

# Contenido

## Editorial

## Psiconoticias

### Psicología de la salud para todas

Cecilia Sierra Heredia

### La transferencia

José Antonio Rangel Faz

### Socialización y salud mental en la tercera edad

Claudia Tapia Guerrero

### Síntomas psicósomáticos y violencia doméstica en mujeres mexicanas

Ursula Estefanía Rincón González

### Identificación de los factores que inciden en la satisfacción laboral del personal administrativo del Cetus 44

Laura Reyes Torres

## Consejo Editorial

Graciela Cámara  
Patricia Gómez Ramírez  
Ofelia Rivera Jiménez  
José Antonio Rangel Faz  
Pablo Martínez Lacy

## Representación estudiantil

1ª Generación: Georgina González  
2ª Generación: Ursula E. Rincón González, Claudia Tapia Guerrero  
3ª Generación: Laura Guillén Grajeda, Francisco A. García Martínez  
4ª Generación: Elsa Trujillo Pereyra, Cristina Pintos Gómez  
5ª Generación: María Fernanda González F  
6ª Generación: Tanya P. Snyder Salgado.

## Consejo Científico:

Francisco Alanís ULSAC, Adriana Castañeda ULSAC, Eliana Cárdenas ULSAC, Eugenia Cárdenas ULSAC, Gloria Chávez UPN, Julián Ereiva ULSAC, Patricia Gálvez ULSA, Patricia Gutiérrez-Otero UAP, Adela Hernández ULSAC, UAEM, UNAM, Rosa Elena Lara E. ULSAC, Ma. Elena Liñán ULSAC, Oscar Macedo ULSAC, Rocío Magallón ULSAM, Herminio Quaresma ULSAC, Artemio Ramírez ULSAC, Guadalupe Rodríguez ULSAC, Cecilia Sierra H. UNAM, ULSAC, Patricia Shepard ULSAC, Carlos Soto Ch. ITESM, ULSAC, Esther Vargas ULSAM

**Revisión:** Eugenia Cárdenas, Claudia Sánchez

**Editor responsable:** Pablo Martínez Lacy

**Diseño de portada:** DG. Berenice Juárez

**Diseño de interior:** DCG. Mauricio Méndez, Dirección editorial ULSAC.

Todos los derechos reservados a la Universidad La Salle Cuernavaca ©

La responsabilidad de los contenidos de los materiales presentados es exclusiva de los autores.



# Editorial

En este décimo número de la revista *ConSciencia* celebramos cinco años de publicación semestral ininterrumpida. La revista nació con la licenciatura de psicología e inicialmente se propuso como un foro de difusión y promoción de la ciencia psicológica; así, estudiantes, maestros y colegas, han publicado diversos materiales. El primer número de la revista dio a conocer el estudio que se realizó para sustentar la apertura de la carrera de psicología en la *Universidad La Salle Cuernavaca*. En dicho documento, encontramos una perspectiva amplia y abierta a distintas discusiones teóricas y prácticas relacionadas directa e indirectamente con el saber psicológico sin menoscabar el rigor científico y académico. Por lo que el proyecto editorial ha dado cabida a diversos materiales y temas, además de permitir a los estudiantes publicar por primera ocasión alguno de sus trabajos. Encontramos desde artículos de neurociencias, educación, semblanzas de personas destacadas en la disciplina como el Dr. Rogelio Díaz Guerrero, el Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, ahora desaparecidos; artículos de diversos cortes teóricos, conductistas, psicoanalistas o temas varios; identidad, sexualidad, violencia, salud, psicología y religión, motivación, lenguaje, entre otros. También se han incluido los estudios que han concursado en el certamen de investigación "Hermano Salvador González", promovido por la *Universidad La Salle México* y en el cual se han obtenido diversos premios, otros estudios derivados

de las Prácticas de Integración de la licenciatura en psicología.

En consonancia con lo expuesto en este décimo número encontramos, además de la sección de *psiconoticias*, cinco artículos: tres son producto de los trabajos terminales de los estudiantes de la segunda generación de la licenciatura en psicología de *ULSAC*, y que representan materiales que, además de su calidad, bien vale la pena dar a conocer para que sean promotores de otros estudios dada su actualidad: personas de la tercera edad, violencia, satisfacción laboral. También se presentan dos artículos de profesores de la escuela de psicología de *ULSAC*; la Mtra. Cecilia Sierra H. hace una propuesta muy concreta de lo que podríamos llamar los aportes de la psicología a la salud. El Mtro. José Antonio Rangel F. aborda uno de los conceptos más discutidos y más fundamental para la psicología y el psicoanálisis: la Transferencia; Rangel dirige la atención a una de las grandes aportes, pues en gran medida el ejercer esta disciplina implica la comprensión, no sólo académica, de los fenómenos, sino de los afectos, sentimientos y emociones que se ponen en juego en todo acto psicológico.

No resta sino hacer una lectura crítica de los materiales aquí presentados.

## PsicoNoticias

El 5 de septiembre de 2008 se realizó una fiesta mexicana en una casa particular para dar la bienvenida a nueve estudiantes de nuevo ingreso a la licenciatura en psicología en la *Universidad La Salle Cuernavaca*, con el fin de que conocieran a todos los alumnos de los diferentes semestres, así como a los maestros.

El 10 de octubre de 2008 se conmemoró el Día Mundial de la Salud Mental en la sala Lucio Tazzer de la Universidad La Salle Cuernavaca. El evento fue organizado por las estudiantes de psicología de primer semestre (agosto-diciembre 2008) y coordinado por la maestra de la materia "Introducción a la psicología", la Dra. Graciela Cámara. La fecha fue establecida originalmente en 1992 por la Federación Mundial para Salud Mental. Es la única campaña anual global de conciencia que centra su atención en aspectos específicos de la salud mental, se conmemora, en más de 100 países, a través de los programas y eventos locales, regionales y nacionales. La Red Voz Pro Salud Mental lo promueve y celebra en México, e Ingenium Morelos en la ciudad de Cuernavaca. En la *Universidad La Salle Cuernavaca*, desde 2002 se organiza anualmente una conferencia informativa. El tema del año 2008 fue: "Haciendo de la Salud mental una Prioridad Global – Mejorando los Servicios a Través de la Reivindicación y la Acción Ciudadana". Y las estudiantes participantes lo conmemoraron haciendo una exposición sobre los

motivos de esta celebración y la situación de la atención en salud mental en México. Fue un evento interesante, pues la participación de las estudiantes del primer semestre fue emotiva y comprometida con el tema.

### Plenaria de prácticas de Integración.

El día 10 de diciembre de 2008 los estudiantes de Psicología de 3°, 5° y 7° semestre presentaron en Plenaria los resultados de sus Prácticas de Integración en el salón 313. En esta ocasión la organización en herradura de las mesas –y de las sillas en torno a éstas– estimuló la discusión y el contacto horizontal entre alumnos, asesores y participantes. En el semestre agosto-diciembre 2008 los estudiantes asistieron a 11 escenarios distintos; los estudiantes de tercer semestre trabajaron con preescolares dentro y fuera de la normal, los estudiantes de quinto semestre acudieron a instituciones que atienden a adultos mayores y los de séptimo realizaron su prácticas en escenarios clínicos; un subgrupo asistió a una institución de estimulación y desarrollo neurocognitivo para personas de todas las edades y otro, a un hospital público de la ciudad de Cuernavaca.

Al igual que las autoridades universitarias, estuvo presente un grupo de estudiantes de psicología de la ULSA México, acompañado por sus profesores





y asesores de prácticas, lo que retroalimentó y enriqueció la reflexión sobre la experiencia. Surgieron y destacaron varios cuestionamientos, entre ellos la interrogante: ¿Qué es el escenario? la cual demostró la necesidad de pensar que no existe una respuesta unívoca al respecto y de replantear cuidadosamente y en forma continua los aspectos conceptuales y metódicos de los alcances y limitaciones, no sólo del espacio físico del escenario de prácticas, sino del abordaje de la afectividad y de los sentimientos en juego, así como los objetivos de la práctica, es decir, lo que en psicología se conoce como “encuadre” .

#### **Presentación del 9° número de la revista ConCiencia.**

El día 29 de agosto de 2008 se presentó el 9° número de la revista “ConCiencia”, el comentarista invitado fue David Molina,<sup>1</sup> quien señaló que en dicho número se “...abordan dos grandes problemáticas: las patologías de origen predominantemente biológico y social. A lo largo de los cuatro artículos que conforman el número nueve de *ConCiencia*... se estructura un elaborado análisis, desde una perspectiva multidisciplinar, del pensamiento autista, el síndrome de Down; más dos estudios, el primero referido a los adolescentes y los valores y el segundo, a la migración de campesinos de Santa Catarina”.

Según Molina el artículo sobre autismo de Ann Fiems “nos permite transitar por los vericuetos comunicativos del autismo, cumpliendo con lo que Gardner llama las cuatro M (misión, modelos, mirarse al espejo: versión individual, mirarse al espejo: responsabilidad profesional)”. Además, para el expositor, el trabajo de Fiems tiene como mérito extra su carácter pragmático, ya que aporta elementos para convivir con un autista sin ser un experto. El artículo de Ana Laura Bello de la Cruz, permite, a los ojos de Molina, reflexionar sobre el síndrome de Down y de sus características, aunque

<sup>1</sup> Historiador, maestría en educación indígena, catedrático de tiempo completo en la Universidad Pedagógica Nacional y profesor de Humanidades de ULSAC.

lo que pretende el documento no está explícito y el peso está en una descripción científica. Los dos artículos siguientes: “Adolescentes: ¿preocupados por valores o cosas materiales?” de Francisco Ademar García M. y “Efectos psicosociales de la migración en Santa Catarina, Morelos”, según la perspectiva de Molina llegan a conclusiones que, en la misión lasallista, están muy bien establecidos y si tienen una implicación interesante, es porque están hechos por estudiantes. Molina ve en estos trabajos una precisa aplicación de métodos cualitativos y cuantitativos, que tienen el valor de disprobar sus hipótesis de trabajo; hay un mirarse al espejo y ver no sólo si lo hice bien en términos de la responsabilidad individual (¿seguí el método y las indicaciones de mi asesor?), sino profesional, es decir, subyace la actuación ética, en la cual los resultados que obtengo de la investigación me implican, aunque no lo quiera, un coste y una deuda con los informantes y con la comunidad: acercarse a la verdad lo más honestamente posible.

Por último, queremos dar a conocer que tres estudiantes de *La Salle Cancun* de psicología se encuentran actualmente cursando el sexto semestre de su carrera en *ULSA Cuernavaca*. Ellos son; Mariana Cardona Ramírez, Angélica López Lobato y Héctor Rodríguez Enríquez. Estamos seguros que su visita será provechosa para ellos y para todos los estudiantes de Cuernavaca.



## Sección: Letras libres...

Por María Cristina Pintos Gómez<sup>2</sup>

### **Ambigua Soledad**

Maldita suerte  
Ambigua soledad  
Te creí mi amiga  
No me castigues más

No te conozco  
Ni te conoceré  
¿Por qué es eso?  
Qué ambigua soledad

Apareces cuando quieres  
Que bendita agilidad  
Define tus instintos  
Y olvida tu ambigüedad

### **Noche Amarga**

Noche amarga  
Sin sabor  
¿Qué dirá el corazón  
Después de haber conocido el sol?

Noche amarga  
Sin razón  
Noche oscura  
Qué dolor

Noche amarga  
Adiós dirás  
Que el sol ya viene  
Y al fin te irás

Noche amarga  
No eres más  
Noche clara  
Y mi amor tendrás



---

2 <sup>\*</sup> Estudiante de la 4° generación de la licenciatura en psicología de ULSAC

# Psicología de la salud para todas

Cecilia Sierra-Heredia<sup>3</sup>

Physician, heal thyself.

El epígrafe de este texto podría ser traducido como “Médico, sánate a ti mismo”. Aunque su origen y su contexto son diferentes, podría ser equivalente al refrán que se usa en nuestro país: “el buen juez por su casa empieza”. ¿Cómo se aplica esto al título de este texto? En principio, erradicando la noción de que los psicólogos deben tener un estado de salud óptimo en todo momento; como veremos a continuación, la salud es un proceso continuo, más que un nivel estático.

En mi opinión, este epígrafe promueve la noción de trabajar con nuestro propio crecimiento, a la par que trabajamos en nuestro quehacer profesional. La psicología de la salud es mi área de interés, así que el objetivo final de este texto será explicitar sus conexiones con la vida diaria.

De acuerdo con la definición de Joseph Matarazzo (1980, en Taylor, 2004), la psicología de la salud está constituida por “las contribuciones educativas, científicas y profesionales de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud; a la prevención y tratamiento de la enfermedad; a la identificación de las causas y los elementos relacionados con la salud y la enfermedad; y a la mejora del sistema y las políticas de salud”.

Así, podemos observar que cualquier área de nuestra profesión, léase laboral, educativa, clínica, etcétera, puede hacer aportaciones relevantes en la búsqueda de la salud. De hecho, la toma de conciencia de la relevancia de las aportaciones psicológicas al campo médico ha sido una constante en la historia de la psicología de la salud. Un ejemplo es el trabajo en el área del dolor crónico; según González, Ramírez-Maestre y Herrero (2007), el modelo médico ha demostrado su insuficiencia en dicha área y esto ha motivado la exploración de los factores psicológicos más allá de los biológicos y fisiológicos.

La adherencia al tratamiento se puede enriquecer

<sup>3</sup> Lic en psicología por la UNAM; maestría en psicología en la Universidad de Columbia Británica.

también con las aportaciones de la psicología de la salud. Esta adherencia implica la exactitud con la que el paciente cumple las indicaciones de su médico, respecto al tratamiento que su enfermedad requiere. Sorprendentemente, diversos estudios estiman que sólo 50% de los pacientes cumple con las recomendaciones a largo plazo de sus médicos (Baiardini, 2006; Avani, 2006); estos mismos estudios concluyen que la mayoría de los problemas de la adherencia podrían ser resueltos con intervenciones conductuales.

Las aportaciones de la psicología no tienen por qué estar en conflicto con las de la medicina; de hecho, numerosos autores (Taylor, *op cit.*; Sarafino, 2006; Rodríguez y Rojas, 1998) proponen el trabajo conjunto de diversos profesionales para conformar equipos multidisciplinarios que den una atención integral (y deseablemente, de mejor calidad) a los usuarios de los servicios médicos. Los psicólogos enriquecen los diagnósticos sobre la condición física del paciente al analizar elementos como su contexto cultural, estado emocional, nivel cognitivo, redes de apoyo, sus creencias sobre la enfermedad y posibles psicopatologías.

Precisamente, las creencias sobre la enfermedad (y por ende sobre la salud) determinan buena parte de nuestras conductas. Entender la salud como un nivel estático, que una vez alcanzado es conservado por inercia, implica que al llegar a cierto nivel de bienestar, el individuo puede dejar de realizar las acciones que lo llevaron ahí. Pensemos, por ejemplo, en las dietas; una persona que desea perder peso sigue una dieta diferente a la que lleva a cabo normalmente, alcanza el peso ideal y vuelve a su régimen alimenticio habitual...regresando eventualmente a su peso anterior. En cambio, si entendemos la salud como un extremo del continuo (que tiene a la enfermedad en el otro), podremos promover la búsqueda constante del bienestar; así, una persona que busca perder peso cambiará sus hábitos alimenticios a largo plazo y de manera gradual...para mantenerse en el peso ideal por un largo tiempo.

*“Los psicólogos enriquecen los diagnósticos sobre la condición física del paciente al analizar elementos como su contexto cultural, estado emocional, nivel cognitivo, redes de apoyo, sus creencias sobre la enfermedad y posibles psicopatologías.”*

“El modelo salutogénico es un modelo anticipador; es decir, busca la salud trabajando con miras al futuro, en conductas que la optimizan y que promueven el bienestar general...”

Según Ballester (1997), este cambio de enfoque y de conducta hacia la salud (más que a la enfermedad) es parte de los nuevos caminos que la psicología de la salud ha promovido. Esta nueva perspectiva se dirige hacia un modelo salutogénico, es decir, enfocado en el origen de la salud y no en el origen de la enfermedad (que sería un modelo *patogénico*). La salud parte de un equilibrio entre las condiciones que la propician (los factores protectores) y aquellas que la amenazan (los factores de riesgo) (Hernández-Guzmán, 1999).

El modelo salutogénico es un modelo anticipador; es decir, busca la salud trabajando con miras al futuro, en conductas que la optimizan y que promueven el bienestar general (Ballester, *op.cit.*). Las campañas de vacunación pueden ser entendidas bajo este punto; ni los niños, ni los adultos vacunados tienen la enfermedad, pero se busca que no la adquieran.

