

ISSN 2218-0559 (CD R), E-ISSN 2220-9026

**Proyecto CDID “Centro
de Documentación,
Investigación
y Difusión de Psicología
Científica”
Cátedras de Métodos
Científicos
y Cuantitativos en
Psicología.
Carrera de Psicología
FFCH-UC**



**Revista de
Investigación
Científica en
Psicología
Órgano Oficial de
Comunicación
Científica
del CDID
Vol. 12, Nº 1, 2015**



Órgano Oficial de Comunicación Científica del CDID
CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”
Cátedras de Métodos Científicos y Cuantitativos en Psicología
Carrera de Psicología-FFCH.UC

Identidad

Editada por el **CDID**, semestralmente, en versión digital, con un tiraje de 100 ejemplares, y electrónica www.psicoeureka.com.py

Recibe artículos para su evaluación durante todo el año. El límite de recepción para el primer N° semestral es el 30 de Abril; para el segundo semestre, el 30 de Setiembre.

EUREKA, busca brindar mayor visibilidad a la producción científica de todas las áreas de la Psicología como ciencia, disciplina y profesión. Correspondencia, intercambio y colaboraciones se reciben en la Oficina Editorial, **CDID**, Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas, Independencia Nacional y Comuneros, Asunción-Paraguay, o por correo electrónico a revistacientificaeureka@gmail.com o a norma@tigo.com.py.

Los trabajos presentados para su posible publicación, de preferencia, deberán ser originales e inéditos, estarán sujetos a la programación de la revista y a la evaluación por arbitraje.

Indizada al Catálogo de Latindex, Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal y LILACS, BVS-ULAPSI, Biblioteca Virtual de Salud de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología, PEPSIC y Plataforma “e-Revistas” de la Agencia Estatal Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España. Próximamente en SciELO.

REVISTA EUREKA/CDID

Se somete a normativa de propiedad intelectual vigente.

Los derechos son reservados a EUREKA y, el/la/los/las autores/ras deberán solicitar autorización por escrito, en casos de segunda publicación citando a EUREKA como fuente original. Es responsabilidad del autor/res la declaración de autoría, los datos, ideas y opiniones versadas en los trabajos. En dichos ámbitos, para efectos legales y éticos, se adopta como propios los Principios del Código de Ética de la

APA a los que deberán adherirse los que sometan artículos para valoración, la Revista no asume responsabilidad en casos de incumplimiento de aquellos.

Open access on line: www.psicoeureka.com.py.

El/la/los/las autores/ras cede/n sus derechos bajo la licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), modalidad 4. Podrá/n reproducir sus trabajos en otros medios, sin fines comerciales, debiendo indicar que fue publicado en esta revista, sin modificarlo y manteniendo el acceso gratuito.



Revista Eureka | Esta obra está bajo una licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Consultas y sugerencias: revistacientificaeureka@gmail.com o a norma@tigo.com.py.

Hecho el depósito que marca la Ley No. 1328/98 de Derecho de Autor y Derechos Conexos.

Depósito Legal: N° (En trámite)
ISSN 2218-0559 (CD-R)
E-ISSN 2220-9026

Órgano Oficial de Comunicación Científica del CDID
Proyecto CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”
Cátedras de Métodos Científicos y Cuantitativos en Psicología. Carrera de Psicología-FFCH-UC

Consejo Editorial

Editora General

Dra. Norma B. Coppari (M.S., M.E.)

Consejo Nacional de Consultores Editores: Categoría Profesionales

Lic. Maria Celeste Airaldi-Clínica SENSORIUM-C.del Este
Máster Mercedes Argaña-Universidad Católica de Asunción
Magíster Montserrat Armele-Universidad Católica de Asunción
Lic. Mónica Britos-Universidad Nacional de Asunción
Lic. Lorena E. Céspedes- Universidad Católica de Asunción
Lic. Bettina Cuevas-Universidad Americana de Asunción
MAE Alberto Coronel-Universidad Católica de Asunción
Lic. Oscar Gaona-Universidad Nacional de Asunción
Lic. José Jiménez-Sociedad Paraguaya de Psicología
Lic. Franca La Carruba-Sociedad Paraguaya de Psicología
Lic. Diana S. Lesme-Universidad Católica de Asunción
Lic. Marta Martínez-Universidad Católica de Asunción
Doctoranda Tania Mendes de Oxilia-Universidad Católica de Asunción
Lic. Enrique Morosini- Universidad Nacional de Asunción
Magíster Joanna Muñoz-Universidad Autónoma de Asunción
Lic. Nicolás Netto- Universidad Católica de Asunción
Magíster Irina Smiliansky-Universidad Católica de Asunción

Equipo Editorial Categoría Estudiantes

Mariela Monserrat Franco Acosta-Asistente Editorial

Logista y Recursos Financieros-Categoría Estudiantes

Natalia Céspedes, Verónica Torres, Victoria Salinas y Celia Paiva

Open access on line: www.psicoeureka.com.py.

El/la/los/las autores/ras cede/n sus derechos bajo la licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), modalidad 4. Podrá/n reproducir sus trabajos en otros medios, sin fines comerciales, debiendo indicar que fue publicado en esta revista, sin modificarlo y manteniendo el acceso gratuito.



Revista Eureka | Esta obra está bajo una licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Consultas y sugerencias: revistacientificaeureka@gmail.com o a norma@tigo.com.py.

Hecho el depósito que marca la Ley No. 1328/98 de Derecho de Autor y Derechos Conexos.

Depósito Legal: N° (En trámite)
ISSN 2218-0559 (CD-R)
E-ISSN 2220-9026

Órgano Oficial de Comunicación Científica del CDID

Proyecto CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”
Cátedras de Métodos Científicos y Cuantitativos en Psicología. *Carrera de Psicología-FFCH-UC*

Consejo Editorial**Consejo Internacional de Consultores Editores, Categoría Profesionales**

Rubén Ardila Ph.D – Universidad Nacional de Colombia
 Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte – FES Zaragoza, Universidad Autónoma de México
 Mag. Sara Becerra Flores – Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú
 Doctorando Tomas Caycho - Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Peru
 Dr. Jorge Castellá Sarriera – Universidad Federal Rio Grande Do Sul, Brasil
 Dr. Alberto E. Cobián Mena – Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba
 Dra. Cristina Di Domenico – Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina
 Dr. Rolando Diaz Loving – Universidad Autónoma de México
 Dr. Justo Reinaldo Fabelo Roche – Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba
 Luis Flórez Alarcón Ph.D – Universidad Nacional de Colombia
 Maestra Maria del Rocío Gonzalez Siller – Universidad Autónoma de México
 Dra. Katherine Herazo- Universidad Autónoma de México
 Dr. Antonio Hernández Fernández – Universidad de Jaén de España
 Dra. Ana Maria Jacó-Vilela - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
 Dr. Hugo Klappenbach – Universidad de San Luis, Argentina
 Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo – Universidad Autónoma de México
 Dr. Florente López – Universidad Autónoma de México
 M.D. Ana Gabriela Magallanes Rodríguez – Universidad Autónoma de B.C., México
 Dra. María Regina Maluf- Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil
 Dr. Francisco Morales Calatayud – Universidad de La Habana, Cuba
 Dra. Silvia Pugliese-Universidad Nacional de Rosario, Argentina
 Maestro Leonardo Reynoso Erazo – FES Iztacala, Universidad Autónoma de México
 Dr. Enrique Saforcada – Universidad de Buenos Aires, Argentina
 Juan José Sánchez Sosa Ph.D – Universidad Autónoma de México
 Dr. Arturo Silva – Universidad Autónoma de México
 MSc. Isidoro A. Solernou Mesa – Universidad de las Ciencias Médicas de La Habana, Cuba
 Maestra PS Maria del Carmen Solorzano – Universidad de Ixtlahuaca (Estado de México)
 José Toro-Alfonso Ph.D – Universidad de Puerto Rico (t)
 Dr. Alfonso Urzúa – Universidad Católica del Norte de Chile
 Dr. Julio Villegas – Universidad Nacional de Chile
 Doctoranda Maria Alexandra Vuyk -Universidad de Kansas

Correctoras de Estilo Español/Ingles

Doctoranda Alexandra Vuyk-Universidad de Kansas

Responsible Web Master

Jesús Ayala

Open access on line: www.psicoeureka.com.py.

El/la/los/las autores/ras cede/n sus derechos bajo la licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), modalidad 4. Podrá/n reproducir sus trabajos en otros medios, sin fines comerciales, debiendo indicar que fue publicado en esta revista, sin modificarlo y manteniendo el acceso gratuito.



Revista Eureka | Esta obra está bajo una licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Consultas y sugerencias: revistacientificaeureka@gmail.com, o a norma@tigo.com.py.

Hecho el depósito que marca la Ley No. 1328/98 de Derecho de Autor y Derechos Conexos.

Depósito Legal: N° (En trámite)
 ISSN 2218-0559 (CD-R)
 E-ISSN 2220-9026

INDICE

Editorial

Norma B. Coppari.....pp.5-6

Artículos:

“VALORACIÓN DE LAS SUBESCALAS DE MASLACH BURNOUT INVENTORY EN PERSONAL DE ENFERMERÍA”. Eulalia Maldonado Charruff y Margarita Samudio. Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción, Paraguay”. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud-UNA. Paraguay.....pp.7-24

“SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS. HOSPITAL CENTRAL Dr. EMILIO CUBAS DEL IPS”. Sylvana Soledad Alfonso Recalde, Marta I. Ferreira Gaona, Clarisse V. Díaz Reissner. Servicio de Medicina Familiar. Hospital Central. Instituto de Previsión Social. Posgrado de Especialidades Médicas. Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción, Paraguay”.....pp.25-34

“BURNOUT ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE SALUD MENTAL. IMPACTO EN LA SALUD FÍSICA Y LA COGNICIÓN”. Lunimar Curbelo González. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.....pp.35-48

“MOTIVACIÓN EN LA VEJEZ: REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DESPUÉS DE LA JUBILACIÓN”. Florencia Agustina Díaz, Leandro Casari, Natalia Parlanti y Esteban Falcón. Pontificia Universidad Católica Argentina. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Mendoza. Argentina.....pp.49-60

“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y BIENESTAR SUBJETIVO EN EMBARAZADAS TARDÍAS Y ADULTAS JÓVENES”. Welyton Paraíba da Silva Sousa, Maria Aurelina Machado de Oliveira y Eulália Maria Chaves Maia. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil.....pp.61-72

“DIFERENCIAS DE FIABILIDAD ANTE RIESGO, INCERTIDUMBRE Y CONFLICTO ENTRE CAFICULTORES EN XILITLA, MÉXICO”. Cruz García Lirios, Javier Carreón Guillén, Jorge Hernández Valdés, José Alfonso Aguilar Fuentes, Francisco Javier Rosas Ferrusca y José Marcos Bustos Aguayo. Universidad Autónoma del Estado de México.....pp.73-93

“CUÁNTAS DIMENSIONES MIDE LA EMPATÍA? EVIDENCIA EMPÍRICA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE REACTIVIDAD INTERPERSONAL EN BRASILEÑO”. Nilton S. Formiga, Leonardo R. Sampaio y Pamela Rocha B. Guimarães. Faculdade Internacional da Paraíba/Laureate International Universities, Brasil. João Pessoa, PB – Brasil. Universidade Federal do Vale do São Francisco – Petrolina, PE, Brasil.....pp.94-105

“RELACIÓN ENTRE LA CONNOTACIÓN EMOCIONAL NEGATIVA Y LA MEMORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESPACIAL”. Pedro Antonio Fernández Ruiz, Ana G. Magallanes, Julio R. Martínez, y Alfonso Sámano. Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, México.....pp.106-120

“BARRERAS AL RECONOCIMIENTO Y ATENCIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL EN EL SISTEMA DE SALUD”. Débora Natalia Duffy y Lucia Sceppacuercia. Instituto de Investigaciones en Psicología. Universidad de Buenos Aires, Argentina.....pp.121-132

“¿CUÁLES SON LAS SUBJETIVIDADES ASOCIADAS AL USO DE INTERNET?”. Yanquiel Barrios Hernández y Marxlenin P. Valdés, Cuba.....pp.133-138

Reseña de Libro:

“Psicología Teoría de la Praxis. Tomo II Transformación Educativa”. **Reseñador:** Dr. Julio César Carozzo Campos. Lima, Perú. **Autor:** Dr. Marco Eduardo Murueta.....pp.139-144

Entrevista:

“Psicología de la Salud desde la Perspectiva del Dr. Luis Flores Alarcón”. **Entrevistado:** Dr. Luis Flórez Alarcón. **Entrevistadora:** Dra. Norma Coppari.....pp.145-152

Política Editorial.....pp.153-157

Fe de Erratas- Comunicado.

INDEX

Editorial

Norma B. Coppari.pp.5-6

Original Papers:

“MASLACH BURNOUT INVENTORY SUBSCALES IN NURSES”. Eulalia Maldonado Charruff y Margarita Samudio. Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción, Paraguay”. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud-UNA. Paraguay.....pp.7-24

“BURNOUT SYNDROME IN RESIDENTS OF MEDICAL SPECIALTIES. HOSPITAL CENTRAL Dr. EMILIO CUBAS OF IPS”. Sylvana Soledad Alfonso Recalde, Marta I. Ferreira Gaona, Clarisse V. Díaz Reissner. Servicio de Medicina Familiar. Hospital Central. Instituto de Previsión Social. Posgrado de Especialidades Médicas. Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción, Paraguay”.....pp.25-34

“BURNOUT ACADEMIC STUDENTS OF MENTAL HEALTH. IMPACT ON THE PHYSICAL HEALTH AND COGNITION” Lunimar Curbelo González. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.....pp.35-48

“MOTIVATION IN THE OLD AGE: REALIZATION OF ACTIVITIES AFTER RETIREMENT” Florencia Agustina Díaz, Leandro Casari, Natalia Parlanti y Esteban Falcón. Pontificia Universidad Católica Argentina. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Mendoza. Argentina.....pp.49-60

“SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE AND SUBJECTIVE WELL-BEING OF LATE AGE PREGNANT WOMEN AND YOUNG ADULTS PREGNANT WOMEN” Welyton Paraíba da Silva Sousa, Maria Aurelina Machado de Oliveira y Eulália Maria Chaves Maia. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil.....pp.61-72

“DIFFERENCES OF RELIABILITY TO RISK, UNCERTAINTY AND CONFLICT IN COFFEE GROWERS, IN XILITLA, MEXICO” Lirios Cruz García, Javier Carreón Guillén, Jorge Hernández Valdés, José Alfonso Aguilar Fuentes, Francisco Javier Rosas Ferrusca, José Marcos Bustos Aguayo. Universidad Autónoma del Estado de México.....pp.73-93

“HOW MANY DIMENSIONS MEASURE EMPATHY? EMPIRICAL EVIDENCE MULTIDIMENSIONAL SCALE OF INTERPERSONAL REACTIVITY IN BRAZILIAN” Nilton S. Formiga, Leonardo R. Sampaio y Pamela Rocha B. Guimarães. Faculdade Internacional da Paraíba/Laureate International Universities, Brasil. João Pessoa, PB – Brasil. Universidade Federal do Vale do São Francisco – Petrolina, PE, Brasil.....pp.94-105

“RELATION BETWEEN THE EMOTIONAL NEGATIVE CONNOTATION AND THE MEMORIZATION OF THE SPATIAL INFORMATION” Pedro Antonio Fernández Ruiz, Ana G. Magallanes, Julio R. Martínez y Alfonso Sámano. Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, México, Mexico.....pp.106-120

“BARRIERS TO RECOGNITION AND INTERVENTION OF PROBLEMATIC ALCOHOL USE IN THE HEALTH CARE SYSTEM” Débora Natalia Duffy y Lucía Sceppacuercia. Instituto de Investigaciones en Psicología. Universidad de Buenos Aires.pp.121-132

“WHAT ARE THE ASSOCIATED SUBJECTIVITIES USE OF INTERNET?”. Yanquiel Barrios Hernández y Marxlenin P. Valdés. Cuba.....pp.133-138

Book Review:

“Psychology Theory of Praxis. Volume II Educational Transformation” **Reseñador:** Dr. Julio César Carozzo Campos.

Autor: Dr. Marco Eduardo Muruetapp.139-144

Interview:

Health Psychology from the Perspective of Dr. Luis Flores Alarcón” **Entrevistado:** Luis Flórez Alarcón. **Entrevistadora:** Dra. Norma Coppari.....pp.145-152

Editorial Policy.....pp.153-157

Press Erratas- faith.

Editorial

Este no es un número mas, es especial, conmemorativo y coincidente con la celebración del día de la Psicología Paraguaya. El 22 de Mayo se recuerda el un encuentro de la primera promoción de egresados de la Universidad Católica de Asunción, donde esta novel generación sentaría las bases para la creación de lo que hoy conocemos como Sociedad Paraguaya de Psicología. Han transcurrido 52 años de la creación de la Carrera en la Universidad Católica, por donde han transitado en formación los que hoy construimos ciencia, docencia y servicio en los diversos ámbitos del ejercicio profesional. **Eureka** celebra ser parte de este proyecto de construcción. Ella surgió, y se mantiene en la convicción de que la psicología es una ciencia de gran responsabilidad social, que investiga para poner los mejores recursos basados en evidencias al servicio de las personas a las que se debe. En los ámbitos de la promoción de la salud, la educación, la convivencia pacífica, el bienestar y calidad de vida de los ciudadanos, de todas las edades, y grupos sociales a los que el quehacer psicológico sirve. Nos congratulamos en esta fecha, y nos comprometemos para seguir construyendo la psicología paraguaya que nos identifique y dignifique cada día más.

Encabezan el contenido de este volumen 12, N°1, 2015, dos artículos de colegas de la salud, de nuestro país, sobre la preocupación siempre vigente del stress laboral. La **“VALORACIÓN DE LAS SUBESCALAS DE MASLACH BURNOUT INVENTORY EN PERSONAL DE ENFERMERÍA”**. De Eulalia Maldonado Charruff y Margarita Samudio. Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción, Paraguay”. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud-UNA. Paraguay.

Y el **“SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS. HOSPITAL CENTRAL Dr. EMILIO CUBAS DEL IPS”**. De Sylvana Soledad Alfonso Recalde, Marta I. Ferreira Gaona, Clarisse V. Díaz Reissner. Servicio de Medicina Familiar. Hospital Central. Instituto de Previsión Social. Posgrado de Especialidades Médicas. Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción, Paraguay. La temática es complementada por el artículo de una colega de Puerto Rico. **“BURNOUT ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE SALUD MENTAL. IMPACTO EN LA SALUD FÍSICA Y LA COGNICIÓN”**. Lunimar Curbelo González. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Puerto Rico.

Dos temas relevantes como son la psicología de la gente mayor y la problemática de salud pública que representa el consumo de alcohol son tratados por colegas de Argentina. **“MOTIVACIÓN EN LA VEJEZ: REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DESPUÉS DE LA JUBILACIÓN”**. Florencia Agustina Díaz, Leandro Casari, Natalia Parlanti y Esteban Falcón. Pontificia Universidad Católica Argentina. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Mendoza. Argentina. Y **“BARRERAS AL RECONOCIMIENTO Y ATENCIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL EN EL SISTEMA DE SALUD”**. Débora Natalia Duffy y Lucia Sceppacuercia. Instituto de Investigaciones en Psicología. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

De investigadores de Brasil se presentan dos actuales y relevantes temáticas sobre el **“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y BIENESTAR SUBJETIVO EN EMBARAZADAS TARDÍAS Y ADULTAS JÓVENES”**. Welyton Paraíba da Silva Sousa, Maria Aurelina Machado de Oliveira y Eulália Maria Chaves Maia. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil. Y **“CUÁNTAS DIMENSIONES MIDE LA EMPATÍA? EVIDENCIA EMPÍRICA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE REACTIVIDAD INTERPERSONAL EN BRASILEÑO”**. Nilton S. Formiga, Leonardo R. Sampaio y Pamela Rocha B. Guimarães. Faculdade Internacional da Paraíba/Laureate International Universities, Brasil. João Pessoa, PB – Brasil. Universidade Federal do Vale do São Francisco – Petrolina, PE, Brasil.

De colegas de México dos temáticas muy significativas, una inserta en la psicología comunitaria y la otra en la psicología básica cognitiva. **“DIFERENCIAS DE FIABILIDAD ANTE RIESGO, INCERTIDUMBRE Y CONFLICTO ENTRE CAFICULTORES EN XILITLA, MÉXICO”**. Cruz García Lirios, Javier Carreón Guillén, Jorge Hernández Valdés, José Alfonso Aguilar Fuentes, Francisco Javier Rosas Ferrusca, José Marcos Bustos Aguayo. Universidad Autónoma del Estado de México. México.

Y la **“RELACIÓN ENTRE LA CONNOTACIÓN EMOCIONAL NEGATIVA Y LA MEMORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESPACIAL”**. Pedro Antonio Fernández Ruiz, Magallanes, A.; Martínez J.; Sámano.; A. Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, México. Un área de reciente interés para los investigadores es sin duda la influencia de la nuevas tecnologías en los consumidores de todas las edades, de eso trata el artículo de colegas de Cuba, **“¿CUÁLES SON LAS SUBJETIVIDADES ASOCIADAS AL USO DE INTERNET?”**. Yanquiel Barrios Hernández, y Marxlenin P. Valdés. Universidad Nacional de la Habana, Cuba.

Cierra nuestra edición Reseña de Libro del Dr. Marco Eduardo Murueta, destacado psicólogo mexicano **“Psicología Teoría de la Praxis. Tomo II. Transformación Educativa”** magníficamente presentada por el Dr. Julio César Carozzo Campos. Y la Entrevista que tuvimos la satisfacción de concretar con el Dr. Luis Flórez Alarcón sobre **“Psicología de la Salud desde la Perspectiva del Dr. Luis Flores Alarcón”**. El comunicado y fe de erratas que editamos corresponden al artículo publicado en el Vol. 8 (2), 2011.

Salud psicólogos y psicólogas de nuestro país, por una Psicología PARAGUAYA comprometida con nuestra identidad y auténticas necesidades.

La Editora General

EureΨa

“VALORACIÓN DE LAS SUBESCALAS DE MASLACH BURNOUT INVENTORY EN PERSONAL DE ENFERMERÍA”

“MASLACH BURNOUT INVENTORY SUBSCALES IN NURSES”

Eulalia Maldonado Charruff y Margarita Samudio¹
Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción, Paraguay”
Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud-UNA

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”²
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 29 de Julio de 2014

Aceptado: 14 de Abril de 2015

Resumen

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y su relación con factores sociodemográficos y laborales en personal de enfermería del Servicio de Clínica Médica del Hospital Central del Instituto de Previsión Social (IPS) entre noviembre del 2010 a enero del 2011. Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal y para la medición del síndrome de Burnout se utilizó el *Maslach Burnout Inventory*. Participaron 106 personas con una edad media $\pm$ DE de 31 ± 7 años. Los valores promedios $\pm$ desvío estándar obtenidos en las distintas subescalas del MBI fueron en cansancio emocional $25,9 \pm 13,6$; despersonalización $10,8 \pm 7,4$; y realización personal $34,0 \pm 9,1$. La prevalencia del síndrome de Burnout fue del 18,9%, que estuvo asociado a mayor edad y a mayor número de pacientes que atiende. Se recomienda implementar estrategias de prevención del Burnout para un mejor desempeño del personal de enfermería del IPS.

Palabras Clave: Enfermería, Maslach Burnout Inventory (MBI), Prevalencia, Síndrome de Burnout.

¹ Correspondencia remitir a: margarita.samudio@gmail.com Margarita Samudio. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud-UNA

² Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com o norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Abstract

The aim of this study was to determine the prevalence of burnout syndrome and its relationship to work and socio-demographic factors in the nursing personnel of general medicine area at the Central Hospital of the Social Security Institute. A descriptive cross-sectional study was carried out using the Maslach Burnout Inventory to determine the presence of burnout. A total of 106 individuals participated in the study with a mean age $\pm$ SD of 31 ± 7 years. The mean values $\pm$ standard deviation for the MBI subscales were as follows: 25.9 ± 13.6 for emotional exhaustion, 10.8 ± 7.4 for depersonalization, and 34.0 ± 9.1 for personal accomplishment. The prevalence of burnout syndrome was 18.9%, which was associated with age older than 30 years and higher number of patients under their care. Implementation of burnout prevention strategies for better performance of nursing staff of IPS is recommended.

Keywords: Nursing personnel, Maslach Burnout Inventory (MBI), Prevalence, Burnout syndrome.

El síndrome de burnout conocido también como síndrome de desgaste profesional (González, Garrosa, 2001) o síndrome de quemarse por el trabajo (Gil-Monte y Peiró, 2000) fue descrito por Freudenberger (1974) y aparece cuando interaccionan el estrés con la presión laboral (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001; Grau, Suñer, García, 2005). El síndrome de burnout surge en el contexto de la salud laboral, afectando más a aquellas profesiones que requieren un contacto directo con las personas y con una “filosofía humanística”, en trabajos con un desajuste entre las demandas y los recursos, y especialmente en personas con unas expectativas idealistas que encuentran una realidad frustrante como los enfermeros, médicos, trabajadores sociales, profesores, policías (Leiter y Harvie, 1996; Edwards, Burnard, Coyle, Fothergill, Hannigan, 2000; Mingote, 1998).

La intensidad del síndrome de burnout varía entre las distintas profesiones, e incluso dentro de una misma profesión hay variabilidad según contextos sociales, culturales, económicos y políticos (Sarason, 1985).

El personal sanitario, y muy especialmente la enfermería, es particularmente vulnerable al burnout, que según algunos estudios llega hasta el 25% (Demeuroti, Bakker, Nachreiner, Schaufeli, 2000). El clásico estudio de House en las enfermeras (House, 1980) identificó como características negativas la carga de trabajo, la ambigüedad del rol a desempeñar y la baja autoestima o valoración profesional.

Según algunos autores la sociedad occidental, generadora de competitividad y materialismo, predispone al burnout (Freudenberger, 1989), otros consideran que es un problema transnacional y transcultural (Gil-Monte, 2008).

Determinados investigadores preconizan estudiar la cultura subjetiva del burnout en las diferentes poblaciones, porque consideran que los aspectos sociales, económicos y culturales son relevantes en el síndrome de burnout, tanto en su génesis como en sus repercusiones (Moreno, Garrosa, Benevides-Pereira, Gálvez, 2003).

En relación a los factores individuales relacionados al burnout se han estudiado rasgos de la personalidad (Connolly y Viswesvaran, 2000; Grau, Suñer, García, 2005; Cebrià, Segura, Corbella, Sos, Comas, García, et al, 2001), variables como la edad y el sexo (Atance; 1997, Pereda-Torales, Márquez Celedonio, Hoyos Vásquez, Yáñez Zamora; 2009) arrojan resultados contradictorios sobre su rol en la génesis del burnout.

Estas contradicciones se deben a diferencias en la composición de las muestras y tamaño muestral reducido de la mayoría de los estudios. También existe controversia sobre la influencia de los turnos y los horarios laborales, el salario, la categoría profesional y la sobrecarga laboral asistencial. Algunas áreas de trabajo muestran una mayor incidencia del síndrome, como los de urgencia, cuidados intensivos (Lee y Henderson, 1996; Turnipseed, 1998; Felton, 1998), oncología, donde el personal de enfermería se enfrenta diariamente al sufrimiento humano y frecuentemente a los pacientes terminales y a la muerte (Constantini, Solano Di Napoli, Bosco, 1997). El poco tiempo disponible por paciente y la mala calidad de las relaciones de equipo son factores estresantes crónicos del entorno laboral (Pérez Andrés, Alameda, Albéniz, 2002).

Maslach y Jackson (1986) idearon un instrumento para medir el burnout, conocido como el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e identificaron tres aspectos: **el cansancio emocional**, definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga, que puede manifestarse física, psicológicamente o como una combinación, **la despersonalización** es un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo, a los cuales se los consideran como meros números, la

despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa para los profesionales, pero en grado excesivo, demostraría sentimientos patológicos hacia los otros, de insensibilidad y cinismo (Oliver, 1993), y **falta de realización personal**, es una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicas de depresión, moral baja, incremento de la irritabilidad, evitación de las relaciones profesionales, baja productividad, incapacidad para soportar la tensión, pérdida de la motivación hacia el trabajo y baja autoestima. Las cifras de prevalencia del síndrome de burnout reportadas varían según el cuestionario utilizado. Aún utilizando el mismo cuestionario, los puntos de corte aplicados son diferentes y la interpretación de los resultados son muy variables, desde considerar caso de burnout con una sola dimensión alterada hasta requerir la alteración de las tres dimensiones (Alarcón, Vaz, Guisado, 2002; Grau, 2007; Grau y Suñer, 2008; Gil-Monte, Carretero, Roldán, Núñez, 2005).

Dado que no se dispone de suficientes estudios que aporten datos de la prevalencia de burnout en Paraguay y que el personal que trabaja en los grandes hospitales está más expuesto a padecer este proceso, el objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia de burnout y de los valores de las tres dimensiones del MBI en el personal de enfermería, y por otra parte explorar la asociación del síndrome de burnout y del nivel alto de las dimensiones que lo integran con las características sociodemográficas y laborales de los profesionales.

Método

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal.

Fueron incluidos en el estudio al personal de enfermería: licenciadas, técnicas y auxiliares de ambos sexos de los turnos mañana, tarde y noche, franquera del servicio de clínica médica del HCIPS que acepten participar del estudio y estén presentes el día de la realización de la encuesta desde noviembre del 2010 a enero del 2011. Fueron excluidos el personal de enfermería con permiso por maternidad, en periodo vacacional, con menos de 1 año de antigüedad en el servicio y que no acepten responder a la encuesta o la devuelvan sin completar. Fueron invitados para participar del estudio 212 enfermeras/os que constituyen el total de personal de enfermería del servicio. Hubo retorno de 170 personas; de estas, 116 encuestas estaban completas. Se obtuvo la autorización del jefe del servicio de clínica médica del Hospital Central del IPS. Se realizaron reuniones de socialización de la actividad con el personal de enfermería para sensibilizar a los potenciales participantes del estudio en el servicio de clínica médica explicando claramente los objetivos del estudio.

Se empleó el instrumento Maslach Burnout Inventory y un cuestionario sobre características demográficas y laborales que incluía datos sobre la edad, sexo, estado civil y cantidad de hijos, profesión, cargo actual, situación laboral (contratado o permanente), antigüedad en el servicio y en el cargo, antigüedad en la profesión, carga horaria semanal, cantidad media de pacientes atendidos por día, desempeño de actividad laboral extra hospitalaria, remuneración adicional, turno de trabajo, carga horaria semanal. La presencia del síndrome de burnout fue establecida siguiendo las recomendaciones de las autoras del MBI; se consideró caso de burnout cuando la persona participante expresaba un alto nivel de CE y DP, y un bajo nivel de LP. Se aplicó de forma autoadministrada.

El cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) consta de 22 ítems con respuestas en una escala de Likert de 7 opciones en relación con la frecuencia con la que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo y con una puntuación posible de 0 a 6 para cada ítem. El cuestionario tiene tres dimensiones: cansancio emocional (CE) con 9 ítems, despersonalización (DP) con 5 ítems, y logro personal (LP) con ocho ítems, en contraste con los dos componentes previos, en esta última dimensión los valores bajos son indicativos del síndrome de burnout (Gil-Monte y Peiró, 1999).

Para obtener la puntuación en CE se sumaron los números con los que ha valorado las preguntas 1, 2, 3, 4, 6, 8, 13, 14, 16, 20. DP se procedió de la misma forma con las preguntas 5, 10, 11, 15, 22. LP se realizó lo mismo con las preguntas 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Para la categorización de las subescalas del MBI se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: CE (bajo <19, medio: 19-25 y alto >26); DP (bajo <7, medio 7-10, Alto >10); LP (alto <33, medio 34-39, bajo >40) (Pereda-Torales, 2009).

Aspectos éticos. Se respetaron los principios éticos en investigación de respeto a la privacidad, voluntariedad, confidencialidad, autonomía, justicia de las enfermeras que participaron. Los cuestionarios se aplicaron por separado y de forma anónima. Los resultados de este estudio servirá de base para la implantación de programas de promoción de la salud ocupacional para los profesionales de enfermería del Servicio de Clínica Médica, teniendo en cuenta que el Síndrome de burnout está relacionado con una variedad de problemas de salud en el aspecto físico, psicológico, social y espiritual comprometiendo la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios.

Resultados

Aspectos estadísticos. Los datos obtenidos a través del cuestionario, fueron consignados en una planilla electrónica (Excel) y posteriormente analizado en un paquete Epi Info versión 3.5 en español y SPSS versión 11.5. Los resultados se han descrito mediante frecuencias y porcentajes cuando la variable era cualitativa, y con la media y desviación estándar si era cuantitativa. Para establecer posibles asociaciones entre las variables se utilizaron la prueba chi cuadrada para comparar variables nominales y prueba t para comparación de medias a un nivel de significancia de 0,05.

Participaron del estudio 106 personas, de las cuales el 77,4% era del sexo femenino, la edad media (DE) fue de 31 años (6,9), el 87,7% era menor a 40 años de edad y el 67,9% era de estado civil soltero. En relación a las características laborales del personal de enfermería, el 53,8% era universitario, el 95,3% tenía cargo asistencial, la situación laboral fue de contratado en el 78,3%, el 50,9% era de turno noche, la antigüedad en el servicio fue en promedio $4,6 \pm 4,7$ años y en el cargo $4,7 \pm 5,1$ años. El número promedio de pacientes atendidos es 12 ± 4 (Tabla 1).

Tabla 1.
Características socio-demográficas y laborales del personal de enfermería del IPS. n = 106

Características	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	82	77,4
Masculino	24	22,6
Edad media (DE)	31	6,9
≤30	65	61,3
>30	41	38,7
Estado civil		
Soltero	72	67,9
Casado	28	26,4
Separado/ divorciado/viudo	6	5,6
Profesión		
Licenciada	57	53,8
Auxiliar	34	32,1
Técnico	15	14,2
Cargo		
Asistencial	101	95,3
Gerencial	5	4,7
Situación laboral		
Contratado	83	78,3
Permanente	23	21,7
Turno		
Noche	54	50,9
Franquera	21	19,8
Tarde	17	16,0
Mañana	14	13,2
Antigüedad en el servicio (media± DE)	$4,6 \pm 4,7$	Rango (1-30)
<5 años	84	79,3
≤5 años	22	20,7
Antigüedad en el cargo (media± DE)	$4,7 \pm 5,1$	Rango (1-30)
<5 años	83	78,3
≤5 años	23	21,7
N° de pacientes que asiste (media± DE)	12 ± 4	Rango (3-25)
<10	27	25,5
≥10	74	69,8
Sin datos	5	4,7

La distribución de la frecuencia de respuesta del personal de enfermería a los ítems de las subescalas cansancio emocional, despersonalización y logro personal se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2.

Distribución de la frecuencia de respuesta a los ítems de las subescalas del personal de enfermería. n= 106

Items por subescala	Valoración						
	0	1	2	3	4	5	6
Subescala cansancio emocional							
-Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	14	16	16	14	13	11	22
-Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	3	10	7	11	9	23	43
-Me siento fatigado al levantarme por la mañana y tengo que ir a trabajar	28	17	9	6	8	14	24
-Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	13	4	6	17	2	16	48
-Me siento "quemado" por mi trabajo	48	14	1	6	7	9	21
-Me siento frustrado en mi trabajo	59	9	5	6	4	2	21
-Creo que estoy trabajando demasiado	18	19	7	9	6	9	38
-Trabajar directamente con personas me produce estrés	34	22	5	6	3	13	23
-Me siento acabado	60	9	7	1	3	9	17
Subescala despersonalización							
-Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	77	3	0	4	4	8	10
-Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	38	10	6	10	5	14	23
-Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca – emocionalmente	36	13	7	8	5	11	26
-Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes	54	8	2	4	5	9	24
-Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas	53	10	6	4	3	13	17
Subescala logro personal							
-Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes	2	5	0	1	7	11	80
-Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	10	8	3	1	5	22	57
-Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	16	6	5	6	6	9	58
-Me siento muy activo	7	9	4	0	4	13	69
-Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	5	12	8	8	4	22	47
-Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	6	12	4	7	7	28	42
-He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	4	8	5	2	2	18	67
-En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	5	6	9	5	6	10	65

0= nunca; 1= algunas veces al año o menos; 2=algunas veces al mes o menos; 3=unas pocas veces al mes o menos; 4=algunas veces a la semana; 5= unas pocas veces a la semana o menos; 6= diariamente

Los valores obtenidos en las distintas subescalas del MBI fueron en promedio $\pm$ desvío estándar de $25,9 \pm 13,6$ en la subescala de cansancio emocional; de $10,75 \pm 7,35$ en la de despersonalización; y de $33,98 \pm 9,1$ en la de logro personal. No hubo diferencia significativa entre los dos sexos (Tabla 3).

Tabla 3.

Medidas de tendencia central, posición y dispersión de las puntuaciones de las subescalas de MBI del personal de enfermería. n= 106

	Valores		Percentiles						
	Media $\pm$ DE	Mínimo – Máximo	5	10	25	50	75	90	95
Femenino	$26,3 \pm 13,5$	4 – 54	6,1	9,3	14,0	26,0	35,2	48,7	52,0
Masculino	$24,3 \pm 13,9$	1 – 53	2,5	8,0	12,7	23,0	33,5	49,5	52,2
Despersonalización									
General	$10,7 \pm 7,3$	0 – 29	0,35	2,0	6,0	10,0	16,0	21,6	24,6
Femenino	$11,0 \pm 7,4$	1 – 27	0,0	2,0	6,0	11,0	16,2	22,4	24,8
Masculino	$9,7 \pm 7,1$	1 – 27	1,0	1,0	5,0	8,5	12,7	21,5	26,0
Logro personal									
General	$33,9 \pm 9,1$	7 – 42	13,0	16,4	29,0	35,5	41,0	42,0	42,0
Femenino	$33,4 \pm 8,9$	7 – 42	13,1	17,6	28,7	36,0	41,0	42,0	42,0
Masculino	$32,4 \pm 9,7$	11 – 42	11,0	12,5	30,0	34,5	40,5	41,5	42,0
Cansancio emocional									
General	$25,9 \pm 13,6$	1-54	6,3	9,0	14,0	25,5	34,2	49,0	52,0

El valor promedio de cansancio emocional fue significativamente mayor en los que tenían más de 30 años de edad ($31,1 \pm 14,6$ vs $22,6 \pm 11,9$). En forma similar los valores promedios de despersonalización ($13,5 \pm 8,5$ vs $9,0 \pm$

$5,9$). En logro personal los valores obtenidos por los mayores de 30 años de edad fueron significativamente menores que los de 30 años y menos ($30,7 \pm 10,6$ vs $34,8 \pm 7,7$) (Tabla 4).

Tabla 4.

Comparación entre grupo etario de las puntuaciones de las subescalas de MBI del personal de enfermería. n= 106

Subescalas MBI	Grupo etario	n	Media $\pm$ DE	IC95%	V. mín. - V. máx.	Valor p
Cansancio emocional	≤ 30 años	65	$22,6 \pm 11,9$	19,6 - 25,5	1-50	0,001
	> 30 años	41	$31,1 \pm 14,6$	26,5 - 35,7	4-54	
Despersonalización	≤ 30 años	65	$9,0 \pm 5,9$	7,6 - 10,5	0-27	0,002
	> 30 años	41	$13,5 \pm 8,5$	10,8 - 16,1	0-29	
Logro personal	≤ 30 años	65	$34,8 \pm 7,7$	32,9 - 36,7	11-42	0,024
	> 30 años	41	$30,7 \pm 10,6$	27,4 - 34,1	7-42	

Se observaron correlaciones significativas entre las tres subescalas del MBI en el personal de enfermería. La correlación entre CE y DP fue muy buena ($r=0,627$) y directa; entre CE y LP buena e inversa ($r=-0,309$), entre DP y LP fue muy buena e inversa ($r=-0,526$) (Figura 1 y Tabla 5).

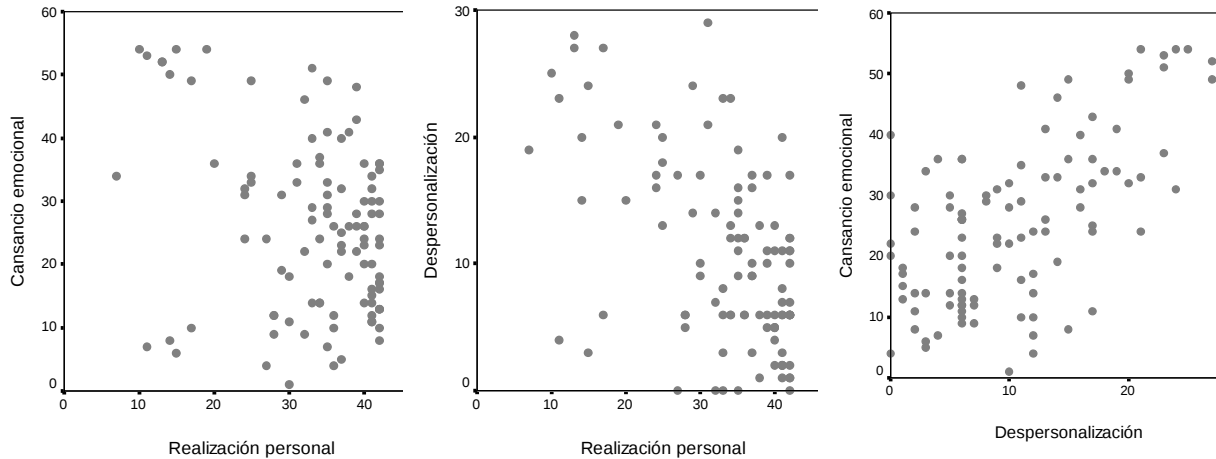


Figura 1. Asociación entre las valoraciones de las tres subescalas del MBI en el personal de enfermería. $n=106$

Tabla 5.

Correlación entre las tres subescalas del MBI en el personal de enfermería. $n=106$

		AE	DP	LP
CE	r de Pearson		0,627	-0,309
	Valor p		<0,001	0,001
DP	r de Pearson	0,627		-0,526
	Valor p	<0,001		<0,001
LP	r de Pearson	-0,309	-0,526	
	Valor p	0,001	<0,001	

CE: cansancio emocional; DP: despersonalización; LP: logro personal

Se observaron correlaciones significativas entre la edad y las tres subescalas del MBI en el personal de enfermería. La correlación entre la edad y AE fue buena ($r=0,342$) y directa; entre la edad y DP fue buena y directa ($r=0,407$),

y entre la edad y LP fue buena e inversa ($r=-0,380$) (Figura 2 y Tabla 6). La antigüedad tanto en el servicio como en el cargo estuvo correlacionada con CE y DP pero no con LP (Tabla 7). El 45,3% presentó CE alto; 47,2% D elevado y el 37,7% bajo logro personal (Figura 3).

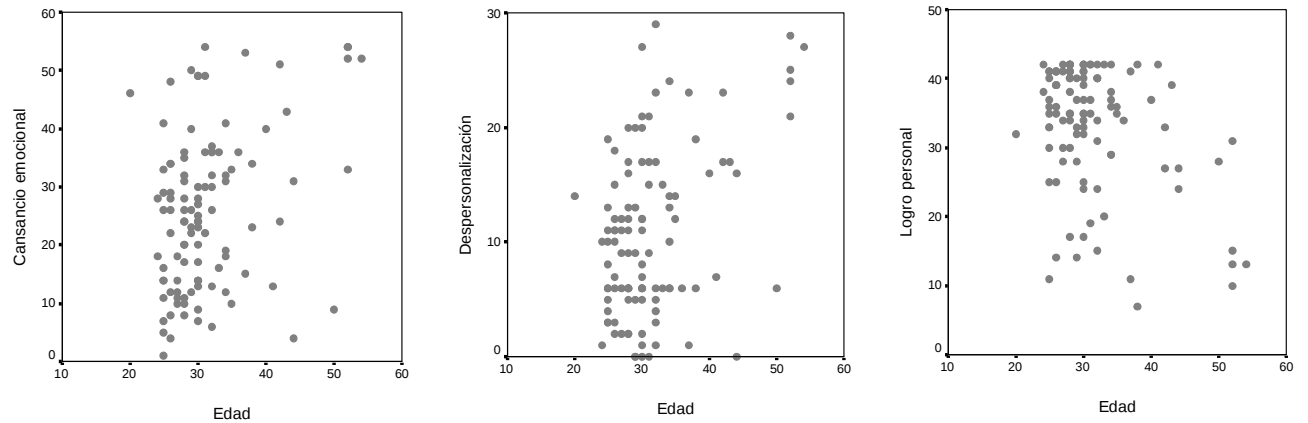


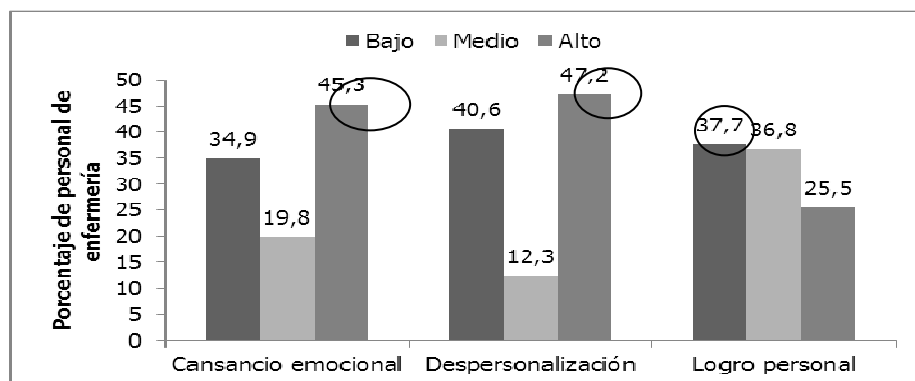
Figura 2. Asociación de las valoraciones de las tres subescalas del MBI con la edad en el personal de enfermería. n=106

Tabla 6.

Correlación entre la edad y antigüedad con las tres subescalas del MBI en el personal de enfermería. n=106

		Edad	CE	DP	LP	Ant. servicio	Ant. Cargo
Edad	r de Pearson		0,34	0,4	-0,38	0,7	0,66
	Valor p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ant. servicio	r de Pearson	0,7	0,3	0,3	-0,16		0,8
	Valor p	<0,001	0,001	0,002	0,1		<0,001
Ant. Cargo	r de Pearson	0,66	0,29	0,319	-0,18	0,8	
	Valor p	<0,001	0,002	0,001	0,06	<0,001	

CE: cansancio emocional; DP: despersonalización; LP: logro personal; **Ant.:** antigüedad



CE: bajo <19; medio 19-26; Alto >26; DP: bajo <7; medio 7-10; Alto >10; LP: bajo = <34; medio = 34-39; Alto >40

Figura 3. Comparación de las frecuencias de la valoración por subescala de MBI en el personal del área de enfermería. n=106

La categorización de la subescala agotamiento emocional estuvo asociado significativamente a la categorización de la subescala despersonalización en el personal de enfermería, el 68,8% de los participantes que tuvieron AE alto también tuvieron DP alto. En forma similar, la

categorización de la subescala agotamiento emocional estuvo asociada significativamente a la categorización de la subescala logro personal en el personal de enfermería, ya que el 47,9% de los participantes que tuvieron AE alto tuvieron LP bajo (Tabla 7).

Tabla 7.

Asociación entre la categorización de la subescala agotamiento emocional con despersonalización y logro personal del MBI en el personal de enfermería. n= 106

CE	DP*			LP*		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
Bajo	23 (62,2)	5 (13,5)	9 (24,3)	13 (35,1)	9 (24,3)	15 (40,5)
Medio	10 (47,6)	3 (14,3)	8 (38,1)	4 (19,0)	14 (66,7)	3 (14,3)
Alto	10 (20,8)	5 (10,4)	33 (68,8)	23 (47,9)	16 (33,3)	9 (18,8)
Total	43	13	50	40	39	27

CE: cansancio emocional; DP: despersonalización. *Valor p=0,001

La categorización de la subescala despersonalización estuvo asociado significativamente a la categorización de la subescala logro personal en el personal de enfermería, el 50% de los tuvieron DP alto tuvieron LP bajo (Tabla 8).

16

Tabla 8.

Asociación entre la subescala agotamiento emocional y despersonalización del MBI en el personal de enfermería. n= 106

DP	LP			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Bajo	11 (25,6)	16 (37,2)	16 (37,2)	43
Medio	4 (30,8)	5 (38,5)	4 (30,8)	13
Alto	25 (50,0)	18 (36,0)	7 (14,0)	50
Total	40	39	27	106

DP: despersonalización; LP: logro personal. Prueba de chi-cuadrado (valor p = 0,063)

En relación a los factores asociados a las subescalas del MBI, se observó se asociaron significativamente a la subescala CE, solamente la edad mayor a 30 años y el número mayor de 10 pacientes que atiende el personal de enfermería. No se encontraron asociaciones entre las

características demográficas y laborales y la subescala despersonalización del MBI en el personal de enfermería. Los encuestados que trabajaban en el turno de fin de semana y de noche tuvieron significativamente menor logro personal (Tabla 9).

Tabla 9. Asociación entre las características demográficas y laborales y las subescalas del MBI en el personal de enfermería. n= 106

C. demográficas y laborales	CE			DP			LP		
	B	M	A	B	M	A	B	M	A
Sexo									
F	31,7	22,0	46,3	40,2	8,5	51,2	36,6	37,8	25,6
M	45,8	12,5	41,7	41,7	25,0	33,3	41,7	33,3	25,0
Grupo etario									
≤30	41,6	24,6	33,8	44,6	15,4	40,0	32,3	38,5	29,2
>30	24,4	12,2	63,4^a	34,1	7,3	58,5	46,3	34,1	19,5
Estado civil									
Casado	32,1	32,1	35,7	53,6	17,9	28,6	25,0	39,3	35,7
Solt/separado/viud	35,9	15,4	48,7	35,9	10,3	53,8	42,3	35,9	21,8
Profesión									
Auxiliar	50,0	14,7	35,3	32,4	17,6	50,0	35,3	41,2	23,5
Lic	28,1	24,6	47,4	43,9	8,8	47,4	40,4	36,8	22,8
Técnico	26,7	13,3	60,0	46,7	13,3	40,0	33,3	26,7	40,0
Cargo									
Asistencial	36,6	19,8	43,6	40,6	12,9	46,5	37,6	35,6	26,7
Gerencial	0	20,0	80,0	40,0	0	60,0	40,0	60,0	0
Situación laboral									
Contratado	39,8	20,5	39,8	41,0	14,5	44,6	36,1	36,1	27,7
Permanente	17,4	17,4	65,2	39,1	14,5	56,5	43,5	39,1	17,4
Turno									
Fin de semana	38,1	14,3	47,6	33,3	23,8	42,9	47,6	19,0	33,3
Noche	28,6	7,1	64,3	35,7	7,1	57,1	44,4	29,6	25,9
Mañana	31,5	24,1	44,4	40,7	9,3	50,0	21,4	57,1	21,4
Tarde	47,1	23,5	29,4	52,9	11,8	35,3	17,6	64,7	17,6^c
Antig. en el servicio									
<5	38,4	20,9	40,7	39,5	14,0	46,5	37,2	36,0	26,7
≥5	20,0	15,0	65,0	45,0	5,0	50,0	40,0	40,0	20,0
Antig. en el cargo									
<5	39,6	20,5	39,8	43,4	13,3	43,4	36,1	36,1	27,7
≥5	17,4	17,4	65,2	30,4	8,7	60,9	43,5	39,1	17,4
Otro trabajo									
Si	26,2	21,5	52,3	43,9	14,6	41,5	26,8	39,0	34,1
No	48,8	17,1	34,1	38,5	10,8	50,8	44,6	35,4	20,0
Nº promedio de pacientes									
<10	55,6	18,5	25,9	44,4	22,2	33,3	25,9	40,7	33,3
≥10	29,7	20,3	43,6^b	39,2	9,5	51,4	41,9	33,8	26,7

Los resultados se presentan en %. ^aValor p = 0,012, ^b Valor p = 0,044, ^c Valor p = 0,048

CE: cansancio emocional; DP: despersonalización, LG: logro personal. B= bajo; M= moderado; A= alto

La frecuencia de burnout definida por alto grado de AE y DP y bajo nivel de LP fue de 18,9%. La presencia de burnout estuvo significativamente asociada a la edad mayor a 30 años, también a la antigüedad en el cargo y al número de

pacientes que atiende. A pesar de no ser significativa aquellas personas que tenían otro trabajo presentaron mayor frecuencia en comparación a los que tenían un solo empleo (Tabla 10).

Tabla 10.

Asociación entre las características demográficas y laborales con la presencia de burnout en el personal de enfermería. n= 106

Características demográficas y laborales	Presencia de burnout	Valor p
Sexo		0,554
F	17/82 (20,7)	
M	3/24 (12,5)	
Grupo etario		
20-30	6/65 (9,2)	0,001
31-54	14/41 (34,1)	
Estado civil		0,160
Casado	15/72 (20,8)	
Soltero	3/28 (10,7)	
Divorciado/ viudo/ separado	2/6 (33,3)	
Profesión		0,218
Auxiliar	14/57 (24,6)	
Lic	5/34 (14,7)	
Técnico	1/15 (6,7)	
Situación laboral		0,134
Contratado	7/23 (30,4)	
Permanente	13/83 (15,7)	
Antigüedad en el servicio (años)		0,03
<5	13/84 (15,5)	
5-10	2/12 (16,7)	
>10	5/10 (50)	
Antigüedad en el cargo (años)		0,006
<5	12/83 (14,5)	
5-10	4/17 (23,5)	
>10	4/6 (66,7)	
Turno		0,365
Noche	13/54 (24,1)	
Mañana	3/14 (21,4)	
Fin de semana	3/21 (14,3)	
Tarde	1/17 (5,9)	
Tiene otro trabajo		0,057
Si	16/65 (24,6)	
No	4/41 (9,8)	
Nº promedio de pacientes que atiende		0,026
<10	0/27 (0)	
10-14	14/58 (25,0)	
15 y más	4/14 (22,2)	

Discusión

El síndrome de burnout ha adquirido especial importancia por las repercusiones que tiene en el ámbito laboral y personal. La salud laboral del personal sanitario incide tanto en la calidad prestada como en su formación. La enfermería es una profesión eminentemente vocacional y de prestación de cuidados, tiene elevados niveles de responsabilidad, exigencia social y relaciones interpersonales, lo que hacen a este grupo de profesionales, más vulnerables al estrés laboral. La combinación de largos periodos de dedicación al trabajo con el sufrimiento del paciente, ser el intermediario entre el paciente, familiares, médicos, soportar críticas y exigencias de ambos lados, la devaluada imagen y el poco reconocimiento social de la profesión, las dificultades organizativas, entre otras cosas favorecen la aparición del síndrome de burnout.

En el presente estudio se determinó la presencia del burnout y sus tres subescalas cansancio emocional, despersonalización y logro personal en 106 personas del área de enfermería del Servicio de Clínica Médica del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, utilizándose el cuestionario más utilizado para la evaluación del burnout, *Maslach Burnout Inventory* (MBI). A pesar de que las comparaciones de nuestros resultados de prevalencia con otros estudios tiene sus limitaciones, debido a que los diferentes estudios utilizan diferentes puntos de corte para establecer los niveles alto, medio y bajo del MBI (Olivar, González, Martínez, 1999; Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Call, Domínguez, 2004; Esteva, Larraz y Jiménez, 2006), nuestros resultados se encuentran dentro de los rangos publicados.

