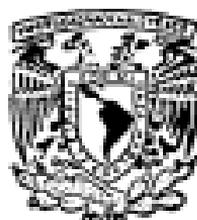


25
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

NIVEL DE TOLERANCIA A LA FRUSTRACION
EN TERAPEISTAS FISICOS, OCUPACIONALES
Y DE LENGUAJE

**TESIS CON
FALSA FE CUBREN**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
MARINA EDNA CASTILLO RODRIGUEZ
CLAUDIA AGUSTINA NAVARRO PALLARES



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

I N T R O D U C C I O N	3
I.- IMPORTANCIA DEL TRABAJO PROFESIONAL EN LOS NIVELES DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN TERCIARIA	6
II.- FRUSTRACION	29
III.- LA RESPUESTA ANTE LA FRUSTRACION	34
IV.- ANTECEDENTES DE INVESTIGACION	38
V.- METODOLOGIA	46
-- PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA	47
-- HIPOTESIS	47
-- POBLACION Y MUESTRA	48
-- DISEÑO	49
-- TIPO DE ESTUDIO	49
-- VARIABLES	49
-- INSTRUMENTOS	55
-- ESCENARIO	56
-- PROCEDIMIENTO	58
*PROCEDIMIENTO ESTADISTICO	59
VI.- R E S U L T A D O S	60
VII.- CONCLUSIONES Y DISCUSION	86
VIII.- LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	101
APENDICES	107
TABLAS	115
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	121

I N T R O D U C C I O N

La interacción humana a medida que la sociedad ha evolucionado se le ve interesada en situaciones más complejas provocadas por el mismo desarrollo. Las relaciones interpersonales con las humanas en una moderna y compleja cultura como la nuestra. En este modo el individuo ha de estar en contacto cotidiano con el medio ambiente ante el cual tiene sus reacciones dinámicas y cambiantes para poder ajustarse a él. Esta reacción adaptativa produce efectos de la realidad a la cual se enfrenta el individuo, se manifiesta desde su gestación y desde el momento inmediatamente a medida que se desarrollan las primeras relaciones interpersonales. En el transcurso de ellas, enfrentará todo tipo de situaciones, muchas veces problemáticas, que obstaculizan de manera momentánea el curso normal de los acontecimientos. Al enfrentar dichos percances, el individuo pierde el equilibrio natural que ha alcanzado por su mismo desarrollo, teniendo que estar más de todos los recursos a su alcance para restaurar este equilibrio, haciéndolo de la manera más adecuada posible.

De acuerdo a su edad, las respuestas que el individuo va manifestando ante estas situaciones frustrantes, serán indicadores de la capacidad adaptativa que ha desarrollado hasta ese momento.

Dentro del ámbito social, la frustración y la tolerancia que se tenga a ella, se tornan significativas para un mejor desempeño del individuo, tanto personal como profesionalmente, ya que estos campos constituyen sus áreas de contacto interpersonal y por ende su ámbito social.

El hecho de que una persona dé respuestas adaptativas positivas,

puede ser un indicador directo de su capacidad de establecer relaciones interpersonales sanas, lo cual cobra importancia cuando su trabajo cotidiano se basa en esas relaciones una de las áreas donde el trabajo se basa en las relaciones interpersonales, es el área de la salud. Esta área ha sido dividida para efectos de una mejor canalización de recursos en niveles de prevención y atención, en los diferentes aspectos que abarca la salud como higiene mental, medicina comunitaria, etc.

En medicina física y de rehabilitación incluido este campo en el nivel de prevención terciaria, y cuyo objetivo es disminuir los efectos residuales después de una enfermedad discapacitante el individuo su capacidad productiva dentro de la comunidad. La experiencia ha demostrado que la interacción constante entre médicos y personal especializado es la unidad básica de trabajo. El éxito del tratamiento rehabilitatorio por el cual vuelve el paciente a centros especializados depende en gran parte del nivel de preparación, experiencia laboral, complejidad del problema a atender, así como de características psicológicas particulares que el personal paramédico debe tener en juego cada vez que se inicia un nuevo tratamiento con diferentes pacientes, lo que implica el establecimiento de una relación nueva. Tales características no han sido estudiadas detalladamente. La frustración, que es la causa más común de tensión, disgusto o ansiedad, en un determinado momento puede ser canalizada dentro del área de trabajo, repercutiendo en el tratamiento del paciente.

Por esto la tolerancia a la frustración es de suma importancia

para el adecuado desempeño de la actividad laboral. En México, la mayoría de los estudios en el sector salud, se han dedicado a la población atendida pero no deja de ser importante la población que presta sus servicios en este sector, ya que la calidad de los recursos humanos con que se cuenta es un factor prioritario para el mejoramiento de esta área.

El objetivo de la presente tesis es ampliar el conocimiento de esta profesión, averiguando de qué manera diversas variables están influyendo en el nivel de tolerancia a la frustración en estudiantes y trabajadores de terapia física, ocupacional y de lenguaje.

La ausencia de estudios más detallados acerca del personal del sector salud que interactúa directa y cotidianamente con el paciente en rehabilitación, es decir, el terapeuta físico, ocupacional y de lenguaje, motiva la presente investigación. En el siguiente apartado se realiza un análisis más detallado de la importancia del trabajo profesional en este campo.

2.- IMPORTANCIA DEL TRABAJO PROFESIONAL EN LOS NIVELES DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN TERCIARIA

Habiéndose realizado un análisis cuantitativo y cualitativo de los problemas de salud en México, se ha concluido que se afectan fundamentalmente las enfermedades infecciosas, seguidas muy de cerca por las degenerativas, metabólicas, así como los accidentes de todo tipo. La salud mental se deteriora cada vez más, particularmente en el área urbana; la que tiene un alto índice de invalidos agudos y crónicos de los aparatos y sistemas orgánicos locomotor, visual y auditivo), de enfermos mentales, así como desvelados sociales (Lopez, 1980).

Económicamente, la población mexicana está inmersa en un medio de escasos recursos naturales, con graves desigualdades en la distribución del producto social y vive una seria crisis económica en un modelo de desarrollo que protege al capital y a los bienes materiales en detrimento del bienestar humano. (El mexicano vive cada vez más, pero no mejor (Camacho, Rivera y González, 1975; México CDFLARR, 1982).

La cobertura de servicios de atención médica es insuficiente y más deficiente aún en la seguridad social. En cuanto a los recursos humanos existentes, puede considerarse en cantidad suficiente el número de médicos, pero insuficiente el de otros profesionales de la salud (enfermeras, ingenieros sanitarios, técnicos en saneamiento, psicólogos, terapeutas, etc.). Su distribución es desequilibrada, tanto geográfica como institucionalmente (ISSP, La población de México, 1979).

tecnicamente no se cumplen adecuadamente las funciones de protección y fomento de la salud de la población. No se invierte una cantidad suficiente del producto nacional para estos fines y los recursos disponibles no se invierten en la mejor forma. La mayor parte de los fondos se invierte en atención curativa y se descuidan los aspectos de prevención, de fomento de la salud y de saneamiento que son los más productivos a largo plazo.

Los recursos y acciones aplicados para resolver esta situación se han orientado hacia un sistema de atención médica insuficiente, heterogéneo, duplicante, desarticulado, inequitativo y dependiente en alto grado del extranjero en lo científico y en lo técnico, y que ha hipertrofiado los programas de atención a los enfermos: asistencia médica, ampliación de cobertura, organización por niveles, equipos de salud, centrando el interés en los individuos y abandonando relativamente los programas preventivos, de rehabilitación y de atención a los factores condicionantes y determinantes. La filosofía dominante es la de atender a la familia como origen y solución de los problemas, descuidando la salud en los lugares de trabajo, en la escuela, en la vía pública y en otros sitios de reunión (Hojas, 1982).

La investigación médica recibe poco apoyo, ya que debido al número reducido de investigadores, es escasa, dispersa, fragmentada y orientada hacia los aspectos básicos, tanto clínicos como terapéuticos (farmacológicos); la investigación sociomédica y de salud pública se ha descuidado; en consecuencia las investigaciones resultan de poca aplicación para la solución real de los problemas

relevantes.

La educación médica actual, en lo cuantitativo produce una elevada cantidad de médicos que el sector correspondiente es incapaz de absorber, y en lo cualitativo reproduce el modelo existente, básicamente curativo, individualista y fragmentador. La educación se orienta al ejercicio privado, con escasos contenidos en lo psicológico y en lo social, con un enfoque preventivo muy limitado y un sentido humanístico cada vez más debilitado y casi carente de sentido social, por tanto alejado de las necesidades reales (Jores, 1981; González, 1988).

Si las ciencias médicas pudieran ejercer un efecto impulsor gracias al crecimiento de los recursos y a las modificaciones profundas en la política sanitaria, el ritmo de mejoría de la población mexicana se incrementaría visiblemente.

Los programas de salud serán cada vez más ineficaces si no contribuyen de manera significativa a la elevación de los niveles de vida de la población (González, 1988).

Con el objeto de atender a grandes sectores de la población brindándoles adecuados servicios de salud, administrativamente, el sector salud ha sido dividido en tres niveles que proporcionan atención, dependiendo del grado progresivo de complejidad del problema a atender.