Las intervenciones desde el modelo salutogénico son tanto individuales como sociales; no se descarta el trabajo con grandes comunidades, pero es importante adaptar este trabajo a las características particulares del individuo lo máximo posible. Un ejemplo de esta complejidad son las campañas para dejar de fumar dirigidas a los adolescentes; si bien se retoman aspectos generales de la campaña antitabaco (por ejemplo: los efectos a largo plazo en la salud), se incorporan elementos relevantes para el grupo con el que se trabaja (la presión del grupo de amigos).

Un último punto relativo al modelo salutogénico es que busca la participación activa del usuario; es decir, le otorga al paciente la mayor parte de la responsabilidad sobre su salud. Los psicólogos son los expertos en el tema, pero añaden el rol de guía para garantizar que el paciente cumpla con la mayor exactitud posible las recomendaciones de su médico. Por eso es tan necesario conocer la personalidad y la historia del paciente, a fin de saber cómo influirán en su búsqueda de la salud y en su tratamiento de la enfermedad.

Si integramos las características mencionadas del modelo salutogénico, encontraremos que la prevención es uno de sus elementos naturales. Al ser anticipador, individual-social y activo, incluye la autonomía en la búsqueda de conductas que promuevan continuamente nuestra salud. El reto radica en pasar del ideal teórico a la práctica diaria.

Como dice Sarafino (*op.cit.*), el mayor impacto en la promoción de la salud se consigue al modificar la conducta. A esto se le añade que el costo de la prevención de la gran mayoría de las enfermedades es mucho menor que el costo de su tratamiento. Pensemos en la reciente campaña para favorecer el consumo de ácido fólico en mujeres embarazadas;

el costo de las pastillas por nueve meses es ínfimo comparado con el costo del tratamiento de por vida de las discapacidades que una carencia de ácido fólico genera en el bebé.

Aunque ya se mencionó que el modelo salutogénico busca adecuar las intervenciones al individuo, hay ciertas recomendaciones que son positivas para toda la población; cualquier persona que las adopte puede esperar beneficios para su salud. Según Matarazzo (1984 en Becoña y Oblitas, 2004), algunas de las conductas relacionadas con una buena calidad de vida son:

- Evitar fumar o inhalar el humo de cigarro de otros.
- Dormir una cantidad adecuada de horas.
- Llevar una alimentación balanceada.
- Tener el peso corporal recomendado para la altura.
- No consumir drogas ilegales.
- Evitar el consumo de alcohol o hacerlo con moderación.
- Realizar alguna actividad física con regularidad.
- Evitar conductas sexuales de riesgo.

Aunque estas recomendaciones pueden originarse desde la medicina, su difusión y adopción por parte de la población son el campo idóneo para la psicología. No basta con que el médico las anote en la receta y se las entregue al paciente en el consultorio; es necesario que los psicólogos encuentren (encontremos) otros medios, momentos y escenarios para que sean adoptadas.

Como mencionan Becoña y Oblitas (*op. cit.*), las conductas de salud no se dan en el vacío. Diversos factores determinan la adopción o el abandono de conductas que pueden beneficiar la salud. Entre estos factores se encuentran en primer lugar los cognitivos; si una persona no tiene los conocimientos básicos sobre nutrición (por ejemplo: sobre el plato del buen comer) es poco probable que tenga una alimentación balanceada. Sin embargo, hay muchos factores además de los cognitivos, como son las actitudes, las creencias, el *locus* de control, el estilo de afrontamiento, el contexto sociocultural, la depresión, etcétera. Cada uno de ellos constituye una línea de investigación en sí mismo, y es a partir de los descubrimientos científicos en éstas líneas que podemos realizar recomendaciones para garantizar la adopción de estas conductas de salud.

Retomando el epígrafe de este texto, la sugerencia es empezar por nosotros mismos al analizar esta lista de conductas: ¿Cuántas aplicamos en nuestra vida cotidiana?, ¿cuáles incluimos entre nuestros propósitos?, ¿cumplimos esos propósitos? Y ya pensando en un análisis más profundo, ¿por qué no las aplicamos?, ¿cuáles son las razones que nos llevan a practicar conductas nocivas para nuestra

salud?, ¿cuáles son las razones que nos han llevado a adoptar las conductas adecuadas?, ¿cómo han cambiado nuestras conductas con el paso de los años?

Como se menciona en la introducción, no es realista pensar en un estado de salud óptimo en todo momento, pero es importante conocer en qué parte del continuo nos encontramos y qué estrategias usamos cotidianamente. Tener la introspección y el

autoconocimiento suficientes para tomar decisiones conscientemente y no para actuar por impulsos (al menos no todo el tiempo).

Usar nuestra propia experiencia como un aprendizaje sería ideal para poder acompañar a otros en su propio proceso. Los primeros beneficiados por la adopción de estas conductas seremos nosotros, a corto, mediano y largo plazo.

*“... no es realista pensar en un estado de salud óptimo en todo momento, pero es importante conocer en qué parte del continuo nos encontramos y qué estrategias usamos cotidianamente...”*

## Referencias

- Avani, C. & Quittner, A. (2006). Barriers to treatment adherence for children with cystic fibrosis and asthma: What gets in the way? *Journal of Pediatric Psychology*, 31. 846 – 858
- Baiardini, I., Braido, F., Giardini, A., Majani, G., Cacciola, C., Rogaku, A.; Scordamaglia, A. & Canonica GW. (2006). Adherence to treatment: Assessment of an unmet need in asthma. *J Investig Allergol Clin Immunol*, 16. 218 – 223.
- Ballester, R. (1997). *Introducción a la psicología de la salud*. España: Promolibro.
- Becoña, E. y Oblitas, L. (2004) Promoción de estilos de vida saludables, pp. 83 – 109. En Oblitas, L. (Coord.). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- González, V., Ramírez-Maestre, C., y Herrero, A. (2007). Inteligencia emocional, Personalidad y Afrontamiento en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de psicología*, 24. 185 – 195.
- Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: Niños socialmente competentes*. México: UNAM.
- Taylor, S. (2004). Health psychology: The science and the field, pp 15 – 30. In Marelich, W. & Erger, J. (Eds.). *The social psychology of health*. USA: Sage.
- Sarafino, E. (2006). *Health psychology*. 5th ed. USA: Wiley.
- Rodríguez, G. y Rojas, M. (1998). La psicología de la salud en América Latina, pp. 13 – 32. En Rodríguez, G. y Rojas, M. (Coord). *La psicología de la salud en América Latina*. México: UNAM – Porrúa.

# La transferencia

Mtro. José Antonio Rangel Faz<sup>4</sup>

*“El fenómeno de la transferencia se reconoció primeramente como exclusivo de la situación psicoanalítica, pero en realidad es un fenómeno subjetivo e interpersonal que surge en cualquier situación de la vida ordinaria.”*

*“Al analizar estos sucesos, Freud se da cuenta de que por medio del amor de transferencia el paciente desplaza hacia la figura del analista una relación insatisfecha del pasado, que se erige como una resistencia para contactar y trabajar con los recuerdos dolorosos, más que ayudar a la situación analítica.”*

¿Para qué hablar de transferencia? Un concepto, tan revisado y divulgado en el ámbito de la psicología y particularmente del psicoanálisis, no pierde su eficacia si se le sigue reconociendo como pilar de la teoría y práctica psicoanalítica. Cabe recordar que, independientemente del dispositivo terapéutico que se utilice, individual o grupal, la transferencia se presentará, y el reconocimiento y la interpretación de la misma darán mayores beneficios al proceso.

El fenómeno de la transferencia se reconoció primeramente como exclusivo de la situación psicoanalítica, pero en realidad es un fenómeno subjetivo e interpersonal que surge en cualquier situación de la vida ordinaria.

Su origen se puede ubicar en el tratamiento de la paciente Anna O (Bertha Pappenheim), quien habiendo sido atendida por Breuer, entre 1880 y 1882, tuvo un desenlace no deseado (aunque se califica de exitoso) al no ayudar a la paciente a resolver el conflicto que le aquejaba.

Cuando ambos, por insistencia de S. Freud, revisan *–a posteriori–* lo que sucedió durante el tratamiento, reconocen que las emociones vividas fueron de un carácter afectivo y amoroso muy intenso, como una especie de enamoramiento. Por este hecho, el origen de la transferencia se pudiera ubicar en el tratamiento de Anna O, y aun cuando este caso deterioró la amistad de Freud y Breuer, en 1895 publicaron conjuntamente su informe preliminar acerca de la histeria.

Breuer en *Estudios sobre la histeria* (1895) comenta lo siguiente:

Anna hablaba cuatro o cinco idiomas al mismo tiempo, dejando de hablar durante dos semanas ante lo que comentó: “Me parece que se sintió ofendida por algo y determinó no hablar de

<sup>4</sup> Lic en psicología por la UIA, maestría en psicología clínica por la UAEM, profesor de psicología en ULSAC, coordinador de la Especialidad en Psicoterapia Dinámica en ULSAC.

ese tema...”, más adelante la obliga a hablar desapareciendo de esta forma las inhibiciones.

Durante un tiempo de la terapia, Anna sólo hablaba inglés, y a su alrededor sólo Breuer usaba este idioma, pero éste nunca reveló lo que le decía, suponiéndose que se refirió a fuertes sentimientos entre ellos.

Al analizar estos sucesos, Freud se da cuenta de que por medio del amor de transferencia el paciente desplaza hacia la figura del analista una relación insatisfecha del pasado, que se erige como una resistencia para contactar y trabajar con los recuerdos dolorosos, más que ayudar a la situación analítica.

La transferencia es uno de los pilares del tratamiento psicoanalítico y significa transferir afectos e ideas de un objeto a otro, de una situación a otra. No es por sí misma “más que una repetición; y la repetición, la transferencia del pretérito olvidado sobre todas las personas de la situación presente”. (Freud, 1914, p. 347).

La transferencia se basa en dos factores: en la urgencia de establecer contacto con un objeto del mundo externo y en la tendencia de las impresiones del pasado para hacerse presente en situaciones nuevas. Esta tendencia no es privativa de este proceso, pues la capacidad para transferir algo de un objeto a otro siempre está presente, pero la situación terapéutica está particularmente diseñada para transferir estas capacidades en la transferencia.

En su artículo de 1912, Freud refiere que la dinámica de la transferencia (p. 321), “surge necesariamente en toda cura psicoanalítica” y nos recuerda que existen diversos factores como la disposición congénita y las influencias experimentadas durante los años infantiles, las que determinan en un individuo la modalidad especial de vida erótica, fijando los fines de la misma, las condiciones que el sujeto habrá de exigir en ella y los instintos que en ella habrá de satisfacer.

Lo que se revive en la situación transferencial es el material reprimido que ha quedado como parte del inconsciente, que cargado de muchos elementos infantiles busca una nueva oportunidad para reactivarse y tener la gratificación que anteriormente no fue posible. La transferencia no solamente se establece conforme a la imagen de la madre, también aparece en relación con personas que habiendo sido internalizadas representan figuras importantes de su mundo interno, sea el padre e inclusive algún hermano. El menor o mayor deterioro que tenga un paciente no es impedimento para que establezca contacto con el analista a través de la transferencia, independientemente de las resistencias que tenga. Todo ser humano siente la necesidad de tener compañía.

El concepto de la transferencia tiene su origen en el tratamiento de pacientes adultos, se refiere a la forma como el paciente observa y expresa por medio de fantasías, sentimientos, actitudes, etcétera, su constelación objetal infantil en la actualidad del proceso analítico. Durante el tratamiento, la transferencia que inicialmente es inconsciente, se trabaja en el aquí y ahora consciente y no con los objetos del pasado. Si es correctamente interpretada, el paciente será capaz de moverse de esta interpretación a las experiencias reales vinculadas con objetos internalizados en el pasado, es decir, se mueve del aquí y ahora al allá y entonces.

Para Etchegoyen (1984. p. 118), “la transferencia es un fenómeno en donde el principio del placer tiende a satisfacer la pulsión que se repite, pero el yo que está al servicio de la realidad trata de inhibir ese proceso para evitar la angustia y no caer en la situación traumática”.

La transferencia puede ser positiva o negativa, amar u odiar al terapeuta, inclusive llega a convertirse en una resistencia adicional del paciente. Para Lagache, 1977; (citado por Etchegoyen), la transferencia nunca es positiva o negativa, sino siempre mixta y ambivalente; también se puede transferir envidia, admiración, gratitud, etcétera.

Hago hincapié en que es un fenómeno vigente en toda relación humana, que nos interesa particularmente en el contexto de la situación analítica.

En los grupos, un individuo suele desplazar parte de la agresión hacia los objetos externos alterando la relación entre los miembros. Todo adolescente presenta la resignificación de la ambivalencia infantil (Blos, 1967), que se puede expresar por medio de continuas contradicciones pulsionales, afectivas, en el pensamiento y el comportamiento. Las fluctuaciones que van del amor al odio, de la actividad a la pasividad, de la masculinidad a la femineidad, de la fascinación al desinterés, son el reflejo de los diferentes momentos por los que pasa el adolescente y que proyecta en la figura de los terapeutas, como parte de la hostilidad que se necesita para protegerse y “no rendirse a la pasividad” (A. Freud, 1958).

El analista tiene diversas ventajas para asegurarse de que el paciente necesita tratamiento cuando reconoce los síntomas, pero hay que establecer un *rapport* con aquella parte del paciente que tiene la responsabilidad y disposición de mejorar, la parte que ha permanecido intacta al trastorno y es capaz de engancharse en el proceso. De esta forma, el paciente permitirá al analista desarrollar un rol importante en su vida emocional y le transferirá la riqueza o el vacío de su vida afectiva.

Con la transferencia se resaltan los vínculos internalizados que se tienen hacia las figuras tempranas, pero transferidos hacia las figuras de los terapeutas. Al ser figuras de transición funcionan como recipientes de los afectos primitivos (I. López, 1987). Si los terapeutas no son conscientes de este hecho, no se logrará establecer la distancia óptima (Gitelson, 1948), haciendo más difícil el contacto emocional, empático y la diferenciación entre ambos.

En la psicoterapia no sólo se trabaja a través de la personificación del terapeuta como padre-autoridad-maestro los pacientes también exploran

*“Con la transferencia se resaltan los vínculos internalizados que se tienen hacia las figuras tempranas, pero transferidos hacia las figuras de los terapeutas. Al ser figuras de transición funcionan como recipientes de los afectos primitivos...”*

otros factores de sus relaciones intersubjetivas, por ejemplo: la competencia con los semejantes, los conflictos en relación con la intimidad, la sexualidad, los celos, etcétera. El paciente se va adaptando de acuerdo con sus propias necesidades y con los límites establecidos previamente por el terapeuta; así, éste podrá descubrir los límites internos del paciente y le servirá a éstos para tener mayor comprensión de sus propios patrones de comportamiento, sean de rechazo, resentimiento, aislamiento, etc., y así tener una perspectiva más objetiva sobre su actitud personal (Yalom, 1985).

Los pacientes repetirán sus relaciones previas con poca variación, dependiendo del grado de autoridad o madurez que les represente el analista. "El analizado repite en lugar de recordar y lo hace en ocasiones bajo condiciones de la resistencia. Repite lo que ha incorporado partiendo de las fuentes de lo reprimido; sus inhibiciones, sus tendencias caracterológicas patológicas" (Freud, 1914, p. 348).

En el sentido estructural, la transferencia se basa en el hecho de que el yo no permite al ello que la pulsión tenga acceso directo a la parte consciente y la reprime; pero esta pulsión reprimida busca un acceso diferente lográndolo a través de sus actos en la situación transferencial.

Por medio de la transferencia, el analista hace regresar las conexiones afectivas, descubre las experiencias reprimidas, los derivados impulsivos y las reacciones defensivas que se tuvieron ante ellos. Por lo tanto, una de las tareas del analista sería tratar de hacer surgir lo que se ha olvidado a partir de las huellas que se han dejado tras de sí y reconstruirlo (Racker, 1959). El analista se vale de la compulsión a la repetición para reconstruir este pasado.

La parte decisiva de un tratamiento se da por la relación paciente-analista, con las nuevas ediciones de conflictos anteriores en donde el paciente se conduce como lo ha hecho en otros tiempos, pero ahora obligado a tomar decisiones distintas por medio de la movilización de todas las fuerzas psíquicas disponibles (Racker, 1959). Entre los beneficios de entender la transferencia está el que el terapeuta se apoyará en ésta para hacer regresar las conexiones afectivas, ayudando al paciente a que enganche los hechos olvidados con lo vivido en la actualidad.

Racker, al revisar los escritos de S. Freud sobre transferencia, concluyó que la transferencia es la resistencia y es lo resistido, en donde el analizado repite defensas infantiles (resistencias de transferencia) para no hacer consciente situaciones infantiles de angustia y dolor que están por reaparecer en la transferencia.

