están las facetas de salud, trabajo y educación consideradas de mayor relevancia.
2. relativas al ambiente, preocupación creciente del ciudadano.
3. relacionadas con el ámbito interactivo del sujeto e incluye las facetas relativas al mundo familiar, relaciones interpersonales y ocio.
4. hace referencia a aspectos sociopolíticos tales como participación social, seguridad personal y jurídica.

Existen multitudes de medidas para evaluar la calidad de vida, y se han utilizado frecuentemente para:

- Evaluación de la satisfacción y el bienestar subjetivo: es el estudio de la satisfacción global de la vida, la investigación de la felicidad, bienestar y satisfacción.

- Determinación de los niveles de salud (status de salud): estudios en relación con la personalidad, así como las habilidades para confrontar situaciones difíciles, el mantenimiento de sistemas de apoyo social, la integración a la comunidad, una alta moral y una alta autoestima, el bienestar psicológico y el buen funcionamiento físico.
- Evaluación de la preservación de habilidades funcionales: es la preocupación por la repercusión de los cuidados médicos y en las necesidades propias del individuo. Se miden las respuestas del sujeto a sus propias disfunciones, las que varían de acuerdo a las creencias, atribuciones, afrontamientos, etc., o sea, de aspectos cognitivos, emocionales, sociales y ambientales, y no solo hechos físicos y fisiológicos.

En el proceso de salud-enfermedad se hablan de cuatro evaluaciones de calidad de vida:

- El de la calidad de vida en la atención paliativa: la paliación es el objetivo de un tratamiento, se evalúa el aspecto subjetivo.
- Estudio de la calidad de vida en los profesionales, vinculados al fenómeno conocido como quemamiento o Síndrome de Burnout: corresponde con el estudio del estrés laboral-asistencial y sus consecuencias (quemamiento o Burnout), que no solo afecta la calidad de los servicios, sino la propia calidad de vida del personal, deviniendo un factor de riesgo de enfermar (Maslach, Jackson, 1981; Moreno y cols., 1991; Grau, Hernández, Chacón, y otros 1995).
- El enfoque de utilidad: se basa en la posibilidad de construir escalas cuantitativas para medir la calidad de vida con respecto a la salud y a la cantidad de vida con respecto a la salud y a la cantidad de vida (sobreviva) (Torrance, 1987)
- La perspectiva bioética en relación con la calidad de vida: está dirigida a las enfermedades crónicas no transmisibles y a la salud reproductiva.

3.7.3. Calidad de Vida y Bienestar

La calidad de vida tiene sus afines de análisis con los indicadores de bienestar mediante las actuaciones privadas y públicas dentro del actual sistema social favorecedor de un mayor ecosistema personal y social; los indicadores son instrumentos para aproximarse a esa realidad compleja a veces estructural e individual percibida desde intereses concretos.

El estado de bienestar se concentra en el entorno capitalista, y ese entorno capitales determina la condición de la calidad de vida, es por ello que su consecución resulta difícil, ya que ese sistema se encuentra con la objeción de la desigual distribución del acceso de recursos, la frecuente victimación del débil, el incremento de la indefensión socio-política, la marginación de la víctima en guetos cada vez más aislados, el impulso desenfrenado de la individualidad como ética del poderoso etc., haciendo que esté basado por la condición materialista del entorno. En realidad el modelo capitalista manifiesta una crisis para conseguir un bienestar social en cada individuo.

⁹⁸“...Por este respecto, la acción del individuo no solo se halla determinado por condicionantes biopsíquicos sino por determinantes socioculturales, ya que lo social no solo condiciona desde lo exterior (atribución de causalidad externa) sino que incluso es interiorizado por cada sujeto mediante un proceso doble de asimilación y acomodación (Piaget), que tiene lugar en la categorización social (Tajfel, 1972) a partir del proceso de representación social de la realidad (Moscovici, 1961, 1984; Doise y Palmonari, 1986)...”

Por otro lado se ha encontrado que el modelo capitalista puede generar cierto bienestar social si hay un incremento en el nivel de salud al existir una mejora en las situaciones estructurales: carreteras, tecnología, luz eléctrica, hospitales, agua potable, transporte, drenaje, etc., así como en los servicios funcionales: educación, comunicación, redes sociales, apoyo social, información, responsabilidad informada, etc.

⁹⁸ Barriga S. (1990); los indicadores del bienestar: Hacia una visión desde la Psicología Social Comunitaria. Rodríguez . (comp.); Aspectos Psicosociales de la salud y la comunidad; Barcelona PPU; Pp.182
Ibid. Pp. 183

Cuando nos referimos al bienestar en sus múltiples aspectos: físicos, psicológicos y sociales, se está hablando de salud, según la definición de la OMS (Alma-Ata, 1978).

Los determinantes de salud no solo se refieren a los elementos que tienen que ver con el bienestar físico sino también a los determinantes socio-culturales que condicionan la calidad de vida en el individuo. Hay ciertos indicadores que tratan de explicar el bienestar con la salud: nivel de renta, hábitat, nivel de educación, calidad de consumo, estructura demográfica, modelo de vida familiar, etc., aspectos subjetivos de la expectativa de salud.

3.7.4. Componentes de Calidad de Vida.

Los diversos componentes de la calidad de vida son: condiciones de vida, seguridad social, condiciones de trabajo, vestimenta, derechos humanos, alimentación, educación (Barriga, 1988), y se les puede anexar la relación de fases que desde las variables objetivas de las condiciones de vida, pasa por las variables subjetivas: propiedades subjetivas percibidas, evaluación de las propiedades subjetivas percibidas, grado de satisfacción en los diferentes aspectos de la vida, que a final de todo nos permite lograr la calidad de vida (Blanco, 1985).

Se han encontrado indicadores que influyen en la consecución de la calidad de vida, en ellos se encuentran los indicadores socio-culturales del bienestar y los indicadores psicosociales.

- Los indicadores socio-culturales del bienestar son aquellos que inciden en los aspectos exteriores e interiores del individuo; se encuentra que las necesidades del individuo están establecidas por las presiones sociales, por los elementos

contextuales que impulsan a un definido consumo de bienes por comparación social; el bienestar son las necesidades de un determinado contexto, es por ello que se encuentra que los niveles de bienestar, no son estáticos, sino dinámicos, van cambiando con la evolución del individuo, dentro de un contexto social. Por lo mismo, el individuo para tener un nivel de bienestar depende de las ambiciones, valoraciones, creencias y aspiraciones personales. El presente análisis de este estudio de bienestar pretende dejar atrás el estereotipo de ahuyentar la enfermedad como medio de aspiración de salud en la población existente, el conformismo, no exento de impotencia aprendida (Seligman, 1981), de la población va desapareciendo a medida que se va incrementando el nivel cultural de la población que es agente de su realización y de asumir decisiones que influyan en su salud de vida. Se toma que la salud no es solo un aspecto objetivo, sino que está rodeado por elementos subjetivos que delinear la obtención de la calidad de vida en el individuo. Los indicadores socio-culturales que establecen algunos autores (De Miguel, 1974; Timio, 1979; López-Acuña, 1980; De Miguel, 1985; Llamazares, 1987):

- Nivel de ingresos económicos: regularmente todas las relaciones están mercantilizadas, los niveles de renta son los que están condicionando los niveles de calidad de vida.
- Niveles de consumo: el consumo individual esta relacionado por la renta per. capita; por otra parte las diferencias regionales dificultan la igualdad del derecho en los accesos a un bienestar.
- Nivel educativo: el nivel cultural es la entrada del sistema socio-económico de nuestra sociedad, pues el nivel educativo da posibilidades al individuo de una mayor preparación funcional, dando una expectativa de bienestar personal.
- Nivel ecológico: la concientización de la calidad ambiental del medio en que se vive, expresa la presencia de valores ecológicos en la calidad de vida de la sociedad, pues son deterioros en la salud la contaminación, el

empobrecimiento del paisaje, el abandono de los medios rurales. El diseño de la vivienda, la masificación de la vivienda, el hacinamiento, etc.

- Nivel de desarrollo demográfico: el desarrollo demográfico condiciona las posibilidades socioeconómicas, pues propicia el desarrollo de tecnología como la medicina y el impulso económico.

- Los Indicadores Psicosociales: son las construcciones sociales que se le hacen a la realidad, puesto que la realidad se construye a través de la interacción social con los demás, y los productos de dicha realidad son las representaciones sociales que se deriva de ello. Una sociedad pone valores, modas, juicios, normas a seguir o alcanzar, el individuo los interioriza para hacerlos válidos y prácticos.

Las perspectivas teóricas pretenden explicar que el individuo al hacer una categorización de la realidad puede formar, identificar y ordenarla, y así construir la realidad del sujeto, y esta es gracias al proceso previo de la representación social, por lo que el comportamiento individual en una interacción está determinado por las características objetivas de la situación y la representación que él tiene de la misma situación; se puede establecer que la calidad de vida no es homogénea ni universal, pues tiene determinantes individuales, profesionales, socioeconómicos, etc., que influyen en su constitución, pues la multiplicidad de percepciones sociales repercute en los distintos procesos de categorización y determina los diferentes caracteres de la calidad de vida; desde esta perspectiva se toma en cuenta los parámetros de la vivencia subjetiva en comparación a los niveles aspirados de vida de un individuo.

3.7.5. Limitantes de la Calidad de Vida

Hay una relación existente entre calidad de vida y las variables psicológicas y psicosociales, que suelen ser negativas para su obtención. Entre esas variables están:

Estrés: tiene un impacto negativo sobre el bienestar (Pearlin, 1981; Caplan, 1983).

Locus de control: se ha encontrado que las percepciones de control interno afectan positivamente el bienestar de los individuos.

Desempeño: se ha medido con la influencia del estrés, percepciones de control y apoyo social (Abbey, 1983), pues el alto desempeño genera en la persona un nivel de competencia que aumenta la sensación de bienestar.

Depresión y ansiedad: están conceptualizadas como medidas de resultado que están mediatizadas por otras variables.

Se puede encontrar que el estrés, percepción de control, desempeño influyen en los niveles de ansiedad y depresión y que influyen a su vez sobre los niveles de bienestar y por supuesto en la percepción de la calidad de vida.

3.7.6. Aproximaciones teóricas de Calidad de Vida

El concepto de Calidad de vida nace en los años 60 como un intento de distintos investigadores sociales por superar el marco de análisis del bienestar que solamente se basaba en una cuestión económica. Bauer (1966) y Cross (1967) cuestionan la conceptualización económica como determinante para entender la Calidad de Vida, aunque las diversas ciencias que la han abordado generan una discrepancia de conceptos. Esto se explica por que algunas ciencias, para entender la Calidad de Vida, toman indicadores sociales objetivos:

condiciones objetivos del bienestar, mientras que otras analizan las percepciones de estas condiciones objetivas.

La Calidad de vida esta relacionada a una Importancia o gravedad de la vida, es una buena calidad, superioridad o excelencia de la existencia con sus condiciones ambientales; es el estado de una persona, su naturaleza, edad y demás circunstancias y condiciones que se requieren para realizarse en su contexto histórico.

Es el conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida; es dar calidades y significados a la vida individual, es hacer votos de bienestar, felicidad, satisfacción, éxito en el trabajo, escuela, familia, en el contexto social en el que esté insertado. La calidad de vida se refiere a la vida como cualidad personal, diferente a lo que es la cantidad de vida.

⁹⁹“... En realidad la calidad de vida es un concepto ambiguo. Si a un fenómeno tan complejo como es la vida humana se le despoja de la dimensión temporal (la cantidad), todos los atributos restantes corresponden a la calidad. La cantidad de vida se expresa en esperanza de vida en años, tasa de mortalidad, duración del equilibrio sistémico-orgánico, etc. pero la calidad de vida se entiende como la optimización de los recursos humanos con su entorno...”

Sin embargo, cuando se toman los indicadores sociales objetivos, no se puede establecer una conptualización válida debido a que el nivel de vida de cada contexto, con sus propias condiciones de vida, pueda ser diferente y determina la satisfacción de una zona a otra.

Desde un ángulo psicosocial, el marco teórico es más difícil.

Una forma sencilla para evaluar calidad de vida es su medición global en su totalidad a través de la pregunta “How are you?”: el HAY es un instrumento que

⁹⁹ Grau Abalo, Jorge (1997); Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación; una perspectiva psicosocial de salud; Tesis para la opción del título de especialista de 1 grado de Psicología de la salud; Facultad de Ciencias Médicas “Calixto García”; Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Pp. 3

sirve para saber el estado de bienestar que tiene el individuo en ese momento (Grau, 1999).

Hay un nuevo modelo llamado ecológico, es un estudio de la calidad de vida que considera que debe hacerse análisis no solamente a las situaciones físicas, económicas y sociales para el individuo o para su comunidad, sino que debe también tomarse en cuenta los valores personales, metas, y estilos de vida en orden a tener un conocimiento más completo y válido del rango de interacción de los factores que llevan a la experiencia subjetiva de bienestar.

3.7.7. Estudios de Calidad de Vida

Se abren grandes perspectivas al estudio de la calidad de vida en los próximos años, disciplinas como la Medicina, la Sociología, la Economía, las Ciencias Políticas y la Psicología tendrán un papel importante en su desarrollo. Pero la naturaleza integradora de este constructo no significa que yuxtaposición de los conceptos de todos los elementos componentes de las diversas disciplinas, por lo que su estudio tiene que ser multidisciplinar y multidimensional; tiene que tener los aportes de la Gerontología, sociología, Economía, Biotécnica, así como los aportes de los estudios de los estilos de vida, afrontamientos a la enfermedad, de las habilidades sociales, del ajuste, del estrés y el dolor, de la psicoimmunología para que aunado con la Psicología, especialmente de la social de la salud puedan determinar un modelo factible.

Desde el punto de vista de la Psicología Social de la Salud trata de explicar los factores subjetivos que conducen al bienestar de las poblaciones, grupos e individuos, explicar los procesos que conllevan a las personas a su satisfacción moral, bienestar y felicidad, los mecanismos con los cuales ellos confrontan,

afrontan, resisten e integran los mismos factores que están deteriorando la vida misma.

La calidad de vida se considera como un proceso y no solo como un constructo configuracional. Si el desarrollo histórico-conceptual ha estado relacionado a conceptualizaciones como: bienestar, satisfacción, felicidad y salud, si las condiciones se refractan a través de las aspiraciones, las expectativas, las experiencias, los motivos, los pensamientos, los sentimientos y los valores del hombre (factores personales, valorativos y emocionales); si lo que se evalúa “calidad de vida percibida”, es decir, el nivel de vida o las situaciones objetivas del sujeto se transforman en bienestar subjetivo, por lo que la Psicología tendrá que esclarecer el proceso de percepción, estimación e interpretación de los factores objetivos, en la identificación y caracterización de los pasos o eslabones que conducen a la satisfacción y el bienestar, así como en la estructuración de sus elementos integrantes; por lo que develará nuevas opciones par la conservación de la salud y la vida con calidad, el enfrentamiento humano ante la enfermedad y el respeto merecido ante la muerte.

La calidad de vida no puede desechar las contribuciones acumuladas desde diferentes perspectivas, y a su vez, no puede quedarse solo con ellas como único modulo de análisis.

La Medicina, la Psicología, la Economía, la Sociología tendrán que concordar sus aportes para configurar la dimensión de la calidad de vida y centrarse en el análisis de los procesos que la determinan, en la naturaleza y devenir de sus variables moduladoras, en la elaboración de nuevos modelos teóricos- generales de flexibilidad, y a la vez, de rigor suficientes que permitan la operacionalidad del constructo y la elaboración de metodologías evaluativos. Entonces los resultados podrán contrastarse entre sí, abriéndose el camino a niveles superiores del

conocimiento científico en este tema que cobra importancia en el hombre moderno.

La Psicología tiene mucho que contribuir para un espacio en la lucha por conducir a la paz, satisfacción, el bienestar, la felicidad y la salud del ser humano...

Los profesores, así como todo servidor social aspiran la consecución de una calidad de vida, y mientras tengan en su función profesional un espectro de situaciones de conflictos laborales, le irá mermando su calidad de vida.

El hecho de ser profesor implica la dificultad de una vida relajada, cómoda, realizada, puesto que su trabajo dista de obtener felicidad, tranquilidad, bienestar, salud, ya que el fondo de su trabajo le va llenando de problemas, conflictos, disonancias cognitivas, desilusiones, frustraciones, el ausentismo, la propia enfermedad e inclusive los suicidios como lo refiere la literatura de "Estrés en los profesores", la presión en la actividad docente, de Cheryl J. Travers y Cary L. Cooper; de editorial Paidós.

4. METODOLOGIA

INVESTIGACIÓN ACCIÓN-PARTICIPACIÓN.

La presente experiencia de los alumnos de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa realizada en la comunidad baja del Municipio de Chimalhuacan, Estado de México, se inscribe en un contexto de Educación Popular participativa, y tiene por objeto favorecer la participación popular en el autodiagnóstico y programación de alternativas de prevención y solución a diferentes problemas psicosociales de salud (Síndrome de Burnout, Estrés, etc.) así como deslindar posibilidades metodológicas y técnicas para el trabajo comunitario.

En esta experiencia se utiliza un modelo que se ha implementado en diferentes contextos (rural, urbano e indígena) y por diferentes instituciones (Universidad Autónoma de Sinaloa, UNAM, etc.) Con esta propuesta se ha buscado, a través de diversas estrategias, estrechar la relación con la sociedad e integrar las funciones sustantivas de la sociedad.

El modelo es de corte comunitario y pretende superar el enfoque academicista del comportamiento humano que reduce los fenómenos psicosociales a lo individual o grupal y hace poco o ningún caso de sus determinantes estructurales. Con el trabajo y la acción comunitaria se ha incidido en la problemática psicosocial para lograr algunos propósitos, fundamentalmente:

- Romper con el esquema tradicional del profesionista liberal íntimamente ligado al utilitarismo y fomentar una plática desprofesional y una actitud crítica respecto a las condiciones presentes de la comunidad.

- Rechazar la concepción de que la comunidad es un simple escenario de aprendizaje, en receptor de los supuestos beneficios que derivan de los programas y revalorizarla como co-educadora de los universitarios.
- Retroalimentar y reformular los esquemas teóricos y metodológicos que regulan el quehacer de la Psicología en tanto que la comunidad es fuente generadora y verificadora de conocimientos.

Se puede establecer que hasta el momento, por encima de las limitaciones y errores, el modelo comunitario ha operado con diferentes grupos y sectores sobre los problemas relevantes del país.

El resultado de estas experiencias y su impacto socioeducativo no siempre ha sido favorable, incluso se cuestiona el futuro de la práctica comunitaria. No obstante existen situaciones concretas que tienen un efecto multiplicador y un alto grado de dinamismo.