Así, los problemas básicos de salud que incluyen prevención primaria y protección específica, acciones de contacto primario a nivel diagnóstico y terapéutico son ubicados en el nivel de atención primaria. El personal a quien se encarga este sector es de tipo

medio y auxiliar, sin ser estrictamente especializado. Se realizan acciones para la eliminación de un síntoma o enfermedad en los primeros estadios, captando un mayor número de gente para evitar que se complique.

El segundo nivel se aboca a pacientes que requieren atención más especializada, donde el personal debe poseer una preparación en la rama específica del problema a atender.

Por último, el tercer nivel, que se encarga de la atención ultraespecializada relacionada directamente con la investigación de alto nivel. En este rubro se incluye la terapia física, ocupacional y de lenguaje dado que se forma parte del equipo interdisciplinario.

Es importante subrayar que los niveles de atención difieren de los niveles de prevención, ya que éstos se dirigen a:

1.- Reducción de la frecuencia en una comunidad de ciertos trastornos (prevención primaria)

2.- Minimización de la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan (prevención secundaria)

3.- Reducción del deterioro resultante de aquellos padecimientos (prevención terciaria). (Castro, 1983).

Considerando lo anterior, puede decirse que el terapeuta se desempeña prestando sus servicios dentro del nivel de prevención terciaria, ya que la rehabilitación para devolverle a los pacientes su máxima capacidad productiva, es su objetivo.

Rusk (1962) refiere que una de las metas de la rehabilitación física es lograr que el paciente adquiere habilidades motoras que le permiten desarrollar su capacidad máxima de funcionamiento dentro de

Los límites impuestos por su impedimento. Caplan (1985) menciona que el término rehabilitación es exclusivamente individual, mientras que el término prevención terciaria es para designar la acción comunitaria.

De este modo, la rehabilitación física establece una relación de individuo a individuo, es decir, personal especialista (terapeuta físico, ocupacional y/o de lenguaje)-paciente. Sin embargo, no puede considerarse que el paciente se relaciona exclusivamente con un especialista; en rehabilitación se han ido constituyendo equipos multidisciplinarios con base en la coordinación y dirección de los médicos rehabilitadores, quienes trabajan en conjunto con terapeutas, y en algunas ocasiones con la colaboración de psicólogos clínicos, trabajadores sociales, técnicos en órtesis y prótesis (Rodríguez, 1984).

Así, la relación con los pacientes es llevada a cabo por ser medio de prevención de enfermedades, y de restablecimiento de la salud además de prestárseles atención oportuna, pronta y rápida. Por otra parte, del personal especialista puede decirse que establece su relación con el paciente, interesándose en el establecimiento en que preste sus servicios, ya que, primordialmente es la fuente de sus ingresos, desea buenas condiciones de trabajo, así como oportunidad de realizarse y progresar (Fajardo, 1979).

Además, cada una de las disciplinas en rehabilitación, posee características y técnicas diferentes que se complementan entre sí; desafortunadamente con este equipo de alto nivel de especialización, la valoración que se hace a los pacientes con incapacidad que acuden

a los hospitales, en muchas ocasiones es deficiente, ya que no se enfoca el problema integral desde su inicio, sino fundamentalmente a su problema orgánico o anatómico. Por eso son los servicios médicos que cuentan con personal adiestrado y con la capacidad física para organizar centros de evaluación, orientación e información, e ubicación en el trabajo de las personas que atiende. A pesar de que numéricamente más pacientes de los que se atienden en los hospitales para tratamiento de enfermedades agudas, necesitan de los servicios de rehabilitación por incapacidades graves derivadas de enfermedades crónicas, tales problemáticas reciben tan solo una pequeña fracción del énfasis que se pone en el diagnóstico de otras patologías. En Estados Unidos de Norteamérica, el problema de la rehabilitación recibe una atención mínima: en la actualidad hay tan solo 3 200 fisioterapeutas que practican la especialidad, a pesar de que se calcula que de un 5 a un 10% de la población total necesita de los servicios de medicina física y de rehabilitación; por lo menos se necesitaría el triple de fisioterapeutas para abastecer las demandas de estos servicios (Kottke, 1985).

El fisioterapeuta se concentra en las incapacidades causadas por enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales (12%), por apoplejías, infartos o de tipo cardiovascular (21%), y por afecciones al sistema músculo esquelético (33%). No obstante, como constituyen un 0.5% de los médicos de Estados Unidos, el impacto de los servicios de rehabilitación es bastante menor que la necesidad de ellos (Kottke, 1985).

En Argentina los primeros rehabilitadores reconocidos

Legalmente fueron los kinesiólogos, cuya profesión fue reglamentada de acuerdo a las actividades que desarrolla: otras actividades colaterales reconocidas son las del terapeuta físico, ocupacional y de lenguaje (De Quiroz, 1978). Puede observarse que el reconocimiento fue otorgado en la década pasada.

En México existe una población de 5 millones considerados minusválidos (Censo, 1982).

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), ha desarrollado programas de atención a la población minusválida, a través de diversos centros de rehabilitación, ubicados en las ciudades más importantes de la República Mexicana. El CRIS Itzapalapa es considerado un centro prototipo de América Latina. Fue creado con el objetivo de prestar servicios de prevención de invalidez y rehabilitación profesional a todo tipo de minusválidos, habitantes principalmente de la zona Oriente del Distrito Federal, y zonas conurbadas.

Si se considera que el 8.55% de la población habitante del D.F. son minusválidos, este centro durante el periodo Enero-Abril de 1988 ha atendido al 0.54% de esta población. Es decir, 5 128 pacientes atendidos en 24 050 sesiones-terapia. El personal de terapia física proporcionó un 32.38% de estas sesiones. El personal de terapia ocupacional atendió al 27.55% y el de terapia de lenguaje a un 19.63% (Boletín Enero-Abril, 1988, DIF, CRIS Itzapalapa).

Para todo este trabajo se cuenta con 17 trabajadores; 10 de ellos terapeutas físicos, 4 terapeutas ocupacionales y 3 terapeutas de lenguaje.

Los principales diagnósticos y motivos de atención en la población atendida:

- enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales	30.7%
- apoplejías e de tipo cardiovascular	8.5%
- afecciones al sistema muscular-esquelético	21.7%
- otros	35.4%

Como se puede apreciar, las estadísticas presentan la gran demanda de servicios de rehabilitación, misma que se trata de cubrir por un equipo bastante reducido numéricamente. Es por ello que la relación médico-paciente adquirirá diferentes grados de calidad, sin embargo la exigencia de establecer un gran número de relaciones no es la única variable que determina la calidad del servicio prestado.

Existen otros factores que influirán directa o indirectamente en la calidad, e implícitamente en la cantidad de las consultas otorgadas. Tales factores pueden ser los rasgos ideales que debe poseer el terapeuta, tanto físico, ocupacional y de lenguaje y han sido planteados teóricamente por diferentes autores.

Se espera que el terapeuta despliegue destreza y comprensión, sea cordado, paciente, activo, entusiasta, fuerte psicológicamente, estable en sus emociones, cordial, seguro en su desenvolvimiento, autodominado y dispuesto a ayudar a los demás hasta en los momentos más difíciles (García de León, 1956; Rusk, 1962; Slagle, cit. en Gillete, 1973 y Luna, 1983).

Como se observa estas características son específicas del perfil psicológico de estas profesiones, e implícitamente cubren los

Lineamientos considerados como atribuibles a una persona mentalmente sana. Wittaker (cit. en Rocha y Torres, 1988) refiere que un individuo es sano mentalmente si presenta un adecuado monto de:

- A) autocoocimiento;
- B) autoestima;
- C) seguridad en el establecimiento de relaciones interpersonales;
- D) capacidad de dar y recibir afecto sin demandas excesivas, siendo sensible a las expectativas ajenas;
- E) obtener placer y satisfacción de las diversiones y funciones corporales sin depender excesivamente de ellas;
- F) capacidad para ser productivo viendo la vida con entusiasmo; y
- G) ausencia de tensión e hipersensibilidad, así como tolerancia a las frustraciones.

De acuerdo al monto de características que posee tanto el profesionalista como el paciente, la interacción establecida entre ellas, influirá en el tratamiento realizado. Es decir, el establecimiento de la relación, beneficiará o empeorará la rehabilitación del paciente.

De este modo, se observa que la constante en esta relación va a ser el terapeuta, que en conjunto, posee características seculares que tiende a desarrollar al desempeñar su trabajo, lo que a la larga lo beneficiará personal y laboralmente. Sin embargo, también pueden corresponder a la llamada "actitud neurótica de ayuda", en donde se encuentran todas aquellas profesiones que exigen

actividades de asistencia y cuidado. Descansa en estas una prontitud extrema en ayudar a los otros. Esta prontitud es de carácter más o menos neurótico, tras haber reprimido toda tendencia a la afirmación de sí mismo. Puede que su capacidad adaptativa no sea la más adecuada pero ejercerá una actividad que corresponde con su naturaleza interior (Morrison, 1966).

Estos rasgos son planteados teóricamente basándose en observaciones empíricas acerca de como debe de ser el terapeuta físico, ocupacional y de lenguaje.

Terapeuta físico

El terapeuta físico esencialmente se dedica al restablecimiento de los movimientos corporales de personas que padecen algún tipo de secuela de enfermedades físicas.