La transferencia como resistencia aparece cargada de pulsiones libidinales y agresivas muy intensas, inclusive juntos los componentes eróticos y hostiles, pero siguiendo el hilo de esta resistencia se podrá desenmascarar aquello que ha sido reprimido y en parte es responsable directo del conflicto vivido por el paciente. Como menciona Greenson (1967), la transferencia como resistencia "es el pan de cada día" con el que trabaja el terapeuta y requiere más tiempo de análisis que cualquier otro aspecto.

La resistencia que se opone al tratamiento procede de la misma resistencia que reprimió los contenidos psíquicos, que se encuentran en el inconsciente por ser inaceptables en su momento para el yo. Éste yo los derivó a un lugar alejado de la consciencia, pero sin ser consciente de haber realizado esta labor; por esto, Freud decía que un tipo de resistencia partía del yo.

Cuando el paciente no admite sus propios sentimientos hacia el terapeuta se convierte en resistencia, que para Nunberg (1955) sería una forma de protección narcisista al retirarse la catexia original del objeto y catectizándose a sí mismo con la misma energía. Esta resistencia es del yo y funciona para fortalecer la represión primaria.

Como conclusión, comparto la idea de Racker (1959) de que la tarea del analista es re-construir lo que se ha olvidado, a partir de los vestigios que el paciente ha dejado atrás. En esta reconstrucción del pasado, por medio de la transferencia, el analista se vale de esta compulsión a la repetición para descubrir las experiencias reprimidas junto con los derivados pulsionales y afectivos, así como las reacciones que anteriormente tuvieron.

Son muy poderosos los fenómenos de la transferencia como instrumentos para el trabajo psicoterapéutico, porque nos permite apreciar la antítesis de las pulsiones de vida y muerte junto con la polarización amor-odio que todo paciente presenta en la terapia y en la vida diaria. Sólo así se sabrá cuál ha sido la historia del paciente, su forma de pensar, sus afectos; y mientras no se interpreten estos hechos transferenciales no se le podrá ayudar a que deje de repetir para que dé paso al recuerdo de esas relaciones de objeto del pasado.

En este sentido, recordar permite hacer consciente lo inconsciente, ayudando a tener cambios en el análisis y ante todo en las relaciones de objeto generales (objetos internos y externos).

## Bibliografía

- Etchegoyen, R.H. (1986). *Los fundamentos técnicos psicoanalíticos*, Buenos Aires, Ed. Amorrortu.
- Freud, S (1893-1895). "Estudios sobre la histeria", Amorrortu, Vol. II, Buenos Aires, 1978.
- Freud, S. (1912). "Sobre la dinámica de la transferencia". *Obras Completas*, Vol. II, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1947.
- Freud, S. (1915). "Consideraciones sobre el amor de transferencia". *Obras Completas*, Vol. II., Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1947.
- Gitelson, M. "Character synthesis: the psychotherapeutic problem in adolescence", *Am. J. Orthopsychiatry*, 18:422-431, 1948.
- Greenson, R.H. (1980). *Técnica y práctica del psicoanálisis*, México, Ed. S. XXI.
- López, M.I., "El adolescente de hoy en la sociedad urbana". *II Jornadas de Médicos, Padres y Maestros*. Asoc. Mexicana de Pediatría, A.C., Junio 1985, *Psiquiatría* 1987: 1:5-15.
- Nunberg, H. (1955). *Principles of psychoanalysis*. New York, Intern Univ. Press, Inc.
- Racker, H. (1960). *Estudios sobre la técnica psicoanalítica*, Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Yalom, D.I. *The theory and practice of group psychotherapy*. Nueva Cork, Basic Books, Inc. Publishers, 1985.

# Socialización y salud mental en la tercera edad

Claudia Tapia Guerrero<sup>5</sup>

Asesoras:

Mtra. Cecilia Sierra Heredia

Mtra. Myriam Fracchia Figueiredo

La presente investigación se realizó con el propósito de especificar la influencia que tiene la socialización en la salud mental de los ancianos; para lo cual se tomó la población total de residentes de una casa hogar para ancianos de la ciudad de Cuernavaca, Morelos, México. La población se encuentra recluida, es decir, residen en un edificio en habitaciones individuales aunque sin intimidad, debido a que cuidadoras y enfermeras entran y salen de los cuartos sin consultarlo con los residentes. Los ancianos están aislados del contacto con el exterior, pues no les permite salir de las instalaciones, ni tener acceso a noticieros televisivos, así como tampoco recibir el periódico. También se les niega la salida a menos que vayan acompañados por un familiar. Los espacios y horas sociales constan de tres comidas al día, en el comedor común; tres reuniones eucarísticas por semana; y una sesión diaria de trabajos manuales o ejercicio físico. Alrededor de 20% de los residentes participan en dichas actividades.

El estudio consistió en la aplicación de la escala Mini-Mental de Folstein (Folstein, 1975) -un instrumento psicológico para evaluar la salud mental de los residentes-, así como de una hoja de evaluación del nivel de socialización de cada residente; esta última es una valoración entre jueces. La propuesta de Folstein consiste en una evaluación de la orientación, el registro de información, la atención y el cálculo de la memoria, el lenguaje y la construcción de los adultos mayores o de personas con deterioro cognitivo. El total de la población es de 39 residentes, a quienes se les aplicó la prueba y se les evaluó el nivel de socialización en un periodo de seis meses. La evaluación entre jueces se refiere a la calificación otorgada a cada residente, dependiendo de las actividades sociales que realiza. Los jueces participantes son prestadores de servicio social de la casa hogar que de manera individual determinaron el tiempo, la calidad de las relaciones y la participación sociales de cada residente. El

<sup>5</sup> Egresada de la segunda generación de la licenciatura en Psicología de la Universidad La Salle Cuernavaca.

resultado del estudio fue la existencia de una alta correlación positiva entre la calificación del Mini-Mental State de Folstein y la socialización de los participantes.

## Justificación

Esta investigación parte de la observación participante de la dinámica social de una casa hogar para ancianos. Se registraron quejas de la calidad de los alimentos que reciben los residentes en el asilo. Surge un primer cuestionamiento acerca de la alimentación de los residentes; sin embargo, conforme se prolonga la observación, aparece una queja subyacente. Cuatro de las residentes aseguraron sentirse “angustiadas” por no tener la posibilidad de entablar una “conversación en la mesa” durante su hora de comida: “Yo sólo tengo una artropatía degenerativa que no me deja descansar ni hacer lo que antes podía, pero la cabeza todavía me funciona, y no tengo con quién platicar”, comparte E, una de las residentes.

Estudiar la relación entre el consumo de alimentos y la salud física resultó de la identificación de los valores nutricionales requeridos por las personas de la tercera edad; sin embargo, no resolvía la demanda de algunas de las mujeres de la casa hogar, además de dejar fuera la interrogante de qué tanto afectaba la socialización en el comedor. Cabe mencionar que el momento de los alimentos, ya sea desayuno, comida o cena, es el único en que la gran mayoría de los residentes se reúne en el comedor; más de tres cuartas partes de la población de ancianos de la institución requiere de ayuda para llegar al comedor, pues son trasladados en sillas de ruedas, es decir que más de 75% de los residentes son dependientes para su desplazamiento. La infraestructura de la institución impide a los residentes en silla de ruedas desplazarse libremente y de manera autónoma, lo que complica aún más la posibilidad de reunirse y socializar con otros residentes. El tipo de problema de la investigación involucra el aspecto psicológico y social de los actores, que permite conocer la

*“...conforme se prolonga la observación, aparece una queja subyacente. Cuatro de las residentes aseguraron sentirse “angustiadas” por no tener la posibilidad de entablar una “conversación en la mesa” durante su hora de comida.”*

importancia de la socialización, así como el impacto psicológico en las personas de la tercera edad.

La presente investigación surge de la demanda abierta de algunos miembros de la población de la casa hogar para ancianos. Las personas de la tercera edad son una población creciente en el país; los ancianos en México son un sector descuidado. A pesar de que día a día aumenta el número de adultos mayores, la psicología no avanza de igual manera, rezagándose en cuanto a investigación y posibilidad de atención del grupo antes mencionado. En el estado de Morelos, el INAPAM no aplica evaluaciones psicométricas y no cuenta con atención psicológica a las personas que solicitan su credencial para pertenecer a dicho grupo, por lo que la presente investigación destaca la necesidad de servicios de psicología para los adultos mayores.

Los residentes se quejan constantemente de la mala calidad de los alimentos que reciben, por lo que una primera interrogante fue ¿qué tan adecuados son los alimentos, en cuanto a cantidad y respecto a la condición de salud de los residentes? Se realiza una investigación inicial acerca de las calorías y nutrimentos que requieren las enfermedades crónico-degenerativas como diabetes e hipertensión; sin embargo, la temática es únicamente de interés médico y nutricional desde dicha mirada, pudiendo ser resuelta con un plan de alimentación. Así, no era precisamente la adecuación de los alimentos lo que se buscaba conocer, sino las relaciones sociales establecidas en la hora de la comida. Surge una nueva demanda: los residentes comparten su sentir acerca de la "angustia" que experimentan durante la hora de la comida. Se desarrolla una nueva pregunta: ¿qué relación existe entre la socialización y la salud mental de los residentes de la casa hogar para ancianos?

### Marco teórico

#### Población de adultos mayores en México y el mundo

"De acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), actualmente residen en México 8.2 millones de personas de 60 años o más, en 2030 se espera que sean 22.2 millones y para la mitad del siglo alcanzarán, según lo previsto, 36.2 millones. Esto se reflejará en el aumento de las proporciones de adultos mayores en las próximas décadas: en 2005 la proporción de adultos mayores es de 7.7 por ciento; se incrementará a 17.5 por ciento en 2030 y a 28.0 por ciento en 2050." (CONAPO, 2005)

Indicadores demográficos para los adultos mayores México 2000 - 2050				
Año	Tasa de Crecimiento	Proporción de la Población	Incremento Absoluto	Población Media
2000	3.45	6.83	237 225	6 870 753
2005	3.57	7.69	292 506	8 188 898
2010	3.95	8.84	389 633	9 868 303
2015	4.26	10.41	516 245	12 111 777
2020	4.27	12.45	640 759	15 022 860
2025	3.92	14.83	723 465	18 436 881
2030	3.49	17.45	774 460	22 198 869
2035	3.01	20.24	787 216	26 138 438
2040	2.42	22.99	723 743	29 921 659
2045	1.88	25.58	626 699	33 323 401
2050	1.47	27.95	532 229	36 222 237

Consejo Nacional de Población, Diciembre 2002. (CONAPO)

Un estudio reciente, realizado por la Asociación Morelense de Alzheimer, A .C. y la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, titulado "Cómo elegir un centro de atención para pacientes con demencia", muestra que en la ciudad de Cuernavaca, Morelos existen alrededor de 30 centros de atención al adulto mayor; 22 de ellos fueron estudiados a través de visitas, observaciones y cuestionarios, aplicados en cada uno de los centros entre los meses de noviembre de 2004 y abril de 2005. Arrojaron como resultado los siguientes datos:

- En Cuernavaca, no existen centros especializados en la atención de pacientes con demencia.
  - Prevalcen las instituciones privadas de no más de 7 años de antigüedad, mismas que han crecido 41% en los últimos 3 años.
  - En su mayoría, los responsables de las instituciones no son los dueños y no tienen entrenamiento en el área de la salud.
  - Los centros se alojan en casas rentadas (63%).
  - 77% de las instituciones recibe a personas semidependientes y dependientes, mientras que 45% recibe a personas con demencia.
  - La condición de la mayoría de los residentes es de semindependencia (4%) y dependencia (23%).
  - Las decisiones son tomadas por el responsable en turno (86%) y la capacitación al personal es informal (91% de los asilos).
  - Las revisiones médicas son el principal criterio de evaluación de los servicios (77%).
  - Sólo 36% cuenta con instalaciones adecuadas.
  - No existen programas de actividades, sino actividades sueltas proporcionadas por cuidadoras o enfermeras."
- (Hernández y colaboradores, 2005)

*"De acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), actualmente residen en México 8.2 millones de personas de 60 años o más, en 2030 se espera que sean 22.2 millones y para la mitad del siglo alcanzarán, según lo previsto, 36.2 millones."*

#### Vejez

"Como ocurre en otras disciplinas, es en la Filosofía donde podemos encontrar claros antecedentes de la gerontología. Platón presenta una visión individualista e intimista de la vejez, resalta la idea

“La vejez es un proceso que en orden biológico se manifiesta por una disminución genérica del metabolismo; pero es importante tener en cuenta la sociedad en la cual se desarrolla ya que es un proceso biopsicosocial” (Lorenzo Viego, 2003).”

de que se envejece como se ha vivido y de la importancia de cómo habría que prepararse para la vejez en la juventud. Platón es un antecedente de la visión positiva de la vejez, así como de la importancia de la prevención y profilaxis” (Rodríguez, 2005). “Por el contrario, Aristóteles presenta lo que podríamos considerar etapas de la vida del hombre: la primera es la infancia; la segunda, la juventud; la tercera- la más prolongada-, la edad adulta; y la cuarta, la senectud, en la que se llega al deterioro y la ruina. Considera la vejez como una enfermedad natural” (Rodríguez, 2005). “Vemos que estas dos visiones antagonistas y contradictorias de la vejez, que se dan ya en Platón y Aristóteles, van a verse representadas a lo largo de toda la historia del pensamiento humano. “Pero si hablamos del comienzo de la investigación científica en gerontología, tenemos que hablar del siglo XVII, y en concreto de Francis Bacon, con su trabajo *History of Life and Death* (Historia de la vida y de la muerte). En este texto, Bacon plantea una idea precursora que se cumpliría tres siglos después, a saber, que la vida humana se prolongaría en el momento en el que la higiene y otras condiciones sociales y médicas mejorasen” (Rodríguez, 2005). “Sin embargo, aunque salen a la luz estas ideas geniales, no es hasta el siglo XIX cuando el trabajo científico en gerontología comienza” (Rodríguez, 2005).

“El francés Quetelet es el primero que expresa claramente la importancia del establecimiento de los principios que rigen el proceso a través del cual el ser humano nace, crece y muere” (Rodríguez, 2005). “Francis Galton, británico, altamente influido por Quetelet, trabaja en las diferencias individuales sobre características físicas, sensoriales y motrices, datos que presenta en su obra *Inquiry into human faculty and its developments* (Estudio sobre las facultades humanas y su desarrollo)” (Rodríguez, 2005). “También hay que resaltar a Stanley Hall, psicólogo norteamericano, que en su obra *Senescence, the last half of life (1922)* (*Senectud, la última mitad de la vida*) trata de contribuir a la comprensión de la naturaleza y las funciones de la vejez, ayudando al establecimiento de la ciencia de la gerontología al contradecir al modelo deficitario tan al uso entonces. Uno de sus descubrimientos empíricos es el de haber resaltado que las diferencias individuales en la vejez son significativamente mayores que las que aparecen en otras edades de la vida” (Rodríguez, 2005).

La vejez es la última de las etapas de la vida, pero no por ello la menos importante. Helidoro Alemán Mateo, investigador titular sonorense del Departamento de Nutrición Humana en el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo de Hermosillo, Sonora, México, describe algunas de las características del proceso de envejecimiento. Los adultos mayores poseen una “menor capacidad de enfrentar los desafíos externos”, pues “tienen que

enfrentarse a los problemas sociales, psicológicos y económicos”. (Alemán Mateo, 2003). “Con el proceso del envejecimiento ocurren cambios anatómicos en todos los órganos, tejidos y sistemas del cuerpo humano.” (Alemán Mateo, 2003). La “incidencia de enfermedades crónicas como la arterioesclerosis, las afecciones cardiovasculares y la diabetes” aumenta con la edad (Alemán Mateo, 2003). “La vejez es un proceso que en orden biológico se manifiesta por una disminución genérica del metabolismo; pero es importante tener en cuenta la sociedad en la cual se desarrolla ya que es un proceso biopsicosocial” (Lorenzo Viego, 2003).