Los objetivos no se han alcanzado y la experiencia no termina de consolidarse, es todavía un proyecto. El reto continua siendo el mismo:

¿Cómo conjugar los esfuerzos de la Psicología con los procesos de la participación popular de manera que se obtenga un saldo a favor de la transformación social?

Las fórmulas tradicionales para promover el desarrollo desde los centros de poder resultan cada vez más incoherentes y contradictorios. Su lenguaje, su estilo, sus exigencias y objetivos son ajenos al mundo de las grandes mayorías y están desvinculados del trabajo y la cultura popular.

Entre las alternativas para lograr una participación real de la comunidad en el proceso de transformación social, se encuentra la Investigación Acción-Participación (IAP). Esta, es una propuesta metodológica que involucra a la población en la toma de decisiones y en la ejecución de una o más fases del proceso de investigación de la realidad.

La Investigación Acción-Participación contempla los siguientes principios:

- A) A partir de la realidad de los participantes se busca la toma de conciencia relacionada con su ubicación económica, cultural y psicosocial.

- B) La cultura propia de las comunidades es portadora de elementos para la interpretación, creación y transmisión de conocimientos; al conjurarse el saber popular con el científico se logra así un acercamiento más preciso de los hechos y procesos concretos.

- C) La investigación no termina con respuestas de orden teórico sino con propuestas de acción. Debe beneficiar inmediata y directamente a la comunidad en tanto que esta aproveche no solo los resultados sino el proceso mismo.

- D) A través de una relación pedagógica horizontal y técnicas dialógicas apoya la solidaridad y la reflexión colectiva para lograr un mayor nivel de organización y participación en los procesos de cambio y desarrollo estructural.

- E) La participación popular significa: la capacidad del grupo para actuar de manera organizada con el objeto de defender intereses comunes, de alcanzar directamente objetivos o de influir directa o indirectamente en la transformación de su realidad. La participación popular por lo tanto no es efectiva sin un grado mínimo de organización y presupone la necesidad de estar informando de las alternativas posibles. La participación de investigadores profesionales se define a partir de su contribución teórico-práctica a las acciones de la comunidad

- F) Explicita una intención política y una opción de trabajo con los grupos más postergados de la sociedad, así mismo reafirma la naturaleza política de todo lo que se hace en la acción comunitaria.

La metodología aplicada en las comunidades constituye una guía de intervención planificada, que considera las situaciones específicas de cada comunidad. Supone el respeto al protagonismo de las comunidades y a su derecho de definir su proceso de vida: estilo, modo, condiciones y calidad de vida.

METODO

objetivos

*Vincular la formación del psicólogo social de la UAM-I a proyectos de política social de la zona baja del Municipio de Chimalhuacán.

* Realizar un diagnóstico psicosocial de salud en dos escuelas primarias de la zona baja del Municipio de Chimalhuacán.

* Promover la integración de una red de grupos saludables en la Zona baja del Municipio de Chimalhuacán.

* Colaborar con un mejoramiento de reflexión y educación de la calidad de vida de los profesores de dos escuelas primarias de la Zona baja del Municipio de Chimalhuacán a través de acciones de promoción de salud.

En este contexto de investigación acción participación se inscribe la experiencia realizada en el municipio de Chimalhuacán, Estado de México, cuyos propósitos son favorecer la participación popular en el auto-diagnóstico y programación de alternativas de prevención y solución a diferentes problemas psicosociales. Para ello se utilizó el siguiente esquema metodológico:

1.- ETAPA PREVIA

1.1. Capacitación a grupos promotores

1.2. Delimitación de zona de trabajo

- 1.3. Monografía de la zona de trabajo
- 1.4. Selección de escenarios y grupos de trabajo
- 1.5. Reconocimiento y contacto con escenarios y grupos de trabajo

2.- FRENTE DE ENTRADA

3.- AUTODIAGNOSTICO

- 3.1. Tema
- 3.2. Objetivos
- 3.3. Población
- 3.4. Técnicas e Instrumentos
- 3.5. Aplicación de Técnicas e Instrumentos
- 3.6. Ordenación y Clasificación de la Información
- 3.7. Análisis de la Información
- 3.8. Devolución de los Resultados al Resto de la Comunidad
- 3.9. Alternativas y Plan de Trabajo

4.- EDUCACIÓN POPULAR (12 Talleres)

- 4.1. Proceso (Organización, Desarrollo y Participación)
- 4.2. Productos. (Intereses y Resultados)

5.- EVALUACIÓN

- 5.1. Reflexión

4.1. ETAPA PREVIA

En esa etapa se incluyen todas las actividades necesarias antes de entrar en contacto con la comunidad. La capacitación a estudiantes del año de investigación de la Psicología Social de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa (U.A.M.I.), incluyó la revisión de la teoría, método y técnica de la Investigación Acción Participación y se realizó una perspectiva problemática y dialógica.

El proyecto de Psicología Social de la Salud es una propuesta de Investigación- Intervención que desarrolló la Coordinación de Psicología Social de la UAMI desde 1998. Tiene su origen en la experiencia comunitaria que se llevo a cabo en la colonia San Miguel Teotongo de 1989 a 1992, y últimamente de 1998, 1999 y 2000 donde se pretendía vincular la Psicología Social, la Psicología Comunitaria, la Psicología de la Salud y la Investigación Acción Participativa con los problemas del Movimiento Urbano Popular.

El proyecto de Psicología Social de la Salud ha establecido un vínculo con diferentes Organizaciones Civiles, Organismos No Gubernamentales y ha logrado en la práctica incidir en la problemática de salud de la Zona Suroriente de la Ciudad de México, específicamente en la Sierra de Santa Catarina. Como consecución de dicho proyecto se trabajó con el mismo modelo con los profesores de las dos escuelas primarias de la zona baja de Chimalhuacán

Este proyecto plantea la necesidad de un nuevo modelo que privilegie la promoción y mantenimiento de la salud así como el control de las incidentes enfermedades de tipo crónica y de este modo construir un nueva cultura de la salud a partir de acciones sociales que incentiven la participación comunitaria y se orienten a la conformación de grupos saludables.

Un grupo saludable se define como aquél que esta continuamente mejorando su ambiente físico y social, desarrollando recursos que permitan a sus integrantes llevar a cabo actividades cotidianas y maximizar su potencial por medio del apoyo mutuo.

Con el objeto de cumplir las expectativas y cubrir el requisito de preparación de los investigadores se realizaron las siguientes actividades de capacitación en el año de investigación anteriormente mencionado antes de intervenir en la comunidad.

4.1.1.- Capacitación a grupos promotores.

En este caso los alumnos fungen como los promotores de salud.

Se les preparó durante todo un año con literatura, técnicas, talleres, audiovisuales, exposiciones de científicos sociales y Psicólogos de la Salud, como Jorge Grau, Teresa Romero, Mara Fuentes, entre los más importantes, que son miembros académicos de la Institución de Salud de Cuba.

El proceso de capacitación incluyó:

- * Sesiones semanales para capacitación en Psicología Social Comunitaria, Psicología Social de la Salud y Metodología de Intervención Psicosocial.
- * Trabajo de Campo semanal en la Comunidad
- * Sesión semanal de supervisión y evaluación grupal
- * Reportes parciales de Investigación – Intervención
- * Servicio social
- * Participación en eventos académicos especializados

4.1.2.- Delimitación



ALGO DE HISTORIA DE CH.

Antes de la llegada de los españoles existieron en el territorio de los 15 grandes señoríos pertenecientes al Reino Acolhuaca, de la capital del Reino. El señorío de Chimalhuacán se integró, entre otros, con los siguientes calpullis (barrios): Chimalhuacán (hoy Cabecera Municipal); Xochitenco, Xochiaca, Chimalco, Atlapulco y Tecamachalco.

Gobernaba el señorío de Chimalhuacán un Tlatoani, quien era respetado, reconocido y obedecido sin objeción por el pueblo y todos los calpullis o tlaxilacalli que estaban sujetos a su jurisdicción.

El Tlatoani atendía los asuntos del gobierno e impartía justicia y castigaba

severamente a quienes se hacían acreedores a ello. Recibía tributos en ropa, algodón y servicios personales para su casa, así como para sembrar y cosechar sus parcelas. El Tlatoani residía en lo que hoy es la Cabecera Municipal.

En esa época la vida era sencilla: la población nunca estaba ociosa; una más de sus actividades era ejercitarse en la guerra. Adoraban a Tezcatlipoca, hacían sacrificios guiados por los Tlamacazque (sacerdotes), participaban en las incursiones guerreras; vestían ropa de algodón bordada y únicamente el Tlatoani portaba atuendos más elaborados y vistosos. Se dedicaban a la Agricultura, a la Pesca, al Comercio y algunos oficios como labradores de piedra, encaladores y carpinteros. Se alimentaban de maíz y frijol y de los productos del lago de Texcoco y de la caza obtenida en el Cerro. El Nahuatl era el idioma predominante.

Como integrante del reino Acolhua, Chimalhuacán se ve involucrado en dos sucesos trascendentes de la historia de México:

1) En 1431 , los aztecas promueven la formación de la Triple Alianza, integrada por Tenochtitlan, Texcoco, Tacuba.

Esta alianza les permite a los aztecas, hacer frente a los Tepanecas de Azcpotzalco, logrando independizarse de su yugo y constituir así el estado más importante de Mesoamérica.

2¹⁰⁰.- Durante la conquista española Chimalhuacán , se enfrenta a dos situaciones que aparentemente son contradictorias, sino se toma en cuenta el

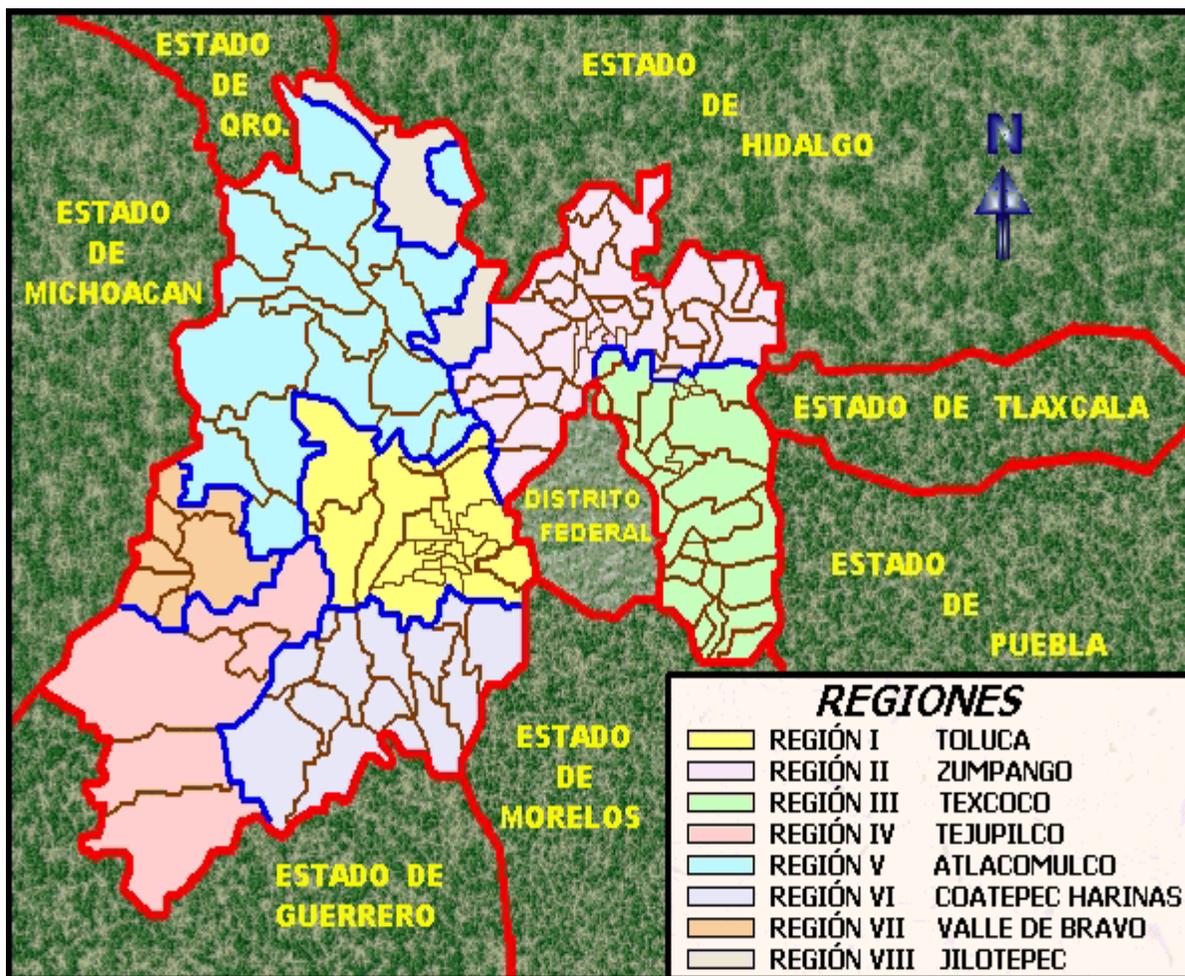
¹⁰⁰ Los hechos ocurrieron así Antes de morir Nezahualpilli, dispuso que a su muerte el reino de Texcoco se repartiría entre sus hijos Ixtlixochitl y Cacamatzín. Sin embargo, el reino nunca fue dividido y Cacamatzín es nombrado rey pues contaba con el apoyo de Moctezuma II.

Resentido contra Moctezuma por su preferencia, Ixtlixochitl, "invita a los extranjeros a descansar en los alrededores del reino; aceptando de antemano por el mismo y por otros señores principales ser bautizados e Instruidos en la fé católica y reconociéndose como vasallos del rey español.

Por otro lado, en Tenochtitlan, Cacamatzín discute la posibilidad de enfrentar al Invasor y expulsarlo, sin embargo, es presionado y obligado a recibir a los españoles en Ixtapalapa y conducirlos ante la presencia de Moctezuma. En la comitiva de recepción van algunos nobles, tlatoanis y principales del Remo Texcocano

En Chimalhuacán, también las opiniones se dividen. Cacama e Ixtlixochitl, las representan; el primero en contra de los españoles y el segundo a su favor. Casi todo el pueblo apoya a Cacama y cuando Moctezuma cae preso de Cortés, Cacamatzín intenta liberarlo buscando la alianza con otros jefes, sin embargo es el propio Moctezuma quien lo manda secuestrar llevándolo a Tenochtitlan, en donde muere torturado a manos de Alvarado.

contexto histórico-político en el que ocurrieron: por un lado se hospeda a los españoles, en las inmediaciones del reino Texcocano; y por el otro, Texcoco y sus señoríos luchan heroicamente en contra de su invasor.



Actualmente el Municipio ha variado sus formas tradicionales de vida en todos los aspectos social, cultural, económico y político; estos cambios han sido forzados por diversas circunstancias, entre las que destacan las siguientes:

- 1) Con la desecación del Lago de Texcoco a mediados de la década de los 50's, se pierde una importante fuente de ingresos.

- 2) La agricultura que constituía otro pilar de la economía, disminuye considerablemente al secarse los pozos que servían para el riego; debido a que el nivel de agua baja. Desde 1970 solo el 1% de la población económicamente activa se dedica a la agricultura (censo de población y vivienda 1970).
- 3) Al agotarse las fuentes de trabajo tradicionales, la población económicamente activa sin preparación técnica ni especialización alguna, abandona sus aperos y los cambia por un overol y /o un salario, principalmente en la Ciudad de México.
- 4) El contacto con otras formas de vida influye grandemente en la adopción de otros patrones de conducta ajenos a los tradicionales.
- 5) La venta masiva de terrenos, propició el asentamiento de nuevas colonias y barrios hablados por personas procedentes del interior del país, que buscan establecerse cerca de la Ciudad de México.
- 6) La composición social del Municipio, se hace cada vez más compleja, en la que conviven forzosamente Nativos y Colonos.
- 7) El Municipio de Chimalhuacán pierde una parte considerable de su territorio, al formarse el Municipio de Nezahualcóyotl, sobre terrenos que por generaciones pertenecieron al pueblo.
- 8) La urbanización del Municipio no pertenece a un plan integral de desarrollo, sino a la creciente demanda de servicios que exigen los nuevos asentamientos humanos.
- 9) Surgen varios grupos políticos y organizaciones populares que dan una nueva dinámica a la vida política del Municipio.

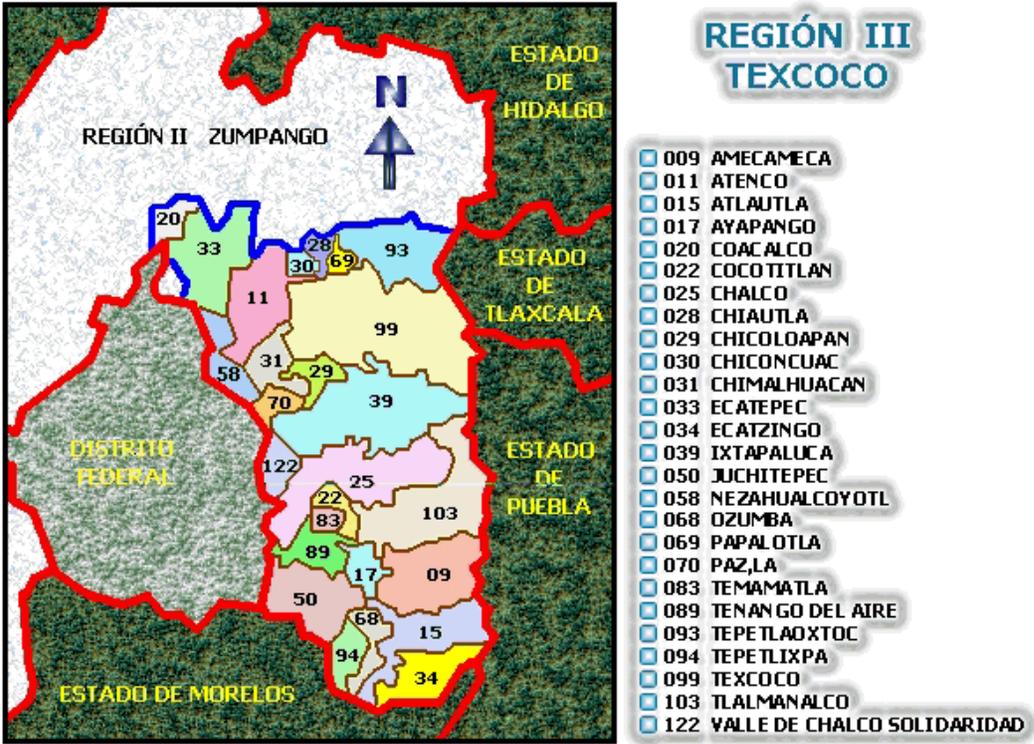
4.1.3.- monografía de la zona de trabajo

Por razones geográficas, demográficas, políticas y de incidencia se eligió al municipio de Chimalhuacán en su zona baja para llevar a cabo este trabajo y se elaboró la siguiente monografía sobre la base de diferentes fuentes documentales e institucionales

La presente investigación se elabora en la zona Baja de Chimalhuacán, en el

que según datos del INEGI, el municipio de Chimalhuacan es considerado como uno de los 28 municipios conurbanos a la zona metropolitana y se localiza al oriente del Valle de México y del DF, se estima que cubre una superficie aproximada de 46 606 km² y se contabiliza según el último censo una población aproximada de 561,032 habitantes.