Rusk (1962) señala que el terapeuta físico debe poseer los conocimientos básicos de anatomía, fisiología, física y kinesiología; con ello puede proporcionar al paciente ejercicios terapéuticos, cuya finalidad es mejorar el balance y la estabilidad de su cuerpo, y coordinar los movimientos corporales en todos sus aspectos. Debe mencionar que el trabajo del fisioterapeuta no se enfoca en una sola situación o problema, ya que puede trabajar con un problema cuya solución es sencilla o bastante compleja.

Por otra parte, el aprendizaje atinge directamente al fisioterapeuta, ya que se dedica a enseñar habilidades a la gente que las ha perdido en forma transitoria, por lo que el manejo de tales habilidades es básico para este profesionalista (Littie, 1960).

Lograr la comprensión para alcanzar los objetivos, supone que

el terapeuta físico necesita trabajar en íntima relación con los pacientes; el carácter propio de su trabajo origina en el paciente dolor y ansiedad, haciendo resaltar la insuficiencia física. Esta situación exige destreza y comprensión por parte del terapeuta. En ocasiones se advierte patéticamente que el enfermo deja de cumplir el programa para evitar el dolor y la ansiedad, no solamente el tratamiento (Rusk, 1963).

Como se ha mencionado anteriormente, aun cuando el terapeuta físico pone todo de su parte "aconsejando" al paciente, dicho esfuerzo es a veces inútil, ya que en muchos casos se producen fricciones entre ambos; lo cual trae como consecuencia el abandono del tratamiento. El terapeuta comprende el problema pero los elementos que posee no son suficientes para solucionarlo, por lo que se ve en la necesidad de solicitar apoyo psicológico para la resolución del conflicto (García de León, 1964).

Little (1960) considera que en el aspecto del trato al paciente son básicas la estima y la preocupación por él, primero como persona y después como caso hospitalario o de diagnóstico.

El problema de la imparcialidad al valorar seres humanos pone de relieve lo difícil que resulta para él que por razones de trabajo debe a veces lidiar con la gente, no permitiendo que sus valores personales, intereses y prejuicios comprometan la objetividad de sus juicios. Las impresiones propias sobre las personas en particular y la sociedad en general, influyen sobre la manera de aplicar los conocimientos profesionales.

Así, el terapeuta tiene una postura de expectación respecto de

La edad vital del paciente, su saber psíquico y físico, y su postura social y de aprendizaje.

A raíz de esto puede generarse una irritación, puesto que lo que ocurre en el tiempo terapéutico difiere de la planificación previa o de un modelo preconcibido.

Entre otras cosas que pueden dificultar el camino de quien enseña están:

- La costumbre de seguir una rutina de determinada manera que no es aceptada por todos los grupos;

- su imagen de perfeccionismo y su oculto disgusto cuando un ejercicio o un juego no tienen aceptación;

- molestia cuando las indicaciones de un ejercicio no son aceptadas exhibiéndose desganó;

- cuando el grupo, para llamar la atención sobre sí, se pone molesto o presenta oposición;

- si el terapeuta a cargo de un caso difícil está permanentemente sobrecargado;

- si el umbral de irritabilidad es demasiado bajo, ya sea por la predisposición natural, desgaste o gran cantidad de años de profesión;

- cuando no sabe cambiar su enfoque frente a un grupo o caso;

- si el terapeuta se achaca a sí mismo la conducta negativa de uno o varios de sus pacientes;

- cuando es necesario reprimir el deseo de hacerles pagar las perturbaciones;

- cuando por parte del paciente, la brecha entre sus

posibilidades y la realidad, es demasiado grande (Zuber, 1989).

Las sugerencias anteriores, han sido la única bibliografía que de manera sencilla, plantea la importancia de este aspecto, es decir, la participación del guía o docente, así como los procesos que atraviesa durante el tiempo terapéutico.

Por otra parte, es importante señalar que en un sistema aunque parezca ser puramente psicofisiológico, los recientes conocimientos psicológicos, tienden a sugerir que la salud física y la salud mental son interdependientes (Lillie, 1980). Lo cual debe ser tomado en cuenta por el fisioterapeuta al emprender un tratamiento, ya que en tal interrelación, él va a ser un punto clave para modificar el estado de salud tanto física como psicológica en que se encuentra el paciente.

Terapeuta Ocupacional

Meyer (1922, cit. en Gillete, 1973) se considera el precursor del tratamiento moral en terapia ocupacional. Se puntualiza que la realización es la clave básica de los fundamentos de la terapia ocupacional. En su tiempo, Meyer y sus colaboradores creaban patrones institucionales de vida y módulos de conducta que eran sinónimos a los que podía aceptar y tolerar la sociedad.

Slagle (cit. en Gillete, 1973) describe la personalidad del terapeuta ocupacional que en su época trabajaba en unidades hospitalarias: bondad infinita, paciencia, imaginación, capacidad para manejar al paciente. Dependiendo de la edad del paciente, el terapeuta ocupacional asume las funciones de: a) madre bondadosa, tolerante y comprensiva si se trata de un niño; b) si es un

adolescente, a través de sus actividades, requerimientos relacionales o tareas vocacionales, llega a representar una imagen significativa que ayuda a resolver la crisis de identidad, constituyéndose como una persona con los mismos valores morales que sus padres. Solo que le proporciona seguridad y con quien se identifica. Si y por último, debe ayudar al papel de supervisor y patron, ya que se intentan desarrollar conductas ocupacionales apropiadas, tipo adulto.

La terapia ocupacional aplica un programa de actividad normal para ayudar a la adaptación psicosocial del paciente, en forma de tratamiento específico o como situación de trabajo simulado. Puede usarse en todos tipos de pacientes, después de la remisión de la fase más aguda de la enfermedad. Constituye el nexo entre la hospitalización y el retorno a la comunidad.

Selecciona las ocupaciones que considera apropiadas para el estado físico y psicológico del paciente, que le ayudarán a obtener en él los resultados deseados (Spackman, 1973).

El terapeuta debe estar cuidadosamente impregnado de los valores del trabajador y de la capacidad de acción del uno de casa si pretende integrar a la comunidad a los pacientes a quienes prepara en su función.

Según Spackman (1973) el paciente puede ser referido al terapeuta ocupacional por el médico para uno o varios de los siguientes propósitos: como tratamiento específico para los pacientes psiquiátricos, con el objeto de fomentar las oportunidades para el desarrollo de unas relaciones más satisfactorias, para

actuar como arma terapéutica; como tratamiento específico para el restablecimiento de la función física; la enseñanza de actividades propias del individuo y de la vida diaria, así como ayudar al paciente incapacitado a reajustarse a las rutinas domésticas con consejos e instrucciones, tales como la adaptación a los dispositivos domésticos y simplificación del trabajo; el desarrollo de la tolerancia al trabajo y conservación de destrezas y aptitudes específicas; proporcionar estimulación premeditada por medio de la determinación de las capacidades físicas y mentales del paciente, adaptación social, intereses, hábitos de trabajo, aptitud y empujos potenciales; medios de asistencia y tolerancia, ayudando al paciente a aceptar y utilizar en forma constructiva un prolongado periodo de hospitalización y convalecencia y por último proporcionar nuevas orientaciones para sus intereses recreativos y ocupacionales.

Intepleta de lenguaje

Las sugerencias dadas para el terapeuta de lenguaje, se refieren exclusivamente a los aspectos técnicos y pedagógicos que debe cubrir en sus tratamientos. No hay nada escrito de las características específicas psicológicas que debe observar el terapeuta de lenguaje en el ámbito profesional. De manera teórica empírica se proponen los siguientes puntos para trabajar con niños con problemas de audición y lenguaje (Luna, 1983).

Los requisitos básicos son: amor a los niños, activo y entusiasta, tener una filosofía para de acuerdo a ella cumplir sus objetivos, fortaleza psicológica, estabilidad emocional, actitud de cordialidad, seguridad en su desenvolvimiento, fortaleza física,

capacidad docente y de transmisión de conocimiento para desarrollar lenguaje en los niños, paciencia y autocontrol, práctico, realista, ingenioso, adaptable a situaciones imprevistas, responsable y dedicado a su trabajo, colaborador y servicial, dispuesto hasta en los momentos más difíciles para ayudar a los demás.

Otros rasgos deseables lo constituyen una apariencia personal atractiva, ser agradable, amigable, con un tono de voz agradable, no ser irónico.

Finalmente lograr la madurez indispensable para atender las siguientes funciones:

- se orientar, guiar y asistir al niño en forma permanente
- se proyectar su acción al hogar y la comunidad
- se cuidar las condiciones del lugar de aprendizaje para brindar posibilidades y experiencias nuevas al niño.

Sin estos requisitos se hace difícil la tarea pedagógica, ya que se debe desarrollar y ejercer una función educativa integral, la personalidad y actitud propia del maestro son elementos básicos en la vida afectiva y socioemocional del niño.

Como puede observarse la referencia a los aspectos psicológicos que debe cubrir el terapeuta para desempeñar adecuadamente su trabajo, se caracteriza por la vaguedad de términos empíricos, todos coinciden en que se requiere estabilidad emocional, fortaleza volitiva, flexibilidad, alta tolerancia a la frustración y tener principios que se basen en una filosofía humanitaria para ayudar a los demás en todo momento y circunstancia.