En esta serie, los valores obtenidos en las distintas subescalas del MBI fueron en promedio $\pm$ desvío estándar de $25,9 \pm 13,6$ en la subescala de cansancio emocional; de $10,8 \pm 7,4$ en la de despersonalización; y de $34,0 \pm 9,1$ en la de logro personal. Las medias de los 20 estudios realizados en España con profesionales sanitarios fueron de 18,6 a 29 para cansancio emocional, de 6,4 a 10,8 para DP y de 28 a 40,6 para LP, por lo tanto nuestros resultados fueron similares al promedio de las medias de todos ellos, que fueron en DP (8,4) y LP (35,8), aunque ligeramente mayor al 23 reportado por algunos estudios en CE (Atance, 1997, Olivar, 1993, Albaladejo, 1994, Esteva, 2006). En nuestra serie se observaron muy buenas correlaciones entre las tres subescalas del MBI.

En esta serie, la frecuencia de personal de enfermería afectado por niveles altos de cada una de las subescalas del MBI fueron 34,9% para el CE; 31,7% para la DP y de 37,7% para la falta de RP. Estas frecuencias son relativamente altas, considerando que las primeras consecuencias observables del cansancio emocional son una progresiva erosión física, como cansancio acumulado, falta de recuperación de la energía corporal y alteraciones del sueño. Estas manifestaciones están directamente relacionadas con la sobrecarga de trabajo y la presión de tiempo, es decir, con un alto grado de malestar crónico. El CE es la primera escala que mide el MBI, aunque estas percepciones relacionadas con el malestar crónico todavía no son un *burnout* establecido, son su puerta de entrada. El CE está presente en mayor o menor medida en uno de cada dos profesionales en casi todas las series recientes.

Si bien es cierto que hay una variabilidad personal, es decir, hay personas más vulnerables que otras por sus características personales, esta dimensión está muy relacionada con factores externos como los laborales, organizacionales y, sobre todo, sociales. El CE crónico pone a prueba la capacidad de adaptación de cada individuo expuesto. La mala gestión del CE genera en muchas ocasiones distorsiones en la manera de percibir amenazas y agravios. La consecuencia es la elaboración de estrategias disfuncionales de protección, como el distanciamiento emocional en detrimento de la relación personal de salud-paciente, el cinismo o la total falta de implicación laboral que, una vez instalados, definirían la segunda escala del MBI, la DP. Es posible que este conjunto de síntomas alrededor de las actitudes de DP marque el inicio de un viaje sin retorno que es el síndrome de desgaste profesional y adquiere su máxima profundidad, por agotamiento de los últimos recursos, cuando llega a la claudicación de la persona afectada (Cebrià-Andreu, 2005).

Se han publicado resultados contradictorios respecto a la asociación de las puntuaciones de las tres subescalas del MBI con las principales variables sociodemográficas, como el sexo, la edad y el estado civil (Ortega y López, 2004; Ramos y Buendía, 2001). El trabajo realizado en España con 1021 médicos ha encontrado que las mujeres presentaron valores superiores en la dimensión AE y inferiores en LP, con un porcentaje global de burnout mayor que los hombres, pero con menores niveles de despersonalización. Este hecho puede estar relacionado con su situación en los países de habla hispana, con mayores exigencias domésticas y menor reconocimiento laboral y social.

La frecuencia del síndrome de burnout en este estudio fue de 18,9%. Algunos estudios reportan cifras muy elevadas de la prevalencia del síndrome de burnout, así en México entre el personal médico van desde el 42,3% y 44% hasta 50% siendo el cansancio emocional es el más afectado. En Colombia la prevalencia de burnout en enfermería fue del 1,9% (Tuesca, Iguarán, Suárez, Vargas, Vergara, 2006) y en México del 6,8% (Palmer, Prince, Searcy, Compean, 2007) o del 2% (Aranda, Pando, Torres, Salazar, Franco, 2005) con el criterio de alteración en las tres dimensiones. En Argentina, un estudio con enfermeras expone valores medios de AE similares a los de enfermería de nuestro estudio, con peor DP y mejor valoración en LP (Albanesi, Morales); y en un estudio con pediatras argentinos se obtuvieron valores similares en CE (24,4) y DP (8,2), y más bajos en RP (33,2) (Marucco, Gil-Monte, Flamenco, 2008).

El estudio de Grau et al. (2005) identificó importantes diferencias en la prevalencia de burnout y en las puntuaciones de las tres dimensiones del MBI según el país de residencia, ya que Argentina y España expresaron mayores niveles de síndrome de burnout que el resto de los países de habla hispana. Según los autores, una posible explicación de estas diferencias se encontraría en la situación social y económica que rodea al profesional sanitario. Así, los países con menor desarrollo económico según el producto interior bruto, con menor acceso a la sanidad, mayor tasa de mortalidad infantil y menor esperanza de vida, presentaron prevalencias inferiores de burnout respecto a los países con más desarrollo económico y sanitario (Buchanan y Smith, 1999), y mayor sensibilización de los derechos laborales.

Las diferencias transnacionales apoyan la influencia del contexto social en la génesis del burnout como modulador de la situación laboral y personal en que se halla inmerso el trabajador. Así, condiciones laborales y personales que podrían considerarse más duras pueden ser percibidas como menos estresantes en los países con unos niveles de bienestar inferiores y, en todo caso, manifestarse por trastornos físicos y mentales diferentes al burnout, al ser atribuidos al contexto macrosocial más que al laboral. La relación con los usuarios también es diferente, ya que los miembros de las sociedades con menor bienestar y protección social suelen tener menos expectativas y ser menos demandantes. Sin embargo, los autores concluyeron que el diseño del estudio no permitió profundizar en las características de las diferencias transnacionales y su influencia sobre el burnout, siendo necesarias más investigaciones sociales y antropológicas.

El trabajo de Grau *et al* (2005) encontró como factores de riesgo el estado civil, los trabajadores casados presentaban un riesgo mayor para presentar alteraciones en cada una de las escalas que valora el burnout, lo que no sucede con los trabajadores que no tienen pareja. Sin embargo, otros estudios arrojan datos contradictorios al respecto, ya que señalan que los solteros tienen mayor posibilidad de presentar desgaste emocional. Nuestro estudio no encontró asociación con el estado civil. Al igual que otros estudios, en esta investigación se encontró un mayor nivel de burnout en profesionales con mayor edad. Al respecto, algunos autores señalan que la edad constituye un factor de riesgo en tanto que otros consideran que es un protector.

Por lo que concierne a la despersonalización y al logro personal, éstas se presentaron en trabajadores cuya antigüedad laboral era mayor. Quizás esto se deba a que el desgaste profesional se acentúa con los años de trabajo porque hay una mayor pérdida de energía y una falta de expectativas de mejora profesional. En la interpretación de la asociación con la edad, se aconseja considerar el sesgo de supervivencia, ya que los trabajadores más «quemados» son los que mayoritariamente abandonan el trabajo (Oliver, 1993). Un estudio con análisis multivariado encontró que la variable asociada a DP fue «años de profesión» y no la edad (Alarcón, Vaz, Guisado, 2002).

A pesar de que las personas con pluriempleo mostraron mayor frecuencia de burnout esta diferencia no llegó a la significancia estadística. El número promedio de pacientes que atiende por día se relacionó con la presencia del síndrome de burnout, los que atienden más de 10 pacientes por día mostraron significativamente mayor riesgo de desarrollar el síndrome que aquellos que atienden menos de 10 pacientes por día.

Las limitaciones de este estudio son fundamentalmente las derivadas de un diseño transversal, que sólo permite estudiar asociaciones entre las variables, sin posibilidad de establecer causalidad. Además, las respuestas anónimas no permiten identificar cambios con seguimientos posteriores. El síndrome de desgaste profesional se está convirtiendo en un problema de salud pública. Si los cuidadores se sienten mal cuidados o están exhaustos, es lógico pensar que, al final, quien pierde es la sociedad en su conjunto. Se debería considerar el bienestar del personal de salud una prioridad social.

Dado que la prevalencia del síndrome de Burnout es relativamente alta en este servicio, es necesario adoptar medidas para evitar el desarrollo de esta patología en el personal, el cual podría ser la intervención tanto individual como grupal dirigida a la prevención del síndrome, así como la promoción del tratamiento integral en todas sus dimensiones con el fin de que el personal del área de la salud realice su trabajo en óptimas condiciones de calidad, eficiencia y satisfacción personal.

Referencias

- Alarcón, J., Vaz, F.J., Guisado, J.A. (2002). Análisis del síndrome de burnout: Psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (II). *Rev Psiquiatr Fac Med Barc*, 29, 8-17.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*, 78(4), 505-516.
- Albanesi, S., Morales, C. (2008) Riesgo laboral del personal de enfermería. Federación Argentina de Medicina General. Disponible en <http://www.asmgvf.org.ar/dmdocuments/pdffamg/011eb-011.pdf>.
- Aranda, C., Pando, M., Torres, T., Salazar, J., Franco, S. (2005). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. *An Fac Med*, 66(3), 225-231.
- Atance, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del Síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*, 71, 293-303.
- Buchanan, T., Smith, J. L. (1999). Using the Internet for psychological research: Personality testing on the World Wide Web. *Br J Psychol*, 90, 125-144.
- Cebrià, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M, et al. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria*, 27, 459-468.
- Cebrià-Andreu J. (2005). Comentario: el síndrome de desgaste profesional como problema de salud pública. *Gac Sanit*, 19(6):470-470.
- Connolly, J. J., Viswesvaran, C. (2000). The role of affectivity in job satisfaction: A meta-analysis. *Pers Individ Dif*, 29, 265-281.
- Costantini, A., Solano, L., Di Napoli, R., Bosco, A. (1997). Relation between hardiness and risk of Burnout in a sample of 92 nurses working in oncology and AIDS wards. *Psychotherapy and psychosomatics*, 66(2), 78-82.
- Demeuroti, E, Bakker, A. R., Nachreiner, F., Schaufeli, W. B. (2000). A model of Burnout and life satisfaction among nurses. *J Adv Nurs*, 32, 454-464.
- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A., Hannigan, B. (2000). Burnout in community mental health nursing: A review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 7, 7-14.
- Esteva, M., Larraz., Jiménez, F. (2006). La salud mental en los médicos de familia: Efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Rev Clin Esp*, 206, 77-83.

- Felton, J. S. (1998). Burnout as a clinical entity-its importance in health care workers. *Occup Med (London)*, 48, 237-250
- Freudenberger, H. J. (1989). Burnout: Past, present and future concerns. *Loss Grief Care*, 3, 1-10.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burnout. *J Soc Issues*, 30, 159-165.
- Gil-Monte, P. R., Carretero, N., Roldán, M. D., Núñez, E. M. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21,107-123.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2):135-149.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11, 679-689.
- Gil-Monte, P. R. (2008). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Información Psicológica*, (91-92), 4-11.
- Grau, A., Suñer, R., García, M. M. (2005a). Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales. *Gac Sanit*, 19, 463-470.
- Grau, A., Suñer, R., García, M. M. (2005b). El optimismo de los profesionales sanitarios y su relación con la calidad de vida, el burnout y el clima organizacional. *Rev Calidad Asistencial*, 20, 370-376.
- Grau, A. (2007). Como prevenir el burnout: diferentes definiciones e interpretaciones. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 43, 18-27.
- Grau, A., Suñer, R. (2008). El Síndrome de burnout en los trabajadores sociales. *Agathos*, 8(1), 16-22.
- House, J. S. (1980). *Work stress and social support*. Reading Mas: Addisson-Wesley.
- Lee, V., Henderson, M.C. (1996). Occupational stress and organizational commitment in nurse administrators. *J Nurs Administ*, 26, 1-8.
- Leiter, M. P., Harvie, P. (1996). Burnout among mental health workers: a review and a research agenda. *Int J Soc Psychiatry*, 42, 90-101.
- Marucco, M. A., Gil-Monte, P. R., Flamenco, E. (2008). Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT. *Información Psicológica*, (91-92), 32-42.
- Maslach, C., Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, B., Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annu Rev Psychol*, 52, 397-422.

- Mingote, J. C. (1998). Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *FMC*, 5, 493-503.
- Moreno, B., Garrosa, E., Benevides-Pereira, A. M., Gálvez, M. (2003). Estudios transculturales del burnout: Los estudios transculturales Brasil-España. *Rev Colombiana Psicol*, 12, 9-18.
- Olivar, C., González, S., Martínez, M. M. (1999). Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria*, 24, 352-359.
- Oliver, C. (1993). *El Burnout como síndrome específico* [Tesis doctoral]. Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Ortega, C., López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psicol*, 4(1), 137-160.
- Palmer, Y., Prince, R., Searcy, R., Compean, B. (2007). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de 2 hospitales mexicanos. *Enferm Clín*, 17(5), 256-260.
- Pérez Andrés, C., Alameda, A., Albéniz, C. (2002). La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Rev Esp Salud Pública*, 76, 517-530.
- Pereda-Torales, L., Márquez Celedonio, F. G., Hoyos Vásquez, M. T., Yáñez Zamora, M. I. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud mental*, 32(5), 399-404.
- Ramos, F., Buendía, J. (2001). El síndrome de burnout: Concepto, evaluación y tratamiento. En Buendía, J., Ramos, F. *Empleo, estrés y salud* (33-57). Madrid: Pirámide.
- Sarason, S. B. (1985). *Caring and compassion in clinical practice*. San Francisco: Jossey Bass.
- Tuesca, R., Iguarán, M., Suárez, M., Vargas, G., Vergara, D. (2006). Síndrome de desgaste profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. *Salud Uninorte*, 22(2), 84-91.
- Turnipseed, D. L. (1998). Anxiety and Burnout in the health care work environment. *Psychol Report*, 82, 627-642.

“SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS. HOSPITAL CENTRAL Dr. EMILIO CUBAS DEL IPS”

“BURNOUT SYNDROME IN RESIDENTS OF MEDICAL SPECIALTIES. HOSPITAL CENTRAL Dr. EMILIO CUBAS OF IPS”

Investigador Titular: Sylvana Soledad Alfonso Recalde¹

Investigadores Auxiliares: Marta I. Ferreira Gaona²; Clarisse V. Díaz Reissner³

Servicio de Medicina Familiar. Hospital Central. Instituto de Previsión Social.
Posgrado de Especialidades Médicas. Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”⁴
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 4 de Diciembre de 2014

Aceptado: 16 de Abril de 2015

Resumen

25

El personal sanitario se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte, por lo que su trabajo puede ser física y emocionalmente agotador. La presencia del síndrome de Burnout representa un riesgo para la salud que afecta la moral y el bienestar psicológico, repercutiendo esto en la calidad y tratamiento que se proporciona al paciente. El objetivo del estudio es determinar la frecuencia del síndrome de Burnout en médicos residentes de especialidades médicas del Hospital Central “Dr. Emilio Cubas” del Instituto de Previsión Social, en el año 2013. El diseño es transeccional descriptivo. La muestra está constituida por 75 residentes de diversos años y especialidades. Se encontró un bajo porcentaje de residentes con este síndrome (6,67%). Si bien, la vida de un médico puede resultar desgastante, la satisfacción profesional que le brinda su trabajo, hace que sea placentera su jornada.

Palabras Clave: Centros Médicos Académicos, Internado y Residencia, Satisfacción en el Trabajo, Síndrome de Burnout.

¹ Correspondencia remitir a: morgendorfern@hotmail.com Sylvana Soledad Alfonso Recalde. Médico Residente de Medicina Familiar. Hospital Central “Dr. Emilio Cubas” del Instituto de Previsión Social. Paraguay.

² Correspondencia remitir a: martaf.baez@gmail.com Marta Inés Ferreira Gaona. Posgrado de Especialidades Médicas. Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”. Paraguay.

³ Correspondencia remitir a: diazclarisse@gmail.com Clarisse Virginia Díaz Reissner. Posgrado de Especialidades Médicas. Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción” Paraguay.

⁴ Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com o norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Abstract

Health workers are often faced with situations of life and death that is why their work can be physically and emotionally exhausting. The presence of Burnout syndrome represents a health risk that affects the moral and psychological welfare, and this influences the quality and treatment provided to the patient. The aim of the research was to determine the frequency of Burnout syndrome in medical residents medical specialties Hospital Central "Dr. Emilio Cuba's" of Instituto de Prevision Social in 2013. The design was descriptive transeccional. The sample consisted of 75 residents of different years and specialties. A low percentage of residents with this syndrome (6.67%) were found. Although the life of a doctor can be exhausting, job satisfaction provided by their work make their journey a pleasant one.

Keywords: Academic Medical Center, Burnout Professional, Job Satisfaction, y Internship and Residenc.

El Síndrome de Burnout (SB), es un trastorno ocupacional en respuesta al estrés crónico, que fue descrito por Freudenberger a mediados de los años 70, al observar cambios en diferentes profesionales de servicio o ayuda, cuya actividad iba dirigida a otras personas, que después de cierto tiempo perdían su idealismo y simpatía hacia los pacientes, llevando a consecuencias negativas en el plano individual, profesional, familiar y niveles sociales, inclusive a la baja en los estudiantes de posgrado (Galván et al., 2012; Guido, Silva, Goulart, Bolzan, & Lopes, 2012; Misiolek, Gorczyca, Misiolek, & Gierlotka, 2014; Silva et al., 2014).

Dicho síndrome aparece cuando fracasan los mecanismos compensatorios de adaptación frente a situaciones laborales con un estrés sostenido. Es más frecuente en trabajos con un desajuste entre las demandas y los recursos, especialmente en personas con expectativas idealistas que encuentran una realidad frustrante para su quehacer futuro, más aun en jóvenes, de sexo femenino, solteros o sin pareja estable, con deseo de prestigio y mayores ingresos económicos (Castañeda Aguilera & García de Alba García, 2010; Martínez Pérez, 2010).

Se manifiesta a nivel somático generalmente con fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, espalda, cuello y musculares, alteraciones respiratorias y/o gastrointestinales. A nivel conductual con comportamiento suspicaz y paranoide, inflexibilidad y rigidez, incapacidad para estar relajado. Emocionalmente hay un agotamiento, expresiones de hostilidad, aburrimiento e incapacidad para controlar y expresar emociones y a nivel cognitivo existe baja realización personal en el trabajo, impotencia para el desempeño del rol profesional, fracaso profesional, entre otras cosas (Cruz Valdes et al., 2010; Maslach, Jackson, & Leiter, 1996).

Entre los profesionales se han hallado diferencias en la intensidad del SB entre las distintas profesiones, y en el seno de una misma profesión hay variabilidad según contextos sociales, culturales, económicos y políticos (Escribà-Agüir, Artazcoz, & Pérez-Hoyos, 2008). Pudiendo influir factores individuales como rasgos de la personalidad, optimismo, afectividad o autoestima (McCray, Cronholm, Bogner, Gallo, & Neill, 2008; Rojero Alvarado, Ruiz de Chávez, Moreno, Aranda Beltrán, & Almeida Perales, 2010).

Además, se debe considerar que la tensión laboral ejercida sobre los trabajadores, al exigirles mayor producción con mejor calidad y mayor competitividad en horarios prolongados y exceso de trabajo, representa un factor de riesgo para la salud del trabajador y, al tratarse de trabajadores del área de la salud, esto puede provocar una baja calidad de atención al paciente y potenciales errores médicos (Doolittle, Windish, & Seelig, 2013; Rojero Alvarado et al., 2010). La ocupación médica ocupa el noveno lugar en la lista de 100 profesiones más estresantes, siendo la anestesiología la especialidad predominante. El SB afecta del 30% al 78% de médicos residentes, reportándose una prevalencia en España de 14,9%, de 14,4% en Argentina, y de 7,9% en Uruguay.

Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia de 12,1%, Enfermería de 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el Burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17,0%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5,0% y 5,3% respectivamente). Siendo la prevalencia del Burnout mayor en España y Argentina y los profesionales que más lo padecen son los médicos.

La edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y la valoración económica, son variables protectoras del SB.

Se ha realizado un estudio similar con médicos anestesiólogos a nivel nacional, en el cual ser médico residente, menor de 35 años, no tener pareja estable y con sobrecarga de trabajo fueron los factores más frecuentes encontrados en el SB (Delgado Maidana, Vega, Sanabria, & Figueredo Thiel, 2011; Doolittle et al., 2013; Escribà-Agüir et al., 2008; Misiolek et al., 2014).

Durante su estancia en el hospital es importante para el médico residente desarrollar experiencia o aptitud en los procedimientos técnicos, para ello cumplen dos actividades: la formativa y la asistencia médica o quirúrgica.

Convertirse en especialista es un proceso complejo que requiere un arduo trabajo y es llevado a cabo en jornadas extenuantes que provocan privación de sueño, que deteriora el rendimiento laboral, provoca trastornos del carácter e incrementan las probabilidades de error médico (López-Morales, González-Velázquez, Morales-Guzmán, & Espinoza-Martínez, 2007).

Actualmente, no existen estudios previos específicos, donde se evalúe la presencia del SB en residentes de especialidades en el Hospital Central “Dr. Emilio Cubas” del Instituto de Previsión Social (HC-IPS), así como tampoco estudios acerca de estrés laboral en médicos residentes paraguayos de distintas especialidades.

Es por ello, que se tomó a bien, la realización de la presente investigación, a fin de poder determinar la presencia de dicho síndrome, y si lo hubiere, el nivel de afectación de los mismos.

Es de esperar que la presencia de este síndrome repercuta en la atención sanitaria, por lo que debería considerarse un factor relevante y debe ser tanto prevenido como tratado a su debido tiempo, pues pone en riesgo la salud del propio médico y del paciente, por el agotamiento físico y emocional que podría afectar la calidad y eficiencia de la atención sanitaria prestada.

Objetivo general

Determinar la frecuencia del síndrome de Burnout en médicos residentes de especialidades médicas que brindan atención sanitaria en el HC-IPS en el año 2013.

Objetivos específicos

- Caracterizar a la población de estudio según variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil y lugar de residencia) y académicas (año de residencia médica y especialidad médica).
- Determinar la distribución de la subescala del test de *Maslach Bournout Inventory* según niveles de riesgo y medidas descriptivas grupales.
- Identificar el grupo más afectado por el síndrome según variables sociodemográficas y académicas.

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por 75 médicos residentes de especialidades de 1^{er}, 2^{do} y 3^{er} año, de las especialidades de: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Medicina Familiar del HC-IPS durante el año 2013.

Fueron seleccionados al azar conforme un listado, constituyéndose la muestra por: 5 médicos de los 3 años de residencia de las 5 especialidades mencionadas anteriormente; obteniéndose así un total de 15 médicos por especialidad. Se estableció como criterio de exclusión que presente algún diagnóstico psiquiátrico previamente establecido, pero no se presentó ningún caso.

El 70,66% de la muestra fue de sexo femenino y el 29,33% de sexo masculino. La muestra estuvo conformada principalmente por residentes con un promedio de 27,65 años (DE=2,37), siendo el 82,67% de estado civil soltero y el 17,33% de estado civil casado. Presentaron como lugar de residencia Asunción el 50,67% de los residentes.

Tipo de estudio

El diseño del estudio es transeccional descriptivo, debido a que la recolección de datos fue única, indagándose los niveles de las variables en la población, con el propósito de representarlas (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

Instrumento

El *Maslach Burnout Inventory* (MBI) es un instrumento que contiene 22 ítems acerca de sentimientos y pensamientos que interaccionan con la ocupación laboral, valorando mediante 6 posibles respuestas que van desde “nunca” hasta “diariamente”.

Está compuesto por 3 factores que son: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

- *Subescala de Agotamiento Emocional (AE)*: Consta de 9 ítems, valora el sentirse consumido emocionalmente por las demandas del trabajo, con una puntuación máxima 54 puntos. Se consideraron los siguientes puntajes para los niveles: alto ≥ 27 , medio de 17 a 26 y bajo de 0 a 16.

- *Subescala de Despersonalización (D)*: Consta de 5 ítems, valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de insensibilidad y desapego, con una puntuación máxima de 30 puntos. Se consideraron los siguientes puntajes para los niveles: alto ≥ 14 , medio de 9 a 13 y bajo de 0 a 8.

- *Subescala de Realización Personal (RP)*: Consta de 8 ítems, evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización profesional, la puntuación máxima es de 48 puntos; es inversamente proporcional al grado de Burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el individuo. Se consideraron los siguientes puntajes para los niveles: alto ≤ 30 , medio de 36 a 31 y bajo de 48 a 37.

Para las dimensiones “AE” y “D”, altas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de agotamiento y para la de “RP”, bajas puntuaciones se relacionan a altos sentimientos de agotamiento (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats, & Braga, 2009; Maslach et al., 1996). Para el presente estudio, una persona que se encuentre con puntuaciones altas en las subescalas de “AE y D” y baja en la de “RP” definen la presencia del síndrome.

Además, el instrumento contó con un apartado en el que se registraron los datos sociodemográficos y académicos.

Procedimiento

El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Previsión Social. Se solicitó permiso a los jefes de cada servicio.

Se reclutó a los residentes que cumplieron con los criterios de inclusión, obteniéndose un listado de los mismos. A los residentes seleccionados mediante muestreo aleatorio simple se les hizo entrega del cuestionario de investigación, con la hoja de información y el consentimiento informado, aclarándose que la participación era voluntaria.

El cuestionario se completó en forma individual y se adjudicó una codificación numérica a cada participante del estudio de manera a proteger su privacidad.

El estudio fue gratuito y los resultados se entregaron en forma personal, y confidencial en fecha estipulada con cada uno de los participantes. Con el fin de evitar sesgos y mejorar la verificación de cuestionarios completos, todas las fichas fueron entregadas y recolectadas en forma personal por la investigadora principal.

Análisis de datos

Se tabularon los datos en un planilla de Microsoft Office Excel[®] 2013 y se analizaron mediante estadística descriptiva, presentándose en tablas y gráficos, con frecuencia y porcentaje para variables cualitativas; promedio y desviación estándar para variables cuantitativas.

Resultados

Al disgregar los componentes del test MBI, se observó que el 54,67% de la muestra tenía niveles considerables de un ‘alto grado’ de agotamiento emocional, lo que indica una sobrecarga emocional

importante, asimismo el 28,00% presenta un ‘alto grado’ de despersonalización, es decir, falta de empatía con el paciente y el 41,33% ‘niveles bajos’ de realización personal, indicativo de satisfacción con los logros laborales (Figura 1).

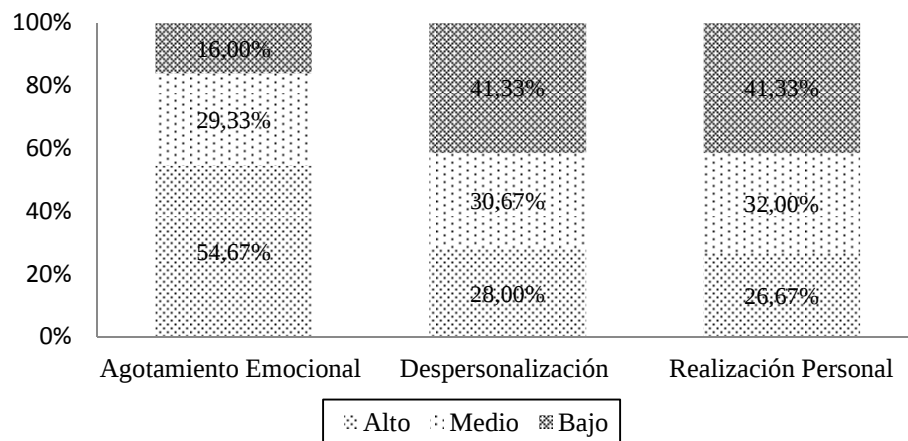


Figura 1. Componentes del test MBI por niveles en médicos residentes. Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Paraguay, 2013

30

Cabe mencionar, que la población estudiada tiene la capacidad de ponerse en la situación de los pacientes, teniendo una influencia positiva en otras personas a través del trabajo que desempeña, realizando actividades que lo motivan, enfrentando muy bien los problemas de los

pacientes, respondiendo a la realización personal o satisfacción laboral. El promedio más alto correspondió a la despersonalización, mientras que presentó mayor variabilidad el agotamiento emocional (Tabla 1).

Tabla 1.

*Medidas estadísticas por subescala del test MBI en médicos residentes.
Hospital Central del Instituto de Previsión Social Paraguay, 2013*

Subescala	Media	DE	Mínimo	Máximo
Agotamiento emocional	28,39	10,00	9	53
Realización personal	11,57	5,64	2	25
Despersonalización	34,74	7,63	12	46

Los resultados por especialidades médicas, reflejan el estado general de la población según las subescalas del test MBI, presentando así que los niveles D y AE son muy superiores para Gineco-Obstetricia y Pediatría a diferencia de las demás.

En cuanto a la subescala RP, para Cirugía General, Clínica Médica y Medicina Familiar son relativamente superiores a Gineco-Obstetricia y Pediatría, notando de esta manera el contraste que pudiera reflejarse a través del ambiente laboral y las funciones.

La distribución de los grados del SB según años de residencia, teniendo así dos casos con 1 y 3 años y tan sólo uno con dos años de residencia respectivamente. Sin embargo es importante destacar que se presentaron casos ‘con riesgo de padecer el síndrome’; 9 y 6 en residentes de 1^{er} y 3^{er} año, además de 4 casos en los de 2^o año, en los que de no intervenir se puede esperar que se desarrolle el síndrome en los próximos años.

El análisis obtuvo como resultados 5 residentes con el SB representando el 6,67% de la población, 19 con riesgo y 51 sin signos evidentes del síndrome, correspondientes al 25,33% y 68% respectivamente. A partir del análisis de los grados del síndrome, se aprecia que los mismos comprenden 3 mujeres y 2 hombres, frente a 14 mujeres y 5 hombres con alto riesgo y 36 mujeres y 15 hombres sin signos respectivamente. La presencia del SB predomina en las especialidades de Pediatría como también Gineco-Obstetricia principalmente con dos casos cada una, además de Cirugía General con un caso.

Así mismo se aprecia como principales áreas relacionadas como ‘de riesgo’ Pediatría y Clínica Médica, conforme a los casos de residentes con riesgo de padecer el síndrome.

Discusión

La frecuencia del SB en médicos residentes del HC-IPS constituyó la más baja (6,67%) en comparación con otros estudios como: 11,4% en el personal sanitario hispanoamericano y español; 10,3% en estudiantes de medicina brasileiros; 27,0% en médicos residentes en universidades públicas brasileiras; 28,0% en médicos residentes de medicina interna estadounidense, 13,5% en médicos residentes de oncología médica y 10,0% en enfermeras brasileiras (Costa, Santos, Santos, Melo, & Andrade, 2012; Doolittle et al., 2013; Gonz Aacute Lez-Aacute Vila & Bello-Villalobos, 2014; Grau et al., 2009; Guido et al., 2012; Ribeiro et al., 2014).

Esto podría deberse a que, a pesar del estrés que representa ser un especialista en formación, trabajando considerables horas de trabajo, sin precisar el tiempo de las guardias y la responsabilidad que implica estar a cargo de los pacientes; la mayoría de los residentes siente tal satisfacción a nivel profesional que lo lleva a realizar su trabajo con esfuerzo y dedicación.

En cuanto a los componentes del test MBI, tuvieron un alto riesgo de 54,67% en agotamiento cifra muy superior al reportado al 37,85% de residentes multiprofesionales de universidades públicas brasileiras (Guido et al., 2012).

Los residentes de primer y tercer año resultaron ser los más afectados, seguido de los del segundo año de residencia; siendo Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía General los afectados con residentes con SB. Se encontró que el porcentaje de agotamiento emocional prevaleció sobre la despersonalización y la realización personal, en coincidencia con el estudio realizado en médicos pediatras de unidades de cuidados intensivos argentinos, en residentes multiprofesionales brasileños y en anesthesiólogos polacos y paraguayos (Delgado Maidana et al., 2011; Galván et al., 2012; Guido et al., 2012; Misiolek et al., 2014); pero discordante con un estudio realizado en médicos residentes de medicina interna estadounidense donde predominó la despersonalización (Doolittle et al., 2013) y con estudiantes de enfermería brasileños donde predominó la realización personal (Silva et al., 2014).

En cuanto a las características del grupo afectado predominó el sexo femenino, con dos del primer año y del tercer año respectivamente, además de uno del segundo año de residencia, todas resultaron ser solteras y procedentes de Asunción y Gran Asunción coincidente con un estudio realizado a los médicos anesthesiólogos del Paraguay en el cual el grupo más afectado resultó ser menor de 35 años en un 83,1% y se observó que el tener una pareja estable sería un factor de protección (Delgado Maidana et al., 2011).

A diferencia de otro estudio realizado en médicos y enfermeros del Hospital general de Zacatecas en donde el grupo más afectado era de sexo masculino y los que tenían una pareja estable (Rojero Alvarado et al., 2010).

Conclusión

En este estudio se ha observado una baja frecuencia del SB en residentes de especialidades médicas, en base al siguiente criterio: elevado agotamiento emocional, alta despersonalización y alta realización personal. La población estudiada estuvo compuesta en su mayoría por mujeres y en cuanto a la distribución académica fue equitativa en año y especialidad. Las especialidades Gineco-Obstetricia y Pediatría tuvieron mayores cifras de agotamiento emocional. El grupo más afectado fue el comprendido por residentes de primer y tercer año de Gineco-Obstetricia y Pediatría con una edad promedio de 27 a 65 años, de sexo femenino, solteras y procedentes de Asunción.

Se recomienda que los directivos de la institución, junto al departamento de educación médica elaboren estrategias de promoción y prevención orientadas a fortalecer los mecanismos de afronte de los médicos residentes, disminuyendo los riesgos al estrés laboral y/o enfermedades ocupacionales y contribuyendo a mejorar la calidad de atención al usuario. La formación continuada debe estar reglada dentro de la jornada laboral, fomentar una buena atmósfera de equipo, equilibrar las diversas áreas de la vida (amigos, aficiones, descanso y trabajo), limitar a un máximo la agenda asistencial, etc. ya que se trata de una enfermedad ocupacional que no solo afecta al profesional sino al paciente por la disminución del rendimiento laboral y pérdida de la productividad en el médico que puede llegar incluso a equivocarse en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes y poner de esta forma en riesgo su vida.

Referencias

- Castañeda Aguilera, E., & García de Alba García, J. (2010). Prevalence of Burnout syndrome in mexican family physicians: analysis of risk factors. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(1), 67–84.
- Costa, E. F. de O., Santos, S. A., Santos, A. T. R. de A., Melo, E. V. de, & Andrade, T. M. de. (2012). Burnout syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. *Clinics*, 67(6), 573–580. doi:10.6061/clinics/2012(06)05
- Cruz Valdes, B., Austria-Corrales, F., Herrera Kiengelher, L., Vázquez García, J. C., Vega Valero, C. Z., & Salas Hernández, J. (2010). Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de Burnout “o de desgaste profesional” en trabajadores de la salud. *Neumología Y Cirugía de Tórax*, 69(3), 137–142.
- Delgado Maidana, W., Vega, C., Sanabria, L., & Figueredo Thiel, S. J. (2011). Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos del Paraguay durante el año 2010. *Memorias Del Instituto de Investigaciones En Ciencias de La Salud*, 9(1), 13–20.
- Doolittle, B. R., Windish, D. M., & Seelig, C. B. (2013). Burnout, coping, and spirituality among internal medicine resident physicians. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(2), 257–261. doi:10.4300/JGME-D-12-00136.1
- Escribà-Agüir, V., Artazcoz, L., & Pérez-Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de Burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 22(4), 300–308.
- Galván, M. E., Vassallo, J. C., Rodríguez, S. P., Otero, P., Montonati, M. M., Cardigni, G., ... Sarli, M. (2012). Physician's burnout in pediatric intensive care units from Argentina. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 110(6), 466–473.
- González-Aacute Lez-Aacute Vila, G., & Bello-Villalobos, H. (2014). Burnout effect on academic progress of Oncology medical residents. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 52(4), 468–473.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., & Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215–230.
- Guido, L. de A., Silva, R. M. da, Goulart, C. T., Bolzan, M. E. de O., & Lopes, L. F. D. (2012). Burnout syndrome in multiprofessional residents of a public university. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 46(6), 1477–1483. doi:10.1590/S0080-62342012000600027
- López-Morales, A., González-Velázquez, F., Morales-Guzmán, M., & Espinoza-Martínez, C. (2007). Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas, 45(3), 233–42.

- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión, (112). Retrieved from <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *MBI: Maslach Burnout Inventory Manual* (3ra ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- McCray, L. W., Cronholm, P. F., Bogner, H. R., Gallo, J. J., & Neill, R. A. (2008). Resident physician Burnout: is there hope? *Family Medicine*, 40(9), 626–632.
- Misiólek, A., Gorczyca, P., Misiólek, H., & Gierlotka, Z. (2014). The prevalence of Burnout syndrome in Polish anaesthesiologists. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 46(3), 155–161. doi:10.5603/AIT.2014.0028
- Ribeiro, V. F., Ferreira Filho, C. F., Valenti, V. E., Ferreira, M., Abreu, L. C. de, Carvalho, T. D. de, ... Ferreira, C. (2014). Prevalence of Burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International Archives of Medicine*, 7(1), 22. doi:10.1186/1755-7682-7-22
- Rojero Alvarado, M., Ruiz de Chávez, D., Moreno, M., Aranda Beltrán, C., & Almeida Perales, C. (2010). Presencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del hospital general ISSSTE zacatecas y factores que lo asocian. In *Memorias del 3er Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales*. Retrieved from <http://factorespsicosociales.com/tercerforo/trabajos/documentos/TL07.2.pdf>.
- Silva, R. M. da, Goulart, C. T., Lopes, L. F. D., Serrano, P. M., Costa, A. L. S., & Guido, L. de A. (2014). Hardy personality and Burnout syndrome among nursing students in three brazilian universities—an analytic study. *BMC Nursing*, 13(1), 9. doi:10.1186/1472-6955-13-9

“BURNOUT ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE SALUD MENTAL. IMPACTO EN LA SALUD FÍSICA Y LA COGNICIÓN”

“BURNOUT ACADEMIC STUDENTS OF MENTAL HEALTH. IMPACT ON THE PHYSICAL HEALTH AND COGNITION”

Lunimar Curbelo González¹

Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”²
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 29 de Agosto de 2014

Acceptado: 4 de Abril de 2015

Resumen

Se llevó a cabo una revisión de literatura con el fin de explorar estudios realizados recientemente sobre la prevalencia del burnout académico en estudiantes de profesiones de la salud mental, y su posible impacto sobre la salud física y la cognición. Los resultados mostraron que, a excepción de la carrera de medicina, los estudios recientes que exploran la prevalencia del burnout en estudiantes de profesiones de la salud mental son escasos. Esto a pesar de que se ha encontrado evidencia de que este síndrome puede tener sus efectos sobre la salud física y algunas capacidades cognitivas, como la atención y la concentración. Estos resultados sugieren la importancia de realizar o actualizar estudios sobre la prevalencia del burnout en esta población, ya que no sólo tiene repercusión sobre los estudiantes, sino sobre la población a la que están próximos a brindar servicios.

Palabras Clave: Burnout Académico, Cognición, Estudiantes, Profesiones de Salud Mental, Salud Física.

¹Correspondencia remitir a: Lunimar Curbelo-Gonzalez, PhD, lunimar.curbelo@gmail.com Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. La autora agradece al Dr. José Toro-Alfonso, a la Dra. Sara Santiago Estrada y a la estudiante doctoral Migda Hunter Hernández, de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, por sus recomendaciones para este artículo.

²Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com o norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Abstract

A literature review was conducted in order to explore recent studies on the prevalence of academic burnout among college students of mental health professions and its possible impact on physical health and cognition. Results showed that, with the exception of the medicine career, recent studies that explored the prevalence of burnout among students of mental health professions are scarce. This despite the fact that evidence has shown that this syndrome may have its effects on physical health and some cognitive abilities, such as attention and concentration. These results suggest the importance of carrying out or updating research regarding the prevalence of burnout in this population, as it not only has repercussions among students, but also upon the people they will be providing services to in the future.

Keywords: Academic Burnout, College Students, Mental Health Professions, Physical Health, Cognition.

La vida universitaria es una experiencia que comprende el desarrollo del potencial de conocimiento y aprendizaje de todo aquel que desea emprender una carrera profesional. En este contexto, los estudiantes se exponen a un espacio donde convergen diversas ideas en las distintas áreas de estudio, enriqueciendo su potencial a nivel intelectual y práctico. En este sentido, emprender una carrera universitaria plantea la apertura del estudiante no sólo en términos de la divergencia intelectual, sino de su disposición para afrontar los retos que se presentarán a través de la misma. Estos retos se intensifican cuando el estudiante prosigue estudios de postgrado, donde la carga académica es mayor y el nivel de exigencia en la calidad de su trabajo aumenta por parte del estudiante mismo, el profesorado y la institución.

Como es de esperar, cada especialidad tiene sus propias exigencias. Este escrito se centrará particularmente en la población de estudiantes que cursan estudios en las profesiones relacionadas a la salud mental. Definir cuáles son “profesiones de la salud mental” no es una tarea sencilla (Leiter & Harvie, 1996).

Tras revisar diversos estudios que utilizan esta categoría, Leiter y Harvie (1996) encontraron que la misma puede incluir psiquiatras, psicólogos, consejeros, trabajadores sociales de la salud mental, enfermeros y terapeutas ocupacionales. Estas profesiones son las que se encargan de proveer servicios con el fin de atender aspectos relacionados al estado emocional y social de quienes los reciben.

No hay duda de que estas carreras pueden ser una fuente de satisfacción para quienes las ejercen. Sin embargo, las problemáticas que son abordadas durante la prestación de los servicios de salud mental justifica la cantidad de investigaciones que se han enfocado en identificar y comprender los factores relacionados a condiciones como el estrés y el burnout en estos profesionales. Estas condiciones no sólo son negativas para el profesional que lo experimenta, sino también para quien lo emplea, además del posible daño que pueda producirle a quien recibe los servicios (Rupert & Morgan, 2005). De este modo, queda clara la importancia de reconocer tanto los factores asociados al posible deterioro del bienestar psicológico y físico del profesional, como a las repercusiones éticas de prestar un servicio en dicho estado.

Es en este campo laboral descrito anteriormente donde los estudiantes de postgrado de profesiones de la salud mental harán su entrada una vez culminen su preparación académica. Estas carreras universitarias tienen como requisito un adiestramiento que incluye los cursos, las prácticas formativas, el involucramiento en investigaciones incluyendo la tesis o disertación, realizar presentaciones y trabajos publicables, tomar talleres, seminarios entre otras.

Estas tareas en mayor o menor grado consumen tiempo y energía, lo que, al unirse a otros factores, podría desembocar en signos de burnout académico en estudiantes durante su etapa de formación. Como consecuencia, una vez finalicen todos los requisitos para obtener su grado, estos estudiantes podrían estar “quemados” antes de entrar al mundo laboral. Esto a su vez tendría repercusiones a nivel psicológico, fisiológico e incluso ético.

Considerando esta posibilidad, es pertinente ampliar el espectro de investigaciones sobre el burnout académico en estudiantes de profesiones de la salud mental, la cual, en comparación con aquellas realizadas con profesionales, es menor.

El objetivo de este escrito es recolectar una muestra de la producción de artículos sobre el burnout en estudiantes de profesiones de salud mental, y del impacto de este síndrome en la salud física y la cognición, realizados a partir del comienzo del presente siglo en países occidentales (América y Europa). Además, presentar una síntesis de los hallazgos de dichos estudios, para obtener una mayor comprensión sobre la relevancia del estudio de esta temática en la actualidad.

Burnout académico

Aunque no hay una definición unánime del burnout, básicamente se describe como un síndrome psicológico que involucra la exposición prolongada de estresores en el escenario de trabajo (Maslach, 2003). Esta definición puede ampliarse a partir del modelo de tres dimensiones que responden al estrés crónico del trabajo: agotamiento emocional, cinismo (o despersonalización) e ineficacia laboral, el cual ha sido validado mediante análisis factoriales para distintas profesiones (Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2002; Taris, Schreurs, & Schaufeli, 1999). Por agotamiento emocional se entiende como la respuesta básica de estrés, la dimensión más emocional del burnout y la más estudiada. Se refiere al sentimiento de que todos los recursos emocionales y físicos se han erosionado al ser utilizados en exceso. El cinismo o despersonalización se define como la respuesta negativa, distante y callosa de la persona hacia su trabajo y los demás. El tercer componente del síndrome es la eficacia reducida, que se relaciona mayormente a la evaluación que realiza el individuo acerca de su ejecución en el trabajo. Es la respuesta de la persona a sí misma, que se caracteriza por sentimientos de baja autoestima, fracaso, incompetencia y una merma en la producción y logro ocupacional.

Siguiendo el modelo anteriormente descrito, el burnout académico se refiere a sentirse exhausto debido a las demandas académicas, mantener una actitud cínica y desapegada hacia los estudios y sentirse incompetente como estudiante (Schaufeli, Martínez, Marques Pinto, Salanova, & Bakker, 2002).

Schaufeli y colaboradores (2002) sustentaron estadísticamente el modelo tridimensional, adaptando el ya conocido instrumento Maslach Burnout Inventory-General Survey (Maslach & Jackson, 1981) a una versión para estudiantes: el Maslach Burnout Inventory-Student Survey.

Método

Se realizó una búsqueda de artículos utilizando el metabuscador de bases de datos de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Este sistema contiene 21 bases de datos que incluyen PsycInfo, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ProQuest Psychology Journals, entre otras.

También se utilizó el buscador Google Scholar para la recopilación de literatura, ya que provee referencias y artículos profesionales publicados. La primera búsqueda se llevó a cabo entre agosto y diciembre de 2012, y se creó una base de datos utilizando el programa EndNote.

Esta base de datos fue actualizada entre los meses de septiembre de 2013 y enero de 2014. Se recopilaron artículos sobre los siguientes temas: estrés, burnout, burnout en estudiantes o profesionales de la salud mental, salud física en universitarios, y burnout y problemas cognitivos. Estos artículos fueron revisados y se identificó aquellos con mayor relevancia para el propósito de este escrito y realizados a partir del año 2000 ($n = 34$). Se realizó una búsqueda de artículos en inglés y español, con muestras provenientes de América y Europa.

Para obtener datos sistemáticos sobre el transcurso que ha tenido la reciente investigación sobre el burnout en los países occidentales, se realizó una clasificación de los artículos encontrados. Los artículos sobre prevalencia del burnout en estudiantes de profesiones de la salud mental fueron clasificados por especialidad, país en el que el estudio fue realizado y año de publicación. Los artículos sobre el impacto o relación del burnout académico con la salud física o la cognición fueron clasificados según su categoría temática, país y año de publicación. Adicionalmente, se resaltaron algunos hallazgos de dichas investigaciones, que respaldan la importancia del estudio sobre este tema.

Resultados

Estudios de prevalencia del burnout en estudiantes de profesiones de la salud mental

La información recopilada arrojó que la mayor parte de los estudios sobre el burnout se dirigen a la rama de la medicina, mientras que las otras profesiones de servicios de salud mental están rezagadas en comparación (ver Tabla 1). En términos geográficos, se indica que la mayor parte de los artículos encontrados sobre la prevalencia del burnout en estudiantes de profesiones de la salud mental provienen de investigaciones realizadas en Estados Unidos ($n = 10$).

El resto de los estudios encontrados provienen de Colombia ($n = 3$). A continuación se presenta una síntesis de los hallazgos de estos estudios.

Tabla 1.

Artículos sobre el estrés/burnout en estudiantes de profesiones de salud mental por especialidad, año de publicación y país

Especialidad	N	País	Año(s) de publicación
Psicología	2	Estados Unidos Colombia	2012 2007
Trabajo social	1	Estados Unidos	2010
Medicina	6	Estados Unidos Colombia	2012, 2010, 2008, 2006 2008, 2007
Enfermería	2	Estados Unidos	2008, 2004
Consejería	2	Estados Unidos	2007, 2003

Nota. N = 13.

El-Ghoroury, Galper, Sawaqdeh y Bufka (2012) hallaron que un 38.2% de los estudiantes graduados de psicología, incluyendo el área clínica, que participaron en su estudio reportaron que su funcionamiento se veía moderada o severamente afectado por burnout o fatiga. Según los autores, estos estudiantes, ya a nivel de postgrado, enfrentan retos únicos en términos académicos, financieros y personales durante la búsqueda del grado universitario más alto.

En estudiantes latinoamericanos, Caballero, Abello y Palacio (2007) encontraron niveles altos y moderados de burnout y una prevalencia de un 41% en estudiantes de psicología de una universidad colombiana. Otros estudios encontrados datan de la década de 1990, lo que indica que esta temática no está del todo actualizada en esta población.

Las investigaciones realizadas con estudiantes de trabajo social son escasas, a pesar de reconocerse como una de las profesiones más vulnerables al estrés crónico. En el más reciente, de Collins, Coffey y Morris (2010), los autores reportaron que un número significativo de estudiantes de trabajo social experimentan problemas de baja autoestima y agotamiento emocional.

Los estudiantes de medicina, por su parte, han sido un grupo universitario ampliamente estudiado en relación al burnout, debido a las grandes demandas que exige su formación profesional. En universidades colombianas, por ejemplo, se han encontrado tasas de prevalencia de 9.1% (Borda Pérez et al., 2007) a 12.6% (Paredes & Sanabria Ferrand, 2008).

En universidades estadounidenses la prevalencia de burnout en estudiantes de medicina alcanza hasta el 52% (Dyrbye et al., 2010; Dyrbye et al., 2008; Dyrbye et al., 2006). Chang, Florence Eddins-Folensbee y Coverdale (2012) encontraron tasas altas de burnout, estrés y depresión en estudiantes de medicina de primer, segundo y tercer año de ese país. El burnout en esta población ha sido asociado a prácticas no óptimas del cuidado de pacientes (Shanafelt, Bradley, Wipf, & Back, 2002), menos valores altruistas y conductas no profesionales auto-reportadas (Dyrbye et al., 2010). Estos hallazgos tienen una relevancia particular en la formación de los estudiantes de psiquiatría, rama de la medicina que atiende los problemas de salud mental.

Otra disciplina asociada a los servicios de salud mental es la enfermería. Los estudiantes de enfermería psiquiátrica se mostraron significativamente estresados en el estudio de Tully (2004), revelando además destrezas limitadas en el manejo de estrés. Según los estudios citados por Gibbons, Dempster y Moutray (2008), los estudiantes de enfermería pueden mostrar niveles de estrés comparables o mayores que los experimentados por cualquier otro grupo de profesionales de la salud, incluyendo estudiantes de medicina.

En contraste, Myers, Mobley y Booth (2003) encontraron que los estudiantes de consejería profesional poseen niveles de bienestar más altos que la población general, y que los estudiantes doctorales poseen los niveles más altos de bienestar. Smith, Robinson y Young (2007), obtuvieron hallazgos similares, aunque también encontraron que un 10.7% de los participantes de su estudio mostraron niveles de estrés psicológico que se encuentran en espacios clínicos,

relacionados a la ansiedad, depresión, problemas somáticos, estrés, problemas interpersonales y dificultades con los roles sociales. De estos, un 16.8% indicaron tener dificultades significativas en cumplir con los deberes del trabajo, estudios o el hogar, específicamente, conflictos en el trabajo, sobrecarga de trabajo, estrés e ineficiencia en estos roles.

Estrés, burnout y salud física en estudiantes universitarios

En la búsqueda realizada (n = 21), quedó reflejado alto el interés en el estudio del burnout y sus aspectos fisiológicos o de salud física, particularmente durante la década pasada (ver Tabla 2). Los Países Bajos se destacan en términos de cantidad de estudios, aunque se denota gran interés por parte de varios países europeos. Solo dos estudios fueron realizados en América Latina, mientras que los más recientes fueron efectuados en Canadá.

Algunos de estos estudios están dirigidos a la población estudiantil. Por ejemplo, Guarino, Gavidia, Antor y Caballero (2000), encontraron que la exposición prolongada al estrés en universitarios puede provocar una disminución en células como los linfocitos, lo que a su vez produce inmunosupresión. Adams, Wharton, Quilter y Hirsch (2008) hallaron que la depresión, la ansiedad y el agotamiento están asociados a enfermedades infecciosas agudas, como la bronquitis, infecciones de oído o garganta y sinusitis en esta población. González y Landero (2006) encontraron una correlación significativa entre el estrés y síntomas somáticos auto-informados en una muestra de estudiantes de psicología, y un mayor nivel de ambas variables en las mujeres.

Tabla 2.

Artículos sobre estrés/burnout y su impacto en la salud física o la cognición, por año de publicación y país

Categoría temática (área de impacto)	País	Año(s) de publicación
Fisiológico/ salud física^a	Canadá	2011, 2010
	España	2010
	Estados Unidos	2008, 2003
	Alemania	2008
	Países Bajos ^d	2007, 2006,
		2003
	México	2006
	Finlandia	2006
	Suecia	2005
	Venezuela	2000
Cognitivo^b	Países Bajos	2005
	Suecia	2007, 2005
	Finlandia	2011
Fisiológico y cognitivo^c	Suecia	2009

Nota. ^an = 16. ^bn = 4. ^cn = 1.

^d Se encontraron dos artículos publicados por cada año, para un total de seis (6)

La forma en que un estado psicológico como el estrés o el burnout afecta la salud física ha sido un tema ampliamente estudiado. El estrés en su forma aguda capacita al individuo para lidiar con amenazas ambientales mediante la activación de mecanismos para huir, pelear o paralizarse. La activación de estos mecanismos se debe al sistema nervioso central y a las vías simpáticas y parasimpáticas, por lo que el cuerpo eleva los latidos del corazón, la presión sanguínea, la respiración y la síntesis de glucosa, mientras que reduce funciones como el hambre, el sueño y el impulso sexual. De modo que el estrés ante un evento tiene unas características que permiten una respuesta inmediata ante unas circunstancias, que culmina cuando el individuo se adapta a ellas, en lo que se denomina alostasis.

Por otra parte, la inhabilidad para terminar apropiadamente la respuesta de estrés o la exposición crónica a un estresor puede conllevar cambios patológicos (Mommersteeg, 2006a). La “carga alostática” ocurre cuando el cuerpo experimenta desgaste al activar respuestas alostáticas repetidamente durante situaciones estresantes (Juster, McEwen, & Lupien, 2010). Específicamente, es el costo energético de la activación repetida de la respuesta al estrés, al mismo tiempo que inhibe las vías involucradas en el descanso y la recuperación; aquí es cuando ocurre el burnout (Mommersteeg, 2006a). Langelaan y colaboradores (2007) identificaron tres mecanismos por los cuales puede manifestarse el impacto del burnout sobre la salud física, de los cuales se destaca la desregulación del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA) y del eje simpático-adrenal-medular (SAM).