Se considera un municipio dormitorio ya que no hay industrias ni fuentes de empleo, y su población trabajadora tiene solo empleo en otros lugares, principalmente en el DF.



Se establece en la región económica C, que se cataloga como la zona en donde los salarios mínimos son los más bajos a nivel nacional, además de ser en los últimos años campo de batalla en la búsqueda de los cotos de poder de grupos o partidos políticos, generando con esto un ambiente tendiente a la violencia social.

En su zona baja localizamos varias colonias conocidas como barrios, entre ellas están el barrio Curtidores, Artesanos, Canasteros, Herreros, Tepalcates, entre otros. La zona que interesa es esta última, debido que es una nueva zona que se está formando y que se encuentra al final del municipio, pero que va siendo ocupada por emigraciones de pobladores y agrupaciones sociales que cada vez avanzan más en la mancha urbana.

En este territorio se ubica el barrio de Tepalcates, una de las zonas más pobres, marginadas y con mayor carencia de servicios y que se puede, incluso, considerar como semi-urbana ya que la afluencia demográfica avanza cada vez más en esta zona por lo que el número de habitantes es también cada vez mayor debido a la necesidad de buscar acomodo de vivienda, por lo que los servicios no son satisfactorios o suficientes y esto es aprovechado, para que en base a dichas carencias de los habitantes, los grupos políticos lucren con la necesidad de la gente, sobre todo en la oferta y demanda de ofrecer los servicios básicos, entendido como un medio de corporativismo.

4.1.4.- Selección de escenarios y grupos

Se entiende que en esa población al no haber un suficiente apoyo social, existe un desfavorecimiento que se ve reflejado en las utilidades y servicios de la población, uno de esos campos es la educación a nivel primaria.

La problemática social más importante de esta zona se manifiesta en el campo educativo, ya que la calidad de enseñanza y el servicio público de este municipio se ve manifestada en los datos estadísticos reportados en: <http://www.edomexico.gob.mx/secybs/Educacion/seiem/ct01.ht>, en los cuales podemos observar el alto número de alumnos con relación a serios problemas de aprovechamiento escolar.

<u>Indicadores</u>	<u>PRIMARIA</u>
<u>Inscripción</u>	<u>718,591</u>
<u>Existencia</u>	<u>690,300</u>
<u>% Retención</u>	<u>96.06</u>
<u>Bajas</u>	<u>28,291</u>
<u>% Deserción</u>	<u>3.94</u>
<u>Aprobados</u>	<u>658,591</u>
<u>% Aprobación</u>	<u>95.41</u>
<u>Reprobados</u>	<u>31,709</u>
<u>% Reprobación</u>	<u>4.59</u>

Nivel Educativo	Alumnos			Grupos			Maestros		
	Mat.	Vesp.	Total	Mat.	Vesp.	Total	Mat.	Vesp.	Total
Primaria General	501,655	188,645	690,300	18,048	7,945	25,993	16,525	7,871	24,396

Estos datos son arrojados del último censo al municipio de Chimalhuacan, y se refieren exclusivamente a las escuelas, maestros y alumnos que existen en dicha municipalidad.

Como se puede observar por cada maestro hay 30 alumnos en promedio; sin embargo estas cifras no son fiables, porque en las escuelas que se estudiaron primeramente, sobre todo en la zona baja de Chimalhuacan, existía un grupo de mas de 40 alumnos por profesor.

Sin embargo las cifras que presenta el censo de Chimalhuacan reflejan que hay un número de 718,591 alumnos pero que existe un déficit de aproximadamente 60000 alumnos entre reprobados y dados de baja, esto explica que por cada 11 alumnos uno tiene problemas para terminar sus estudios.

Sin embargo la investigación no precisamente se avoca al problema de aprovechamiento de los niños en sí, aunque sin embargo, aborda aspectos derivados de ella, como el papel polémico pero fundamental de los actores de cambio: los profesores.

De las escuelas más carentes del municipio de Chimalhuacan está la que se encuentra en el barrio conocido como Tepalcates, ya que es un barrio de reciente creación, puesto que tiene de fundación menos de 7 años, por lo que su zona cuenta con escuelas de escasos recursos en infraestructura; aunque hay otra zona cerca de ahí llamada Acuitlapilco que cuenta con estructuras urbanas y que tiene no más de 10 años de fundada también.

4.1.5.- Reconocimiento y contacto con escenarios y grupos de trabajo

Evaluación de la situación comunal.

Se empieza a conocer el territorio físico logístico de las escuelas primarias: “José Vasconcelos” y “Melchor Ocampo” ubicadas en la zona baja del municipio de Chimalhuacan.

La Escuela “José Vasconcelos” está ubicada a un lado de la avenida Arenal, donde apenas hay una línea de transporte, es una zona sin servicios públicos como agua, luz, drenaje, pavimentación, teléfono; está rodeada por un cinturón de viviendas humildes, ya que es un lugar donde llega gente de escasos recursos económicos, provenientes de lugares de provincia, de municipios como

Nezahualcoyotl, Los Reyes, así como del DF; predomina la organización social de antorcha, una Asociación Política Popular del PRI que tiene fines corporativos.

La Escuela “Melchor Ocampo” está situada en la calle 15 de septiembre, a un costado de la Avenida Acuitlapilco, cuenta con dos líneas de transporte, en dicha escuela ya hay varios servicios públicos, sin embargo no hay pavimentación. Su población no tiene las mismas características que la otra, debido a que es una población con tintes ya urbanos. La escuela “Melchor Ocampo” tiene un grupo de 20 maestros, cuya edad está entre los 25 y 45 años, todos ellos son titulados de la Normal. La “Melchor Ocampo” es una escuela formalmente construida, pues cuenta con bardeado, y con todas las aulas de concreto.

Cabe señalar que la escuela “José Vasconcelos” es un plantel con una total carencia en infraestructura, pues apenas cuenta con cuatro salones y la dirección de concreto y con ocho salones con techo de lámina de cartón. Cuenta con una plantilla de 15 maestros del turno de la mañana, cuya edad oscila entre los 20 y 40 años; algunos apenas empiezan a dar clases, pues aún están terminando la Normal, cuya institución es una escuela normal de Chimalhuacan de reciente creación y que no es reconocida oficialmente, llamada Ignacio Altamirano, esta Normal hace y prepara profesores para la zona de Chimalhuacan.

Las dos escuelas primarias están cerca la una de la otra, pues sólo están a 250 metros de distancia; en los dos planteles se manejan los turnos matutino y vespertino, ya que existe una gran demanda de alumnos, cuyas edades fluctúan entre los 6 y 14 años.

4.2.-FRENTE DE ENTRADA

Los frentes de entrada son programas de servicio preventivo que permiten el inicio de la comunicación e interpretación con la comunidad a la vez que incidir sobre los problemas psicosociales de la región. Se realizan a través de charlas, talleres participativos y con ellos se pretende:

- Analizar y recuperar la experiencia de la población respecto de problemas psicosociales específicos.
- Desinstitucionalizar y desprofesionalizar la práctica de la Psicología.
- Integrar un grupo de la comunidad para la IAP.

En la presente experiencia se desarrolló la propuesta de un mini-taller sobre “El Síndrome de Burnout en los profesores”.

INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPACIÓN

4.3.- AUTODIAGNOSTICO:

Después de sopesar la serie de problemáticas reales se logró realizar las primeras entrevistas de los investigadores y la comunidad de maestros, se analizaron las características más sobresalientes de la comunidad, llegando a establecer que la prioridad a tratar es la salud integral del profesor, así como también el desgaste emocional que les está produciendo su misma profesión.

Se analizan las teorías que nos da la Psicología, la Psicología Social, la Psicología de la Salud, la Psicología Comunitaria, la Psicología Social de la Salud, la Psicología Social Comunitaria. Se hace hincapié en las teorías de salud

y en el Síndrome de Burnout, pues de ahí se desglosa el tratamiento de la problemática personal de los profesores.

Como se dedujo, después de tres primeros encuentros entre los investigadores y la comunidad, y tras haber aplicado los cuestionarios de la “telaraña” y del “MBI” se identifica y corrobora que el principal problema que afecta a los profesores es un desgaste emocional producto de su función y servicio social; pues ellos mismos no se percatan cómo pueden afrontar los conflictos emocionales que arroja dicha profesión, ya que no saben qué hacer con el problema diario que les deja su actividad a final de la jornada.

Retomando la propuesta de identificar los factores que provocan en los profesores el desgaste emocional en su labor, se empiezan a conocer algunas variantes que aparecen de manera constante y que conllevan a los síntomas de dicho desgaste. Por parte de los profesores surge la propuesta de que se haga una serie de actividades enfocadas a la resolución de los problemas y conflictos que ostentan dentro de su rol de educador.

Aquí se puede afirmar que los investigadores cuentan con la información pertinente del escenario y los actores, por lo cual se analizan los factores que conllevan a los maestros un desgaste emocional. Por parte de los investigadores cotejan la información obtenida con las herramientas y el conocimiento de los supuestos básico para enfrentar las problemáticas que acontecen a los mentores

Se expone una serie de tópicos relacionados con la salud a través de los temas tratados de la Psicología Social de la Salud y de la Psicología Social Comunitaria como: Promoción de la salud, Educación para la salud, Prevención de la enfermedad, así como el tema específico del fenómeno del Síndrome de Burnout.

Se hace una breve exposición acerca de los puntos relevantes que pueden tratarse, entre ellos están los temas relacionados con la salud y la función docente. Se aborda el Burnout y se genera una lluvia de ideas para promover el proceso a través del cual, los maestros comiencen a concientizarse de su posible desgaste profesional, así como el de tratar su desarrollo, o poder tener armas y herramientas de afrontamiento; respecto a ese desgaste emocional, dentro de esas ideas comienza a generar expectativas la impartición de un Curso Taller, que después de los tres primeros encuentros se da un seguimiento, a través del cual se logre dotar al maestros de herramientas como: auto-diagnóstico, prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación.

Otras propuestas fueron: observar películas, revistas, visita de especialistas, programas de radio y televisión, ejercicios estructurados, dinámicas lúdicas, etc. Llegando a la decisión que las actividades propuestas serían adecuadamente llevadas a cabo, en su mayoría, a través de un Curso Taller, en la cual los responsables de impartirlo al grupo de maestros, serían los investigadores exponiendo los temas acordes a lo propuesto y tratado.

4.3.1 Tema

La manifestación del “Síndrome de Burnout” en los profesores de primaria.

4.3.2 Objetivos:

Objetivo General

Determinar los Síntomas del Síndrome del Burnout en los Profesores de los Colegios de Primaria “José Vasconcelos” y “Melchor Ocampo”, ubicados en la zona baja del Municipio de Chimalhuacán.

Objetivos Específicos

- Encontrar los factores determinantes que producen el Síndrome de Burnout en los profesores.
- Conocer las condiciones y relaciones que tienen los profesores en su marco laboral.
- Demostrar los efectos de salud que se producen en los profesores y descubrir si corresponden con las manifestaciones del Síndrome de Burnout.
- Buscar un medio de afrontamiento en los profesores con respecto al Síndrome del Burnout y hacer frente a sus efectos dañinos.

4.3.3 Población

La población consta de dos grupos de profesores de ambas escuelas primarias José Vasconcelos y Melchor Ocampo, cada grupo está contenido por 13 profesores que se integraron de manera voluntaria. La escuela primaria José Vasconcelos tiene 7 profesoras y 6 profesores, todos del grupo matutino cuya edad fluctúa entre los 23 y los 43 años. La escuela Melchor Ocampo tiene 6 profesoras y 7 profesores de entre 26 y 42 años de edad, todos ellos pertenecen al turno vespertino.

4.3.4. Técnicas e Instrumentos

Se utilizaron principalmente dos instrumentos, entre ellos el Inventario para el diagnóstico para la medición de riesgos y enfermedades (la telaraña) validado por Grau J. y Cols. (1998).

Para evaluar el estilo de vida se utilizó un inventario creado en la Universidad de Berkeley por Sheldon Margen, publicado en la “Wellness Encyclopedia”, adaptado al español por el médico Manuel Garcés en Guatemala, con una modificación para Cuba realizada por Grau y cols. (1998) la cual ha sido utilizada en México Carranza (2000) Cruz I. (1999) y en Colombia por Flores L. (2001). El inventario de estilo de vida comprende las siguientes áreas:

- 1) Condición Física: indaga acerca de la actividad física que realiza la persona. Esta categoría tiene 6 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 6.
- 2) Historia Familiar: indaga acerca de los antecedentes patológicos familiares de la persona. Esta categoría tiene 6 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 6.
- 3) Autocuidado y Cuidado Médico: indaga acerca de algunas conductas esenciales de higiene personal y de auto examen para la detección precoz de enfermedades. Esta categoría tiene 13 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 13.
- 4) Hábitos Alimentarios: indaga acerca de la ingestión de bebidas y alimentos. Esta categoría tiene 9 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 9.
- 5) Consumo de Alcohol y otras Substancias: indaga acerca del consumo de agentes nocivos para la salud. Esta categoría tiene 6 ítems, los puntajes oscilan entre 0 y 6.
- 6) Accidentes: indaga acerca de comportamientos de protección contra accidentes. Esta categoría tiene 7 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 7.
- 7) Valores de la Vida: indaga acerca de comportamientos de la esfera intelectual y espiritual que constituyen factores de protección de la salud. Esta categoría tiene 7 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 7.
- 8) Estrés y Apoyo social: indaga acerca de eventos de la vida cotidiana generadores de estrés y el factor amortiguador que representa el apoyo social. Esta categoría tiene 16 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 16.

- 9) Medio Ambiente: indaga acerca del medio físico-químico y psico-social en que vive la persona la persona. Esta categoría tiene 7 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 7.
- 10) Sexualidad: indaga acerca de la satisfacción de la persona con su sexualidad. Esta categoría tiene 4 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 4.

La calificación del inventario se hizo de dos formas: a) Analógicamente, mediante el llenado de una figura en forma de “telaraña”, la cual tiene 10 áreas, correspondiente a cada una de las categorías, y cada área subdividida en un número de espacios igual al de la cantidad de ítems en la categoría. La persona rellena con un color el número de espacios correspondientes a sus respuestas correctas. Se le indica que entre más espacios queden coloreados, mejor se encuentra su estilo de vida en la respectiva categoría, dada por la sumatoria de respuestas obtenidas al lado izquierdo de la hoja de respuestas.

Pero el que se utilizó para enfocar los objetivos de la presente investigación es el “Inventario Burnout de Maslach” (MBI). Este manual ha sido sacado de los estudios originales de su autora Cristina Maslach y Susan E. Jackson (1981). El instrumento arroja un puntaje bruto que se clasifica en una escala tipo Likert, con tres intervalos: alto; 2. medio; 3. bajo.

Alto nivel de Burnout: puntajes elevados de la subescala de Agotamiento Emocional (22 o más), puntajes elevados en la escala de despersonalización (6 o más), y puntajes elevados en la subescala de reducción en la realización personal (35 o menos).

Medio nivel de Burnout: puntajes promedio de la subescala Agotamiento Emocional (entre 17 y 20), puntajes en la subescala de Despersonalización (entre 2 y 5), y puntajes de la Subescala de reducción en la realización personal (entre 36 y 41).

Bajo nivel de Burnout: puntajes bajos en la subescala de agotamiento emocional (menos de 17), puntajes bajos en la subescala de Despersonalización (mas de 36).

Estos niveles dependen de los puntajes obtenidos en el (MBI) "Maslach Burnout Inventory, versión española (1997), y son obtenidos con base en los puntajes parciales de los tres factores del Síndrome de Burnout: AE, D, RRP.

En México no hay una versión estandarizada del instrumento, pero algunos investigadores, entre ellos Franco, 1997, han realizado ciertas adaptaciones en comunidades médicas; esto ha dado pie a un instrumento confiable y aceptable en el campo de la Psicología en México.

4.3.5 Aplicación de técnicas e instrumentos

El Inventario para el diagnóstico para la medición de riesgos y enfermedades se aplico de forma grupal, se leen las instrucciones en voz alta y se dan algunos ejemplos para mostrar la forma de contestarlo.

El Inventario Burnout de Maslach. (MBI) se aplicó de igual forma a los profesores para complementar la hoja de respuestas. Esta se hace con un tiempo no mayor de 20 minutos.

La aplicación se realiza bajo un carácter privado, se compromete a una confiabilidad y se explica que se trata de una encuesta sobre las actitudes de los profesores hacia la valoración de su trabajo. Se les pide que contesten todos los 22 ítems de la manera más sincera y personal.