Se puede decir que no existe un sustento teórico respaldado

por la investigación científica respecto a este profesional, a pesar de que es un punto importante dentro del sector salud para el fortalecimiento y rehabilitación de la población que lo requiere.

La carencia de estudios específicos, por una parte de los aspectos particulares de estos profesionistas, así como del tópico frustración-agresión dentro del sector salud y la interrelación que ambos aspectos pueden llegar a tener, se revisarán en el siguiente apartado.

II.- FRUSTRACION

Uno de los factores psicológicos que no deben pasarse por alto en cualquier teoría de personalidad que se pretenda ser completa, es la frustración.

Desde el inicio de la vida, el individuo atraviesa por experiencias que dificultan la realización de un deseo u obstaculizan la conclusión de un acto de manera satisfactoria. Tales experiencias suelen denominarse frustraciones.

Las diferentes corrientes psicológicas que se han abocado al estudio de la conducta exponen a la frustración desde diferentes puntos de vista y profundizan en ella de acuerdo a sus bases metodológicas.

Para los teóricos del Psicoanálisis la realidad es la fuente exterior de los estímulos, incluido el cuerpo y exceptuadas las fuentes somáticas de afectos e impulsos. Para Freud (1908, cit. en Rapaport, 1967), la realidad es concebida centrándose únicamente en el impulso, pero en niveles de vida superior, el impulso y el estímulo están menos coordinados, por lo que se considera que existe una internalización progresiva de la regulación de la conducta, lo que implica el establecimiento del yo. Posteriormente retoma el principio de realidad en el que considera que la relación con la realidad es decisiva para el yo y el yo se organiza alrededor de los medios de contacto con la realidad, es decir, la realidad configura al yo y a los impulsos (Rapaport, 1967).

Freud (1917, cit. en Hartmann, 1976) subraya la importancia de las situaciones de frustración en el desarrollo del principio de

realidad con el objetivo de conseguir un placer seguro en una etapa ulterior una vez que se ha renunciado al placer incierto y momentáneo.

En algunas ocasiones afirma que la institución del principio de realidad se debe a la influencia del mundo exterior sobre el individuo, describiéndolo solo como una forma de regular los procesos mentales y de lograr el dominio de una parte de ellos. En la literatura psicoanalítica existen dos significados para el principio de realidad:

1.- La tendencia a tener en cuenta de un modo adaptativo, en la percepción, el pensamiento y la acción, todo aquello cuanto se consideran características reales de un objeto o situación;

2.- representa la tendencia a arrancar actividades de la necesidad inmediata para la descarga inherente en el principio del placer.

Pero más allá de la consideración de conseguir beneficios esperados o asegurados, está también el hecho de que las actividades de las funciones que constituyen el principio de realidad pueden ser placenteras por sí mismas.

El total desarrollo del principio de realidad (o de las correspondientes funciones del yo) lleva implícitas muchas funciones y relaciones entre cada uno de sus componentes como la percepción, la objetivación, la abstracción, la intencionalidad y la neutralización de la energía. La manera en cómo se desarrollan y se manifiestan va a ser la guía para la autoconservación (Martínez, 1978).

Se considera que el principio de realidad incluye:

A) el aplazamiento de la satisfacción y una tolerancia temporal del displacer, y

B) el conocimiento de la realidad y la actuación con respecto a ella.

Resumiendo en términos biológicos es una parte de lo que se denomina adaptación.

Dentro del mismo contexto Rosenzweig (1973), desarrolla la teoría de la frustración reformulando los conceptos psicoanalíticos anteriores.

Esta concepción psicoanalítica se considera experimental por este autor y considera tres niveles de defensas psicobiológicas del organismo:

A) el nivel celular o inmunológico (infección-dolor);

B) el nivel autónomo o de urgencia (agresión física-dolor, miedo); y

C) el nivel superior, cortical o de defensa del yo (agresión física-dolor, miedo, ansiedad).

El nivel superior es donde Rosenzweig (idem) ubica su teoría de la frustración, considerando que los dos niveles anteriores se complementan entre sí. De este modo define a la frustración como

"la presencia de un impulso o motivo previamente suscitado y no gratificado así como alguna forma de interferencia o impedimento en la propositiva hacia la gratificación" (cit. en Gago, 1966).

Para Harp Leeb (1978) la frustración es el estado psíquico que se produce en un sujeto encaminado hacia una meta cuando tope con un

obstáculo que le impide alcanzarla, se da como condición emocional disolacentera y con ansiedad más o menos intensa.

Dago (1985) coincide en las definiciones anteriores, sin embargo, ubica a la frustración en el contexto de la motivación, dándole importancia al medio ambiente. De esta manera, la frustración siempre tiene su origen en el medio, puesto que es a partir de él que el individuo satisface generalmente sus necesidades y es en función del medio que fija sus metas.

Díaz-Guerrero (1972) amplía esta concepción considerando que la fuente de explicación de la conducta humana es histórico--bio--psico--socio--cultural, ya que además de los factores históricos, intervienen, combinados o independientes, los factores sociales, es decir, factores demográficos socioeconómicos o que tienen que ver con la sociopsicología de grupos y con la influencia de instituciones a las que se pertenece en un momento dado.

Este enfoque concuerda con la postura acerca de la realidad dentro de la teoría psicoanalítica desarrollada por Erikson (1954, cit. en Redepert, 1967), denominada concepción psicosocial que considera al hombre con una preadaptación potencial a una serie de desarrollos de medio ambientes sociales esperables: las modalidades sociales, promueven, seleccionan y encadenan los modos de desarrollo de la conducta del individuo. El principio de realidad para la adaptación social propuesta originalmente, se vuelve subjetivo, en el sentido de que se demuestra que depende del espacio y el tiempo organismo y de la particular sociedad en cuya realidad el hombre vive.

La frustración puede no ser arbitraria, es decir, justificable en término de las condiciones medio ambientales existentes más allá del control, o ser arbitraria cuando se relaciona con el capricho o la impaciencia de la persona que efectúa la frustración (Buss, 1968).

De modo similar Hans Lepp (1979) divide a los obstáculos frustrantes en exteriores (objetos, leyes, órdenes, accidentes, circunstancias) e interiores (moral, religión, temores). Empero, esta clasificación de los obstáculos es muy superficial, ya que el medio ambiente está mezclado en ambos tipos de una manera indiscriminada. Gago (1985), por el contrario, clasifica los factores que originan la frustración en:

- 1) origen o naturaleza del factor frustrador
 - externo
 - interno
- 2) características del medio en que se desenvuelve el sujeto motivado
 - físicas
 - sociales

Sin embargo, la frustración no puede ser definida por el obstáculo porque no se sabe qué será considerado como tal por el individuo, pues lo que para unos es un obstáculo para otros es un incentivo (Gago, 1985).

Rosenzweig (1972) hace una diferenciación más específica, clasificando a la frustración en:

- A) primaria (privación)
- B) secundaria (presencia de un obstáculo en la

vía que conduce a la satisfacción de una necesidad.

De esta clasificación, la frustración secundaria es a la que se refiere el estado psíquico de ansiedad displacentera que puede llegar a originar agresión.

Esta frustración y sus consecuencias pueden ser más o menos severas, según la energía que se haya puesto para alcanzar la meta.

Las frustraciones son acumulativas, por lo que las personas frustradas desarrollan un estado de tensión emocional que determina más el comportamiento que la realidad. Así, cuando la demanda del individuo es desproporcionada o inadecuada a las condiciones de su medio normal, los factores que facilitan la frustración, son internos. Cuando las demandas del medio, superan las posibilidades del individuo y le crean necesidades que no podrá satisfacer o metas inalcanzables, la fuente de frustración, se dice que es externa.

En ambas fuentes de frustración, podemos encontrar dos tipos de factores :

1) factor frustrador: es la condición que obstaculiza o impide el logro de una meta o la satisfacción de una necesidad.

2) factor frustrógeno: es aquella situación que genera necesidades o fija metas inadecuadas a las condiciones de satisfacción o realización (Irigoyen, 1963).

Lo anterior reafirma lo expuesto por Freud (1911, cit. en Rapoport, 1967), en la primera concepción del principio de realidad, en la que la considera el triunfo de la defensa, sin tomar en cuenta

Intensidad de la motivación y la proximidad a una meta es el que se da cuando la motivación para lograrla crece entre más se acerca a la meta. a este proceso se le ha llamado gradiente de la meta. Por lo tanto, un obstáculo cerca de la meta es mucho más frustrante que el mismo obstáculo a cierta distancia de ella.

Bernowitz (cit. en Secord y Backman, 1978) encontró que el estado anticipatorio a la frustración es importante, pues si el bloqueo del acto no es arbitrario, la frustración puede que no ocurra, ya que el éxito no era necesariamente esperado, sin embargo, cuando el éxito es esperado y se bloquea arbitrariamente, la frustración ocurrirá.

Tomando en cuenta las posturas teóricas anteriores puede decirse que intervienen muchos factores cuando surge una frustración y a veces muchos procesos psicológicos si bien son predisposiciones a actuar más o menos permanentes, también están ligadas a situaciones externas de las que participa la mayoría de los miembros de una subcultura.