El HPA es el sistema que permite al individuo adaptarse al aumento en las demandas externas y a recuperar la homeostasis bajo el estrés agudo (Bellingrath, Weigl, & Kudielka, 2008). La activación del HPA tras la percepción de un estímulo estresor produce un aumento de cortisol, una hormona glucocorticoide responsable de aumentar azúcar en sangre, lo que provee energía para activar la respuesta de pelear o huir ante una posible amenaza. La función del SAM es similar en términos de preparar al cuerpo ante una amenaza, pero mediante la secreción de epinefrina y norepinefrina, dos catecolaminas secretadas por la medula adrenal y por fibras de nervios simpáticos respectivamente.

Padgett y Glaser (2003) indican que es sabido que las catecolaminas, al igual que los glucocorticoides, modulan varias funciones del sistema inmune, entre ellas la proliferación de células, la producción de citoquinas (proteínas reguladoras de células) y anticuerpos, y el tráfico de células. Cuando los ejes HPA y SAM son activados repetidamente durante situaciones estresantes, en el trabajo o el hogar, ejercen una presión patofisiológica en el individuo (Juster et al., 2011).

Las investigaciones recientes se han centrado en estudiar la relación entre los ejes HPA y SAM y el estrés/burnout mediante marcadores biológicos, como la carga alostática y el nivel de cortisol. Estas sin embargo, han arrojado resultados inconsistentes. Se ha encontrado tanto una posible asociación entre los síntomas de burnout y un aumento de carga alostática (Juster et al., 2011) como niveles parecidos de carga alostática entre personas que padecen burnout y las que no (Langelaan et al., 2007).

De manera similar, se han encontrado niveles muy altos de cortisol (Bellingrath et al., 2008; De Vente, Olff, Van Amsterdam, Kamphuis, & Emmelkamp, 2003; Grossi et al., 2005), muy bajos (Juster et al., 2011; Sonnenschein et al., 2007) o incluso normales (Moya-Albiol, Serrano, & Salvador, 2010; Österberg, Karlson, & Hansen, 2009) en personas con burnout. Lo que es claro es que varios estudios han vinculado la desregularización del cortisol a distintas condiciones de salud, como problemas cardiovasculares, diabetes tipo 2 y problemas cognitivos (Lundberg, 2005).

Otros estudios han vinculado la relación entre el burnout y el padecimiento de condiciones físicas. Se ha encontrado que este síndrome podría estar vinculado a la propensión a enfermedades infecciosas como el virus del catarro común (Mommersteeg, Heijnen, Kavelaars, & van Doornen, 2006b), el resfriado y la gastroenteritis (Mohren et al., 2003), y a condiciones musculoesqueletales (Honkonen et al., 2006). Aunque las inconsistencias mencionadas impiden que se afirme bajo cuál mecanismo el estrés y el burnout impactan la salud física, los hallazgos sugieren que sí hay una relación entre ambas.

Impacto del burnout sobre las capacidades cognitivas

Además del impacto sobre la salud física, algunos investigadores sugieren que es posible que el burnout afecte el procesamiento de información general.

Siguiendo esta línea, algunos estudios se han enfocado en el posible impacto del burnout en las capacidades cognitivas de quienes lo padecen.

Este aspecto es de suma importancia, considerando las grandes demandas a nivel cognitivo y de aprendizaje que exige una formación académica. En términos generales, estos estudios son escasos en comparación con los que se enfocan en los aspectos fisiológicos, como se aprecia en la Tabla 2. Los investigadores se han centrado en aspectos de la cognición como la atención y concentración, memoria, velocidad de procesamiento, habilidad cognitiva verbal y no verbal, entre otras, que podrían afectarse por el estrés crónico o burnout. Las publicaciones halladas en esta revisión son producto de investigaciones realizadas en distintos países del continente europeo, donde se ha desarrollado principal interés por estudiar este tema. No se encontraron estudios realizados en América sobre este particular.

Las pocas investigaciones que examinan los posibles efectos del burnout en el procesamiento de información han arrojado resultados relativamente consistentes. Tras sus resultados, Van der Linden, Keijsers, Eling y Van Schaijk (2005) indicaron que los síntomas severos de burnout están asociados con fallas cognitivas auto-reportadas, y que los individuos con el síndrome muestran una pobre ejecución en tareas atencionales. Los investigadores observaron que el comportamiento de las personas con burnout tendía a estar guiado por procesos cognitivos más automáticos, lo que les lleva a mayor distracción y errores de inhibición.

Sandström y colaboradores (2005) hallaron un descenso significativo en la ejecución de pacientes mujeres en la memoria no verbal, en asociación con una ejecución más lenta en medidas de atención.

No encontraron anomalías en la habilidad verbal o memoria verbal, por lo que sus hallazgos sugieren que el burnout podría estar asociado a disfunciones cognitivas específicas, apuntando hacia una discapacidad neuropsicológica selectiva en estos pacientes. Esta selectividad de disfunciones también fue encontrada en el estudio de Öhman y colaboradores (2007), quienes hallaron un funcionamiento ejecutivo menor en pacientes con estrés crónico, específicamente en las áreas de memoria episódica (aprendizaje mediante repetición, tareas de codificación o recuperación de palabras), y en aspectos de memoria de trabajo, tempo mental, acceso semántico y memoria prospectiva, pero no en otros aspectos de la cognición.

Österberg, Karlson y Hansen (2009) encontraron un funcionamiento neuropsicológico esencialmente normal en los aspectos cognitivos en personas con burnout, a excepción de una leve baja en la rapidez perceptual y motora. Aunque encontraron que los sujetos con burnout reportaron niveles más altos de problemas atencionales y de concentración, estos reportes de ejecución cognitiva subjetiva no se relacionaron con los puntajes de las pruebas administradas. En este sentido, los autores infieren que tener una percepción depresiva y negativa de sí mismo podría ser un determinante mayor al momento de reportar problemas cognitivos subjetivos. Alternativamente, sugieren que estar fuera del trabajo debido al burnout conlleva preocupaciones sobre el futuro de la carrera y la salud, lo que lleva a la distracción frecuente y esto es percibido como un impedimento cognitivo.

Los estudios anteriormente citados trabajaron en esencia con muestras clínicas, con niveles altos o severos de burnout, por lo que arrojan resultados similares en términos de la disfunción de algunas áreas cognitivas.

El estudio de Castaneda y colaboradores (2011) no encontró que el burnout esté asociado a problemas en el funcionamiento cognitivo general en una muestra de adultos jóvenes de 22 a 35 años con síntomas leves del síndrome. Por el contrario, este estudio arrojó que la memoria de trabajo verbal funciona más eficientemente y la inteligencia general es más alta en personas jóvenes que reportan síntomas de burnout. Esto podría ir acorde con la idea de que el burnout puede ser un fenómeno que ocurre típicamente en personas que son muy trabajadoras, diligentes, orientadas a metas, con altas demandas para sí mismas y que toman muchas responsabilidades en su trabajo (Hallstein, 1993, citado en Castaneda et al., 2011). Adicionalmente, estos resultados sugieren que los adultos jóvenes aún no muestran dificultades cognitivas, pero que éstas podrían comenzar a ocurrir con el aumento de la severidad del burnout.

Como fue mencionado, las consecuencias del burnout en el funcionamiento cognitivo es un tema que se ha estudiado poco. Por lo mismo, en esta revisión no se hallaron investigaciones sobre este tema específico con muestras estudiantiles. Sólo se encontró un estudio realizado con estudiantes por investigadores en Estados Unidos, que trabajó un tema similar. En el mismo los investigadores hallaron que aquellos estudiantes con mayores habilidades de solución de problemas tienden a tener un menor estrés percibido y una mejor salud física (Largo-Wight, Peterson, & Chen, 2005), en una dirección opuesta al estudio del impacto del estrés/burnout sobre las capacidades cognitivas.

Es decir, sugiere que ciertas áreas de la cognición, como la capacidad del individuo para solucionar problemas, podría actuar como un amortiguador al momento de enfrentar situaciones estresantes.

Ciertamente, es un tema de investigación nuevo y que amerita ser estudiado con mayor grado, tanto en poblaciones ocupacionales como en las pre-ocupacionales.

Conclusión

En este trabajo se abordó el tema del burnout académico en estudiantes de profesiones de salud mental, su impacto en la salud física y en los procesos cognitivos de quienes lo experimentan. Estas profesiones ejercen una labor que busca mantener el bienestar y el respeto de quienes reciben sus servicios, demandando así un estado físico y mental óptimo para quienes la practican. Si bien la mayor parte de los estudios sobre el burnout se han enfocado en muestras ocupacionales, es reconocido dentro del campo de la psicología y disciplinas a fines que los universitarios no están exentos de mostrar síntomas del síndrome, así como altos niveles de estrés. Es por ello que desde hace unos años algunos investigadores han enfocado su interés en estudiar el posible impacto que la preparación académica puede tener en los universitarios, y en particular los que entran a campos de ayuda. La mayoría de estos estudios sin embargo, se han llevado a cabo con estudiantes de medicina. Poca literatura actualizada existe sobre esta temática en las profesiones de salud mental, y en particular en países latinoamericanos, por lo que requiere mayor atención por parte de quienes realizan investigación social.

La literatura del presente siglo señala que si bien es incierto el mecanismo fisiológico que opera tras el burnout, es aceptado que altos niveles de estrés crónico afectan la salud física, aspecto que ha sido ampliamente estudiado. También se ha encontrado que estados psicológicos como el burnout afectan ciertas capacidades del procesamiento de información, un área fundamental en el contexto de aprendizaje.

En conjunto, estos hallazgos plantean que los efectos del burnout sobre la salud física y psicológica podrían impactar significativamente el funcionamiento óptimo de los estudiantes de profesiones de salud mental antes de entrar al mundo laboral.

Los estudios acerca de la prevalencia del síndrome son una herramienta que permite a los programas de formación tomar en cuenta el estado de salud mental de los estudiantes, en particular con respecto a su vida académica. De este modo, pueden tomar en consideración la adopción de estrategias que ayuden en el manejo del estrés y prevención del burnout en esta población. Así dan paso a la promoción del desarrollo pleno de un estudiantado que, además de obtener conocimiento, se encuentra en condiciones óptimas para cumplir con sus prácticas y con el eventual mundo del trabajo.

Referencias

- Adams, T. B., Wharton, C. M., Quilter, L., & Hirsch, T. (2008). The association between mental health and acute infectious illness among a national sample of 18-to 24-year-old college students. *Journal of American College Health*, 56(6), 657-664.
- Bakker, A., Demerouti, E., & Schaufeli, W. (2002). Validation of the Maslach Burnout Inventory–General Survey: An internet study across occupations. *Anxiety, Stress and Coping*, 15, 245-260.
- Bellingrath, S., Weigl, T., & Kudielka, B. M. (2008). Cortisol dysregulation in school teachers in relation to burnout, vital exhaustion, and effort-reward-imbalance. *Biological psychology*, 78(1), 104-113.
- Borda Pérez, M., Navarro Lechuga, E., Aun Aun, E., Berdejo Pacheco, H., Racedo Rolón, K., & Ruiz Sará, J. (2007). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*, 23(1), 43-51.
- Caballero, C. C., Abello, R., & Palacio, J. (2007). Relación del Burnout y el rendimiento académico con la satisfacción frente a los estudios en estudiantes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(2), 98-111.
- Castaneda, A. E. , Suvisaari, J., Marttunen, M., Peräl, J., Saarni, S. I., Aalto-Setäl, T., Tuulio-Henriksson, A. (2011). Cognitive functioning in relation to burnout symptoms and social and occupational functioning in a population-based sample of young adults. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(1), 32-39. doi: 10.3109/08039488.2010.485328
- Chang, E., Eddins-Folensbee, F., & Coverdale, J. (2012). Survey of the Prevalence of Burnout, Stress, Depression, and the Use of Supports by Medical Students at One School. *Academic Psychiatry*, 36(3), 177-182.
- Collins, S., Coffey, M., & Morris, L. (2010). Social work students: Stress, support and well-being. *British Journal of Social Work*, 40(3), 963-982.
- De Vente, W., Olff, M., Van Amsterdam, J. G. C., Kamphuis, J. H., & Emmelkamp, P. M. G. (2003). Physiological differences between burnout patients and healthy controls: blood pressure, heart rate, and cortisol responses. *Occupational and environmental medicine*, 60(suppl 1), i54.

- Dyrbye, L. N., Massie, F., Eacker, A., Harper, W., Power, D. V., Durning, S. J., . . . Sloan, J. A. (2010). Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *The Journal of the American Medical Association*, 304(11), 1173-1180.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Massie, F., Power, D. V., Eacker, A., Harper, W., Durning, S.
- Moutier, C., Szydlo, D.W. & Novotny, P. J. (2008). Burnout and suicidal ideation among US medical students. *Annals of internal medicine*, 149(5), 334.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2006). Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Academic Medicine*, 81(4), 374.
- El-Ghoroury, N. H., Galper, D. I., Sawaqdeh, A., & Bufka, L. F. (2012). Stress, coping, and barriers to wellness among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology*, 6(2), 122.
- Gibbons, C., Dempster, M., & Moutray, M. (2008). Stress and eustress in nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 61(3), 282-290.
- González, M. T., & Landero, R. (2006). Síntomas psicósomáticos auto-informados y estrés en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología Social*, 21(2), 141-152.
- Grossi, G., Perski, A., Ekstedt, M., Johansson, T., Lindström, M., & Holm, K. (2005). The morning salivary cortisol response in burnout. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(2), 103-111. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.02.009
- Guarino, L., Gavidia, I., Antor, M., & Caballero, H. (2000). Estrés, salud mental y cambios inmunológicos en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual*, 8(1), 57-71.
- Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lonnqvist, J. (2006). The association between burnout and physical illness in the general population: Results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(1), 59-66.
- Juster, R. P., McEwen, B. S., & Lupien, S. J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 2-16.
- Juster, R. P., Sindi, S., Marin, M. F., Perna, A., Hashemi, A., Pruessner, J. C., & Lupien, S. J. (2011). A clinical allostatic load index is associated with burnout symptoms and hypocortisolemic profiles in healthy workers. *Psychoneuroendocrinology*, 36(6), 797-805. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.11.001>

- Langelaan, S., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., van Rhenen, W., & van Doornen, L. J. P. (2007). Is burnout related to allostatic load? *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(4), 213-221. doi: 10.1007/bf03002995
- Largo-Wight, E., Peterson, P. M., & Chen, W. W. (2005). Perceived Problem Solving, Stress, and Health Among College Students. *American Journal of Health Behavior*, 29(4), 360-370.
- Leiter, M. P., & Harvie, P. L. (1996). Burnout among mental health workers: a review and a research agenda. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 90-101.
- Lundberg, U. (2005). Stress hormones in health and illness: the roles of work and gender. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 1017-1021.
- Maslach, C. (2003). Job burnout: new directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science (Wiley-Blackwell)*, 12(5), 189-192. doi: 10.1111/1467-8721.01258
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Mohren, D. C. L., Swaen, G. M. H., Kant, I. J., van Amelsvoort, L. G. P. M., Borm, P. J. A., & Galama, J. (2003). Common infections and the role of burnout in a Dutch working population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 201-208.
- Mommersteeg, P. (2006a). *The Psychophysiology of Burnout*. (Tesis Doctoral), Universidad de Utrecht, Utrecht.
- Mommersteeg, P., Heijnen, C. J., Kavelaars, A., & van Doornen, L. J. P. (2006b). Immune and endocrine function in burnout syndrome. *Psychosomatic medicine*, 68(6), 879.
- Moya-Albiol, L., Serrano, M. Á., & Salvador, A. (2010). Job Satisfaction and Cortisol Awakening Response in Teachers Scoring high and low on Burnout. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 629-636.
- Myers, J. E., Mobley, A. K., & Booth, C. S. (2003). Wellness of Counseling Students: Practicing What We Preach. *Counselor Education & Supervision*, 42(4), 264.
- Öhman, L., Nordin, S., Bergdahl, J., Slunga Birgander, L., & Stigsdotter Neely, A. (2007). Cognitive function in outpatients with perceived chronic stress. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 33(3), 223-232.
- Österberg, K., Karlson, B., & Hansen, A. M. (2009). Cognitive performance in patients with burnout, in relation to diurnal salivary cortisol. *Stress (Amsterdam, Netherlands)*, 12(1), 70-81.
- Padgett, D. A., & Glaser, R. (2003). How stress influences the immune response. *Trends in immunology*, 24(8), 444-448.

- Paredes, O. L., & Sanabria Ferrand, P. A. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med de la Facultad de Medicina*, 16(1), 4-8.
- Rupert, P. A., & Morgan, D. J. (2005). Work Setting and Burnout Among Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 544.
- Sandström, A., Rhodin, I. N., Lundberg, M., Olsson, T., & Nyberg, L. (2005). Impaired cognitive performance in patients with chronic burnout syndrome. *Biological psychology*, 69(3), 271-279.
- Schaufeli, W. B., Martínez, I. M., Marques Pinto, A., Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33(5), 464.
- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of internal medicine*, 136(5), 358-367.
- Smith, H. L., Robinson, E. H., & Young, M. E. (2007). The Relationship Among Wellness, Psychological Distress, and Social Desirability of Entering Master's-Level Counselor Trainees. *Counselor Education and Supervision*, 47(2), 96-109.
- Sonnenschein, M., Mommersteeg, P., Houtveen, J. H., Sorbi, M. J., Schaufeli, W. B., & van Doornen, L. J. P. (2007). Exhaustion and endocrine functioning in clinical burnout: An in-depth study using the experience sampling method. *Biological psychology*, 75(2), 176-184.
- Taris, T. W., Schreurs, P. J. G., & Schaufeli, W. B. (1999). Construct validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey: A two-sample examination of its factor structure and correlates. *Work & Stress*, 13(3), 223-237. doi: 10.1080/026783799296039
- Tully, A. (2004). Stress, sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(1), 43-47. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00682.x
- Van Der Linden, D., Keijsers, G. P., Eling, P., & Van Schaijk, R. (2005). Work stress and attentional difficulties: An initial study on burnout and cognitive failures. *Work & Stress*, 19(1), 23-36.

“MOTIVACIÓN EN LA VEJEZ: REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DESPUÉS DE LA JUBILACIÓN”

“MOTIVATION IN THE OLD AGE: REALIZATION OF ACTIVITIES AFTER RETIREMENT”

Florencia Agustina Díaz¹, Leandro Casari², Natalia Parlanti³ y Esteban Falcón⁴
Pontificia Universidad Católica Argentina. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Mendoza. Argentina.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”⁵
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 23 de Agosto de 2014

Aceptado: 15 de Abril de 2015

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue indagar qué motiva a un grupo de mujeres a participar en actividades, fuera del hogar, después de la jubilación, a través de la exploración de las necesidades que pretenden satisfacer al asistir a las mismas. Para cumplir este objetivo se administraron entrevistas semi-estructuradas ad hoc, a un grupo de siete mujeres jubiladas, de 60 a 70 años, que realizaban talleres recreativos en una institución de la ciudad de Mendoza, Argentina. Se concluyó que las mujeres pretenden satisfacer necesidades de amor, afecto, pertenencia, estima y autosatisfacción. La necesidad de autorrealización, a nivel del crecimiento y la búsqueda del propio potencial fueron las más destacadas. Se discute acerca de la importancia de brindar al adulto mayor espacios de desarrollo personal y social, de recreación y esparcimiento que ofrezcan la posibilidad de disfrutar de su vejez y satisfacer sus necesidades.

Palabras Clave: Envejecimiento Activo, Jubilación, Motivación, Necesidades.

¹ Correspondencia remitir a: florenciadiazveronelli@hotmail.com Lic. Florencia Agustina Díaz. Pontificia Universidad Católica Argentina. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Sede Mendoza. Argentina.

² Correspondencia remitir a: lmcasari@mendoza-conicet.gov.ar Lic. Leandro Casari. Pontificia Universidad Católica Argentina. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Sede Mendoza / CONICET CCT, Mendoza. Argentina.

³ Correspondencia remitir a: nataliaparlanti.psicologa@gmail.com Lic. Natalia Parlanti. Aulas para el Tiempo Libre. Mendoza, Argentina.

⁴ Correspondencia remitir a: estebanafalcon@gmail.com Lic. Esteban Falcón. Pontificia Universidad Católica Argentina. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Sede Mendoza. Argentina

⁵ Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com o norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Abstract

The objective of this research was to investigate what motivates a group of women to participate in activities outside home, after retirement, through the exploration of the needs they aim to satisfy by attending to these activities. To meet this, objective semi-structured ad hoc interview were administered to a group of seven retired women, from the ages of 60 to 70 years, who attended to recreational workshops in an institution of the city of Mendoza, Argentina. It was concluded that women pretend to satisfy needs of love, affection, belonging, esteem and self-satisfaction. The need for self-realization, level of growth and the pursuit of one's potential were the most prominent. It discusses the importance of providing to the elderly different spaces for personal and social development, recreation and leisure that offers a chance to enjoy its old age and satisfy their needs.

Keywords: Active Aging, Retirement, Motivation, Needs.

Tradicionalmente la vejez estaba relacionada con lo aburrido, con lo inútil, con la improductividad, con la enfermedad, el dolor, la soledad, con algo que debía ser ocultado, evitado o en el mejor de los casos, postergado. Como dice Casals (1982), el análisis de la historia demuestra que el anciano casi siempre ha sido despreciado, soportado y criticado. La vejez se relacionó con el declive de las fortalezas físicas y psicológicas y con el deterioro de rasgos y cualidades.

A partir de los cambios de paradigma en la ciencia psicológica, se han incrementado las investigaciones que resaltan los aspectos positivos del envejecimiento (Fernández Ballesteros, Moya Fresneda, Íñiguez Martínez & Zamarrón, 1999; Limón & Ortega, 2011), en detrimento de las que hacen hincapié en el deterioro y declive (Lombardo, 2013).

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012) la cantidad de personas mayores de 60 años se ha duplicado desde 1980 y se espera que se alcancen los 2000 millones para el año 2050. El motivo de este incremento radica en la disminución de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida.

El envejecimiento poblacional se considera un éxito para el campo de la salud pública y para el desarrollo socioeconómico, pero al mismo tiempo constituye un gran desafío para la sociedad que debe garantizar la mejora en el estado de salud, el bienestar bio-psico-social y la capacidad funcional de los adultos mayores y proporcionar ámbitos que promuevan la participación social y brinden seguridad.

En el año 1990, la OMS (2001, 17) definió al envejecimiento activo como “el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. El objetivo es extender la calidad, la productividad y esperanza de vida a edades avanzadas”. Este concepto no sólo hace referencia a mantenerse físicamente activo sino que añade la importancia de la participación en la vida social, económica, espiritual, cultural y cívica a través de actividades: recreativas, voluntarias o remuneradas, culturales y sociales, educativas, en la vida diaria y en la comunidad (OMS, 2001). La teoría de la actividad postula que una de las mejores formas de adaptación a la vejez es realizar actividades (Sánchez Salgado, 2010).

La recreación permitiría adaptarse a los cambios y pérdidas sociales que se producen en esta etapa de la vida.

Estado del conocimiento

La mayoría de las investigaciones encontradas acerca de la motivación de los adultos mayores, se orientan a la actividad física-deportiva (Lobo, 2009; Martín, Moscoso & Pedrajas, 2013) o a la continuación de un plan de estudios (Blasco, Martínez Mir, Sancho & Palmero Cantero, 2002) siendo pocas las centradas en la realización de talleres recreativos. Según el diccionario de la Real Academia Española (2001), la motivación es un ensayo mental preparatorio de una acción para animarse a ejecutarla con interés y diligencia. La definición ha sido la misma desde el año 1992. Huertas (1997) añade dos aspectos a esta definición: el primero expone que la motivación es un proceso psicológico que determina la planificación y la actuación de una persona. El segundo hace referencia a que la motivación se refiere exclusivamente al comportamiento voluntario, dirigido a un propósito o meta personal.

Maslow (1991) desarrolla en su teoría, una jerarquía de necesidades, visualizada en forma de pirámide, siendo el motor de la conducta la satisfacción de las mismas. En la base de la jerarquía se encuentran las necesidades o impulsos fisiológicos (como el hambre, la sed y el sexo). Una vez satisfechas estas necesidades, el organismo tenderá hacia otras más superiores. Si las necesidades o impulsos fisiológicos están relativamente satisfechos, surgen las necesidades de seguridad (seguridad, estabilidad, dependencia, protección, ausencia de miedo, ansiedad y caos, necesidad de estructura, de orden, de ley, de límites, de fuerte protección).

Si tanto las necesidades fisiológicas como las de seguridad se encuentran satisfechas surgen las necesidades de pertenencia, afecto y amor. La necesidad de amor supone recibir y dar afecto (Maslow, 1991).

La formación de grupos de crecimiento personal o asociaciones con determinado fin se relacionan con la necesidad de pertenencia (Maslow, 1991). Ascendiendo en la jerarquía, continúan las necesidades de estima, de autorrespeto o autoestima y de la estima en relación a otros. De esta manera, estas necesidades se dividen en dos (Maslow, 1991): en primer lugar, se encuentra el deseo de fuerza, logro, adecuación, competencia, adecuación en el mundo, independencia y libertad. En segundo lugar, el deseo de reputación, prestigio, status, fama, gloria, la dominación, el reconocimiento, la atención, la importancia, la dignidad y el aprecio. Finalmente, en la cúspide de la pirámide, se encuentran las necesidades de autorrealización. Se refiere al deseo de autosatisfacción, al deseo de la persona de hacer aquello que es en potencia. Incluye el crecimiento, alcanzar el propio potencial y la auto-satisfacción (Robbins, 1996). La conducta humana es multi-motivada. Toda conducta humana es motivada por varias o todas las necesidades básicas a la vez (Maslow, 1991). Los cinco tipos de necesidades se dividen en dos órdenes: por un lado, las necesidades de orden inferior, se satisfacen externamente, son las fisiológicas y de seguridad. Por otro lado, las necesidades de orden superior, se satisfacen internamente, son las de pertenencia, amor y afecto, de estima y de autorrealización. Deharbe Miranda y McCormick (2013) exponen que la búsqueda de compañía y afecto para salir de la soledad y depresión, la posibilidad de aprender algo nuevo y la oportunidad de desarrollar un talento o una habilidad, son motivos para buscar espacios de recreación en la vejez.

Estos espacios permiten a los adultos mayores expresar ideas, ampliar sus pensamientos, reforzar lo aprendido, adquirir nuevos aprendizajes y beneficiar la salud física y mental (Deharbe Miranda y Mc Cormick, 2013). Sánchez Pérez (2010) afirma que un buen estado de salud y un mantenimiento de la actividad a lo largo de la vida, se relaciona con mayores posibilidades de recreación y diversión en la vejez. A su vez, señala las necesidades de diversión, recreación y esparcimiento, buena alimentación y dieta adecuada, albergue adecuado, vivienda segura, limpia, ordenada, con agua y energía eléctrica, protección contra abusos físicos, verbales y/o sexuales, el amor, afecto y sentido de pertenencia, como necesidades propias de esta etapa.

Problema

El censo del año 2010 realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC] estableció que en Mendoza habitaban 174.622 adultos de 65 años o más, de los cuales 164.191 estaban jubilados. La jubilación tiene diferentes implicancias para las personas (Fernández Ballesteros et al., 1999). Aquellas que vivencian el trabajo como el área más importante de su vida, con el cese del mismo, surgen sentimientos de inutilidad y pérdida del prestigio social. No saben cómo emplear su tiempo antes ocupado por las responsabilidades laborales y comienzan los problemas familiares y sociales.

Por el contrario, otras personas perciben la jubilación como una nueva etapa llena de oportunidades. La nueva cantidad de tiempo, sin actividades laborales, les permite hacer todo aquello que anteriormente no pudieron realizar y comenzar a involucrarse en proyectos personales o comunitarios, con nuevos roles y relaciones (Fernández Ballesteros et al., 1999).

Prepararse para la jubilación implica la planificación de nuevas actividades para ocupar el tiempo (Madrid García & Garcés de los Fayos Ruiz, 2000), siendo los proyectos más elegidos por los adultos mayores los educativos, los sociales y los personales (Ciano & Gavilán, 2010). Los beneficios de realizar actividades, han sido destacados en múltiples investigaciones (Barrios Duarte, Borges Mojaiber & Cardoso Pérez, 2003; Carmona Valdés & Ribeiro Ferreira, 2010; Deharbe Miranda & Mc Cormick, 2013; De la Cruz-Sánchez, Moreno-Contreras, Pino-Ortega & Martínez-Santos, 2011; Monsalve Robayo, 2005; Moreno González, 2005; Sánchez Salgado, 2010), y son un indicador de la necesidad de promover el envejecimiento activo y exitoso. Los beneficios son percibidos por los adultos mayores a nivel físico, psicológico y social. Entre ellos se pueden enumerar: la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la mejora en el funcionamiento integral y calidad de vida, el incremento de bienestar y felicidad, la influencia positiva en la autoestima, autoconcepto y autoconfianza, la ampliación de la red social, entre muchos otros.

Es importante poder brindar al adulto mayor espacios de desarrollo personal y social, de recreación y esparcimiento que ofrezcan la posibilidad de disfrutar de su vejez y satisfacer sus necesidades.

La mayoría de las investigaciones acerca de la jubilación no consideran las necesidades individuales y concretas de cada persona (Madrid García & Garcés de los Fayos Ruiz, 2002), llevando a homogenizar a la población jubilada. Como consecuencia, los programas pre-jubilatorios o de preparación, no logran beneficiar al individuo, por no tener en cuenta sus intereses y motivaciones concretas.

Este trabajo se considera relevante, porque a partir del conocimiento de las necesidades que las mujeres entrevistadas pretenden satisfacer, se pueden orientar y desarrollar actividades, programas o talleres, que permitan gratificar sus necesidades y de este modo, adaptarse de manera más saludable a la jubilación y a su propio proceso de envejecimiento.

Objetivo

El objetivo del trabajo fue indagar qué motiva a un grupo de mujeres a participar en actividades, fuera del hogar, después de la jubilación, a través de la exploración de las necesidades que pretenden satisfacer al asistir a las mismas.

Método

Participantes

Se trabajó con siete mujeres, jubiladas, que asisten a una institución ubicada en la ciudad de Mendoza. La institución brinda un programa de educación no formal destinado a adultos de 35 años en adelante. Actualmente depende de la secretaría de extensión universitaria del rectorado de la Universidad de Cuyo. Los talleres son abonados por los asistentes y están orientados al arte, cultura general, desarrollo personal, diseño, informática, idiomas y artes escénicas. Sus edades oscilan entre los 60 y 70 años.

Instrumentos

Entrevista semi-estructurada ad hoc: el propósito de la misma consistió en indagar las motivaciones del grupo de mujeres para asistir a actividades extra hogar.

Para ello, se confeccionó una serie de preguntas en base a la lectura de material bibliográfico y se sometió a criterio inter jueces con 5 profesionales expertos, para juzgar la claridad y pertinencia de cada pregunta, evaluada de forma dicotómica: Sí - No. Se evaluó el grado de acuerdo, el cual resultó satisfactorio con más del 60 % en todos los casos, a excepción de una pregunta, la cual fue eliminada. A su vez, se incorporaron las sugerencias sobre la claridad de la redacción. Se realizó finalmente, una prueba piloto a dos personas con similares características a las participantes en estudio y se modificó el orden de las preguntas para lograr un mayor entendimiento en los sujetos.

Procedimiento

Se realizó un trabajo de investigación no experimental, transversal. El alcance del estudio fue descriptivo, con una metodología cualitativa.

Para llevar a cabo la investigación, en primer lugar, se solicitó autorización al director de la institución. Posteriormente, se presenciaron los diferentes talleres, a fin de conocer a las participantes. Esta primera inmersión en el campo permitió sensibilizarse con el ambiente, identificar a los informantes claves y verificar la factibilidad del estudio. Se solicitó autorización para entrevistar a las mujeres que asistían a los talleres. Las mismas se llevaron a cabo durante los meses de septiembre y octubre del año 2013.

Para el trabajo con los datos y su análisis, se escucharon las grabaciones y se transcribieron textualmente las entrevistas, con las mismas palabras relatadas por las mujeres.

Las entrevistas fueron leídas repetidamente, buscando los temas emergentes, interpretaciones, ideas relacionadas con los objetivos del trabajo y con el análisis operacional de las variables. Se confeccionaron categorías de análisis que fueron discutidas con evaluadores externos hasta obtener un consenso sobre la denominación y contenido de las mismas.

Resultados

Las entrevistadas, en su mayoría, cumplían funciones en el ámbito escolar, como docentes, directoras o supervisoras. Otras eran empleadas y sólo una trabajó como jueza. Es significativo que todas las mujeres hayan tenido una ocupación, porque se vincula con el planteo de Sánchez Pérez (2010) quién afirma que si

la persona se mantuvo activa durante su vida y posee un buen estado de salud, mayores serán sus posibilidades de recreación y diversión. Con respecto al tiempo transcurrido desde su jubilación, seis mujeres llevaban jubiladas de uno a cuatro años, siendo la restante, la única mujer que llevaba menos de un año de jubilada. En relación a este dato, tres de ellas comenzaron los talleres pasado el año de su jubilación, mientras que las otras tres esperaron menos de un año, y una, incluso, comenzó antes de su retiro laboral. Los talleres que realizan son: memoria, taller de la mujer, idiomas, literatura. Al mismo tiempo, algunas ocupan su tiempo con otras actividades extra hogar fuera de la institución. Se partió de la clasificación de necesidades propuestas por Maslow, teniendo en cuenta sólo las necesidades de orden superior:

Tabla 1.

Necesidades de pertenencia, afecto y amor

Categoría	Sub-categoría	Observables
PERTENENCIA AFECTO Y AMOR	AMOR-AFECTO	“Empecé a extrañar, tanto las relaciones sociales como el trabajo”
	PERTENENCIA	“Se ha formado un grupo muy lindo, donde está también lo social, porque nos juntamos muchísimo (...) además ya te digo con las chicas...eh... tenemos mucha vida social nos juntamos afuera de acá, compartimos muchas cosas”. “Es importantísimo encontrar un lugar donde tenés gente de tu misma edad, que vive las mismas cosas que vos, que siente lo mismo, este...donde nos juntamos, afuera de acá, empezar a formar grupos con gente que está en tu misma situación”.

Tabla 2.

Necesidades de estima

Categoría	Sub-categoría	Observables
ESTIMA	LOGRO	“Y, el hecho de comprobar que uno tiene capacidad para seguir haciendo cosas, que podés ponerte un desafío, una meta y vas a poder seguir, de poder hacer un ejercicio y pensarlo hasta que encontrás la solución es muy estimulante”
	ADECUACIÓN - ADECUACIÓN EN EL MUNDO	“El hecho de estar descolocada con otra gente, el hecho de querer seguir pegada a una realidad que ya no es la tuya, ya no te pertenece estás fuera del sistema (...), hasta que empezás a darte cuenta de donde estás parada, empezás a darte cuenta que tenés que buscar otras posibilidades”
	COMPETENCIA	“Em...eso de descubrir que todavía mi cerebro puede, puede estar bien activo”
	INDEPENDENCIA	“Uno tiene que plantearse en el momento en que necesita, necesita dejar de depender de un reloj y de la demanda diaria de levantarse 5.30 de la mañana, vestite, arréglate, y andate...no... Cuando uno se cansó de eso, inmediatamente sabe que tiene otro proceso en la vida y que hay que prepararse para ese cambio. Entonces ahí te das cuenta que tenés que seguir produciendo motivaciones internas y externas”. “En realidad yo le tengo mucho miedo al paso del tiempo en este sentido, en que me acobarde, y el hecho de que en un futuro uno vaya perdiendo habilidades no solo física, sino mentales, psíquicas, es decir, me gustaría mantenerme lúcida por mucho tiempo (...) me encantaría no llegar a ser una carga para todos”.

Tabla 3.*Necesidades de autorrealización*

Categoría	Sub-categoría	Observables
AUTO- RREALIZACIÓN	BÚSQUEDA	“Yo comencé porque no quería quedarme”
	DEL PROPIO	“Y aprender también, aprender cosas nuevas que me gusta”
	POTENCIAL- CRECIMIENTO	“Me interesaba uno de trabajo intelectual (...) a nivel personal no quería frenar” “Seguir aprendiendo”
AUTO- SATISFACCIÓN	BÚSQUEDA	“O sea yo quiero ser una vieja feliz”.
	SATISFACCIÓN	“Trato de hacer estas cosas para que el tiempo que tenga que estar pasarlo bien” “Pero en lo personal lo hago por mí, para sentirme bien” “Y, voy a vivir esto con lo que me da felicidad, y que es hacer cosas que te hacen bien (...) después te das cuenta que lo buscás es algo que te de placer. Que es un poco eso, la jubilación es eso recrearse, recrearse y hacer cosas que te hagan feliz, dentro de tu edad, porque ya no te querés levantar temprano, fueron muchos años de levantarse temprano”.

Discusión

Se corroboró a partir de lo relatado por las mujeres entrevistadas que la conducta humana es multi-motivada. Como decía Maslow (1991) todo comportamiento humano es motivado por varias o todas las necesidades básicas a la vez. Todas las mujeres pretendían satisfacer más de una necesidad al asistir a los talleres.

Se podría pensar que existe una relación entre las necesidades que las mujeres buscan satisfacer y los beneficios de participar en actividades, destacadas en múltiples investigaciones previas.

El amor, el dar y recibir afecto, el sentido de pertenencia y la compañía son necesidades propias del adulto mayor y motivos para buscar espacios de recreación (Deharbe Miranda & Mc Cormick, 2013; Sánchez Pérez, 2010).

El recibir afecto y la búsqueda del sentido de pertenencia, fueron necesidades comentadas por algunas de las mujeres.

Participar en actividades permite al adulto mayor establecer relaciones interpersonales y conocer nuevas personas (Carmona Valdés & Ribeiro Ferreira, 2010; Monsalve Robayo, 2005; Sánchez Salgado, 2010).

Al mismo tiempo, las actividades contribuyen con el mantenimiento de una autoestima sana, del autoconcepto pese a los cambios y favorecen la autoconfianza (Sánchez Salgado, 2010).

Las mujeres jubiladas hicieron hincapié en la búsqueda de satisfacción de sus necesidades de estima a nivel interno. Algunas de las participantes, subrayaban su necesidad de plantearse desafíos y demostrarse a sí mismas que poseían la capacidad para resolverlos, al buscar satisfacer sus necesidades de logro y competencia. Otra de ellas, destacaba su necesidad de adecuarse a un mundo cambiante, con características nuevas por asimilar.

La participación en actividades disminuye los sentimientos de inutilidad y aumentan los de productividad y de logro (Sánchez Salgado, 2010), al mantener ciertos niveles de competencia y aptitud (Carmona Valdés & Ribeiro Ferreira, 2010).

Es importante mencionar que si bien las necesidades pueden ser las mismas, su origen puede ser diverso. Una de las participantes señalaba su necesidad de independencia respecto al tiempo y las obligaciones, en cambio otra, destacaba su necesidad de independencia respecto de otras personas.

En la cúspide de la pirámide de la teoría de Maslow, se encuentran las necesidades de autorrealización. La búsqueda de alcanzar el propio potencial y el crecimiento personal fueron destacados por todas las mujeres, en diferentes momentos de las entrevistas.

Las necesidades de aprender algo nuevo y la oportunidad de desarrollar un talento o habilidad motiva a los adultos mayores a realizar actividades y a buscar espacios de recreación (Deharbe Miranda & Mc Cormick, 2013). Las participantes narraban su necesidad de aprender, adquirir nuevos conocimientos y estimular su funcionamiento cognitivo.

Finalmente, la autosatisfacción también era una necesidad que las motivaba. Las mujeres recalcan su deseo de ser felices, de encontrar bienestar y satisfacción.

Las actividades sociales incrementan la felicidad, la percepción de bienestar y la satisfacción en los adultos mayores (Carmona Valdés & Ribeiro Ferreira, 2010; Moreno González, 2005; Sánchez Salgado, 2010).

Los beneficios de participar en actividades en la vejez definidos en otros trabajos, demuestran que las necesidades pueden ser satisfechas en los espacios de recreación destinados a adultos mayores.

Es por tanto, que se considera la importancia de brindar al adulto mayor jubilado espacios de desarrollo personal y social, de recreación y esparcimiento que ofrezcan la posibilidad de disfrutar de su vejez. No obstante, se cree que estos espacios o lugares darán fruto en tanto se tengan en cuenta las motivaciones, necesidades e intereses concretos de los asistentes y su heterogeneidad.

Sugerencias y proyecciones

Alejándonos del objetivo de trabajo, surgió a lo largo de las entrevistas, un dato que se consideró necesario resaltar. Muchas de las mujeres comentaron de manera espontánea, sus dificultades para adaptarse a la jubilación y sus miedos ante la misma.

Algunas de ellas decidieron como forma de afrontamiento, prepararse para la jubilación con ayuda de profesionales o anticipando y planificando sus futuras actividades. Teniendo en cuenta sus experiencias, se destaca la importancia de los programas pre-jubilatorios y se propone la iniciativa de estudiar esta temática en futuras investigaciones.

Los resultados de la investigación se propagaron a la sociedad a través de un proyecto denominado “Talleres de entrenamiento cognitivo”, destinado a adultos mayores. Se llevará a cabo en un centro de psicoterapias, ubicado en el departamento de Godoy Cruz, Mendoza. El objetivo principal del mismo es optimizar las capacidades cognitivas a través de actividades estimulantes, divertidas y distendidas, que permitan a los participantes disfrutar de un buen momento y ampliar su red social, al mismo tiempo que aprenden y mejoran su funcionamiento cognitivo.

Se cree que la mayor fortaleza de la presente investigación es ser un aporte más a todos los trabajos que pretenden hacer hincapié en el envejecimiento exitoso y activo, como también en los aspectos positivos de la vejez, la responsabilidad para envejecer saludablemente y mejorar la calidad de vida.

Referencias

- Barrios Duarte, R.; Borges Mojaiber, R. y Cardoso Pérez, L. C. (marzo-abril, 2003). Beneficios percibidos por los adultos mayores incorporados al ejercicio. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19 (2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252003000200007&script=sci_arttext
- Blasco, M. J.; Martínez Mir, R.; Sancho, C. y Palmero Cantero, F. (2002). Análisis de la motivación para el estudio en adultos mayores. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 10 (5). Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1024679>
- Carmona Valdés, S. E. y Ribeiro Ferreira, M. (julio-septiembre, 2010). Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento. *Papeles de Población*, 65 (16), 163 – 185. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000300006
- Casals, I. (1982). *Sociología de la ancianidad en España*. Madrid: Mezquita, Editorial S.A.
- Ciano, N. y Gavilán, M. (enero-diciembre, 2010). Elaboración de proyectos en adultos mayores: aportes de la orientación. *Orientación y Sociedad*, 10, 1 – 20. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/orisoc/v10/v10a04.pdf>

- De la Cruz-Sánchez, E.; Moreno-Contreras, M. I.; Pino-Ortega, J. y Martínez-Santos, R. (enero, febrero, 2011). Actividad física durante el tiempo libre y su relación con algunos indicadores de salud mental en España. *Salud Mental*, 34 (1), 45 - 52. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000100006
- Deharbe Miranda, M. E. y Mc Cormick, M. G. (2013). *Motivaciones en la búsqueda de recreación en la vejez*. (Tesis de Licenciatura en Psicopedagogía). Universidad Católica Argentina, Facultad Teresa de Ávila. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=tesis&d=motivaciones-busqueda-recreacion>
- Fernández Ballesteros, R.; Moya Fresneda, R.; Íñiguez Martínez, J. y Zamarrón, M. D. (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva, S. L.
- Huertas, J. A. (1997). *Motivación. Querer aprender*. Buenos aires: Aique.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). (2010). *Censo Nacional de Población*. Buenos Aires. Recuperado de: http://www.censo2010.indec.gov.ar/index_cuadros.asp
- Limón, M. R. y Ortega, M. C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, 6 (1), 225 - 238. Recuperado de <http://www.revistadepsicologiayeducacion.es/index.php/descargasj/viewcategory/25.html>
- Lobo, A. (2009). Motivation para la actividad física e su relation con la calidad de vida. *Revista Brasileira de Geriatria y Gerontología*, 12 (3), 405 – 415. Recuperado de http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/148.pdf
- Lombardo, E. (2013). Psicología positiva y psicología de la vejez. Intersecciones teóricas. *Revista Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 13, 47 – 60. Recuperado de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/investigacion-y-publicaciones/revista-psicodebate/revista-psicodebate-13.html>
- Madrid García, A. J. y Garcés de los Fayos Ruiz, E. J. (2002). La preparación para la jubilación: Revisión de los factores psicológicos y sociales que inciden en un mejor ajuste emocional al final del desempeño laboral. *Anales de Psicología*, 16 (1), 87 – 89. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v16/v16_1/09-99_05garcesJub.PDF
- Martín, M.; Moscoso, D. y Pedrajas, N. (2013). Diferencia de género en las motivaciones para practicar actividades físico-deportivas en la vejez. *Revista internacional de medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 49 (13), 121 - 129. Recuperado de <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista49/artdiferencias350.pdf>
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad* (3ª. Ed.). Madrid: Ediciones Diaz de Santos S.A.

- Monsalve Robayo, A. M. (noviembre, 2005). El Uso productivo del Tiempo Libre vivenciado desde la Animación Sociocultural con personas mayores. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 5. doi: 10.5354/0717-5346.2005.101
- Moreno González, A. (diciembre, 2005). Incidencia de la Actividad Física en el adulto mayor. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 19 (5), 22 - 237. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1375618>
- Organización Mundial de la Salud. (2001) *Health and Ageing. A discussion paper. Departamento de promoción de salud y prevención y vigilancia de enfermedades no transmisibles*. Suiza. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_HPS_01.1.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (abril, 2012). *Diez datos sobre el envejecimiento de la población*. Recuperado el 19 de marzo del 2014 de: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22ª Ed.). [Versión electrónica]. Madrid. Recuperado el 4 de marzo del 2014 de: <http://lema.rae.es/>
- Robbins, S. P. (1996). *Comportamiento organizacional. Teoría y práctica*. México: Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana, S. A.
- Sánchez Pérez, A. (2010). *Recreación gerontológica: respuesta a las necesidades recreativas de las personas de la tercera edad* (Tesis de Maestría en Artes de la Educación con Especialidad en Administración de Servicios Recreativos y Deportivos). Universidad Metropolitana. Recuperado de: http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/UMTESIS/Tesis_Educacion/Enns_Educ_Fisica/ASanchezPerez5152010.pdf
- Sánchez Salgado, C. D. (2010). *Gerontología Social*. Buenos Aires: Editorial Espacio.

“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y BIENESTAR SUBJETIVO EN EMBARAZADAS TARDÍAS Y ADULTAS JÓVENES”

“SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE AND SUBJECTIVE WELL-BEING OF
LATE AGE PREGNANT WOMEN AND YOUNG ADULTS PREGNANT
WOMEN”

“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E BEM-ESTAR SUBJETIVO EM GESTANTES
TARDIAS E ADULTAS JOVENS”

Investigador Titular: Welyton Paraíba da Silva Sousa¹

Investigador Auxiliares: Maria Aurelina Machado de Oliveira y Eulália Maria Chaves
Maia.

Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”²
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 27 de Octubre de 2014

Aceptado: 30 de Abril de 2015

Resumen

Investigación transversal descriptiva y analítica con 160 mujeres embarazadas que fueron divididas en dos grupos según la edad, un grupo con 35 o más (tardías) y otro de 20-34 años (adultas jóvenes). Los objetivos fueron: caracterizar de forma sociodemográfica las gestantes pesquisadas y evaluar los indicadores de bienestar subjetivo (BS). Los resultados son presentados en forma de estadísticas descriptivas e inferenciales, conforme el tipo de datos. En general, las informaciones sociodemográficas fueron semejantes en los grupos, la variable número de embarazos anteriores y el tipo de anticonceptivo fueron mayor en las tardías. Las medias del bienestar subjetivo tuvieron valores próximos y las análisis de comparación no indicaron diferencias entre los grupos. La relevancia de esta investigación consiste en mostrar que en mujeres embarazadas con edad avanzada los datos estudiados fueron similares al de las adultas jóvenes.

Palabras Clave: Bienestar Subjetivo, Embarazo, Perfil.

¹ Correspondencia remitir a: welytonpa@yahoo.com.br Welyton Paraíba da Silva Sousa. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil.

² Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com, norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Abstract

Cross-sectional descriptive and analytic research with 160 pregnant women who were divided equally into two groups based on age, one group with 35 or more (late age pregnant women) and another 20-34 years (young adults). The objectives were: to characterize sociodemographic pregnant surveyed and assess the indicators of subjective well-being (SWB). The results are presented in the form of descriptive and inferential statistics, considering the type of data. Overall, the sociodemographic informations of the groups were similar, the variable number of previous pregnancies and type of birth control were higher in the older group. The averages of subjective well-being were close and the analysis comparing the results do not indicate significant differences between the groups. The relevance of this research consistis in showing that the pregnant women at the advanced age surveyed data were similar to the group of young adults.

Keywords: Subjective Well-being, Pregnancy, Profile.

Resumo

Pesquisa de corte transversal descritivo e analítico com 160 grávidas que foram divididas equitativamente em dois grupos com base a faixa etária, um grupo com 35 anos ou mais (tardias) e outro de 20-34 anos (adultas jovens). Os objetivos foram: caracterizar sociodemograficamente as gestantes pesquisadas e avaliar os indicadores do bem-estar subjetivo (BES). Os resultados são apresentados na forma de estatísticas descritivas e inferenciais, considerando a tipologia dos dados. De forma geral, as informações sociodemográficas nos grupos apresentaram semelhanças, a variável número de gestações anteriores e tipo de anticoncepcional foram maiores nas tardias. As médias do bem-estar subjetivo foram próximas e as análises de comparação dos resultados intergrupos não sinalizaram diferenças. A relevância dessa pesquisa reside em demonstrar que nas gestantes tardias pesquisadas os dados estudados foram semelhantes ao grupo das adultas jovens.

Palavras-Chave: Bem-estar Subjetivo, Gravidez; Perfil.

A gravidez, com base em uma perspectiva biológica, é um evento natural na vida da mulher, mas com valor especial, já que se desenvolve em um contexto social e cultural que influencia e prescreve a sua evolução e a sua ocorrência. Assim, a vivência da gravidez somada às razões e os motivos para cada experiência é permeada pelos valores e crenças adquiridos socialmente (Maldonado, 1997).

No entanto, a gestação é um evento complexo com mudanças físicas, fisiológicas e emocionais na vida da mulher e que interfere também no cotidiano de toda a família. Dessa maneira, é importante que na assistência prestada a esse público seja assegurado à atenção aos cuidados físicos e emocionais bem como a qualidade das informações oferecidas (Carvalho, Tonete, & Parada, 2010).

Atualmente as gestações a partir dos 35 anos são denominadas gestações tardias, segundo definição do Conselho da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia elaborada em 1958 (Andrade et al., 2004). O panorama atual evidencia que muitas mulheres estão protelando sua gestação para a quarta ou quinta década para priorizar sua carreira, objetivando estabilidade financeira e parceiro estável, além das influências das políticas ao efetivo controle de natalidade, ao casamento adiado e às taxas aumentadas de divórcios seguidos de novas uniões (Andrade et al., 2004; Santos, Martins, Sousa, & Batalha, 2009).

De fato, a idade materna é um dos fatores considerados como condição de risco sempre que a gestação ocorre fora da faixa etária considerada como ideal para a reprodução (fase de adultas jovens), ou seja, nos extremos da vida reprodutiva (gestações precoces e tardias). Assim as publicações tanto na área médica como da saúde ratificam que a gestação em mulheres com 35 anos ou mais está associada a risco aumentado para complicações maternas (obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia e miomas); fetais e do recém-nascido, como anormalidades cromossômicas e abortamentos espontâneos, baixo peso ao nascer, internação em UTI e óbito neonatal (Santos et al., 2009; Fernández, 2008; Yogev et al., 2010).

Com a proposta de não focar os aspectos adversos da gravidez tardia, neste estudo optou-se por avaliar o bem-estar subjetivo (BES), conhecido como uma avaliação subjetiva que inclui medidas positivas, ou seja, não se trata somente de ausência de fatores negativos, contempla uma avaliação globalizada dos vários aspectos da vida de uma pessoa (Diener, 1994).

Geralmente é estudado com base em duas dimensões, uma afetiva (afetos positivos e negativos) e outra cognitiva representada pela satisfação com a vida, caracterizadas adiante no intuito de compreender tal fenômeno.

A dimensão afetiva é representada pelos afetos positivos compreendem os estados de ânimo considerados positivos, tais como contentamento, alegria, prazer, otimismo, serenidade, esperança e encantamento. E também pelos afetos negativos que abarcam os sentimentos negativos, exemplificados por pessimismo, desinteresse, apatia, raiva, desesperança, medo, repulsa, tristeza e desgosto, ambos os tipos de afetos constituem sentimentos transitórios (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

A outra dimensão é a cognitiva, que corresponde à satisfação com a vida e domínios específicos. É caracterizada pelo que a pessoa pensa sobre sua própria vida (presente, passado e futuro), aspecto que considera o quanto o sujeito acredita já ter alcançado frente aos seus objetivos pessoais, logo pode ser compreendida como a avaliação global de uma pessoa sobre sua vida (Guedea et al., 2006). Ressalta-se que a avaliação das mães acerca de suas vidas (bem-estar subjetivo) é influenciada por elementos sócio-históricos, psicológicos, emocionais e estruturais (Lima, Saldanha & Oliveira, 2009).

Portanto, observa-se que o perfil social da mulher está mudando, e por vários motivos muitas mulheres têm escolhido ter filhos mais tarde, fora da faixa etária considerada como ideal para a gestação. Essa realidade em ascensão aumenta ainda mais a responsabilidade dos profissionais de saúde, como por exemplo, entender o significado deste fenômeno para a mulher e suas prováveis repercussões na gestação.

A partir dessas colocações, ressalta-se que o objetivo geral foi avaliar o bem-estar subjetivo em gestantes tardias e adultas jovens, sendo os objetivos específicos: caracterizar sociodemograficamente as gestantes pesquisadas e avaliar os indicadores (afetos positivos, negativos e satisfação com a vida) do bem-estar subjetivo.

Método

Consistiu em um estudo de corte transversal descritivo e correlacional com gestantes de 20-45 anos. As participantes foram gestantes que estavam realizando pré-natal em Unidades ou Centros de Saúde da cidade de Natal (RN).

Participantes

Participaram 160 grávidas, sendo essa quantidade dividida em 2 grupos de 80 participantes: gestantes com idade de 35 anos ou mais (gestantes tardias) e de 20-34 anos (gestantes adultas jovens).

O número de participantes foi calculado tendo por base um estudo (Guedea et al., 2006) que utilizou a escala usada nesta pesquisa, ao ser estabelecida a quantidade total com o auxílio do software GraphPad Statmate versão 1.01i, calculou-se a porcentagem por distritos sanitários baseada no número de nascidos vivos por idade da mãe (com 35 anos ou mais) residentes em Natal no ano de 2007, dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Assim participaram da pesquisa: 26 no distrito Norte, 23 no Oeste, 18 no Sul, e 13 no Leste, dados por grupos (tardias e adultas jovens). Os critérios de inclusão consistiram em ter idade de no mínimo 20 anos, realizar o pré-natal em unidades de saúde.