### Sistema asilar

Miguel Krassoievitch, en *Psicoterapia Geriátrica*, describe el sistema asilar en México. “En nuestro medio existen tres tipos de instituciones asilares destinadas a la tercera edad: las del Estado, las religiosas y las particulares” (Krassoievitch, 2001). “Lo que mejor distingue al asilo para ancianos de otras instituciones de confinamiento es que en estas últimas se pretende la rehabilitación de los reclusos, aunque sólo sea a través de una intención legal. En el primero, en cambio, y a pesar de los apelativos recientes como ‘casa-hogar’, ‘albergue’, ‘residencia’, no parece existir otra finalidad que el agrupamiento y la reclusión, acompañados de una supervisión médica” (Krassoievitch, 2001). “De acuerdo con Meza (1979), la mayoría de los ancianos reclusos en los asilos mexicanos viven este confinamiento, debido a que sus familiares los consideraron un estorbo en el marco de la vida familiar, a lo que se agregan, a veces, razones de tipo económico” (Krassoievitch, 2001). “Las justificaciones para esta reclusión son diversas: evitar caídas, que se pierdan, anden vagando y estén expuestos a algún accidente, mantenerlos en condiciones de limpieza y de comodidad, protegerlos de los cambios bruscos de temperatura, etcétera. (Fuentes Aguilar, 1978).” (Krassoievitch, 2001).

“Desde el punto de vista de su diseño arquitectónico, los asilos son muy parecidos unos a otros, y sus características principales son la incomunicación tanto con el exterior como dentro de la institución. En las instituciones estatales, estos hechos están agravados por espacios enormes, pasillos interminables, dormitorios comunes, sin ninguna posibilidad de privacidad; los únicos lugares de reunión son habitualmente el comedor y la sala de televisión, en los que no se observan interacciones entre los internos, salvo las destinadas a preservar su lugar o la visibilidad de la pantalla.” (Krassoievitch, 2001). “La mortalidad es más elevada en el asilo que en la comunidad, sobre todo durante el primer año que sigue a la admisión, en el que llega a 50%, en los medios

más desfavorables. Se ha discutido si esta elevada mortalidad corresponde a los factores ambientales o a condiciones de salud precaria desde antes del ingreso; personalmente, somos de la opinión de que el traslado a un ambiente deletéreo es la causa más importante de este fenómeno.” (Krassoievitch, 2001). “Sobre un fondo de apatía, inactividad y monotonía, los únicos sucesos que suelen ser relevantes son las comidas en días de fiesta, las visitas del médico, las salidas con algún familiar o la muerte de algún asilado.” (Krassoievitch, 2001). “La mayoría se queja de lo poco estimulante del ambiente, de la falta de privacidad y libertad y de la mala calidad de la comida.” (Krassoievitch, 2001).

“El asilo cumple una función social y que sería un error muy grave tratar de hacerlo desaparecer.” (Krassoievitch, 2001).

### Atención geriátrica

“La atención geriátrica es un derecho básico al que, hoy en día, no tienen acceso la mayoría de las personas mayores cuando lo necesitan. La ciencia ha demostrado que la geriatría es una especialización sanitaria eficiente e imprescindible para limitar la dependencia en su justa medida, disminuir el sufrimiento y aumentar la calidad de vida de las personas ancianas con problemas de salud más complejos.” (Decálogo de las personas mayores, SEGG). Diane E. Papalia<sup>6</sup>, miembro de la Sociedad Gerontológica Americana, junto con Rally Wendkos Olds, escritora con pregrado en psicología, proponen una serie de características propias de la tercera edad que tendrán injerencia en su modo de vida, y así sugieren la socialización como una forma de mantener la calidad de vida. “La amistad es importante para el disfrute inmediato, para la intimidad y para apoyar la tensión de los problemas propios de la edad” (Papalia y Wendkos, 1999). “Las relaciones son muy importantes para los ancianos, como para las personas de todas las edades” (Papalia y Wendkos, 1999).

### Socialización en la vejez

“Las relaciones sociales que dan origen a la socialización de las personas en la vejez pueden analizarse desde diferentes puntos de vista: las relaciones interpersonales, las redes sociales, los sistemas de apoyo y los efectos de las relaciones sobre la salud y el bienestar de las personas” (Vega y Bueno, 2000). Víctor Villa Estévez<sup>7</sup> propone un manual para el cuidado y autocuidado de las

6 Diane E. Papalia. Licenciada en psicología con maestría en desarrollo infantil y relaciones familiares por el Vassar College, doctorada en psicología del desarrollo en West Virginia University.

7 Víctor Villa Estévez. Médico cirujano especialista en geriatría. Director del Centro Integral Geriátrico. Vicepresidente del Colegio de Geriatría y Psicogeriatría, Gerontología Médica del Estado de Jalisco.

personas de la tercera edad, en el que sugiere “que el ambiente sea agradable a la hora de comer, y que no coman solos” (Villa Estévez, 2007). “Las relaciones interpersonales, tanto en su dimensión estrictamente social como afectiva, son totalmente imprescindibles para la salud y el bienestar de las personas mayores” (Vega y Bueno, 2000). “Las redes sociales hacen referencia a las características estructurales de las relaciones. Reflejan la actividad social. Se valoran por índices tales como la frecuencia de los contactos, el tamaño o número de las relaciones, la proximidad física, la densidad de las relaciones, etcétera” (Vega y Bueno, 2000). “Los sistemas de apoyo se refieren a la provisión de ayuda en el contexto de las relaciones interpersonales. El contexto más natural en el que se desarrollan es la familia y, por extensión, el resto de la comunidad. Se centran en el componente de intercambio de la relación y se basan en la reciprocidad y en la solidaridad. Cumplen la función de proporcionar confianza, compañía y orientación, además de ayuda instrumental (financiera, tareas de casa, etc.) y ayuda emocional, en la enfermedad y/o en la discapacidad” (Vega y Bueno, 2000). Existen dos tipos de sistemas de apoyo: “los sistemas formales o institucionales como la ayuda a domicilio o las organizaciones del voluntariado y los sistemas informales como la familia y los amigos. La principal utilidad de los sistemas de apoyo es que reducen la mortalidad y completan o sustituyen la red asistencial pública” (Vega y Bueno, 2000). “Por lo que se refiere a los efectos generales de las relaciones sociales sobre la salud y el bienestar, se ha encontrado que disminuyen la probabilidad de institucionalización de las personas mayores. Combaten la enfermedad y generan un sistema de protección en torno a la persona” (Vega y Bueno, 2000). “Las relaciones sociales mejoran la salud y el bienestar” (Vega y Bueno, 2000). “Las relaciones sociales afectan la visión positiva o negativa que las personas tienen de sí mismas en aspectos tales como la eficacia, la autoestima, el dominio, el lugar de control o la competencia social” (Vega y Bueno, 2000).

La sordera puede ser un factor importante que evite una socialización positiva. “Conforme avanzan los años puede ocurrir una disminución en la captación de sonidos” (Villa Estévez, 2007). Una de las medidas más importantes que ha de tomarse para prevenir que la sordera se transforme en un problema para la socialización es “evitar el aislamiento social resultante de esta sordera, que se presenta cuando el adulto mayor se siente separado de una conversación familiar o social. Esto hace que prefiera no estar presente y se recluya en su habitación” (Villa Estévez, 2007). “Lo que frecuentemente contribuye a la torpeza intelectual de las personas de edad, es el hecho de vivir apartadas de la sociedad y de la relación con las demás personas. En la senectud ya no se

*“La atención geriátrica es un derecho básico al que ... no tienen acceso la mayoría de las personas mayores ... La ciencia ha demostrado que la geriatría es una especialización sanitaria eficiente e imprescindible para limitar la dependencia en su justa medida, disminuir el sufrimiento y aumentar la calidad de vida de las personas ancianas con problemas de salud ...”*

tienen responsabilidades directas, se reducen las oportunidades de charlar con la gente que aún lleva una vida activa y sus preocupaciones se van reduciendo, al igual que su curiosidad intelectual. El anciano va así aislándose del mundo exterior y se confina entre las cuatro paredes de su hogar, con lo cual sus conversaciones se reducen a las molestias acerca de su salud y a aspectos muy puntuales o bien del pasado, que generalmente son siempre los mismos. Esto provoca, en las personas que los visitan o que hablan con ellos, el sentimiento de que su compañía no es más que una formalidad que no procura distracción ni consuelo a su soledad” (González, 2003).

*“Erik Erikson plantea, en su ‘teoría psicosocial,’ ocho estadios del desarrollo de las etapas de la vida, en los que propone la existencia de una crisis en cada una de estas etapas, es decir, que cada fase comprende tareas o funciones psicosociales determinadas.”*

“La vejez es un problema crucial de la modificación profunda del esquema corporal, como sistema y función más que un problema de edad y que un cuerpo que envejece, es un problema filosófico de la condición humana. Como consecuencia de una serie de rupturas sucesivas. Se asiste a una verdadera desvitalización, y a una pérdida de funciones del cuerpo y del cuerpo como medio de acción. En la vejez cuando aparecen todos los problemas fisiológicos hay un malestar objetivo, pero es todavía mucho más un malestar subjetivo-” (González, 2003).

“Las modificaciones biológicas producen una falta de iniciativa psicomotriz principalmente por un entumecimiento del funcionamiento psicomotriz. La división celular se enlentece y los tejidos se desecan. Esta disminución de la elasticidad aminora la realización psicomotriz, tanto en el plano cuantitativo como cualitativo. Muchos ancianos se encorvan y mueven muy poco tanto sus extremidades superiores como inferiores. Prácticamente “arrastran” los pies al caminar y suelen auxiliarse con un bastón, baranda, pared o el brazo de otra persona. Esto trae como consecuencia la disminución de las capacidades de desplazamiento del individuo, así como su desentovadura en la locomoción. La arteriosclerosis disminuye la presión sanguínea. El organismo es frágil ante el menor cambio térmico. Esta disminución de la presión sanguínea puede conllevar lesiones cerebrales. Los estudios han demostrado que el tejido conjuntivo, como la neuroglia, aumenta a expensas de los tejidos nobles, como las neuronas, que se atrofian. Las células nerviosas se degeneran, reduciendo de este modo los axones y las sinapsis, disminuye la velocidad de conducción, lo que explica el enlentecimiento de la información y la falta de sensibilidad periférica de la persona de edad. Estas primeras alteraciones neurológicas se manifiestan a nivel de los receptores sensoriales. Engendran dificultades de concentración, conceptualización, y de la función mnésica, atención, memoria (les cuesta recordar sucesos recientes, mientras mantienen “frescos” sus episodios pasados.)” (Sandoval Shaik, 2003)

## Integridad yoica contra desesperanza

Erik Erikson plantea, en su ‘teoría psicosocial,’ ocho estadios del desarrollo de las etapas de la vida, en los que propone la existencia de una crisis en cada una de estas etapas, es decir, que cada fase comprende tareas o funciones psicosociales determinadas. El octavo y último estadio del principio epigenético de Erikson, adultez tardía o madurez, también llamada vejez, es un periodo al que se llega cuando no ha habido un retraso en el desarrollo a causa de una etapa previa no superada. La tarea primordial en el octavo estadio es lograr una integridad yoica con un mínimo de desesperanza.

Primero ocurre un distanciamiento social, desde un sentimiento de inutilidad. Algunas personas, a los 60 años, se jubilan de trabajos que han tenido durante muchos años; otras, perciben que su función como padres ya ha terminado; la mayoría cree que sus aportes ya no son necesarios. Existe un sentido de inutilidad biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes. Las mujeres pasan por la menopausia, que en algunos casos ocurre de forma dramática. Los hombres comienzan a pensar que ya no son atractivos y que disminuye su poder sexual. Surgen enfermedades de la vejez como artritis, diabetes, problemas cardíacos, respiratorios, de ovarios y cánceres de próstata. Empiezan los miedos a cuestiones que uno no había temido nunca, como por ejemplo a un proceso gripal o simplemente a caerse. Junto a las enfermedades, aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Amigos y familiares mueren; la etapa es más complicada cuando la pareja es quien muere. Al enfrentar dicha situación, parece que el sentimiento de desesperanza es el más natural. Como respuesta a esta desesperanza, algunos ancianos se deprimen, se vuelven resentidos, paranoicos, hipocondríacos o desarrollan patrones comportamentales de senilidad con o sin explicación biológica.

La integridad yoica significa llegar a los términos de la vida, siendo capaces de mirar atrás y aceptar el curso de los eventos pasados y las decisiones tomadas. La tendencia desadaptativa del estadio octavo es llamada presunción, es decir, cuando la persona “presume” de una integridad yoica sin afrontar de hecho las dificultades de la senectud. La persona que afronta la muerte sin miedo tiene la virtud que Erikson describe como sabiduría.

## Salud mental en la tercera edad

La salud mental es un estado de bienestar emocional y psicológico en el que el individuo es capaz de responder a las demandas de la vida diaria a través del uso de sus habilidades emocionales, cognitivas y sociales (Merriam-Webster, 2006).

“La salud mental es la capacidad psicobiológica del individuo de ajustarse a su medio y sobre todo al estrés, en el desarrollo de esta capacidad interfiere muchos factores: genéticos, biológicos, psicosociales, culturales, etcétera. y, dependiendo de la interacción de estos factores, el individuo es susceptible o no de enfermar” (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2007). La salud mental dependerá de factores biológicos y sociales que consigan una síntesis armónica de las tendencias instintivas antagónicas, así como de la formación de relaciones positivas y estrechas con los otros y la participación constructiva dentro de su medio físico y social (OMS, 2008).

La salud mental va más allá de la ausencia de enfermedad o patología; la salud mental es un estado global de bienestar y equilibrio que impacta al individuo psicológicamente (OMS, 2008). La vejez no es sinónimo de enfermedad, sin embargo, la salud mental de una persona de la tercera edad se ve mermada debido al envejecimiento mismo. Evaluar el estado de salud mental de un adulto mayor requiere de un estudio que contemple sus habilidades sociales, emocionales y cognitivas. La salud mental, para la presente investigación, parte de la evaluación del nivel de deterioro cognitivo.

## Metodología

### Problema de investigación

¿Qué relación existe entre la socialización y la salud mental de los residentes de la casa hogar para ancianos?

### Hipótesis de trabajo

La socialización tiene un importante impacto en la salud mental de los residentes de la casa hogar en cuestión; en este caso específico, los ancianos institucionalizados mantendrán una mejor salud mental a medida que el momento de la comida sea un espacio de estimulación y convivencia positiva.

Las dos variables involucradas son: salud mental y socialización. El nivel de socialización contempla el número de horas que cada uno de los residentes está en comunidad (tiempo que la persona pasa rodeada de otros residentes), el número de residentes con los que conversa por semana, y las visitas que realiza a otras habitaciones para sostener una conversación con otros residentes, es decir, el número de personas con las que sostiene una relación interpersonal más estrecha. La salud mental está entendida como la condición en la que se encuentran las siguientes funciones mentales superiores de los residentes: orientación en tiempo, espacio y persona; memoria inmediata o de trabajo; la atención y el cálculo; el recuerdo diferido, el lenguaje y construcción verbal; comprensión;

lectura; escritura e integridad viso-motora. Ambas variables y su medición se detallan en el procedimiento.

### Objetivo

El objetivo fundamental de la presente investigación es determinar la influencia que tiene la socialización de los ancianos en su salud mental.

### Participantes

La presente investigación toma como población objeto de estudio a los 39 residentes quienes reciben servicio de la casa hogar. Los residentes son 26 mujeres y 13 hombres; a excepción de tres personas, quienes están por debajo de los 65 años necesarios para pertenecer a dicha denominación; el resto son personas de la tercera edad. Las tres personas antes mencionadas tienen 50, 51 y 53 años, y pertenecen a la casa hogar para adultos mayores debido a sus discapacidades: hemiplejía, enfermedad congénita, y retraso, respectivamente. Los residentes padecen, en su gran mayoría, enfermedades crónico-degenerativas. Las enfermedades con mayor incidencia en la casa hogar son diabetes, hipertensión, artropatías degenerativas y deterioro cognitivo, sin que este último esté evaluado ni diagnosticado, únicamente se reconoce por la disfuncionalidad del residente que la padece.

La población se encuentra recluida y aislada del exterior, es decir, no se les permite salir de la institución ni ver televisión, ni recibir periódicos; son escasas las visitas de personas jóvenes y niños, y las visitas que reciben son de sus familiares, con quienes sí se les permite salir. Los residentes se reúnen para celebrar la eucaristía (misa) y para los tres horarios de comida, además de recibir tres sesiones semanales de trabajo manual o ejercicio físico; alrededor de 80% de los residentes no participa en dichas actividades.

### Escenario

La casa hogar en la que se llevó a cabo el estudio es una institución privada gestionada por una congregación religiosa que se dedica a la recepción, alojamiento y cuidado de adultos mayores; está ubicada en la ciudad de Cuernavaca, Morelos, México. La organización jerárquica de la institución está compuesta por seis niveles, mismos que se acomodan, de mayor a menor rango, de la siguiente manera: administración, enfermería, cuidadoras y cocina, mantenimiento, jardín e intendencia; existe un grupo más que pertenece a la institución, pero que no entra en ningún nivel de jerarquía en el entendido de que sus actividades son independientes de la estructura de la casa hogar: las religiosas que son parte de la congregación, pero

que no trabajan directamente en la casa hogar.