El ser humano, si se le anticipa un cierto nivel de logro reaccionará de diversas maneras cuando no lo obtiene, una de estas, es la respuesta de agresión que se describirá a fondo en el siguiente apartado.

III.- LA RESPUESTA ANTE LA FRUSTRACION

Desde el punto de vista del desarrollo, según Bridges (cit. en Buss, 1965) señala que la primera reacción a la frustración es una excitación generalizada, una combinación de cólera, ansiedad y perplejidad; desde la niñez se aprende a manifestar reacciones emocionales y a enfrentar los obstáculos.

La frustración se acompaña de un aumento de tensión y la satisfacción de una descarga de tensión (Reszenweig, 1972). Tal descarga, es la energía del esfuerzo con que el sujeto trata de alcanzar su meta y si no lo logra, la convierte en agresividad. La frustración ocurrente cerca de una meta, producirá mayor agresión que la frustración que ocurre a distancia de ella (Haro Leep, 1979; Mussen, 1981).

La frustración no siempre lleva a la agresión, ya que en el hombre se ve modificada gracias al aprendizaje. La agresión puede ocurrir sin que sea una respuesta a la frustración en situaciones en las cuales las inhibiciones son fuertes o donde el individuo ha aprendido respuestas no agresivas al hecho frustrante (Secora y Beckman, 1976).

Antes de explicar la dirección en que es canalizada la agresión, se definirá brevemente de acuerdo a varios autores.

Buss (1965) define a la agresión como "una reacción que descarga estímulos nocivos sobre otro organismo" (pág. 14). Al respecto Freud (cit. en Mussen, 1981) sostenía que el impulso agresivo es innato, un vestigio de nuestra herencia animal y, como el sexo y el hambre, debido a cambios bioquímicos generados

Internamente,

Contrastando esta posición, las observaciones de animales sugieren que la agresión está ligada a eventos estimulantes externos, los cuales funcionan como provocadores o liberadores (Mussen, 1981).

De esta modo Doller, Bobo, Miller, Mowrer y Sears (cit. en Diaz-Guerrero, 1972) consideran que no puede existir agresión a menos que exista previamente la frustración de una conducta motivada.

Diaz-Guerrero (1972) dice que los seres humanos pueden ser desde luego agresivos porque tienen el aparato biológico o estructura que les da el instrumento para poder serlo; y lo manifiestan con frecuencia cuando su actividad motivada sea interferida o cuando la expresión de la conducta recibe recompensa o adquiere poder, cuando se imita un modelo y cuando existen otros factores sociales y económicos que faciliten su aparición.

Otro factor que afecta la probabilidad de que la agresión ocurra en respuesta a la frustración es la presencia de señales agresivas, es decir, estímulos que han llegado a asociarse con la agresión o con la frustración, provocan agresión en situaciones frustrantes. Tales señales de alguna manera facilitan o aumentan la probabilidad de una respuesta agresiva, pero la agresión puede ocurrir sin que éstas estén presentes (Record y Backman, 1976).

La agresividad puede ser dirigida:

- 1) contra el agente frustrador
- 2) contra un objeto sustituto

1) contra uno mismo

a) o bien iniciarse convirtiéndose en

a) regresión

b) sustitución

c) fijación

d) resignación (Hans Lees, 1978).

Buss (1966) refiere que el término agresión incluye un gran número de respuestas, que varían en cuanto a topografía, gasto de energía y consecuencias. Todas las respuestas agresivas poseen dos características:

1) la descarga de estímulos nocivos: pueden ser proporcionados en el contexto de diferentes respuestas agresivas, como agresión física y agresión verbal; y

2) un contexto interpersonal: que se refiere a la relación en la que puede haber agresión activa vs. agresión pasiva y agresión directa vs. agresión indirecta.

Al respecto Rosenzweig (1972) considera que cuando el individuo se ve presionado de una manera pasiva el obstáculo no es amenazador por sí mismo (denominándose insensible) en cambio cuando la agresión produce a la vez insatisfacción y peligro se denominará activa. Del mismo modo se denomina externa si el obstáculo está situado fuera del individuo e interna si éste se localiza dentro del individuo.

La forma en que el individuo responderá a estas presiones puede usarse en tres tipos de respuestas generales:

A) Respuestas según la economía de las necesidades

Frustradas (DQ): en el comportamiento corriente la reacción a la frustración involucra respuestas en las que por un lado el sujeto persiste en su necesidad y por el otro defiende su yo; corresponden respectivamente a la presión pasiva y activa.

B) Respuestas de defensa del yo (DQ): es la base de la interpretación del test de frustración, se propone que la dirección de la frustración se encausará en tres sentidos:

1.- Respuestas extropunitivas (E): en las que el individuo expresa su frustración agresivamente hacia personas o cosas exteriores. Algunas veces la agresión es primero inhibida y luego se expresa en forma indirecta.

2.- Respuestas intro-punitivas (I): el sujeto se atribuye a sí mismo la frustración en forma agresiva generalmente en forma de culpabilidad o recordamientos.

3.- Respuestas impunitivas (M): la agresión es reprimida y la frustración se maneja en forma conciliatoria, se evitan los reproches tanto a los otros como a sí mismo.

C) Respuestas de persistencia de la necesidad (PM): se refieren a la satisfacción de la necesidad independientemente de la dirección que se le da.

Toda respuesta a la frustración desde el punto de vista biológico, es adaptativa, en función de que el individuo busca restaurar el equilibrio perdido. Sin embargo, desde la perspectiva psicológica las respuestas son adaptativas en la medida en que se adecúan a un contexto real buscando soluciones nuevas para restablecer dicho equilibrio.

Las respuestas son regresivas (no adaptativas) cuando el sujeto tiende a persistir en un tipo de respuesta dado en el pasado y que no fue funcional; de esta manera, el comportamiento se repite indefinidamente sin que haya un progreso.

Ampliando lo anterior Freud (1911, cit. en Hartmann, 1978) menciona que se puede lograr una relación más adecuada a través de dos caminos:

- conducta aloplástica.- que es aquella en la que el individuo efectúa un cambio en el mundo exterior; y
- conducta autoplástica.- que es en la que el individuo realiza un cambio en sí mismo.

Posteriormente Hartmann (1978) propone una tercera respuesta adaptativa en la que la relación entre el individuo y el mundo exterior, es la que cambia: se tal manera que no se hacen cambios ni en el mundo exterior ni el individuo en sí mismo, es decir, se da la búsqueda y hallazgo de un ambiente más apropiado.

Considerando este punto de vista se afirma la propuesta de la concepción psicosocial desarrollada por Erikson (1954, cit. en Maslow, 1957) y que posteriormente Diaz-Guerrero (1972) amplía, postulando que en distintas culturas, existirán maneras cualitativas

y/o cuantitativamente diferentes de confrontación o defensa frente a los problemas cotidianos que pueden generar frustración; estilo pasivo y estilo activo

A la misma frustración provocada por una persona en posición de autoridad, sujetos en las culturas pasivas reaccionarán por término medio, con significativamente menor agresión verbal o física que sujetos de culturas activas.

Para el mexicano sobrellevar las frustraciones y la tensión que originan, de una manera pasiva, no es sólo la mejor forma sino también la más "virtuosa". Así, el mexicano se adapta fácilmente a la tragedia, a la muerte a enfermedades crónicas, a deformidades, a los abusos, como formas resistentes (o apropiadas) de enfrentar la tensión cotidiana (Blaz-Guerrero, 1972).

Esto nos lleva a concluir que en las culturas pasivas, aún cuando la agresión no se manifieste, esta existe y puede verificarse como tal en las situaciones en las que el agresor pasivamente ataca a la víctima en su actuación subsiguiente (Blaz, 1969).

La manera en que se maneje la frustración depende de la actitud del individuo para soportarla sin percibir de su adaptación psicobiológica, es decir, sin acudir a tipos de respuesta inadecuados, a esto Rosenzweig (1972) lo define como tolerancia a la frustración.

La actitud ante la tolerancia a la frustración implica la existencia de un proceso inhibitorio, siendo la base de la tolerancia la capacidad para mantener la tensión, evitando la descarga de la misma. Este concepto involucra las diferencias

individuales a ciertos umbrales de tolerancia; así los aspectos de la personalidad y la gravedad de la presión, varían el nivel de tolerancia a la frustración.

Rosenzweig (1972) sugiere la participación de dos clases de factores que determinan la tolerancia a la frustración:

- 1) factores somáticos: como diferencias individuales innatas, fatiga, enfermedad física, etc.
- 2) factores psicológicos genéticos: la ausencia de toda frustración en la primera infancia, hace al sujeto incapaz más tarde de responder a una frustración de manera adecuada, por otra parte, una frustración excesiva puede crear zonas de poca tolerancia, pues debido a la inmadurez, el sujeto se ve obligado a reaccionar en forma inadecuada por reacciones de defensa del yo que podrían inhibir su desarrollo.

Tales características de frustración y tensión emocional han sido observadas en la población que requiere un nivel de atención terciaria donde se incluye el área de rehabilitación física, una vez que el paciente ha llegado al tratamiento físico rehabilitatorio, es porque se encuentra en la parte terminal de un proceso en el que ha perdido el equilibrio de su salud física y por lo tanto, ha tenido que hacer algunos ajustes tanto físicos como psicológicos, para enfrentar e intentar resolver de la mejor manera posible la problemática en la que está inmerso. Al no verse sano, el individuo se percibe en una situación frustrante que no le permite llevar a cabo sus actividades cotidianas de la misma manera en que lo hacía

antes.