Como o critério de exclusão foi estabelecido a condição de gravidez de alto risco, por supor agravo nesse quadro com a participação no estudo. Também foram excluídas grávidas com histórico de doenças psiquiátricas por esta ser recomendação para a aplicação da escala utilizada.

Instrumentos e Materiais

No que concerne aos instrumentos utilizou-se um questionário sociodemográfico com dados sobre idade, naturalidade, estado civil, religião, escolaridade, profissão, renda pessoal, período gestacional, número de gestações anteriores, uso e tipo de anticoncepcional e existência de aborto. Ainda aplicou-se a Escala de Bem-estar Subjetivo (EBES), validada para o contexto brasileiro com bons indícios de validade (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

A EBES é composta por 63 itens com respostas em escala Linkert, divididos em duas subescalas: 1ª contempla os afetos positivos e negativos são 47 itens; a 2ª os itens são distribuídos em 15 sentenças que se referem à satisfação com a vida.

Procedimentos

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte com protocolo 105/10, CAAE 0120.0.051. 000-10 e parecer 235/2010.

Após aprovação da pesquisa, o pesquisador responsável visitou as unidades de saúde nas quais a listagem SIS-PRENATAL indicou maior incidência de gestantes tardias.

A par dessas informações o pesquisador e colaboradores da pesquisa se dirigiram às unidades no dia da realização da consulta pré-natal para contatar os sujeitos. Quanto à aplicação dos instrumentos, a maioria das participantes respondeu na forma de entrevista, na qual o pesquisador/colaborador(a) perguntava os itens e a gestante indicava a resposta. A média de tempo para responder aos instrumentos foi 10 minutos.

Os dados foram catalogados no software Statistical Package for the Social Science (SPSS 18.00), para realizar estatísticas descritivas e testes de associação. A correção da escala foi feita baseada nas recomendações dos autores.

Dessa forma foram realizadas estatísticas descritivas para caracterizar os aspectos sociodemográficos, gestacionais e o bem-estar subjetivo, bem como para verificar a normalidade da amostra. No mais, os dados não apresentaram uma distribuição normal, o que justifica a não utilização de testes paramétricos.

Para observar as diferenças entre grupos, utilizou-se o teste qui-quadrado com as variáveis sociodemográficas. O teste U-Mann-Whitney e o teste de Wilcoxon para comparar médias do BES entre os grupos. Com o intuito de investigar a relação entre os indicadores do BES (afetos positivos, afetos negativos e satisfação com a vida) e as variáveis idade, escolaridade e renda utilizou-se o teste de correlação Pearson. Em todas essas análises adotou-se o intervalo de confiança de 95%, nível de 5% para o erro alfa, assim a hipótese nula foi rejeitada quando $p < .05$.

Resultados

A média de idade das gestantes tardias foi de 36,99 anos ($DP \pm 2,24$), enquanto das gestantes adultas jovens foi 26,78 ($DP \pm 4,27$). Em relação à naturalidade, tanto para tardias como para as adultas jovens, a maior porcentagem respondeu ser oriundas do Rio Grande do Norte, sendo respectivamente 87,5% e 91,2%.

Predominou a religião católica em ambos os grupos, sendo 66,2% tardias, e 58,7% das adultas jovens. As informações recolhidas em relação ao estado civil demonstraram que 51,2% conviviam em união consensual e 35% eram casadas no grupo das tardias. Tais dados para o grupo das adultas jovens foram respectivamente 56,2% e 28,7%.

Os dados obtidos sobre a escolaridade para grupo das tardias 67,5% concluíram o ensino Médio e 24% estudaram até o Ensino Fundamental. Nas adultas jovens, 56,2% concluíram o Ensino Médio e 28,7% informaram estudar até o Ensino Fundamental. A profissão Do lar foi a mais citada em ambos os grupos. No grupo das tardias a porcentagem foi 31,2%, enquanto 11,2% eram empregadas domésticas, os mesmos dados em sequência para gestantes adultas jovens foram 42,5% e 5%. Das tardias 36,4% não possuíam nenhuma renda (adultas jovens 54,5%) e 25% afirmaram receber um salário mínimo (adultas jovens 11,2%). Ainda se realizou a análise com o teste qui-quadrado, com todas as variáveis anteriormente citadas, para comparar os valores obtidos entre os grupos pesquisados, estes porém não apresentaram valor de p significativo, o que indica não haver diferenças entre os grupos pesquisados nesses aspectos.

As médias de semanas gestacionais para tardias foram 23,23 semanas (DP $\pm 9,01$) e para as adultas jovens, 22,21 semanas (DP $\pm 9,57$).

Para saber se haveria relação entre os grupos se usou o teste t ($t=.666$; $p=.507$). Os dados acerca do número de gestações anteriores, 86,4% das tardias eram múltiparas, destas, 34,1% tiveram duas gestações anteriores. Do grupo das adultas jovens, 68,2% eram múltiparas, com 38,6% com uma gestação anterior.

Em relação à existência e tipo de aborto, das tardias 37,5% informaram ter abortado, deste percentual, em 36,5% das gestantes o tipo de aborto foi espontâneo; nas gestantes adultas jovens, em 21,2% houve a interrupção de gravidez, sendo 17,5% espontaneamente. Ainda com relação aos tipos de aborto, realizou-se o teste qui-quadrado ($X^2=2.85$; $p=.091$).

Com o teste U-Mann-Whitney executou-se análises com as variáveis número de gestações anteriores ($U=1163$; $p<.001$) e número de abortos ($U=218.50$; $p=.419$).

Os resultados sobre o uso de método contraceptivo, as tardias demonstraram que 63,7% utilizavam algum método contraceptivo e nas adultas jovens 73,7%. O tipo de anticoncepcional mais usado nas tardias foi o tipo oral (64,7%). Nas adultas jovens a maioria usava o tipo oral (56,7%). Os valores do teste qui-quadrado para o uso de anticoncepcional ($X^2=1.86$ – $p=.172$) e para o tipo ($X^2=10.26$; $p=.016$). Sobre as informações do Bem-estar Subjetivo (BES) os valores são apresentados na forma de média na Tabela 1, sendo que de forma geral em ambos os grupos os valores dos indicadores apresentaram valores médios. Utilizou-se o teste de Wilcoxon para comparar os valores obtidos entre os grupos (Tabela 1) que não indicaram associação estatística.

Tabela 1.

Afetos positivos, negativos e satisfação com a vida em grávidas tardias e adultas jovens

Grupo de Estudo	Bem-estar subjetivo			Wilcoxon ⁽¹⁾	p
	Média	Desvio Padrão			
Grávidas tardias	(n=80)				
- Afetos positivos		68.98	13.50	1245	.07
- Afetos negativos		53.58	20.08	1346	.09
- Satisfação com a vida		47.54	4.54	1448	.48
Grávidas adultas jovens	(n=80)				
- Afetos positivos		66.15	14.66		
- Afetos negativos		56.96	17.77		
- Satisfação com a vida		47.48	4.68		

(1) Valores da comparação entre os grupos tardias e adultas jovens

Na Tabela 2 constam os dados referentes às correlações entre os indicadores do bem-estar subjetivo (afetos positivos, afetos negativos e satisfação com a vida) com as variáveis idade, escolaridade e renda nos grupos estudados. Apenas a relação entre satisfação com a

vida e escolaridade no grupo das tardias apresentou valor de p significativo, indicando uma correlação negativa fraca. As demais relações entre as variáveis não apresentaram valor estatisticamente significativo, conforme se observa no item que consta o valor de p .

Tabela 2.

Coefficiente de Correlação de Pearson entre os parâmetros idade, escolaridade e renda pessoal com os afetos positivos, negativos e satisfação com a vida entre gestantes tardias e adultas jovens

Parâmetro	n	R	t	p
Afetos Positivos	(n=160)			
-Idade		-.078	-.988	.325
-Escolaridade		.102	1.294	.197
- Renda Pessoal		.071	.899	.370
Afetos Negativos	(n=160)			
-Idade		-.094	-1.186	.237
-Escolaridade		-.104	-1.324	.187
- Renda Pessoal		.102	1.295	.197
Satisfação com a Vida	(n=160)			
-Idade		.042	.533	.594
-Escolaridade		-.230	-.970	.003**
- Renda Pessoal		-.015	-.200	.841

**valor muito significativo de $p < .01$.

Discussão

Sobre a média da idade das gestantes em ambos os grupos, observa-se que as informações estão condizentes com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do censo 2010, no qual no ano 2010 a fecundidade total dos grupos de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos de idade diminuiu e para os grupos de idade acima de 30 anos houve um incremento de 27,6% em 2000 para 31,3% em 2010, observa-se um aumento de participação.

Sobre a naturalidade das gestantes, mais de 80% de ambos os grupos eram originárias do próprio estado, este é um índice considerável em termos de recursos destinados à saúde, o que indica que os investimentos nesse setor estão sendo usufruídos pelo público local. O fato da maioria das gestantes nos dois grupos ser católica também está de acordo com os dados da população brasileira na qual a predominância é da religião católica, conforme dados do IBGE (2011).

Os índices maiores encontrados para o estado civil foram para união consensual em ambos os grupos de gestantes, o que está coerente com os dados do IBGE (2011), que asseguram que no Brasil houve um aumento expressivo das uniões consensuais (de 28,6% para 36,4% do total) e uma consequente redução dos casamentos, com destaque para a modalidade civil e religioso (de 49,4% em 2000 para 42,9% em 2010).

Embora a percentagem referente à conclusão do Ensino Médio das jovens tenha sido um pouco maior que das tardias, os índices ainda são considerados baixos e estes podem constituir um agravante à saúde desse público (Teixeira, Rocha, Moraes, Marques, & Villar, 2010). Pois a escolaridade está diretamente associada à saúde da mãe e do bebê (Ministério da Saúde, 2004), sendo a baixa escolaridade associada a um menor número de consultas pré-natais. Os informes sobre renda estão em harmonia com os dados do censo de 2010 no qual a média nacional de rendimento domiciliar *per capita* foi R\$668 em 2010, sendo que 25% da população recebiam até R\$ 188 e metade dos brasileiros recebia até R\$ 375, valor inferior ao salário mínimo do respectivo ano (R\$ 510). Somado a tal fato, ainda há as diferenças de rendimento entre homens e mulheres, pois o valor recebido por eles, em média, fora 47% a mais que elas (R\$ 956 contra R\$ 650).

A porcentagem de mulheres economicamente ativas que estão sem nenhuma ocupação nos anos de 2010 e 2011 é de, respectivamente, 54,1 % e 53,7%. Nesta pesquisa, a profissão Do lar foi a mais citada em ambos os grupos e a de empregada doméstica a segunda. Ao analisar a renda e profissão das gestantes é necessário considerar que esses dados foram coletados em postos de saúde da rede pública.

Esses números contradizem os estudos que propõem o adiamento da gestação devido à busca de maior estabilidade financeira, investimento na carreira profissional e outros fatores que explicam o envelhecimento da gravidez (Andrade et al., 2004, Santos et al., 2009).

Sobre os resultados do teste qui-quadrado a respeito de todas as variáveis anteriormente citadas, no intuito de comparar a distribuição intergrupos, não apresentaram índices significativos, logo estatisticamente não houve diferenças quanto a esses aspectos nos grupos pesquisados.

As médias de semana gestacional nos grupos foram próximas, inclusive com desvio padrão parecido, essa homogeneidade conforme Dorla Filho (1999) pode se refletir na semelhança dos momentos vivenciados em ambos os grupos para o período gestacional. Com essas variáveis fez-se análises com o teste t que não apresentou valor estatisticamente significativo, logo não existiram diferenças nas médias gestacionais das participantes. Nesse sentido, o desenvolvimento fetal, assim como demais características biológicas e psicológicas da mãe podem estar sendo vivenciadas de forma semelhante nos grupos.

Na quantidade de gestações anteriores, para ambos os grupos, a maioria das gestantes eram multíparas com prevalência de 1 (uma) gestação anterior. Esses índices estão em conformidade com o número médio de filhos nascidos vivos por mulher ao final de seu período fértil que, no Brasil, foi de 1,86 filhos em 2010. Esse declínio dos níveis de fecundidade ocorreu em todas as grandes regiões brasileiras, conforme dados do IBGE (2011).

Observou-se uma diferença significativa entre os grupos pesquisados através do teste U-Mann-Whitney (com $p < .05$), no qual o grupo das tardias apresentou maior número de gestações anteriores que o das adultas jovens. Fato corroborado pela literatura, sendo reflexo do perfil social, no qual gestantes com padrão socioeconômico mais baixo tendem a apresentar maior número de gestações e partos no Brasil conforme o aumento da idade materna (Gomes et al., 2011).

Sobre as porcentagens de aborto encontradas, os índices encontrados retratam uma realidade que precisa ser considerada, pois embora haja uma subnotificação de casos de aborto no Brasil, estudos em capitais brasileiras salientaram que o aborto representava a terceira causa de morte materna, além de constituir um problema de saúde pública (Laurenti, Jorge, & Gotlieb, 2004; Correia, Monteiro, Cavalcante, & Maia, 2011).

O tipo mais citado foi o espontâneo com valores maiores nas gestantes tardias. Sobre o fato de no Brasil o aborto ser maior em mulheres com 35 anos ou mais, uma das possíveis explicações é que elas declaram mais a existência do fenômeno que adolescentes, e também a questão de ser um evento que ocorre ao longo da vida, logo o aumento da idade significa uma maior exposição seja ao aborto como à gravidez (Cecatti, Guerra, Sousa, & Menezes, 2010). O valor de p do teste qui-quadrado não foi significativo nesse tópico.

Consoante aos dados do IBGE (2011), o uso atual de anticoncepcionais entre mulheres (de 15 a 49 anos de idade) que vivem em união estável, em 1996 no país foi de 76,7%. Assim os índices encontrados acerca do uso nas adultas jovens foi bem próximo do percentual brasileiro, já nas tardias foi um pouco menor.

Todavia, quanto ao tipo de anticoncepcional utilizado o resultado é similar ao de outras pesquisas que afirmam que o mais utilizado é oral, tipo mais citado nos dois grupos estudados (Dourado & Pelloso, 2007, Teixeira et al., 2010).

O tipo de método contraceptivo apresentou valor de p significativo o que pode indicar maior uso pelo grupo das tardias. Nesse tópico se enquadra explicações quanto ao desenvolvimento dessas mulheres que tendem a ser mais maduras, experientes e com uma postura facilitadora (Gomes, Donelli, Piccinini, & Lopes, 2008). A prevalência do anticoncepcional oral está relacionada à distribuição nos postos de saúde, caso também observado neste estudo, cujo propósito é a contracepção e não de outras variantes, como tensão pré-menstrual (TPM), bem comum no setor privado (Gomes et al., 2011).

Acerca das informações sobre o bem-estar subjetivo, as médias dos afetos positivos nas jovens foi 0,45 maior que nas tardias, enquanto a média dos afetos negativos nas adultas jovens foi maior 4,8 que as tardias e a satisfação com a vida fora 1,61 na média maior nas gestantes tardias. Com os resultados de análise inferenciais com o Wilcoxon se pôde perceber que não houve diferenças nos valores intergrupos. Acerca dos dados das correlações realizadas, a variável satisfação com a vida- nas tardias- com a variável escolaridade obteve valor de p muito significativo ($p < .01$), na qual a correlação foi negativa fraca, isto é, a satisfação com a vida tende a aumentar à medida que os valores referentes à escolaridade diminuem. Tais dados não estão de acordo com os achados da literatura que salientam que índices altos de escolaridade são associados com altos índices de satisfação com a vida (Koo, Rie, & Park, 2004; Rodrigues & Silva, 2010).

Pressupõe-se que esses resultados tenham um aspecto positivo, pois geralmente as gestantes tardias tendem a ser assistidas como gestantes de alto risco, especialmente na rede pública, o que pode não está acontecendo na rede de atenção básica de saúde pesquisada, mesmo sendo mulheres com 35 anos ou mais que tem outros filhos, o bem-estar subjetivo encontra-se similar ao de gestantes adultas jovens com condições econômicas parecidas.

Destarte a idade geralmente é considerada um preditor significativo para mudanças tanto nos afetos positivos e negativos como no bem-estar subjetivo de forma geral, já que o afeto negativo tende a aumentar com a idade, porém no caso deste estudo o valor foi maior no grupo das jovens. Como os afetos positivos e o bem-estar subjetivo também diminuem com a idade, outras variáveis (nível de escolaridade, estado civil, estado de saúde e nível de atividade social) precisam ser consideradas, pois constituem, outrossim, causas do declínio no BES (Koo, Rie, & Park, 2004).

Outra variável que pode ter influenciado os valores do BES é o parto, que afeta a satisfação com o relacionamento e, conseqüentemente, tem efeitos negativos na satisfação com a vida. Talvez por essa razão, embora as tardias fossem mais velhas, era esperado que apresentassem os indicadores menores (Koo, Rie, & Park, 2004), contudo elas praticamente tiveram o mesmo número de partos (dados gestações anteriores) que as adultas jovens, esta pode ser uma possível explicação para os valores do BES não terem apresentado diferenças nos grupos (Luhmann, Hofmann, Eid, & Lucas, 2012).

Conclusão

Os objetivos da pesquisa foram atingidos e devidamente respondidos com a concretização desse estudo. Aparentemente o efeito da idade parece ainda não ter um teor estigmatizado para essas gestantes tardias, em decorrência das variáveis pesquisadas serem semelhantes ao das gestantes jovens, isto sinaliza que aspectos considerados como positivos também compõem o repertório emocional e comportamental desse grupo.

A maioria das informações sociodemográficas e do bem-estar subjetivo relativos à comparação entre os grupos não apresentaram valor de p significativo, o que indica que não houve diferenças nas variáveis pesquisadas, sendo que somente os dados referentes ao número de gestações anteriores e uso de anticoncepcional é que os dados foram maiores nas tardias. Nas correlações entre o BES e as variáveis idade, escolaridade e renda, apenas a relação entre satisfação com a vida e escolaridade nas tardias é que o valor foi $p < .05$ com correlação negativa fraca, dados estes contrários ao observado na literatura.

Tais informações são úteis para subsidiar a atenção à saúde em políticas direcionadas às gestantes tardias, que proponham assistência à saúde que desmitifiquem preconceitos ligados à idade. Bem como podem contribuir para a capacitação dos profissionais que trabalham com esse público, para auxiliá-los com conhecimentos e práticas sobre esse fenômeno, decorrente de um contexto sociocultural no qual a mulher trabalha para auxiliar na renda e no custeio das despesas do lar.

Referências

- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 153-164.
- Andrade, P. C., Linhares, J. J., Martinelli, S., Antonini, M., Lippi, U. G., Baracat, F. F. (2004). Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26(9), 697-701.
- Carvalho, A. P. P., Tonete, V. L. P., Parada, C. M. G. L. (2010). Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico puerperal que sobreviveram à morbidade materna grave. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1187-94.
- Cecatti, J. G., Guerra, G. V. Q. L., Sousa, M. H., & Menezes, G. M. S. (2010). Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 32(3), 105-111.
- Correia, D. S., Monteiro, V. G. N., Cavalcante, J. C., & Maia, E. M. C. (2011). Adolescentes estudantes: conhecimentos das complicações do aborto provocado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 465-71.
- Diener E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3(8):67-113.
- Dorla Filho. U. (1999). *Introdução à bioestatística: para simples mortais*. São Paulo: Elsevier, 17-37.
- Dourado, V. G., & Pelloso, S. M. (2007). Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(1), 69-74.
- Fernández, M. A. L. (2008). Evolución del riesgo de mortalidad fetal tardía, prematuridad y bajo peso al nacer, asociado a la edad materna avanzada. *Gaceta Sanitaria*, 22(5):396-403.
- Gomes, A. G., Donelli, T. M. S., Piccinini, C. A., & Lopes, R. C. S. (2008). Maternidade em idade avançada: aspectos teóricos e empíricos. *Interação em Psicologia*, 12(1), 99-106.
- Gomes, P.D., & Zimmermann, J. B., Oliveira, L. M. B., Leal, K. A., Gomes, N. D., Goulart, S. M. (2011). Contracepção hormonal: uma comparação entre pacientes das redes pública e privada de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2453-2460.
- Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. J. B., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A. V., Seabra, M. A. B., & Guedea, R. L. D. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 19(2), 301-308.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BR) (2006). Síntese de indicadores sociais. 2006. Recuperado em 2 abril, 2010, de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=774

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2011). Censo demográfico 2010: resultados preliminares. [acesso 16 nov 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2018&id_pagina=1
- Koo, J., Rie, J., & Park, K. (2004). Age and gender differences in affect and subjective well-being. *Geriatrics & Gerontology International*, 4(S1), 268-270.
- Laurenti, R., Jorge, M. H. P. M., & Gotlieb, S. L. D. (2004). A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 7(4), 449-60.
- Lima, F. L. A. Saldanha, A. A. W., & Oliveira, J. S. C. (2009). Bem-estar subjetivo em mães de crianças sorointerrogativas para o HIV/AIDS. *Psicologia em Revista*, 15(1), 141-157.
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M., & Lucas, R. E. (2012). Subjective Well-Being and Adaptation to Life Events: a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(3), 592-615.
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva, 15-139.
- Ministério da Saúde (2004). Secretaria de Vigilância em Saúde (BR). Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde no Brasil. [Internet]. Recuperado 02 de novembro, 2011, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/saude_brasil2004_capitulo2.pdf
- Rodrigues, A., Silva, J. A. (2010). O papel das características sociodemográficas na felicidade. *Psico USF*, 15(1), 113-123.
- Santos, G. H. N., Martins, M. G., Sousa, M. S., Batalha, S. J. C. (2009). Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(7), 326-34.
- Teixeira, S. V. B., Rocha, C. R., Moraes, D. S. D., Marques, D. M., & Villar, A. S. E. (2010). Educação em saúde: a influência do perfil sócio-econômico-cultural das gestantes. *Revista de Enfermagem da UFPE*, 4(1), 133-41.
- Yogev, Y., Melamed, N., Bardin, R., Tenenbaum-Gavish, K., Ben-Shitrit, G., Ben-Haroush, A. (2010). Pregnancy outcome at extremely advanced maternal age. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 203(558), 1-7.

“DIFERENCIAS DE FIABILIDAD ANTE RIESGO, INCERTIDUMBRE Y CONFLICTO ENTRE CAFICULTORES EN XILITLA, MÉXICO”

“DIFFERENCES OF RELIABILITY TO RISK, UNCERTAINTY AND CONFLICT IN COFFEE GROWERS, IN XILITLA, MEXICO”

Investigadores: Cruz García Lirios¹, Javier Carreón Guillén², Jorge Hernández Valdés³, José Alfonso Aguilar Fuentes⁴, Francisco Javier Rosas Ferrusca⁵, José Marcos Bustos Aguayo⁶,

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”⁷
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 21 de Octubre de 2014

Aceptado: 16 de Abril de 2015

Resumen

La fiabilidad social, a diferencia de la confianza entre ciudadanía y gobernantes, se observa en situaciones de riesgo y vulnerabilidad a partir de los cuales individuos y grupos se identifican con estilos de vida frugales y estrategias de afrontamiento frente a contingencias económicas, ambientales, políticas o comunitarias. En tal contexto procesos tales como identidad social, capital vertical, participación ciudadana o gobernanza son explicados por la fiabilidad social. El presente estudio utilizó una muestra no probabilística de 104 caficultores para establecer las propiedades psicométricas de una escala que mide su grado de fiabilidad ante riesgos ambientales, incertidumbre política y conflicto local. Los resultados muestran que existen diferencias significativas entre los grupos con respecto a los efectos de sequías e inundaciones en sus cosechas de café así como el derecho al acceso de los recursos financieros y naturales.

Palabras Clave: Capital, Confianza, Fiabilidad, Identidad, Participación.

73

¹ Estudios de Doctorado en Psicología Social y Ambiental, Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor de asignatura, Universidad Autónoma del Estado de México. Tel. 5622 666 ext. 47385 correo electrónico: garcialirios@yahoo.com

² Doctor en Administración, Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor titular “C”, Escuela Nacional de Trabajo Social. Adscrito al Sistema Nacional de Investigadores, nivel 1. correo electrónico: javiereg@unam.mx

³ Maestro en Educación y Profesor Titular “A”, Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social. correo electrónico: jorheval@unam.mx

⁴ Doctor en Comunicación y Profesor de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Huehuetoca. correo electrónico: jaaugilarf@uaemex.mx

⁵ Doctor en Administración Pública y Profesor de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Huehuetoca. correo electrónico: fjrosasf@uaemex.mx

⁶ Doctor en Administración, Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor titular “C”, Escuela Nacional de Trabajo Social. Adscrito al Sistema Nacional de Investigadores, nivel 1. correo electrónico: marcos.bustos@unam.mx

⁷ Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com o norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Abstract

The social reliability, unlike trust between citizens and government, is seen in situations of risk and vulnerability from which individuals and groups are identified with frugal lifestyles and coping strategies against economic contingencies, environmental, political or Community. In such a context, such as social identity processes, Vertical equity, citizen participation or governance are explained by social reliability. This study used a nonrandom sample of 104 farmers to establish the psychometric properties of a scale measuring their degree of reliability to environmental hazards, local conflict and political uncertainty. The results show that there are significant differences between the groups with respect to the effects of droughts and floods in their coffee crops and the right to access financial and natural resources.

Keywords: Equity, Trust, Reliability, Identity, Participation.

El objetivo del presente trabajo es establecer la confiabilidad y validez de un instrumento para medir la percepción de fiabilidad, riesgo, incertidumbre y conflicto entre caficultores, distribuidores y vendedores en Xilitla, región huasteca de San Luis Potosí, México. En este sentido, el presente estudio parte del supuesto según el cual los actores emprendedores, en una situación de crisis ambiental e hídrica, generan redes de cooperación y emprendimiento a fin de poder lidiar con las sequías, huracanes, inundaciones o deslaves. El contraste de ésta hipótesis permitirá discutir la relación entre políticas de fomento agrícola y empresarial con respecto a sistemas de cooperativas y cajas de ahorro o financiamiento del sector productivo para el desarrollo local.

Xilitla está ubicada en la zona Huasteca del estado de San Luis Potosí, centro de México. Es una entidad de transmigrantes provenientes de Centroamérica que en su trayectoria hacia los Estados Unidos de América se emplean en las plantaciones de café, participan en la distribución y comercialización del producto al menudeo en la plaza central del municipio.

Al tener la categoría turística de “Pueblo Mágico”, Xilitla es un centro de cultivo y comercio en torno al cual las políticas de fomento empresarial son activadas por el financiamiento municipal y la iniciativa privada local. En este sentido, las figuras de caficultores, distribuidores y vendedores son actores claves en la dinámica de emprendimiento de la región. Los caficultores son propietarios de las plantaciones de café y las casas de venta del producto. A menudo, ellos autogestionan los recursos para la producción del café, el empaquetamiento y la comercialización, pero son apoyados por intermediarios que se dedican exclusivamente a la distribución local, ya que el producto sólo es comercializado en la plaza central del pueblo mágico. Los intermediarios o distribuidores únicamente apoyan el traslado del producto con unidades de transporte que abastecen las casas de venta cuando la demanda se intensifica en la temporada alta de turismo; festividades, fines de año y Semana Santa. Por último, los vendedores de café son empleados de los caficultores que ofrecen el producto en las casas de venta, ya que el comercio del café no es ambulante y está confinado a las casas de venta establecidas por el gobierno local.

En esta dinámica, los actores desarrollan una identidad relativa al café, principal actividad económica de la región. Se trata de la categorización de funciones en torno a las cuales se construye una comparación social que implica a otras actividades como el ecoturismo y la venta ambulante con respecto a las políticas de fomento empresarial del gobierno local.

La identidad ecoturista, a diferencia de la identidad ambulante o caficultora, estriba en el apoyo incondicional a las autoridades locales en cuanto a la distribución de los recursos públicos y especialmente en situaciones de desastre natural. En este punto, la gestión de las autoridades locales resulta fundamental para reactivar la economía, pero la discrecionalidad en torno a la designación de los recursos financieros supone conflictos entre caficultores y ecoturistas. En este sentido, la identidad caficultora consiste en la solidaridad y la cooperación que se exacerba ante la emergencia de contingencias ambientales. Es decir, la empatía, la creatividad, el compromiso, el emprendimiento y la innovación son amalgamados por la fiabilidad social al interior de caficultores, distribuidores y vendedores.

De este modo, la identidad grupal y la fiabilidad social son factores de desarrollo endógeno que intensificarían diferencias intra e inter grupales con respecto a la acción gubernamental en materia de gestión de fondos de desastres naturales, fomento empresarial o promoción del municipio.

El sistema tarifario de los servicios públicos relativos a los recursos naturales, energéticos e hídricos es un instrumento de gobernanza que supone la intervención del trabajo social en ámbitos periurbanos.

Se trata de un sistema en el que la disponibilidad de los recursos está relacionada con las necesidades de futuras generaciones a través de las políticas públicas y la práctica profesional del trabajo social.

A medida que la escasez de recursos se intensifique y pase a convertirse en una problemática de desabasto, el sistema tarifario retardará la escasez para orientarla a la sustentabilidad local. Es aquí en donde la intervención del trabajo social está supeditada a los programas de reordenamiento ecológico ya que realiza censos para establecer un valor entre el coste del servicio y las posibilidades de pago de los usuarios. En situaciones de escasez y desabasto, el trabajo social está confinado a gestionar la distribución de los recursos en función de la participación civil o política.

Sin embargo, el ejercicio profesional del trabajo social en cada uno de los escenarios, ya sea de escasez, desabasto o sustentabilidad, está influido por las políticas públicas o las necesidades de la ciudadanía más no de la disponibilidad de recursos. Por ello es menester establecer un sistema de tarifas ya no sólo a partir de los intereses políticos o de las necesidades locales, sino además es necesario considerar la disponibilidad y distribución de los recursos naturales entre las localidades según su nivel de abastecimiento.

Ello supone para la práctica profesional del trabajo social la mediación de conflictos entre quienes se consideran pueblos originarios herederos de los recursos naturales y quienes demandan su consumo. Empero, tal mediación no se realizaría desde el ámbito jurídico o discursivo, sino más bien tarifario.

¿Cuál es el sistema de tarifas que permite la mediación de conflictos entre dos localidades a las que les asiste el derecho a los recursos naturales, energéticos e hídricos en referencia a la conservación de especies animales y vegetales, actuales y futuras?

A partir de la Teoría de la Fiabilidad Social (SFT por sus siglas en inglés) de Giddens (2000) es posible responder a la interrogante ya que ésta parte del supuesto según el cual las situaciones de riesgo, incertidumbre y conflicto propician interacciones entre los grupos que construyen la agenda pública a través de iniciativas políticas, opinión pública y sesgo informativo.

En tal sentido, el establecimiento de un sistema tarifario supone cuando menos el análisis de la información difundida por los medios en cuanto a conflictos por el uso de los recursos naturales, la opinión pública respecto a la incertidumbre sociopolítica y los riesgos socio-ambientales.

La SFT predice la emergencia de marcos interpretativos que influirán sobre la opinión pública a medida que los eventos son impredecibles y por tanto inconmensurables según la información difundida por los medios de comunicación. En esta primera fase del establecimiento de un marco interpretativo, las audiencias buscarán corroborar sus creencias con información circundante en redes informativas para emitir un juicio social relativo a la acción gubernamental. Es aquí donde surge el efecto de la fiabilidad la cual consiste en reducir la información en un sentido favorable y/o desfavorable hacia algún actor social, económico o político.

No obstante, la SFT ha sido criticada por suponer que las audiencias son cautivas o indefensas ante el embate informativo de los medios, aunque hay quienes afirman que la imparcialidad está sujeta a los niveles de expectación, existen posturas intermedias que señalan la orientación de la opinión pública hacia determinado tema. Tal proceso resulta fundamental para la práctica profesional del trabajo social ya que el diagnóstico de la fiabilidad puede facilitar la comprensión de las acciones colectivas o la movilización ciudadana.

Precisamente, el trabajo social parte del supuesto según el cual la esfera mediática, civil y política transita de lo público a lo privado. Es decir, los medios de comunicación pueden hacer público un conflicto entre particulares sobre la administración de un cuerpo de agua, la opinión pública puede llevar a instancias públicas un asunto de desabasto hídrico residencial y las iniciativas políticas pueden justificar sus decisiones a partir de casos en los que la ciudadanía se organizó para defender su derecho al agua.

Sin embargo, el trabajo social para el Desarrollo Sustentable de los recursos naturales, energéticos e hídricos tiene ante sí la oportunidad de estudiar los conflictos derivados por el uso de servicios públicos, gestionar acuerdos y sobre todo intervenir en las diferencias entre los actores con respecto al uso de suelo y agua en situaciones de riesgo, incertidumbre o conflicto. Piénsese en la planificación urbana de las ciudades con menos de 500 mil habitantes de las cuales se espera que en los próximos años crezcan a una tasa que implique más del millón de habitantes, una mayor densidad y por ende, desabasto de vivienda, agua o electricidad así como su impacto en la salud y calidad de vida.

En tal contexto, el presente estudio aborda los conflictos hídricos desde la óptica del trabajo social como mediador de conflictos, diseñando tarifas locales y comunitarias para la sustentabilidad de cuerpos de agua, terrenos ejidales y fuentes de electricidad a fin de preservar los recursos para las futuras generaciones.

Por último, se asume que los servicios públicos son sólo indicadores de sustentabilidad la cual se alcanzará hasta que los sistemas de cobro no sólo permitan la cobertura total de los servicios, sino además garanticen la disponibilidad de los recursos en el futuro próximo.

En este sentido, el diagnóstico y gestión que se propone desde el trabajo social permitirá aplicaciones en espacios de socialización tales como centros educativos, recreativos, sanitarios o productivos.

Dimensiones urbanas el desarrollo sustentable

En su historia más reciente, el trabajo social emerge como una disciplina encargada de velar por los intereses de los sectores vulnerables, marginados y excluidos. Tal cuestión deriva de considerar a las urbes como centros de desarrollo humano, local y sustentable desde la cual todas las propuestas de sustentabilidad se adscriben a centros políticos y se diseminan en los sectores sociales y económicos.

Si el centro que organiza los demás nodos periféricos se caracteriza por ser un modelo de sustentabilidad en el que la movilidad resulta ser confinada a fuentes de energía alternativas o programas de reducción de emisiones, entonces el centro de poder que representa está cuando menos abierto a la posibilidad de que los ciudadanos se desarrollen de un modo tal que les permita alcanzar un nivel satisfactorio de vida, aunque ello implique asumir el costo de vivir en una demarcación estricta en cuanto al control de residuos (véase tabla 1). A primera vista la ecociudad resulta ser un centro hegemónico de servicios urbanos desde los que se gestan los conflictos y las alternativas de sustentabilidad siempre y cuando se atiendan las diferencias entre los sectores y éstos para con sus autoridades (Rico, 2007).

Sin embargo, la sustentabilidad de los servicios periurbanos contrastaría con los centros ecourbanos. Tal diferencia estriba en las oportunidades, capacidades y responsabilidades con los que cuentan las demarcaciones o barrios (Kantor, 2008). En este sentido, la ciudad compacta en referencia a la urbe difusa, parece tener ventajas comparativas ya que agiliza los traslados y con ello reduce los costes, ello supone la interrelación de sectores, productos y servicios que por su diversidad corresponden a un esquema de aglomeraciones sólo coexistentes por su distribución simétrica de oportunidades y capitales (Valenzuela, 2009).

Tabla 1.
Definiciones de ecociudad

Año	Autor	Definición	Página
2007	Rico	“(…) permite una gestión más eficiente del ciclo integral del agua. Disminuye la longitud de las redes, se agilizan tareas de localización y reparación de fugas y sectorización de la red. Disminuyen las pérdidas en la red litros/kilómetros/día. Se reducen los volúmenes de agua no registrados. Los módulos de gasto por turistas no suele superar los 200 litros/habitante/día. Se reducen la estacionalidad y se mantiene y se mantiene una oferta hotelera activada para gran parte del año.”	20
2008	Kantor	“(…) corresponde al tipo de ciudad concentrada que observamos actualmente en la mayoría de los países, denominada generalmente como la gran ciudad y determinada por principios urbanísticos universales y por una misma característica distintiva que las representa, pese a los diversos estilos, historia o morfología que proyectan; y es la aglomeración de actividades y funciones en un espacio compacto que genera dinámicas espaciales, sociales, económicas, políticas, y culturales particulares.(…) se caracteriza por contar con mayor diversidad, continuidad formal, por ser multifuncional, heterogénea y diversa en toda su extensión.”	51
2009	Valenzuela	“A nivel urbano, aspira a dar respuesta a las condicionantes ambientales (procurando minimizar la huella de los asentamientos humanos), económicos (promoviendo un alto grado de diversificación económica) y sociales (fomentando la interacción entre segmentos sociales dispares), cuya implementación dentro de la planificación urbana es la piedra de toque del urbanismo sostenible.”	407
2010	Pérez	“Albergarán a una población estimada de hasta un millón de habitantes en algunos casos y otras que se insertan dentro de los tejidos más blandos en áreas urbanas relativamente centrales (…) presentan desde su concepción, la implementación de un porcentaje significativo de energías no convencionales o en otras palabras, prescinden en buena parte del uso del petróleo en los consumos de energía que demandan los habitantes de una ciudad.”	11
2010	Guillén	“Combina actividades industriales ecológicas con propuestas para la realidad en lo que agricultura respecta, cuyos modelos proyectados para América Latina y el Caribe, indican una disminución de los rendimientos de varios cultivos (…) desarrollo de sistemas nacionales de administración del agua con enfoques integrados, la valoración de los recursos acuíferos nacionales y la promoción del uso eficiente y racional del agua (…) concentra las funciones de municipalidad sustentable. Estos aspectos incluyen los sistemas de transporte, energía y materiales, como parte de la propuesta de mejora del nivel de vida de las personas y de la economía urbana (…) policéntricos; con servicios de transporte público sustentable; con espacios públicos atractivamente diseñados; integradora de las áreas verdes con la herencia de espacios culturales para crear entornos armónicos; como una alternativa de vida, además de ser un lugar para vivir y trabajar.”	37, 38 y 39
2011	Navarro y Ortuño	“Se pueden observar dos tendencias: la primera, ideológica, que utiliza la noción de ciudad compacta para legitimar propuesta desde el punto de vista de la sustentabilidad, o como componente, en la misma línea ambiental, de un cierto discurso urbanístico, en ocasiones carente de rigor o incluso contradictorio. (...) forma más eficiente para el consumo energético en el transporte, al encontrar”evidencias empíricas de que éste último aumentaba al bajar y viceversa.”	24, 30
2011	Pérez	“(…) una mezcla adecuada de usos de suelo, una operación de transportes públicos y la dotación de infraestructura equipamientos y servicios urbanos. De un espacio público que permita una construcción de actores diferentes, en un proceso permanente que considere construcciones culturales y opiniones de los jóvenes, para que sean espacios compartidos, con visiones abiertas, cediendo, juntando, incluyendo y no excluyendo.”	200
2011	Sánchez	“(…) genera grandes beneficios en cuanto a menor requerimiento de suelo, desplazamientos cortos y reducción de inversión hacia futuro relacionadas a la construcción de nuevas redes de servicios y equipamientos colectivos.”	81
2012	Piña	“(…) implica una mayor densidad constructiva en oposición al actual crecimiento urbano expansivo, cada vez más disperso y alejado de centros y subcentros urbanos (en especial la vivienda social y económica). Implica además, el manejo del suelo como un recurso no renovable, es decir una reconceptualización del suelo urbano con implicaciones técnicas, jurídicas y normativas.”	25
2012	Castro	“(…) con buen transporte público, donde la gente pueda trabajar, vivir y entretenerse sin recorrer largas distancias, para lo cual hay que reconvertir los polígonos industriales, donde normalmente se desplazan los centros vitales de las ciudades.”	57
2012	Ide	“(…) un mejor aprovechamiento de las potencialidades y establecer mecanismos de mitigación y control de los conflictos asociados a altas concentraciones y superposiciones de redes y actividades a escala metropolitana.”	67
2012	Paniagua	“Se presenta como un cúmulo de tensiones, con espacios poco o nada planificados que, en sí mismos, son reflejo de las posibilidades que en su origen fijaron la distribución y ubicación de los diferentes grupos en toda comunidad, sector o barrio. Se trata de huellas de una sociedad en geografías simbólicas y materiales (...) se constituye un conjunto de vínculos, intercambios, edificaciones, espacios públicos y privados, sensaciones, sistemas de producción, conflictos, luchas y acciones en las que tiene lugar y se plasma el ejercicio del poder de los diferentes sectores que componen la vida en sociedad.”	247
2012	Santamaría	“La optimización de recursos necesarios, mejora de la calidad de vida (...) la promoción del reciclaje y la reutilización.”	200

Si se le mira de cerca, la ciudad compacta demanda un sistema de optimización de los recursos tal que la electricidad es fundamental no sólo para su automatización, sino por su sincronización para hacer menos asimétricas a las demarcaciones (Pérez, 2010).

Es por ello que el volumen de electricidad supone la emergencia de redes comerciales y distributivas ágiles que permitan el abastecimiento continuo y la competitividad que ello implica (Sánchez, 2011).

El marco jurídico regulatorio de la ciudad ecológica está imbricado en el Desarrollo Sustentable que pregona la conservación de los recursos naturales sin considerar la cultura o la tradición comunitaria (Navarro, y Ortuño, 2011), aunque está orientado a la emergencia de un ciudadano con libertades que le permitan conservar los recursos para las generaciones futuras, sigue siendo la desregulación inmobiliaria su principal asignatura pendiente. El impacto del crecimiento inmobiliario no sólo compromete la distribución de los recursos, sino además representa las contingencias que se agravan cada vez más conforme huracanes o depresiones tropicales circunden las comunidades aledañas. La ciudad difusa, en referencia a la ciudad compacta, depende de las capacidades más que de las libertades u oportunidades (Pérez, 2011). Mientras que la ciudad compacta pregona la seguridad, crecimiento y sustentabilidad que son traducidos en votos de confianza de la ciudadanía para con sus autoridades, la urbe difusa construye representaciones sociales, habitus y fiabilidad social que les impide migrar a la ciudad compacta. Ello es así porque sus residentes centran las oportunidades en sus capacidades, aunque ello signifique renunciar a sus libertades y responsabilidades (Piña, 2012).

En términos de movilidad, la ciudad difusa es opuesta a la compacta ya que en la primera los trabajadores fungen como intermediarios en la distribución de los recursos a través de bienes y servicios.

En contraste, en la urbe compacta, sus habitantes esperan la llegada de los recursos para consumirlos y no participan en su redistribución, ni siquiera en su reutilización o reciclamiento (Castro, 2012).

Sin embargo, la ciudad compacta es el centro financiero que controla las redes comerciales y las transferencias monetarias que implican el consumo de los servicios públicos (Ide, 2012). Quizá, esta sea la diferencia esencial entre los sistemas urbanos en los que el trabajo social tiene su principal encomienda: mediar las redes distributivas.

El trabajo social al establecer inventarios de los recursos con los que cuentan la ciudad compacta y la urbe difusa, puede entablar diálogos de consumo, optimización y reutilización favorables a las comunidades, barrios y edificaciones en las que se concentran residentes y autoridades (Paniagua, 2012).

Si los conflictos emergen por el bloqueo del suministro, el abasto intermitente o el incremento de sus costos, entonces será encomiable la gestión del capital humano, el conocimiento y sobre todo las tarifas según las libertades, oportunidades, capacidades y responsabilidades de quienes habitan las ciudades (Santamaría, 2012).

Ciudades compactas y urbes difusas: Gestión de la confianza, fiabilidad, participación y gobernanza

En principio, la ciudad compacta supone la emergencia de sistemas de distribución que aseguren la calidad de vida de sus habitantes, empero la urbe difusa está construida a partir de la imaginación de sus residentes (véase tabla 2). Mientras que en la urbe compacta la esfera civil está vinculada con la esfera política, en la ciudad difusa la opinión pública está lejana a lo que sus autoridades estiman conveniente para la demarcación.

En tal contexto, la confianza emerge como una moneda de cambio en la urbe compacta mientras que la fiabilidad subyace en la ciudad difusa (Bermudes, 2000). En el ámbito político, la ciudad compacta es heredera de las ciudades antiguas que velaban por la seguridad social, pero contrasta con éstas en cuanto a su infraestructura la cual le permitiría subsistir por periodos continuos de tiempo (Jimeno, 2007). Aunque la confianza a las autoridades es esencial en la urbe compacta, en realidad es la desconfianza a lo extraño lo que incentiva la corresponsabilidad entre ciudadanos y autoridades ya que la protección a los bienes privados más que a los públicos es materia de buen gobierno y civilidad en la urbe compacta.

Por el contrario, en la ciudad difusa los bienes son privados, pero en función de tradiciones, usos y costumbres colectivas para beneplácito del Estado porque se ha encargado de desmembrar al sistema policiaco y lo ha confinado a resguardar los bienes públicos. Por ello, en el sistema difuso la fiabilidad emerge como un mecanismo de defensa ante la impunidad, opacidad, corrupción e ingobernabilidad que caracteriza a las zonas difusas (Muñoz y Martínez, 2007). La fiabilidad es el resultado de la interrelación entre la ciudad difusa y la urbe compacta, aunque se ha relacionado con las zonas periurbanas que ni son compactas ni son difusas, sino más bien confusas (Trujano, 2011). A diferencia de la confianza que emerge de la certidumbre y la seguridad, la fiabilidad es un estado de indefensión en el que la sociedad civil está a expensas de las voluntades políticas. Es decir, la ciudad difusa parece conminar a sus residentes a emigrar a la urbe compacta antes de que ésta, la ciudad difusa, devenga en una zona de confort o conflicto que impida a la sociedad desarrollarse sostenidamente.

Tabla 2. Definiciones de fiabilidad

Año	Autor	Definición	Página
2000	Bermúdez	“(…) situaciones que se dan, por un lado, por la ausencia de tiempo y espacio y por otro, por el clima creado por el desencanto con la política, la caída de los grandes relatos y el surgimiento de la razón posmoderna. Las situaciones señaladas han creado las condiciones para que la política ya no es lo que fue.”	59
2007	Jimeno	“(…) permite que las personas esperen una adecuada actuación institucional y tengan una confianza relativa en los principios colectivos (...) s un reanclaje de las personas en los sistemas interpersonales y abstractos que caracterizan a las sociedades actuales.”	24
2007	Muñoz y Martínez	“(…) las decisiones del sujeto son las condiciones de base para la búsqueda itinerante del futuro; ya no es posible acudir a corazas protectoras que garanticen de forma previa a la experiencia del sujeto, la realización positiva de sus acciones.(...) anuncia la seguridad sobre algo, pero debido a la toma de postura de un sujeto que decide luego de tener acceso a un abanico de opciones; es optar por una determinada forma de garantía, la cual conlleva que, frente al desencantamiento, ya no es la entidad supra-individual y hasta metafísica la depositaria de la culpabilidad, sino es el sujeto quien evalúa su propia toma de postura.(...) quien decide es el responsable del cálculo o evaluación de los efectos colaterales de su accionar; por ende, la deslegitimación recae en la postura asumida, no en el encantamiento simbólico.(...) está articulada a la ausencia en el tiempo y en el espacio, es decir, en su trasfondo lleva realidades virtuales que no siempre objetivar o concretar (...) íntimamente relacionada con la contingencia, con lo inesperado, por lo cual en la toma de postura el sujeto joven está siempre en riesgo (...)”	74, 87, 88
2011	Trujano	“(…) alusión a la despersonalización entre los conocidos y a la intimidad potencial entre los desconocidos, donde el espacio y el tiempo no desempeñan una determinación sustantiva de dichas relaciones.”	212

Tabla 3.

Definiciones de participación

Año	Autor	Definición	Página
2002	Mota	“(…) a través de la descentralización de recursos y programas hacia los gobiernos estatales y municipales, como una forma de acceder a la democracia y la equidad, aunque en la práctica hubo muchas limitaciones para que ésta pudiera darse de manera efectiva, además de ser excluyente; en tanto que sólo reconocía la participación de grupos organizados políticamente.”	244
2006	Páez	“(…) es un derecho fundamental por medio del cual las personas de manera individual o colectiva pueden y deben incidir en la vida política, económica, social y cultural de la sociedad de la cual forman parte y a la que están integrados. Se manifiesta como derecho o poder, como deber y como mecanismo de actuación, (...) alude a la manera como se estructura la sociedad, cómo se organiza y se cumplen procesos por medio de los cuales los seres humanos constituyen intenciones encaminadas a transformar su entorno con mayor o menor éxito y las aplican a fenómenos o actividades concretas. Estas intenciones implican una disposición para modificar hábitos y conductas, así como la relación con la situación o ambiente. (...) se refiere al modo simbólico o cultural imbricada con un modo de actuar. En consecuencia puede configurarse en su dimensión material o bajo un referente simbólico, informativo o comunicativo.(...) se ubica en términos del consenso que se puede establecer en una comunidad. En tal sentido, se adjudica a la ideología dominante la función de intervenir para alentarla o desincentivarla, opacando las diferencias y propiciando la aceptación de la realidad (...) se entiende básicamente como esfuerzo de la población, como sacrificio de acción, y lo que enfatiza las conductas y acciones que pueden crear para las necesidades.”	612, 614, 616
2008	Cabral	“(…) atraviesan todas las prácticas, espacios y relaciones humanas, comenzando desde el interior mismo de la vida cotidiana donde perviven desigualdades y relaciones de subordinación, lo cual implica abrir espacios de reflexión / acción para redefinir los conceptos básicos de la democracia y modificar concepciones que se traducen en inequidad social y participación política y social desiguales entre varones y mujeres, con la finalidad de contribuir a los nuevos procesos de democratización, lo que obviamente implica otras reglas del juego sociopolítico, en el que es imprescindible la presencia femenina.”	497
2009	Mussetta	“(…) genera el lugar para crear una idea de gobierno del recurso natural como proceso del que toman parte distintos actores, y no como una decisión aislada en la cúspide del Estado. (...) es una forma de hacer valer los derechos sociales, la transparencia y la rendición de cuentas (...) no es un fin en sí mismo, sino un medio para lograr equilibrios y consensos entre los diversos intereses de desarrollo y medio ambiente y acercar las visiones del gobierno a las de la gente. (...) se limita a la creación de instancias consultivas conformadas por actores individuales e institucionales de relevancia social, pero sin que se creen los canales institucionales estables, confiables y eficientes que permitan a la población hacer un ejercicio sustantivo de los derechos ciudadanos en el control democrático de la gestión del recurso y sus servicios. Cuando éstos canales existen, con frecuencia su existencia se limita a las coyunturas-político electorales de duración efímera que no se cristalizan en instituciones de protección a los derechos ciudadanos y que pronto dejan lugar al retorno de la viejas formas clientelistas. (...) una visión optimista convocada desde el Estado hasta una más pesimista, se funda en la idea de que en realidad estos programas se inscriben en el marco del límite y achicamiento de la actividad estatal. Esto en el caso del agua se complementa con las observaciones de muchos acerca de que la participación es en verdad una excusa para la privatización.”	74, 79, 80
2010	Castillo, Esparza, Argueta, Marqués y Velázquez	“(…) suma de esfuerzos, juntar conceptos, ideas, actitudes y decisiones a favor de algo determinado (...) es un proceso gradual mediante el cual se integra al ciudadano en forma individual o participando en forma colectiva, en la toma de decisiones, la fiscalización, el control y ejecución de las acciones en los asuntos públicos y privados, que lo afectan en lo político, económico, social y ambiental para permitirle su pleno desarrollo como ser humano y el de la comunidad en que se desenvuelve. (...) son las formas de inclusión de la ciudadanía en procesos decisorios, incorporando sus intereses particulares (no individuales) respecto a determinadas temáticas, ésta es necesaria para otorgar eficacia a una acción social del Estado que suele estar confinada al ámbito de lo estatal y no de lo público. ”	3
2012	Escobar	“(…) significa que la gente intervenga estrechamente en los procesos económicos sociales, culturales y políticos que afectan a sus vidas. En algunos casos la gente ejerce un control completo y directo sobre los procesos, pero en otros casos (...) ese control es parcial y no se da en toda su plenitud, siendo la participación un elemento sustancial del desarrollo humano. (...) posibilidad de acceder a una amplia gama de oportunidades políticas (libertad de elegir y cambiar de gobierno a todos los niveles), económicas (capacidad para dedicarse libremente a cualquier actividad económica) y sociales (capacidad de intervenir plenamente en todas las formas de la vida de la comunidad, con independencia de la religión, el color el sexo y la raza). (...) concibe a todos los ciudadanos como agentes autónomos, capaces de formar juicios razonados a través de la asimilación de información y diferentes puntos de vista, institucionalizando una gran variedad de mecanismos para incorporar los juicios individuales a un proceso colectivo de toma de decisiones. La sociedad civil organizada es el canal más adecuado para lograr la intervención de la ciudadanía y sirve de base para la gobernabilidad democrática.”	120, 121, 123

Antes bien, la fiabilidad es condición significativa de la participación ya que es en esta donde se orienta la movilización ciudadana por la redistribución de los recursos. Es aquí donde los sistemas tarifarios aparecen como instrumentos de gestión ya no para conservar los recursos, sino para influir en las preferencias electorales (véase tabla 3).

En un principio los mecanismos de participación ciudadana filtraban las propuestas desde organizaciones políticas más que desde organizaciones civiles (Mota, 2002). Fue en el devenir de los derechos humanos de tercera generación donde la sociedad civil obtuvo su carta de naturalización ante las problemáticas que aquejaban a los usuarios de los servicios públicos. Empero, los derechos humanos son símbolos de resguardo de las libertades y oportunidades, pero las capacidades de organización civil distan de sus libertades ya que ésta ha demostrado que aunque su organización sea improvisada rebasa las expectativas de quienes la miran con desdén (Páez, 2006). El pleno ejercicio de los derechos civiles supone el establecimiento de una agenda común que como ya se ha visto deviene de la información circundante en los medios de comunicación, pero la estructura urbana en donde se procesan la reorientan a una participación civil frente a las restricciones jurídicas o gubernamentales (Cabral, 2008).

No obstante que la participación quiere ocupar los espacios que el Estado ha dejado al mercado, ésta ha sido absorbida por ambos para legitimar la privatización de los servicios públicos (Mussetta, 2009).

Si la ciudadanía busca mediante la participación contrarrestar el efecto privatizador del Estado para beneficio del mercado, entonces la sociedad civil se ve obligada a excluir sectores importantes de ella para entablar un diálogo con la clase política en materia de abastecimiento de servicios públicos a costa de marginar la parte difusa de la ciudad (Castillo, Esparza, Argueta, Márquez y Velázquez, 2010). Es así como la participación es una consecuencia de la opacidad del Estado frente al desmantelamiento del bienestar económico, social y comunitario. A medida que las instituciones públicas se transforman en sociedades anónimas o asociaciones civiles, los recursos naturales y los servicios públicos adquieren una nueva desigualdad que estriba en su administración y por la cual se espera que las capacidades de gestión determinen el desarrollo local, humano y sustentable (Escobar, 2012).