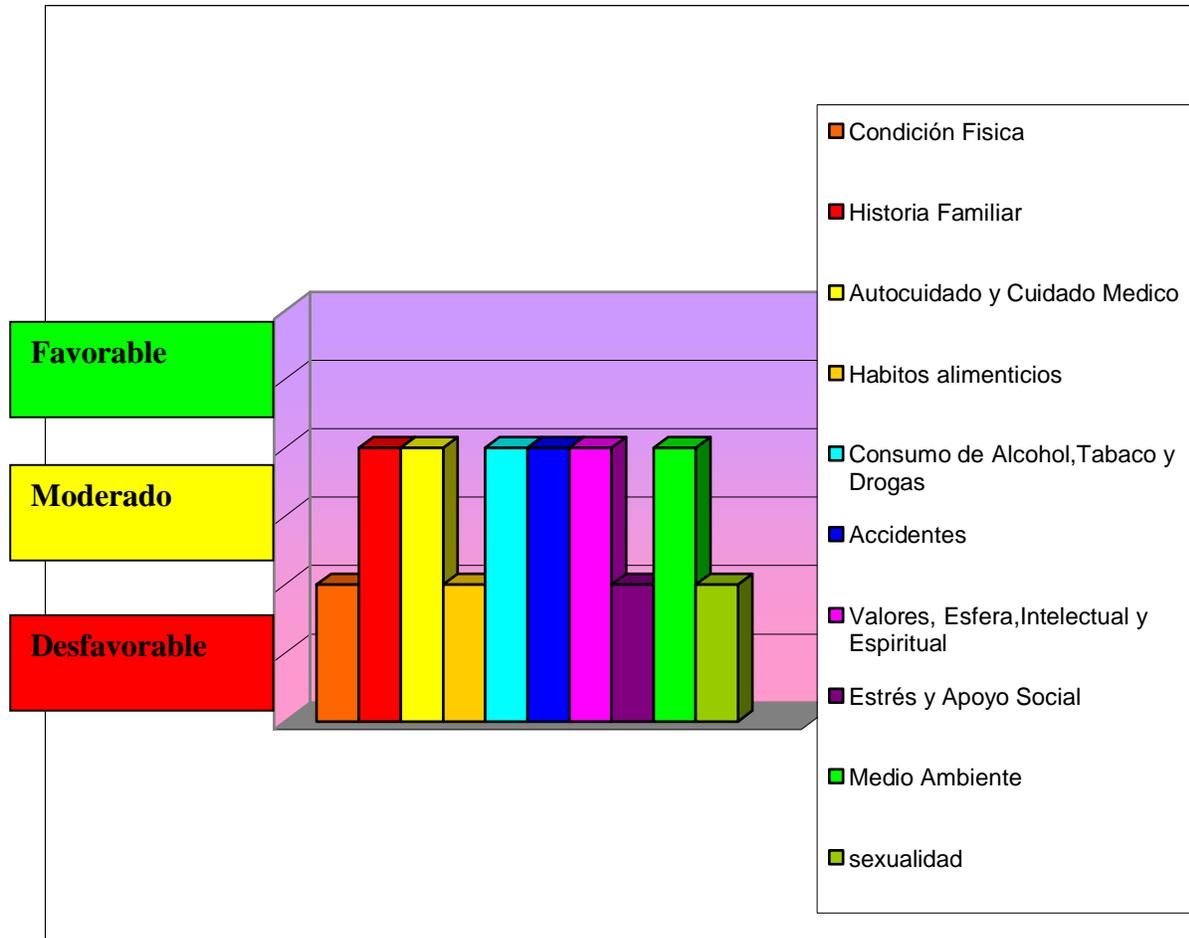
RESULTADOS Y CONCLUSIONES

4.3.6 Ordenación y Clasificación de la Información.

Después de aplicados los cuestionarios se procedió a evaluarlos. Los resultados de la “Telaraña se manejaron por frecuencia numérica y el IMB conforme a los criterios de clasificación estandarizados.

3.7 Análisis de la Información

Los resultados de la “telaraña” demuestran que los profesores tienen ciertos riesgos en relación a su estilo de vida, por lo que están propensos a la enfermedad consecución de su profesión.



GRAFICA 1.1

La presente gráfica deja reflejar el grado del estilo de vida de los profesores de la escuela José Vasconcelos, en ella se puede notar que existe una desatención en el manejo y control de su salud personal. Esta gráfica está basada a manera grupal, es decir, se manejaron datos generales y cada columna tiene representado al grupo de maestro.

Los resultados arrojados del IMB, dejan ver que la mayoría de los profesores están con un alta tendencia al Síndrome de Burnout.

p	S	E	EC	AP	H	HV	SL	T	TT	TP
1	F	25	CAS	2	SI	1	FIJ	MAT	5	6
2	F	23	CAS	5	SI	1	FIJ	MAT	2	6
3	F	28	CAS	8	SI	1	FIJ	MAT	1	9
4	F	28	CAS	4	SI	1	CONT	MAT	1	8
5	F	26	CAS	4	SI	1	FIJ	MAT	3	7
6	F	30	CAS	6	SI	1	FIJ	MAT	2	12
7	F	39	CAS	8	SI	1	CONT	MAT	2	6
8	M	46	CAS	17	SI	2	FIJ	MAT	1	8
9	M	28	SOL	---	---	---	FIJ	AMB	6	7
10	M	23	SOL	---	---	---	CON	MAT	1	3
11	M	31	CAS	10	SI	2	FIJ	MAT	4	7
12	M	29	CAS	3	SI	1	FIJ	AMB	4	8
13	M	26	CAS	3	SI	1	FIJ	AMB	2	6

TABLA 1.1.

La tabla (1.1) contiene los datos de la Escuela José Vasconcelos, en relación a los datos sociodemográficos, que pide el instrumento del MBI.

La tabla maneja únicamente los datos que sirven para relacionar el Síndrome de Burnout con factores sociodemográficos del profesor.

Las claves de la tabla anterior se traducen a través de la siguiente simbología:

SIMBOLOGIA

P = PERSONA

NE = NIVEL DE ESTUDIOS

HV = HIJOS CON LOS QUE VIVEN

S = SEXO

PA = PROFESION ACTUAL

E = EDAD

SL = SITUACION LABORAL

EC = ESTADO CIVIL

T = TURNO

AP = AÑOS CON LA PAREJA

TT = TIEMPO EN EL TRABAJO ACTUAL

H = HIJOS

TP = TIEMPO EN LA PROFESION

M = MASCULINO

DOC = DOCENTE

F = FEMENINO

TFIJ = TRABAJADOR FIJO

CAS = CASADO

CON = TRABAJADOR TEMPORAL

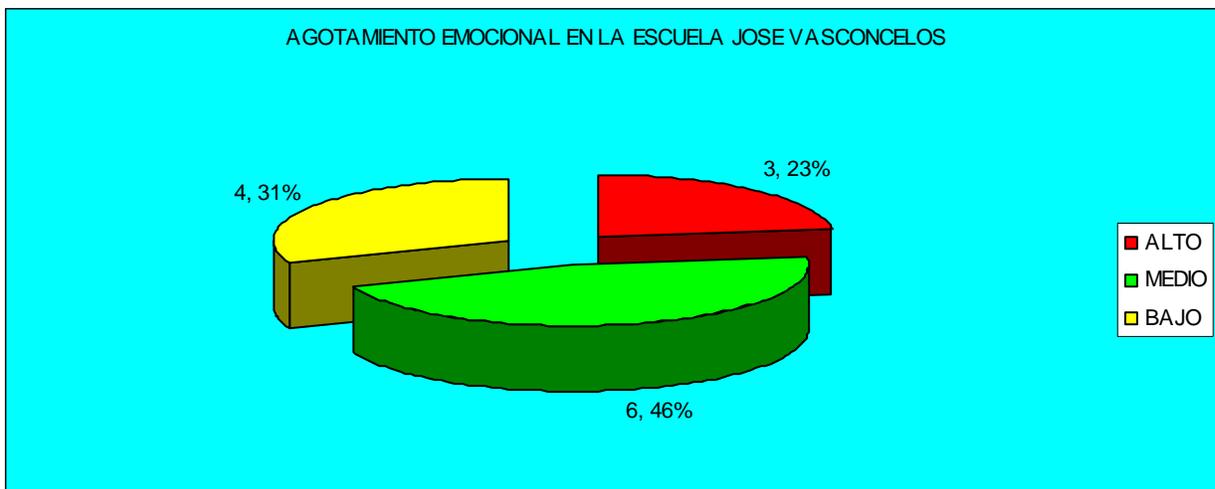
SOL = SOLTERO

MAT = MATUTINO

LIC = LICENCIATURA

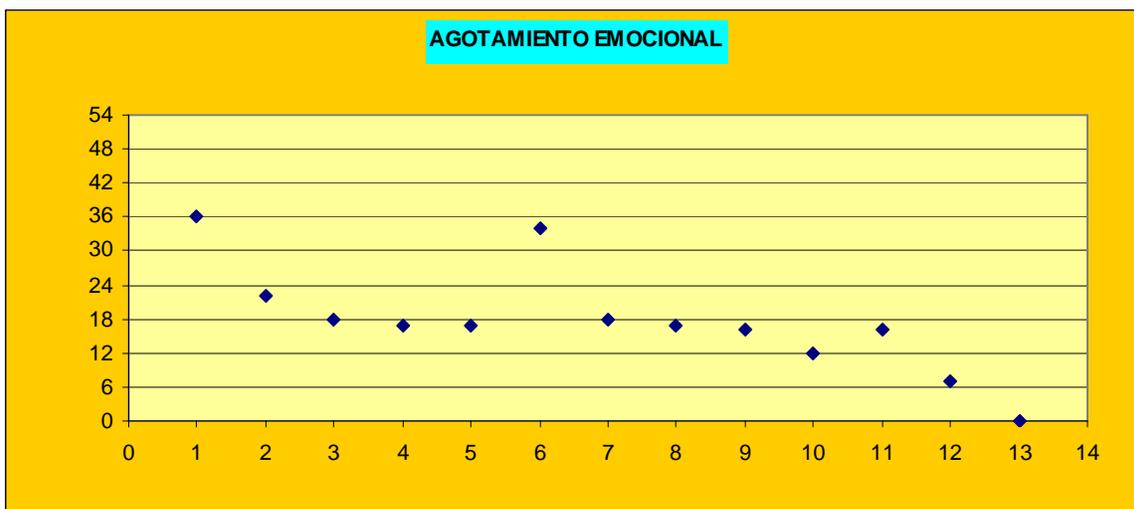
AMB = AMBOS TURNOS

En esta gráfica (1.2) se encuentra que sobresale un nivel medio de Agotamiento Emocional en los profesores, pues un total de 6 personas está proclive a tenerlo alto, al obtener un 46 % del total de la población, mientras que hay 3 profesores que ya lo tienen alto, al obtener un 23 %, por lo que nos permite trabajar en un programa urgente de prevención. Y como se puede ver solo 4 personas están bajas en esta dimensión.



GRAFICA 2.1.

En la gráfica (1.3), demuestra la incidencia global sobre el agotamiento emocional, este dato es reflejado por las respuestas obtenidas en la aplicación del MBI y como se puede ver es considerable la puntuación de esta dimensión.



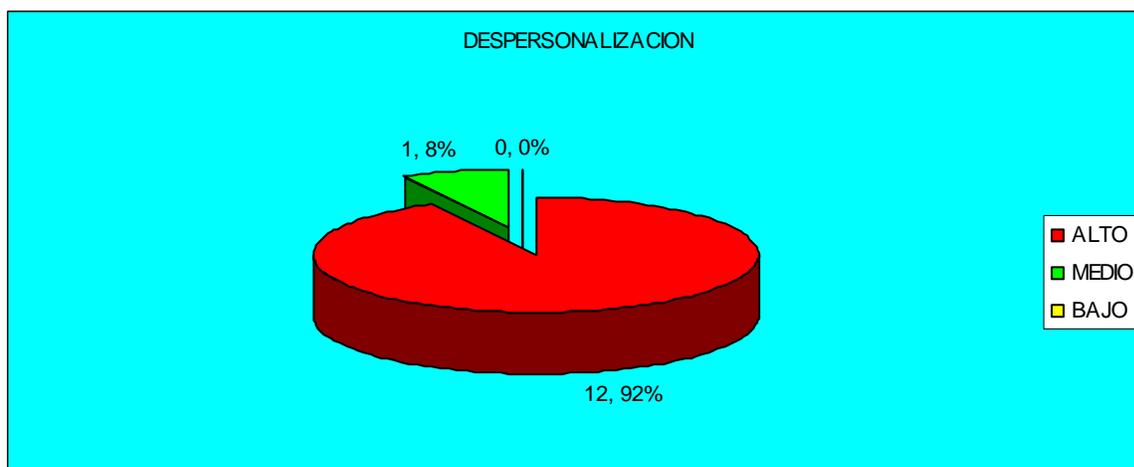
GRAFICA 2.2.

En la gráfica (1.4), se compara la incidencia del agotamiento emocional entre hombres y mujeres, notándose que ellas son las que tienen mayor desgaste emocional, pues todas tienen más puntuaciones altas sobre este respecto, mientras que los hombres tienen puntuaciones moderadas e incluso bajas.



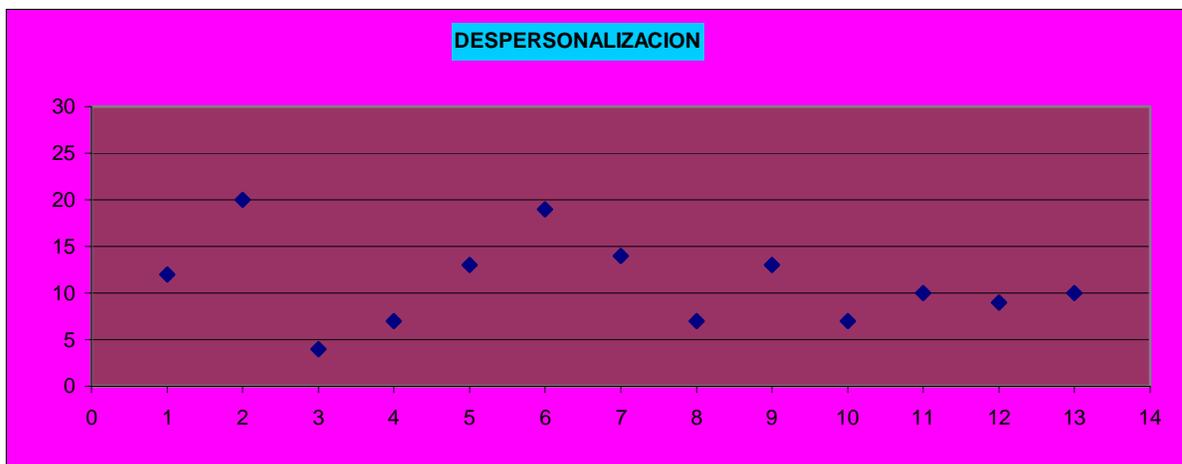
GRAFICA 2.3.

En la gráfica 2.1 se muestra el porcentaje de la Despersonalización que sufren los maestros de la Escuela José Vasconcelos de acuerdo a los resultados obtenidos del instrumento MBI, encontrándose que existe un alto grado de despersonalización, ya que la mayoría, con un número de 12 personas lo manifiesta, que es un 92 %, mientras que el resto, que es uno, el 8 % también tiene tendencias a padecerlo.



GRAFICA 3.1

En la gráfica 2.2 se puede observar la incidencia en conjunto de la despersonalización; se nota que de manera general todos padecen una deshumanización prolongada; aunque solo son cinco ítems que reflejan esta dimensión y por lo tanto tenga poca puntuación para evaluarlo, la mayoría en sus respuestas alcanza un alto grado de despersonalización, pues todos tienen puntuaciones altas en esta escala.



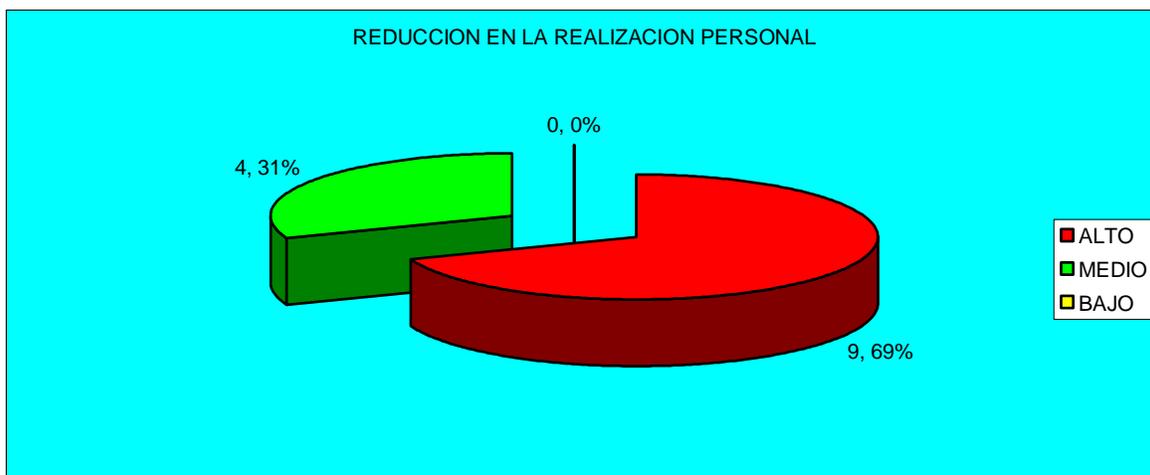
GRAFICA 3.2

En la siguiente gráfica (2.3) se demuestra un mayor índice de despersonalización en las profesoras que en los profesores, esto puede explicarse a través de las puntuaciones, puesto que todos tienen la misma incidencia, pero las mujeres arrojan más alto el puntaje de valoración.



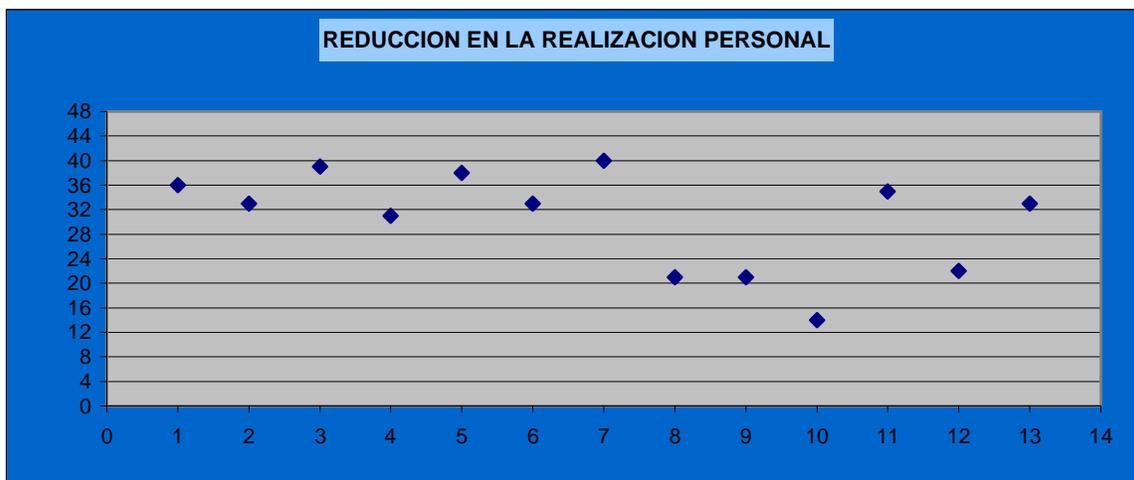
GRAFICA 3.3.

En este caso la gráfica (3.1) nos demuestra que el porcentaje de Reducción en la Realización personal, es extremadamente alto, ya que un total de 9 maestros tiene esta puntuación, es decir un 69 %, mientras que 4 maestros tienen incidencia a obtenerlo, notándose lo crítico de su situación.



GRAFICA 4.1

La gráfica (3.2). nos enseña un alto nivel de Reducción en la Realización Personal de manera general de los Maestros, como se demostró en la gráfica anterior, esto significa que hay un serio problema en el logro personal de los profesores .



GRAFICA 4.2

En la siguiente gráfica (3.3), se logra visualizar que el mayor nivel de Reducción en la Realización Personal se encuentra en las profesoras, pues las puntuaciones más altas provienen de ellas, mientras que los profesores tiene un no tan considerado puntaje como se ve, aunque no deja de ser delicada su situación.