Bardía de León (1956) considera que la mayor parte de los sujetos adultos que reciben un tratamiento fisioterapéutico rehabilitatorio no obtienen el 100% de los beneficios de este ya que debido a la tensión emocional no logran una relación muscular adecuada. El terapeuta tiene que poner todo de su parte por medio de consejos y recomendaciones que en muchas ocasiones producen fricciones con el paciente, ya que éste está más atento consciente o inconscientemente a la situación psicológica que se está viviendo nuevos modos de respuesta que a la situación real por la que atraviesa.

Si por otra parte consideramos que la tensión emocional es característica cotidiana en nuestra moderna sociedad requiriendo un mayor número de contactos interpersonales, en ocasiones se pueden originar fricciones dependiendo de los individuos que establezcan la relación.

De este modo la relación que el sector salud tiene que establecer con la población a quien presta su servicio adquiere relevancia, ya que el éxito del tratamiento llevado a cabo dependerá en gran parte del contacto entre el paciente y el personal especializado. Se debe enfatizar que el personal ha de estar capacitado para asumir la situación no solamente técnica, sino también emocional que trae cada paciente.

En las siguientes páginas se revisarán los aspectos técnicos generales que se han investigado al respecto.

IV. - ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Algunas investigaciones han estudiado las características emocionales de la población atendida por fisioterapeutas, teniendo como principales puntos: como se establece la relación paciente-personal especialista y la forma en que la frustración se presenta en esta relación. Sin embargo en la mayoría de los estudios la población investigada no tiene nada que ver con el sector salud o la importancia de la frustración en las relaciones clínicas, como lo es en la presente investigación.

García de León (1956) considera que en general la población inválida presenta desajustes emocionales provocados por la misma invalidez, otras veces en la presencia de una neurosis establecida antes del accidente invalidante y reactivada por éste, aunque en algunas ocasiones el sujeto se mantiene dentro de un equilibrio anímico adecuado. Además, menciona que existen ciertas relaciones entre las características psíquicas y el tipo de lesión que sufre un inválido, es decir, que al ser elevado el porcentaje de sujetos que presentan un conflicto neurótico, tal conflicto se manifiesta en forma diferente de acuerdo a la lesión invalidante, y por esto lo clasifica en cuatro grandes grupos: ciegos, sordos, débiles mentales y lesionados del aparato locomotor.

Por lo que toca a los niños, Aguilar (1968) refiere que los niños lesionados (características dentro de la que incluye a todo tipo de niños que tengan algún defecto congénito o adquirida, enfermedad o accidente y que sean incapaces de hacer uso de su cuerpo o de sus miembros de manera normal) en general presentan las siguientes

características:

- carencia de experiencias de aprendizaje;
- educación retardada;
- limitación social y vocacional;
- disminución de la capacidad de erigir mecanismos de defensa;
- baja tolerancia a la frustración en comparación con los niños normales;
- difícil solución de problemas frustrantes;
- inseguridad en sus relaciones interpersonales;
- falta de confianza en sí mismos; y
- dificultad de adaptación en grupos.

Todo lo anterior origina frustración que se manifiesta a través de respuestas agresivas o respuestas evasivas que hacen más marcado el problema.

Los pacientes que han sido ampliamente estudiados son los que padecen defecalia. Bueno (1974) encontró que en una muestra representativa, el 21% de los pacientes observan un puntaje alto de frustración, mientras que un 57% cae dentro del área normal. Se utilizó el cuestionario IS-FP de Catalá. La agresión que puede generar esta frustración no es la fuerza generadora de sus acciones, ya que tienden a reprimir su hostilidad encontrándose que obtienen un puntaje mayor en I', es decir, que admiten su culpabilidad en la situación frustrante, pero niegan que sea total, invocando circunstancias inevitables. Esto es porque todo sujeto tiene cierto grado de frustración dentro de determinadas

circunstancias, ya que no siempre se alcanzan las metas propuestas. Considera que la primera reacción de los pacientes ante una situación frustrante es tomar una actitud de conciliación o control pasando a la autoexigencia y a la aceptación de responsabilidades. Concluye que no hay relación directa entre Invalidez y frustración.

Otra de las características que se ha estudiado para la población que atiende en terapista está la depresión, que se presume posee cualquier persona inválida: en su estudio, Velasco (1986) resume que la prevalencia de la depresión es muy baja dentro de la población, concluyendo que no existe una correlación entre el índice de depresión y el tiempo de invalidez. Así, para la autora el hecho de haber sufrido una pérdida del movimiento físico no significa necesariamente que el sujeto tenga que presentar un cuadro depresivo. Sin embargo, se considera que tal argumento carece de solidez, ya que el tiempo de invalidez no es una variable lo suficientemente consistente para llegar a dicha conclusión.

Por otra parte, se ha estudiado al personal que atiende a este tipo de poblaciones. En este ámbito se debe partir de sur en México, la actitud de los pacientes hacia el servicio médico que se les proporciona es en general neutral, pero existen algunos aspectos bajo los cuales se considera que tienen una actitud favorable y en otros desfavorable, dependiendo de la zona en que se ubica la clínica o centro de atención (Irujo y Hernández, 1981).

La actitud de los pacientes atendidos es desfavorable hacia los siguientes aspectos del servicio médico:

- instalaciones
- instrumentación
- personal paramédico
- personal administrativo
- institución

Son cuando el paciente está satisfecho por el servicio que se le presta refiere que los aspectos anteriores gozan mejorando. Por otra parte la actitud del personal paramédico (incluidos terapeutas) tiende a ser favorable en todos los aspectos.

Algunas características particulares del servicio médico en cualquiera de las partes integrantes, de algún modo influyen o en su caso impiden un buen trato a los pacientes. Con respecto a este punto se realizó un estudio con el cual se observó que el prejuicio y la frustración influyen en la actitud del médico institucional. En general se encontró que el médico se siente frustrado pero no necesariamente prejudicado. Tal frustración influye en la actitud hacia el trato con sus pacientes. Fontecilla y Montero (1974) argumenta como causas de la frustración médica las siguientes:

- 1.- Desagrado ante los controles administrativos de asistencia y puntualidad, considerándose los propios a su condición de médico.
- 2.- Disgusto ante las normas establecidas, lo que es fuente de frustración.
- 3.- Existe la idea de que debido a la baja remuneración económica sólo encuentran cabida en la institución personas con preparación inadecuada o insuficiente, esto se acentúa en aquellos que no laboran en otra institución. Esta actitud es prejuiciosa y

- instalaciones
- instrumentación
- personal de enfermería
- personal administrativo
- institución

Por cuando el paciente está satisfecho por el servicio que se le presta refiere que los aspectos anteriores deben mejorarse. Por otra parte la actitud del personal paramédico (incluidos farmaciales) tiende a ser favorable en todos los aspectos.

Algunas características particulares del servicio médico en cualquiera de las partes integrantes, de algún modo influyen o en su caso impiden un buen trato a los pacientes. Con respecto a este punto se realizó un estudio con el cual se observó que el prejuicio y la frustración influyen en la actitud del médico institucional. En general se encontró que el médico se siente frustrado pero no necesariamente prejuiciado. Tal frustración influye en la actitud hacia el trato con sus pacientes. Fontecilla y Montero (1974) argumenta como causas de la frustración médica las siguientes:

- 1.- Desagrado ante los contratos administrativos de asistencia y puntualidad, considerándolos inapropiados a su condición de médico.
- 2.- Desagrado ante las normas establecidas, lo que es fuente de frustración.
- 3.- Existe la idea de que debido a la baja remuneración económica solo encuentran cabida en la institución personas con preparación inadecuada o insuficiente, esto se acentúa en aquellos que no laboran en otra institución. Esta actitud es prejuiciosa y

frustrante, pues implica sentimientos de minusvalía y devaluación personales.

4.- El preferir dedicarse a la práctica privada y laborar en la S.S.R. mientras consiguen ingresar a otra institución que les brinde más prestigio, se traduce en inconformidad consigo mismos lo que origina actitudes inadecuadas hacia los pacientes.

5.- Hostilidad reprimida y encubierta hacia los pacientes que los lleva a poder ser manejada asumiendo una actitud ambivalente en la que los critica y al mismo tiempo los disculpa.

6.- Sentimiento de fracaso en el trabajo, considerándolo más una necesidad que una realización.

Puede decirse que esta es la única investigación respecto a frustración en el sector salud de México.

En el estudio realizado con enfermos psicofisiológicos, cardíacos y neuróticos, Ireje Iñáñi encontró que los pacientes con padecimientos psicofisiológicos se asemejan más a los pacientes de tipo histérico que los pacientes con neurósis depresiva u obsesiva. En ambos existen respuestas somáticas, aunque varía la forma de estas. Hay diferencia entre ambos tipos de grupos: enfermos psicofisiológicos y enfermos neuróticos.