De este modo, la gobernanza de los recursos naturales, energéticos e hídricos depende de la capacidad organizativa y distributiva de asociaciones civiles o sociedades anónimas. La gobernanza sugiere que las esferas pública y privada se fusionen, que las esferas civiles, políticas y económicas converjan en acuerdos que les permitan distender la relación entre periferias difusas y centros compactos, entre los fundamentos comunitarios y los principios liberales (véase tabla 4).

Liberalismo y comunitarismo entienden a las ciudades como espacios de gestión ya sea de tradiciones o de libertades. En este sentido, el establecimiento de tarifas está claramente diferenciado en dos rubros: subsidios y sanciones.

En el primer caso, la gobernanza de los recursos se gesta desde el establecimiento de subsidios para reducir costos que permitan, según reza la lógica liberal, el otorgamiento de oportunidades en redes de distribución y consumo (Naranjo, Lopera y Granada, 2009). Por el contrario, cuando los recursos naturales son considerados como parte de la vida cotidiana y representan algo más que productos y servicios de consumo, las redes de distribución se complejizan a nivel local, regional o global. Es decir, mientras que las organizaciones multinacionales y trasnacionales quieren penetrar en las tradiciones locales y para ello buscan alianzas con pequeñas y medianas empresas, las comunidades diversifican sus significados relativos a quienes los gobiernan y quienes pretenden disuadirlos de sus costumbres para adoptar estilos de vida globales (Iglesias, 2010).

Empero, la gobernanza en tanto redes de gestión está supeditada a organismos financieros multinacionales que determinan no sólo las políticas de desarrollo, sino la participación ciudadana e incluso las alianzas entre trasnacionales y pymes (Orgaz, Molina y Carrasco, 2011). Una consecuencia directa del impacto de las políticas monetarias sobre la sociedad civil es una especie de fiabilidad de gobernanza indicada por la brecha entre la misma esfera civil. Se trata de organizaciones ciudadanas versus consumidores en donde las primeras, a través de observatorios, vigilan la tendencia del consumo y denuncian la precariedad en la que cada vez más se

encuentran los individuos dispersos de la organización civil (Nin, 2012).

En tal sentido, la gobernanza fue una respuesta del Estado frente a la desregulación de los servicios públicos, aunque la estrategia debió ajustarse a las realidades de gestión territorial que significaron su privatización. A medida que las sociedades adoptaron estilos de vida frugales el territorio se transformó en zonas difusas no sólo desreguladas, sino re-posicionadas por la migración. Fue así como el rediseño de políticas urbanas centró la problemática en los asentamientos humanos irregulares. La solución consistió en el reordenamiento territorial a través de instrumentos que traspasaran los límites municipales, organizaciones locales o comunidades gestoras (Rosas, Calderón y Campos, 2012).

Más allá del establecimiento de una agenda común de los servicios públicos o la gestión de un sistema tarifario, la gobernanza de los recursos naturales supone instrumentos de desarrollo local que inevitablemente conlleva la privatización de los servicios. Es decir, las libertades, oportunidades, capacidades y responsabilidades que se construyen en redes de gestión están supeditadas al financiamiento de organismos internacionales o empresas trasnacionales capaces de absorber los montos de inversión, contratación de deuda, gasto en cuenta corriente o infraestructura sin la cual los esfuerzos locales se reducirían a conflictos.

Tabla 4. Definiciones de gobernanza

Año	Autor	Definición	Página
2009	Naranjo, Lopera y Granada	"(...) implica la posibilidad de inclusión de actores sociales y privados dentro de las tareas gubernamentales, por lo que se le conoce como gobierno en red. (...) implica que la democracia la dirige un sistema de gobierno no un sujeto de gobierno."	88

2010	Iglesias	“(…) se fundamenta en la existencia de redes funcionales conformadas por actores públicos y privados que, aunque con intereses conflictivos, a priori, se ponen en situación de cooperación para la consecución de sus objetivos. Ello significa que los centros de decisión no se residen con la exclusividad en el gobierno y administración local, sino en redes complejas que configuran entramados de toma de decisiones. En el contexto de éstas redes, el gobierno local aparece como un actor que tiene que legitimarse liderando procesos y estableciendo sistemas de rendición de cuentas (…) hace énfasis en la interacción horizontal entre actores encuadrados en estructuras económicas, sociales, culturales y asociaciones ciudadanas con fines o valores diversos, pero con intereses convergentes en el territorio de la ciudad.	102
2010	Rodríguez	“(…) concebido como un sistema de negociación continua entre gobiernos de varios niveles (…) intenta hacernos entender que el auge de los modelos sub estatales forma parte de una dinámica de dispersión del poder dentro de la Unión Europea.(…) transferencia de nuevas competencias hacia las instituciones comunitarias, lo que significa que las administraciones estatales hayan perdido control sobre los recursos.”	200
2011	Orgaz, Molina y Carrasco	“(…) se aboga por un orden mundial multipolar en el que las Naciones Unidas desempeñe el papel central, apoyando a la vez la reforma de esta institución para hacerla más eficaz (…) se reconoce el liderazgo del G20 y se enfatiza la necesidad de reforma del FMI y del Banco Mundial con un cambio sustancial en el poder de voto a favor de las economías emergentes y en desarrollo. (…) se considera que la arquitectura financiera internacional debe reformarse, y en particular que es necesario un sistema financiero internacional más estable, predecible y diversificado (…) estabilidad relativa de las grandes monedas de reserva y la sostenibilidad de las finanzas públicas (…) se defiende el marco multilateral establecido por la OMC (…) se establece el objetivo de desarrollar sistemas energéticos más limpios y sostenibles, aumentando la contribución de las energías renovables, y se explicita que las negociaciones para la lucha contra el cambio climático deben llegar a un resultado efectivo y justo, que refleje los principios de la convención marco de Naciones Unidas, especialmente el de equidad y responsabilidades comunes pero diferenciadas.”	11
2012	Nin	“(…) hace referencia a la gobernabilidad y designa el conjunto de procesos e instituciones que participan de la gestión política de una sociedad. Des este modo, comprende el gobierno, las acciones de otros actores que juegan un rol en las orientaciones políticas estratégicas y en las opciones de política pública. Entre éstos se encuentran actores políticos no gubernamentales que integran la sociedad civil, como empresas, sindicatos o actores individuales. (…) un proceso en el cual el gobierno y la sociedad interactúan en pos de sus intereses comunes. Está asociada a la participación del gobierno y del sector privado, es decir el campo empresarial y la sociedad civil, especialmente las organizaciones no gubernamentales, en la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas (…) está ligado al concepto de red y de interacción entre personas y grupos. Abarca las pautas que fijan determinados límites e incentivos para la constitución y funcionamiento de redes interdependientes de actores gubernamentales, empresariales y de la sociedad civil, que convergen en un sistema sociopolítico como resultado conjunto de los esfuerzos de interacción de todos sus integrantes.”	44
2012	Rosas, Calderón y Campos	“(…) tuvo su origen en el ámbito de la economía institucional y de la regulación. Nació con el objetivo de simplificar los procesos de regulación y de intervención de los poderes públicos y de facilitar la toma de decisiones del resto de agentes sociales, sobre todo los económicos. (…) el conjunto de procesos e instituciones a través de los cuales se determina la forma en que se ejerce el poder en un país, para desarrollar sus recursos económicos y sociales (…) se refiere a un nuevo enfoque dentro de la nueva gestión pública, donde sociedad civil y gobierno son co-responsables del quehacer político ya sea a nivel federal, estatal o local. De esta forma, se propicia la participación activa de diferentes organismos tanto públicos como privados en beneficio del buen desempeño gubernamental; así como el logro de objetivos que mejoren la calidad de vida de la sociedad en general (…) significa que ha nacido una sociedad gubernamentalmente independiente, autónoma y competente, poseedora de capacidades que el gobierno no posee y que requiere para poder conducir a la sociedad; por lo que la dirección debe ser una actividad compartida y asociada entre gobierno y sociedad, en una relación de interdependencia más que de dependencia y de coordinación más que de subordinación. (…) es el proceso en el que los ciudadanos resuelven colectivamente sus problemas y responden a las necesidades de la sociedad, empleando al gobierno como su instrumento para llevar a cabo su tarea, (…) deben operar mucho más en red y menos con estructuras verticales y autoritarias. Las decisiones de gobierno y la ejecución de las políticas públicas tienen como ámbito central a los territorios, lo que significa el rescate de las regiones y las ciudades como espacios vitales para gobernar. (…) se entiende como una práctica / proceso de organización de la múltiples relaciones que caracterizan las interrelaciones entre actores e intereses diversos presentes en el territorio. (…) una visión territorial compartida, sustentada en la identificación y valorización del capital territorial, necesaria para conseguir la cohesión territorial sostenible a diferentes niveles, desde lo local al supranacional (…) es una pre-condición para la cuestión territorial, mediante la participación de los distintos actores (públicos, privados, tercer sector) que operan a diferentes escalas. (…) se trata de la gestión de cuestiones transversales en la elaboración de políticas que traspasan las fronteras de los ámbitos políticos establecidos. Asimismo incluye la gestión de la responsabilidad política dentro de una organización o sector. (…) consta tanto de una integración horizontal como entre sectores políticos (entre diferentes departamentos) como de una integración intergubernamental vertical (entre distintos niveles de gobierno), además de traspasar fronteras administrativas (en dos sentidos: autoridades municipales administración regional / nacional y administración sociedad civil).”	115, 116, 118, 119, 124 y 126
2013	Díaz	“(…) un nuevo proceso directivo, una nueva relación entre gobierno y sociedad (…) requiere la acción de un gobierno capaz y eficaz (…) significa el cambio del proceso, modo, patrón del gobierno: el paso de un centro a un sistema de gobierno, en el que se requieren y activan los recursos del poder público, de los mercados y de las redes sociales (…) es el paso de un estilo jerárquico centralizado a un estilo de gobernar asociado, complementario, e interdependiente entre organismos gubernamentales, organizaciones privadas y sociales. (…) implicará la capacidad del gobierno para conjugar todos los elementos de naturaleza económica, de finanzas públicas, la injerencia extranjera, y sobre todo, de protección y beneficio a una sociedad democrática que reclama el derecho a tener un gobierno honesto, transparente, vigilante, justo y respetuoso de los derechos humanos.”	191

En tal coyuntura, la participación social, política y ciudadana acordes con las políticas públicas son el contrapeso a la discrecionalidad de las autoridades locales, haciendo parecer que es posible un sistema de gestión civil independiente de la acción gubernamental, pero a expensas de las capacidades que el mercado demanda para con usuarios de los servicios públicos quienes son reducidos a meros consumidores de facto (Díaz, 2013).

Es cierto que la sociedad civil e incluso transnacionales, pymes y autoridades pueden configurar un sistema de gobierno en red, pero el monto de financiamiento requerido para la construcción de infraestructura rebasa las capacidades financieras, aunque sea en los bancos donde se determinen los préstamos, la sociedad civil que acceda a tales créditos verá comprometido su futuro ya que gastará sus posibilidades futuras.

Sin embargo, en un escenario de conflicto por la administración de recursos locales, el trabajo social no sólo obedecería a los designios de las políticas públicas realizando estudios de impacto ambiental y socioeconómico, sino además tendría la posibilidad de mediar en las resoluciones de controversias.

Tal intervención sería el primer paso para fusionar a la esfera civil y reencauzarla con miras a un nuevo diálogo financiero con quienes otorgan préstamos dirigidos a inversión pública en infraestructura. Aunque tal panorama es lejano, no será posible si la sociedad civil está fragmentada. A continuación se expondrán las propiedades psicométricas de la fiabilidad ante riesgos socio-ambientales, incertidumbre sociopolítica y conflictos socio-comunitarios en una zona caficultora de la región huasteca de San Luis Potosí, México.

Método

Diseño

Estudio de corte cuantitativo transversal y correlacional.

Participantes

De un universo de 1900 habitantes se realizó una muestra no probabilística con la técnica del “efecto bola de nieve” de 28 caficultores (ingresos económicos mensuales $M = 576\text{USD}$; $DE = 125\text{ USD}$), 32 distribuidores ($M = 468\text{ USD}$; $DE = 25\text{ USD}$) y 44 vendedores ($M = 589\text{ USD}$; $DE = 45\text{ USD}$).

Instrumento

Se construyó una Escala de Fiabilidad la cual incluye 18 ítems relativos a sus expectativas de desarrollo, administración de sus recursos y micro financiamiento en situaciones de incertidumbre o conflicto.

Procedimiento

La escala se construyó siguiendo los supuestos de la SFT según los cuales las situaciones inciertas propician expectativas de corto plazo en los que los individuos y grupos buscan resguardar sus intereses, aunque ello implique costos significativos a largo plazo, empero el beneficio social que adquieren por su unión momentánea les significará acceso a créditos para reactivar su economía local, encauzar sus demandas a la clase política y construir nuevas relaciones basadas en la fiabilidad más que en la confianza. En tal sentido, se consideraron tres dimensiones de la fiabilidad social relativas a riesgo, incertidumbre y conflicto (véase tabla 5).

Tabla 5.

Construcción de ítems

Dimensión	Definición	Indicadores	Ítem	Opciones
Fiabilidad ante riesgo socio-ambiental	Se refiere a expectativas individuales y grupales en torno a la incommensurabilidad e impredecibilidad de la gestión de los recursos naturales, energéticos e hídricos para el cultivo de café y su comercialización.	Expectativas de incommensurabilidad e impredecibilidad	Este año estamos a expensas de las sequías / lluvias, pero unidos sacaremos adelante a nuestras familias/gente	“muy probablemente” hasta “muy improbablemente”
Fiabilidad ante incertidumbre sociopolítica	Alude a un conjunto de expectativas orientadas al futuro, pero ancladas en el pasado fallido donde una serie de circunstancias políticas impidieron la gestión de recursos financieros para salvar cosechas de café.	Experiencias de inhibidoras de propuestas o acuerdos	Hace un año perdimos nuestras tierras, ahora estamos unidos ante cualquier emergencia	“muy de acuerdo” hasta “muy en desacuerdo”
Fiabilidad ante conflicto socio-comunitario	Es el grado de desacuerdo entre individuos y grupos con respecto al uso de recursos naturales y servicios públicos de los que depende el cultivo de café.	Discursos de suma cero	Reclamamos nuestro derecho al agua, aunque surja de otras tierras	“muy cierto” hasta “nada cierto”

Una vez construida la escala se procedió a su aplicación en la asociación de caficultores de las comunidades. Al momento de entregarles la encuesta se les explicó que se tratada de un estudio para micro financiamiento y que los resultados de la encuesta no afectaría ni positiva ni negativamente sus ingresos o su situación de caficultor. Al terminar de responder, se revisó el cuestionario y en los casos en que alguna respuesta se repetía o la ausencia de alguna se les pidió que escribieran las razones por las que repitieron la respuesta o dejaron en blanco el ítem. La captura de datos se realizó en el Programa Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS por sus siglas en inglés) y Análisis de Momentos Estructurales (AMOS por sus siglas en inglés) en sus versiones 20.0.

Análisis

Se llevaron a cabo pruebas de distribución normal, confiabilidad, validez, correlación y varianza (véase tabla 6).

Normalidad. Se utilizó el parámetro de Curtosis para establecer la distribución normal de las respuestas al instrumento. También se estimó el parámetro Bootstrap para establecer el nivel de significancia.

Confiabilidad. Se utilizó el estadístico alfa de Crombach para estimar la consistencia interna de los ítems en referencia a la escala o subescalas. Se consideró un valor cercano a la unidad como sinónimo de colinealidad y un valor cercano a cero como evidencia de relación espuria. Los valores que superaron el 0,60 hasta 0,90 fueron asumidos como argumento de confiabilidad. De este modo, la escala obtuvo una confiabilidad general de 0,718 y las subescalas obtuvieron alfas de 0,691 para riesgo socio-ambiental, 0,719 para incertidumbre sociopolítica y 0,791 para conflicto socio-comunitario.

Validez. Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación varimax para establecer las correlaciones entre los ítems y los factores.

Los valores superiores a 0,300 fueron asumidos como evidencia de validez de constructo. El primer factor relativo a la fiabilidad ante riesgos socio-ambientales explicó el 48% de la varianza e incluyó los ítems 3, 8, 11 y 16 mientras que el segundo factor alusivo a la fiabilidad ante incertidumbre sociopolítica se conformó por los reactivos 21, 22 y 27 explicando el 19% de la varianza. Por último, el tercer factor se refirió a la fiabilidad ante conflictos socio-ambientales explicó el 8% de la varianza e incluyó los indicadores 40, 48, 49 y 52

Correlación. Se estimó una correlación de Pearson para establecer relaciones de dependencia entre los factores y poder especificar un modelo lineal general. Los valores entre 0,30 y 0,90 fueron considerados como sinónimos de asociación. **Anova.** Se utilizó el parámetro de Levene para la homogeneidad de la varianza y Fisher para las diferencias a fin de establecer diferencias entre los grupos de caficultores, distribuidores y vendedores según su grado de riesgo, incertidumbre y conflicto.

Tabla 6.

Normalidad, confiabilidad y validez

Código	Ítem	M	DE	Curtosis	Alfa	F1	F2	F3
R3	Este año estamos a expensas de las sequías, pero unidos sacaremos adelante a nuestras familias	3,54	0,15	1,25	0,71	0,365		
R6	Las lluvias son fuertes, aunque estamos seguros de que unidos rescataremos nuestras cosechas	2,46	0,82	1,82	0,75	0,112		
R8	Las plagas son un mal presagio, pero si nos unimos podemos exterminarlas	1,68	0,86	1,49	0,69	0,476		
R11	Los políticos prometen dinero, pero la asociación ya juntó lo que se necesita para la siembra y cosecha del próximo año	3,75	0,71	2,31	0,68	0,587		
R16	Aunque el café se pierda, lo importante es que entre los caficultores no hay rencillas	1,81	0,90	1,90	0,60	0,314		
R19	Estamos hoy mas que nunca comprometidos con nuestra gente, por eso nuestras diferencias ya las superamos	3,82	0,17	1,02	0,74	0,168		
R21	Hace un año perdimos nuestras cosechas por egoístas, ahora estamos unidos ante cualquier emergencia	3,01	0,28	2,81	0,70		0,414	
R22	Hace poco la tierra era infértil, pero con la ayuda de todos logramos rescatarla	1,92	0,48	2,01	0,71		0,719	
R27	Todavía recordamos cuando nos negaron los créditos, ahora somos nosotros quienes prestamos a la gente	2,31	0,47	1,09	0,60		0,392	
R29	El agua escaseó todo el año, pero con la gestión de la asociación logramos recuperar el sistema de riego	3,51	0,26	1,04	0,66		0,125	
R31	Las lluvias dividieron a nuestra gente, hoy sabemos como almacenarla para suministrarla cuando escasee	3,79	0,41	1,02	0,68		0,168	
R33	En el pasado los políticos nos dejaron solos, ahora nos ayudaos entre todos para los gastos del cultivo de café	1,92	0,29	2,01	0,72		0,159	
R40	Reclamamos nuestro derecho al agua para la siembra y la cosecha, aunque surja de otras tierras	1,82	0,36	1,92	0,73			0,576
R48	Cuando otros caficultores nos ofrecen ayuda, les recordamos que ni en inundaciones queremos su apoyo	1,90	0,46	1,03	0,61			0,614
R49	En temporada de sequías, nos abastecemos de agua sin importar de donde la encontremos	2,81	0,45	1,84	0,69			0,592
R52	En temporada de huracanes buscamos apoyo económico, aunque el dinero sea para otras comunidades	3,81	0,51	1,72	0,74			0,815
R58	La pérdida de cultivos provocó que rebajáramos la calidad del café y aumentáramos su precio	2,91	0,71	1,62	0,75			0,251
R59	En una situación de deslave mi esposa e hijos son más importantes que cualquier familia o persona	2,74	0,38	1,04	0,67			0,258

Bootstrap = 0,000; Curtosis = 2,0156; Alfa general = 0,718; KMO = 0,827; $X^2 = 0,127$; 12 gl; $p = 0,000$; F1 = Fiabilidad ante riesgo socio-ambiental (48% de la varianza explicada y alfa = 0,691), F2 = Fiabilidad ante incertidumbre sociopolítica (19% de la varianza explicada y alfa = 0,719), F3 = Fiabilidad ante conflicto socio-comunitario (8% de la varianza explicada y alfa = 0,791),

Resultados

Una vez establecidas las propiedades psicométricas, se procedió a estimar las asociaciones entre los factores (véase tabla 7).

La fiabilidad ante riesgos socio-ambientales correlacionó positivamente con la fiabilidad ante la incertidumbre sociopolítica ($r = 0,728$; $p = .000$). Tal hallazgo es relevante ya que un aumento de la unión entre caficultores,

distribuidores y vendedores ante sequías e inundaciones está vinculada con un crecimiento de la unión entre estos microempresarios ante los desaciertos de sus autoridades. Es decir, ante las amenazas ambientales como la corrupción o la opacidad política unen a los caficultores, empero tales situaciones están relacionadas negativamente al surgir diferencias entre ellos ($r = -0,418$; $p = 0.000$ y $r = 0,515$; $p = 0.000$ respectivamente).

Tabla 7.

Correlaciones entre los factores

Factor	F1	F2	F3
Fiabilidad ante riesgo socio-ambiental	1,0271		
Fiabilidad ante incertidumbre sociopolítica	0,728***	1,0392	
Fiabilidad ante conflicto socio-comunitario	-0,418***	-0,515***	1,0482

Los riesgos, incertidumbres y conflictos impactan diferencialmente a caficultores, distribuidores y vendedores (véase tabla 8). En la primera situación, las sequías e inundaciones propician diferencias significativas entre productores, distribuidores y vendedores al momento de intentar unirse para afrontar las problemáticas ($F = 24,812$; $p = 0,001$),

sin embargo, respecto a la corrupción u opacidad de sus autoridades, las diferencias se reducen a su mínima expresión ya que no existen diferencias significativas entre los grupos ($F = 14,811$; $p = 0,230$). Por último, los conflictos derivados de la administración de los recursos naturales propician diferencias entre los tres grupos ($F = 17,812$; $p = 0,000$).

Tabla 8.

Pruebas de diferencias entre medias

Situación	Grupo	M	DE	Mínimo	Máximo	Levene	P	F	P
Riesgo socio-ambiental	Productores	24,895	3,765	23,00	34,00				
	Distribuidores	25,907	4,698	21,00	43,00	4,025	0,000	24,812	0,001
	Vendedores	24,837	5,721	26,00	30,00				
Incertidumbre sociopolítica	Productores	21,091	2,365	23,00	43,00				
	Distribuidores	24,100	4,398	24,00	36,00	1,829	0,000	14,811	0,230
	Vendedores	21,331	2,421	22,00	37,00				
Conflicto socio-comunitario	Productores	26,591	3,165	26,00	45,00				
	Distribuidores	21,803	2,298	21,00	39,00	3,823	0,000	17,812	0,001
	Vendedores	23,731	4,121	20,00	36,00				

En síntesis, la fiabilidad de caficultores, distribuidores y vendedores ante riesgos socio-ambientales, incertidumbres sociopolíticas y conflictos socio-comunitarios parece estar diseminada. Ello implica que la relación entre ciudadanos y autoridades está expuesta a cambios ambientales y políticos que hacen más vulnerable a la microrregión de estudio.

Por ello, es indispensable diseñar un sistema tarifario para reconstruir no sólo la fiabilidad entre ciudadanos, sino la confianza para con sus autoridades. En este sentido, es indispensable un sistema de tarifas para regular los servicios públicos y redistribuir los recursos naturales.

Discusión

El presente trabajo ha establecido diferencias significativas entre caficultores, distribuidores y vendedores con respecto a su fiabilidad ante riesgos, incertidumbres y conflictos relativos a inundaciones, sequías o acceso de recursos financieros y naturales. En referencia al estudio de Topa, Moriano, Morales y Moreno (2010) en donde el apoyo grupal y organizacional se relacionó positivamente con la identidad grupal y organizacional, el presente estudio encontró una desunión al momento de enfrentar contingencias ambientales y conflictos por el manejo de los recursos. Es decir, la identidad de grupo que parece unir a los caficultores ante los desaciertos de sus autoridades en materia de gestión de recursos, parece diluirse al momento de surgir contingencias ambientales como sequías e inundaciones. En este sentido, es menester profundizar en los procesos de identidad y alteridad de la ciudadanía para con sus autoridades en situaciones de riesgo ambiental e incertidumbre política.

No obstante que la identidad de caficultores está orientada al financiamiento gubernamental y las contingencias ambientales, su fiabilidad está imbricada en los conflictos que se generan al interior de la asociación de productores, distribuidores y vendedores de café ya que a diferencia de los procesos de confianza en los que la estabilidad es su condición indispensable, la fiabilidad por el contrario emerge ante situaciones inestables. Es por ello que la comparación, entre grupos que interactúan en ambientes estables en referencia a grupos que se interrelacionan en situaciones inestables, deberá considerar a la participación política como un indicador de gobernanza de los recursos naturales.

Sin embargo, el estudio de Rubio, Herrera y Pérez (2007) muestra que la supervivencia activa redes de colaboración y confianza en las que las comunidades desarrollan un capital más vertical que horizontal, ello implica no sólo la exclusión de autoridades en referencia a la toma de decisiones para el afrontamiento de riesgos ambientales, sino además supone la emergencia y reconfiguración de asociaciones paralelas a las instituciones del Estado. Se trata de una fiabilidad cercana a organizaciones civiles más que gubernamentales o políticas. Es decir, la sociedad en general y las comunidades en particular, están perdiendo la solidaridad que la caracterizaba ante contingencias ambientales, crisis económicas o ingobernabilidad política.

Ayer las problemáticas ambientales, económicas y políticas unían tanto a grandes como a pequeñas comunidades, hoy sequías e inundaciones, opacidad y corrupción parecen unir y fragmentar a los grupos ya que el capital natural no deviene en capital social, humano o heredado.

En tal panorama, la gobernanza de los recursos naturales está confinada a tratar de unir a individuos, grupos, comunidades, barrios u organizaciones más que a la preservación del capital natural para beneficio de las especies actuales y futuras, vegetales y animales.

Conclusión

El aporte del presente estudio al marco teórico conceptual y los hallazgos empíricos reportados en el estado del conocimiento estriba en que ante situaciones de riesgo, incertidumbre y escasez, subyacen las diferencias perceptuales entre caficultores, distribuidores y vendedores en la demarcación de estudio.

Esto es así porque la colaboración entre los grupos se disemina en otros grupos, pero las crisis ambientales e hídricas exacerban las necesidades, expectativas e intereses de los actores implicados.

En otras palabras, la fiabilidad, confianza y compromiso entre los actores se ajusta a una dinámica de escasez de los recursos más que a los acuerdos sociopolíticos o comunitarios. Este aporte es fundamental para entender la gobernanza de los recursos comunes ante la emergencia y diversificación de intereses.

Un escenario en el que los recursos se extinguen llevaría a las comunidades a una tragedia y a su sistema político a la ingobernabilidad una vez que la crisis ambiental e hídrica aflora en su contexto de desarrollo.

Por ello se recomienda restablecer e incentivar los lazos de cooperación entre las comunidades justo cuando las crisis se presentan.

Una estrategia de intervención sería la formación de cooperativas que una vez establecidas permitiría el financiamiento de las pérdidas de cultivo y ganado inherentes a los desastres naturales.

En este sentido, las políticas de fomento empresarial deberán aprovechar el sistema de cooperativas y cajas de ahorro para asegurar los cultivos, el ingreso económico de las comunidades y su abastecimiento de agua.

Referencias

- Rubio, M., Herrera, O. y Pérez, M. (2007). El capital social en el distrito de comunidades de Ixtlán: Estudios de caso de la Trinidad, Santa Catarina Ixtepeji e Ixtlán de Juárez. *Naturaleza y Desarrollo*, 5, 17-26
- Topa, G., Moriano, J., Morales, J., Moreno, A. (2010). Identificaciones múltiples y ciudadanía en el trabajo: mediación de las fuentes de apoyo social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42, 427-436
- Araujo, X. (2012). Una revisión básica sobre conceptos y teorías de gobernabilidad. *Geoenseñanza*, 9, 203-212
- Bermúdez, E. (2000). El desanclaje de la política. *Espacio Abierto*. 9, 355-364
- Brites, W. (2012). Las adversidades del habitat en conjuntos habitacionales de población relocalizada. En Teolinda, Bolivar. y Erazo, Jaime (coord.). *Dimensiones del habitat popular mexicano*. (pp. 121-142). Quito: Clacso

- Cabral, B. (2008). Mujeres, conciencia de género y participación política. *Fermentum*, 53, 493-505
- Castillo, J., Esparza, J., Argueta, F., Marqués, A. y Velázquez, A. (2010). Análisis de la opinión pública en la imagen proyectada en medios impresos por candidatos a diputados *Razón y Palabra*, 73, 1-27
- Castro, O. (2012). *Impacto urbano ambiental en la Ciudad de México generado por la urbanización. Estudio de caso*, Santa Fe. Tesis de Doctorado, Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Ingeniería y Arquitectura.
- Díaz, C. (2013). Nueva gestión pública y gobernanza: desafíos en su implementación. *International Journal of Conscience*, 8, 177-194
- Escobar, M. (2012). La participación ciudadana, análisis a partir de la transición democrática. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*, 8, 119-140
- Giddens, A. (2011). *La constitución de la sociedad. Bases para la Teoría de la Reestructuración*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Guillén, A. (2010). Perspectivas de medio ambiente en Venezuela. *Cuadernos UCAB*, 10, 29-55
- Ide, A. (2012). *Renovación urbana sustentable. Estrategias de poblamiento para la ciudad de Puerto Montt, Terminal marítimo de pasajeros*. Tesis de Doctorado, Universidad de Chile, Facultad de Arquitectura y Urbanismo.
- Iglesias, Á. (2010). La planificación estratégica como instrumento de gestión pública en el gobierno local: análisis de caso. *Cuadernos de Gestión*, 10, 101-120.
- Innerarity, D. (2012). La gobernanza global, de la soberanía a la responsabilidad. *Revista Cidob*, 100, 11-23
- Jimeno, M. (2007). Cuerpo personal y cuerpo político. Violencia, cultura y ciudadanía neoliberal. *Universitas Humanística*, 63, 15-34
- Kantor, X. (2008). *Competitividad de la ciudad intermedia en la red global de ciudades. Caso región central Cundinamarca, Bocaya y Tolima*. Tesis de Doctorado, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Arquitectura y Diseño.
- Lezama, J. (2004). *Teoría social, espacio y sociedad*. México: Colmex
- Loyola, C. y Rivas, J. (2010). Análisis de indicadores de sustentabilidad para su aplicación en la ciudad. *Tiempo y Espacio*, 25, 1-15
- Machado, C. (2012). Aproximaciones para la reestructuración física y social de la vivienda popular de Caracas. En Teolinda, Bolívar. y Erazo, Jaime (coord.). *Dimensiones del habitat popular mexicano*. (pp. 337-352). Quito: Clacso
- Maisley, N. (2013) ¿Oportunidad u obstáculo? El incipiente derecho a la participación pública en asuntos ambientales globales, a la luz de la Teoría de la Democracia Cosmopolita. *Revista de Derecho Ambiental de la Universidad de Palermo*, 11, 113-150.

- Mota, L. (2002). La política social del gobierno del cambio. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 30, 241-255
- Muñoz, D, y Martínez, J. (2007). Aproximaciones conceptuales a las políticas juveniles: desmodernización, anticipación moral y política de vida. *Universitas Humanística*, 64, 67-91
- Mussetta, P. (2009). Participación y gobernanza. El modelo del gobierno del agua en México. *Espacios Públicos*, 25,66-84
- Naranjo, G., Lopera, J. y Granada, J. (2009). Las políticas públicas territoriales como redes de política pública y gobernanza local: la experiencia de diseño y formulación de las políticas públicas sobre desplazamiento forzado en el departamento de Antioquia y la Ciudad de Medellín. *Estudios Políticos*, 35, 81-105
- Navarro, J. y Ortuño, A. (2011). Aproximación a la génesis de la contribución de la densidad en la noción de ciudad compacta. *Eure*, 37, 23-41
- Nin, M. (2012). La gobernanza como clave para comprender el control de la fiebre aftosa la Pampa, Argentina. *Huellas*, 16, 36-53
- Orgaz, L., Molina, L. y Carrasco, C. (2011). El creciente peso de las economías emergentes en la economía y gobernanza mundiales. Los países BRIC. *Documentos Ocasionales*, 1101, 1-24.
- Páez, A. (2006). La participación ciudadana y su relación con el acceso a la información pública. *Ra Xhimai*, 3, 611-640.
- Pallares, G. (2012). Derecho a la ciudad: personas sin hogar en la ciudad de Buenos Aires. En Teolinda, Bolivar. y Erazo, Jaime (coord.). *Dimensiones del habitat popular mexicano*. (pp. 171-186). Quito: Clacso
- Paniagua, L. (2012). Disputas urbanas: el espacio y la diferenciación en el barrio. En Teolinda, Bolivar. y Erazo, Jaime (coord.). *Dimensiones del habitat popular mexicano*. (pp. 245-266). Quito: Clacso
- Pérez, G. (2010). Financiamiento de proyectos urbano-ecológicos mediante intercambio de bonos de carbono. *Urbano*. 22, 7-21
- Pérez, T. (2011). Propuesta metodológica que permitan establecer las pautas que permitan consolidar el espacio público y su sostenibilidad. Tesis de Doctorado, Universidad Central de Venezuela, Facultad de Arquitectura y urbanismo.
- Piña, E. (2012). Evaluación prospectiva para la constitución de reservas territoriales para vivienda social años 2012-2025 en la ciudad de San Luis, México. *Quivera*, 14, 20-46
- Rico, A. (2007). Tipologías de consumo de agua en abastecimientos urbano-turísticos de la comunidad valenciana. *Investigaciones Geográficas*, 42, 5-34.

- Rodríguez, P. (2010). Gobernanza multinivel y política regional europea. *Revista de Estudios Regionales*, 88, 199-222
- Rosas, F., Calderón, J. y Campos, H. (2012). Elementos conceptuales para el análisis de la gobernanza territorial. *Quivera*, 14, 113-136
- Sánchez, A. (2011). *Índices de sustentabilidad en proyectos de vivienda de interés social caso Ciudad de Pereira*. Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ingeniería y Arquitectura.
- Santamaría, R. (2012). La acreditación de una necesidad de vivienda como requisito para la transformación del suelo rural. *Redur*, 10, 193-206
- Trujano, M. (2011). La individualidad altamente reflexiva. *Argumentos*, 24, 199-225
- Valencia, L. (2006). Neoliberalismo y gobernabilidad democrática en América Latina. *Papeles Políticos*, 11, 475-487
- Valenzuela, M. (2009). Ciudad y sostenibilidad. El mayor reto urbano del siglo XXI. 32, 405-436

“CUÁNTAS DIMENSIONES MIDE LA EMPATÍA? EVIDENCIA EMPÍRICA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE REACTIVIDAD INTERPERSONAL EN BRASILEÑO”

"HOW MANY DIMENSIONS MEASURE EMPATHY?
EMPIRICAL EVIDENCE MULTIDIMENSIONAL SCALE OF INTERPERSONAL
REACTIVITY IN BRAZILIAN"

“QUANTAS DIMENSÕES MENSURAM A EMPATIA?
EVIDÊNCIA EMPÍRICA DA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE REATIVIDADE
INTERPESSOAL EM BRASILEIROS”

Investigadores: Nilton S. Formiga¹, Leonardo R. Sampaio² y Pamela Rocha B. Guimarães³
Faculdade Internacional da Paraíba/Laureate International Universities, Brasil. João Pessoa,
PB – Brasil. Universidade Federal do Vale do São Francisco – Petrolina, PE, Brasil

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”⁴
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

94

Recibido: 05 de enero de 2015

Aceptado: 30 de Abril de 2015

Resumen

Se define la empatía como una respuesta afectiva origen evolutivo más adecuado de la situación de la que no sea el propio observador. En Brasil, algunas escalas de medición esta construcción, entre ellos, destacan la multidimensional Davis reactividad interpersonal, que tiene un cuerpo de teoría y operación muy organizada. En Brasil, esta escala fue adaptada y validada: un estudio exploratorio fijado en tres dimensiones y en otro estudio, de confirmación, se demostrara cuatro factores.

¹ Correspondencia remitir a nsformiga@yahoo.com Nilton Formiga. Doutor em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Atualmente é professor do na Faculdade Internacional da Paraíba/Laureate International Universities; Endereço correspondência: Rua Lionildo Francisco de Oliveira, 380. Bairro dos Estados. CEP.: 58030-216. João Pessoa - PB. Brasil.

² Correspondencia remitir a leorsampaio@yahoo.com.br Leonardo Sampaio. Doutor em Psicologia Cognitiva pela UFPE; professor do Colegiado de Psicologia da UNIVASF. Coordenador do Laboratório de Desenvolvimento-Aprendizagem e Processos Psicossociais (LDAPP).

³ Correspondencia remitir a pamisbagano@hotmail.com Pamela Rocha. Psicóloga pela UNIVASF. Membro do Laboratório de Desenvolvimento-Aprendizagem e Processos Psicossociais (LDAPP).

⁴ Correspondencia remitir a revistacientificaeureka@gmail.com, norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Teniendo en cuenta los resultados de dos estudios que abordan las limitaciones psicométricas presentados en el estudio exploratorio, tenemos la intención de evaluar, a partir de un análisis del modelo estructural, si tres o cuatro factores son más apropiados para medir la empatía. 651 sujetos, hombres y mujeres, mayores de 17 y 27 años, mayor nivel educativo de los encuestados Escala Multidimensional de la reactividad interpersonal. Se observó indicadores psicométricos para garantizar la coherencia estructural de la escala de reactividad interpersonal medido cuatro factores para muestras brasileñas.

Palabras Clave: Empatía, Jóvenes, Modelo Estructural.

Resumo

Define-se empatia como uma resposta afetiva de origem evolutiva mais apropriada à situação do outro do que à do próprio observador. No Brasil, algumas escalas mensuraram esse construto; dentre elas, destaca-se a escala multidimensional de reatividade interpessoal de Davis, por ter um corpo teórico e operacionalização bastante organizada. No Brasil, adaptou-se e validou-se esta escala: em um estudo exploratório estabeleceu três fatores e, em outro estudo, confirmatório, quatro fatores foram comprovados. Considerando os resultados dos dois estudos, especificamente, as limitações psicométricas apresentadas no estudo exploratório, pretende-se avaliar, a partir de uma análise de modelagem estrutural, se três ou quatros fatores são mais adequados para mensurar a empatia. 651 sujeitos, do sexo masculino e do sexo feminino, com idades de 17 e 27 anos, do nível educacional superior responderam a Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal. Observaram-se indicadores psicométricos que garantiram a consistência estrutural da escala de reatividade interpessoal mensurada em quatro fatores para amostras brasileiras.

95

Palavras Chave: Empatia, Jovens, Modelagem Estrutural.

Abstract

It is defined empathy as an affective response more appropriate evolutionary origin of the other's situation than that the observer himself. In Brazil, some scales measured this construct, among them, we highlight the multidimensional Davis interpersonal reactivity, having a body of theory and very organized operation. In Brazil, this scale was adapted and validated: an exploratory study set in three dimensions and in another study, confirmatory, four factors were proven. Considering the results of two studies addressing the psychometric limitations presented in the exploratory study, we intend to evaluate, from a structural modeling analysis, if three or four factors are more appropriate to measure empathy. 651 subjects, male and female, ages 17 and 27 years, higher educational level of respondents Multidimensional Scale of the Interpersonal Reactivity. It was observed psychometric indicators to ensure structural consistency of the interpersonal reactivity scale measured four factors to Brazilian samples.

Keywords: Empathy, Young, Structural Modeling.

Introdução

A empatia refere-se a uma disposição funcional das pessoas para as trocas de experiências expostas, incondicionalmente, em relação ao outro (Wispé, 1990; Decety & Jackson, 2004; Decety, 2005; Enz & Zoll, 2006; Decety, Michalska & Akitsuki, 2008).

Esse construto pode ser definido como uma resposta afetiva de origem evolutiva que é mais apropriada à situação do outro do que da própria pessoa; teoricamente, uma é pessoa considerada empática é capaz de experimentar vicariamente emoções sentidas por outra pessoa, adotar o ponto de vista do outro, compreender suas motivações e necessidades e atribuir atitudes e comportamentos ao outro com a função de prover ajuda, agregação, cuidado, justiça e solidariedade (Mehrabian & Epstein, 1972; Davis 1983; Eisenberg & Strayer, 1990; Batson, Tricia, Highberger & Shaw, 1995; Hoffman, 2000; Batson, Eklund, Chermok, Hoyt & Ortiz, 2007).

No Brasil as concepções teóricas sobre o construto da empatia estão distribuídas em vários estudos da ciência psicológica e afins (Camino, 1979; Cecconello & Koller, 2000; Ribeiro, Koller & Camino, 2002; Echer, 2005; Oliveira & Rodrigues, 2005; Pavarino, Del Prete & Del Prete, 2005; Motta, Falcone, Clark & Manhães, 2006; Saupe & Budó, 2006; Tavares, 2006; Falcone, Gil & Ferreira, 2007; Falcone et al., 2008).

Nestes estudos, a forma e o tipo de mensuração da empatia tem se apresentado, operacionalmente, com inúmeras variações na concepção e construção do construto destinado a adaptação e validade dos instrumentos de medida.

Apesar da diversidade da mensuração, no Brasil, as escalas (por exemplo, Contagio Emocional, Habilidades Sociais e Inteligência Emocional, Inventário De Empatia, Empatia Focada em Grupos) têm contribuído para suprir o problema da medida desse construto (Siqueira, Barbosa & Alves, 1999; Bandeira, Costa, Del Prette, Del Prette & Gerk-Carneiro, 2000; Ribeiro et. al., 2002; Del Prette & Del Prette, 2005; Gouveia, Guerra, Primi, Bueno & Muniz, 2006; Woyciekoski, 2006; Falcone et. al., 2008; Galvão, Camino, Gouveia & Formiga, 2010).

Todas as escalas supracitadas buscam, conceitualmente, avaliar a capacidade do ser humano, em relação ao pensar, sentir e agir, na e com a experiência do outro, com o objetivo de qualificar sua relação social e emocional; mas, é a escala de empatia desenvolvida por Mark Davis (1983), conhecida no Brasil como Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI), que possui um corpo teórico e de mensuração bem organizados, assim como, é a que tem sido utilizada como variável explicativa em vários estudos no Brasil que salientam variáveis psicológicas e psicossociais (Camino & Camino, 1996; Ribeiro, Koller & Camino, 2002; Sampaio, Camino & Roazzi, 2010; Sampaio, Monte, Camino & Roazzi, 2008; Rique et. al., 2010).

A importância da qualidade da escala desenvolvida por Mark Davis para avaliar a empatia deve-se, de acordo com Ribeiro et al. (2002), a perspectiva metodológica e teórica adotada pelo autor, na medida em que ele propõe um instrumento com construtos que condizem com uma visão psicogenética, evolutiva e multidimensional da empatia.

De acordo com Davis (1983), as habilidades empáticas são distribuídas em quatro construtos independentes, os quais avaliam experiências afetivas e cognitivas da pessoa, destaca-se: o construto tomada de perspectiva do outro (refere-se à capacidade cognitiva voltada para a compreensão e coordenação de percepções do outro que visem à solução de conflitos interpessoais e sociais), fantasia (refere-se a habilidade de se identificar com personagens ficcionais em novelas, filmes e romances e sentir junto com eles, uma adesão involuntária às condições afetivas de alegria, tristeza, raiva etc. e/ou de necessidade destes personagens), consideração empática (diz respeito à capacidade de avaliar e sentir com o outro, bem como do reconhecer seus afetos e necessidades, que pode ser experimentada no *self* como uma motivação de cunho pró-social que pode levar ao comportamento de ajuda) e a angústia pessoal (refere-se a um sentimento de tensão e desconforto, frente à condição de necessidade do outro, podendo gerar comportamentos de afastamento ao invés de comportamentos de ajuda).. Estudos no Brasil propuseram a adaptação e validade da EMRI; um desses primeiros estudos foi desenvolvido por Ribeiro, Koller e Camino (2002), esses autores, adaptaram e validaram esta para o contexto brasileiro e revelou consistência tanto teórica quanto empírica com indicadores psicométricos aceitáveis. Porém, Ribeiro et al. (2002) não incluíram a dimensão da fantasia, justificando que, durante o ano de realização do estudo, a partir de uma comunicação pessoal com Eisenberg, este, recomendou-se que a dimensão de fantasia não contribui à concepção do construto da empatia, bem como, não interferia na consistência psicométrica no contexto cultural dos Estados Unidos. Isto fez com que os autores brasileiros, por parcimônia, excluíssem a dimensão fantasia da escala de empatia.

Em 2010, Sampaio, Guimarães, Camino, Formiga e Menezes (2011), desenvolveram dois estudos, com amostras de jovens brasileiros de 17 a 25 anos de idade, contemplando as quatro dimensões do construto da EMRI, a fim de avaliar tanto a estrutura dimensional da empatia quanto a consistência dos indicadores psicométricos da escala para uso no Brasil. A partir dos resultados destes estudos, Sampaio et al. (2011) observaram que os indicadores psicométricos garantiram a validade e consistência interna, bem como, a estrutura fatorial, confirmando a organização item-fator da EMRI de forma mais robusta; inclusive, observou que a dimensão de Fantasia foi a que apresentava maior alfa de consistência interna e média comparada aos demais fatores da EMRI. Apesar da garantia e consistência da mensuração da EMRI observada nos estudos de Ribeiro et al. (2002) em sua forma reduzida e de Sampaio et al. (2011) na forma completa, questiona-se: quantos fatores serão adequados para mensurar o construto da empatia? Com isso, pretende-se, a partir de uma análise da equação estrutural verificar tal hipótese, especificamente, quanto a organização fatorial, apontada pelos autores supracitados; afinal qual estrutura fatorial é que apresenta os melhores indicadores psicométricos? Tomando como base do estudo a perspectiva teórica de Davis (1983) e o estudo de Sampaio et al. (2011), devido a qualidade e sofisticação metodológica e estatística, para comparar ao modelo trifatorial apresentando por Ribeiro et al. (2002), espera-se que a escala que contempla os quatro fatores (tomada de perspectiva do outro, consideração empática, angústia pessoal e fantasia) seja a mais adequada para explicar o construto da empatia, já que esta organização fatorial é que contempla a proposta original de Mark Davis.

Método

Amostra

Participaram do estudo, 651 sujeitos, do sexo masculino (39%) e do sexo feminino (61%), de 17 a 27 anos ($M = 21,07$; $d.p. = 2,16$). Estes foram do nível universitário de uma instituição privada e de uma pública, da cidade de Petrolina/PE e de João Pessoa-PB. A amostra foi não probabilística, pois considerou-se o aluno que, consultado, se dispôs a colaborar, respondendo o questionário que foi apresentado.

Instrumentos

Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis – EMRI. Trata-se de um instrumento elaborado por Davis (1983) e adaptado em sua versão original por Sampaio, Guimarães, Camino, Formiga e Menezes (2011) para o contexto brasileiro. O instrumento é composto por 26 sentenças que descrevem comportamentos, sentimentos e características relacionadas à empatia, que são utilizadas para avaliar as seguintes dimensões da empatia:

- Angústia pessoal (AP) - avalia as sensações afetivas de desconforto, incômodo e desprazer dirigidas para o *self*, quando o indivíduo imagina o sofrimento de outrem (por exemplo, *Perco o controle quando vejo alguém que esteja precisando de muita ajuda; Fico apreensivo em situações emergenciais*, etc.);

- Consideração empática (CE) - esta dimensão relaciona-se aos sentimentos dirigidos ao outro e à motivação para ajudar pessoas em necessidade, perigo ou desvantagem (Ex: *Sinto compaixão quando alguém é tratado injustamente; Quando vejo que se aproveitam de alguém, sinto necessidade de protegê-lo*, etc.).

- Tomada de perspectiva (TP) - mede a capacidade cognitiva do indivíduo de se colocar no lugar de outras pessoas, reconhecendo e inferindo o que elas pensam e sentem (Ex: *Imagino como as pessoas se sentem quando eu as critico; Tento compreender meus amigos imaginando como eles vêem as coisas*, etc.);

- Fantasia (FS) - a primeira designa a habilidade de se colocar no lugar de outras pessoas, tomando suas perspectivas e imaginando o que elas pensam ou sentem; a subescala de fantasia avalia a tendência de transpor a si mesmo imaginativamente, colocando-se no lugar de personagens de filmes e/ ou livros (Ex: *Tenho facilidade de assumir a posição de um personagem do filme; Depois de ver uma peça de teatro ou um filme sinto-me envolvido com seus personagens*, etc.).

Cada uma destas subescalas é composta, por uma quantidade específica de itens: FS e CE, sete proposições, AP e TP, seis proposições. Todas elas foram avaliadas por escalas *likert*, que variam de 1 (“não me descreve bem”) a 5 (“descreve-me muito bem”).

Escore mais altos indicam níveis mais elevados em cada uma dessas dimensões e a soma dos escores de todas as subescalas é utilizada para calcular o nível global de empatia. O item 2 (*Sou neutro quando vejo filmes*) deve ter sua pontuação invertida, pois foi elaborado na direção contrária a dos demais itens da escala.

Além do IRI foi utilizado um pequeno questionário para levantar alguns dados sociodemográficos como idade, sexo, curso, etc. dos participantes.

Procedimientos

Todos os procedimentos adotados nesta pesquisa seguiram as orientações previstas na Resolução 196/96 do CNS e na Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (Conselho Nacional de Saúde - CNS, 1996; Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia - ANPEPP, 2000).

Administração

Quatro colaboradores com experiência prévia na administração do EMRI foram responsabilizados pela coleta dos dados, e apresentaram-se nas salas de aula como interessados em conhecer as opiniões e os comportamentos dos alunos sobre as situações descritas nos instrumentos.

Solicitou-se a colaboração voluntária dos jovens no sentido de responderem um breve questionário. Após ficarem cientes das condições de participação na pesquisa, assinaram um termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi-lhes dito que não havia resposta certa ou errada. A todos foi assegurado o anonimato das suas respostas informando que estas seriam tratadas em seu conjunto. A *Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis* – EMRI foi respondida individualmente. Apesar de o instrumento ser auto-aplicável, contando com as instruções necessárias para que possam ser respondidos, os colaboradores na aplicação estiveram presentes durante toda a aplicação para retirar eventuais dúvidas ou realizar esclarecimentos que se fizessem indispensáveis. Um tempo médio de 30 minutos foi suficiente para concluir essa atividade.

Análise dos dados

Quanto à análise dos dados, tomando como base o estudo de Ribeiro, Koller e Camino (2002) e de Sampaio, Guimarães, Camino, Formiga e Menezes (2011) realizou-se uma análise fatorial confirmatória, com o objetivo de comparar qual modelo multidimensional, previamente encontrado por esses autores, apresentaria melhores indicadores da sua estrutura fatorial.

Considerou-se como entrada a matriz de covariâncias, tendo sido adotado o estimador *ML* (*Maximum Likelihood*). Sendo um tipo de análise estatística mais criteriosa e rigorosa, testou-se a estrutura teórica que se propõe neste estudo: isto é, a estrutura com quatro fatores. Esta análise apresenta alguns índices que permitem avaliar a qualidade de ajuste do modelo proposto (Byrne, 1989; Joreskog & Sörbom, 1989; Tabachnick & Fidell, 1996; Van De Vijver & Leung, 1997; Kelloway 1998; Hair, Tatham, Anderson & Black, 2005; Bilich, Silva & Ramos, 2006).

A seguir serão apresentados esses indicadores:

- O χ^2 (qui-quadrado) testa a probabilidade do modelo teórico se ajustar aos dados: quanto maior o valor do χ^2 pior o ajustamento. Entretanto, ele tem sido pouco empregado na literatura, sendo mais comum considerar sua razão em relação aos graus de liberdade ($\chi^2/g.l.$). Neste caso, valores entre 2 e 5 indicam um ajustamento adequado.

- *Raiz Quadrada Média Residual* (RMR), que indica o ajustamento do modelo teórico aos dados, na medida em que a diferença entre os dois se aproxima de zero (0).

Resultados e Discussão

- O *Goodness-of-Fit Index (GFI)* e o *Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI)* são análogos ao R^2 na regressão múltipla e, portanto, indicam a proporção de variância-covariância nos dados explicada pelo modelo. Os valores desses indicadores variam de 0 a 1, sendo que os valores na casa dos 0,80 e 0,90, ou superiores, indicam um ajustamento satisfatório.

- A *Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA)*, com seu intervalo de confiança de 90% (IC90%), é considerado um indicador de “maldade” de ajuste, isto é, valores altos indicam um modelo não ajustado. Assume-se como ideal que o RMSEA se situe entre 0,05 e 0,08, aceitando-se valores até 0,10.

- O *Comparative Fit Index (CFI)* - compara de forma geral o modelo estimado ao modelo nulo, considerando valores mais próximos de um como indicadores de ajustamento satisfatório.

- O *Expected Cross-Validation Index (ECVI)* e o *Consistent Akaike Information Criterion (CAIC)* são indicadores geralmente empregados para avaliar a adequação de um modelo determinado em relação a outro. Valores baixos do ECVI e CAIC expressam o modelo com melhor ajuste.

Para atender o objetivo principal do presente estudo, empregou-se o pacote estatístico AMOS 21.0 para efetuar uma análise fatorial confirmatória. Testou-se assim, dois modelos considerando a seguinte estrutura fatorial da Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal: (a) Modelo multifatorial reduzido, com três fatores, de acordo com a concepção de Ribeiro et al. (2002) e (b) Modelo multifatorial, o qual contempla quatro fatores, segundo a proposta teórica de Sampaio et. al. (2011). É neste segundo modelo que se espera observar os melhores indicadores de ajuste, em comparação ao modelo de Ribeiro et al. (2002). Para comprovar a estrutura proposta optou-se por deixar livre as covariâncias (ϕ , ϕ) entre os fatores, revelando que os indicadores de qualidade de ajuste para cada modelo se mostraram próximos as recomendações apresentadas na literatura (Byrne, 1989; Tabachnick & Fidell, 1996; Van De Vijver & Leung, 1997). De acordo com os resultados obtidos nas análises (ver Tabela 1), apesar dos dois modelos multifatoriais apresentarem indicadores estatísticos que justificam a sua fidedignidade estrutural, pode-se destacar que o modelo multidimensional completo, aquele que contempla quatro fatores, proposto por Sampaio et. al. (2011), apresentou melhores resultados em seus indicadores que comprovaram sua estrutura fatorial.

100

Tabela 1.

Comparação da estrutura fatorial da escala EMRI forma completa e reduzida

MODELOS	χ^2/gl	GFI	AGFI	CFI	RMR	RMSEA	CAIC	ECVI
Trifatorial* (Escala reduzida)	1,92	0,93	0,91	0,92	0,07	0,02 (0,00-0,03)	1208,51	0,90 (0,84-0,98)
Tretafatorial [#]	1,04	0,98	0,96	1,00	0,03	0,01 (0,00-0,02)	915,9	0,76 (0,74-0,82)

Notas: $p > 0,05$. *Modelo proposto por Ribeiro, Koller e Camino (2002); #Modelo proposto por Sampaio, Guimarães, Camino, Formiga e Menezes (2011).