GRAFICA 4.3

P	S		AE		DP		RRP
1	F	36	A	12	A	36	M
2	F	22	A	20	A	33	A
3	F	18	M	4	M	39	M
4	F	17	M	7	A	31	A
5	F	17	M	13	A	38	M
6	F	34	A	19	A	33	A
7	F	18	M	14	A	40	M
8	M	17	M	7	A	21	A
9	M	16	B	13	A	21	A
10	M	12	B	7	A	14	A
11	M	16	B	10	A	35	A
12	M	7	B	9	A	22	A
13	M	17	M	10	A	33	A

TABLA 1.2

Esta gráfica representa el nivel de la escala del Síndrome de Burnout a manera personal, grupal y por género.

La siguiente tabla contiene los datos de lo que representa su simbología.

SIMBOLOGÍA

AE= AGOTAMIENTO EMOCIONAL

DP= DESPÉPERSONALIZACION

RRP= REDUCCION EN LA REALIZACION PERSONAL

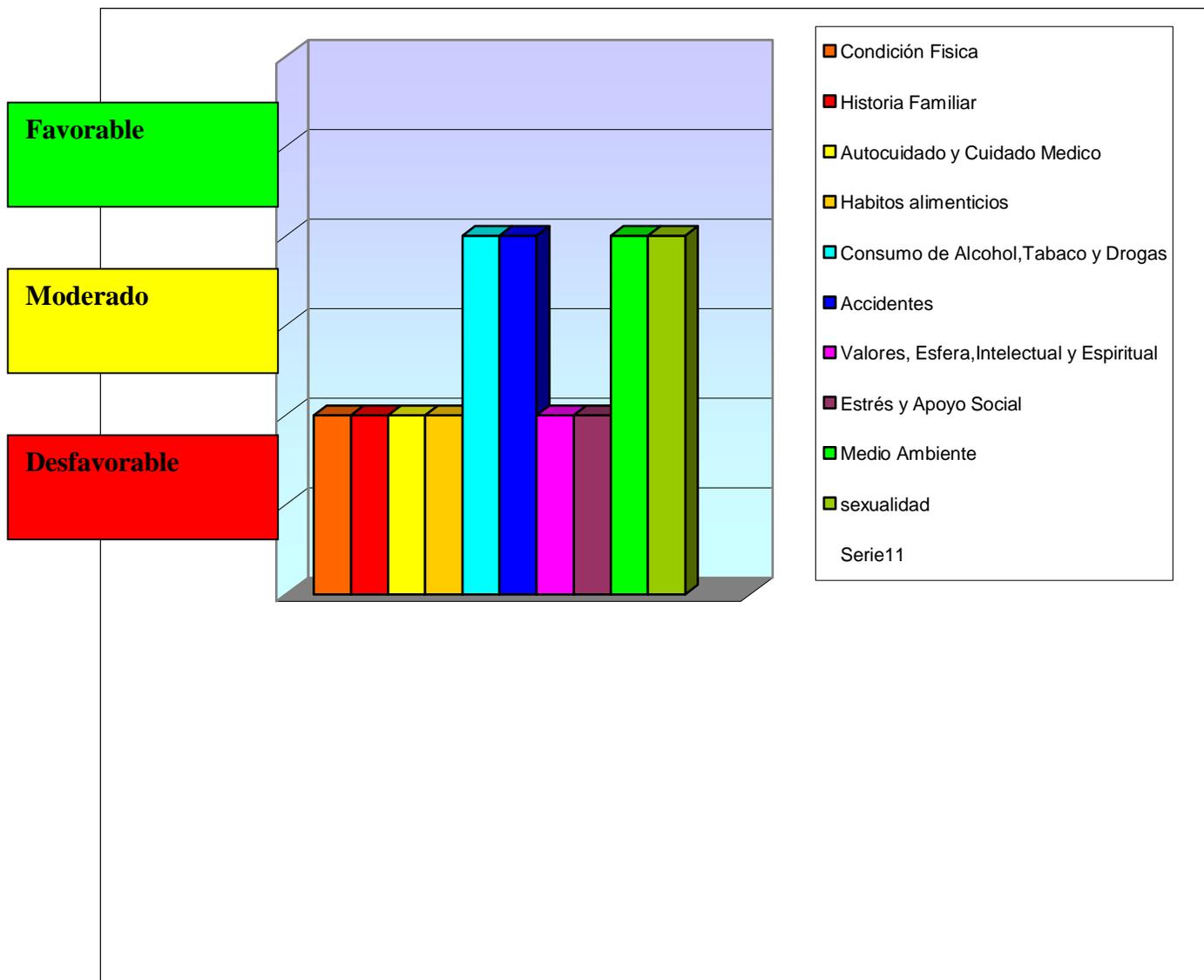
La forma de evaluar el Síndrome de Burnout es:

Dos de tres dimensiones que puntúen como alta significa que tienen desarrollado dicho fenómeno

Una dimensión alta y una media, significan que están propensos.

Una dimensión media con una dimensión baja significa que están moderados.

Dos dimensiones bajas significa que el individuo está en óptimas condiciones.



GRAFICA 5.1

En esta gráfica se muestra que la mayoría de los profesores no está nada bien, puesto que no manejan responsablemente su salud integral, ya que la mayoría tiene bajos niveles de cuidado, como se muestra en la gráfica.

La tabla es la misma que la anterior, también arroja datos sociodemográficos de la Escuela “Melchor Ocampo que pide el instrumento de MBI.

P	S1	E	EC	AP	H	HV	SL	T	TT	TP
1	F	30	SOL	----	----	----	CON	AMB	1	10
2	F	36	CAS	15	SI	2	FIJ	VESP	5	7
3	F	36	CAS	18	SI	2	FIJ	VESP	3	10
4	F	34	SOL	----	----	----	FIJ	AMB	5	7
5	F	34	CAS	9	SI	2	CON	VESP	3	8
6	F	31	CAS	7	SI	2	CON	VESP	2	10
7	M	40	CAS	10	SI	2	FIJ	AMB	2	10
8	M	42	CAS	16	SI	2	CON	AMB	9	10
9	M	26	CAS	1	NO	0	CON	AMB	5	6
10	M	26	CAS	2	SI	1	FIJ	AMB	7	7
11	M	38	CAS	11	SI	2	FIJ	AMB	4	14
12	M	35	CAS	12	SI	6	FIJ	VESP	7	7
13	M	28	CAS	3	SI	1	CON	AMB	4	5

TABLA 2.1

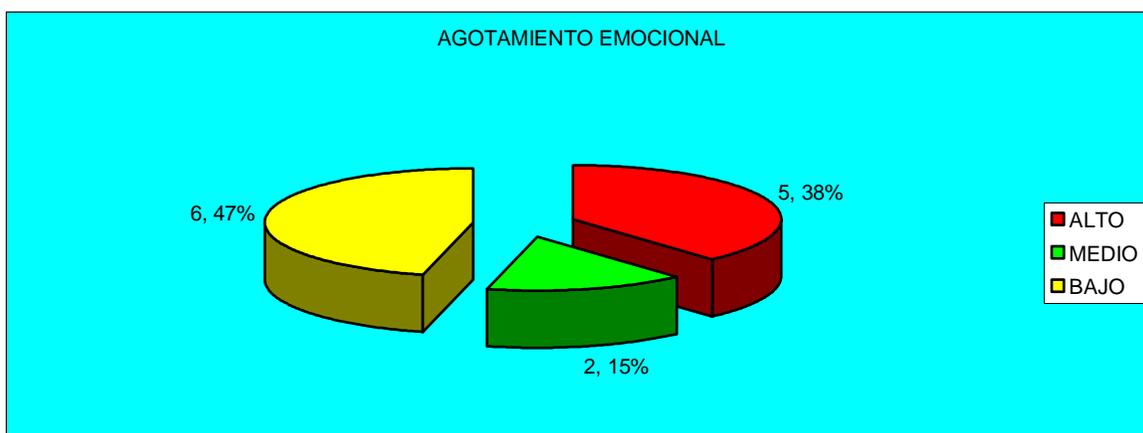
SIMBOLOGIA

P = PERSONA	NE = NIVEL DE ESTUDIOS	HV = HIJOS CON LOS QUE VIVEN
S = SEXO	PA = PROFESION ACTUAL	
E = EDAD	SL = SITUACION LABORAL	
EC = ESTADO CIVIL	T = TURNO	
AP = AÑOS CON LA PAREJA	TT = TIEMPO EN EL TRABAJO ACTUAL	
H = HIJOS	TP = TIEMPO EN LA PROFESION	
M = MASCULINO	DOC = DOCENTE	
F = FEMENINO	TFIJ = TRABAJADOR FIJO	
CAS = CASADO	CON = TRABAJADOR TEMPORAL	
SOL = SOLTERO	MAT = MATUTINO	
LIC = LICENCIATURA	AMB = AMBOS TURNOS	

Esta son las mismas claves de la tabla manejada y es la misma simbología:

El mismo instrumento mide a ambas escuelas por lo cual se presenta el mismo esquema, aunque con diferentes resultados como podrán observarse.

La gráfica (4.1) muestra la situación de los profesores de la escuela Melchor Ocampo en relación al Agotamiento Emocional, notándose que si existe una mediana tendencia hacia esta dimensión, ya que el porcentaje de todos ellos apunta como una incidencia a dicha dimensión, puesto que hay casi la mitad que se resiste a tenerlo, o sea un 47 %, mientras que hay 2 personas, el 15 %, que están proclives a padecerlo, y hay 5 personas, el 38 %, que si están agotados.



GRAFICA 6.1

La gráfica (4.2) observa que el Agotamiento Emocional tiene una alta tendencia en la mitad de los Profesores, puesto que los resultados del MBI indican que el puntaje sobre esta dimensión está por encima de la mitad del personal, por lo que se puede inferir que hay un factor de riesgo.



GRAFICA 6.2

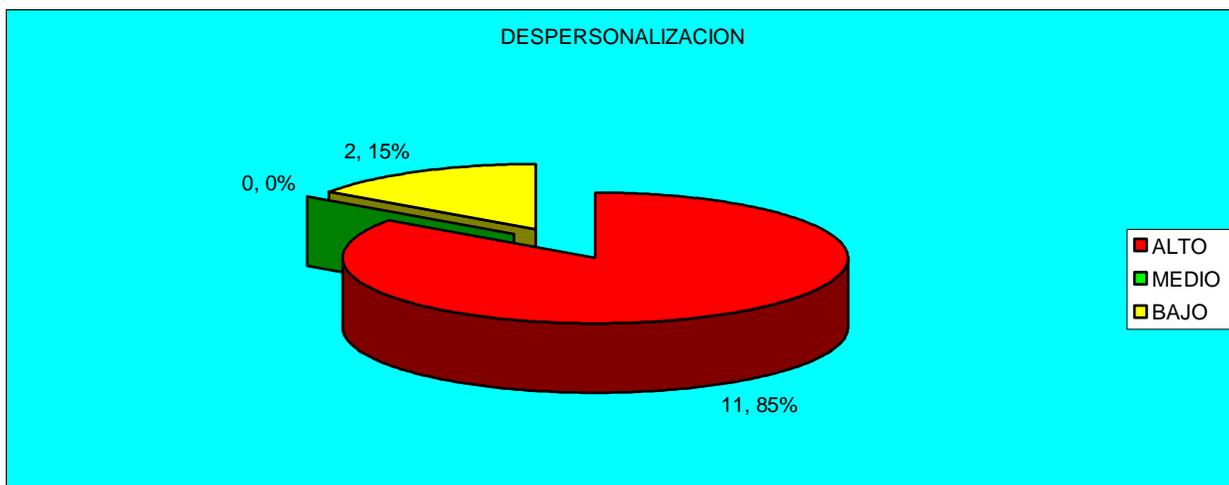
Continuando con la tendencia del Agotamiento Emocional, la gráfica (4.4), hace notar que las mujeres tienden más al Agotamiento que los hombres, puesto que son ellas las que arrojan esta puntuación alta como, se puede ver, en tanto que los hombres tienen un bajo y mediano nivel sobre esta dimensión, aunque solo sea uno el que tenga una puntuación media, pero con esto se explica que están más vulneradas las mujeres.



GRAFICA 6.3

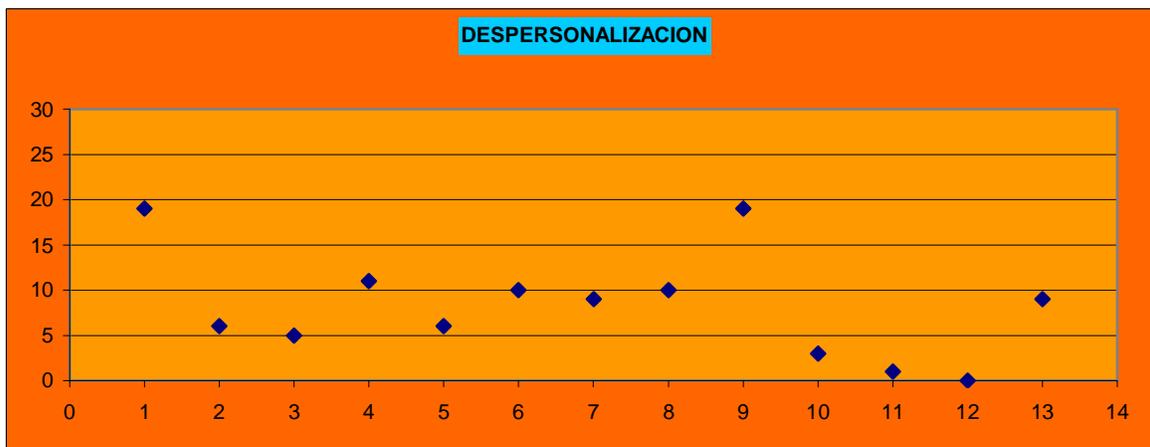
La siguiente gráfica (5.1) nos permite visualizar que existe un alto índice de Despersonalización en la mayoría de los profesores, ya que hay 11 personas, el

85 %, puntuadas en alto en esta dimensión, mientras tanto que solo dos personas, el 15 %, se mantienen bajos en este respecto.



GRAFICA 7.1

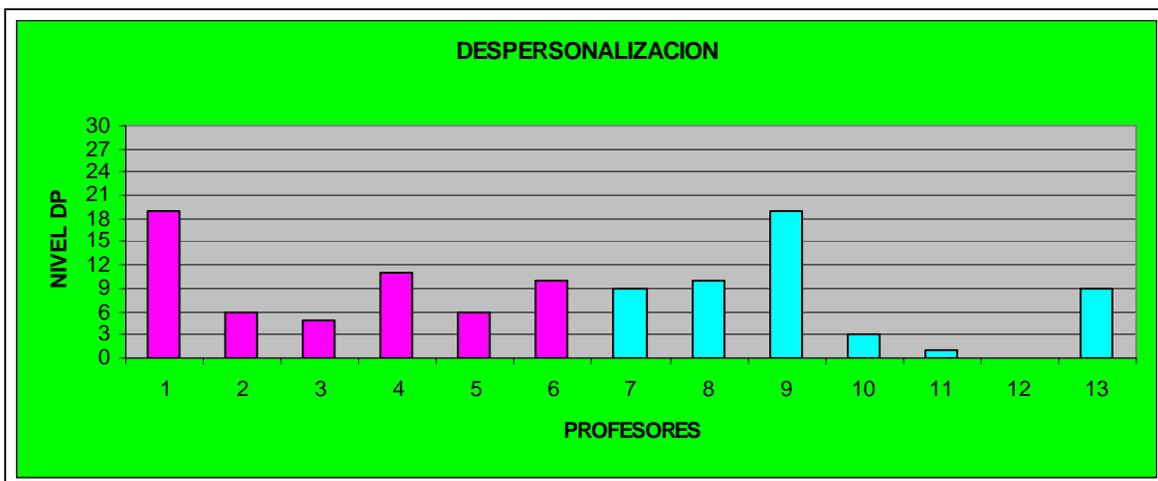
La siguiente gráfica (5.2) nos señala a nivel grupal la situación de despersonalización en la escuela Melchor Ocampo es alarmante, pues como se puede notar casi todos padecen las características de esta dimensión, ya que sus puntuaciones apuntan en índices muy altos por lo que se puede decir que su carácter es impersonal.



GRAFICA 7.2

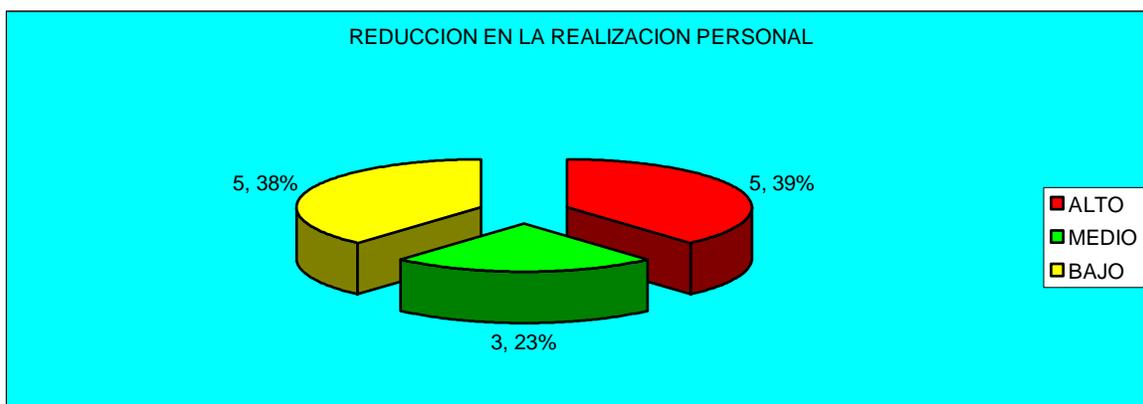
La gráfica (5.3) nos señala un mayor número de profesoras con despersonalización en comparación con los profesores, aunque la tendencia no es tan marcada, aquí tanto los hombres como las mujeres arrastran visos de despersonalización, aunque, como puede notarse, las mujeres inclinan un poco

más la despersonalización para sí, porque las dos personas que están bajas en esta dimensión son hombres.