Consciente que de acuerdo a la etiología y caracterología de los enfermos con trastornos psicofisiológicos, en especial los cardíacos, la única posibilidad real de dar salida a la agresión desencadenada por una situación frustrante, es la respuesta verbal (sarcasto, ironía e insulto encubierto).

Los depresivos u obsesivos responden predominantemente

defendiendo su yo e intrapunitivamente. usan la represión que a su vez se correlaciona con la respuesta depresiva por la frustración al no poder tener éxito por donde manifestaras, tanto para evitar la culpa y el reproche, así como para impedir su castigo social.

En pacientes coronarios y psicósomáticos, en general la agresión se maneja cognoscitivamente, no mostrada conductualmente por el sobrecontrol del sujeto, tal manifestación depende de la predisposición biológica del mismo. El estilo de vida juega un papel tan importante como el proceso de pensamiento agresivo, y a su vez el correlato biológico dado por la respuesta integrativa del sistema nervioso central y endócrino.

Otro aspecto es el del comportamiento psicológico y social del sujeto coronario y ulceroso puede ser la ruptura del patrón "pasivo" tradicional dado por su nivel educativo, económico o social competitivo, en una copia del estilo de comportamiento anglosajón, ya sea porque la ruptura de tal patrón le signifique conflicto o porque la necesidad laboral lo haga ser competitivo y manejar motivos de logro más que de efecto.

Como se ha mencionado, los estudios anteriores se refieren a la frustración relacionándola con diversas variables, pero salvo una, la población investigada no pertenece al sector salud.

En México, este sector es de suma importancia, por ello surge la necesidad de realizar amplios estudios que contemplen no sólo los aspectos estadísticos, sino involucren la calidad de los servicios que se prestan.

Se considera que la salud mental es básica en este sector, ya que en él se apoya la población para la resolución de sus problemas, no sólo en el aspecto físico, sino también el psicológico y el social.

Es por ello que el personal que colabora en este sector, adquiere prioridad para posibilitar que a largo plazo la salud en todos sus aspectos vaya mejorando.

De este modo surge el interés por la realización de la presente investigación.

La mayoría de las acciones que realiza el individuo están determinadas por condiciones medioambientales, así como estados internos del organismo que generalmente están dirigidos hacia metas: los autores que han estudiado la frustración mencionan que esta tiene su origen en el medio, puesto que a partir de él son satisfechas sus necesidades (Gago, 1965; Harv Leeb, 1979).

Además, si se considera que los terapeutas atienden a una población que se supone presenta características generadoras de frustración (Aguilar, 1965; Bueno, 1974; Tello y Hernández, 1981; Velasco, 1988) o desajustes emocionales (García de León, 1984), debido a que sus metas y necesidades no han sido cubiertas satisfactoriamente, por ende, el terapeuta debe enfrentar un ambiente de trabajo en el que debe poner lo mejor de sí para lograr su objetivo.

Teóricamente, el terapeuta es descrito como un individuo paciente, bondadoso y capaz en la interacción personal, asumiendo diferentes funciones según los requerimientos del paciente, esto implica que en su relación laboral, debe poner en juego características psicológicas de estabilidad, siendo una de las más importantes, el nivel de tolerancia a la frustración (Slagle, cit. en Gillote, 1973). A pesar de esta expectativa, las observaciones realizadas en este medio, hacen suponer que el nivel de tolerancia a la frustración y esta profesión, no están directamente relacionados, ya que no se encontró un perfil psicológico que defina las características que tales profesionistas poseen.

El objetivo de la presente tesis es ampliar el conocimiento de esta profesión, averiguando de qué manera diversas variables están influyendo en el nivel de tolerancia a la frustración de estudiantes y trabajadores de terapia física, ocupacional y de lenguaje.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a lo anterior, el problema de investigación queda planteado en los siguientes términos:

Qué manifestaciones adquiere el nivel de tolerancia a la frustración y qué variables influyen en la ocurrencia de ésta en estudiantes y trabajadores de terapia física, ocupacional y de lenguaje del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) Iztapalapa, perteneciente al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)?

HIPOTESIS

hipótesis de trabajo:

De este modo, se esperaba que el terapeuta tuviese un alto nivel de tolerancia a la frustración, esas las características que integran el perfil ideal esperado (García de León, 1956; Russ, 1962; Slagle, cit. en Gillette, 1973; Luna, 1983). Este nivel se manifestaría independientemente si es estudiante o trabajador, si pertenece al sexo masculino o femenino, edad, estado civil, tipo de terapia, años de experiencia, horas de trabajo por semana, si se desmorfa o no en otro trabajo, el número de personas dependientes económicamente, su preferencia por trabajar grupal o individualmente, y si sus expectativas profesionales se han cumplido o no.

Se esperaría que la dirección y tipo de respuesta en que se

canaliza la frustración estén asociados con el nivel de tolerancia a la frustración.

Se establecen las siguientes hipótesis a corroborar:

- | | |
|---|---|
| H0: No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de tolerancia, dirección y tipo de respuesta ante la frustración con respecto a: | H1: Si existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de tolerancia, dirección y tipo de respuesta ante la frustración con respecto a: |
| H01: si es estudiante o trabajador. | H1: si es estudiante o trabajador. |
| H02: si pertenece al sexo masculino o femenino. | H2: si pertenece al sexo masculino o femenino. |
| H03: la edad. | H3: la edad. |
| H04: el estado civil. | H4: el estado civil. |
| H05: el tipo de terapia (física, ocupacional, y de lenguaje). | H5: el tipo de terapia (física, ocupacional, y de lenguaje). |
| H06: los años de experiencia. | H6: los años de experiencia. |
| H07: Las horas operativas de trabajo a la semana. | H7: Las horas operativas de trabajo a la semana. |
| H08: su desempeño en otro trabajo. | H8: su desempeño en otro trabajo. |
| H09: el número de personas dependientes económicamente del sujeto. | H9: el número de personas dependientes económicamente del sujeto. |
| H010: preferencia por trabajar con uno o más pacientes. | H10: preferencia por trabajar con uno o más pacientes. |
| H011: Las expectativas profesionales cumplidas. | H11: Las expectativas profesionales cumplidas. |

POBLACION Y MUESTRA

La población estuvo integrada por los profesionistas que colaboran multidisciplinariamente en el tercer nivel de atención del

Área de rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) Ixtapalapa.

La muestra fue intencional, no probabilística y estuvo compuesta por 27 terapeutas, de los cuales 20 son terapeutas físicos, 4 terapeutas ocupacionales y 3 se dedican a la terapia de lenguaje.

25 pertenecen al sexo femenino y 12 al sexo masculino, cuya edad fluctúa entre los 19 y 42 años de edad, con una media de 28.7 años. 20 son estudiantes de terapia física y ocupacional, mientras que 17 son trabajadores. Todos se desempeñan en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial, perteneciente al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), ubicado en Ixtapalapa (Marcelino Buanda y Calle 17 s/n, Col. Ejidos del Moral, México, D.F.)

DISEÑO

El diseño fue de una sola muestra porque se trabajó con un solo grupo extraído de la población, determinado esto por sus características.

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio exploratorio de campo, ya que fue la primera aproximación en el Área de terapia en rehabilitación.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Las variables a evaluar en este trabajo serán:

-Variables independientes:

Nivel de tolerancia a la frustración (nivel ordinal)

(Definición conceptual).- El nivel de tolerancia a la frustración es la capacidad para mantener la tensión ante una

situación de frustración, existencia su descarga sin pérdida de la adaptación biopsicológica, es decir, sin nivel 8 tipos de respuestas inadecuadas (Rosenzweig, 1970).

Definición operacional: - Niveles de tolerancia alto, medio y bajo.

Alto nivel de tolerancia se considera entre los estres 1 y 3 del factor G₁ de la Prueba 16 PF de Cattell.

Medio nivel de tolerancia, es el nivel de tensión entre los estres 4 y 7 del factor G₁ de la Prueba 16 PF de Cattell.

Bajo nivel de tolerancia es el nivel de tensión considerado entre los estres 8 y 10 del factor G₁ de la Prueba de 16 PF de Cattell.

Definición en que se centraliza la frustración (nivel nominal):

Definición conceptual: - Forma en que se responde ante la presencia de una situación frustrante, según hacia dónde se dirige la agresión (Rosenzweig, 1970).

Definición operacional: - Respuestas extrapunitivas (E) agresión dirigida hacia personas o cosas exteriores.

Respuestas intrapunitivas (I), en donde la agresión se dirige hacia sí mismo en forma de culpabilidad y remordimiento.

Respuestas impunitivas (M), en las que la agresión

es reprimida y la frustración se maneja en forma conciliatoria.

«Tipo de respuesta ante la frustración (nivel nominal)»

(Definición conceptual).- Tipo de respuesta ante la presión de la frustración dependiente de la ubicación psicológica en donde el sujeto de la respuesta (Rosenzweig, 1932).

(Definición operacional).- Respuestas ante el dominio del estímulo 100, es decir, se da énfasis al estímulo frustrante.

Respuesta en defensa del yo (DY), donde el sujeto responde al ver afectado el equilibrio de su persona.

Respuesta de persistencia de la necesidad (PN), el sujeto enfatiza que se debe satisfacer la necesidad que se está viendo frustrada independientemente de la dirección que se le da.