La casa hogar se funda en 1972 a partir de la donación de un terreno a una congregación religiosa por parte de un matrimonio, que al no tener descendencia, consideró apropiado crear una institución asilar para los adultos mayores. La institución admite a adultos con enfermedades psiquiátricas o discapacidades, teniendo como único requisito que se contrate a una cuidadora particular para aquellas personas que requieran de atención y asistencia permanente. 95% de los casos no cumplen este último requisito, debido a la falta de recursos de la familia del residente. La población total de la casa hogar está compuesta por tres personas en el área administrativa, tres enfermeras, diez cuidadoras, un cuidador, tres cocineras, un encargado de mantenimiento, un jardinero, un intendente y 39 residentes; cabe destacar que la administración y la jefatura de enfermería están a cargo de religiosas que forman parte de la congregación, quienes suman un total de ocho personas. Las cuidadoras de la institución rotan sus turnos; los turnos se dividen en matutino, vespertino y nocturno.

Las áreas con las que cuenta la institución son las siguientes: cocina, enfermería, lavandería y administración. La casa hogar reporta la carencia y necesidad de un área de psicología dentro de los servicios que ofrece a los residentes. La demanda de la institución para la realización del presente estudio es un foro de diálogo para el personal, así como un acompañamiento con los residentes.

### **Materiales**

El nivel de socialización de los residentes de la casa hogar se calculó utilizando una hoja de evaluación, que se encuentra en el anexo. La evaluación de la salud mental se realizó a través de un instrumento que contempla la revisión de las siguientes funciones mentales superiores, comparándolas contra el número de años de escolarización de la persona: orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, lenguaje y construcción, comprensión, lectura, escritura e integridad visual-motora. La prueba aplicada para dicha evaluación fue la escala Mini-Mental State o MMSE de Folstein Modificado (Folstein, 1975), que está aprobada por el Consenso Mexicano para el Síndrome de Deterioro Intelectual.

El Mini-Mental State Examination (MMSE) es una de las escalas cognitivo-conductuales que se utiliza para confirmar y cuantificar el estado mental de una persona. La aplicación puede tomar de 5 a 10 minutos dependiendo del entrenamiento que tenga la persona que lo aplique. Cada reactivo tiene una puntuación, que llega a un total de 30 puntos; un puntaje menor a 24 refiere un deterioro cognitivo

o demencia, aunque los años de escolaridad modifican los resultados, pues 18 puntos se considerará un puntaje equivalente a 24 cuando la persona tenga menos de 8 años de educación formal, y 22 igualará a 24 puntos cuando la persona haya cursado de 8 a 12 años en nivel educativo. Los 24 puntos serán definitivos para determinar el deterioro cuando la persona haya estudiado más de 12 años. El MMSE tiene baja sensibilidad para el diagnóstico de deterioro cognitivo leve, la demencia frontal-subcortical y el déficit focal cognitivo. Es necesario aplicar el test en un ambiente confortable, sin ruidos y sin interrupciones. Antes de comenzar la prueba es importante registrar el nombre (o identidad), edad y años de escolaridad de la persona evaluada. (Folstein, 1975). Los resultados de dicho test se encuentran, de igual manera, en la tabla del anexo.

### **Procedimiento**

La evaluación de la socialización de los residentes se hizo entre jueces, a través de una tabla de identificación que contiene un número del 1 al 10 que califica diversos aspectos de cada uno de los residentes de la casa hogar en cuanto a su nivel de socialización; variable descrita en el apartado previo (materiales). A partir de los números que cada juez asignó, se hizo un promedio, mismo que permitió conocer el nivel de socialización de cada residente. La identificación de cada persona se realizó por el número de habitación en la que reside, con el propósito de sistematizar los datos y mantener el anonimato de los participantes.

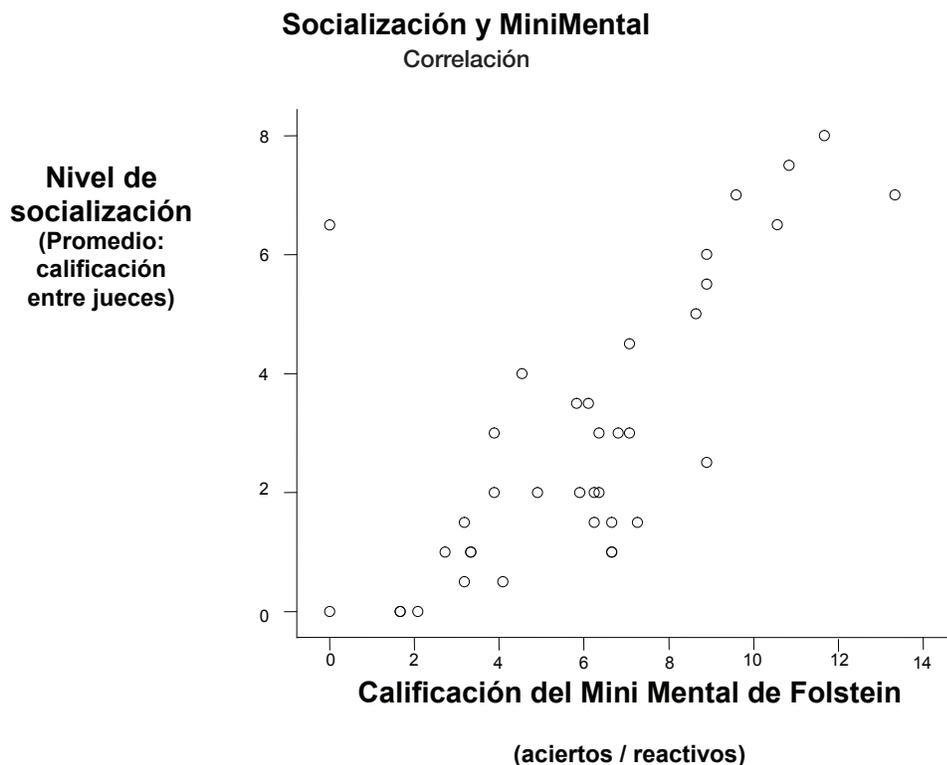
Los jueces contribuyentes, prestadores de servicio social, convivieron con los residentes durante el periodo de agosto del año 2007 a febrero del 2008; sistemáticamente, asistiendo los días lunes, y participando en un grupo de trabajo con las cuidadoras otros días de la semana, así como en diversas actividades con los ancianos participantes de esta investigación. La aplicación de la escala de Mini-Mental State de Folstein se realizó durante el mes de noviembre del 2007, de manera personalizada, en un espacio cómodo y sin ruido. Los participantes colaboraron por decisión propia y se les informó el propósito de la evaluación.

### **Análisis estadístico**

El análisis estadístico se realizó a través de una correlación de Spearman entre dos variables, ya que los datos cumplían con sus dos presupuestos: 1) las dos variables son continuas con un nivel intervalar de medición, y 2) las observaciones eran pareadas, es decir, ambas pertenecen al mismo sujeto.

## Resultados

Gráfica 1: Correlación entre el nivel de socialización y el nivel de salud mental.



La gráfica 1, obtenida a partir del paquete estadístico SPSS, muestra la alta correlación positiva entre la calificación del Mini-Mental State de Folstein y la socialización de los participantes. Se obtuvo una correlación de 0.7 con el análisis de correlación de Spearman, estadísticamente significativa ( $\alpha = 0.01$ ). A pesar de que existe una estrecha relación entre el nivel de socialización y la calificación en la prueba de salud mental, es importante resaltar que la predicción futura que se podría hacer a partir del análisis estadístico está limitada a los datos existentes.

## Conclusiones

La vejez es la última etapa de la vida, proceso biopsicosocial en el que disminuyen las funciones fisiológicas y cognitivas de la persona. Los adultos mayores, generalmente son reclusos en instituciones asilares, que se caracterizan por el aislamiento social. El aislamiento social es contrario a la socialización, que se refiere a las redes sociales que establece la persona; la socialización está considerada como el contacto con otros.

La vejez es un periodo en el que la persona busca superar la desesperanza y lograr la integración del yo. La salud mental se refiere precisamente a la integración que un adulto mayor es capaz de lograr. La salud mental es el bienestar emocional y psicológico, en el que el individuo responde a las demandas de la vida cotidiana a través de sus habilidades emocionales y cognitivas; de ahí la importancia de evaluar su capacidad cognitiva.

El nivel de socialización de una persona de la tercera edad en aislamiento está estrechamente relacionado con el deterioro de su salud mental. La atención geriátrica se refiere a los cuidados y precauciones que se debe brindar a las personas de la tercera edad, y así, tener un vínculo con la generación de espacios de socialización y estimulación de la salud mental de dicho grupo.

La estrecha vinculación entre socialización y salud mental no es únicamente unidireccional, sino que ambas variables tienen una importante influencia sobre la otra; una persona con deterioro cognitivo no podrá, a su llegada al sistema asilar, establecer relaciones interpersonales positivas, y así, al declinar su contacto con los otros, disminuirá su salud mental. La socialización debe ser promovida en la tercera edad institucionalizada a través de actividades concretas, relevantes para los ancianos y adaptadas a su nivel de salud mental.

La tercera edad es una etapa del desarrollo con potencial para la investigación; pues, debido al incremento en la expectativa de vida, es un sector creciente que requiere de ser explorado. Futuros estudios en ancianos de instituciones asilares podrán presentar nuevas propuestas que, idealmente, mejoren la calidad de vida de quienes se encuentran en una casa hogar.

*“La estrecha vinculación entre socialización y salud mental no es únicamente unidireccional, sino que ambas variables tienen una ... influencia sobre la otra; una persona con deterioro cognitivo no podrá, .... establecer relaciones interpersonales positivas, y así, al declinar su contacto con los otros, disminuirá su salud mental.”*

## Bibliografía

- Alemán Mateo, H. (2003), *Evaluación del estado de nutrición en el adulto mayor*. Revista Salud Pública y Nutrición (RESPYN), Edición especial, no. 5, XVIII Congreso Nacional de AMMFEN. Querétaro, México.
- APA. (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (5th ed.). Washington DC: APA.
- Castillo Valenzuela, O. (2007), *La nutrición del adulto mayor*. LaboratoriodeNutrición. [http://www.labnutricion.cl/adultomayor\\_uno.htm](http://www.labnutricion.cl/adultomayor_uno.htm)
- Comunicado de prensa 40/05. México, D. F., 27 de agosto de 2005. URL: <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2005/402005.pdf>
- Sociedad Española de Geriátría Y Gerontología (SEGG). Decálogo de las personas mayores. (Actualizado 2008). <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/segg-decalogo-01.rtf>
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. (1997). *Salud Mental en el Mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Obtenido en la base de datos de la Organización Panamericana de la Salud. Washington: Oxford University Press.
- Field, A. (2000). *Discovering Statistics Using SPSS for Windows*. London: Sage.
- FOLSTEIN, MF., FOLSTEIN, SE., MCHUGH, PR. *Minimal State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. J Psychiat Res 1975;12:189-98.
- González, M. J., *El deterioro cognitivo en la senectud*. [http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp?texto=art11004](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art11004)
- Hebe Lacolla, L. (11/noviembre/2006). *Representaciones sociales*. [http://www.wikilearning.com/caracteristicas\\_de\\_la\\_representacion\\_social-wkccp-19381-3.htm](http://www.wikilearning.com/caracteristicas_de_la_representacion_social-wkccp-19381-3.htm) y [http://www.wikilearning.com/conformacion\\_de\\_una\\_representacion\\_social-wkccp-19381-4.htm](http://www.wikilearning.com/conformacion_de_una_representacion_social-wkccp-19381-4.htm)
- Hernández, Adela; García, Tania; Trujillo, Kenia; Ramírez, Erik; "Cómo elegir un centro de atención para pacientes con demencia", (24 de Abril del 2005), Asociación Morelense de Alzheimer, A .C. y Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- Krassovitch, M. (2001), *Psicoterapia Geriátrica*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Lemkau, P. V. (1974), *Higiene Mental*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Lorenzet, A. Y Neresini, F. (2004), *Ciencia, riesgo y representación social*, Universidad de Padua, Italia. Institute for Prospective Technological Studies. <http://www.jrc.es/home/report/spanish/articles/vol82/SCI2S826.htm>
- Lorenzo Viego, C., "La sexualidad en la tercera edad", (2003). Centro Universitario José Martí, Sancti-Spíritus. [www.psicocentro.com](http://www.psicocentro.com). Cuba.
- "Mental Health", Merriam-Webster Dictionary, 2006.
- Organización Mundial de la Salud.
- Ortiz Quesada, F. (Ed.). (1982). *Vida y muerte del mexicano*, I. México, Folios.
- Papalia, D. E. Y Wendkos Olds, S. (1999), *Desarrollo humano*, México, McGraw-Hill.
- Pett, M. (1997), *Nonparametric Statistics for Health Care Research*, London, Sage.
- Rodríguez, M. (2005), *Gerontología: ciencia de la vejez*, Psicología Online, <http://www.psicologia-online.com/monografias/4/gerontologia.shtml>
- Sahyoun, N. Y Basiotis, P. (Mayo 2000), *Food insufficiency and the nutritional status of the elderly population*, U.S. Department of Agriculture: Center for Nutrition Policy and Promotion: Nutrition Insights. Washington D.C. <http://www.usda.gov/cnpp>
- Sandoval Shaik, O. A. *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicomotrices en el envejecimiento*, [http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp?texto=art35002](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art35002)
- Secretaría de Salud del Distrito Federal: Programa de Salud Mental. (2007). <http://www.salud.df.gob.mx/content/view/1344/>
- Soberón Acevedo, G. (1987), *La protección de la salud en México*. México, Porrúa.
- Vega Vega, J. L. y BUENO MARTÍNEZ, B. (2000), *Desarrollo Adulto y Envejecimiento*, Madrid, Síntesis.
- Villa Estévez, V. (2007), *El Adulto Mayor: manual de cuidados y autocuidado*, México, Trillas.

**Anexo.**

Hoja de evaluación del nivel de socialización de cada residente				Hoja de resultados de puntaje obtenido en el Mini-Mental State Examination de Folstein	
Número de habitación	Evaluación juez A	Evaluación juez B	Promedio	Puntaje bruto	Puntaje promedio
1	4	5	4.5	17/24	7.083
2	3	3	3	14/22	6.363
3	6	5	5.5	16/18	8.889
4	8	7	7.5	26/24	10.833
5	8	8	8	28/24	11.667
7	3	3	3	15/22	6.818
8	2	2	2	15/24	6.250
9	2	2	2	7/18	3.889
10	2	1	1.5	12/18	6.667
11	1	0	0.5	9/22	4.090
12	0	0	0	5/24	2.083
13	0	0	0	3/18	1.667
14	0	0	0	0/0	0
15	7	6	6.5	22/24	9.167
16	7	7	7	26/24	10.833
17	5	5	5	19/22	8.636
18	2	2	2	14/22	6.363
19	2	2	2	13/22	5.909
20	2	3	2.5	16/18	8.889
21	4	2	3	7/18	3.889
22	1	2	1.5	16/22	7.272
23	1	1	1	16/24	6.667
24	1	0	0.5	7/22	3.181
25	1	1	1	6/18	3.333
26	1	1	1	12/18	6.667
27	1	1	1	6/18	3.333
28	1	2	1.5	7/22	3.181
29	2	2	2	9/22	4.090
30	6	7	6.5	19/18	10.556
31	0	0	0	0/0	0
32	7	7	7	24/18	13.333
33	5	7	6	16/18	8.889
34	5	3	4	10/22	4.545
35	4	3	3.5	11/18	6.111
36	3	4	3.5	14/24	5.833
37	3	3	3	17/24	7.083
38	1	2	1.5	15/24	6.250
39	1	1	1	6/22	2.727

NOTA: Los residentes excluidos del ejercicio de evaluación son tres personas menores de 65 años, es decir, que no son adultos mayores, por lo que su participación no tiene relevancia en la presente investigación.

# Síntomas psicósomáticos y violencia doméstica en mujeres mexicanas

Ursula Estefanía Rincón González<sup>8</sup>  
6 de octubre de 2008

*“Al observar la co-ocurrencia de los síntomas “presuntamente orgánicos” y la violencia familiar, me surgió la inquietud de averiguar la correlación existente entre los síntomas psicósomáticos y la violencia familiar ejercida específicamente contra las mujeres”*

## Introducción.

La violencia hacia las mujeres por parte de su pareja ha existido históricamente en nuestro país y en el mundo; desafortunadamente sólo hasta hace pocos años, en nuestro país, se ha identificado y reconocido ante la ley como un problema social. Por lo tanto, existe todavía mucho campo de acción en las diferentes áreas que le competen. Un área poco explorada, es la sintomatología psicósomática que se genera en la mujer violentada por su pareja.