GRAFICA 7.3

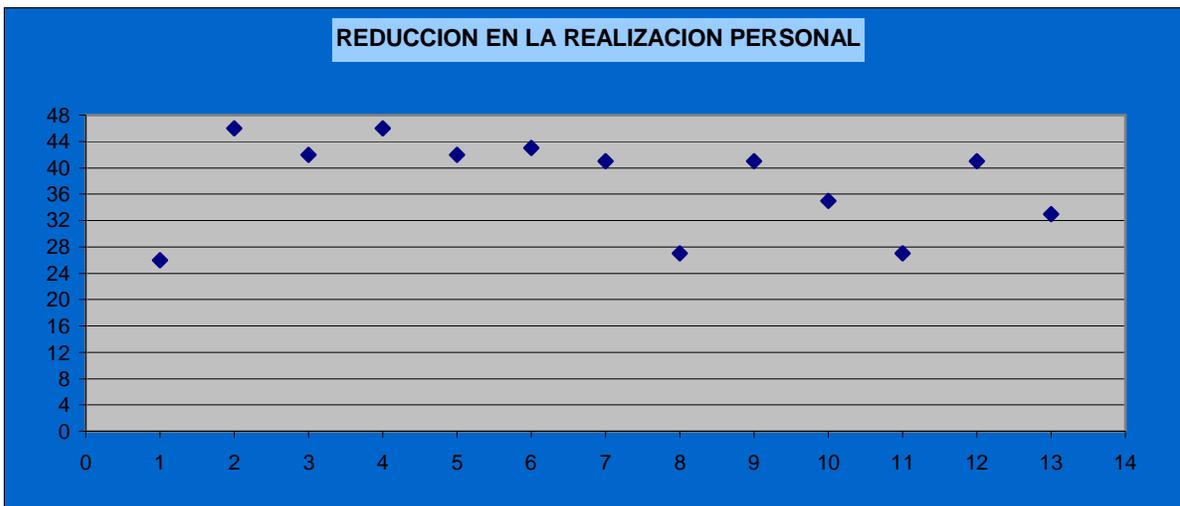
En la gráfica (6.1), se observa el porcentaje de la Reducción de la Realización Personal en los maestros, notándose una tendencia en más de la mitad de ellos, puesto que 5 personas, el 39 %, están altas en esta dimensión, mientras que 3 personas, el 23 %, están tendientes a padecerlo, y solo un número de 5 personas, el 37 %, se encuentran bajos en este nivel.



GRAFICA 8.1

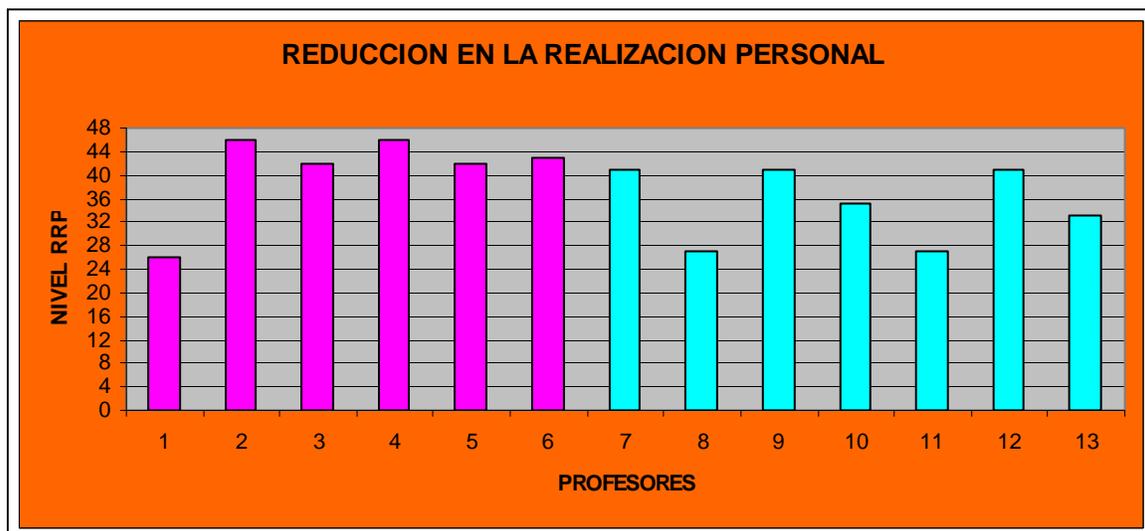
La siguiente gráfica (6.2), muestra que los altos índices de Reducción en la Realización Personal son medianamente altos, sin embargo, se puede visualizar

que esta dimensión puede hacer notar un posible incremento en dicha dimensión, puesto que rebasa más de la mitad de los profesores.



GRAFICA 8.2

Por medio de la gráfica (6.3) observamos un elevamiento de la Reducción en la Realización Personal tanto en las maestras como en los maestros, aquí se manifiesta que son esta vez las mujeres las que están bajas en esta dimensión, es decir, tienen una perspectiva de logro, mientras tanto los hombres están con una realización profesional nulo.



GRAFICA 8.3

Esta tabla reúne todos los datos personales de los maestros que se estuvieron manejando en las gráficas.

P	S		AE		DP		RRP
1	F	26	A	19	A	26	A
2	F	21	A	6	A	46	B
3	F	19	M	5	A	42	B
4	F	38	A	11	A	46	B
5	F	23	A	6	A	42	B
6	F	22	A	10	A	43	B
7	M	11	B	9	A	41	M
8	M	15	B	10	A	27	A
9	M	18	B	19	A	41	M
10	M	21	M	3	A	35	A
11	M	13	B	1	B	27	A
12	M	5	B	0	B	41	M
13	M	14	B	9	A	33	A

TABLA 2.2.

SIMBOLOGÍA

AE= AGOTAMIENTO EMOCIONAL

DP= DESPÉPERSONALIZACION

RRP= REDUCCION EN LA REALIZACION PERSONAL

Como se sigue el mismo procedimiento, la forma de evaluar la tabla es igual, conforme el criterio del Burnout.

4.3.8 Devolución de los Resultados al Resto de la Comunidad

El conocimiento obtenido sobre el terreno y que luego fue ordenado y sistematizado no pertenece al investigador externo que participa en las tareas, sino que es propiedad de la comunidad investigada; existe pues la obligación de devolver la investigación procesada a sus legítimos dueños.

La devolución constituye otro elemento de la vivenciada socializada del pueblo y por ello no puede ser un producto elaborada externamente o traído de fuera. Debe ser una exposición práctica del pensamiento de la comunidad.

La devolución supone un efecto movilizador, para lograrlo se realizó un exposición sobre los resultados del trabajo. Se informo a los profesores su incidencia en el Síndrome de Burnout y a cada uno, personalmente, se le dio su evaluación y posteriormente se hizo una reunión para exponer su situación de riesgo.

Finalmente en el acto, para la devolución sistemática, se plantearon las siguientes alternativas generales:

- Organizar talleres que permitan profundizar en los problemas investigados y en su medidas de prevención y solución.
- Realizar acciones concretas ante problemas inmediatos.

4.3.9.- Alternativas y Plan de Trabajo

La organización como la educación no son un fin en si mismos no se trata de educar por educar ni que la organización sea un valor definitivo. Tanto la Organización como, la educación valen en la medida que se proyecten fuera de sí, hacia la realización de ciertos objetivos externos, transformadores y humanizadores del medio. En este caso deben concentrarse en el autodiagnóstico de la problemática comunitaria.

Para realizar las primeras tres entrevistas que sirvieron como inserción a la comunidad de los profesores se contacto con los directivos de ambas escuelas.

Los directivos de ambas escuelas nos otorgaron todas las facilidades para

llevar a bien los primeros tres encuentros con los profesores.

Después de estos tres contactos que sirvieron para aplicar el autodiagnóstico a los profesores, y lograr encontrar variables que pudieran explicar el acercamiento o la presencia del Síndrome de Burnout en su plano de vida laboral y personal, se continuó trabajando con temas subsecuentes y had doc al problema encontrado, con la intención de buscar alternativas de solución entendidas como serie de programas de diagnóstico, prevención, promoción, educación, tratamiento, rehabilitación acordes a la salud integral del plantel de profesores.

Los temas que se dieron al principio fueron los que se pueden entender como la aplicación del autodiagnóstico:

- Presentación
- Proceso de Salud y enfermedad.
- Síndrome del Burnout.

A partir de la reunión analítica que se sostuvo entre investigadores y profesores, se consideró que los temas que podrían exponerse serían:

- La docencia
- Estrés.
- Autoestima
- Estilo de Vida.
- El mundo actual
- Los niños
- Personalidad
- Redes y Apoyo Social
- Bienestar
- Habilidades Sociales.
- Calidad de Vida.

De sobra se señala que para esto se aplicó los Cuestionarios de la “Telaraña” de Sheldon Margen, adaptado por Jorge Grau y Mario Carranza (1999), así como

el MBI de Cristina Maslach y Susan Jackson (1981, 1986), y con los resultados obtenidos se elaboró un calendario para llevar a cabo, y darle continuidad, al Curso-Taller y que contuviera los temas acordes para trabajar con lo que dejó el diagnóstico psicosocial, y en base a ello tratar los puntos que más merecen atención, por lo que se hace una selección de temas, en relación a la vertiente de la Psicología Social de la Salud.

Como se investigó, con el Inventario Burnout de Maslach (MBI), se encuentra que los profesores tienen una incidencia de desgaste tanto físico como psicológico en su plano laboral; así como una despersonalización y un logro personal reducido (reducción en la realización personal) ante ello se explica de nueva cuenta y más profundamente en que consiste el Síndrome de Burnout, cuales son sus orígenes, desarrollos y consecuencias con la salud.

Ante todo esto, y después de escoger los temas a tratar, se elaboran puntualmente objetivos con el fin de esquematizar la investigación.

A medida que corre el Curso-Taller los temas se depuran por lo cual algunos temas (docencia, mundo actual, los niños, el bienestar), son dejados sin profundizar, mientras que se incluyen dentro de los otros temas primordiales.

Cabe señalar que algunos otros temas fueron tocados al final de cada sesión, por ejemplo: violencia infantil, violencia intrafamiliar, drogadicción, sexualidad, depresión infantil, entre otros, se aclara que estos temas fueron desarrollados por los mismos profesores, por lo que los coordinadores del curso-taller fungieron como conductores de diálogos entre los mismos generadores.

4.4. EDUCACION POPULAR

Viernes 18 de abril de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: José Vasconcelos

Día: 1

Estructura:

Presentación:

Tema: introducción del curso-taller

Objetivos:

Iniciar la preparación para un autodiagnóstico; invitar a reconocer y a concientizar al docente acerca de las problemáticas que contrae su función laboral, cuáles son las consecuencias de un mal manejo de sus acciones personales. Convencer la utilidad del taller.

Procedimientos: con la exposición de los coordinadores.

Técnica: presentación de los coordinadores.

Material: un pizarrón, un gis.

Tiempo: 2 horas.

Observaciones: hay interés en el inicio del tema, existe lluvia de preguntas al respecto, de ahí se deriva el mayor tiempo estimado, a final nos aceptan el taller con la condición de que sea los viernes y de una sola hora.

Viernes 25 de abril de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: José Vasconcelos

Día: 2

Estructura:

Presentación:

Tema: "El proceso salud-enfermedad".

Objetivos: informar que la salud no es meramente física, sino que atañe los planos psicológicos (mentales) y sociales. Explicar que el individuo es un ser biopsicosocial y que esta determinado por el contexto social para desarrollar su transcurso de bienestar o malestar.

Procedimientos: exposición y ejercicio estructurado; aplicación del cuestionario la "telaraña".

Ejercicio estructurado: "el correo" (animación)

Material: pizarrón, gis y sillas

Tiempo: 1:40 minutos.

Observaciones: los profesores participan activamente con ejemplos de vida, hay preguntas acerca de los contextos sociales en diferentes culturas y periodos históricos en relación en como se interpreta una enfermedad, se cambia la visión acerca de que la salud es solo bienestar físico y la enfermedad es nada más malestares manifiestos.

Lunes 28 de abril de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: José Vasconcelos

Día: 3

Estructura:

Presentación:

Tema: "El Síndrome de Burnout".

Objetivos: dar a conocer que las interacciones laborales en el plano personal llevan a un desgaste emocional, a una despersonalización y a una reducción en la realización profesional que tiene como repercusión alteraciones en la dimensión de la salud.

Procedimientos: exposición, aplicación del test MBI y dinámica.

Dinámica:

Material: pizarrón y gis.

Tiempo: 2 horas.

Observaciones: hay una identificación por parte de los profesores con las dimensiones del Síndrome de Burnout, pues comentan sus experiencias laborales basándose en la exposición. Surgen relatos y anécdotas de alguna situación semejante al tema tratado. Los profesores proyectan sus alteraciones y disfunciones con el entorno así como los síntomas que empiezan a sucederles.

Con esto se abre la posibilidad y la realización para continuar con el curso taller, después de los resultados de los cuestionarios.

Miércoles 7 de mayo de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: José Vasconcelos

Día: 4

Estructura:

Presentación:

Tema: "Psicología Social de la Salud" y "Psicología Social Comunitaria".

Objetivos: Explicación de lo que es la Psicología Social de la Salud y la Psicología Social Comunitaria en el plano comunitario de los profesores.

Iniciar la apertura del curso taller de manera formal.

Procedimiento: exposición, ejercicio estructurado.

Dinámica: Presentación por parejas (presentación y animación)

Material: pizarrón, gis, sillas.

Tiempo: 2 horas.

Observaciones: los profesores se muestran interesados sobre los modelos de la Psicología Social, de tal forma que la diferencian de la clínica, se rompen estereotipos y atribuciones hacia ella, contestan la telaraña y se sorprenden con los resultados.

Con el autodiagnóstico realizado en las sesiones anteriores, se trabaja con los temas idóneos para tratar la problemática arrojada en los test aplicados.

Martes 13 de mayo de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: José Vasconcelos

Día: 5

Estructura:

Presentación:

Tema: "Proceso de grupos".

Objetivos: exponer lo interesante que es tener una experiencia vivencial con los grupos, qué tipos de grupos hay, cuáles son sus características, cómo son los grupos, que tipos de elementos tiene un grupo, etc.

Procedimientos: a través de la exposición y dinámicas.

Material: pizarrón, gis y un salón vacío.

Tiempo: 2 horas.

Observaciones: con los ejercicios estructurados se da una gran movilización y participación grupal; mientras tanto el tema de grupos genera polémica porque cada profesor presume una forma de controlar y llevar un grupo. Se da por hecho que todos los grupos son impredecibles e incontrolables.

Viernes 16 de mayo de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: José Vasconcelos

Día: 6

Estructura:

Presentación:

Tema: "Estrés".

Objetivos: conocer el estrés como parte imprescindible de la vida de una persona, ver sus variantes, manifestaciones y repercusiones y la forma en cómo éstas pueden afectar su salud sino se reentiende y maneja correctamente.

Procedimientos: exposición, aplicación de test de estrés, y una dinámica.

Dinámica: Hélices. (Ejercicio de brazos en donde se les hace girar hasta que aguanten)

Material: pizarrón, gis y tets.

Tiempo: 2 horas.

Observaciones: se toma en cuenta que los profesores confunden al estrés con preocupaciones, dolor de cabeza, debilidad, etc., con toda manifestación somática, siendo que estas son solo causas del distrés.

Viernes 23 de mayo de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: José Vasconcelos

Día: 7

Estructura:

Presentación:

Tema: "Estilo de vida".

Objetivos: dar a conocer que la forma y el modo que se tenga para vivir determina la constitución de salud; se demuestra que los hábitos, las conductas de riesgo, el desorden de pautas comportamentales de un individuo pueden llevarlo a tener consecuencias físicas, psíquicas y sociales.

Invitado: Licenciado: Juan Cruz Vázquez.

Procedimientos: exposición, aplicación de test de estilo de vida, y dinámica.

Dinámica: (cuento vivo, animación y concentración)

Material: pizarrón, gis, tests de estilo de vida, salón amplio.

Tiempo: 2 horas

Observaciones: el invitado genera un mayor interés del tema, pues maneja conceptos como: hábitos, promoción de la salud, etc., lo que da pie a que los profesores hagan alusión de que su forma de vida esta determinada por los factores culturales de género, por ejemplo las mujeres hacen referencia que sus roles en la sociedad las orilla a tener más conductas de riesgo, mientras que los hombres también alegan que la sociedad los reprime en cuanto a su expresión de emociones.

Viernes 30 de mayo de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: José Vasconcelos

Día: 8

Estructura:

Presentación:

Tema: "Personalidad".

Objetivos: evidenciar que el tipo de personalidad que tiene una persona influye en la forma de estar en concordia con su plano social, así como en su marco laboral, la personalidad refleja también el grado de salud mental y físico de una persona.

Procedimientos. Exposición, aplicación de tests de la personalidad, y dinámica.

Dinámica: ¿quién soy?

Material: pizarrón, gis, papel y lápiz.

Tiempo: 2 horas.

Observaciones: este tema es del agrado de los maestros, hay participación constante. La dinámica hace movilizar al grupo, ya que las características personales que se escriben los hacen reflexionar de cómo son ante los demás sin haberlo considerado.

Lunes 2 de junio de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: José Vasconcelos

Día: 9

Estructura:

Presentación:

Tema: "Redes Sociales"

Objetivos: identificar los vínculos humanos que poseen en el medio social, concientizar que son parte de un tejido de relaciones sociales en los que puede haber un sentido de pertenencia para formar un grupo que los respalde como personas integradas y aceptadas. Se establece que dentro de una red y estructura social el individuo puede tener un sentido de salud social.

Procedimientos: exposición y dinámica.

Dinámica: la telaraña (integración)

Material: pizarrón y gis.

Tiempo: 1:40 minutos

Observaciones: este tema no es del agrado del profesorado, pues hay visos de apatía y falta de participación, solo la dinámica los hace entrar al tema exponiendo preguntas y dudas.

Viernes 6 de junio de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: José Vasconcelos

Día: 10

Estructura:

Presentación:

Tema: "Apoyo Social"

Objetivos: hacer ver que el apoyo en una persona determina su salud en un plano social, notar que el apoyo social está en los sistemas de la red a la que pertenece, pues no solo da sentido de pertenencia, sino que ofrece los medios para capitalizar un problema, y que del apoyo su función se da material, informacional y emocionalmente.

Invitado: Alejandro García Vargas

Procedimientos: exposición, aplicación de tets, y dinámica.

Material: pizarrón, gis, papel y lápiz.

Tiempo: 2 horas

Observaciones: el invitado puntualiza lo que es el apoyo social para la conservación de la salud y determina cuán es importante para la realización social del individuo. El grupo de profesores reanuda su interés en este tema puesto que se les da información con respecto a donde pueden acudir con sus problemas personales. Aquí se toca un tema delicado: el abuso infantil, pues es una zona con una alta incidencia de ese problema, se habla al respecto y se compromete a buscar información de ayuda para la próxima semana.

Viernes 13 de junio de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: José Vasconcelos

Día: 11

Estructura:

Invitado: Lic. José Luis Hernández Espinosa.

Presentación:

Tema: "Habilidades Sociales".

Objetivos: dar una serie de tips sobre lo que se refiere a ser una persona con habilidades sociales, se da el desarrollo de cómo puede ser una persona con una resolución de problemas sociales que detienen su salud, basándose en como pedir ayuda, pedir un favor, una disculpa, etc.