Vale destacar que todas as saturações (Lambdas, λ) estiveram dentro do intervalo esperado $|0 - 1|$, denotando não haver problemas de estimação proposta, com todas elas estatisticamente diferentes de zero ($t > 1,96$, $p < 0,05$). Tais resultados corroboraram a estrutura psicométrica composta por quatro fatores [Consideração Empática (CE), Angústia Pessoal (AP) e Tomada de Perspectiva (TP) e Fantasia (FS)] e que esta é a que melhor avalia a empatia assumida pelos sujeitos em termos multidimensionais. Estes fatores, por sua vez, apresentaram lambdas (λ) associativos positivos entre si, os quais foram de 0,33 a 0,51; deve-se também salientar que o cálculo dos alfas de Cronbach variaram de 0,70 a 0,84. Considerando os resultados da análise estrutural, pode-se destacar que o EMRI completo, composto pelos quatro fatores, apresenta melhor resultado em sua estrutura. Independente da quantidade dos componentes da escala em questão, a qual, comparando com a escala reduzida proposta por Ribeiro et al. (2002), a qual apresentou indicadores de ajuste inferiores, a escala proposta por Sampaio et al. (2011), permite, com isso, refletir na seguinte direção: 1 - Existe tanto uma consistência interna e estrutural da EMRI, com essa nova amostra, corroborando o estudo de Sampaio et al. (2011); essa condição, a partir dos indicadores psicométricos, garante a organização multifatorial item-fator da mensuração da empatia e que esta escala, pode ser usada quando se pretender avaliar esse construto em brasileiros salientados em sua formação com quatro fatores; 2 – também é destaque, que, ao se trabalhar com o construto empatia é importante a utilização de todos os fatores, contradizendo a concepção de Ribeiro et al. (2002), pois segundo estes autores a eliminação do fator fantasia foi justificado por causa de um problema metodológico e empírico, fato esse, que não procedeu no presente estudo.

Tal condição coloca em cena o papel da imaginação como uma contribuição, pelo menos, para se organizar cognitivamente o estar no lugar do outro, sentir o que o outro poderia sentir, etc. Em conformidade com Sampaio et al (2001), os resultados do presente estudo mais uma vez confirmam a hipótese de que à capacidade imaginativa relacionada ao construto da Fantasia tem sua importância no contexto brasileiro, no sentido que as pessoas têm uma tendência muito forte a se identificar e serem influenciadas por personagens fictícios de filmes, novelas e comerciais (p. 69), contribuindo, também, para o exercício cognitivo e social da empatia. De acordo com Camino e Cavalcanti (1998), a saliência no acesso a esse fator procura compreender os componentes cognitivos e afetivos da empatia. Para esses autores, a Fantasia sugere que, a partir da identificação com os personagens dos filmes, novelas, etc., ocorram uma potencial mobilização de afetos empáticos nas pessoas. Essa capacidade imaginativa contribui para que elas ajam, opinem e valorem, envolvendo um nível de processamento cognitivo, o qual pode ser capaz de mobilizar a predisposição a sentir empatia.

De forma geral, tanto o fator Fantasia da empatia quanto os demais, sugere que o ser humano é capaz de desenvolver um reconhecimento de uma situação e a preocupação com o outro, como uma espécie de ressonância interpessoal. Isto pressupõe que uma pessoa empática busque o respeito, a compreensão do outro e a participação no espaço sócio-cognitivo do observador no campo dos problemas do outro visando que, tanto quem precisa de ajuda quanto quem pode ajudar se disponha a aberturas do espaço interpessoal e afetivo capaz de estimular e simular convicções, desejos, percepções, se colocando no lugar do sentimento e emoção do outro.

Considerações Finais

Espera-se que o objetivo deste estudo tenha sido cumprido, principalmente, no que diz respeito à consistência e acurácia estrutural do instrumento analisado. Este, por sua vez, poderá ser empregado em áreas afins da psicologia, por exemplo: educação, assistência social, jurídica, etc. Porém, deve-se atentar que, tanto esse estudo quanto os desenvolvidos por Ribeiro et. al (2002) e Sampaio et al (2001) foram pesquisados em amostras brasileiros, merecendo destacar que ao considerar os resultados deste estudo em outros contextos sociais e políticos é necessário ter-se em conta os aspectos mais específicos ou universais de cada cultura. Por um lado, é importante considerar as dimensões locais, específicas ou exclusivas (emics) da orientação de cada cultura, bem como, e não menos importante, avaliar as dimensões universais (etics) da Cultura, com o objetivo de comparar os construtos estudados aqui para outro espaço geopolítico e social (Triandis et. al., 1993; Triandis, 1994; Van de Vijve & Leung, 1997; Muenjohn & Armstrong, 2007).

Esse fato aponta para a seguinte direção: conhecer os aspectos que podem ser comuns a todas as culturas e aqueles que são específicos, contribuindo para consolidar um marco teórico da teoria e mensuração da empatia, já que, hipoteticamente, é possível encontrar variações desse construto ao considerar diferentes variáveis (por exemplo, socialização familiar, religiosidade, sóciodemográfica, entre outras). Assim, seria importante reunir evidências da validade e precisão intra, inter e pan-cultural, capaz de avaliar a validade de critério ou convergente com construtos correlatos, conhecessem a estabilidade temporal (teste-reteste) e replicá-las com amostras maiores e diversificadas quanto às características dos participantes.

Referências

- Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia - ANPEPP. (2000). *Contribuições para a discussão das Resoluções CNS nº. 196/96 e CFP Nº 016/2000*. Recuperado em 02 de Setembro de 2011, da WEB (página da WEB): <http://www.anpepp.org.br/XIISimp osio/Rel ComissaoEticasobre Res CNS e CFP.pdf>
- Bandeira, M., Costa, M. N., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., & Gerk-Carneiro, E. (2000). Qualidades psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais (IHS): estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante. *Estudos de Psicologia*, 5 (2), 401-412.
- Batson, C. D., Eklund, J. H., Chermok, V. L., Hoyt, J. L., & Ortiz, B. G. (2007). An additional antecedent of empathic concern: valuing the welfare of the person in need. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93 (1), 65-74.
- Batson, D. C., Tricia, R. K., Highberger, L., & Shaw, L. L. (1995). Immorality From Empathy-Induced Altruism: When Compassion and Justice Conflict. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (6), 1042-1054.
- Bilich, F., Silva, R., & Ramos, P. (2006). Análise de flexibilidade em economia da informação: modelagem de equações estruturais. *Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação*, 3 (2), 93-122.

- Byrne, B. M. (1989). *A primer of LISREL: Basic applications and programming for confirmatory factor analytic models*. New York: Springer-Verlag.
- Camino, C. P. S. (1979). *Determinants cognitifs et sociaux du jugement moral*. Tese de Doutorado Não-Publicada. Universidade de Louvain, Bélgica.
- Camino, C., & Camino, L. (1996). Julgamento moral, emoção e empatia. In Z. D. Trindade & C. Camino (Eds.), *Cognição social e juízo moral* (Coletâneas da ANPEPP). (pp. 109-135). Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia.
- Camino, C., & Cavalcanti, M.G. (1998). Valores morais transmitidos por telenovelas brasileiras: Vale Tudo, Tieta e Salvador da Pátria. In: M.L.T. Nunes (Ed.). *Moral e TV*. (pp. 90-148). Porto Alegre: Evangraf.
- Cecconello, A. M., & Koller, S. H. (2000). Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de psicologia*, 5 (1), 71-93.
- Conselho Nacional de Saúde – CNS. (1996). *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos*. Recuperado em 02 de Setembro de 2011, da WEB (página da WEB): http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.
- Decety J., Michalska K. J., & Akitsuki, Y. (2008). Who caused the pain? A functional MRI investigation of empathy and intentionality in children. *Neuropsychologia*, 46 (11), 2607–2614.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3, 71–100.
- Decety, J. (2005). Perspective taking as the royal avenue to empathy. In B. F. Malle e S. D. Hodges (Eds.), *Other minds: How humans bridge the divide between self and other*. (pp. 143–157). New York: Guilford Publications..
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Echer, I. C. (2005). Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (5), 754-757.
- Eisenberg, N., & Strayer, J. (1990). *Empathy and its development*. New York: Cambridge University Press.
- Enz, N., & Zoll, N. (2006). *Cultural differences in empathy between China, Germany and the UK*. Recuperado em 23 de novembro de 2006, de www.nicve.salford.ac.uk/elvis/resources/empathy.

- Falcone, E. M. O., Ferreira, M. C., Luz, R. C. M., Fernandes, C. S., Faria, C. A., D'augustin, J. F., Sardinha, A. & Pinho, V. D. (2008). Inventário de Empatia (I.E.): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Avaliação psicológica*, 7 (3), 321-334.
- Falcone, E. M. O., Gil, D. B. & Ferreira, M. C. (2007). Um estudo comparativo da frequência de verbalização empática entre psicoterapeutas de diferentes abordagens teóricas. *Estudo de psicologia (Campinas)*, 24(4), 451-461.
- Galvao, L., Camino, C., Gouveia, V. V., & Formiga, N. S. (2010). Proposta de uma medida de empatia focada em grupos: Validade fatorial e consistência interna. *Psico*, 41 (3), 399-405.
- Gouveia, V. V., Guerra, V. M., Santos, W. S., Rivera, G. A. & Singelis, T. M. (2007). Escala de Contágio Emocional: Adaptação ao contexto brasileiro. *Psico*, 38 (1), 45-54.
- Hair, J. F., Tatham, R. L., Anderson, R. E., & Black, W. (2005). *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. New York: Cambridge University Press.
- Joreskog, K., & Sörbom, D. (1989). *LISREL 7 user's reference guide*. Mooresville: Scientific Software.
- Kelloway, E. K. (1998). *Using LISREL for structural equation modeling: A researcher's guide*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40 (4), 525-543. 1972.
- Motta, D. C., Falcone, E. M. O., Clark, C. & Manhães, A. C. (2006). Práticas educativas positivas favorecem o desenvolvimento da empatia em crianças. *Psicologia Estudo*, 11 (3), 523-532.
- Muenjohn, N., & Armstrong, A. (2007). Transformational Leadership: The Influence of Culture on the Leadership Behaviours of Expatriate Managers. *International Journal of Business and Information*, 2 (2), 265-283.
- Oliveira, I. C. S., & Rodrigues, R. G. (2005). Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). *Texto contexto – enfermagem*, 14 (4), 498-505.
- Pavarino, M. G., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2005). O desenvolvimento da empatia como prevenção da agressividade na infância. *Psico*, 36 (2), 127-134.
- Ribeiro, J., Koller, S. H. & Camino, C. (2002). Adaptação e validação de duas escalas de empatia para uso no Brasil. *Estudos de psicologia*, 18 (3), 43-53.
- Rique, J., Camino, C., Formiga, N. S., Medeiros, F. & Luna, V. (2010). Empatia e Perdão Interpessoal. *Interamerican Journal of Psychology*, 44 (44), 411-418.

- Sampaio, L. R., Monte, F. C., Camino, C., & Roazzi, A. (2008). Justiça distributiva e empatia em adolescentes do nordeste brasileiro. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (2), 275-282.
- Sampaio, L. R., Camino, C. P. S., & Roazzi, A. (2009). Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicologia: ciência e profissão*, 29 (2), 212-227.
- Sampaio, L. R., Guimarães, P. R. B., Camino, C. P. S., Formiga, N. S. & Menezes, I. G. (2011). Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Psico*, 42 (1), 67-76.
- Saupe, R., & Budo, M. L. D. (2006). Pedagogia interdisciplinar: "educare" (educação e cuidado) como objeto fronteiro em saúde. *Texto contexto – enfermagem*, 15 (2), 326-333.
- Siqueira, M. M., Barbosa, N. C., & Alves, M. T. (1999). Construção e Validação Fatorial de uma Medida de Inteligência Emocional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15 (2), 143-152.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Tavares, C. M. M. (2006). A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto contexto – enfermagem*, 15 (2), 287-295.
- Triandis, H. C. (1995). *Individualism and collectivism*. Boulder, CO: Westview Press.
- Triandis, H. C., Mccusker, C., Betancourt, H., Iwao, S., Leung, K., Salazar, J. M., Setiadi, B., Sinha, B. P., Touzard, H., & Zaleski, Z. (1993). Na etic-emic analysis of individualism and collectivism. *Journal of cross-cultural psychology*, 24 (3), 366-383.
- Van De Vijver, F., & Leung, K. (1997). *Methods and data analysis for cross-cultural research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Wispé, L. (1990). History of the concept of empathy. In: N. Eisenberg & J. Strayer (org), *Empathy and its development*. (pp 17-37). New York: Cambridge University Press.
- Woyciekoski, C. (2006). *Instrumentos de inteligência emocional de auto-relato medem alguma coisa que instrumentos de personalidade não medem?* Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS.

“RELACIÓN ENTRE LA CONNOTACIÓN EMOCIONAL NEGATIVA Y LA MEMORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESPACIAL”

“RELATION BETWEEN THE EMOTIONAL NEGATIVE CONNOTATION AND THE MEMORIZATION OF THE SPATIAL INFORMATION”

Investigador Titular: Pedro Antonio Fernández Ruiz¹

Investigadores Auxiliares: Magallanes, A.; Martínez J.; Sámano.; A.

Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”²

Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Resumen

Se determinó en dos estudios la relación entre la connotación emocional negativa y la memorización de la información espacial. El propósito fue demostrar que un estímulo emocional negativo podría provocar una reacción que facilitara la integración de los elementos en memoria, como sus características y propiedades viso-espaciales. 76 estudiantes universitarios participaron de estos dos estudios. Durante el primero, se realizó una tarea de denominación. El plan experimental se componía de un factor de grupo y uno de inducción. Fue utilizado el test X2. No se encontró un efecto facilitador de la emoción sobre la integración de los datos perceptivos. El segundo estudio era una tarea de reconocimiento de la estructura espacial. Tres variables independientes fueron parte del estudio (La inducción, la complejidad y la replicación). Se observó que los desempeños no fueron significativamente mejores después de una simulación emocional negativa que después de una simulación neutra o ausente.

Palabras Clave: Flash Bulbs Memories, Inducción Emocional, Información Espacial Memoria.

¹ Correspondencia remitir a: fernandez.pedro@uabc.edu.mx Pedro Anotnio Fernández Ruiz. Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, México.

²Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com, o norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Abstract

Two studies were realized to determine the relation between the emotional negative connotation and the memorization of the spatial information. The purpose was to prove that a negative emotional stimulus could trigger a reaction that would facilitate the integration of elements in the memory, elements such as visual-spatial characteristics. 76 university students participated in the two studies. During the first study, a denomination task was performed. The experimental plan had two variables: a group variable and an induction variable. It was found that there is no facilitator effect in the emotion over the integration of the perceptive data. The second study was a recognition task of a spatial structure. Three independent variables were part of the study (induction, complexity and replication). It was observed that the performances in both studies were not significantly better after a negative emotional simulation than after a neutral or absent simulation.

Keywords: Flash Bulbs Memories, Emotional Induction, Spatial Information, Memories.

La comprensión del fenómeno de almacenamiento de información en la memoria y el papel que juegan otros sistemas como la atención y las emociones en este proceso motivó la construcción del estudio actual.

Brown y Kulik (1977) describieron un fenómeno que ocurre durante la integración de la información en la memoria y lo llamaron "Flash Bulb Memory". Según los autores, un recuerdo flash es un recuerdo que se forma durante un evento muy estremecedor para una persona (como el asesinato del Presidente Kennedy en 1963 o el atentado terrorista contra las torres gemelas el 11 de septiembre de 2001) que van, de manera persistente a retener información contextual que normalmente desaparecería al cabo de unos días. No todos los actos públicos importantes producen este tipo de recuerdo flash, depende, entre otras cosas, de la importancia que tiene el evento público para la población de estudio y la edad de los participantes al momento en que ocurrió el evento.

La memorización de la situación nos permite recordar el lugar donde estábamos durante esta información, lo que estábamos haciendo en ese momento, la forma en que fuimos informados, de hecho, detalles insignificantes que normalmente no hubieran sido grabados en la memoria si se tratase de un evento más neutral y que tuvo lugar en el mismo período. Aunque el evento en cuestión haya ocurrido hace varias décadas, detalles insignificantes y relacionados a esta noticia siguen siendo perfectamente claros para la mayoría de la gente. Eventos personales en nuestra vida también pueden causar recuerdos flash, como la muerte de un ser querido, buenas noticias o una sorpresa impresionante (Matlin, 2001).

Según estos autores, hay seis tipos de información que se retienen más en la memoria que otras durante estos recuerdos flash: el lugar, la actividad interrumpida por el anuncio de la noticia, la persona que haya presentado la noticia, los sentimientos a la hora de recibir la noticia, las emociones experimentadas por otros y finalmente las consecuencias que siguieron.

Para Brown y Kulik (1977) existen dos principios determinantes para que se produzca un recuerdo flash, por un lado, un nivel de sorpresa alto y por otro lado, un nivel igualmente alto de activación emocional o el carácter percibido de importancia. También sugieren que estos inesperados eventos son propicios para activar una emoción y por lo tanto, más propensos a ser revisados mentalmente, ya sea en silencio o durante una conversación. Por ende, la memoria de estos eventos es más elaborada que la asociada con acontecimientos de la vida diaria (Matlin, 2001).

Esto supone un gran reto para su estudio en espacios académicos y de laboratorio, sabemos que una tarea de laboratorio puede evidenciar el mejoramiento del rendimiento de los diferentes sistemas de memoria teniendo en cuenta la intervención de la emoción y de la atención en la integración de la información (Mackay Shapfto, Taylor, Marian, Abrams, & Dyer, 2004).

Un ejemplo de ello es la prueba del juicio emocional de Hermans, De Houwer y Eelen (1994), la cual ilustra de manera práctica la posible medición de la memoria y la influencia por la emoción. En un estudio realizado por estos autores, se mostraba a los participantes un señuelo positivo, negativo o neutro durante 200 milisegundos (ms), seguidos por una imagen positiva o negativa. Los participantes debían decir si la segunda imagen era agradable o desagradable. Los resultados mostraron que el señuelo con connotación positiva aceleraba el procesamiento de la información en comparación con el señuelo neutro. Se encontró el mismo fenómeno para la imagen negativa y el señuelo negativo.

Esto demuestra el papel de la influencia emocional, incluso si el participante no tiene conciencia, este señuelo tendrá un efecto sobre el procesamiento que va efectuar sobre la tarea.

Godden y Baddeley (1975) en otro estudio, hicieron aprender a unos buzos una lista de palabras en la playa y a tres metros bajo el agua. En el momento del aprendizaje, el recuerdo se realizaba bajo el agua o en la playa. Los resultados demostraron que algunas personas recordaban mejor las palabras aprendidas debajo del agua cuando están bajo el agua y las palabras aprendidas en la playa cuando están en la playa.

Sin embargo, el efecto de la emoción en la actividad cognitiva es difícil reproducirlo experimentalmente. Para esto, los experimentadores intentan inducir emociones ya sea por medio de instrucciones o por la presentación de varios estímulos que se supone que provocarán unas emociones.

Una de las pruebas más usadas para este fin es la tarea de Stroop tabú, la cual consiste en enunciar en voz alta el nombre de colores sin tomar en cuenta el significado de las palabras. MacKay et al (2004) examinaron la relación entre las emociones y la memoria, observando un efecto Stroop con palabras tabú (que es una variante de la tarea de Stroop). En efecto, cuando los pacientes debían nombrar el color de una palabra, ya sea neutra o tabú, se evidenció que el tiempo de la denominación del color para las palabras tabú es más largo que el de las palabras neutras.

En esta misma línea, MacKay et al. (2004) también demostraron que había un mejor recuerdo de las palabras tabú que las palabras neutras en una prueba sorpresa de memoria, aplicada después de la denominación del color. Para estos autores, estos efectos reflejan un mecanismo que denominaron *Mecanismos de enlace* que se encargarían de crear un vínculo entre la fuente de la emoción y su contexto.

Estos *mecanismos de enlace* están en concordancia con las observaciones del fenómeno de los recuerdos flash. De hecho las dos principales características de las memorias flash son una alta precisión y confianza en el recuerdo del evento emocionalmente fuerte, y en segundo lugar, la exactitud del recuerdo del contexto en que la persona estaba durante esta información emocional como el lugar o la forma en la cual ha sido informado, por ejemplo. En conclusión se podría decir que la intensidad emocional inicial está directamente relacionada con la precisión y la confianza del recuerdo (Mackay et al. 2004)

MacKay y Ahmetzanov (2005) hicieron un segundo experimento a partir del "*mecanismo de enlace*" de Mackay et al. (2004), este estudio pone a prueba la hipótesis de enlace sobre cómo una reacción emocional provoca un mecanismo que conecta un evento emocional con los elementos del contexto.

El estudio se dividió en tres fases, incluyendo la descripción del color (en voz alta), el reconocimiento de las posiciones y el recuerdo de las palabras. En esta condición de tarea de Stroop con palabras tabú, Mackay y Ahmetzanov (2005) manipularon los colores de forma que dos colores ocuparan siempre los mismos lugares de la pantalla.

Las palabras tabúes siempre aparecían en uno de estos dos lugares de color-constante, mientras que las palabras neutras aparecían siempre en el otro lugar. Se encontró un mejor rendimiento en la fase de reconocimiento en las ubicaciones de las palabras tabús que para palabras neutrales. Sin embargo, la diferencia en el rendimiento no era muy alta. Los resultados también han mostrado un mejor rendimiento durante la tarea de recuerdo libre para las palabras tabús y no para las palabras neutras, en cuanto al rendimiento, fue bastante alto.

La denominación tuvo también mejores tiempos de respuesta para las palabras tabú que para las neutras. Estos resultados apoyan la hipótesis del sistema de enlace-atencional, de hecho la atención activa un mecanismo que ayuda a conectar las características específicas (el color) a los elementos del contexto (posición). La atención entonces facilitaría la integración de la información en la memoria y de relacionar sus características de la misma manera que la emoción.

Por otra parte, en un estudio realizado por Palmer en 2006 (Ami y Piolat, 2004) sobre las constantes perceptuales encontraron en una tarea en la que debían identificar objetos que un cambio de posición del estímulo afectaría poco o nada el rendimiento. Esto sugiere que la invariancia de posición requiere el acceso a las representaciones de los objetos (identificación), pero no podría manifestarse o se manifestaría menos, en tareas perceptivas de un nivel más bajo.

Baddeley (1986) demostró la existencia de un sistema a la vez visual y espacial, y que gracias a éste existen recuerdos específicos para las formas visuales y representaciones espaciales. Según el autor la agenda viso-espacial tiene dos aspectos, siendo el primero un componente visual que puede ser probado por la memorización de figuras o rejilla y el segundo un componente de espacio-motriz que evalúa la codificación de las secuencias de movimiento en el espacio.

Estos recuerdos específicos pueden ser explicados por el modelo de la memoria de trabajo (MDT) de Baddeley (1986) en el que el agenda viso-espacial es responsable del almacenamiento a corto plazo de la información viso-espacial, y que también está involucrada en el manejo y la generación de imágenes mentales, finalmente postula que su funcionamiento se basa también en un sistema de almacenamiento visual pasivo y un procedimiento de recapitulación espacial.

En otro estudio realizado por Baddeley en (1986) evaluó el esquema visual mediante el uso de una cuadrícula (4 * 4) que se mostraba en la pantalla de video por un segundo con un punto; el Participante debía indicar la ubicación del punto en una cuadrícula vacía.

Si tenía éxito, la segunda prueba consistía en una parrilla nueva con dos puntos (ubicados diferentemente), y así sucesivamente hasta que el Participante fallará. El número máximo de puntos correctamente recordados definía su esquema visual. En el esquema espacial, un solo punto se movía y el Participante debía restituir por un número la posición espacial tomada por cada punto en cada etapa.

Se tuvo como resultado un esquema visual alrededor de 7, mientras que el esquema espacial un aproximado de 4, que demuestra que la prueba se vuelve más difícil si hay más cuadrados para memorizar. Esto significa que en una grilla con un número de cuadrados mayores que 7, el Participante tendrá dificultades para retener y recuperar información.

Estos modelos son los precursores de las relaciones encontradas en *recuerdos flash* y el *mecanismo de enlace* desarrollado por MacKay et al. (2004), este explica la integración de los enlaces que asocian un carácter específico a los aspectos sobresalientes del contexto, facilitando así la memoria o el reconocimiento.

Para el propósito de la presente investigación se realizaron dos estudios. Los participantes que participaron fueron estudiantes de la Universidad Lyon Lumière II quienes fueron debidamente informados y preguntados por su consentimiento. Se indicó a los participantes que estos dos experimentos no tenían ningún vínculo entre ellos y que se trataba de dos pruebas diferentes.

El primer estudio consistía en la presentación de un color que el participante debía nombrar en voz alta. Cada uno de los colores era precedido por una cara en “blanco y negro” con una expresión emocional neutra o negativa. El cuadrado de color se coloca en una de las seis casillas (no materializadas) en la pantalla, significa que el color aparece en uno de estos cuadros y que la cara que lo precede aparece en el mismo lugar.

El segundo estudio es una tarea de reconocimiento de una estructura espacial en la cual los participantes debían memorizar una cuadrícula (5*5) con casillas negras y blancas. En cada uno de los ensayos la cuadrícula era precedida por una imagen de connotación emocional negativa, neutral o ninguna imagen (Condición llamada “nula”). La presentación de la imagen es seguida por una prueba de reconocimiento.

En estas dos tareas fueron usados estímulos (rostros e imágenes) para inducir una emoción en las personas y así intervenir en el mecanismo susceptible de crear un fuerte vínculo entre el evento y los elementos del medio ambiente.

Problema

Sí el efecto de “Flash Bulb Memory” existiese, debería por lo tanto, promover la integración de los elementos espaciales del contexto en el momento cuando la emoción negativa interviene. De esta manera, el desempeño en las tareas de memoria espacial debería ser mejor después de un estímulo emocional negativo que después de un estímulo neutro.

Hipótesis

Hipótesis Alterna (Ha): Existe una asociación entre un estímulo emocional breve y la integración en la memoria de los elementos y sus características sobresalientes, tales como color, ubicación y propiedades viso-espaciales.

Hipótesis Nula (Ho): No existe una asociación entre un estímulo emocional breve y la integración en la memoria de los elementos y sus características sobresalientes, tales como color, ubicación y propiedades viso-espaciales.

Objetivo General

Observar la influencia de la inducción emocional negativa sobre la memorización e integración en memoria de la información espacial y sus características perceptuales. En este caso particular, estudiantes universitarios en una tarea de reconocimiento y de denominación bajo la inducción negativa.

Objetivos Específico

1. Demostrar un efecto facilitador de la emoción sobre la integración en memoria de los datos perceptuales y sus características sobresalientes.
2. Intervenir en el mecanismo susceptible de crear un fuerte vínculo entre el evento y los elementos del medio ambiente.

Método

Participantes

Participaron en dos estudios 76 estudiantes (57 mujeres y 19 hombres) de la Universidad de Lyon Lumière II, con edades promedio de 21 años. Se exploró acerca de la presencia de posibles afectaciones de visión como criterio de exclusión previamente identificado.

Instrumentos y Materiales

Los experimentos fueron realizados en un microordenador Macintosh versión 139, usando el software PSYCOPE versión 46 XB. La tarea se presentaba en una pantalla de 17 pulgadas y el participante respondía utilizando un teclado. Un ratón y un micrófono (tecla de voz) fueron también utilizados.

ESTUDIO 1

Diseño

El plan experimental incluye un factor aleatorio “Participante”, un factor de medidas independientes “Grupos” de cuatro (4) modalidades y un factor de inducción de dos modalidades.

Participantes 18 < Grupo 4 > *
Inducción 2

Procedimiento

Un bloque de entrenamiento precedía a la tarea de denominación, para permitir que el participante se familiarizara con el equipo y la tarea, en particular con la tecla de voz. En este bloque de entrenamiento los colores aparecían en el centro de la pantalla sin inducción emocional. El participante debía nombrar en voz alta el color que se mostraba en la pantalla.

Seguido a esto se le pedía al participante nombrar el color en voz alta tan pronto como le fuera posible. Cada color aparecía una sola vez dentro de una de las seis posiciones de la grilla (cuadrícula). Sin embargo, dos de los seis colores siempre aparecían en las mismas posiciones, uno de ellos precedido por una imagen negativa y el otro por una imagen neutral. Este color era exhibido en forma de cuadrado. La aparición del siguiente color era en función del tiempo que el participante tomaba para denominar el color. En los restantes cuatro lugares de la cuadrícula los colores se mostraban aleatoriamente. Las posiciones de los cuadrados con colores constantes fueron contrabalanceadas entre los Participantes, lo que generó la construcción de cuatro grupos experimentales.

Durante la fase de localización de los dos (2) colores constantes, los participantes debían elegir el lugar donde creían haber visto el color, en el caso de que los Participantes no pudieran identificar la ubicación, se les incitaba a adivinar la ubicación. Luego los participantes mencionaban el grado de certeza de la respuesta que daban en una escala de graduación (Índice de certeza) (Anexo a). La tarea estaba compuesta por 24 ensayos.

Tarea de denominación del color

Esta tarea fue dividida en dos fases. La primera fase es la denominación del color en voz alta. Los colores elegidos fueron rojo, gris, azul, verde, naranja y rosa. Los colores aparecen en la pantalla en forma de rejilla 2*3 sobre un fondo blanco. Dos colores se presentan siempre en las mismas localizaciones en la pantalla. Estos dos colores son también precedidos por una inducción emocional negativa o neutra. Los colores son idénticos a los utilizados en el estudio de Mackay y Ahmetzanov (2005). Según estos autores, el número de colores utilizados no permite que haya un proceso de memorización sistemático de colores. Los colores son precedidos por una cara (imagen con una expresión) de connotación ya sea negativa o neutra de 3 centímetro (cm) * 3,8 centímetros (cm) y su duración fue de 150 ms. Las caras son dos fotos en blanco y negro de la misma persona, una de ellas haciendo una mueca o expresión pronunciada (connotación negativa, expresión de ira), y una sin expresión alguna, como un gesto de disponibilidad (connotación neutra, aunque siempre existe el objetivo de la comunicación de emociones a través de gestos faciales en las normas sociales). La cara fue tomada de la base de datos de Ekman, Friesen y Hager (2002) del laboratorio de mecanismos cognitivos de la Universidad de Lyon Lumière II.

La segunda fase es la ubicación del color, los participantes veían un punto fijo durante 500 ms, seguido de 6 cuadrillas en negro ubicadas bajo la forma de una

cuadrícula (2 * 3) que contenía un mismo color presentado. Los Participantes debían elegir la ubicación original del color (Figura 1).

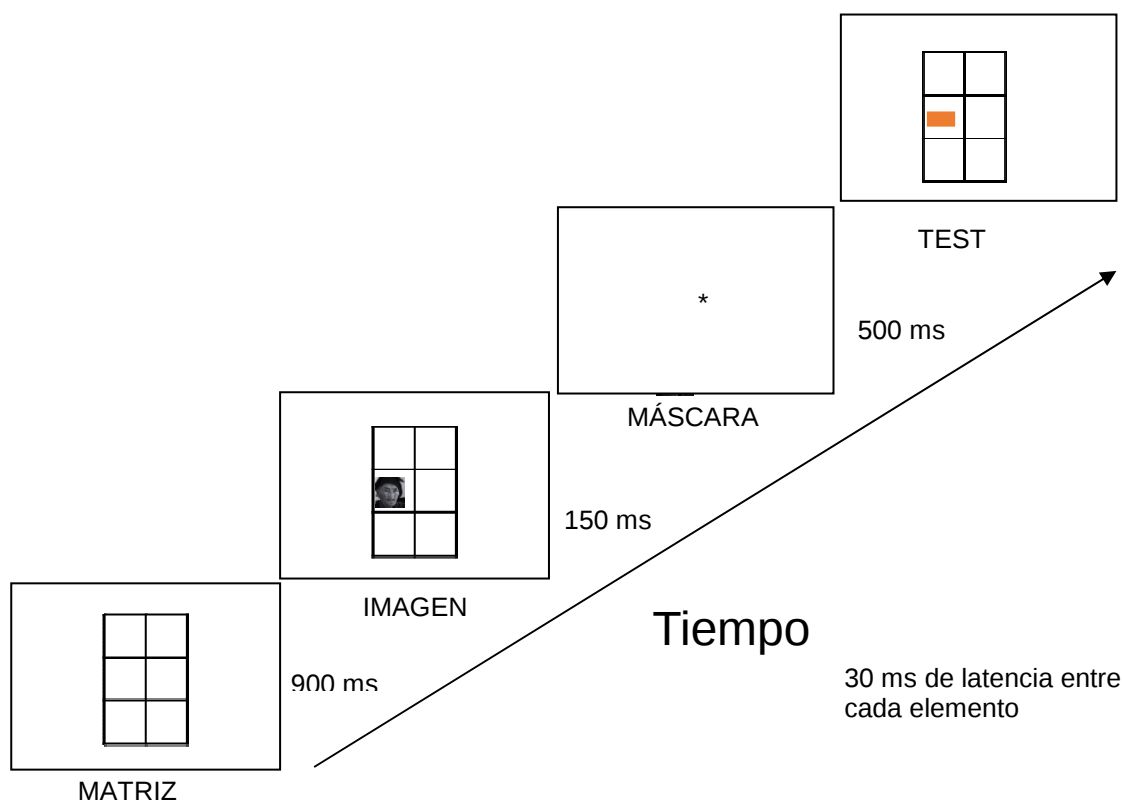


Figura 1. Tarea de Denominación e Ubicación

ESTUDIO 2

Diseño

El plan experimental conjunto incluye tres variables independientes como una variable de inducción, una variable de complejidad y una última variable de replicación. Los participantes por lo tanto fueron divididos aleatoriamente en cuatro grupos destinados a contrabalancear las listas de imágenes inductores y las listas de matrices.

Participantes: <Grupo4>
Inducción3*Complejidad 2* Replicación 4

Tarea de reconocimiento

Esta tarea consistía en el reconocimiento de la estructura espacial (Anexo b), exhibida al principio de cada prueba después de una imagen de inducción o neutral. La matriz (cuadrícula de 5*5) aparecía durante 900 ms, presentando posteriormente la prueba de reconocimiento. La medida era el tiempo de latencia de respuesta del participante, para elegir la matriz correcta.

El punto fijo se muestra bajo la forma de asterisco que aparece durante 500 ms en el centro de la pantalla sobre un fondo blanco. En cuanto a las imágenes, se trata de imágenes negativas y neutras en colores, su aparición fue de 500 ms, estas aparecen en el centro de la pantalla, su tamaño es de 5 cm * 7 cm.

Las imágenes han sido seleccionadas de la base de datos del “Sistema internacional de imagen afectiva” (IAPS) de su última versión desarrollada por Peter Lang (1997), fueron elegidas basado en los puntajes de las dos dimensiones de valencia y excitación.

La matriz (cuadrícula de 5*5) incluye cuadrados de color negro y otros sin color. También se muestra en el centro de la pantalla. Todas las matrices tienen el mismo tamaño de 7 cm * 8 cm. Incluyen 10 cuadrados negros y 15 casillas blancas y su tiempo de presentación es de 900ms. Estas matrices se han clasificado en 2 niveles de dificultad. En un primer momento, se construyeron apriori sólo la mitad de ellas siendo de mayor complejidad que la otra mitad. El criterio de selección ha sido el modo de agrupación y distribución de los cuadrados

negros en cada matriz. En un segundo momento, las matrices fueron clasificadas en función de los promedios de las respuestas correctas de los participantes después de dos ensayos piloto.

Entre la presentación de la matriz que se desea memorizar y la prueba de reconocimiento se exhibía en el centro de la pantalla una máscara durante 120 ms de 7 cm * 8 cm. La tarea de reconocimiento se compone de dos matrices ennegrecidas, una a la izquierda y la otra a la derecha de la pantalla, separada por un espacio de 2 cm (Figura 2).

En la prueba de reconocimiento estas dos nuevas matrices aparecen juntas. Se le preguntaba al Participante acerca de cuál de estas dos matrices era idéntica a la presentada anteriormente. La consigna indicaba al participante responder lo más pronto posible. Los Participantes respondieron utilizando el teclado.

Esta tarea de reconocimiento exige un alto nivel de concentración, así como una gran capacidad de almacenamiento. Su complejidad radica en la actualización constante necesaria para cada prueba y el número de cuadrados (5*5).

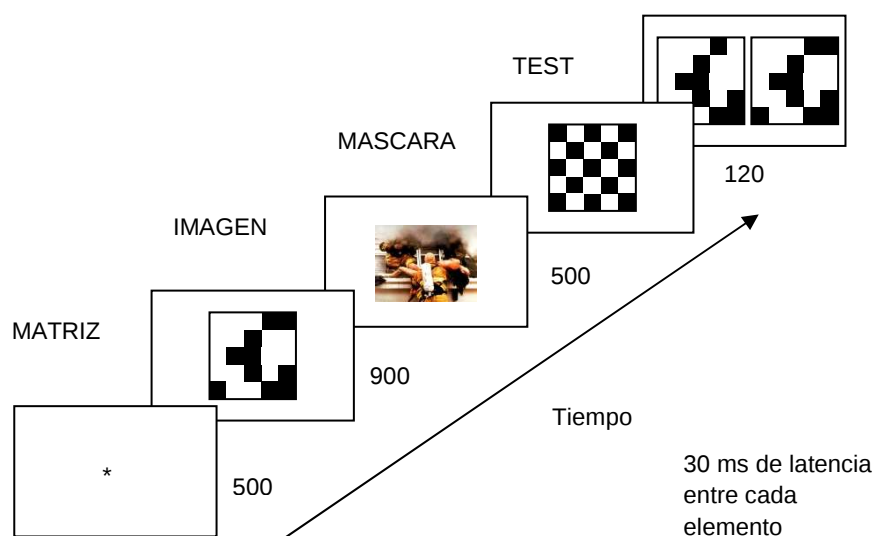


Figura 2. Tarea de Reconocimiento

Procedimiento

Los participantes fueron divididos en cuatro grupos, colocando al participante a 40 cm de la pantalla. La tarea de reconocimiento de la estructura espacial se dividió en dos bloques, componiéndose cada uno de 24 ensayos. Se desarrollaron cuatro listas de matrices a partir de las series producidas aleatoriamente, asegurándose de eliminar las repeticiones de una misma matriz y de obtener las mismas cantidades de matrices en los dos niveles de complejidad de la misma lista contrabalanceada.

Este mismo procedimiento se realizó para las condiciones de inducción emocional "neutra", "negativa" y las llamadas "nula". En total el Participante veía 48 matrices en sus correspondientes 48 ensayos. El orden de los bloques y los grupos fue compensado para controlar las presentaciones de las imágenes inductoras y de las matrices.

Se utilizaron tres condiciones para la inducción: las instrucciones dadas a los Participantes informaban de la posible aparición de imágenes durante la tarea de reconocimiento, ordenadas al azar.

Un primer tercio de los ensayos se realizaron con 8 imágenes negativas, un segundo tercio con 8 imágenes neutras y la última tercera parte sin ninguna imagen.

Resultados

El análisis de los resultados se hará sobre las respuestas correctas para el primer estudio. En cuanto al segundo estudio se centrará en los tiempos de respuesta y las respuestas correctas.

Por otro lado, si hay un efecto de la emoción en la tarea de reconocimiento, se esperaría entonces un efecto en relación a la condición de complejidad de la matriz y que finalmente daría lugar a la investigación de este efecto de interacción en el factor de la inducción emocional. La diferencia entre el rendimiento después de la inducción emocional negativa versus la neutral debería ser bajo cuando la complejidad es baja y alta cuando la complejidad es más elevada.

Estudio 1

Se realizó un análisis de prueba estadística χ^2 sobre las buenas ubicaciones de los colores. Hicimos la comparación entre la proporción de respuestas correctas en la inducción negativa y la proporción de respuestas correctas en la condición neutral. Según este análisis, se observó que cuando el color está precedido por la cara negativa, los Participantes obtenían más respuestas correctas que cuando se usaba una cara de connotación neutral ($\chi^2 = 2.72 - \alpha = 0.10$), aunque esta diferencia no es significativa, sin embargo, esta leve tendencia es congruente con la hipótesis.

Por otra parte, no se encontró una diferencia significativa entre las medias del índice de seguridad de los participantes, para conocer la ubicación de los colores después de inducciones negativas o neutras ($t = 1.52$).

Estudio 2

Fue llevado a cabo un análisis de varianza (ANOVA), de las buenas respuestas y los tiempos de respuesta.

Los efectos significativos encontrados en el análisis de las respuestas son consistentes con los criterios de selección de las matrices de 2 niveles de complejidad. La diferencia entre las matrices difíciles y fáciles ($F(61.133) p = .0001$) revela un efecto significativo de la

complejidad porque el promedio de respuestas correctas de las matrices fáciles es superior a la de las matrices difíciles (Figura 3). Eso sugiere que el procesamiento de este último es más costoso para los Participantes que el procesamiento de las matrices fáciles.

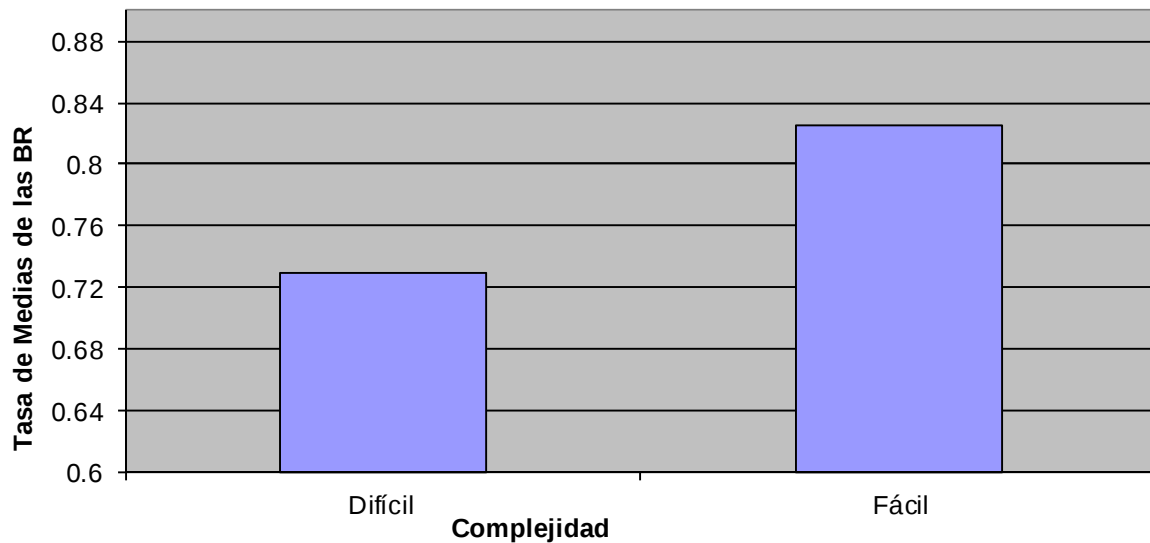


Figura 3. Promedio de éxito en la tarea de reconocimiento bajo la condición de complejidad de las matrices (Difícil vs. Fácil)

Se encontró un efecto de la inducción que no es significativo ($F(2.778) p = .0655$) pero refleja una tendencia. Por otra parte, se identifica también un efecto de triple interacción entre la inducción, la complejidad y la replicación ($F(2.525) p = .0205$). Con las matrices difíciles los resultados son estables para las dos condiciones, la de la inducción y la del orden de los ensayos

(figura 4). En cuanto a las matrices fáciles los resultados difieren entre las condiciones de la inducción, considerablemente, en la primera replicación. Mientras que las matrices que son precedidas por una inducción negativa, su tasa de recuerdo es menor que con la inducción neutral o ausencia de imagen (Figura 5).

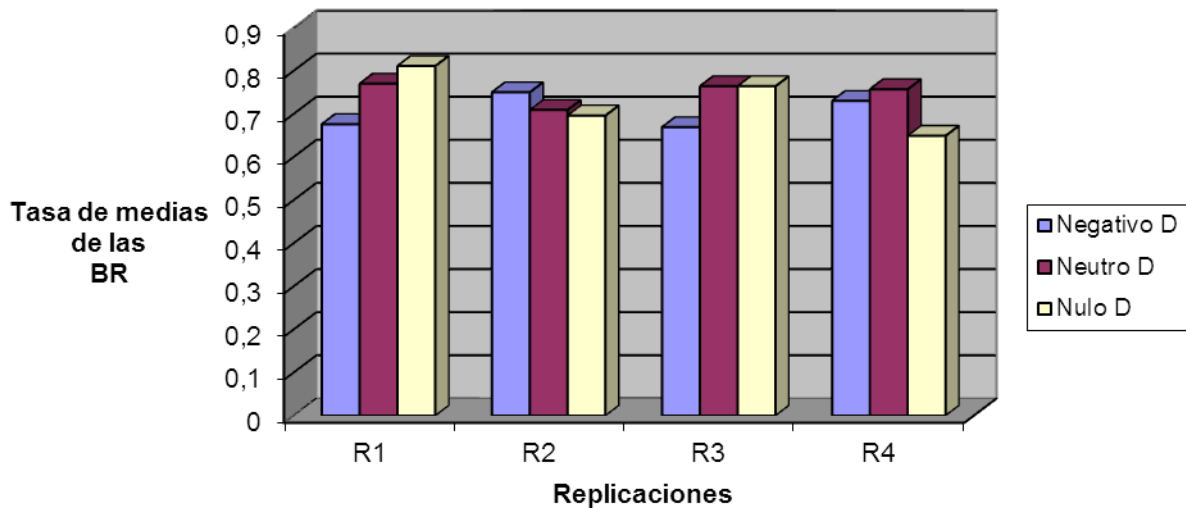


Figura 4. Tasa de medias de éxito de la tarea de reconocimiento según la inducción emocional y la condición de complejidad "Difícil" de las matrices.

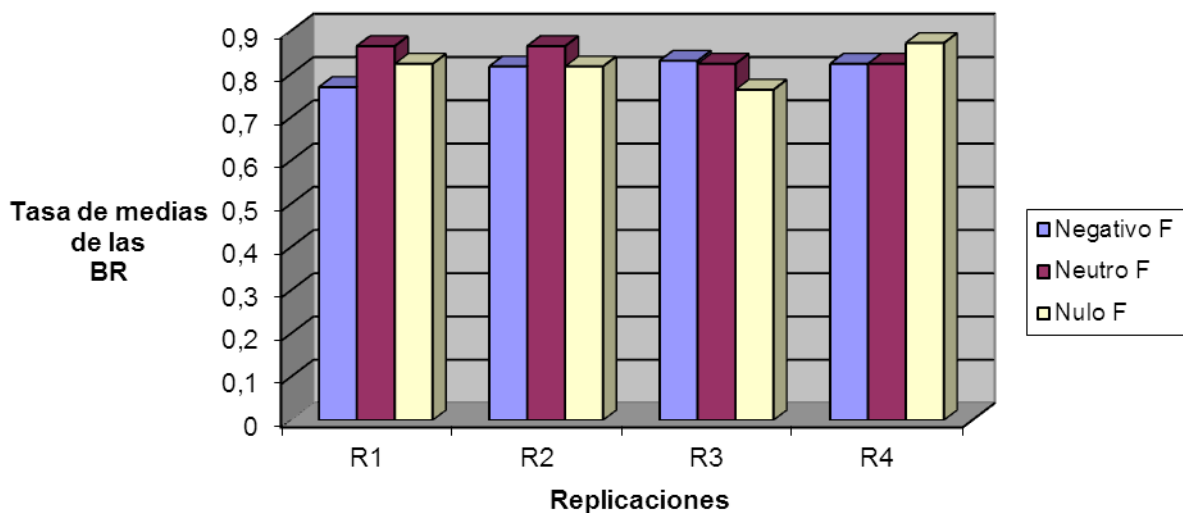


Figura 5. Tasa de medias de éxito de la tarea de reconocimiento según la inducción emocional y la condición de complejidad "Fácil" de las matrices.

El análisis de los tiempos de respuesta reveló dos efectos principales: Uno del factor de bloque y otro para el factor de complejidad. El rendimiento es mejor en el segundo bloque que el primero ($F(21.991) p = .0001$), lo que indica un efecto de aprendizaje durante la tarea.

El segundo efecto principal es el de la complejidad, en razón de que los Participantes tienen tiempos de respuesta más cortos cuando se trata de una matriz fácil que una matriz difícil ($F(36.686) p = .0001$), lo cual revela un procesamiento más largo y costoso en la condición difícil.

Discusión

Los resultados encontrados no explican el efecto facilitador de la emoción en la integración de datos perceptuales. Sin embargo, se observó una tendencia en el análisis de los resultados que va en la dirección de nuestras suposiciones. Finalmente, este análisis no confirma la hipótesis de que un breve estímulo emocional puede provocar una reacción de favorecer la integración en la memoria de los elementos de contexto y sus características salientes.

La tendencia que se observó en el primer estudio ($X^2 = 2.72$ un $\alpha = 0.10$) indica que cuando el color es precedido por una cara negativa, el participante se pone en un estado en particular. Este estado permitiría que cierta información sea altamente integrada con respecto a una situación normal donde la información no sería relacionada de esta manera, incluyendo la localización asociada a una emoción. En otras palabras, habría un mecanismo espacial de la emoción, este fenómeno se puede explicar por el sistema de conexión atencional descrito por McKay et al. (2004)

El índice de certeza muestra que el participante duda en sus respuestas a la hora de situar los colores, lo que muestra que la tarea es implícita puesto que el Participante no tiene la noción de haber aprendido algo. Se demuestra por el hecho de que el índice de certeza no fue alto, como si el Participante hubiera tenido la impresión de responder al azar. Finalmente, no se encontró una diferencia según las posiciones en los colores verde versus azul (colores constantes).

Las observaciones obtenidas en el segundo estudio no permiten probar la hipótesis de que existe un efecto facilitador de la emoción en la integración de los datos perceptuales. De hecho, se esperaba que la emoción negativa promoviera la integración de los elementos presentados en el mismo contexto. Los diferentes desempeños no fueron significativamente mejores después de un estímulo emocional negativo que un estímulo neutro o nulo.

No se observó un efecto de interacción entre la inducción emocional y la complejidad de la matriz. A su vez, tampoco se encontró ningún efecto entre la complejidad (fácil y difícil) y la inducción (negativo, neutro y nulo). Sin embargo, se observó en el análisis de las respuestas correctas una interacción entre las matrices difíciles y fáciles ($F (61.133)$ $p = .0001$), que verifica que el tratamiento de matrices difíciles es más costoso para los pacientes que las matrices fáciles. Entonces los Participantes tenían mayor dificultad para elegir la matriz correcta de la prueba mientras se trataba de una matriz difícil.

Por otra parte, se observó un efecto en una interacción triple entre la inducción, la complejidad y la replicación ($F (2.525)$ $p = .0205$). A diferencia de la hipótesis de la inducción emocional negativa que no produce un mejor desempeño, observamos una interferencia.

Este efecto de interferencia se produce cuando la complejidad es baja (condición negativa fácil). Cuando la complejidad es alta probablemente existe un límite de rendimiento que no permita que aparezca este efecto de interferencia.

Aunado a esto, dos principales efectos fueron observados durante el análisis del tiempo de respuesta. Un efecto de bloque caracterizado por un mejor desempeño en el segundo bloque de la primera ($F(21.991) p = .0001$). Lo que demuestra el aprendizaje de los Participantes durante la tarea. El segundo efecto principal es el efecto de la complejidad. Los participantes respondieron más rápido cuando era una matriz fácil que una matriz difícil ($F(36.686) p = .0001$). Este efecto demuestra que la memorización visual de las matrices requeriría más tiempo para el tratamiento de figuras complejas.

Sin embargo, no se evidenciaron otros efectos significativos en relación al tiempo. Tal parece que la tarea de reconocimiento no es apropiada para este tipo de investigaciones, pues existe un tiempo libre para responder, lo que no compromete los mecanismos activados por la emoción. Lo anterior puede relacionarse a la dificultad en encontrar resultados que sigan la dirección de las hipótesis principales.

Conclusiones

Se encontraron grandes diferencias en las varianzas, lo que sugiere una gran variabilidad de la respuesta entre participantes y es posible que las varianzas obtenidas entre los ítems sean producto de la complejidad de la tarea y las instrucciones. Por ende, se debe hacer un contrabalanceo más sistemático que permita que las imágenes negativas sean presentadas en todas las condiciones de la replicación. El procedimiento de inducción emocional se considera inapropiado como tarea que permita probar el fenómeno de los “*Recuerdos Flash*”.

Conway (1999) propone que los procesos de almacenamiento de los *Recuerdos Flash* son en sí un mecanismo implicado en la memoria a largo plazo puesto que la elaboración de la huella se hace durante la duración del procesamiento. Entonces si este procesamiento se hace a largo plazo, la simulación en el laboratorio no podría tener lugar debido a las dificultades metodológicas que surgirían para tenerlo en cuenta.

No obstante, los resultados podrían ser alentadores, encontrándose una tendencia en las condiciones de inducción ($F(2.778) p = .0655$), aspecto involucrado en las hipótesis de inicio. Las características espaciales podrían recordarse mejor gracias a los mecanismos de procesamiento espacial activados por la emoción.

Existiría un beneficio en el acceso al procesamiento espacial en relación a la emoción, lo que podría ser validado por los “*Mecanismos de enlace*” y el modelo de la relación atencional. Sin embargo, lo anterior lleva al cuestionamiento de la metodología implementada en este estudio y motiva a encontrar otros procedimientos que puedan poner en evidencia este fenómeno.

En conclusión, sería interesante seguir esta línea de investigación, incluso si los resultados obtenidos no permiten validar la hipótesis. La tendencia encontrada destacaría un mecanismo que privilegia las asociaciones de las propiedades espaciales y la emoción negativa, por lo tanto, se reconocería la existencia de una dimensión espacial asociada a la emoción. Finalmente, una estructura de procesamiento específica daría lugar a un mecanismo cuya información espacial podría ser etiquetado emocionalmente.

Referencias

- Baddeley, A. D. (1986). *Working memory*. Oxford, England: Clarendon Press.
- Brown, R., & Kulik, J. (1977). Flashbulb memories. *Cognition*, 5, 73–99.
- Conway, M. A. (1999). *Flashbulb memories*. Hove, England: Erlbaum.
- Ekman, P., Friesen, W. V., & Hager, J. C. (Eds.). (2002). *Facial Action Coding System*. Salt Lake City, UT: Research Nexus [E-book].
- Godden, D., & Baddeley A. (1975). Context dependant memory in two natural environments: on land and under water. *British journal of psychology*, 66, 325-331.
- Hermans, D., De Houwer, J., & Eelen, P. (1994). The affective priming effect: Automatic activation of evaluative information in memory. *Cognition and emotion*, 8, 515-533.
- Lang, P.J., Bradley, M.M., & Cuthbert, B.N., (1997). International Affective Picture System (IAPS): Technical Manual and Affective Ratings. *NIMH Center for the Study of Emotion and Attention*.
- MacKay, D.G., & Ahmetzanov, M.V. (2005). Emotion, memory and attention in the taboo stroop Paradigm, an experimental analogue of Flashbulb Memory [Electronic version]. *American Psychological society*, 16(1), 25-32.
- MacKay, D.G., Shapfto, M., Taylor, J.K., Marian, D.E., Abrams, L., & Dyer, J.R. (2004). Relation between emotion, memory, and attention: Evidence from the taboo stroop, lexical decision, and immediate memory tasks [Electronic version]. *Memory and cognition*, 32(3), (pp 474-488)
- Matlin, M. W. (2001). *Une introduction à la psychologie cognitive*. Paris: De Boeck Université.
- Reisberg, D., & Hertel, P. (2005). *Memory and emotion*. New York: Oxford University Press.
- Roadbent, D. E. (1985) The clinical impact of job design. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 33-44.