Durante mi estancia en el Centro SYGUE (Salud y Género Unidad Especializada), creado a partir de la Coordinación de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia del DIF de Morelos, México, con el fin de brindar atención jurídica, social y psicológica a casos de violencia familiar, pude percibir que a pesar de trabajar constantemente con violencia familiar y mujeres víctimas de ella, no contaban con una herramienta para identificar y explorar los síntomas psicósomáticos asociados a la violencia. Percibí que muchos casos presentaban a la par de los problemas generados por la violencia doméstica, problemas “presuntamente orgánicos” como dolores de cabeza, dolores musculares, problemas respiratorios, etcétera. Estos problemas eran aislados del problema principal: “la violencia doméstica” y de la atención proporcionada por el Centro SYGUE y eran tratados por un médico particular.

Al observar la co-ocurrencia de los síntomas “presuntamente orgánicos” y la violencia familiar, me surgió la inquietud de averiguar la correlación existente entre los síntomas psicósomáticos y la violencia familiar ejercida específicamente contra las mujeres. Por lo que el propósito de este escrito es identificar mediante el análisis de diversas investigaciones esta relación y proponer una herramienta de trabajo para los especialistas de la salud, con la que puedan diferenciar los síntomas

orgánicos de los síntomas psicósomáticos. Con dicha herramienta se podrá lograr la detección e intervención correcta y oportuna de la etiología de los síntomas; y eventualmente del tratamiento óptimo.

## Marco teórico.

### Definiciones operacionales.

La violencia familiar se define mediante los criterios de la Norma Oficial Mexicana-190-SSA1-1999:

**La violencia familiar** es el acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder -en función del sexo, la edad o la condición física-, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o el abandono.

La violencia familiar comprende:

**El abandono** es el acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.

**El maltrato físico** es el acto de agresión que causa daño físico.

**El maltrato psicológico** es la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe, alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.

**El maltrato sexual** es la acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir.

<sup>8</sup> Egresada de la segunda generación de la licenciatura en Psicología de la Universidad La Salle Cuernavaca.

En función del sujeto pasivo —sobre el que recae—, la violencia entre miembros de una pareja se define (Cruz, s.a.):

**La violencia entre miembros de una pareja** se refiere a los maltratos físicos y psicológicos que ocurren entre cónyuges, concubinos o personas que viven a manera de tales.

Según el DSM-IV-TR, Breviario: Criterios Diagnósticos (2002), los **Trastornos somatomorfos** se definen mediante el criterio siguiente:

Historia de múltiples síntomas físicos, que empiezan antes de los 30 años, persiste durante varios años y obligan a la búsqueda de atención médica o provocan un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:

Cuatro síntomas dolorosos: la historia del dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p.ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual o la micción).

Dos síntomas gastrointestinales: la historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p.ej. náuseas, distensión abdominal, vómitos (no durante el embarazo), diarrea o intolerancia a diferentes alimentos).

Un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyacuación, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo).

Un síntoma pseudoneurológico: la historia de al menos un síntoma de déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo).

Cualquiera de las dos características siguientes:

Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del criterio b puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos

directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos)

Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos del laboratorio.

Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

### Situación histórica.

El fenómeno de la violencia intrafamiliar no es un problema reciente. Las investigaciones históricas revelan que ha sido una característica de la vida familiar aceptada como normal desde tiempos remotos. Incluso algunas décadas atrás, expresiones tales como “niños maltratados”, “mujeres golpeadas”, etcétera no eran consideradas como sinónimo de problemas sociales graves. (Hernández y Rodríguez, 2000).

El tema de violencia familiar comenzó a considerarse como problema grave a comienzos de los años setenta, cuando Kempe (1979) describió “el síndrome del niño golpeado” para referirse a los malos tratos hacia los niños en el seno familiar. (Hernández y Rodríguez, 2000).

En el comienzo de los años setenta, la creciente influencia del movimiento feminista resultó decisiva para atraer la atención de las sociedades sobre las formas y las consecuencias de la violencia contra las mujeres. (Hernández y Rodríguez, 2000). Las organizaciones de mujeres de esa década crearon estrategias y refugios para las mujeres maltratadas, al igual que el gobierno y organismos internacionales. (Sánchez, 2007). Progresivamente, se comenzaron a considerar otros fenómenos de carácter violento como el abuso sexual hacia los niños y las diversas formas de maltrato hacia los ancianos. (Hernández y Rodríguez, 2000).

En México, el fenómeno comenzó a interesar a las instancias legislativas y de gobierno hace relativamente poco tiempo. A lo largo de la sexta y séptima décadas del siglo XX, los movimientos organizados de la ahora llamada sociedad civil, analizaron el alcance de la violencia familiar (considerada como un fenómeno exclusivo del sexo masculino), creando centros de acogida y ayuda para las mujeres maltratadas y sus hijos. (Cruz, s.a.).

A pesar de que oficialmente no se consideraba la violencia familiar como un delito, se planteó que su prevención disminuiría la conducta delictiva en general, debido a que se ha observado que muchos infractores provienen de hogares con violencia familiar. (Hernández y Rodríguez, 2000).

*“A pesar de que oficialmente no se consideraba la violencia familiar como un delito, se planteó que su prevención disminuiría la conducta delictiva en general, debido a que se ha observado que muchos infractores provienen de hogares con violencia familiar. (Hernández y Rodríguez, 2000).”*

*“De manera silenciosa, la violencia penetra en los hogares para después extenderse a las calles, escuelas, centros de trabajo y otros sitios sociales. Cada día se reciben por lo menos 25 denuncias en las Agencias del Ministerio Público por maltrato en el seno familiar, sin contar aquellos casos que terminaron en el asesinato de la víctima.”*

Así, el fenómeno comenzó a ser reconocido, en especial durante el llamado Año Internacional de la Mujer que culminó con la primera Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en México, en 1975. Cabe destacar que el 25 de noviembre de 2005, en el marco del Día Internacional de la Mujer, el tema volvió a surgir como un problema grave en nuestro país. A partir de ese momento se empezaron a realizar diversas reformas legislativas, sobre todo al artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y a diversos preceptos del Código Civil del Distrito Federal, con el fin de establecer, jurídica y legalmente, la plena igualdad del hombre y la mujer. Poco a poco, la sociedad ha despertado ante este fenómeno, dejándolo de ver con la naturalidad de otras épocas y, por ello, el 9 de julio de 1996 se expidió la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar (LAPVI) para el Distrito Federal. Algunas de sus nociones fueron incorporadas al Código Civil el 2 de julio de 1998, sin embargo, no fue sino hasta el 2000 que se agregó al título sexto del libro primero, un tercer capítulo especialmente destinado a la violencia familiar. (Cruz, s.a.).

#### **Situación en México:**

En las últimas décadas, las estadísticas han revelado que el lugar más inseguro es la propia casa, donde millones de personas padecen toda clase de sufrimiento, debido a la violencia entre parientes; por eso, muchos mueren a causa de ello. (Sánchez, 2007).

Según la Encuesta de Violencia Intrafamiliar 1999, realizada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en el Área Metropolitana de la Ciudad de México, se registró al menos algún tipo de violencia en uno de cada tres hogares. En todo México, datos del INEGI, avalados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) muestran que 30.4% de los hogares de nuestro país sufre alguna forma de violencia familiar; de éstos, en 72.2% la violencia es cíclica; además, en 1.1% de los hogares existe abuso sexual de un familiar contra alguno de sus miembros.

En la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 (ENDIREH), Estados Unidos Mexicanos, realizada por el INEGI, el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) y por el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para las Mujeres (UNIFEM), se registró que en México existen alrededor de 19.5 millones de mujeres de 15 años y más que conviven con su pareja en el hogar; y de éstas, poco más de 9 millones sufren de violencia por parte de su compañero o esposo, lo que significa que aproximadamente *“una de cada dos mujeres”* que conviven con su cónyuge ha sido objeto de maltrato por parte de él.

Para ser más específicos con estos datos, 38 de cada cien mujeres sufren violencia emocional; 29 de cada cien mujeres viven violencia económica; 9 de cada cien mujeres sufren violencia física; y 8 de cada cien mujeres viven violencia sexual. Las mujeres jóvenes, las que viven en unión libre, las que tienen hijos, las que trabajan y las que viven en zonas urbanas, declararon con más frecuencia que son objeto de maltrato por parte de su compañero o esposo:

Estas cifras son alarmantes ya que, como sabemos, las consecuencias de la violencia familiar son de alta gravedad para quien las sufre. Las consecuencias pueden llegar a cobrar hasta la vida de la persona. En un estudio realizado en 1999 por el Banco Interamericano del Desarrollo sobre la violencia doméstica en Latinoamérica, se encontró que la tercera causa de muerte de la mujer en México es la violencia que se ejerce en contra de ellas. (Lammoglia, 2002). El costo económico que representa la violencia doméstica es difícil de calcular; sin embargo, sabemos que gran parte del gasto en las salas de urgencia de las clínicas de salud se dedica a la atención a víctimas de violencia doméstica. Genera también grandes pérdidas en el rendimiento laboral porque aumenta el ausentismo. Esto sin contar el enorme costo que representa individualmente a cada familia. (Lammoglia, 2002).

De manera silenciosa, la violencia penetra en los hogares para después extenderse a las calles, escuelas, centros de trabajo y otros sitios sociales. Cada día se reciben por lo menos 25 denuncias en las Agencias del Ministerio Público por maltrato en el seno familiar, sin contar aquellos casos que terminaron en el asesinato de la víctima. No obstante, los datos y las estadísticas que se puedan obtener no reflejan la realidad. La mayoría de los casos no son denunciados y quedan enterrados en la intimidad de los hogares. (Lammoglia, 2002).

La violencia que nace en los hogares no se limita a las golpizas y los abusos físicos. Existe una violencia subterránea, la violencia sutil que, de igual manera, causa estragos y se refleja en nuestra sociedad. Casi nadie habla de este tipo de violencia subterránea, sin embargo, el desgaste psicológico de la víctima es devastador. Ataca la identidad de la otra persona privándola gradualmente de toda individualidad. El dolor psíquico, puede ser tan intenso como el físico, y aun peor. Este tipo de violencia puede ser muy sutil, pero siempre es constante y aniquiladora. Lentamente, el agresor va desestabilizando a su víctima, quien va perdiendo la confianza en sí misma, hasta que la domina, manteniéndola en un estado de sumisión y dependencia en el que conserva el poder y el control, pues mantiene a su víctima en un estado de estrés permanente que la bloquea y le impide reaccionar. Con frecuencia, el agresor hace añicos

la autoestima de su víctima en el hogar; la víctima cae en un estado de depresión permanente y pierde la alegría de vivir porque está siendo destruida por otro. El nivel de angustia que padece es muy alto y el estrés acumulado genera grandes repercusiones mentales. El organismo no puede soportar tanta tensión por mucho tiempo y su resistencia se agota, situación que produce desórdenes funcionales y orgánicos. Cuando finalmente se manifiesta una enfermedad terminal como el cáncer, nadie la relaciona con sus circunstancias, mucho menos con su verdugo. (Lammoglia, 2002).

Las consecuencias de tipo emocional pueden estar presentes en todas las mujeres violentadas, independientemente del tipo de violencia que vivan. La falta de apetito, los problemas nerviosos, angustia, tristeza, aflicción o depresión, son identificados en distintas proporciones por las mujeres que viven diferentes tipos de violencia. La repercusión más frecuente entre las mujeres violentadas es la tristeza o depresión. (Encuesta de Violencia Intrafamiliar, 1999).

Walter (1989) señala que la mujer maltratada padece de insomnio, disminuye o aumenta su apetito, duerme considerablemente, tiene fatiga constante, muchas mujeres padecen de dolores de cabeza, estómago, hipertensión y palpitaciones cardíacas.

En la actualidad, estas mujeres recurren con frecuencia a los cuidados médicos, a las prescripciones de medicamentos de todo tipo y a los psicofármacos cuando se sienten deprimidas, buscan más a menudo un tratamiento médico, donde a la par se les otorga el apoyo psicológico y, entonces, pueden darse cuenta de que el origen de su malestar es consecuencia de un deterioro emocional. (Sánchez, 2007).

En este escrito analizaremos un tipo de consecuencia de la repercusión emocional que se presenta en las víctimas de violencia familiar: los síntomas psicósomáticos. Los síntomas toman forma física, como dolor de espalda, dolores de cabeza, problemas digestivos, etcétera. El que los sufre puede que no se dé cuenta del motivo real de su problema haciendo difícil su cura. (Sánchez, 2007).

### **Teorías de los trastornos somatomorfos**

Nolen-Hoeksema (2007) describe los síntomas psicósomáticos como experiencias subjetivas de síntomas físicos con ninguna causa orgánica. Las pruebas médicas realizadas no indican enfermedad orgánica alguna, ya que el origen de dichos síntomas es psicológico. Las personas que padecen síntomas somatomorfos usualmente no los producen de manera consciente ni los controlan. Por el contrario, ellos realmente experimentan los

síntomas físicos y estos solamente ocurren con factores psicológicos. Las quejas de los síntomas, por lo general, son expresados en una forma vaga, dramática o exagerada y los individuos pueden insistir en un procedimiento médico, hasta cirugía, que no es necesaria.

Las personas con síntomas psicósomáticos pueden pasar por periodos de depresión y ansiedad que no pueden manejar con adaptabilidad.

Grados moderados de somatización son comunes en la mayoría de las personas. Sin embargo, la somatización es más común en mujeres que en hombres. La mujer tiene más periodos de depresión y ansiedad que el hombre, pero no siempre los expresa, sino a través de síntomas físicos.

También existen variaciones culturales en la prevalencia de la somatización. Estudios en China, Latinoamérica y Rwanda, así como en grupos asiáticos e hispano-latinos en Estados Unidos, han encontrado que las personas de estas culturas tienen más posibilidad de presentar estos síntomas que los europeos americanos. Las personas de estos países pueden presentar mayores síntomas somáticos, debido a que tienen más normas para expresar el estrés en quejas físicas que en admitir emociones negativas. También los eventos traumáticos contribuyen a la somatización. Los refugiados y recientes inmigrantes tienen mayor riesgo de presentar trastornos somatomorfos por el probable estrés y ansiedad que presentan.

Los síntomas psicósomáticos aparecen más comúnmente en personas ancianas y en niños pequeños que en los adultos. Las normas culturales con las que crecieron los adultos mayores, la mayoría de las veces, prohíben admitir la depresión y la ansiedad. Los niños pequeños expresan también el estrés con quejas somáticas. Ellos pueden no tener el lenguaje para expresar emociones difíciles.

Los cambios en los síntomas somáticos reflejan su estado emocional: cuando están ansiosos y con depresión, ellos reportan más quejas físicas que cuando no lo están.

Estudios en historias familiares de somatización encontraron que la enfermedad corre en familias, mayormente en los familiares femeninos. La ansiedad y la depresión son también comunes en los familiares femeninos de las personas con trastornos somatomorfos. No es clara la transmisión de somatización a través de los genes. Se ha observado más bien como resultado de reforzamientos de conductas patológicas que los individuos han aprendido a lo largo de su vida.

Una teoría cognitiva de somatización sugiere

*“Estudios en historias familiares de somatización encontraron que la enfermedad corre en familias, mayormente en los familiares femeninos. La ansiedad y la depresión son también comunes en los familiares femeninos de las personas con trastornos somatomorfos”*

que las personas con este trastorno tienden a experimentar sensaciones corporales más intensas que otras personas; presentan más atención a síntomas físicos y los perciben catastróficos. La interpretación personal de los síntomas puede tener una influencia directa en procesos fisiológicos, incrementando los latidos del corazón o presión sanguínea, manteniendo y exacerbando el dolor. Estas cogniciones influenciarán la manera en que presenta los síntomas al doctor y a la familia. La persona malinterpretará y hará catastróficos los síntomas reforzándolos al doctor y a la familia e incrementará la mala interpretación de síntomas futuros de manera similar.

Asimismo, los trastornos somatomorfos pueden aparecer en historias de abuso físico y sexual infantil o de otra adversidad severa en la infancia. (Nolen-Hoeksema, 2007).

La somatización puede ser aguda o crónica, la primera se refiere a aparición de síntomas físicos relacionados con el estrés transitorio, presentándose incluso en personas sanas; generalmente refieren diarrea leve, sensación “de mariposas” en el estómago, entre otros síntomas. Por otro lado, la somatización crónica está relacionada más con individuos que presentan mala adaptación a su entorno por periodos frecuentes y continuos, lo que los incapacita de una forma funcional, porque ellos mismos se consideran con una enfermedad crónica que repercute en sus relaciones interpersonales y que incluso deriva en la pérdida de empleo. (Pozas, 2004).