Procedimientos: exposición y ejercicios.

Material: pizarrón, gis y un salón amplio.

Tiempo: 2 horas

Observaciones: la exposición es atendida con interés, pues muchos profesores refieren que no saben como exponer una queja sin resultar desagradables, pero a la hora de realizar los ejercicios de asertividad, hay un poco de dificultad, pues le es un poco incomodo expresar sus molestias. Al final se llega a una reflexión de que lo que los limita a tener un desaguizado con los demás es no tener tiempo para limar sus asperezas.

Jueves 19 de junio de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: José Vasconcelos.

Día: 12

Estructura:

Presentación:

Tema: "Calidad de Vida"

Objetivos: explicar que la calidad de vida no solo se refiere a tener muchas realizaciones materiales, así como tampoco tener una cantidad de vida, que la calidad de vida es personal y depende del periodo del contexto social. Se monta una representación social abarcando estrés, personalidad, estilo de vida, red y apoyo social, habilidades sociales para poder explicar la calidad de vida como una consecución y equilibrio de la salud con el entorno y el individuo.

Procedimientos: exposición, representación teatral, y dinámica

Material: pizarrón, gis, poemas y colores y papel

Tiempo: 4 horas

Observaciones: como es el cierre del taller se da lugar a preguntas, dudas, inquietudes acerca de la elaboración del programa. Con la representación teatral muchos maestros se proyectan y acaban por identificarse con el personaje enfermo.

Se muestra que hay una sensibilización del grupo docente con los escritos que se leen a cerca de lo que para los poetas es calidad de vida, se reflexiona a cerca de lo que les está significando la vida con respecto a su función docente.

Viernes 18 de abril de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: Melchor Ocampo.

Día: 1

Estructura:

Presentación:

Tema: introducción del curso-taller

Objetivos: realizar un autodiagnóstico; invitar a reconocer y a concientizar al docente acerca de las problemáticas que contrae su función laboral, cuales son las consecuencias de un mal manejo de sus acciones personales. Convencer la utilidad del taller.

Procedimientos: con la exposición de los coordinadores.

Técnica: presentación de los coordinadores.

Material: un pizarrón, un gis.

Tiempo: 2 horas.

Observaciones: el grupo de maestros es muy reacio, al principio se demuestra que no hay interés, pero la temática conforme se va desarrollando va provocando preguntas y se va volviendo tema de discusión. Se entra en polémica con las diferentes perspectivas que manejan los maestros; se nota que no hay cohesión grupal, pues cada quién participa sin tomar en cuenta a los demás; se entra en el juego de la querrela y se acuerda que la próxima semana pueda volverse a tratar el siguiente tema, no sin antes advertir que solo los viernes se puede recibir el taller.

Viernes 25 de abril de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: Melchor Ocampo

Día: 2

Estructura:

Presentación:

Tema: "El proceso salud-enfermedad".

Objetivos: informar que la salud no es meramente física, sino que atañe los planos psicológicos (mentales) y sociales. Explicar que el individuo es un ser biopsicosocial y que esta determinado por el contexto social para desarrollar su transcurso de bienestar o malestar.

Procedimientos: exposición y una dinámica:

Dinámica: "el correo" (animación)

Material: pizarrón, gis y sillas

Tiempo: 1:20 minutos.

Observaciones: en este tema se desata una de las mejores intervenciones del grupo, pues se logra convencer que la salud no solo es física, sino que tiene sus variantes psíquicas y sociales y esto se demuestra a través de ejemplos prácticos. En ese momento al grupo se percibe un poco más receptivo, vuelven a haber preguntas pero ya no agresivas; se nota un clima de aceptación del taller, aunque sigue habiendo los maestros que preguntan atacando y negándose a participar en las dinámicas.

Lunes 28 de abril de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: Melchor Ocampo

Día: 3

Estructura:

Presentación:

Tema: "El Síndrome de Burnout".

Objetivos: dar a conocer que las interacciones laborales en el plano personal llevan a un desgaste emocional, a una despersonalización y a una reducción en la realización profesional que tiene como repercusión alteraciones en la dimensión de la salud. Dar la pauta para el seguimiento del curso-taller de manera formal.

Procedimientos: exposición, aplicación del test MBI y ejercicio estructurado

Ejercicio estructurado: cuento del quemado.

Material: pizarrón y gis.

Tiempo: 2 horas.

Observaciones: hay una identificación por parte de los profesores con las dimensiones del Síndrome de Burnout, pues comentan sus experiencias laborales basándose a la exposición. Surgen relatos y anécdotas de alguna situación semejante al tema tratado. Los profesores se muestran impactados por el tema, inclusive se identifican con el fenómeno. Se acuerda mayoritariamente que se acepta el desarrollo del curso-taller, y se escogen temas para arrancar de ellos.

Miércoles 7 de mayo de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: Melchor Ocampo

Día: 4

Estructura:

Presentación:

Tema: "Psicología Social de la Salud" y "Psicología Social Comunitaria".

Objetivos: Explicación de lo que es la Psicología Social de la Salud y la Psicología social Comunitaria en el plano comunitario de los profesores.

Procedimiento: exposición y dinámica.

Dinámica: Presentación por parejas (presentación y animación)

Material: pizarrón, gis, sillas.

Tiempo: 2 horas.

Observaciones: el segundo día del taller no hay ni la mitad de los profesores que hubo el primer día, sin embargo, los de la polémica si han venido, que después de terminar lo expuesto empiezan a preguntar asuntos del tema en cuestión, se dan puntos de vista desde la Psicología Social y se hace la separación de lo que ellos entienden por "Psicología" con la disciplina que se manejará en el taller. Incluso muchos creen que se les va aplicar un cuestionario para determinar su estado mental. La dinámica se realiza con problemas, pues existe un ambiente de desunión

Lunes 12 de mayo de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: Melchor Ocampo

Día: 5

Estructura:

Presentación:

Tema: "Proceso de grupos".

Objetivos: exponer lo interesante que es tener una experiencia vivencial con los grupos, qué tipos de grupos hay, cuáles son sus características, cómo son los grupos, que tipos de elementos tiene un grupo, etc.

Procedimientos: a través de la exposición y dinámicas.

Dinámica: Mar adentro, mar afuera; lanchas.

Material: pizarrón, gis y un salón vacío.

Tiempo: 1:30 minutos.

Observaciones: el tema despierta gran interés, sobre todo en las maestras que se quejan de que se les sale de control el grupo que tienen a cargo, están atentas a las descripciones que se les da de los grupos, incluso anotan lo que se escribe en el pizarrón. Al realizar el ejercicio estructurado hay más disposición de los maestros para entrar en el juego. Comentan que esos juegos los utilizan, pero que nunca habían participado activamente en ellos.

Viernes 16 de mayo de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: Melchor Ocampo

Día: 6

Estructura:

Presentación:

Tema: "Estrés".

Objetivos: conocer el estrés como parte imprescindible de la vida de una persona, ver sus variantes, manifestaciones y repercusiones y la forma en cómo éstas pueden afectar su salud sino se le maneja correctamente.

Procedimientos: exposición, aplicación de tests de estrés, y una dinámica.

Dinámica: Hélices. (Ejercicio de brazos en donde se les hace girar hasta que aguanten)

Material: pizarrón, gis y test.

Tiempo: 2 horas.

Observaciones: de nueva cuenta los profesores discuten acerca de lo que es el estrés, describen ejemplos personales y de ahí se arranca para explicar como la Psicología, desde la endocrinología, la describe, se llega a un consenso con los opositores activistas y por fin se llega a una conclusión de lo que es el estrés, y sobre todo lo que representa en el ser humano. Se empiezan a entablar negociaciones y acuerdos.

Viernes 23 de mayo de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: Melchor Ocampo

Día: 7

Estructura:

Presentación:

Tema: "Estilo de vida".

Objetivos: dar a conocer que la forma y el modo que se tenga para vivir determina la constitución de salud; se demuestra que los hábitos, las conductas de riesgo, el desorden de pautas comportamentales de un individuo pueden llevarlo a tener consecuencias físicas, psíquicas y sociales.

Procedimientos: exposición, aplicación de test de estilo de vida, y dinámica.

Dinámica: (cuento vivo, animación y concentración)

Material: pizarrón, gis, test de estilo de vida, salón amplio.

Tiempo: 1:30 minutos.

Observaciones: al explicarse que las formas de cómo se vive trasciende en el proceso salud-enfermedad, existen muchas participaciones y comentarios por parte de la mayoría de los profesores, se percibe que hay un cambio de actitud, pues las dinámicas que se ponen se realizan más fácilmente. Al terminar esta sesión hay una mejor respuesta y aceptación, puesto que los maestros ya no se marchan inmediatamente, sino preguntan la relación del tema con sus cuestiones personales.

Viernes 30 de mayo de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: Melchor Ocampo

Día: 8

Estructura:

Presentación:

Tema: "Personalidad".

Objetivos: evidenciar que el tipo de personalidad que tiene una persona influye en la forma de estar en concordia con su plano social, así como en su marco laboral, la personalidad refleja también el grado de salud mental y físico de una persona.

Procedimientos. Exposición, aplicación de test de la personalidad, y dinámica.

Dinámica: ¿quién soy?

Material: pizarrón, gis, papel y lápiz.

Tiempo: 2 horas.

Observaciones: la personalidad en este grupo es de sumo interés, debido a que la temática les da para cuestionarse su forma de ser con su entorno laboral, se abren emocionalmente y se dan a conocer como personas con peculiaridades negativas. El ejercicio de la dinámica les ayuda a conocer como los conceptualizan los demás, inclusive con lo que les escriben les da para pensar su perfil de carácter; se empieza a dar una cohesión de grupo.

Lunes 2 de junio de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: Melchor Ocampo

Día: 9

Estructura:

Presentación:

Tema: "Redes Sociales"

Objetivos: identificar los vínculos humanos que poseen en el medio social, concientizar que son parte de un tejido de relaciones sociales en los que puede haber un sentido de pertenencia para formar un grupo que los respalde como personas integradas y aceptadas. Se establece que dentro de una red y estructura social el individuo puede tener un sentido de salud social.

Procedimientos: exposición y dinámica.

Ejercicio estructurado: la telaraña (integración)

Material: pizarrón y gis.

Tiempo: 1:40 minutos

Observaciones: dicho tema les da a muchos maestros la posibilidad de ver que casi no tienen importantes vínculos sociales, expresan que casi no tienen relaciones afectivas en la propia escuela, admiten que hay muchos subgrupos en la escuela, pero que cada cual está separado uno del otro. Se empiezan a tejer alguna red entre ellos.

Viernes 6 de junio de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: Melchor Ocampo

Día: 10

Estructura:

Presentación:

Tema: "Apoyo Social"

Objetivos: hacer ver que el apoyo en una persona determina su salud en un plano social, notar que el apoyo social está en los sistemas de la red a la que pertenece, pues no solo da sentido de pertenencia, sino que ofrece los medios para capitalizar un problema, y que del apoyo su función se da material, informacional y emocionalmente.

Procedimientos: exposición, aplicación de test, y dinámica.

Material: pizarrón, gis, papel y lápiz.

Tiempo: 1:40 minutos.

Observaciones: el tema les parece extraordinario, pues los varones caen a la cuenta de que como no tienen redes sociales, tienen poco apoyo de los demás, empiezan a expresar que cuando tienen un problema en su trabajo no saben a quién recurrir, además se perciben como autosuficientes y solitarios, las mujeres están más sensibilizadas y admiten que siempre tienen a alguien a quién dirigirse, aunque sea las oye.

Viernes 13 de junio de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: Melchor Ocampo

Día: 11

Estructura:

Presentación:

Tema: "Habilidades Sociales".

Objetivos: dar una serie de tips sobre lo que se refiere a ser una persona con habilidades sociales, se da el desarrollo de cómo puede ser una persona con una resolución de problemas sociales que detienen su salud, basándose en como pedir ayuda, pedir un favor, una disculpa, etc.

Procedimientos: exposición y ejercicios.

Material: pizarrón, gis y un salón amplio.

Tiempo: 2:20

Observaciones: este tema es el que más impacto y participación dio en los profesores, hubo tanto interés que ninguno se guardó nada, tuvo tanta participación que no se dejó de comentar y preguntar, tanto que en los ejercicios los grupos que se hicieron empezaron interactuar con problemas reales que se habían gestado entre ellos en el trabajo, aunque también hubo alguna crítica o resentimiento, los ejercicios produjeron que se conocieran que habían sido malos entendidos; de igual manera exigieron a los expositores bibliografía para profundizar el tema.

Lunes 23 de junio de 2003

Curso-Taller

Escuela Primaria: Melchor Ocampo.

Día: 12

Estructura:

Presentación:

Tema: "Calidad de Vida"

Objetivos: explicar que la calidad de vida no solo se refiere a tener muchas realizaciones materiales, así como tampoco tener una cantidad de vida, que la calidad de vida es personal y depende del periodo del contexto social. Se monta una representación social abarcando estrés, personalidad, estilo de vida, red y apoyo social, habilidades sociales para poder explicar la percepción de la calidad de vida como una consecución y equilibrio de la salud con el entorno y el individuo.

Procedimientos: exposición, representación teatral, y dinámica

Material: pizarrón, gis, poemas y colores y papel

Tiempo: 4horas

Observaciones: el cierre tuvo un gran momento debido a que el grupo estuvo muy calmado, tanto los varones como las damas presenciaron de buen agrado la representación teatral, e igual muchos se vieron reflejados en los personajes y lo disfrutaron. Cuando se entró en los poemas todos los profesores se emocionaron y se volvieron a repetir, posteriormente pidieron los nombres de los autores. Los profesores que al principio del curso nos habían puesto entorpecimientos ahora nos felicitaban, e incluso nos volvieron a invitar para el próximo ciclo escolar a dar otro curso taller.

5.-EVALUACION

Los criterios para evaluar programas que se fundamentan en la participación popular no pueden ser los mismos aplicados a otros. Los resultados se observan a mediano y largo plazo y son difícilmente cuantificables. De ahí la importancia de un enfoque cualitativo de evaluación.

Lo planteado hasta el momento, constituye el primer paso en la transformación de la realidad y como parte del proceso de educación popular exige y compromete a solidarizarse con el grupo.

En este estudio, la metodología de la Investigación Acción-Participación nos ha permitido:

- a) Acercarnos al conocimiento y comprensión del tema de estudio.
- b) Interactuar con los actores de la comunidad, facilitando con esto el intercambio de experiencias y hechos relacionados al tema.
- c) Llevar a cabo actividades que permitan la identificación del profesor en el tema del Síndrome de Burnout.
- d) Reflexionar sobre el tema y abrir perspectivas de transformación, no solo de manera individual sino en el impacto comunitario.
- e) Regresar el conocimiento obtenido de la investigación con el fin de tener una retroalimentación entre la comunidad de maestros y los investigadores y poder realizar un programa de atención del problema.

Como se había mencionado, el desgaste emocional se abordaba en los profesionistas dentro del ámbito de la salud, pero existen aún otras profesiones que provocan dicho desgaste y no han sido estudiadas.

La labor realizada nos permite abrir nuevas líneas de investigación relacionadas con el tema.

Escuchar y conocer a los profesores y sus problemáticas, fueron también una experiencia positiva, por lo que esta labor resultó clave en la investigación, muchas problemáticas se hicieron presentes y permitió delimitar de mejor forma el enfoque del estudio.

5.1 Reflexiones.

El presente estudio permitió a los investigadores llegar a las siguientes conclusiones:

La labor del docente ha sido poco estudiada, no solo en el ámbito psicosocial sino también en otras áreas de estudio, y las investigaciones realizadas no se han enfocado hacia factores que puedan incluir la calidad educativa, pareciera que se olvidan de que el profesor es también un ser humano, que por lo tanto también su labor pasa por estados emocionales y se ven reflejados, dichos estados, en su capacidad y calidad de enseñanza, entendido como formas de interacción social con los sujetos de su entorno, es decir, el profesor proyecta sus capacidades didácticas hacia sus alumnos, según el estado emocional, actitudinal, afectivo, psicológico en el que se encuentre.

El profesor se ve acometido de varias demandas y exigencias que sobrepasan su función pedagógica, tanto que trastocan sus medios vitales y sociales y que se traducen en su ámbito de salud. El agotamiento que les produce tantas interacciones sociales ya sea con los alumnos, con los propios compañeros, con los padres de familia, supervisores, personal de mantenimiento (conserjes y vendedores) va mermando su capacidad de respuesta emocional. El maestro es poco reconocido en su trabajo, se le toma simplemente como un medio, un utensilio e incluso un objeto de uso, no es más que una persona que se para y que solo sirve para dar una clase a un número de niños.

Según los resultados obtenidos, sufren casi todos los docentes un alto índice de desgaste emocional. Dicho desgaste, es también poco reconocido por los profesores, por lo cual el que ellos tomen conciencia de esta situación se puede considerar el primer paso para lograr un avance importante que les permita tener las herramientas para poder entenderlo y poder asumirlo para así afrontarlo.

En relación al estilo de vida y el cuidado de la salud personal, la telaraña demostró que la mayoría del profesorado está en niveles de desfavorecimiento, puesto que de los diez niveles que se manejaron se descubrió que andan en niveles de desatención, y esto se debe al poco tiempo que le dedican al cuidado de salud personal, a su ámbito de valores, espiritualidad, conocimientos de política, etc. Se encontró que el profesor desconoce o pone en segundo término cuestiones de relevancia fundamentales en su quehacer personal como su salud integral.

Se puede sugerir que, a partir de esta investigación, se tome como una variable de calidad educativa el desgaste emocional, la despersonalización y la reducción en la realización personal que sufre el docente, y que afecta su desempeño laboral, e incluso puede llegar a perturbar su ambiente personal o familiar, haciendo con esto que el profesorado tienda a estar propenso a problemas de salud física, psicológica y social.

Con la impartición del curso taller, las primeras sesiones tocaron temas como el estrés, la personalidad y el estilo de vida como una primera fase que sirviera como antecedente y posibles causas para entender y detectar el Síndrome de Burnout, posteriormente se afrontaron los temas de redes sociales, apoyo social y habilidades sociales para dar herramientas y tratar el desarrollo del Síndrome de Burnout, por último se abordó el tema de calidad de vida para reflexionar el sentido de vida que tiene el profesor ante lo que derive su profesión.

Aunque hubo un interés manifiesto por parte de los profesores hacia otra serie de temáticas que no fueron abordadas de manera profunda en el curso, debido a que no obedecía al objetivo de la investigación en ese momento, si pueden conformar un nuevo taller con un grado mayor al presentado, y que puede ser conformado como la preparación extracurricular a la que los profesores pueden acudir. Esto permitirá a los docentes tejer una red social que los apoye en su labor y les conceda la opción de diversos apoyos.