“BARRERAS AL RECONOCIMIENTO Y ATENCIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL EN EL SISTEMA DE SALUD”

“BARRIERS TO RECOGNITION AND INTERVENTION OF PROBLEMATIC ALCOHOL USE IN THE HEALTH CARE SYSTEM”

Investigadora Titular: Débora Natalia Duffy¹

Investigadora Auxiliar: Lucía María Sceppacuercia²

"Instituto de Investigaciones en Psicología"
Universidad de Buenos Aires.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”³
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Resumen

121

El presente trabajo se basa en el enfoque planteado por Eduardo Menéndez (1990) en torno al proceso de alcoholización, y su revisión crítica del reduccionismo biomédico que ha predominado en la conceptualización en torno al consumo nocivo de alcohol. Seguidamente se expone, como una barrera sociocultural a la accesibilidad, concepciones de los profesionales en relación al uso nocivo de alcohol y sus efectos en la práctica de los servicios de salud. Se presenta la metodología adoptada, ámbito y población cubierta en la investigación cuyo objetivo fue relevar concepciones de los profesionales que se desempeñan en el primer nivel de atención. Finalmente, y tras presentar los principales hallazgos, se establecen consideraciones que deberían ser adoptadas a fin de promover una mayor visualización del consumo nocivo de alcohol entre quienes se desempeñan en el primer nivel de atención, a fin de alentar intervenciones más oportunas y medidas más eficaces de prevención.

Palabras Clave: Accesibilidad, Concepciones en salud, Proceso de alcoholización.

¹ Correspondencia remitir a: deboraduffy@yahoo.com.ar Lic. Débora N. Duffy. Instituto de Investigaciones en Psicología. Universidad de Buenos Aires.

² Correspondencia remitir a: lu.sceppacuercia@gmail.com Lucía M. Sceppacuercia. Instituto de Investigaciones en Psicología. Universidad de Buenos Aires.

³ Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com, o norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Abstract

This work is based on the approach proposed by Menendez (1990) around the process of alcohol, and his critical review of biomedical reductionism that has dominated the conceptualization around the harmful use of alcohol. Then are discussed the professional conceptions about the harmful use of alcohol and its effects on the practice on the health care system. It will be showed in the research the adopted methodology, area and population covered. The main purpose of this research was relieving concepts of professionals working in primary care about alcohol consumption. Finally, after describing the main findings, it will be exposed the fundamental considerations that should be taken to promote greater display of harmful drinking among those working in primary care, to encourage more timely interventions and establishing more effective prevention.

Keywords: Accessibility, Conceptions about Health, Process of alcohol.

El uso nocivo de bebidas alcohólicas y el consumo de otras sustancias psicoactivas constituye un grave problema social y de salud pública en el mundo, con importantes consecuencias negativas que trascienden el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia y la comunidad. Dicha problemática no sólo ocasiona daños a la salud y pérdida de vidas, sino también morbilidad asociada, discapacidad, detrimento de la calidad de vida y enormes gastos para el sistema de servicios de salud.

Si bien ya hace décadas se reconoce la relevancia epidemiológica del consumo de alcohol en Argentina y se desarrollaron numerosas iniciativas para el estudio científico del problema, no había ingresado en la agenda sanitaria con la jerarquía que los datos ameritaban considerar.

Diversos hitos político-institucionales adoptados en el último decenio dan cuenta del creciente interés por la temática, y la adopción de políticas públicas tendientes a su resolución:

a. Sanción de la ley 24788 de Lucha Contra el Consumo Excesivo de Alcohol y su Decreto Reglamentario.

b. Creación del Programa Nacional de Prevención y Lucha Frente al Uso Nocivo de Alcohol en el marco de la autoridad de aplicación creada por el Decreto 457/10.

c. Inclusión del tema en la agenda sanitaria de UNASUR, al constituirse Argentina en país coordinador de los encuentros realizados durante el año 2013 en torno a la reducción del consumo.

d.

El presente trabajo se centra en el rol que le cabe a los profesionales de los servicios de salud en torno al adecuado registro de la problemática como un requisito imprescindible para el diseño de oportunas y adecuadas estrategias de intervención.

Antecedentes

Menéndez (1990) plantea que el problema del uso de alcohol es complejo, multideterminado, y cabe distinguir en él cómo la medicina, diversas teorías sociales y representaciones del sentido común han ido construyendo un entramado de visiones y prejuicios instalados en calidad de dudosos saberes que dificultan su cabal comprensión.

Menéndez comprende a la problemática del uso de alcohol con el concepto de *proceso de alcoholización*, que refiere a los procesos económicos-políticos y socioculturales que operan en una situación históricamente determinada para establecer las características determinantes del consumo y el no consumo por sujetos y agregados sociales.

El proceso de alcoholización, entonces, hace referencia a las funciones sociales y a las consecuencias positivas y negativas que cumple la ingesta de alcohol e implica sólo parcialmente el problema de la enfermedad física y mental. Desde esta mirada, toda la sociedad –y no solo quienes padecen de un consumo abusivo– están comprendidos en la génesis y el reforzamiento del problema: así es cómo abstemios, bebedores moderados, bebedores excesivos y dependientes participan (en el sentido que son parte) de esta construcción de sentido.

Para aludir a los fundamentos de esta perspectiva, Menéndez (1990) acuña el término *Modelo Médico Hegemónico*, el cual comprende al conjunto de prácticas, saberes, y teorías dominantes que han sido generadas y legitimadas por el saber de la medicina, y cuyos principales rasgos estructurales son, entre otros, el biologismo, el individualismo, la ahistoricidad, el mercantilismo y la participación subordinada y pasiva del paciente.

Resulta importante resaltar que esta perspectiva biomédica, al entender unilateralmente al alcoholismo como un problema patológico, una enfermedad, ha tendido a ignorar las causas que operan en la dimensión económica, política, social, cultural e ideológica (Menéndez, 2010:54).

El modelo médico no reconoce al alcoholismo como parte de un *proceso de alcoholización* más amplio. A pesar de que, en teoría, el Modelo Médico Hegemónico reconoce que el alcoholismo es una enfermedad, en la práctica los médicos tienden a negarlo, sub-registrarlo y deshacerse del cúmulo de pacientes reales o potenciales. Esta negación –análoga a la del “paciente” alcohólico o alcoholizado sobre su situación– se potencia por la baja demanda de atención por esta causa, ambiguamente considerada ya como problema social o como problema médico (Menéndez, 1988).

Tal como señalan Menéndez y Di Pardo (2006), la presión de la industria alcoholera opera en la omisión de información sobre producción, consumo y consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas, ya que diferentes grupos y sectores sociales contribuyen también a reducir y opacar la importancia de este problema.

En las décadas de los 50’ y 60’ una relevante corriente epidemiológica se preocupó por detectar y establecer en América Latina cuáles eran los patrones culturales de consumo de las sustancias adictivas, que en aquella época se centraba básicamente en el alcohol, lo cual contrasta con las tendencias epidemiológicas actuales respecto de las adicciones en las cuales esta preocupación ha desaparecido y no ha sido reemplazada por ninguna otra búsqueda de factores y procesos culturales. El modelo biomédico utiliza la dimensión cultural de modo negativo, al analizar cómo dichos factores favorecen el desarrollo de padecimientos o se oponen a prácticas biomédicas que podrían abatirlos, pero no se incluyen las formas de atención “culturales” que podrían ser utilizadas favorablemente para resolver los daños.

Si bien las prácticas de autoatención o las formas de atención consideradas “tradicionales”, fueron propuestas por las estrategias de atención primaria y se han generado investigaciones al respecto, las mismas han sido escasamente impulsadas oficialmente por el sector salud, salvo en determinados contextos y sobre todo en función de una concepción de ampliación de cobertura a bajo costo y para poblaciones marginales rurales.

Tal como enuncian Edward y Ariff (1981), los procesos de invisibilización y sub-registro están asociados a una visión epidemiológica restringida:

Los estudios epidemiológicos sobre el consumo de drogas rara vez han abordado las verdaderas dificultades teóricas de esta problemática; predomina un tipo de investigación mecánica y reiterativa que trata al consumidor de drogas como un objeto de estudio totalmente divorciado de las condiciones culturales y de las instituciones sociales dentro de las cuales vive y consume drogas (...). (1981)

Más aún, reconocen que el alcoholismo implica un conjunto de relaciones complejas y en constante cambio, y que justamente este es el tipo de problemas que debe enfrentarse metodológicamente en lugar de simplificar la realidad describiéndola a través de variables y de categorías aisladas, que no posibilitan entender lo que sucede con dicho padecimiento.

Examinaremos algunas aproximaciones provenientes de la psicología social en torno a cuestiones claves que se constituyen en barreras actuales o potenciales para el logro de una mayor accesibilidad a servicios de salud y, consiguientemente, para disminuir la brecha de tratamiento en torno al problema.

Uno de los enfoques psicológicos que más productivo ha resultado es el estudio de los valores, entendidos éstos como el criterio en base al cual actúan las personas. Dicho enfoque propuesto por Milton Rokeach (1973:), define el concepto de valor como aquellas “creencias” que poseemos acerca de estados finales y/o conductas deseables y que, por tanto, trascienden las situaciones concretas guiando la selección y evaluación de las mismas y los comportamientos consecuentes (Schwartz y Bilsky, 1987). Rokeach (1973, 1979a; 1979b) ha descrito que las actitudes se organizan en forma relativamente permanente y la diferencia con el valor es que éste es una creencia única, mientras que la actitud refiere a la organización de varias creencias existenciales y causales que predispone a responder preferentemente de una determinada manera ante un mismo objeto social o situación, discriminando a toda persona que se percibe como disonante con tal actitud. La teoría sobre el sistema de creencias coloca los valores en el núcleo de la personalidad del individuo. En este sentido los valores se convierten en elementos centrales que sirven al self para mantener, siempre que sea necesario, la autoestima de cada persona y para hacerla crecer cuando sea posible. Una característica especialmente relevante de los valores viene dada por su estabilidad, no total, pero si bastante duradera.

La teoría explicitada por Rokeach (1973, 1979a; 1979b) está asociada, además, al concepto de estigma. La idea del estigma como concepto social primero fue elaborada y puesta en práctica por el sociólogo Erving Goffman (1963). Desde entonces, investigadores y científicos sociales y de la salud pública se han esforzado por comprender mejor por qué las personas con ciertas condiciones, características, identidades o comportamientos están “marcadas” o son percibidas como diferentes.

También han investigado el impacto que tal catalogación tiene en la salud y la vida de las personas. Como señala Das (2001), tales condiciones, características o comportamientos marcan simbólicamente al sujeto portador (del estigma) como cultural o socialmente inaceptable e inferior. Por tanto, la calificación simbólica establece la base para la exclusión y la discriminación a nivel individual o social.

Link y Phelan (2006) señalan que el estigma y la discriminación prosperan cuando las diferencias de poder a nivel social, económico y político entre personas estigmatizadoras y aquéllas que son estigmatizadas son utilizadas opresivamente para dividir y excluir a determinados grupos sociales.

Estos señalamientos ilustran la importancia de los valores dominantes en el proceso de crear o mitigar el estigma, pues actuar de manera contraria a los valores de la sociedad puede resultar en catalogación, estereotipos o separación, en última instancia; exclusión y discriminación.

En la actualidad, el consumo excesivo de alcohol y otras drogas esta asociado a procesos de estigmatización (Room, 2006; Palma, 2006); y es por ello que, los valores, las creencias y actitudes de los profesionales de la salud, atravesados por diversos discursos estigmatizantes, impactan condicionando su desempeño profesional e incidiendo directamente en sus prácticas. Diversos estudios han señalado dichas resistencias junto a una posición estigmatizante por parte del profesional de la salud en lo referente al usuario de alcohol y drogas (Aira, 2003; Kloss, 2003; Fortney, 2004; Saitz, 2002).

El ideario estigmatizante que propician las políticas prohibicionistas, se entranan en las prácticas asistenciales produciendo y reproduciendo la construcción de estigmas sobre los drogodependientes, rigiendo las políticas de seguridad. Los profesionales de la salud, también se encuentran atravesados por este discurso, en un contexto histórico que señala a las drogodependencias como un padecimiento propio de poblaciones marginales.

Con respecto a la perspectiva epidemiológica, Menéndez (2008) señala que el problema del uso nocivo de alcohol como problema de salud resulta enmascarado y sub-registrado sistemáticamente por el sistema sanitario, lo cual representa también una barrera importante a considerar.

La principal causa de sub-registro de los daños a la salud reside en la escasa o nula detección y diagnóstico por parte del personal de salud de toda una serie de consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol (Menéndez, 1990; Menéndez & Pardo, 1996, 2003).

Las dificultades para arribar a un diagnóstico se vinculan con: la reticencia a la consulta, la negación del problema, alteraciones de la memoria y la comprensión de quienes usan el alcohol de forma nociva y que trastornan la posibilidad de entablar una conversación fluida, así como también la actitud y creencias de los integrantes del equipo hacia el problema, ya que ello incide en la forma de abordarlo. Otra de las dificultades suele ser el modo de evaluar el problema, ya que se valora el mismo según el patrón de ingesta propio.

Asimismo, a las cuestiones antes mencionadas se suma el desconocimiento que muchos de los integrantes del equipo de salud tienen respecto a la multicausalidad de los síntomas del uso nocivo de alcohol y, "(...) por no saber cómo enfocar el problema, prefieren evitar, dejarlo de lado y hacer diagnósticos sintomáticos que omiten considerar las consecuencias del consumo nocivo de alcohol sobre otros órganos o sistemas" (Arzeno y Castelo, 1997).

Estudios realizados sobre los trabajadores que desarrollan su tarea en el ámbito del primer nivel de atención, han demostrado que poseen escasos conocimientos sobre el consumo de alcohol y sus efectos sobre la salud, así como sobre las raíces socioculturales de los patrones de consumo, dejando al descubierto que las limitaciones del modelo de atención son de índole tanto técnica como ideológica (Menéndez, 1990). Los profesionales de la atención primaria encuentran muchas veces difícil identificar y orientar a los pacientes en lo que respecta al uso de alcohol y drogas.

Entre las razones más frecuentemente citadas constan la falta de tiempo, la formación inadecuada, el temor a generar resistencia por parte del paciente, la incompatibilidad percibida entre las intervenciones breves en alcohol y otras drogas y la atención primaria y, por último, pero no por ello de menor importancia, las propias creencias y actitudes de los profesionales de la salud.

La escasa aplicación de acciones eficaces para reducir los problemas vinculados al consumo de alcohol es aún más preocupante porque, según la OMS, aunque los gobiernos y la comunidad disponen de diversas estrategias efectivas para tratar y prevenir los efectos adversos derivados del consumo de alcohol, "en numerosos países poco o nada se ha hecho para aplicar estas estrategias" (OMS, 2000: 12).

En términos asistenciales y salubristas podemos concluir que la mayoría de los padecimientos generados por el consumo de alcohol se caracteriza por la ausencia o escasez de atención médica específica —y subrayamos lo de específico en términos de su vinculación con el alcohol— en los tres niveles de atención, así como por el poco desarrollo de actividades preventivas. La escasez de recursos económicos y humanos aplicados contrasta no sólo con el peso que las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas tiene en el perfil de la morbilidad y mortalidad dominante en varios de los países de la región, sino también con los costos económicos de dichas consecuencias.

Problema

Dada esta profusión de antecedentes que sitúan el problema de la perspectiva en torno al alcohol (que comparten también los profesionales) y sus repercusiones sobre la práctica asistencial, se ha propuesto en el marco de la investigación, el estudio de *“Creencias, actitudes y opiniones de los profesionales del Primer Nivel de Atención sobre los usuarios de alcohol y otras drogas”*.

Objetivos

a) Valorar la opinión de los profesionales del primer nivel de atención sobre el consumo de alcohol en su comunidad de referencia.

b) Explorar la opinión sobre el papel del profesional que se desempeña en el primer nivel de atención en el diagnóstico e intervención precoz sobre el consumo excesivo de alcohol.

c) Analizar las dificultades y posibles barreras de accesibilidad que estos profesionales tienen para el abordaje del consumo de alcohol en la consulta.

d) Valorar el conocimiento de recursos complementarios de apoyo para los consumidores abusivos y la coordinación con dichos recursos.

e) Detectar necesidades para la mejora de la intervención desde la Atención Primaria de la Salud.

Método

Para responder a los objetivos de esta investigación se ha optado por un abordaje metodológico desde una perspectiva cualitativa que procura la comprensión del punto de vista de las personas participantes en el estudio, tomándose como unidad de análisis, el discurso de los profesionales entrevistados, entre ellos: médicos, psicólogos, trabajadores sociales, odontólogos y enfermeros.

Participantes

Para alcanzar los objetivos anteriormente mencionados, se han seleccionado informantes (profesionales de salud: médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y agentes sanitarios) que se desempeñan en cinco Centros de Salud de la zona norte de la Provincia de Buenos Aires. Dichos participantes fueron elegidos mediante la técnica Bola de Nieve y la cantidad fue determinada por el criterio de Saturación del Campo.

Instrumentos y Materiales

Se utilizaron como principales técnicas el grupo de discusión y entrevistas abiertas, que contaron, como material de apoyo, con un cuestionario de percepción sobre drogas y problemas relacionados que permitió indagar en torno a las representaciones y creencias de los profesionales con relación a los usuarios de alcohol y otras drogas, y un cuestionario de datos sociodemográficos, ambos cuestionarios fueron auto-administrados y confeccionados para la presente investigación. Para ello, se realizó una prueba piloto, con 30 casos, para evaluar la coherencia lógica, la semántica y la sintaxis de los mismos.

Procedimiento

Se realizaron entrevistas a un total de 40 profesionales de diferentes centros de salud. Las entrevistas se efectuaron en los centros de salud, fueron grupales y tuvieron una duración de aproximadamente 45 minutos. Antes de comenzar con las mismas, se les explicó a los profesionales brevemente sobre el proyecto y se les solicitó que firmaran un consentimiento. Además, completaron los dos cuestionarios antes mencionados. El estudio fue totalmente anónimo y en ningún caso se registraron nombres y/o apellidos.

Resultados

Los **resultados** que han sido analizados y sistematizados en la presente etapa de la investigación han sido organizados en tres tópicos fundamentales, que se reseñan a continuación:

a) El consumo de alcohol como problema sanitario

El personal sanitario manifiesta tener conciencia del consumo excesivo de alcohol como un problema de salud pública al cual se ve expuesto una parte importante de la comunidad de referencia. Entre los determinantes del consumo identifican aspectos variables: los hábitos y costumbres culturales, la normalización social, la vinculación con el placer y la diversión; utilización del alcohol como facilitador de las relaciones sociales.

Otros factores serían el desempleo, el pesimismo respecto al horizonte laboral de las personas más jóvenes, que influye en los proyectos de vida y refuerzan el valor de lo instantáneo y la necesidad de evadirse.

Las consecuencias más llamativas del consumo excesivo, desde el punto de vista del personal sanitario, son las relativas a las consecuencias en la convivencia familiar, en el medio laboral y el aumento de las conductas agresivas.

Al aludir específicamente al alcoholismo como problema sanitario sobresale la identificación de las secuelas negativas y el deterioro que causa a nivel físico. Sin embargo, el discurso se centra especialmente en la población adolescente y joven, y en los problemas de dependencia del alcohol en población adulta.

b) Estrategias y recursos de intervención

Por todos los factores anteriormente enumerados que remiten a la visualización del problema, se resalta la importancia de las estrategias de sensibilización. Se planteó la necesidad de efectuar un trabajo previo con la persona antes de derivar a otro profesional y/o institución para ver si problematiza el consumo o si lo tiene naturalizado.

Ante la pregunta de qué se podría hacer idealmente para abordar la problemática del consumo de alcohol y/u otras drogas desde los centros de salud, se planteó que, en primer lugar, es necesario problematizar: "poner el problema sobre la mesa", citando a una de las entrevistadas. Además, sería indispensable contar con un lugar específico adonde derivar a las personas y tener mayor cantidad de personal trabajando en el centro de salud. En esta misma línea, se habló de la necesidad de que haya una decisión clara de intervención y, para poder realizarla, capacitación en el primer nivel de atención y profesionales del segundo nivel de atención con interés en articular acciones asistenciales.

De acuerdo a los datos relevados en las entrevistas, pese a reconocer la incidencia que tiene el consumo episódico excesivo de alcohol en los adolescentes, los profesionales destacan la falta de intervenciones preventivas que aborden con eficacia la problemática en este grupo etario. En una de las entrevistas, por ejemplo, se planteó que no se realizan talleres en una escuela secundaria atravesada por la droga porque no se sabe cómo hacerlo; les resulta difícil el abordaje desde la salita.

La visualización de la problemática por parte de los profesionales no es un indicador de las intervenciones que se realizan con respecto a la misma. En general, los profesionales saben que el problema está presente entre la población cubierta, pero muchas veces no se indaga al respecto por falta de recursos de abordaje e intervención.

En todas las entrevistas se indicó que en los Centros de Salud no hay protocolos de intervención ni dispositivos de seguimiento frente a un caso o una situación que se presente de consumo de alcohol y otras drogas. Algunos profesionales mencionaron que no cuentan con referencias, lugares a dónde derivar a las personas con consumo problemático. En uno de los Centros de Salud se explicó que desde los equipos que trabajan en el primer nivel de atención se trata la sintomatología de las personas que presentan un consumo problemático pero no tienen contacto con servicios de Salud Mental y no tienen lugar donde internar a las personas que no tengan red y quisieran dejar de consumir. Sin embargo, algunas problemáticas asociadas al consumo, como violencia de género, sí son abordadas desde los centros de salud con más frecuencia.

En su mayoría, los recursos de intervención a los que hicieron referencia los profesionales de los Centros de Salud se encuentran por fuera del Sistema formal de Salud: granjas, grupos terapéuticos, Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, iglesias en los barrios que trabajan con grupos de jóvenes que quieren dejar la droga, entre otros, y han indicado también que el trabajo está puertas afuera del centro de salud, en horarios que no son los del centro.

c) **Barreras y facilitadores**

La mayor parte de los/as profesionales consideran que en el marco de las estrategias de Atención Primaria de la Salud adquiere relevancia la exploración de hábitos y la orientación sobre los límites del consumo de alcohol. Sin embargo, mayoritariamente reconocen que la detección, el consejo, la intervención breve y las actuaciones de refuerzo no están incorporados de forma sistemática en sus prácticas cotidianas, siendo frecuente una detección tardía del consumo excesivo, que empieza a ser considerado problema cuando tiene repercusión orgánica.

Entre las barreras para la intervención destacan: i) la escasa formación (en la universidad y en los lugares de trabajo), ii) resistencias en la población, iii) temor a invadir la intimidad, iv) naturalización del consumo, v) los propios hábitos de consumo, vi) la sobrecarga de tareas, vii) el insuficiente respaldo institucional.

Por otra parte, entre los facilitadores para la intervención se identificaron los siguientes: i) realizar la exploración sobre el consumo de alcohol de una persona dentro de las prácticas clínicas de rutina (como puede ser la apertura de la historia clínica), ii) integrar la respuesta asistencial en el marco de otros procesos crónicos, iii) mantener una actitud abierta y constructiva, iv) lograr continuidad de atención a la misma población; v) contar con material de apoyo en las consultas.

Respecto a los recursos complementarios de apoyo, como ya fue mencionado anteriormente, resulta interesante resaltar que la mayor cantidad de recursos conocidos y valorados se encuentran por fuera del sistema de salud, y son constantes en sus discursos las quejas relacionadas con la escasa coordinación formal entre AP y los recursos de apoyo especializados.

Discusión

Hemos repasado, tras una exposición de las características que adopta el proceso de alcoholización, cuáles son aquellas concepciones de los profesionales que pueden constituirse en barreras para la accesibilidad a los servicios de salud.

Del conjunto de profesionales que integran los servicios de salud, los trabajadores del primer nivel de atención tienen un rol importante en identificar e intervenir en primer término cuando se presentan pacientes cuyo consumo de alcohol u otras drogas es peligroso o perjudicial para su salud

Los hallazgos preliminares que pueden destacarse del relevamiento efectuado pueden sintetizarse en los siguientes:

a) El discurso se centra especialmente en la población adolescente y joven, y en los problemas de dependencia del alcohol en población adulta;

b) Si bien los profesionales reconocen la incidencia que tiene el consumo excesivo de alcohol en grupos emergentes (ej: los adolescentes), identifican a la vez la insuficiencia de intervenciones que aborden con eficacia la problemática en este grupo etario;

c) Respecto a los recursos complementarios de apoyo, carecen de una perspectiva suficientemente amplia de todos los recursos con los que cuenta la red asistencial, lo cual limita las alternativas que pueden ofrecer a la población.

En este marco, es esencial que tales profesionales realicen un proceso de reflexión en torno a sus marcos conceptuales y prácticas, que permita repensar certezas, reflexionar sobre las creencias que legitiman su labor e incorporar a otros actores y saberes que pueden enriquecer la respuesta asistencial desde una perspectiva de intersectorialidad y trabajo en red.

En este sentido, las conceptualizaciones y aportes precedentes, pueden resultar fecundos para que los equipos de salud visibilicen las dimensiones a considerar y de esta manera contribuir a desnaturalizar los mitos y prejuicios, -los propios y los que circulan en la comunidad- que habitualmente dificultan un abordaje integral, sistemático, exhaustivo y complejo de ésta problemática.

Referencias

- Aira, M., Kauhanen, J., Larivaara, P. y Rautio, P. (2003, Enero). Factors influencing inquiry about patient's alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study Family Practice. En *Medical Journal*, 20(3), 270-275.
- Arzeno, M. y Castelo, M. (1997). *Diagnóstico de Alcoholismo*. Buenos Aires: Biblioteca Centro Médico de Mar del Plata.

- Das, V. (2001, Septiembre 5). *Stigma, contagion, defects: Issues in the anthropology of public health*. Paper presented at the National Institutes of Health "Stigma and Global Health Conference: Developing a Research Agenda". Bethesda, Maryland.
- Edward, G. y Ariff, A. (editores). (1981). *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. (Cuadernos de Salud Pública 73).
- Fortney, J., Mukherjee, S., Curran, G., Fortney, S., Han, X. & Booth, B. (2004, Octubre/Diciembre). Factors Associated With Perceived Stigma for Alcohol Use and Treatment among At-Risk Drinkers. En *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(4), 418-429.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoilt identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Kloss, J. D. y Lisman, S. A. (2003). Clinician Attributions and Disease Model -Perspectives as Mentally Ill, Chemically Addicted Patients. A Preliminary Investigation. En *Substance Use & Misuse*, 38(14), 2097-2107.
- Link, B. y Phelan, J. (2006, Febrero 11). On stigma and its public health implications. En *The Lancet*. 367(9509), 528-9.
- Menéndez, E. L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Menéndez, E. (2006). Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México. En *Desacatos* (20), 29-52.
- Menéndez, E. (2008, Enero). Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. En *Región y sociedad*, 20(spe2), 5-50. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252008000400002&lng=es&tlng=es.
- Menéndez, E. (2010). Modelos, experiencias y otras desventajas. En: *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, método y alcances*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Menéndez, E. y Pardo, R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención Primaria y Proceso de Alcoholización*. México: CIESAS.
- Menéndez, E. y Pardo, R.B. (2003). Alcoholismo, especializaciones y desencantos: segundo y tercer nivel de atención médica. Informe final de investigación, Ms.

- Organización Mundial de la Salud (OMS)-
Organización Panamericana de la
Salud (OPS), (2000), *Guía
internacional para vigilar el
consumo de alcohol y sus
consecuencias sanitarias*,
Washington: Autor.
- Palm, J. (2006). *Moral Concerns -
Treatment staff and user
perspectives on alcohol and drug
problems*. Stockholm, University
of Stockholm. Doctorate Thesis.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human
values*. New York: Free Press.
- Rokeach, M. (1979a). *Understanding
human values*. New York: Free
Press.
- Rokeach, M.(1979b). Value theory and
communication re-search: Review
and commentary. En D. Nimmo
(Ed.): *Communication. Yearbook
III*. New Brunswick, NJ:
Transactions Books.
- Room, R. (2006, Septiembre). Taking
account of cultural and societal
influences on substance use
diagnoses and criteria. En *Journal
of Addiction*, 101(s1), 31-39
- Saitz, R., Friedman, P. D., Sullivan L. M.,
Winter, M.R, Lloyd-Travaglini, C.,
Moskowitz, M.A., Samet, J.H.
(2002, Mayo). Professional
Satisfaction Experienced when
Caring for Substance-abusing
Patients - Faculty and Resident
Physicians Perspectives. En
*Journal of General Internal
Medicine*, 17(5), 373-376.
- Schwartz, S., y Wolfgang, B. (1987).
Toward a universal psychological
structure of human values. En
*Journal of Personality and Social
Psychology*, 53, 550-562.

“¿CUÁLES SON LAS SUBJETIVIDADES ASOCIADAS AL USO DE INTERNET?”

“WHAT ARE THE ASSOCIATED SUBJECTIVITIES USE OF INTERNET?”

Investigadora Titular: Yanquiel Barrios Hernández¹

Investigador Auxiliar: Marxlenin P. Valdés
Universidad Nacional, La Habana, Cuba.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”²
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 2 de Diciembre de 2014

Aceptado: 15 de Mayo de 2015

Resumen

Internet y las redes sociales virtuales inciden en la conciencia de los individuos dictando un esquema conductual a seguir. Penetran con mayor sutileza en nuestras vidas, convirtiéndose en proveedores y dueños de la realidad. La tendencia es a permanecer más horas *on line* y conformarnos como más dependientes de la tecnología. Nuestra interacción social se ha vuelto menos física, en tanto más virtual. El propósito de este artículo es describir el tipo de subjetividades que produce Internet, partiendo de la premisa que es este el medio de comunicación por excelencia en la actualidad y que el periodo etario de la juventud se instaure como el mayor consumidor. El trabajo se realizó desde el enfoque de las ciencias sociales, el cual da cuenta del proceso de subjetivación como la relación entre lo objetivo y lo subjetivo, el tránsito de lo externo a lo interno de las cualidades psicológicas del individuo.

Palabras Clave: Internet, Juventud, Subjetividad.

¹ Correspondencia remitir a: barrioshernandezzy@gmail.com. Yanquiel Barrios.

² Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com,norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Abstract

Internet and social networking sites now directly involved in the consciousness of individuals teaching a behavioral pattern to follow. Day by day more subtly penetrate into our lives, becoming providers and owners of the reality around us. Each time the tendency is to spend more hours on line and conform as more dependent on technology. Our social interaction has become less physical, as virtual. The purpose of this paper is to describe the kind of subjectivities that Internet produces, on the premise that this is the quintessential media today and that the age of the youth period is established as the largest consumer. The present study was conducted from the perspective of the social sciences, which realizes the process of subjectivation as the relationship between the objective and the subjective, the transition from the outside to the inside of the psychological qualities of the individual.

Keywords: Internet, Youth, Subjectivity.

Introducción

El proceso de subjetivación de un objeto se encuentra vinculado a la personalización de contenidos valorados socialmente. La subjetivación se refiere a la relación entre lo objetivo y lo subjetivo, al tránsito de lo externo a lo interno de las cualidades psicológicas del individuo, lo cual se explica mediante la ley genética del desarrollo de Vygotski. La misma postula que todo proceso psicológico aparece dos veces: primero en las relaciones interpersonales y luego como dominio intrapersonal. Al respecto, Vygotski expresó: “detrás de todas las funciones superiores, de sus relaciones, están, genéticamente, las relaciones sociales, las relaciones entre la gente” (Vygotski, 1987). De esta forma se asevera que “todo lo que existe en las funciones psíquicas superiores, fue alguna vez externo, porque fue social” (Domínguez, 2007).

Internet constituye una masa, el espacio ideal en el que confluye un conglomerado de personas, la mayoría con un fin común. Sigmund Freud caracterizó la masa como el conjunto de particularidades que comparten los individuos en su interior y que a su vez permite que se enlacen y comuniquen sus ideas entre sí (Freud, 1948).

Para considerar Internet como una masa resulta indispensable que los miembros que la componen posean intereses similares relacionados a un mismo objetivo, experimenten los mismos sentimientos en presencia de una situación dada y ostenten de cierta manera la facultad de influir unos sobre otros. En la medida en que esta homogeneidad mental sea más enérgica, con mayor facilidad y fortaleza se constituirá Internet como masa psicológica.

Objetivos

En este constante intercambio de pensamientos, símbolos y saberes, en este juego de roles que constituye Internet, se brinda la posibilidad de establecer sutiles e ingenuas igualdades entre los individuos. Entre los objetivos de este trabajo de encuentran analizar qué tipos de subjetividades puede producir Internet y explicar cómo el individuo la internaliza.

Justificación

Cuando se establece el proceso de subjetivación de Internet, esta comienza a formar parte de los sentidos psicológicos, específicamente como configuraciones psicológicas complejas.

De este modo, la regulación y autorregulación del comportamiento va estar matizada por la relación que el individuo establezca con la Internet, además de la significación e importancia que este le proporcione a las cualidades que ha subjetivado del objeto. Uno de los factores esenciales para analizar y pensar el proceso de subjetivación de Internet se resume al periodo etario en el que se encuentra el individuo, pues en cada etapa del desarrollo psicológico ocurren cambios que modifican el funcionamiento de la personalidad.

Un estudio realizado en 2009 por la Fundación Pfizer titulado “La Juventud y las Redes Sociales en Internet”, reveló que en España el 83,7% de las familias posee disponibilidad de Internet en el hogar, destacando que los jóvenes entre los 17–20 años de edad se enmarcaban como los mayores consumidores de ese servicio. La juventud se encuentra entre los periodos del desarrollo en que el individuo permanece en mayor contacto con Internet. Una de las esferas que cobra mayor importancia en la edad juvenil es la afectivo-motivacional. Dentro de ella se incluyen formaciones psicológicas complejas como los ideales, la autovaloración, la concepción del mundo y el sentido de vida, el desarrollo moral y los motivos e intereses profesionales. Estas formaciones, conjuntamente con otros contenidos psíquicos, son las que promueven una relativa independencia en el sujeto de las influencias externas.

Discusión

Encontrarse inmersos en una masa con las características de Internet va a provocar, como expresó Freud (1948) en “Psicología de las masas y análisis del Yo”, que el individuo se sitúe en condiciones que le permitan suprimir las represiones de sus tendencias inconscientes.

Esta cuestión reviste vital importancia en la juventud, momento caracterizado por la consolidación de las principales adquisiciones alcanzadas en los periodos anteriores del desarrollo y por la tarea principal que debe enfrentar el joven: la autodeterminación en las diferentes esferas de la vida.

Bien sabido resulta todo el halo de rebeldía, subversión y transformación que acompaña a los jóvenes y justamente Internet, mediante su universo casi infinito de posibilidades, brinda la oportunidad de liberar el Ello y actuar de manera muy similar al estado hipnótico, pero en este caso, al contrario del analista, es el entorno virtual de Internet quien guía los hilos del proceso. Los individuos reunidos en una masa como Internet, hacen desaparecer todas sus inhibiciones personales, abriéndole paso para su libre satisfacción a los instintos reprimidos en su inconsciente.

El joven se encuentra ávido de poseer una versión ideal de sí mismo que contenga muchas más características positivas o virtudes, que defectos, y el ciberespacio le brinda esta oportunidad. En esta búsqueda de ideales y desarrollo moral, el entorno virtual juega un rol de facilitador para que el individuo disponga de un segundo Ser o de múltiples identidades en aras de lograr el contacto con otro sujeto (Aguilar y Said, 2010).

En su afán de encontrarse con su ideal, *las tecnologías del Yo*, como las llamara Foucault (1990), permiten a los individuos efectuar por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo, pensamiento, conducta o cualquier forma de ser. Obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar determinado estado de felicidad, pureza, sabiduría e inmortalidad.

Las tecnologías del Yo están orientadas a afirmar la subjetividad individual. En los blogs y redes sociales virtuales, el individuo encuentra un modo fácil y efectivo de realizarse mediante la aprobación o elogio de la imagen, mediante acciones o comentarios o a través de insinuaciones amorosas. La subjetivación de Internet implica la autoconstrucción de sujetos. El individuo se apropia de esta tecnología en dirección de obrar sobre sí mismo y orientándola a producir algún efecto sobre los demás.

Retomando a Foucault, es posible percatarse cómo Internet actúa produciendo subjetividades y conciencias engañadas. La supuestamente fácil manera de acceder y realizarse a través de la web resulta un fraude. El usuario en muchas ocasiones debe mentir sobre determinados defectos o actuar por mediación de su otro Ser, creado justamente para participar en el juego de roles de las redes sociales. El individuo es incapaz de darse cuenta que está relacionándose y emitiendo mensajes desde una postura de alguien que no existe, pero mientras esta actitud le reporte beneficios en la comunicación, las relaciones sociales y la popularidad, será imposible que logre reconocerse y reencontrarse con su yo.

El sujeto–usuario se redefine y desde su nuevo yo establece el tipo de interacción que más le convenga con el resto de los sujetos–usuarios del ciberespacio. Envuelto entre las redes de la masa, piensa como ella, se mueve hacia donde ella y actúa en consecuencia. No ve que los demás lo engañan con trucos similares. Internet no solo engendra subjetividades engañadas, también vulnerables a la adicción. La comunicación mediada por la tecnología se ha vuelto el lugar central para la gestión de los cuerpos, los sentimientos, las emociones y las subjetividades.

La subjetivación denota tanto el devenir del sujeto como el proceso de sujeción. Un individuo practica o habita la figura de la autonomía solo al verse sujeto a un poder y esta sujeción implica una dependencia radical (Butler, 1997). En la medida que el individuo se desarrolla, se va relacionando con los objetos que tiene a su alrededor, es decir, los subjetiva. Es en este devenir constante en el que el objeto transita desde lo externo hacia lo interno de las cualidades psicológicas del individuo, que no solo logra subjetivar un objeto determinado, también comienza a ser dependiente y subordinado de dicho objeto.

Continuando con la teoría de Foucault, tal parece que la subjetivación por sí misma implica un sometimiento, una sujeción. La sujeción significa hacerse de un sujeto, el principio de regulación conforme al cual se formula o se produce un sujeto. Constituye un tipo de poder que no solo actúa sobre un sujeto determinado como forma de dominación, sino que también activa o forma al propio sujeto.

Una vez Internet haya sido subjetivada y el individuo mantenga una relación que lo lleva a formar parte indisoluble de esa masa psicológica, inevitablemente la relación que en un inicio se estableció bajo parámetros de conformidad y satisfacción personal va a desembocar en una relación de sometimiento y subordinación. Internet posee la potencialidad de penetrar cualquier esfera de la vida cotidiana y es el sujeto quien la modela dotándola de sus características personales.

La aparente libertad de personalizar un blog o red social no es otra cosa que una evidencia palpable de la hegemonía ejercida por los medios sobre el sujeto y por ende la producción de subjetividades hegemonizadas.

Importante tener presente que el ejercicio normal de la hegemonía se caracteriza por una combinación de fuerza y consenso, que se equilibran de diferentes maneras, sin que la fuerza predomine demasiado sobre el consenso, y tratando de que esta parezca apoyada en la aprobación de la mayoría, expresada mediante los llamados órganos de opinión pública (Acanda, 2002).

Desde Internet se ha subjetivado al individuo como sujeto a un sistema de dominación o relación de poder, donde el primero subordina al segundo solapadamente. El engaño sobre la conciencia individual y grupal ha dado como consecuencia la producción de un sujeto dependiente, preso de sí mismo y su autoconciencia.

Los blogs y las redes sociales virtuales como parte de Internet, se enmarcan como tecnologías de poder orientadas por el principio de “Muéstrate a ti mismo” (Remondino, 2012). La regla es que el individuo realice el precepto bajo la norma de lograrlo por su cuenta. La fuente de poder se vuelve invisible cuando las herramientas tecnológicas se ofrecen como amigables y susceptibles de ser manipuladas por el sujeto de libre albedrío.

Un ejemplo patente lo constituyen las expresiones que un individuo realiza en su blog o en un sitio dentro de una red social. Las evocaciones resultan encarnaciones de las diversas formas de constituirse como un sí mismo al interior de relaciones sociales que regulan lo decible, lo mostrable, lo comunicable por ese sujeto en el espacio público del ciberespacio.

Conclusión

El enmascaramiento de una aparente libertad en las relaciones sociales mediadas tecnológicamente produce y reproduce conciencias limitadas a las propias relaciones. Las confesiones autobiográficas, las expresiones en tiempo real de las emociones, y las mostraciones no pudorosas del cuerpo, encuentran en Internet modos seguros de hacer visibles aquellos aspectos individuales reprimidos por el yo, sin que el sujeto concreto sufra ciertas consecuencias desagradables como las que pudiera expresarse en el rechazo y la reprimenda en otras situaciones comunicativas no mediadas tecnológicamente.

Internet, las redes sociales virtuales y sus constantes flujos comunicativos han provocado que experimentemos una nueva forma de representación de nosotros mismos, de los demás y de la realidad. Desde ella se da también una nueva forma de gobernar y por tanto de ejercer el control sobre las personas.

Resulta muy difícil pensar Internet como benefactora del desarrollo de subjetividades ética y moralmente fortalecidas. Entre otros factores, esto se debe a que la red de redes, es expresión de una época que ha dejado de reconocer la alternativa de otra sociedad y por tanto se cree absuelta del deber de examinarse hacia su interior para demostrar la validez de sus presupuestos. Dentro de este escenario, los medios, Internet y las redes sociales virtuales en general, participan e influyen en la creación de una ideología que no propicia la reflexión sobre nosotros mismos, o sobre la polis en la que vivimos.

No siempre la información disponible en estos sitios está en función de dotar al sujeto de elementos para su liberación. Lo que se potencia en la totalidad de estos espacios, es el consumo de banalidades y entretenimiento. Asimismo la estetización de la vida cotidiana, como tendencia creciente a inundar todos los espacios terrenales desde la idea de lo bello, la capacidad del deseo, de la seducción, etcétera: juega un papel fundamental como ilusionismo para desviar la atención de los temas realmente importantes.

Referencias

- Acanda, J. L. (2002). *Sociedad civil y hegemonía*. La Habana: Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana.
- Aguilar, D. y Said, E. (2010). Identidad y subjetividad en las redes sociales virtuales: Caso Facebook. *Revista del Instituto de Estudios en Educación Universidad del Norte*. N° 12 enero-julio.
- Bouwan, S. y Willis, C. (2003). *Nosotros el medio. Cómo las audiencias están modelando el futuro de la noticia y la información*. Colombia: Casa Editorial El Tiempo (CEET)
- Butler, J. (1997). *Mecanismos psíquicos del poder, teorías de la sujeción*. Valencia, Universidad de Valencia: Ed. Cátedra.
- Casacuberta, D. y Gutiérrez-Rubí, D. (2010). E-participación: de cómo las nuevas tecnologías están transformando la participación ciudadana. *Revista Razón y palabra*. Número 73, agosto-octubre.
- Domínguez, L. (2007). *Psicología del desarrollo. Problemas, principios y categorías*. La Habana: Ed. Félix Varela.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1948). *Psicología de las masas y análisis del yo*. En: Obras Completas, Vol. 1, Trad. por Luis López-Ballesteros y de Torres. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Menéndez, H. (1998). *La adolescencia y sus conflictos*. La Habana: Ed. Científico-Técnica.
- Piscitelli, A.; Adaime, A.; Binder, I. (2010). *El proyecto facebook y la posuniversidad: Sistemas operativos sociales y entornos abiertos de aprendizaje*. España: Ariel, S.A.
- Remondino G. (2012). Blog y redes sociales: un análisis desde las tecnologías de la gubernamentalidad y el género. *Athenea Digital*, 12(3): 51-69
- Vigotsky, L.S. (1987). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Ed. Científico-Técnica.
- Vigotsky, L.S. (1984). *Problemas de la Psicología Infantil*. Moscú: Ed. Pedagógica.

RESEÑA DEL LIBRO: "Psicología Teoría de la Praxis. Tomo II Transformación Educativa"

BOOK REVIEW: "Psychology Theory of Praxis. Volume II Educational Transformation "

Autor: Marco Eduardo Murueta

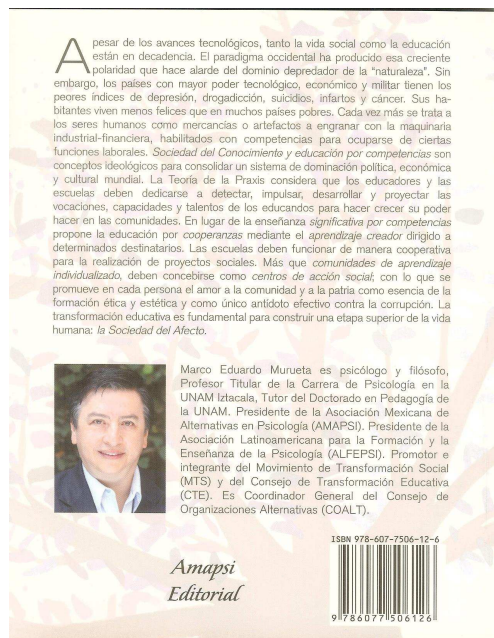
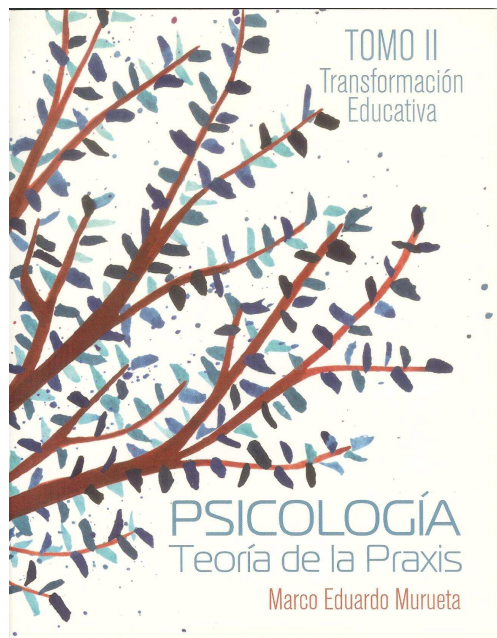
Prologo y Reseña: Julio César Carozzo Campos¹

Presidente del Observatorio sobre la Violencia y Convivencia en la Escuela.
Past Decano Nacional del Colegio de Psicólogos del Perú. Consultor Educativo.

CDID "Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica" ²
Universidad Católica "Ntra. Sra. De la Asunción"

Recibido: 25 de Marzo de 2015

Aceptado: 4 de Abril de 2015



Murueta, M. (2014). *Psicología Teoría de la Praxis. Tomo II Transformación Educativa*. (p.260). Bogotá: Editorial Amapsi. ISBN: 978-607-7506-12-6.

¹Correspondencia remitir a: jotace539@yahoo.es, Julio César Carozzo Campos. Lima, Peru

² Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com, o norma@tigo.com.py "Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica", FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Prologo

El tema fundamental del trabajo del Dr. Marco Eduardo Murueta es la educación y los aprendizajes en los individuos, y con ello, el valor que han alcanzado las numerosas teorías y metodologías educativas que se han construido para potenciar, limitar o deformar un proceso que difícilmente puede ser eludido socialmente por muy obstinadas que se hayan mostrado no pocas teorías en ese intento de procurar tal divorcio contra-natura. Estas intenciones se han hecho más notorias en los últimos años y se han acrecentado con el advenimiento de la era tecnológica y su pretensión de subordinar todo lo humano a la robótica.

La educación y la escuela nunca han pasado inadvertidas para los grandes pensadores sociales de la historia, convencidos de la importancia que tiene la educación para el impulso del desarrollo social y es así como nos han legado una enorme y fecunda cantidad de estudios e investigaciones que no deben perderse de vista en la preparación de toda propuesta de naturaleza educativa, como pasaremos a revisar brevemente.

En la Sexta Tesis de Feuerbach, Marx afirmaba que “la esencia humana no es algo abstracto e inmanente a cada individuo. Es, en su realidad, el conjunto de las relaciones sociales” Esto quiere decir que los individuos no nacen humanos sino que lo van logrando a través del proceso de socialización, mediante el cual tiene lugar la transformación del individuo en ser social y, por tanto, accede a la oportunidad para que el hombre alcance la capacidad de transformar su realidad.

Henri Wallon, psicólogo de filiación dialéctica y gestor del sistema educativo francés, a su turno, decía que el ser humano desde que nace queda atrapado en una red de relaciones sociales que no podrá abandonar en el resto de su existencia. Este proceso de socialización, en el que se cuenta el proceso educativo, es el más importante instrumento para que los individuos se apropien de la cultura de la humanidad (Vigotsky), se humanicen, se transformen permanentemente y, a partir de ello, emprendan la transformación de su entorno.

Al referirse a la educación Lenin afirmaba que la clase dominante difícilmente renunciará al control del proceso educativo porque mediante él podía ejercer el control cultural e ideológico de la niñez y la juventud. La domesticación de la población a través de la escuela es un instrumento de control político que no pueden abandonar, de allí que la gratuidad de la enseñanza no resulte ser alguna concesión del poder dominante a los sectores populares, sino que su objetivo es el de someter desde las etapas más tempranas a los futuros ciudadanos, dotándolos de su ideología, condicionarlos para la fácil recepción de todo conocimiento asociado a su ideología y cultura, así como neutralizar y rechazar lo que se le oponga.

La función de la escuela, según Gramsci, es organizar la parte principal de la tarea formativa del Estado: “elevar a la gran masa de la población a un determinado nivel cultural y moral, nivel (o tipo) que corresponde a las necesidades del desarrollo de las fuerzas productivas y por consiguiente a los intereses de las clases dominantes”

La crisis social, decía Gramsci, impacta profundamente a la educación en general, tiñéndola de un fuerte sesgo clasista y burgués. Ante esto le opone una concepción filosófica de la praxis que resultaba de la unión entre conceptualización y acción que procuraba, no solo comprender la realidad, sino y por sobre todo transformarla. El objetivo, para cada sociedad, es lograr que “el individuo se incorpore al modelo colectivo”. “Si la clase dominante –continúa Gramsci- ha perdido el consenso, entonces no es más dirigente sino únicamente dominante, detentadora de la pura fuerza coercitiva, lo que significa que las grandes masas se han separado de las ideologías tradicionales, no creen más en lo que creían antes”. Se abren así las posibilidades para una confrontación entre dos “conformismos”, es decir, para una lucha de hegemonías.

José Carlos Mariátegui, con la lucidez que lo caracterizaba afirmaba que “No es posible democratizar la enseñanza de un país sin democratizar su economía y sin democratizar, por ende, su superestructura política”. Esta consigna iba dirigida contra quienes ilusamente pretendían cambiar la educación sin afectar para nada las condiciones socio económicas dominantes. Mariátegui proponía, en cambio, una educación gratuita y obligatoria ligada al trabajo y a los intereses de las mayorías.

La educación, como lo señala con envidiable precisión el psicólogo Castro-Kikuchi, es un proceso activo a través del cual se produce la apropiación del patrimonio cognoscitivo y técnico creado, asimilado y enriquecido históricamente por la humanidad en el curso de su acción, comprensión y transformación de la realidad socio-natural, y que permite al individuo su integración a la sociedad (a través de la familia, el grupo y la clase social).

Precisamente uno de los mayores embustes que han acuñado los doctrinarios de la educación a los largo de la historia ha sido el de prescindir del proceso histórico, encasillando el proceso y la actividad educativa y de aprendizaje exclusivamente en la institución educativa, incluso haciendo uso de un grosero reduccionismo en lo puramente instruccional; ratificando de forma implícita que la educación y el aprendizaje solo tendría lugar mediante la institucionalización escolar.

Volviendo con Castro-Kikuchi, decimos que **la educación es un proceso socio-histórico y cultural** efectivizado para transmitir y desarrollar el patrimonio cognoscitivo, práctico y moral socialmente **elaborado con el objetivo de asegurar la supervivencia de los individuos y de la especie** (las negritas son nuestras).

De lo expuesto podemos coleccionar dos aspectos importantes que interactúan dialécticamente entre sí: el primero de ellos refiere que la educación y el aprendizaje tiene muchos entornos de realización y satisfacción para los individuos y la sociedad, y de otro lado, la educación y los aprendizajes que devienen de este proceso son fuente de conocimiento de la realidad e instrumento de transformación de ella. La educación y los aprendizajes no son, pues, vehículos proveedores de información y conocimientos para la exclusión de los más y la elitización de los menos.

Ahora bien, la educación en su función social concreta se nos presenta como estructuras específicas que conviene examinar porque es en esos niveles en donde esencialmente se han planteado los cuestionamientos, manteniéndose la política educativa ignorada o desatendida, inexplicablemente.

El sistema educativo surge con la necesidad de los Estados modernos de ejercer y afianzar su poder sobre gran parte de la sociedad. En este sentido, el sistema educativo se convertiría en un arma de gran importancia a la hora de decidir los contenidos cognitivos, culturales, ideológicos y morales que se deben impartir en las instituciones educativas, forzando que todos los individuos allí institucionalizados, homogéneamente y al margen de su pertenencia de clase, sientan, piensen y actúen en forma semejante. Los saberes y conocimientos impartidos por el Estado en su sistema educativo hacen que todos los individuos de una sociedad reciban el mismo tipo de educación y estén así equilibrados, dicen cínicamente sus defensores. El sistema educativo es, entonces, una estructura burocrática creada por el Estado que tiene como objetivo principal permitir que una gran parte de la sociedad, si no toda, reciba el mismo tipo de educación y formación a lo largo de su vida.

El proceso educativo, por su parte, se basa en la transmisión de saberes y valores que se imparte en todas las redes escolares y tiene un carácter unidireccional y vertical, por lo que quienes están aprendiendo siempre mantendrán una relación de dependencia y sumisión respecto a sus instructores y educadores. Esta relación se observa tanto en la educación formal, a través de la escuela, como mediante la educación no formal, que tiene como escenarios el hogar y el contexto social, por ejemplo. Las mayores críticas recaen en este nivel, el proceso educativo, siendo los docentes y los estudiantes los más vapuleados por la baja calidad de los resultados, ignorándose interesadamente que el fracaso no es del estudiante, como acertadamente lo remarca Gimeno Sacristán.

El fracaso escolar es el fracaso académico. Se presenta como una especie de derrota del sujeto en las instituciones escolares, cuando en realidad es un fracaso académico. En la medida en que **hemos reducido el derecho a la educación al derecho a la escolaridad**, al fracasar en la escolaridad se fracasa en la realización del derecho a la educación. Al no cumplir los requisitos que plantea la concreta concepción actual de la escolaridad, algunos individuos fracasan y les queda cercenado el derecho a la educación. En este ámbito, el fracaso escolar es la negación al alumno a poder seguir beneficiándose del derecho a la educación. El éxito escolar tampoco es el éxito educativo, culmina diciendo Gimeno Sacristán.