Puesto que los síntomas somatomorfos se presentan bajo periodos de estrés, ansiedad y depresión, es común que formen parte de las repercusiones de la violencia familiar. Sin embargo, también es común que estos síntomas se confundan con síntomas orgánicos y no se atiendan el problema real, generando severas consecuencias en los pacientes.

En México, en la Facultad de Medicina de la UNAM, se realizó un estudio descriptivo transversal con el fin de determinar la frecuencia de padecimientos psicósomáticos en mujeres que sufrían violencia doméstica por parte de su pareja. Los resultados señalaron que 89% de la muestra de mujeres presentó somatización mientras que 11% no. El 69% presentó somatización en el tronco y extremidades y 31% en la región de la cabeza. (Pozas, 2004).

Cott (1986a, 1986b) alerta sobre el peligro de “medicalizar” quejas inespecíficas de pacientes que no tienen una base orgánica, pues esta medicalización llevaría a síntomas como enfermedad y a su tratamiento médico (de forma costosa e incluso nociva), con la particularidad de

que los síntomas seguirán apareciendo. (Ballesteros, 1997). Los pacientes con somatización están en alto riesgo de sufrir daño iatrogénico con costos médicos innecesarios, porque se ordenan estudios y procedimientos múltiples en un intento por descubrir una enfermedad orgánica oculta. (Pozas, 2004). Según Gabú, en 1747, escribió: *La razón por la cual un cuerpo sano enferma o un cuerpo enfermo se recupera muy a menudo reside en la mente.* (Ballesteros, 1997).

Los estudios de prevalencia de somatización han demostrado su frecuencia en la clínica. Los síntomas físicos como cefalea y fatiga representan casi 50% de las consultas de atención primaria. Kroneke y Mangelsdorff (1989), en Estados Unidos, vigilaron a un grupo de pacientes de clínicas de atención primaria por tres años, y calcularon las tasas de incidencia de los 14 síntomas más frecuentes: dolor retroesternal, fatiga, cefalea, migrañas, edema, dolor dorsal, disnea, insomnio, dolor abdominal, entumecimiento, impotencia, pérdida de peso, tos y estreñimiento. De estos, sólo en 16% se encontraron causas orgánicas. El costo monetario para llegar al diagnóstico orgánico fue alto para el síntoma de cefalea y para el dolor dorsal. (Walker, 1997).

Las investigaciones recientes que usan meta-análisis sugieren que un estilo afectivo negativo general marcado con depresión, ansiedad y hostilidad puede asociarse con generar muchas enfermedades, incluyendo problemas en el corazón, asma, dolores de cabeza, artritis, etcétera. Un estado emocional negativo puede producir cambios fisiológicos patogénicos. (Taylor, 1990). Esto quiere decir que la mente y el cuerpo trabajan en forma conjunta, ya que el ser humano es un ser completo, total, monista. Cada parte de su ser tiene que ver con todo lo demás, por lo tanto, cualquier cosa que hagamos afecta a todo lo demás. (Cruz, 2001).

Los estados emocionales generan diversas modificaciones de la actividad vital del organismo y éstas se pueden manifestar claramente en la alteración del pulso, en el palidecimiento, rubor, salivación, entre otras, lo que ha permitido plantear el estudio de esas modificaciones en relación con los estados emocionales. Las emociones pueden utilizar el cuerpo para manifestarse. Por lo tanto, la somatización se debe a que, aun cuando alguien pueda reprimir sus emociones, el cuerpo registrará siempre lo que siente la persona, y éste no guardará silencio; buscará la manera de hacerse escuchar y de poner al descubierto aquello que se pretende acallar o disimular. Para salir del malestar, primero se ha de descubrir de dónde procede. El proceso curativo comienza cuando se identifica el sentimiento que produce el malestar. Según comenta Lara (1992), 80% de las enfermedades físicas son de índole psicósomática,

es decir, afecciones físicas provocadas por factores psicológicos. Algunas investigaciones que destacan la influencia de las emociones en la somatización son las que menciona Valdés y Flores (1985); en éstas se encontró que la exposición continua a estímulos adversos incrementó la susceptibilidad a las infecciones por virus, junto con disminución del título de anticuerpos. De este modo, el trastorno psíquico se convierte en funcional y luego en lesional (Passebec, 1987; en Cruz, 2001).

El desconocimiento sobre la magnitud de los problemas de salud relacionados con la violencia doméstica y sus consecuencias sigue siendo enorme. A fin de analizar el fenómeno de la violencia, debe considerarse como un problema de salud que se traduce en muertes, enfermedades y disminución de calidad de vida. (Pozas, 2004). Debido a que el ser humano es una entidad psicológica, somática y social, no podemos aislar ninguno de sus elementos. Considero precisa y extremadamente importante la detección y diferenciación oportuna de los síntomas psicósomáticos de los síntomas orgánicos en pacientes que sufren violencia familiar, ya que sólo mediante un diagnóstico oportuno y fidedigno se podrán encontrar las causas correctas y buscar una cura real al problema. Mediante la adecuada detección de los síntomas psicósomáticos se podrá desenmascarar la violencia familiar, que en muchas ocasiones se mantiene oculta.

Por todo lo anterior y basándome en la experiencia adquirida durante mi labor en el Centro SYGUE Salud y Género Unidad Especializada del DIF Morelos, surge la inquietud por responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el grado de correlación que existe entre los síntomas psicósomáticos y la violencia familiar que presentan las mujeres mexicanas?

Mi hipótesis es que la mayoría de mujeres que sufre violencia familiar presenta una alta cantidad de síntomas psicósomáticos. Siendo la variable independiente la violencia familiar ejercida en contra de la mujer; y la variable dependiente, los síntomas psicósomáticos que ésta desarrolla. Contar con una herramienta que evidencie la relación entre estas dos variables contribuirá a mejorar la atención a este sector de la población.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> En este escrito se adjunta la propuesta de una guía de entrevista para la detección de síntomas psicósomáticos en mujeres que sufren violencia familiar por parte de su pareja.

## Conclusiones

A partir de las investigaciones revisadas, podemos concluir que uno de los síntomas más comunes que presentan las mujeres mexicanas que son víctimas de violencia por parte de sus parejas son los síntomas psicósomáticos. Se pudo observar que existe una correlación positiva unidireccional entre la violencia doméstica hacia las mujeres y los síntomas psicósomáticos. Cabe resaltar que no en todos los casos de violencia doméstica hacia la mujer se presentan síntomas psicósomáticos, sin embargo, sí en su mayoría. Ya que la relación entre la violencia familiar y los síntomas psicósomáticos es unidireccional, los resultados no nos permiten inferir que cuando un paciente presente síntomas psicósomáticos probablemente presente violencia doméstica.

Miles de víctimas de violencia gastan grandes sumas de dinero y de tiempo en consultas médicas al querer resolver sus síntomas psicósomáticos, sin embargo, éstos no llegan a resolverse de manera satisfactoria, pues son abordados como si fueran síntomas orgánicos más no psicológicos. Se niega el verdadero problema entre los médicos, psicólogos y pacientes, ocasionando que éste difícilmente se resuelva.

Los síntomas psicósomáticos logran enmascarar, en múltiples ocasiones, la violencia familiar, un problema social que permanece presente en nuestra época y que puede generar consecuencias de alta gravedad para quien lo sufre.

México, comparado con otros países, carece de información sobre la problemática de la violencia contra la mujer y esto genera que sea difícil de erradicar. Existe muy poca investigación sobre los problemas de salud relacionados con la violencia doméstica y sus consecuencias. Por esta razón, muchos síntomas psicósomáticos se abordan como síntomas orgánicos.

Por lo tanto, se propone una guía de entrevista adjunta que podrá utilizarse en las primeras entrevistas con el paciente para la detección de síntomas psicósomáticos. Esta guía puede ser aplicada por cualquier especialista de la salud, para poderle brindar un panorama más amplio de los síntomas que presenta su paciente y, así, lograr una intervención oportuna y precisa. Al identificar correctamente estos síntomas, se podrá comenzar a indagar sus causas y, por lo tanto, abordarlas con el fin de erradicarlas totalmente.

*“Los síntomas psicósomáticos logran enmascarar, en múltiples ocasiones, la violencia familiar, un problema social que permanece presente en nuestra época y que puede generar consecuencias de alta gravedad para quien lo sufre.”*

## Anexo 1.

Guía de entrevista para la detección de síntomas psicósomáticos en mujeres que sufren violencia familiar por parte de su pareja:

Con base en el análisis de las investigaciones detalladas en el marco teórico de los síntomas psicósomáticos más comunes que presentan las mujeres que sufren violencia doméstica, y con base en la escala ENUGU (Pozas, 2004) que mide síntomas psicósomáticos, los criterios mencionados en el DSM-IV-TR (Nolen-Hoeksema, 2007) y el cuestionario en el ámbito de percepción somática (Agis, 2006) realicé la siguiente guía de entrevista. Mediante ésta, se busca lograr diferenciar los síntomas orgánicos de los síntomas psicósomáticos.

A continuación se presentan las preguntas clave que pueden guiar nuestra entrevista:

- ¿Ha tenido dolores de cabeza constantes y severos?
- ¿Ha sentido que su cabeza va a estallar?
- ¿Ha sentido que su cabeza se alarga y se acorta?
- ¿Ha tenido la presión alta últimamente?
- ¿Siente que el corazón le late más rápido?
- ¿Le sudan con frecuencia sus manos y su frente?
- ¿Suda intensamente sin haber hecho ejercicio físico?
- ¿Le tiemblan las manos o los pies?
- ¿Se le calienta la cara o se sonroja?
- 10. ¿Siente las manos frías?
- 11. ¿Se come las uñas?
- 12. ¿Se rasca frecuentemente una parte del cuerpo?
- 13. ¿Rechina o aprieta los dientes?
- 14. ¿Tiene mucho sueño durante el día?
- 15. ¿No ha podido dormir correctamente en estos días?
- 16. ¿Ha tenido pesadillas?
- 17. ¿Se ha sentido muy cansada últimamente?
- 18. ¿Siente que no tiene fuerza en los músculos?
- 19. ¿Presenta algún tipo de dolor en los músculos?
- 20. ¿Siente tensión en los músculos?
- 21. ¿Ha sentido tensión en el cuello, la cara y/o la espalda?
- 22. ¿Le han dolido los hombros y la espalda?
- 23. ¿Le ha dolido el tórax?
- 24. ¿Le han dolido los huesos últimamente?
- 25. ¿Se le entumecen las piernas o los brazos?
- 26. ¿Se le ha paralizado algún músculo?
- 27. ¿Ha sentido calambres?
- 28. ¿Tiene tics?
- 29. ¿Ha sentido escalofríos últimamente?
- 30. ¿Siente que se va a desmayar fácilmente?
- 31. ¿Se ha desmayado últimamente?
- 32. ¿Ha tenido náuseas?
- 33. ¿Ha vomitado últimamente?
- 34. ¿Le ha dolido fuertemente el estómago?

- 35. ¿Ha cambiado su manera de comer últimamente?
- 36. ¿Ha tenido indigestión últimamente?
- 37. ¿Ha tenido estreñimiento o problemas estomacales para ir al baño?
- 38. ¿Le ha dolido el ano al ir al baño?
- 39. ¿Ha tenido diarrea últimamente?
- 40. ¿Tiene ruidos en el estómago constantemente?
- 41. ¿Siente que su estómago se contrae o se hunde?
- 42. ¿Siente un nudo en la garganta?
- 43. ¿Siente dificultad para pasar el alimento por la garganta?
- 44. ¿Siente seca la garganta y la boca?
- 45. ¿Tiene dificultades para respirar?
- 46. ¿Siente que respira más rápido?
- 47. ¿Ha tenido tos con frecuencia?
- 48. ¿Ha sentido pérdida del deseo sexual?
- 49. ¿Sus malestares empeoran después o en el momento de tener relaciones sexuales?
- 50. ¿Ha tenido menstruaciones irregulares?
- 51. ¿Ha tenido calambres u otros problemas durante la menstruación?
- 52. ¿Siente que una parte de su cuerpo no funciona?
- 53. ¿El malestar que le aqueja no es fijo sino que se presenta en diferentes partes del cuerpo?
- 54. ¿Siente que varias partes de su cuerpo se estremecen?
- 55. ¿Siente que su cuerpo entero está muerto?
- 56. ¿Es difícil para usted explicarle al doctor la molestia de su cuerpo?
- 57. ¿Siente que su problema es tan grande que no puede ser descubierto fácilmente por pruebas médicas?
- 58. ¿Cree que su malestar está fuera del alcance de los médicos?
- 69. ¿Siente que su cuerpo no está bien y piensa que nadie le cree?

Si la mayoría de las respuestas son afirmativas es probable que el paciente esté presenciando síntomas psicósomáticos y no orgánicos, mediante esta guía se podrá brindar un panorama más amplio del síntoma y se podrán brindar indicios sobre el origen de los mismos. Sin embargo, no se puede decir cuál es el mínimo de respuestas positivas que se deben de tener para considerar la presencia de síntomas psicósomáticos en el paciente, ya que la guía no se ha aplicado en ninguna población. Sería importante que en futuras investigaciones se pudiera validar.

Es conveniente mencionar que el trabajo con el paciente debe de partir de un equipo multidisciplinario, en donde el médico y los diferentes especialistas de la salud trabajen conjuntamente para obtener un diagnóstico preciso y lograr una intervención oportuna.

## Bibliografía

- Agis Muñoz, O. (2006), *Asociación entre el estrés laboral y los trastornos psicósomáticos en los choferes repartidores/cobradoros en una terminal de almacenamiento y distribución de hidrocarburos refinados*, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado, México, D.F., anexo C.
- Ballesteros, R. (1997), *Introducción de la psicología de la salud; Evolución del concepto*, p. 69.
- Ballesteros, R. (1997), *Introducción de la psicología de la salud; Delimitación conceptual de la psicología de la salud y su relación con otras áreas de estudio*, pp. 154-155.
- Cruz Jaimes, R. N. (2001), *Estados emocionales como factores psicológicos que influyen en somatización*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., pp. 81-91
- Cruz Santos, M. (s.a.), *Concepto de violencia familiar*. Obtenido el 9 de marzo de 2008 de la base de datos del Portal Ciudadano del Gobierno Federal de México, <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/Articulos/sociodemograficas/violenciafam.pdf>
- DSM-IV-TR, Breviario: Criterios Diagnósticos. (2002), *Trastornos somatomorfos*, 1ª. edición, México, D.F., Ed. Masson, pp. 217-218.
- Hernández Fernández, R.L., Rodríguez Sánchez B.R. (2000), *Estudio comparativo entre niños testigos y víctimas de violencia familiar*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 2-3, 64.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), *Mujeres violentadas por su pareja en México*, México, 2003.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), *Encuesta de Violencia Intrafamiliar*, México, 1999.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), *Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares 2003*, México, ENDIREH, 2003.
- Lammoglia, E. (2002), *La violencia está en casa; Agresión doméstica*, México, Ed. Grijalbo, pp. 27-35, 185-186.
- Nolen-Hoeksema, S. (2007), *Abnormal psychology*, 4ª. edición, McGraw Hill, Estados Unidos de América, Nueva York, pp. 267-298.
- Norma Oficial Mexicana-190-SSA1-1999, *Presentación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar*. (1999), Obtenido el 24 de febrero de 2008 de la Norma Oficial Mexicana: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/190ssa19.html>
- Pozos Loza, J. (2004), *Padecimientos psicósomáticos y violencia doméstica en mujeres con pareja atendidas en la consulta de la UMF n°94*, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, México, D.F., pp. 6-52.
- Sánchez Salazar, J. (2007), *El impacto de la violencia familiar en la salud de la mujer*, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México, D.F., pp. 3-5.
- Taylor, S.E. (2004), *Health psychology: The science and the field*, American Psychological Association, pp. 17.
- Walker, E. (1997), *Síntomas físicos sin explicación médica*, Clínica Ginecológica de Norteamérica, pp. 553-562.

# Identificación de los factores que inciden en la satisfacción laboral del personal administrativo del Cetis 44

Lic. Laura Reyes Torres<sup>9</sup>

*“Muchos estudios han demostrado que es muy probable que si el personal está satisfecho hará bien su trabajo; habrá menos ausentismo, rotación, conflictos, etcétera. Por esta razón, resulta importante conocer cuáles son los niveles de satisfacción dentro de una institución.”*

El presente trabajo se elaboró gracias a los datos obtenidos en las instalaciones del Cetis 44.