De hecho se dieron casos en los que los profesores manifestaron sus problemáticas intra-clases, logrando no solo desahogar la situación presentada, sino también se ofrecieron perspectivas de solución, así como la propuesta de la búsqueda de Instituciones o profesionistas a los que se puede recurrir para solventar dicha problemática

El hecho de sentir una identidad profesional e institucional es también uno de los puntos a los que se pudo llegar. A través del curso taller, el profesor logró tomar un sentido de pertenencia a la Institución y revalorar su labor como docente.

Otro aspecto que surgió, es el mejoramiento del ambiente laboral, que primero de ser un ambiente casi individual, en el que cada uno de los maestros solo se preocupaba por lo suyo, se transformó en un apoyo entre ellos mismos, al observar y darse cuenta, por medio del curso taller, que comparten muchas problemáticas en común y que le sería más fácil afrontarlos si tejen una red de apoyo hacia el interior de la institución.

La propuesta de los profesores, como se comentaba líneas arriba era continuar con cursos, con temas del interés docente, la contrapropuesta de los investigadores es armar una serie de cursos y actividades extracurriculares que le permitan al profesores seguir preparándose, y ampliar su labor. Cabe señalar que los recursos económicos pudieran ser un obstáculo para llevar a cabo esta labor,

pero los recursos humanos son potencialmente posibles.

Otro hecho es que la incidencia del desgaste es mayor en la mujer, tiene también una explicación cultural, en nuestro país la labor desempeñada por el género femenino es mayor que el masculino. El rol de la mujer, en especial en la zona, es más de hogar y sus actividades son mayores, ya que asumen diferentes roles como ama de casa, esposa, madre de familia, maestra etc., por lo que podemos inferir que es un factor determinante de por que el mayor desgaste emocional, despersonalización y reducción en la realización personal de la mujer.

El delegar responsabilidades es otro factor a considerar. El hecho de realizar otras actividades diferentes a las de la docencia produce en el sujeto una mayor tendencia hacia su desgaste. Esto puede conocerse que los maestros padecen de un acoso laboral, puesto que se les presiona para hacer actividades de proselitismo político, y esto también se puede entender como un tema nuevo conocido como “acoso moral”. El hecho de realizar actividades políticas, administrativas y de otros cortes, que son extra-funciones, produce en el docente un mayor desgaste, por lo que una labor a revisar sería el delimitar las actividades que en estas escuelas realizan los profesores, es decir, deben determinar hasta donde empieza y concluye su labor y delimitarlo, ya que atender grupos de 40 niños, en promedio, además de resolver situaciones administrativas (cobros de inscripción o cooperaciones “voluntarias”), realizar actividades políticas (pegado de propaganda, pinta de bardas, acudir a mítines políticos)

Se encontró que la edad es un factor importante para la consecución del Síndrome de Burnout, pues mientras mas años tengan de vida, mayor es la tendencia al agotamiento emocional. Aunque esto tiene una comprobación teórica puesto que mientras mas años tenga una persona se hace más susceptible a una corrosión relacional. Esto se entiende que un profesor al tener una edad mayor tiende a estar más en contacto con la presión que deriva de las responsabilidades

de su vida formal, y esto da pie a las dos restantes dimensiones que maneja el Síndrome de Burnout.

Otro factor es que el tiempo ejercido en la profesión también incide en el Síndrome de Burnout, puesto que los profesores que tienen mayor tiempo en la profesión también tienen igual tendencia al fenómeno. Debido a que mientras pasa más el tiempo en una persona interactuando como servidor público, mayor es el hastío y el enfado que se tiene con la gente, pues sobrepasan la capacidad de tolerancia en las relaciones humanas, como lo demuestran las gráficas anteriores.

Se encontró también que la mayoría de los maestros que tienen una relación de pareja se les incide más el Síndrome de Burnout, aunque aquí es contra la teoría del Síndrome de Burnout que maneja que una persona que tiene una pareja podría considerarse como alguien que posee una red social, así como los beneficios del apoyo social.

La investigación arrojó otro dato importante, pues se obtuvo una diferencia entre las dos escuelas, notándose que la Melchor Ocampo tiene más vulnerabilidad y una incidencia a obtener más manifiesto el Síndrome de Burnout, tanto en las dimensiones del Agotamiento Emocional, Despersonalización y Reducción en la Realización Personal, y esto debe entenderse como un factor de turno, puesto que en dicha escuela se trabajó con el vespertino. Este plantel está compuesto por maestros ya titulados y con mayor tiempo de profesión, es decir con una supuesta ostentación de experiencia. La escuela José Vasconcelos, a pesar de sus características físicas y su poco tiempo de profesores en labores académicas, si se encuentra alto en las dimensiones aplicadas, sin embargo hay una tendencia un poco menos ante estos respectos.

Después de la evaluación que se obtuvo se trabajó constante con los temas, en cuanto teoría y práctica, se dio mas énfasis sobre los Estilos de vida, Estrés, Técnicas de afrontamiento, Ambiente laboral, Personalidad, Autoestima, Redes y Apoyo social, Habilidades sociales, Calidad de vida y a partir de ahí se realizó un programa que sirviera como prevención, promoción, educación, información, tratamiento, rehabilitación.

La propuesta por parte de los investigadores es abrir el taller no solo para los profesores, sino también pudiera incluir administrativos, padres de familia e incluso hasta alumnos. Esto basándonos en la esencia de la metodología de la I.A.P., que busca una transformación comunitaria y ésta solo se logra modificando a todos los integrantes de la comunidad que son los participantes en la construcción de su realidad.

En cuanto a la comunidad docente, si se refiere, se buscarán nexos o contactos dentro de su organismo, llámese Dirección, que es a nivel local; Supervisión, que es a nivel comunal; Subdirección Regional de Educación Básica, Oriente Chalco, que es a nivel zona, Departamento Regional de Educación, región Texcoco, que es a nivel distrital ; Dirección General de Educación Primaria, base Toluca, que es a nivel estatal, todo esto para tener la posibilidad de trabajar con un programa ya desarrollado y subvencionado, para dedicarlo al tratamiento y solución de problemas que les aquejen constantemente, con el fin de intervenir y participar activamente en las comunidades de la zona y anexas y promocionar el programa.

Con todo esto, cabe también la posibilidad de desarrollar un programa más sólido y mejor estructurado, ya que con lo que se ha conocido y experimentado se puede construir un proyecto de promoción de la salud más integral con mayor alcance y que abarque no solamente esa zona del Municipio de Chimalhuacan, sino que puede ser el arranque de un programa promocional de salud para una zona más extensa y necesitada, teniendo por encima los presupuestos comunales

que se han visto; que toque también no solamente a los profesores, sino también a amas de casa, trabajadores, servidores públicos, ancianos, adultos, adolescentes, niños, etc., es decir, a todo integrante de la comunidad en la que viven, con el objetivo de lograr optimizar sus recursos sociales con los comunales (red, apoyo, habilidad social), psicológicos (afrontamiento del estrés, personalidad etc.) y físicos (estilo de vida: ejercicio, hábitos nutricionales, etc.) para perseguir una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

Alvarado Tenorio, Roberto (1993); *Personalidad, Salud y Modo de Vida*; Cáp. 1: Salud mental y somática, edit. Libros Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala; México. Pp. 7-46.

Barriga S. (1990); los indicadores del bienestar: Hacia una visión desde la Psicología Social Comunitaria. Rodríguez . (comp.); *Aspectos Psicosociales de la salud y la comunidad*; Barcelona PPU; Pp. 175-190.

Barrón A. (1996); *Apoyo Social: Aspectos teóricos y aplicaciones*; Edit. Siglo XXI; Madrid; Pp.10-50.

Begoña y Cols. (1995) *Revista Psicológica Contemporánea* No. 3 Vol. 2, Cap. Estado Actual y Perspectiva de la Psicología de la Salud Ed. Manuel Moderno, pp. 100-108.

Buendía, José (1998); *Estrés laboral y salud*; Cáp. 3: “El estrés laboral como factor determinante en la salud”; edit. Biblioteca Nueva; Madrid. Pp. 51-59.

Buendía, José (1998); *Estrés laboral y salud*; Cáp. 5: “Estrés laboral, agotamiento y salud”; edit. Biblioteca Nueva; Madrid; Pág. 119-127.

C. Maslach y S. E. Jackson (1997) *MBI, Inventario Burnout de Maslach: “Síndrome del Quemado por estrés asistencial”*; Cáp. 1; Publicaciones TEA, Ediciones Publicaciones de Psicología Aplicada, Madrid. Pp.5-35.

Costa Miguel y López Ernesto, (1996); *Salud Comunitaria*, Barcelona Edit. Roca, pp 1-25.

Dabas, E. (1993), red de redes; las prácticas de la intervención en redes sociales; México; edit. Paidós, Pp. 15-30.

Di Nicola P. (1994), el papel de las redes sociales primarias en el control de la enfermedad y la protección de la salud; En Donati P.; Manual de Sociología de la salud; España; Díaz de Santos; Pp. 209-231.

Egg Ander (1986) "Metodología y Práctica del Desarrollo", México, El Ateneo, pp.- 43-76.

Estilos de vida e investigación social: Gabinete de prospección Sociologica del gobierno Vasco.

Francie Irigolle, Marie; (¿ ?) "Moving"; Edit. Paidós.

Franco Bontempo, María Ximena (1997); "Manual Integral de prevención: Comparación del Nivel del Síndrome de Burnout en un grupo de Médicos, Enfermeras y Paramédicos; Universidad Iberoamericana.

García-Viniegras, Carmen R. Victoria (1992); Estrés, cómo enfrentarlo; edit. Ciencias Médicas; La Habana, Pp. 1-39.

Gil Monte, Pedro, Piero, José María (1997); Desgaste psíquico en el trabajo: El Síndrome de Quemarse; Cáp. 3: "Desencadenantes y facilitadores del Síndrome de quemarse por el Trabajo"; edit. Síntesis, S.A.; España, Pp. 63-78.

Gil Monte, Pedro, Piero, José María (1997); Desgaste psíquico en el trabajo: "El Síndrome de Quemarse"; Cáp. 4: "Consecuencias del Síndrome de Quemarse por el trabajo"; edit. Síntesis, S.A.; España. Pp. 81- 94.

Grau Abalo, Jorge (1996); Personalidad y enfermedad: un nuevo enfoque en investigación de distintos enfermos. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana; La Habana, mecanógrama, Pp. 1-45

Grau Abalo, Jorge (1997); Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación; una perspectiva psicosocial de salud; Tesis para la opción del título de especialista de 1 grado de Psicología de la salud; Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García"; Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Pp. 1-21.

Grau Abalo, Jorge A. (1996); HIGIA, "El entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas en equipos de cuidados paliativos"; Cáp. 2, "EL estrés en el equipo de cuidados paliativos: El Burnout", Cuadernillos de Psicología de la Salud. Sinaloa, Pp. 3-19.

Grau Abalo, Jorge A. (1998); Conferencia de Habilidades Sociales: El entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) en profesionales de salud; apuntes personales; P. 1-37.

Grau Abalo, Jorge A., Chacón Roger, Margarita (1998); "Burnout: una amenaza a los equipos de salud"; Conferencia Magistral en el Seminario de la Seccional de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud (ASOCOPSI); Calí, Colombia. Pp: 1-49.

Hambrados M.N., (1996), "Introducción a la Psicología Comunitaria", Edit. Agiber España, pp- 85-109.

Instituto de Investigaciones Psicológicas (1998); Psicología y salud; Cáp. 2, "La tarea laboral y el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería"; Nueva Época, México; Pp.13-22.

Jersild, A.T. (1986); "La personalidad del maestro"; Cap. 1 edit. Paidós-educador; Barcelona; pag. 11-62

Lamoglia, Ernesto (1995); El triángulo del dolor, Abuso emocional, estrés y depresión; cap. "el estrés: fuente de vida... y de muerte; Edit. Grijalbo, México; p.62.

Latorre Miguel (coord.), (1992); *Psicología de la Salud*, Buenos Aires, Edit. Lumen, pp 1-35.

Matarazzo J.D. (1980); *Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology*. U.S.A. American Psychologist, . PP 807-817

Morales Francisco, (1999); *"Introducción a la Psicología de la Salud"*, México, Edit. Paidós, p.- 121.

Morales J. F. et al, (1996); *Tratado de Psicología Social Vol. 1 Procesos Básicos*, Madrid, Edit. Síntesis, pp40-55 Y 294-309.

Morales J., Francisco, Olza, Miguel, (1996); *Psicología Social y Trabajo Social*; cap. 17: "Atracción y relaciones interpersonales"; edit. Mc Graw-Hill; Madrid; pag 393-461.

Novel, G. (1995); *En enfermería psicosocial y salud mental*; parte 2: "La familia como sistema de apoyo"; edit. MASSON; Barcelona; Pág. 81-153.

O'Hanlon, Brenda (2000); *Cómo entender el estrés con sentido común*; Cáp. 1: "todo acerca del estrés"; edit. Grupo Editorial Tomo; México, Pp. 17-26

Pardo A.G., (1994) "Psicología de la Salud Comunitaria" Vol. 3 Bogota pp 146-

160.

Pinelo Nuvia; Tesis para Licenciatura en Psicología; “Comparación del Síndrome de Burnout en diferentes Staffs Médicos y Paramédicos del C. M. N.; 20 de Noviembre ISSSTE.

Prior, J. y De la poza J. (1990); “Aportaciones teóricas al estudio de la calidad de vida”, en Quintanilla 1. (comp.) calidad de vida, educación, deporte, y medio ambiente, Barcelona; Pp. 25-29.

Ramírez Bergeron, Ana Marissa (1994); Tesis para la licenciatura de Psicología; Estudio exploratorio acerca del nivel de Síndrome de Deterioro (Burnout) en un grupo de Psicólogos Clínicos; Universidad Iberoamericana.

Rodríguez Graciela (Coord), (1998); *La Psicología de la Salud en América Latina*, México, UNAM, pp 20-45.

Rodríguez Marín, Jesús (1995); Psicología Social de la Salud; Cáp. 12 “La calidad de vida de los profesionales sanitarios: quemarse en el trabajo”; Edit. Síntesis de Psicología; España; Pp. 185-206.

Rodríguez Marín, Jesús (1995); Psicología Social de la Salud; Cáp. 3: “El estrés Psicosocial y su afrontamiento” ; Edit. Síntesis de Psicología; España Pp. 53-74.

Rodríguez Marín, Jesús (1995); Psicología Social de la Salud; Cáp. 2: “Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad: Estilos de vida y salud”; Edit. Síntesis de Psicología; España Pp. 32-51.

Rodríguez Marín, Jesús (1995); Psicología Social de la Salud; Cáp. 6, “Apoyo social y salud”; Edith. Síntesis de Psicología; España. Pp. 107-117.

Rodríguez Marín, Jesús, (1995); *Psicología Social de la Salud*, Edit. Agiber España, 1995... pp-14-31.

San Martín y Pastor (1984); *Salud Comunitaria. Teorías y Práctica*. Madrid, Edit. Díaz de Santos, pp 220-250.

Sánchez Vidal A. (1991) *Psicología comunitaria. Bases conceptuales y Métodos de intervención*. Edit. PPU; Barcelona; Pp. 197-254.

Seminario: *Psicología Social Comunitaria (UNAM)*, *Psicología Comunitaria como Proceso de Salud*, Segura Hidalgo Jesús, Martínez Maricruz, Zepeda Humberto; Simposio: *Encuentro Nacional de Psicología Social*, Universidad de Querétaro, 21 de Septiembre de 1990, *Bases Epistemológicas, Teóricas y Metodológicas de la Psicología Comunitaria: una Aproximación*, Dr. Eduardo Almeida Acosta (Psicol. UNAM), Dra. Ma. Eugenia Sánchez.

Villa, Aurelio (1980); *Perspectivas y problemas de la función docente*; Cáp. 4: "factores claves en El desarrollo del profesorado"; edit. Narcea, S.A. Ediciones; España, Pp. 280-351.

Whittaker James, (1979); *La Psicología Social en el Mundo de Hoy*, México, Edit. Trillas, pp 5-17.

Willams Tornher, Rooler (1991); *Personalidad, vida y salud*; Cáp. 7: *personalidad humana*, edit. Fueller, Virginia, Pp. 31-42.

Zax Melvin, y Specter Gerald, (1979) Traducción de Enrique Palos, *Introducción a la Psicología de la Comunidad*, México, Edit. Manual Moderno, pp 420-450

REVISTAS

Alcalde, Jorge (abril 2000); MUY INTERESANTE, “Cómo evitar que nos agobien las nuevas máquinas: Tecnoestrés”

FUENTES ELECTRONICAS

Las siguientes referencias han sido tomadas por vía Internet, sin embargo se ha puesto su localización.

“El Síndrome de la Quemazón” profesionales que padecen de quemazón; fuentes la quemazón; factores fisiológicos, psicológicos y conductuales.

<http://www.babelfish.altavista.com>

“El Síndrome de Burnout: estudio empírico en profesores de enseñanza primaria”; Dirección por correspondencia: Equipo de Investigación de Psicología y Salud (PSISA). Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca. 37008-SALAMANCA.SPAIN.

<http://www.altavista.com/cgi-bin/query?pg=q&kl=xx8q=teacher#burnout&search=search>.

Fuente tomada el 31 de enero de 2000

“El primer libro en español sobre el Síndrome de la Quemazón (The First book in spanish about the Burnout Syndrome); Dr. José Francisco Figueroa, Ph. D.

<http://www.burn.ro/prof.med.stress.arc.com>

“Algunas aproximaciones al Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios”

http://www.tex.med.org/org/education_cmelphr_cme/ec_phrstressscourse.htm.

“El Síndrome de Burnout en los equipos asistenciales”; Prof. Dr. Ricardo Bernardi.

http://www.doc.poter.com/beajob.burn.stress_pol_test.htm.

“Guárdese de la quemadura Profesional”; proporcionado por el reporte médico. Sitio desarrollado por los recursos de Internet Health.

<http://www.msc.es/revista/1997033/burnout.fest.htm>

Psicología de la Salud: enfoque teórico y metodológico en:

http://wanadoo.es/aniorte/nic/apunte_psicolog_salud_y.htm.

La Psicología Comunitaria: Orígenes, Principios y fundamentos en:

<http://prohosting.com/montero.htm>.

Psicología Social de la Salud en:

<http://prohosting.com/psicsocsal/tori.htm>.

Programa de Investigación-Acción en Migración y Nutrición en:

<http://www.insp.mx/salud/35/356-5.shtml>

Investigación Participativa en:

<http://www.uv.mx/iesca/revista2/mili/2.html>

Investigación-Acción en:

<http://atzimba.crefal.edu.mx/bibdigital/acervo/retablos/RPO3/tvi1.htmw>