Cuando Merani sentenciaba que la praxis hace la gnosis, se quería referir al hecho que la acción que intencionadamente realiza el niño sobre su medio concreto inmediato para conocerlo y ejercer una acción sobre él, es en rigor, el proceso de apropiarse de la realidad conociéndola y así disfrutarla para sus necesidades sin dejar de transformarse así mismo en ningún momento y con estos recursos -la subjetividad de la objetividad- volver a esa realidad que fue su punto de partida, para accionar sobre ella y transformarla, iniciándose de este modo una actividad interactiva indetenible y que en su momento dará lugar a la aparición de la conciencia y la autoconciencia.

Enfocando las relaciones entre práctica y teoría, Marx analizó la separación entre actividad manual (práctica) y actividad intelectual (teoría) y estableció su origen ya no exclusivamente en la diferencia natural entre estos dos aspectos de la actividad humana, sino en el proceso histórico que (a través de la división del trabajo) ha ido profundizando cada vez más la distinción entre el rol de la teoría y el papel opuesto de la práctica, la

cual aparece como si estuviera desprovista de cualquier función cognoscitiva. La unidad dialéctica entre ambas no significa la identidad de ambas o su equivalencia (Castro-Kikuchi).

La educación y el sistema educativo en nuestros países se ha limitado a la enseñanza y a la instrucción más no a la educación. La escolaridad no equivale a educación, como información no equivale a conocimiento. En los últimos años la política educativa de los Estados, adhieren abiertamente a los postulados de la sociedad del conocimiento, cuyos orígenes se remontan a Drucker, quién concede una relevancia crucial a la producción de productos intensivos en conocimiento y a los servicios basados en el conocimiento. Se resalta la creciente importancia de los procesos educativos y formativos, tanto en su vertiente de educación y formación inicial como a lo largo de la vida. Se propugna una educación mediante la cual se forme a los estudiantes para servir al mercado laboral, eviscerándola por completo de su función social y transformadora.

Para el sistema dominante, el concepto de calidad de la educación que se esmeran en conquistar se entiende cabal en tanto esté puntualmente asociado a la corriente mercantil de la educación. Para alcanzar este propósito, además de imponer un contenido curricular a tono con sus necesidades de mercado, desacreditan la carrera docente, caricaturizan a la escuela pública con la finalidad de denigrarla y propugnar su privatización, y profundizan en su máxima expresión la exclusión en el sistema educativo. Priorizar la calidad educativa en desmedro de la calidad de vida en las instituciones educativas es un repudiable atentado contra los derechos de los estudiantes a la educación, como también lo es en perjuicio de los docentes que han sido reducidos al rol de meros operadores;

aunque dialécticamente estos hechos son señal de pánico y de impericia para detener el auge de la conciencia social que se va alcanzando, pese a la envolvente política educativa de sometimiento, ya que la educación por muy manipulada que se halle, se encuentra de cara a la vida social misma y reproduce sus contradicciones con prolija puntualidad.

Así, en este mar de valiosos aportes y contradicciones, nos llega la propuesta de Marco Murueta, de cuyo trabajo quisiera resaltar el mérito de proponer el inaplazable engarce y compromiso de la ciencia y la disciplina psicológica con el trabajo educativo y los procesos educativos. La psicología entra a la escuela para atender los problemas de conducta o de aprendizaje, como sigue siéndolo hasta ahora, cuando en realidad su quehacer debe llegar al proceso de aprendizaje mismo, a las relaciones interpersonales entre los estudiantes, a la convivencia entre todos los agentes educativos que incluyen a los miembros de la comunidad. La psicología no es una intrusa en la educación tal como la han estigmatizado no pocos “expertos” de la educación temerosos de las bondades de la psicología y, este ensayo pionero de Marco Murueta, que reivindica la psicología de la praxis no puede ni debe ser desdeñado o minimizado si los psicólogos y educadores no deseamos merecer la sentencia de Camus: Los desprecio porque pudiendo tanto se atrevieron a tan poco.

En la propuesta de Marco Murueta, resumidamente, podemos destacar los siguientes aspectos:

1. Impulsar un trabajo participativo/interactivo en los estudiantes, contextualizado como lo propone Díaz Barriga, completamente opuesto al trabajo de naturaleza directiva que sigue imperando en la educación.

2. La quiebra de la homogenización del proceso educativo que favorece la rápida aceptación de contenidos ideológicos y culturales propugnados por el sistema dominante que consagra, de ese modo, una suerte de control sobre los individuos y los grupos, produce rechazo y resistencia a todo aquello que se le oponga y cuestione, eliminando la praxis como eje del proceso educativo.

3. Subyace la convicción de que hay que educar al niño para que cambie la sociedad (Freire), para lo que debe necesitar una educación provista de los contenidos para que el mismo empiece una vida distinta comparativamente a la del maestro.

4. La escuela provee información y conocimientos y los evalúa indagando cuanto de ello lo puede repetir, más no el poder o saber cómo utilizarlo para alcanzar la transformación personal que lo catapulte a la asunción de tareas transformadoras de lo social.

5. El paquete de conocimientos que se le propone a los estudiantes solo sirven para ser evaluados y promovidos en sus grados de enseñanza, de suerte que cuando se logran ambos objetivos, aprobar y ser promovidos, la vigencia y utilidad de lo aprendido se pierde rápidamente. Ni transformación personal ni social.

6. Lo más importante que poseen los individuos y que llega mediante la educación es que pueden imaginar y prever objetivos o acontecimientos mediatos y dirigir sus acciones con base en ello. Por eso Markovic define a la praxis como “acción social dirigida a fines”. Recordemos, si no, la comparación de la mejor abeja versus el peor maestro de obras de Marx. La escuela actual con su sistema de enseñanza nos propone ser una “abeja al servicio del sistema”.

7. La praxis es la acción que recoge la experiencia histórico-cultural de la humanidad y, al mismo tiempo, va produciendo nuevos hitos históricos dentro de un contexto relativo que incluye aspectos relacionados al futuro, sin lo cual no se puede marchar. La educación, en la realidad que cuestiona Murueta, es un proceso en donde las enseñanzas revelan una realidad inexistente y en no pocas ocasiones, son opuestas a ella, por ello Murueta apuesta por la praxis que persigue tanto el sentido de realidad que la educación debe tener, sino que también mediante ella se adquieren un conocimiento más objetivo de la realidad.

8. Para que las personas alcancen el conocimiento de la realidad para el ejercicio de una acción transformadora de ella no es suficiente la escuela, es necesaria y complementaria la praxis en la realidad misma. Estos hechos nos permiten entender la existencia de un Espartaco y un Emiliano Zapata, por ejemplo.

9. La praxis social afianza la calidad de los aprendizajes y del conocimiento de las personas cuando estos han sido logrados mediante el auto-aprendizaje, proceso en donde la experiencia del individuo se basa en las vivencias de sus convicciones y creencias.

Termino expresando mi gratitud a Marco Eduardo Murueta Reyes por esta generosa invitación a prologar su libro. La psicología mexicana y latinoamericana tienen en Murueta un infatigable luchador por la afirmación de una disciplina que esté al servicio de la comunidad, lo que quiere decir que los profesionales no solo deben escribir para ella desde el ara de su saber, sino que deben volcarse a esa comunidad y, en y desde esa praxis, poder percibir mejor lo que se debe hacer para alcanzar el cambio social que queremos.

“ENTREVISTA: Psicología de la Salud desde la Perspectiva del Dr. Luis Flores Alarcón”

"INTERVIEW: Health Psychology from the Perspective of Luis Flores Alarcón, PhD."

Entrevistado: Luis Flórez Alarcón¹

Entrevistadora/Editor and Interviewer: Dra. Norma Coppari de Vera²

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”³
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 21 de abril de 2015

Aceptado: 29 de abril de 2015

Estimado Colega

Dr. Luis Flores Alarcón

145

Por la presente le solicito nos permita acceder a una Entrevista para la Revista EUREKA, Vol. 12, N° 1, 2015, cuya fecha de edición está programada para Mayo/15. En caso de no aceptar agradecemos nos haga saber en la brevedad posible. El plazo de envío de sus respuestas es de 15 días.

Eureka como **Órgano Oficial del CDID**, “Centro de Documentación, Investigación y Difusión en Psicología Científica de la FFCH, Universidad Católica “Ntra. Sra. de la Asunción” tiene el propósito de brindar mayor visibilidad a la producción científica de los investigadores profesionales y estudiantes, nacionales y extranjeros. Con ello, creemos contribuir y promover al desarrollo del perfil científico-profesional de la Psicología Latinoamericana, y ciencias afines como ciencia, disciplina y profesión.

A continuación, se detallan las preguntas, con la aclaración de que puede incorporar los cambios que considere pertinentes, y reenviar sus respuestas a la misma dirección de correo electrónico: norma@tigo.com.py

¹ Correspondencia remitir a: luisflorez@cable.net.co Luis Flórez Alarcón Ph.D. Profesor Titular, Departamento de Psicología, Universidad Nacional de Colombia.

² Correspondencia remitir a: norma@tigo.com.py Dra. Norma Coppari (M.S.,M.E.), CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

³ Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com o norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Desarrollo de la Entrevista

1. Dr. Luis Flórez Alarcón hace cuanto tiempo que ejerce la psicología, en que área, y a que institución/nes pertenece?

(LEFA): He ejercido la profesión por 40 años. Me gradué como psicólogo en Diciembre de 1975 en la Universidad Nacional de Colombia. Obtuve los títulos de Magister en Análisis Experimental de la Conducta (1982), y de Doctor en Psicología General Experimental (1998), ambos en la Universidad Nacional Autónoma de México. Desde 1985 soy profesor de tiempo completo en el Departamento de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia (UNC). Actualmente soy profesor titular. Desde 2010 soy también coordinador del programa de salud escolar ARCOS en la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá (USB).

2. Podría darnos una breve semblanza de su trayectoria como docente, investigador y profesional colombiano?

(LEFA): Durante toda mi vida profesional he sido docente e investigador, pero también he ejercido aplicaciones prácticas (extensión), especialmente en el área de psicología de la salud desde 1980. Entre 1980 y 2000 trabajé principalmente en psicología clínica de la salud. En estas tres modalidades de trabajo (docencia, investigación y extensión) realizo programas anuales, conforme a la práctica usual de diseño de programas de trabajo anual que hacemos los docentes en la UNC. Entre 2000 y 2015 he trabajado principalmente en psicología social de la salud. Las áreas de docencia, investigación y extensión que he abordado en cada campo, son:

1) En psicología clínica de la salud, la principal experiencia la tuve como coordinador del Servicio de Psicología en el Instituto Materno-Infantil de Bogotá, entre 1988 y 2001; allí asistían a realizar sus prácticas profesionales los estudiantes del programa de pregrado en psicología, y los estudiantes de postgrado del programa de especialización en psicología clínica y de la salud. Personalmente me interesé durante ese período en la investigación de tipo psicoimmunológico en torno al embarazo de alto riesgo, particularmente con maternas que padecía pre-eclampsia. Sobre esta temática realicé mi tesis doctoral. Igualmente me interesé en la evaluación y modificación del estrés prenatal en general.

2) En psicología social de la salud me he interesado principalmente en desarrollar un enfoque de competencia social en el ámbito de la salud escolar, con énfasis en promoción y prevención, aplicando ese enfoque con niños, niñas, y jóvenes que cursan todos los grados de los ciclos de formación básica primaria y secundaria, hasta el momento en que egresan del bachillerato para ingresar a la educación superior universitaria. Dicho enfoque lo hemos diseñado, aplicado y evaluado en nuestro grupo de investigación de la Universidad Nacional de Colombia, que se denomina Grupo de Investigación “Estilo de Vida y Desarrollo Humano” (GIEVyDH). Los principales productos de la labor docente e investigativa en salud escolar son: a) El programa de habilidades básicas denominado CONVIVENCIA, que se aplica con niños/as de transición a tercer grado. b) El programa de habilidades para la vida denominado TIPICAS, que se aplica con niños/as de cuarto a séptimo grado.

c) El programa DE CARA A LA VIDA, sobre formación de la perspectiva de tiempo futuro en jóvenes. d) Una extensión del anterior programa que amplía su alcance a la formación de perspectiva de tiempo futuro afectivo-familiar y académico-laboral, para jóvenes que cursan entre octavo y undécimo grado, denominado ARCOS (Acciones de Reforzamiento de la Competencia Social). Este programa lo hemos trabajado en la Facultad de Psicología de la USB. e) El Programa de prevención del consumo excesivo de alcohol, y de mitigación del daño en consumidores excesivos, denominado “Pactos por la vida”. Ese programa lo hemos creado en un trabajo de extensión realizado por el GIEV y DH con el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, y con la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), entre 2007 y 2014. El programa Pactos por la Vida alcanzó un carácter de política pública, a través de la expedición, por parte de la Presidencia de la República, del Decreto 120, el 21 de Enero de 2010. Este Decreto establece la normatividad en relación con consumo de alcohol. Algunos reportes del trabajo realizado en psicología social de la salud se pueden ubicar en TIPICA: Boletín Electrónico de Salud Escolar (www.tipica.org) el cual se publica desde 2005. Esta publicación nos ha permitido ejercer algún liderazgo y participar en la organización de eventos como el I Congreso Internacional de Salud Escolar, realizado en Bogotá en 2009, y el II Congreso, realizado en la UNC en 2011.

3. Considera que la Psicología Latinoamericana ha enfatizado más el Modelo de Enfermedad que el de la Salud, y que desventajas o atrasos ha tenido para la formación, la investigación y la práctica profesional (puede desglosar en cada una?

(LEFA): Es indudable y comprensible que en la formación de la psicología de la salud en Latinoamérica ha habido una fuerte influencia del modelo médico, que centra su práctica en el análisis y la reversión de la enfermedad. Una desventaja importante de ese modelo es que privilegia el papel de los factores biológicos en la atención en salud, con evidente desvalorización sobre el papel que ejercen los demás factores determinantes del proceso salud-enfermedad. En diversos eventos internacionales se han producido análisis y documentos de gran impacto mundial sobre esta temática, tal como sucedió con el Informe Lalonde sobre la salud de los canadienses en 1974, para mencionar solo uno. Yo no considero que esta condición haya constituido un perjuicio particular para la psicología científica, diferente a los perjuicios que pudo haberle ocasionado a las ciencias de la salud en general, o a la atención de la salud de nuestras poblaciones, por razones de la insuficiencia y la inequidad inherentes al enfoque biologista propio de un modelo de enfermedad.

La psicología tuvo un acceso importante al mundo de la salud, paradójicamente, en la medida en que fue capaz de dar respuestas efectivas a las necesidades de curación de algunas enfermedades, tal como sucedió con el avance del campo de medicina conductual, a partir del desarrollo de procedimientos de tratamiento eficaces en el área de la biorretroalimentación (*biofeedback*). También la psicología de la salud ha tenido una progresión significativa en la medida en que ha sido capaz de avanzar en respuesta a las necesidades de modificación de estilos de vida, y respuesta positiva a otras problemáticas que el modelo médico centrado en enfermedad no puede resolver (ej. la problemática de adhesión a los tratamientos).

La psicología de la salud ha avanzado principalmente mediante la aplicación de teorías, metodologías y procedimientos de corte cognitivo-conductual, que han tenido gran impacto en el desarrollo de áreas como la psico-oncología, las aplicaciones en cardiología, la pediatría, etc. Los cambios sociales y demográficos, con sus consecuencias sobre el cuadro epidemiológico de las poblaciones, y el incremento asociado de las enfermedades crónicas no transmisibles, han obligado a la realización de abordajes más holísticos en salud, con la consecuente inclusión a mayor escala de las disciplinas propias de las ciencias sociales y humanas.

4. Qué características tiene un Enfoque Basado en la Salud, en la Prevención en Psicología?

(LEFA): El enfoque basado en salud tiene, entre sus principales consecuencias, que obliga a mirar hacia los factores protectores de la salud, en contraste con la mirada tradicional a los factores de riesgo, y obliga a dar mayor atención a los determinantes ambientales y a los determinantes propios del estilo de vida en relación con el fortalecimiento de la salud. Eso es lo que ha obligado a la atención en salud a virar hacia acciones acordes con la promoción de la salud, con la prevención de las enfermedades, y con el empoderamiento de las poblaciones para que ejerzan un mayor control sobre todos los determinantes del proceso salud-enfermedad.

En cuanto a la prevención, eso obliga a definirla menos en función de la enfermedad, como era usual en la conceptualización de la prevención primaria, secundaria y terciaria; ahora se piensa más en función de las acciones de protección que debe recibir toda la población, las cuales se constituyen en la meta principal de la prevención universal.

No significa eso descuidar a las personas que tienen un riesgo particular, las cuales deben recibir acciones de prevención selectiva, o las que ya han incurrido en determinado momento en problemáticas de enfermedad o de disfunción, que deben recibir acciones de prevención indicada. Pero sin duda el mayor énfasis se coloca sobre la prevención universal, que atiende a la potenciación de la salud principalmente.

5. Tiene investigaciones realizadas en la línea de salud, podría nombrarlas y dar una síntesis de ellas?

(LEFA): Voy a referirme a mi principal línea de investigación en el GIEVYDH de la UNC durante los últimos quince años; se denomina “La dimensión psicológica de la promoción y de la prevención en salud” (DPPPS). Se trata de la búsqueda de los aspectos psicológicos esenciales que deben tomarse en cuenta para que las acciones de promoción y de prevención, principalmente las acciones de educación para la salud, sean eficaces. No podría pensarse en la eficiencia de una campaña de vacunación, por ejemplo, si la vacuna no tuviera una sustancia química activa verdaderamente eficaz. Tampoco podría esperarse esa eficiencia si no existiera una verdadera probabilidad de que la gente se aplicara la vacuna. Lo primero es un hecho bioquímico; lo segundo es un hecho psicosocial y cultural que ha dado origen a la investigación sobre modelos de acción educacional que orienten la campaña para diseminar una vacuna, tales como el modelo de creencias en salud; ese es un modelo psicológico tradicional que propone fundamentar esa diseminación en factores como el incremento de la percepción de riesgo de padecer un mal si no se aplica la vacuna, el incremento de la percepción de vulnerabilidad personal frente al riesgo, el incremento de la percepción de eficacia de la vacuna como medio para evitar el

riesgo, la disminución de la percepción de costo asociado a la vacuna, y el suministro de algunas claves esenciales para guiar la acción de vacunarse. Todos esos son factores de tipo psicológico que ameritan un cuidadoso análisis y tratamiento fundamentado en hallazgos científicos. Pero la realidad es que se trata de factores sobre los que suele hacerse un tratamiento espontáneo, basado en impresiones de sentido común, y no basado en juicios emanados de la evidencia empírica.

Para completar, el asunto es bastante más complejo de lo propuesto por el modelo de creencias en salud, y ha habido en el área de la psicología cognitiva un avance considerable en relación con los modelos cognitivo-sociales y de etapas sobre el comportamiento saludable, tema nuclear de la prevención de las enfermedades y de la promoción de la salud en la realidad mundial actual de predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles. La DPPPS postula algunos factores de aprendizaje social y, principalmente, a factores de tipo motivacional, como los principales aspectos psicológicos a tenerse en cuenta en el campo de la prevención y de la promoción. Dado que el estilo de vida incluye hábitos de comportamiento fuertemente arraigados en la persona, más que el aprendizaje en sí mismo, la DPPPS contempla factores motivacionales cuando se trata de disminuir la presencia de esos hábitos de comportamiento (disminuir el tabaquismo, disminuir el consumo de sustancias, disminuir, en general, prácticas de alto riesgo). La situación del incremento de hábitos deseables (práctica de actividad física, formas adecuadas del manejo del estrés, etc.), que hace pensar en factores de protección para promover la salud, obliga a enfatizar tanto en términos motivacionales, como en términos de aprendizaje de habilidades. Ese es el tema de la línea de investigación.

La principal publicación que he producido en esta línea es el libro de mi autoría titulado *Psicología social de la salud: Promoción y prevención*, publicado por la editorial Manual Moderno en 2007. La línea también ha producido varias decenas de artículos científicos publicados en diversas revistas, los cuales tratan temas de prevención del consumo excesivo de alcohol y de promoción de la salud en el medio escolar principalmente. Las aplicaciones en el campo de la salud escolar a través del programa de competencia social y salud escolar también se fundamentan en la DPPPS como metodología de trabajo.

6. En cuanto al ámbito de la práctica profesional que técnicas o recursos basados en evidencia se ofrecen al psicólogo de la salud?

(LEFA): El psicólogo de la salud dispone de todo el bagaje tecnológico desarrollado al interior de la psicología clínica en sus múltiples expresiones teóricas y metodológicas.

Considero que el aspecto más importante a tener en cuenta sobre este asunto debe ser un tema de análisis teórico y metodológico, sin restar importancia a lo tecnológico o procedimental. La teoría le indica al psicólogo de la salud cuáles deben ser, de acuerdo con algún modelo conceptual, los objetivos sobre los cuales debe centrar su acción cuando interviene en salud. Preguntas del tipo ¿cuáles son los factores psicológicos esenciales que deben afectarse para fomentar el cambio de los patrones alimentarios y de actividad física en una persona con diabetes?, considero yo, son las preguntas esenciales que debe plantearse el psicólogo de la salud. Teniendo una respuesta objetiva a esa pregunta, que parta de los hechos ya conocidos y del análisis de la situación particular de la persona afectada, en un enfoque metodológico que combina la

tradición nomotética con la idiográfica, resulta entonces importante preguntarse por el aspecto técnico del procedimiento. Esta perspectiva privilegia el papel de la formulación como paso inicial en una intervención. Desconfío mucho de las prácticas psicológicas, por ejemplo en el campo de la educación para la salud en la escuela, que promueven realizar procedimientos “dinámicos”, “participativos”, etc. descuidando la fundamentación conceptual y metodológica de los objetivos que se persiguen al realizar esos procedimientos.

7. En esa tesitura podría ilustrarnos sobre la Intervención Motivacional (IM), y enlistar cuáles han sido sus aplicaciones en el marco del campo conocido como Psicología de la Salud?

(LEFA): En nuestro grupo de investigación hemos profundizado acerca de las posibilidades que ofrece la intervención motivacional breve en los campos de la prevención y de la promoción en salud.

Recientemente publicamos un artículo que analiza estas probabilidades (ver la revista *Psychologia, avances de la disciplina*, Vol. 8, No. 2, 2014, de libre acceso en la red) y sintetiza las condiciones que debe seguir la intervención motivacional breve para desempeñar un papel importante en prevención y promoción. En pocas palabras, la intervención motivacional busca impactar sobre los factores motivacionales que subyacen a las etapas del proceso motivacional conducente al inicio y al mantenimiento de la ejecución de cualquier acción, hasta el logro de la meta propuesta cuando se da comienzo a la misma.

La motivación es un constructo psicológico que se refiere a eso, a la explicación acerca de lo que da origen (activación) y mantenimiento (direccionalidad) al comportamiento; la toma de decisiones es el nodo central de la motivación; la planificación de las acciones es el aspecto que conduce a la transformación de las intenciones en acciones. Por eso la toma de decisión (manifestación explícita de la intención de hacer algo específico) es el objetivo inicial de la intervención motivacional, que se complementa luego con la planificación de las acciones (o intenciones de implementación). Las teorías motivacionales de expectativa-valor proponen algunos factores a tener en cuenta en las fases de pre-decisión del proceso motivacional, tales como las expectativas de resultado, las expectativas de autoeficacia, y los balances decisionales; la teoría del aprendizaje social, la teoría del prospecto, o la teoría de la acción planeada, para mencionar solo algunas, son modelos conceptuales de gran importancia que se pueden ubicar en esta tradición teórica. La regulación del comportamiento es el tema central de las fases de pre-acción y de acción en el proceso motivacional; la teoría de auto-determinación es un enfoque contemporáneo de gran relevancia en este aspecto de la regulación del comportamiento. Las atribuciones constituyen el factor más importante en la fase de post-acción del proceso motivacional subyacente a un comportamiento; las atribuciones concluyen en lo que la persona piensa acerca de las relaciones entre el comportamiento como causa y las consecuencias reales del mismo; las atribuciones son las que determinan que “el refuerzo sí refuerce”, y se convierten en el inicio de las siguientes percepciones personales que activan el comportamiento en situaciones similares a las de la ejecución anterior.

En psicología cognitiva se cuenta con fundamentadas teorías atribucionales. Todo ello es el contexto teórico tan rico y tan valioso de la intervención motivacional. La DPPPS es apenas un heurístico metodológico. La entrevista motivacional es una técnica muy importante, pero apenas eso, una técnica de gran utilidad en la práctica de la intervención motivacional. Los autores de la entrevista motivacional han querido reducir la intervención motivacional e identificarla con la práctica de la entrevista motivacional. Hay otras técnicas importantes de intervención motivacional, tales como el diálogo socrático y los procedimientos de autocontrol del comportamiento.

Una revisión rápida de la historia de aplicaciones de la intervención motivacional muestra que se trata de una corriente aplicada con una tradición que se inicia a comienzos de la década de los años 90, es decir, una tradición de apenas 25 años. Se ha aplicado emblemáticamente en el campo de control de la adicción al consumo de sustancias, pero se ha hecho extensiva en otros campos como el del fomento de la adhesión a los tratamientos, la modificación de hábitos de alimentación y de actividad física, y la modificación de comportamientos sexuales de riesgo. La tendencia actual de la intervención motivacional es el diseño de aplicaciones grupales que se realizan a partir de un proceso de formulación motivacional que toma en cuenta características relevantes de algún grupo, que se convierten en criterios de inclusión; son características que pueden hacer referencia a factores demográficos, a factores socioculturales, u otros; pero que ante todo hacen referencia al desarrollo de las etapas motivacionales en que se ubican las personas integrantes del grupo en relación con el comportamiento específico que se busca promover a partir de la intervención; sería

bastante ilógico, por ejemplo, incluir en un mismo grupo de intervención motivacional a personas que piensan dejar de fumar en el futuro inmediato con personas que aún no se plantean con decisión ese propósito.

8. Cuales considera sean las principales dificultades u obstáculos para un mayor énfasis en la formación y práctica de la educación y prevención de la salud, antes que los de la medicalización de los problemas de la vida cotidiana del hombre?.

(LEFA): Nuestras motivaciones siguen una dirección orientada en lo general por un principio de hedonismo psicológico: evitar el malestar y fomentar el placer. Es difícil modificar una cultura dada al hedonismo, para transformarla en una cultura orientada por el eudemonismo, que postula a la felicidad basada en el logro de metas (la salud es una meta). La curación pasiva de la enfermedad, por la acción de algún agente externo, es un ideal hedonista que sustituye en la mente de la persona fácilmente al ideal eudemonista de prevención y promoción que tiene costos personales y se asocia con la pérdida de placer. El principio promotor de la salud no puede fundamentarse en la idea de sacrificio; debe fundamentarse en la idea de búsqueda de felicidad entendida como desarrollo personal. La proposición de indicadores salutogénicos que sustituyan en la práctica a los indicadores tradicionales de morbi-mortalidad va en esa dirección de cambio de la cultura acerca de la salud y de la enfermedad.

9. Cuales considera sean factores que favorecen estilos de vida saludables y la calidad de vida en los procesos de desarrollo humano cualquiera sea su edad (infancia, niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor)?

(LEFA): Me identifico con quienes piensan que el estilo de vida es en esencia un estilo de toma de decisiones.

Desde esta visión, la decisión es el factor central del proceso motivacional subyacente a un hábito del estilo de vida. Los factores que propician la toma de decisión consciente se constituyen en factores primordiales para el fomento del desarrollo humano en cualquier edad. Las decisiones se toman con mira al logro de propósitos variables a lo largo del ciclo vital humano. La esencia del programa de competencia social y salud escolar ha sido, precisamente, la búsqueda de un camino de desarrollo que forme la toma de decisiones en torno a aspectos claves que conducen a una especie de “vía final común”: los hechos de la vida adulta.

Esos hechos se concentran en perspectivas que cada persona se forma sobre sus metas académico-laborales, afectivo-familiares, y sociales. La realización de esas perspectivas depende de hechos propios del contexto social y cultural; pero también depende de factores personales que se sintetizan en una palabra: “habilidades”.

Trátase de habilidades básicas (sociales, de regulación emocional, de valoración pro-social, de procesamiento de información), de habilidades para la vida (tolerancia a la frustración, empatía, solución de conflictos, solución de problemas, etc.), o de habilidades específicas (conocimientos, desarrollo especial de algún aspecto de las inteligencias múltiples, auto-conocimiento, experiencia, etc.). Ese es el tipo de factores a los que podemos atender en la búsqueda del desarrollo humano.

10. Finalmente, al agradecer esta oportunidad, quisiera agregar o sugerir como podemos los psicólogos latinoamericanos crear y desarrollar enfoques más acordes a nuestra idiosincrasia, que busquen la identidad de una Psicología para nuestras realidades.

(LEFA): Creo que en el campo de la salud un punto de mira que nos obliga a “aterrizar” lo que hacemos es la búsqueda de incidencia sobre nuestras políticas públicas locales de salud. Soy un convencido de que la psicología científica está llamada a afectar las políticas sanitarias públicas de cada región particular.

Agradezco la oportunidad y el honor de haber sido entrevistado.

REVISTA EUREKA

POLÍTICA EDITORIAL

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

Los siguientes lineamientos son especialmente importantes para someter artículos a publicación. El estilo de los manuscritos debe adherirse estrictamente al estilo estándar del Manual de Publicación de la Asociación Psicológica Americana, APA (6ta Edición, 2010).(<http://apastyle.apa.org/>)

Los investigadores deben seguir los siguientes pasos:

1. Envíe su artículo por correo electrónico a: norma@tigo.com.py y a revistacientificaureka@gmail.com. En el mail escriba una carta de presentación donde especifique los siguientes datos del autor: el nombre, la afiliación, la dirección electrónica, el domicilio y el número telefónico con quien se mantendrá la correspondencia. El manuscrito debe estar en formato de **WORD** y debe enviarse como un solo archivo adjunto a la carta de presentación.
2. Firme el Contrato de Originalidad y Autorización para Publicación (Anexo 3) y envíelo adjunto al artículo vía correo electrónico a: norma@tigo.com.py y a revistacientificaureka@gmail.com.
3. Escriba el manuscrito a espacio doble (incluyendo los resúmenes, referencias, títulos de las tablas y leyendas de las figuras), tamaño 12 times New Roman. Ponga en cursivas el texto que debe aparecer así. El manuscrito no debe exceder el número de páginas según la modalidad presentada, incluyendo tablas y figuras y referencias. Las tablas y figuras no deben exceder de 5 cada una, y su formato debe permitir modificaciones.
4. Primera página: debe incluir el título como se muestra en el ejemplo anexado, debe continuar el encabezado del título con el resumen, luego el abstract y las palabras claves. Páginas subsiguientes: el texto, incluyendo una Introducción (no rotulada como tal), seguida por antecedentes o estado del conocimiento, problema, hipótesis, objetivos, método, resultados, discusión y las referencias.
5. Estilos para citas en el texto y listado de referencias:
 1. No usar notas o citas al pie de página. Ejemplos para citar en el texto:
 - De acuerdo a Blundell (1981), toda conducta tiene lugar en un contexto de....
 - ...la noefenfluramina ha mostrado inhibir la alimentación (Grinker, Marinescu y Leibowitz, 1982; Leibowitz y Shor-posne, 1986; Levitsly y Troyaño, 1992).
 2. Las referencias deben ir en orden alfabético, verifique que todas las citadas en el texto estén nombradas, al final, en las mismas, y en el siguiente estilo:
 - **Artículo de Revista:** Raymond, M.J.(2009). The treatment of addiction by aversion conditioning with apomorphine. *Behavior Research and Therapy*, 3, 287-290.

- **Libro:** Hernández, S.R., Fernández, C. y Baptista, L.P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- **Capítulo de Libro:** Garattini, S., Mennini, T., Bedetti, C., Invernizzi, R. y Samanin, R. (2000). Neurochemical mechanism of action of drugs which modify feeding via the serotonergic system. In S. Nicolaidis (Ed.) *Serotonergic System Feeding and Body Weight Regulation* (pp.15-38). London: Academic Press.
- **Artículo publicado en Internet:** Moreno, J. (2005). *Maltrato infantil: un estudio sobre la familia, la red de apoyo social y las relaciones de pareja*. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/22714/
- **Tesis no publicada:** Carlsson, P. (2000). *Carbody and passengers in rail vehicle dynamics*. (Tesis doctoral no publicada). Instituto Tecnológico Royal. Estocolmo, Suecia.
- **Tesis publicada en la web:** Buckman, A. (1997). *MOOS Crossing: Construction, community, and learning in a networked virtual world for kids*. (Tesis doctoral). Massachusetts Institute of Technology. Recuperado de <http://www-static.cc.gatech.edu/asb/thesis>

Los formatos adicionales de las referencias al final del texto se pueden consultar en: <http://apastyle.apa.org/>

Finalmente, antes de enviar su artículo a arbitraje, vuelva a asegurarse de que su manuscrito se adhiere en todas sus secciones a los criterios de la Revista y al estilo de publicación de la APA (6ta Edición, 2010).

154

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE CADA SECCIÓN

Resúmenes (Español e Inglés): El resumen debe contener una descripción del procedimiento, los principales hallazgos y las conclusiones del estudio. El resumen en inglés debe escribirse en un perfecto inglés y no debe exceder de 150 palabras. No utilice abreviaciones y evite incluir citas, excepto para enfatizar un punto importante. El resumen en español debe coincidir exactamente con la versión en inglés y no exceder 150 palabras. Se recomienda que los autores de habla hispana consulten con una persona bilingüe y preferiblemente con una persona cuyo idioma natal sea el inglés para redactar su resumen. Palabras Clave: Liste un máximo de cinco palabras clave, en orden descendente de importancia.

Introducción: En la introducción (que no debe rotularse como tal), se debe reseñar la literatura de investigación directamente pertinente al estudio e identificar el problema de investigación. La introducción debe conducir lógicamente al propósito del estudio.

Método: La descripción del método debe permitir que el lector repita el estudio. El método debe estar subdividido únicamente en las siguientes tres secciones:

Participantes (en el caso de humanos) o **Sujetos** (en el caso de animales): En esta sección se deben describir las características relevantes de los participantes o sujetos.

Instrumentos y materiales: Debe incluir información sobre las pruebas o inventarios que utilizó (número de reactivos, escala, datos sobre su validez y fiabilidad, etc.) y/o información acerca del tipo de aparatos utilizados (marca, proveedor, etcétera).

Procedimiento: Esta sección debe describir organizada y ordenadamente el diseño aplicado, el procedimiento que se siguió, paso a paso: instrucciones, procedimientos de manipulación de variables y de medición y aplicación instrumentos, etcétera.

Resultados: Esta sección debe describir coherente, organizada y objetivamente los efectos de las variables independientes sobre las dependientes, o las variables en correlación o cualitativas en descripción. Los resultados deben presentarse en el mismo orden en el que se plantearon las preguntas de investigación. Como complemento a lo descrito, se presentan las tablas y/o figuras con su respectivo título y numeración. Se aceptan como máximo no más de 5 en cada categoría, deben mantener tipo y tamaño de fuente y en formato modificable, conforme APA, 2010

Discusión: En este apartado destacar, los aspectos más novedosos e importantes, así como la interpretación y análisis de las implicancias de los resultados. Relacionar y comparar los hechos observados con la hipótesis u objetivos, marco teórico y antecedentes referidos en la introducción, aclarando excepciones, contradicciones o modificaciones (sin hacer uso de terminología estadística). Señalar las aplicaciones prácticas o teóricas de los resultados encontrados. Finalmente, se deben de presentar además los factores no controlados que pueden afectar los resultados. Este rubro finaliza con la presentación de las conclusiones.

Referencias bibliográficas: Seguir orden alfabético, mantener el tipo de fuente y aplicar Normas APA, 2010.

EJEMPLO: del Título, Titulillo y Encabezado

Creencias-Depresión-Universitarios

“Relación entre Creencias Irracionales e Indicadores Depresivos en Estudiantes Universitarios”

Relationship between Depressive Indicators and Irrational Beliefs in College Students

Investigadora Titular: Norma Coppari^[1]

Investigadores Auxiliares: Benítez, S.; Benítez, S.; Calvo, S.; Concolino, C.; Galeano, S.; Gamarra, R.; Garcete, L.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”^[2]

Resumen

La presente investigación de tipo descriptivo-correlacional tiene el objetivo de describir la relación entre las creencias irracionales e indicadores depresivos en estudiantes universitarios. La muestra está compuesta por 94 estudiantes del curso de admisión, seleccionados a través de una técnica no probabilística de muestreo intencional y de participación voluntaria de una Universidad Privada de Asunción, Paraguay. Los instrumentos aplicados son el Inventario de Creencias Irracionales de Ellis (1962) y el Inventario de Depresión de Beck (1996), para luego establecer la relación existente entre ambas variables. El análisis y procesamiento de los datos aplicó técnicas de estadística descriptiva e inferencial. En el Inventario de Beck no se observan diferencias significativas en relación al sexo. En el inventario de Ellis los valores medios más altos en ambos sexos se hallaron en el patrón 6. Las correlaciones más significativas, en sentido positivo, con el Inventario de Beck se hallaron en orden descendente para el patrón de ideas 9, 2 y 7.

Palabras clave: Inventario de depresión de Beck, Creencias Irracionales de Ellis, Correlación, Estudiante.

Abstract

The following investigation descriptive-correlational type has the objective to describe the relationship between irrational beliefs and depressive indicators on university students. The sample is composed with 94 Admission Course students (n=94); selected through a non probabilistic sample of intentional sampling and voluntary participation from a Private University of Asuncion, Paraguay. The instruments that were used are the "Irrational Beliefs Inventory" from Ellis (1962) and "Depression Inventory from Beck (1996)", to stablish the relationship between both variables obtained with those instruments. For the analysis and data processing we applied descriptive and inferential statistics techniques. On Beck's Inventory there were not found significant differences in relation of sex. On Ellis inventory, the highest standard medias where found on pattern 6. The most significant correlations with Beck's Inventory were found, in descending order for the pattern 9, 2 and 7 in positive direction.

Key words: Irrational Beliefs, Depression, correlation, students, admission course.

156

Abstract o Resumen en Ingles

Debe contener lo mismo que el resumen en español, pero en traducción técnica al idioma ingles.

LISTA DE CHEQUEO

CRITERIO Los siguientes puntos debe tener el artículo:	☐
1. Formato Word - Espacio doble.	
2. Fuente: Times New Roman.	
3. Tamaño de fuente: 12.	
4. No excede de 20 páginas (incluyendo tablas y figuras).	
5. Tablas y figuras: no más de 5 en cada categoría. Mantener tipo y tamaño de fuente y en formato modificable.	
6. Sangría en cada párrafo y espacio de un renglón entre cada párrafo.	
7. Primera Página:	
-Título	
-Encabezado del Título	
-Resumen – temas en el siguiente orden, sin rotulación:	
*Descripción del Procedimiento.	
*Principales hallazgos.	
*Conclusiones	
-Abstract: máximo 150 palabras.	
-Palabras Claves: máximo 5 palabras, en orden descendente de importancia.	
8. Páginas Subsiguientes: Texto	
-Introducción (no rotulada).	
-Estado del Conocimiento (antecedentes).	
-Problema.	
-Hipótesis.	
-Objetivos.	
*Objetivo General.	
*Objetivos Específicos.	
-Método.	
• Participantes.	
• Instrumentos y materiales o Dispositivos.	
• Diseño.	
• Procedimiento.	
- Análisis y Discusión de Resultados.	
- Conclusiones, Sugerencias y Limitaciones.	
-Referencias Bibliográficas.	
9. No tiene citas y/o notas al pie de página.	

[1] Correspondencia puede ser remitida a norma@tigo.com.py Dra. Norma Coppari (M.S., M.E.), Editora General de la Revista EUREKA-CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, UC de Asunción-Paraguay

[2] Correspondencia puede ser remitida a: revistacientificaeureka@gmail.com Dra. Norma Coppari (M.S., M.E.), Editora General de la Revista EUREKA- CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, UC de Asunción-Paraguay.

REVISTA EUREKA/CDID

Se somete a normativa de propiedad intelectual vigente.

Los derechos son reservados a EUREKA y, el/la/los/las autores/ras deberán solicitar autorización por escrito, en casos de segunda publicación citando a EUREKA como fuente original. Es responsabilidad del autor/res la declaración de autoría, los datos, ideas y opiniones versadas en los trabajos. En dichos ámbitos, para efectos legales y éticos, se adopta como propios los Principios del Código de Ética de la

APA a los que deberán adherirse los que sometan artículos para valoración, la Revista no asume responsabilidad en casos de incumplimiento de aquellos.

FE DE ERRATAS

“Patrones de Comunicación en Parejas y su Relación con la Satisfacción Marital en Profesores de una Universidad Privada de Asunción”.

Publicado en el Vol. 8, N°2, pp. 200-216,2011

Johana Vera Herrero

FE DE ERRATAS: Comunicado del Comité de Ética de la Revista EUREKA

Se deja constancia que por solicitud, y de conformidad entre las partes afectadas, Dra. Ruth Nina Estrella y Lic. Lic. Johana Vera Herrero, el Artículo publicado en el Vol. 8, N°2, pp. 200-216,2011 es retirado in extenso del sitio on line correspondiente. Este procedimiento no es habitual y es una excepción a la regla, dado que en ciencia, y siguiendo los principios metodológicos y éticos, lo correcto es reconocer, rectificar y aprender de los errores que los científicos **saben** podrán cometer en el proceso de sus investigaciones como personas falibles que son. Lo establecido en estos casos es mantener el artículo en línea junto con la fe de erratas, en consideración de que el mismo ya ha sido consultado, y probablemente, referenciado por otros investigadores en la temática. Además de los costes técnicos y económicos que insume el procedimiento en cuestión, considerando que las publicaciones no son onerosas para los autores, Concluye este comunicado subrayando que la Revista EUREKA tiene como Política Editorial la buena fe entre las partes, en el convencimiento de la normativa a la que se adhiere.

REVISTA EUREKA/CDID

Se somete a normativa de propiedad intelectual vigente.

Los derechos son reservados a EUREKA y, el/la/los/las autores/ras deberán solicitar autorización por escrito, en casos de segunda publicación citando a EUREKA como fuente original. Es responsabilidad del autor/res la declaración de autoría, los datos, ideas y opiniones versadas en los trabajos. En dichos ámbitos, para efectos legales y éticos, se adopta como propios los Principios del Código de Ética de la

APA a los que deberán adherirse los que sometan artículos para valoración, la Revista no asume responsabilidad en casos de incumplimiento de aquellos.

REVISTA EUREKA/CDID

Se somete a normativa de propiedad intelectual vigente.

Los derechos son reservados a EUREKA y, el/la/los/las autores/ras deberán solicitar autorización por escrito, en casos de segunda publicación citando a EUREKA como fuente original. Es responsabilidad del autor/res la declaración de autoría, los datos, ideas y opiniones versadas en los trabajos. En dichos ámbitos, para efectos legales y éticos, se adopta como propios los Principios del Código de Ética de la

APA a los que deberán adherirse los que sometan artículos para valoración, la Revista no asume responsabilidad en casos de incumplimiento de aquellos.

FE DE ERRATAS

“Patrones de Comunicación en Parejas y su Relación con la Satisfacción Marital en Profesores de una Universidad Privada de Asunción”.

Publicado en el Vol. 8, N°2, pp. 200-216, 2011

Johana Vera Herrero¹

Antes de dar paso al detalle de la Fe de erratas, quien suscribe, Lic. Johana Vera Herrero considera oportuno hacer las aclaraciones con respecto a los instrumentos utilizados en el estudio: “*Patrones de Comunicación en Parejas y su Relación con la Satisfacción Marital en Profesores de una Universidad Privada de Asunción*”. El trabajo de investigación respondió a requisitos académicos para optar por el título de Licenciatura en Psicología, que se llevó a cabo durante el primer semestre del año 2011. El tema de investigación elegido fue comunicación y satisfacción marital. Para ese efecto la autora del artículo realizó la búsqueda de las fuentes pertinentes y trato, en un primer momento, contactar con la fuente original, pero no hubo respuesta de retorno de la autora, Dra. Ruth Nina Estrella. Para entonces se halló en la web una investigación de colegas chilenos relacionada al tema con instrumentos, visitada el 14 de marzo del 2011 y disponible a la fecha en: <http://www.psicologoallendes.com/files/Tesis%20Estudio%20Comparativo%20de%20los%20patrones%20de%20comunicaci%C3%B3n.pdf>, y quien refiere, Lic. Johana Vera Herrero se valió de dicha información secundaria, sin conocimiento previo de la situación de dicho trabajo y de sus autores para la elaboración del presente artículo en fe de erratas. Al no ser la fuente primaria de la Escala de Comunicación Marital original, se cometieron una serie de errores involuntarios que forman parte de un proceso de aprendizaje que marca un antes y un después para la autora. El artículo en fe de erratas, previo a su publicación por la Revista EUREKA, fue sometido a evaluación por jueces pares y aprobado, desconociendo esta situación. A partir de lo expuesto, presento las disculpas correspondientes a la autora de los instrumentos, la Dra. Ruth Nina Estrella.

¹Correspondencia puede ser remitida a: johanavh24@hotmail.com Lic. Johana Vera Herrero. Universidad de la Integración de las Américas. Asunción-Paraguay

Se deja Constancia de Fe de erratas con indicación de las páginas afectadas de cuanto sigue:

Página 200: en el párrafo del resumen, donde dice en la versión traducida al español por Estrella (1991), **debe decir:** versión modificada por Camus et al., (2009), y en donde dice Escala de Satisfacción Marital de Road, Browden y Fraizier (1981) **debe decir:** Escala de Satisfacción Marital de Road, Browden y Fraizier (1981), versión al castellano por Dra. Ruth Nina Estrella (1985).

Página 201: En el párrafo del Abstrac, donde dice, translated by Nina Estrella (1991) **debe decir:** modified version by Camus et al., 2009, y en donde dice, Satisfaction Marital Scale of Road, Browden y Fraizier (1981) **debe decir:** Satisfaction Marital Scale of Road, Browden y Fraizier (1981) spanish version by Dra. Ruth Nina Estrella (1985).

Página 203: en donde dice, Escala de Satisfacción Marital de Road, Browden y Fraizier (1981) **debe decir:** Escala de Satisfacción Marital de Road, Browden y Fraizier (1981) versión al castellano por Dra. Ruth Nina Estrella (1985).

Página 205: En el párrafo donde se cita a Ruth Nina Estrella **se aclara:** que la información referente a la construcción de los patrones de comunicación marital comunicativos, disparejos y callados **corresponden a un trabajo doctoral realizado por la autora exclusivamente**, en la cual se llevaron a cabo 7 estudios previos, con una población aproximada de 2000 personas casadas, Dra. Ruth Nina Estrella (1991).

En la misma pagina **Página 205:** Este párrafo fue escrito por la autora, Dra. Ruth Nina Estrella entre las correcciones que realizó para aclarar la información referente a los instrumentos y los objetivos para los cuales se construyó. Con respecto a la escala de estilo de comunicación (ECOM) y la escala de comunicación marital (COMARI) creadas por la misma autora que se cito en el trabajo, **se da a conocer en este documento**, que los objetivos de la disertación de ambas investigaciones fueron; 1) Construir las escalas de estilo y comunicación marital con índices de consistencia interna estables 2) Establecer patrones de comunicación en los matrimonios y su relación con el estilo de comunicación.

En la misma **Página 205:** está la información que menciona a las investigaciones con población de 2 países). En el segundo párrafo de la primera columna **se menciona** una información sobre la comunicación marital con muestras de dos países, México y Puerto Rico, con respecto a ello **se corrige** la información, dado que estos datos corresponden a un trabajo de tesis de maestría que consistió en un estudio transcultural sobre auto divulgación y satisfacción marital hecho por Dra. Ruth Nina Estrella (1986) y no se refieren al estudio de la Escala de Comunicación Marital.

Página 206: el párrafo de definición operacional del instrumento, donde dice Puntuación obtenida en la Escala de Comunicación Marital (Nina Estrella 1991) **debe decir:** Escala de Comunicación Marital, versión modificada por Camus et al., (2009). En donde dice (Estrella 1991, citado en Camus, Pico y Ortiz 2009) **debe decir:** Camus et al.,(2009).

Página 207: Donde dice La categoría que se presenta a continuación corresponde al análisis de los Patrones de Comunicación: 1. Hablan nada, 2. Hablan poco, 3. Hablan mucho **debe quedar de la siguiente manera:** La categoría que se presenta a continuación corresponde al análisis de los Patrones de Comunicación: 1. Nunca 2.Casi nunca 3.Regularmente 4.Casi siempre 5.Siempre.

Página 213: Primera columna, primer párrafo, donde se cita la Escala de Comunicación Marital **debe ser:** COMARI y no COMARITO.

Se corrigen las tablas (7 p. 210), (8, p.210), (9, p. 210) y (10, p.211) adjuntándose las dos versiones:

Versión del Artículo en Fe de erratas:

Tabla 7. *Patrones de comunicación utilizados por los participantes para hablar acerca de los hijos*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Hablan Poco	15	38,5	38,5	38,5
Hablan Mucho	24	61,5	61,5	100,0
Total	39	100,0	100,0	

Tabla 8. *Comunicación con respecto a la relación marital de los participantes*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Hablan Poco	17	43,6	43,6	43,6
Hablan Mucho	22	56,4	56,4	100,0
Total	39	100,0	100,0	

Tabla 9. *Comunicación sobre la familia extendida de los participantes*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Hablan Poco	19	48,7	48,7	48,7
Hablan Mucho	20	51,3	51,3	100,0
Total	39	100,0	100,0	

Tabla 10. *Patrones de comunicación utilizados por los participantes para hablar entre sí (todas las dimensiones)*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Hablan Poco	20	51,3	51,3	51,3
Hablan Mucho	19	48,7	48,7	100,0
Total	39	100,0	100,0	

Versión corregida

Tabla7. *Patrones de comunicación utilizados por los participantes para hablar acerca de los hijos*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Casi nunca	15	38,5	38,5	38,5
Siempre	24	61,5	61,5	100,0
Total	39	100,0	100,0	

Tabla 8. *Patrones de Comunicación utilizados por los participantes para hablar sobre la relación marital*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Casi nunca	17	43,6	43,6	43,6
Siempre	22	56,4	56,4	100,0
Total	39	100,0	100,0	

Tabla 9. *Patrones de Comunicación utilizado por los participantes para hablar sobre la familia extendida*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Casi nunca	19	48,7	48,7	48,7
Siempre	20	51,3	51,3	100,0
Total	39	100,0	100,0	

Tabla 10. *Patrones de comunicación utilizados por los participantes para hablar entre sí (todas las dimensiones)*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	20	51,3	51,3	51,3
	Siempre	19	48,7	48,7	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

REVISTA EUREKA/CDID

Se somete a normativa de propiedad intelectual vigente.

Los derechos son reservados a EUREKA y, el/la/los/las autores/ras deberán solicitar autorización por escrito, en casos de segunda publicación citando a EUREKA como fuente original. Es responsabilidad del autor/res la declaración de autoría, los datos, ideas y opiniones versadas en los trabajos. En dichos ámbitos, para efectos legales y éticos, se adopta como propios los Principios del Código de Ética de la

APA a los que deberán adherirse los que sometan artículos para valoración, la Revista no asume responsabilidad en casos de incumplimiento de aquellos.

INDICE

Editorial

Norma B. Coppari.

Artículos Originales:

“VALORACIÓN DE LAS SUBESCALAS DE MASLACH BURNOUT INVENTORY EN PERSONAL DE ENFERMERÍA”. Eulalia Maldonado Charruff y Margarita Samudio. Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción, Paraguay”. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud-UNA. Paraguay.

“SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS. HOSPITAL CENTRAL Dr. EMILIO CUBAS DEL IPS”. Sylvana Soledad Alfonso Recalde, Marta I. Ferreira Gaona, Clarisse V. Díaz Reissner. Servicio de Medicina Familiar. Hospital Central. Instituto de Previsión Social. Posgrado de Especialidades Médicas. Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción, Paraguay.”

“BURNOUT ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE SALUD MENTAL. IMPACTO EN LA SALUD FÍSICA Y LA COGNICIÓN”. Lunimar Curbelo González. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Puerto Rico.

“MOTIVACIÓN EN LA VEJEZ: REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DESPUÉS DE LA JUBILACIÓN”. Florencia Agustina Díaz, Leandro Casari, Natalia Parlanti y Esteban Falcón. Pontificia Universidad Católica Argentina. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Mendoza. Argentina.

“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y BIENESTAR SUBJETIVO EN EMBARAZADAS TARDÍAS Y ADULTAS JÓVENES”. Welyton Paraiba da Silva Sousa, Maria Aurelina Machado de Oliveira y Eulália Maria Chaves Maia. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil.

“DIFERENCIAS DE FIABILIDAD ANTE RIESGO, INCERTIDUMBRE Y CONFLICTO ENTRE CAFICULTORES EN XILITLA, MÉXICO”. Cruz García Lirios, Javier Carreón Guillén, Jorge Hernández Valdés, José Alfonso Aguilar Fuentes, Francisco Javier Rosas Ferrusca, José Marcos Bustos Aguayo. Universidad Autónoma del Estado de México. México.

“CUÁNTAS DIMENSIONES MIDE LA EMPATÍA? EVIDENCIA EMPÍRICA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE REACTIVIDAD INTERPERSONAL EN BRASILEÑO”. Nilton S. Formiga, Leonardo R. Sampaio y Pamela Rocha B. Guimarães. Faculdade Internacional da Paraíba/Laureate International Universities, Brasil. João Pessoa, PB – Brasil. Universidade Federal do Vale do São Francisco – Petrolina, PE, Brasil.

“RELACIÓN ENTRE LA CONNOTACIÓN EMOCIONAL NEGATIVA Y LA MEMORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESPACIAL”. Pedro Antonio Fernández Ruiz, Magallanes, A.; Martínez J.; Sámano; A. Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, México.

“BARRERAS AL RECONOCIMIENTO Y ATENCIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL EN EL SISTEMA DE SALUD”. Débora Natalia Duffy y Lucia Scepacueria. Instituto de Investigaciones en Psicología. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

“¿CUÁLES SON LAS SUBJETIVIDADES ASOCIADAS AL USO DE INTERNET?”. Yanquiel Barrios Hernández, y Marxlenin P. Valdés. Universidad Nacional de la Habana, Cuba.

Reseña de Libro:

“Psicología Teoría de la Praxis. Tomo II. Transformación Educativa”. **Reseñador:** Dr. Julio César Carozzo Campos. Lima, Perú **Autor:** Dr. Marco Eduardo Murueta.

Entrevista:

“Psicología de la Salud desde la Perspectiva del Dr. Luis Flores Alarcón”. **Entrevistado:** Dr. Luis Flórez Alarcón. **Entrevistadora:** Dra. Norma Coppari.

Política Editorial

Comunicado-Fe de Erratas

CDID

Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica

EUREKA Órgano Oficial de Comunicación Científica del CDID