Al hablar de los empleados de una institución es imprescindible hablar de satisfacción laboral. Muchos estudios han demostrado que es muy probable que si el personal está satisfecho hará bien su trabajo; habrá menos ausentismo, rotación, conflictos, etcétera. Por esta razón, resulta importante conocer cuáles son los niveles de satisfacción dentro de una institución.

Para cumplir con el objetivo del proyecto, se trabajó con el personal administrativo y se le aplicó un cuestionario con el permiso del director. Dicho cuestionario tiene como finalidad identificar los niveles de satisfacción laboral en el personal administrativo del CETIS 44.

### Conceptos importantes

- Clima organizacional. Refleja la interacción entre características personales y organizacionales.

- Motivación. Voluntad para hacer un esfuerzo por alcanzar las metas de la organización, condicionado por la capacidad del esfuerzo para satisfacer alguna necesidad personal.

- Satisfacción laboral. Actitud del trabajador frente a su propio trabajo; resulta de las percepciones de su puesto y se basa en factores del ambiente laboral (clima organizacional). La satisfacción laboral se origina en función de las necesidades del hombre, de lo que espera de una situación y de lo que obtiene de ella.

Diferentes estudios han hallado correlaciones positivas y significativas entre satisfacción laboral y lo siguiente:

- Buen estado de ánimo general y actitudes positivas en la vida laboral y privada.
- Salud física y psíquica.
- Conductas laborales.

		Factores Motivadores		Factores Higiénicos	
		Factores que cuando van bien producen satisfacción	Factores que cuando van mal producen insatisfacción	Factores que cuando van bien no producen satisfacción	Factores que cuando van mal producen insatisfacción
Satisfactores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización exitosa del trabajo</li> <li>• Reconocimiento del éxito obtenido por parte de los directivos y compañeros</li> <li>• Promociones en la empresa, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de responsabilidad</li> <li>• Trabajo rutinario, etc.</li> </ul>	Insatisfactores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estatus elevado</li> <li>• Incremento de salario</li> <li>• Seguridad en el trabajo, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malas relaciones interpersonales</li> <li>• Bajo salario</li> <li>• Malas condiciones de trabajo, etc.</li> </ul>

<sup>9</sup> Egresada de la segunda generación de la licenciatura en Psicología de la Universidad La Salle Cuernavaca

### Pregunta de Investigación:

¿Cuáles son los factores que inciden en la satisfacción laboral del personal administrativo del Cetis 44?

**Variable dependiente:** Satisfacción laboral

**Variable independiente:** Factores que inciden en la satisfacción laboral

### Objetivos:

- Identificar los factores de satisfacción laboral del personal administrativo del Cetis 44.
- Aportar al Cetis 44 retroalimentación acerca del grado de satisfacción de sus empleados.
- Proponer técnicas para trabajar con los factores en los que el personal administrativo esté más débil y reforzar aquellos que se encuentren en un buen nivel.

### Participantes

El personal administrativo del Cetis 44 está compuesto por 35 personas, 13 hombres y 22 mujeres.

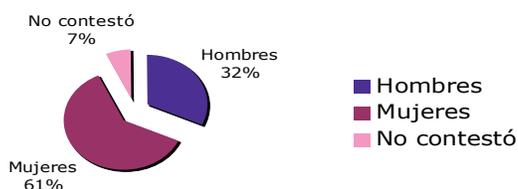
### Procedimiento

#### Aplicación del cuestionario:

Para la aplicación del instrumento fue muy importante contar con el apoyo del director, quien solicitó a su personal, por medio de un oficio, que participaran contestando la encuesta. De esta manera fue posible la aplicación a todo el personal administrativo, dejando explícito que sus respuestas serían anónimas.

A cada participante se le entregó un cuestionario y una pluma negra. Una vez que terminaron de contestarlo, éste se metió en un sobre manila para asegurar el anonimato de sus respuestas. Después se les entregó una hoja donde anotaron sus datos demográficos, con el fin de llevar un mejor control de los participantes. Finalmente se analizaron los resultados en Excel y SPSS.

**GRAFICA 1 Sexo**

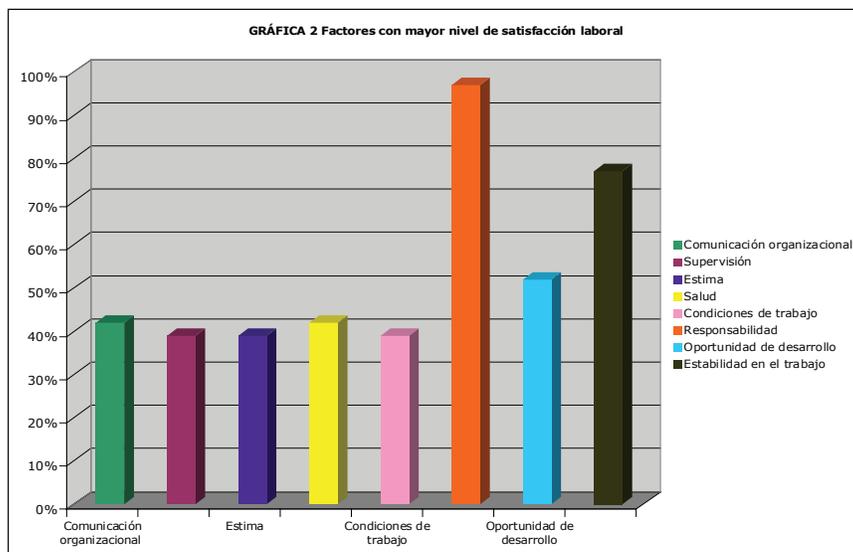


### Resultados

La gráfica 1 ilustra la proporción de mujeres y hombres que contestaron la encuesta de satisfacción laboral, así como aquellos que no la contestaron.

La cantidad de mujeres (61%) que contestó la encuesta fue mayor a la cantidad de hombres (32%); esto resulta congruente con la proporción de mujeres y hombres del personal administrativo del Cetis 44.

**GRÁFICA 2 Factores con mayor nivel de satisfacción laboral**



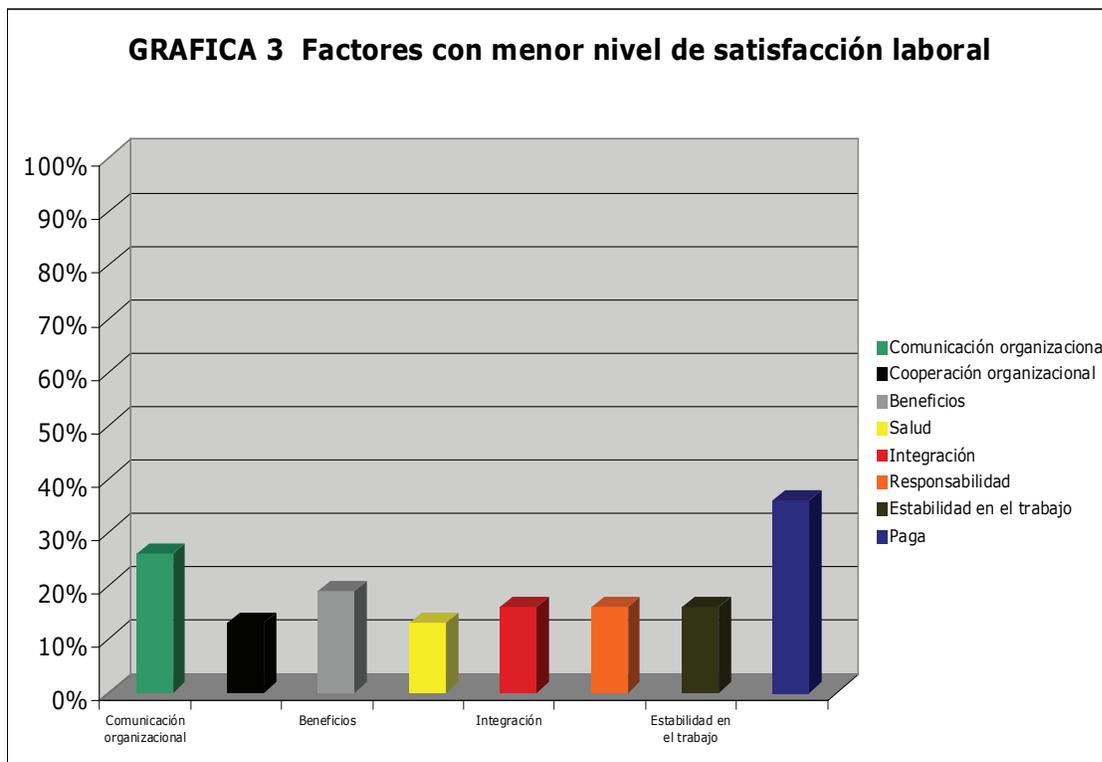
La gráfica 2 muestra los ocho factores que causan mayor satisfacción laboral al personal administrativo del Cetis 44. En total, la encuesta está conformada por 12 factores, lo que quiere decir que sólo cuatro factores fueron los que no obtuvieron un buen nivel de satisfacción laboral (cooperación organizacional, beneficios, integración y paga).

De las 36 preguntas se seleccionaron aquellas con un puntaje mayor en el rubro: totalmente de acuerdo; después se sumaron los porcentajes de aquellas que pertenecían al mismo rubro y se representaron en la gráfica.

La responsabilidad fue el factor con un puntaje mayor al de los demás, seguido por el factor de estabilidad en el trabajo. En tercer lugar está el factor de oportunidad de desarrollo; los otros cinco, comunicación organizacional, supervisión, estima, salud y condiciones de trabajo, no pasan de 50% y se mantienen más o menos en el mismo nivel de satisfacción laboral.

La gráfica 3 muestra los ocho factores que causan menor satisfacción laboral al personal administrativo del Cetis 44.

*“La paga fue el factor con un puntaje mayor al de los demás, seguido por el factor de comunicación organizacional. En tercer lugar está el factor de beneficios; los factores de cooperación organizacional, salud, integración, responsabilidad y estabilidad en el trabajo no tienen un porcentaje tan alto como los tres primeros, sin embargo, presentan un grado elevado de menor satisfacción laboral.”*



De las 36 preguntas se seleccionaron aquellas con un puntaje mayor en el rubro: totalmente en desacuerdo; después se sumaron los porcentajes de aquellas que pertenecían al mismo rubro y se representaron en la gráfica.

La paga fue el factor con un puntaje mayor al de los demás, seguido por el factor de comunicación organizacional. En tercer lugar está el factor de beneficios; los factores de cooperación organizacional, salud, integración, responsabilidad y estabilidad en el trabajo no tienen un porcentaje tan alto como los tres primeros, sin embargo, presentan un grado elevado de menor satisfacción laboral.

Los porcentajes de esta gráfica son menores, ya que la mayoría no llega a 50%, mientras que en la gráfica 2 el factor con el nivel más alto llega casi a 100%, lo que nos habla de que el personal administrativo está más satisfecho que insatisfecho.

**Conclusiones**

Los datos obtenidos por las encuestas demuestran que el personal administrativo del Cetis 44 cuenta con un buen nivel de satisfacción laboral.

**Factores con mayor nivel de satisfacción laboral:**

- Responsabilidad
- Estabilidad en el Trabajo
- Oportunidad de Desarrollo

**Factores con menor nivel de satisfacción laboral:**

- Paga
- Comunicación Organizacional
- Beneficios
- Limitaciones
- Poca disposición por parte de algunas personas para contestar la encuesta.
- El horario en el que se aplicaba la encuesta no era la mayoría de las veces el más adecuado. (Lamentablemente éste no podía cambiarse debido a la necesidad de combinar el tiempo con la asistencia a la universidad).
- La mayor parte del tiempo los encuestados tenían mucho trabajo y poco tiempo para contestar la encuesta.

**Recomendaciones**

- Reforzar constantemente la motivación del personal administrativo
- Trabajar más para reforzar las relaciones interpersonales entre el personal administrativo
- Investigar acerca de los beneficios y los obstáculos que puede tener el contar con más mujeres que hombres trabajando en el área administrativa.
- Hacer un estudio sobre insatisfacción laboral.

NOTA: Si se desea revisar la bibliografía se puede solicitar el trabajo completo en la Universidad la Salle Cuernavaca.



## **BASES PARA PARTICIPAR EN LA REVISTA CONSCIENCIA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD LA SALLE CUERNAVACA.**

**Generales.** Para las participaciones en la Revista *ConSciencia* de la Escuela de Psicología de la ULSAC se deberán observar los siguientes puntos:

Podrán participar con ensayos, artículos o documentos de otra índole (fotos, dibujos) todos aquellos psicólogos o estudiantes de psicología y aquellos que estén interesados en la ciencia psicológica y ciencias afines.

La revista comprende las siguientes secciones: 1. Editorial 2. Ensayos críticos 3. Artículos 4. Reseñas 5. Sección de estudiantes de psicología 6. Correo del lector.

Limitar las participaciones de artículos y ensayos a máximo diez cuartillas, a un espacio, con letra 12, tipo *Times New Roman*, incluyendo bibliografía. Los cuadros o figuras deberán de ir numerados, dentro del texto, con cifras arábigas. Los títulos de los cuadros y los pies de figuras deben ser claros, breves y llevar el número correspondiente.

Las reseñas no serán mayores de una cuartilla, a un espacio (sencillo), con letra 12, tipo *Times New Roman*, incluyendo bibliografía.

Los materiales propuestos para su publicación deberán estar escritos en español, en forma clara y concisa. Se entregará una versión impresa en papel tamaño carta y en disquete en programa Word.

Los ensayos son reflexiones críticas sobre determinados temas, y en este caso se recomienda que contengan tres secciones: 1. Introducción (objetivo o propósito del ensayo, o en su caso, hipótesis de trabajo etc.) 2. Cuerpo del ensayo, en el cual el autor desarrollará el argumento de su trabajo y 3. Conclusión.

Los artículos básicamente son resultados o aportes de investigaciones. Deben contener las siguientes partes: introducción donde se mencionen los antecedentes y objetivos, metodología, resultados, discusión teórica y referencias bibliográficas. Los artículos deberán, en todo caso, ir acompañados de un resumen que muestre claramente los contenidos.

Para las referencias bibliográficas de ensayos o artículos, el autor debe apegarse al siguiente formato que, en general, sigue los lineamientos comúnmente aceptados por la American Psychological Association (APA): las citas en los textos se anotan con el apellido de autor y año de publicación entre paréntesis y de ser necesario el número(s) de página(s). Al final del texto se anota

la referencia bibliografía completa y se anotarán de acuerdo con el apellido(s) y nombre del primer autor, año de publicación entre paréntesis, el nombre del libro o referencia en cursivas, lugar de impresión y editorial. Si la cita es textual se pondrá entre comillas y entre paréntesis se apuntará el nombre del autor y el año de la publicación con lo(s) número(s) de la(s) página(s). Al final del texto se anota la bibliografía completa. Si la cita es textual es de más de 5 renglones, se sugiere que se escriba con letra 10, con renglones de 3 cm a 3 cm y se procederá de la manera señalada anteriormente.

**Por ejemplo, en un libro de Otto Klineberg encontramos el siguiente renglón “Por una parte, Hartley y Hartley (1952) hablan de actividades físicas...” y al final del libro apunta en una sección dedicada a la bibliografía: E.L. Hartley y R.E. Hartley, 1952 *Fundamentals of Social Psychology*.**

Cuando se cita por segunda ocasión a un autor, se debe anotar de nuevo su apellido y año de publicación o se puede hacer la referencia con las locuciones latinas utilizadas comúnmente para el caso, ambas opciones entre paréntesis. Si la cita es de Internet se anota el nombre del autor o de la institución, nombre o título del artículo o ensayo, la dirección completa de la Web y la fecha de extracción de la información.

Si la información proviene de una entrevista o de otra fuente se anota el nombre del entrevistado o, en su caso, solamente como informante y la fecha, y/o como documento mecanografiado y en el estado en el que se encuentra (en proceso de publicación, etc.). Si es una fuente documental se anotan los datos disponibles, por ejemplo autor, nombre de la revista o periódico, fecha.

Por cuestión de costos, las gráficas que lleguen a incluirse en los textos deben ser en blanco y negro. Las fotografías pueden ser en color; pero, por las razones mencionadas, en la revista serán incluidas en blanco y negro.

Los trabajos serán revisados y en su caso aprobados por el Consejo Editorial en Colaboración con el Consejo Científico.

Cualquier controversia acerca de los contenidos de la revista no prevista en las bases serán resueltos por el Consejo Editorial

Para recibir los trabajos o para más información comunicarse con Pablo Martínez Lacy, al correo electrónico: [pmartine@ulsac.edu.mx](mailto:pmartine@ulsac.edu.mx), o [pml626@hotmail.com](mailto:pml626@hotmail.com) o al teléfono 311-55-25 ext. 248, Escuela de Psicología ULSAC.