-Variables independientes

«Estudiantes vs. Trabajadores (nivel nominal)»

(Definiciones conceptuales).- «Estudiante»: persona que actualmente está cursando en una universidad o en otro establecimiento de enseñanza.

«Trabajador»: persona que desempeña una actividad con un fin determinado a cambio de una remuneración económica. (Diccionario de la Lengua Española, 1989).

[Definición operacional].- "Estudiante": persona que cursa la carrera de terapeuta físico y ocupacional en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial Itzabalapa, perteneciente al DIF.

"Trabajador": persona que ejerce la profesión de terapeuta físico, ocupacional y de lenguaje, en el CPEE Itzabalapa perteneciente al DIF.

+Sexo (nivel nominal)

[Definición conceptual].- Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer. (Diccionario de la Lengua Española, 1989).

[Definición operacional].- Masculino y femenino.

+Edad (nivel intervalo)

[Definición conceptual].- Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació. (Diccionario de la Lengua Española, 1989).

[Definición operacional].- Grupo a) de 19 a 23 años

b) de 24 a 28 años

c) de 29 a 33 años

d) de 34 en adelante

+Estado civil (nivel nominal)

[Definición conceptual].- Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones en lo que toca a su relación con la sociedad. (Diccionario de la Lengua Española, 1989).

[Definición operacional].- Soltero

Casado

Divorciado

Viudo

unión libre

+tipo de terapia (nivel nominal)

(Definición conceptual).- Clasificación de las terapias (modalidades en el área de rehabilitación. (Stagle, cit. en Gillete, 1972).

(Definición operacional).- Terapia física; abarca el restablecimiento de los movimientos corporales de secuelas de enfermedades físicas.

Terapia ocupacional; aplicación de programas de actividades cotidianas para la adaptación psicossocial del paciente.

Terapia de lenguaje; aplicación de programas técnicos y pedagógicos para el restablecimiento del lenguaje.

+años de experiencia (nivel ordinal)

(Definición conceptual).- Tiempo transcurrido desempeñando la misma actividad en el área profesional elegida.

(Definición operacional).- De 1 a 5 años de experiencia laboral
De 7 años en adelante.

+horas de trabajo por semana (nivel intervalar)

(Definición conceptual).- Número de horas operativas realizando actividades con el paciente.

(Definición operacional).- De 5 a 10 horas

de 11 a 20 horas

de 21 a 30 horas

de 31 a 40 horas

«Desempeño en otro trabajo (nivel nominal)

(Definición conceptual).- Tener una actividad similar extra que sea remunerada.

(Definición operacional).- Si trabaja en otro lado

No trabaja en otro lado.

«Personas dependientes económicamente (nivel ordinal)

(Definición conceptual).- Número de personas a quienes el sujeto solvente todos sus gastos.

(Definición operacional) .- De 1 a 3 personas

de 4 a 5 personas

de 7 a 8 personas

«Preferencia por trabajar grupal o individualmente (nivel nominal)

(Definición conceptual).- Elección que el sujeto hace por trabajar con individuos o grupos, de acuerdo a sus capacidades personales.

(Definición operacional).- En grupo

Con un paciente

«Expectativas cumplidas (nivel nominal)

(Definición conceptual).- Si los sujetos han visto realizadas sus probabilidades de triunfo, económicas, personales y sociales al trabajar en el campo profesional que eligieron.

[Definición operacional].- Si se les han cumplido

No se les han cumplido

INSTRUMENTOS

Se aplicaron 2 pruebas psicométricas, una serie de 3 viñetas y una entrevista inicial, para la obtención de datos de identificación (apéndice 1).

Para medir el nivel de ansiedad o frustración, existen varias pruebas psicológicas desarrolladas desde diversas perspectivas teóricas. En este estudio se utilizaron la prueba de 16 Factores de Personalidad de Cattell, que es una prueba objetiva, basada en la teoría factorial propuesta por Cattell; y la prueba de Rosenwald de tipo proyectiva y desarrollada dentro de la teoría psicodinámica.

En la prueba 16 FF de Cattell, se utilizó la forma R, adecuada para personas adultas con inteligencia normal, que consiste de un cuadernillo que incluye las preguntas y una hoja de respuestas (apéndice 2). Se obtuvo un perfil de personalidad, dentro del cual un factor determina el estado de ansiedad o frustración en que se encuentra el sujeto (factor Q4).

Raymond B. Cattell define la personalidad como: "La predicción de lo que una persona va a hacer en una situación dada"; algunos han clasificado tal teoría como factorialista, otros como teoría de los rasgos, ya que uno de los principales conceptos que maneja es el de "rasgo". Cattell define el rasgo como "una estructura mental, una inferencia que se hace de la conducta observada para explicar su regularidad o consistencia, son unidades funcionales que se manifiestan en la covariación de la conducta" (p. 1-5).

El 16 PP no es un cuestionario compuesto de escalas arbitrarias, consiste en una serie de escalas orientadas cuidadosamente hacia conceptos básicos de la estructura de personalidad humana. Constituye la forma más rápida de medir los factores primarios de personalidad y ha demostrado comprensibilidad y buena capacidad predictiva en relación con el criterio de la vida diaria en psicología aplicada.

La aplicación del 16 PP conduce a que se le asigne al individuo una puntuación de la fuente del rasgo (en puntuación estándar-estén del 1 al 10) en cada uno de los 16 factores. El perfil resultante de las puntuaciones de la fuente de los rasgos será potencialmente útil para predecir específicamente la conducta, la mayoría de las veces. Los valores y las puntuaciones del factor no la predecirán por completo, ya que habría que considerar otras fuentes motivacionales o de habilidades primaria.

En la presente investigación se consideró pertinente para efectos estadísticos, dividir la puntuación estándar-estén del factor Q4 en tres niveles:

- Puntuación de 1 a 3: alto nivel de tolerancia a la frustración (capacidad y/oide superior para soportar y manejar adecuadamente la descarga de impulsos aún en ambientes de mucha dificultad).
- Puntuación de 4 a 7: medio nivel de tolerancia a la frustración (capacidad adecuada para soportar las presiones colisionales).

-- Puntuación de 8 a 10: bajo nivel de tolerancia a la frustración (incapacidad del yo para controlar los impulsos de ello ante las dificultades ambientales simples, manifestaciones consistentes de tensión y ansiedad).

El factor de psicodinámicamente es concebido como la presión del sup. es decir, representa las demandas del ello rechazadas, la presión y el conflicto, la tensión total del individuo.

Los términos presión del id o impulso frustrado, expresan mejor el significado de este factor. D4 tiene la más grande asociación demostrada con la depresión clínica, como una función de frustración general, es decir, el impulso no descargado puede constituir una función de:

- a) nivel situacional, frustración y dificultad ambiental; y
- b) alguna incapacidad temperamental del ego para manejar bien la descarga, con en un ambiente de dificultad ordinaria.

Consecuentemente, puede pensarse del D4 como el factor en la depresión que está conectado con el nivel general de la frustración, por lo tanto, no es raro que las manifestaciones observadas expresen la gama de respuestas de frustración, que van desde enojo y disputa hasta ansiedad y depresión (Manual e Instrucción del Cuestionario de 16 Factores de La Personalidad, 1980).

La prueba de Rosenzweig fue utilizada en su presentación de láminas separadas junto con un protocolo de registro para cada sujeto (Apéndice 3).

Por otra parte la prueba de Rosenzweig tiene como objetivo principal explorar un área específica de la personalidad: la respuesta de tolerancia o intolerancia ante una situación frustrante. Esta respuesta se manifiesta en dos aspectos: dirección y tipo de respuesta en que se canaliza la frustración.

Es un procedimiento proyectivo restringido, de tipo semiestructurado, destinado a revelar los tipos de reacción a las presiones de la vida cotidiana, específicamente ante diálogos inconclusos para completar.

Su base conceptual es una teoría general de la frustración desarrollada por Sadi Rosenzweig en 1934, y que se encuadra en el psicoanálisis experimental. En México, Barrera (1966) realizó la adaptación y traducción de la prueba del Dr. Rosenzweig, con lo que se constituye como la primera investigación formal que utiliza dicha prueba.

Las viñetas utilizadas fueron redactadas presentando 5 situaciones cotidianas tanto del ambiente laboral como personales.

El objetivo de éstas fue corroborar la dirección y tipo de la respuesta ante la frustración en experiencias más asociadas a la cotidianidad que vive el terapeuta (Apéndice 4).

ESCENARIO

La entrevista y pruebas fueron aplicadas en un cubículo perteneciente a dicho centro cuando se trató a los sujetos individualmente. La prueba 15 PP de Catell, por su formato pudo administrarse colectivamente en una de las aulas de la institución.

PROCEDIMIENTO

Se realizó una solicitud al jefe de Investigación y Docencia del C.R.E.C. Establece, con el objeto de realizar el proyecto de investigación. Se informó al jefe de terapeutas la participación de estos en el trabajo. Se entrevistaron por separado a los trabajadores y estudiantes (dependiendo de la carga de trabajo) para obtener su ficha de identificación.

En una segunda sesión se les aplicó la prueba de PP de Castell,

y en la tercera sesión se les aplicó la prueba de Rosenweig, así como una serie de 5 viñetas.

Se procedió a calificar las pruebas y los resultados se vaciaron en los protocolos respectivos.

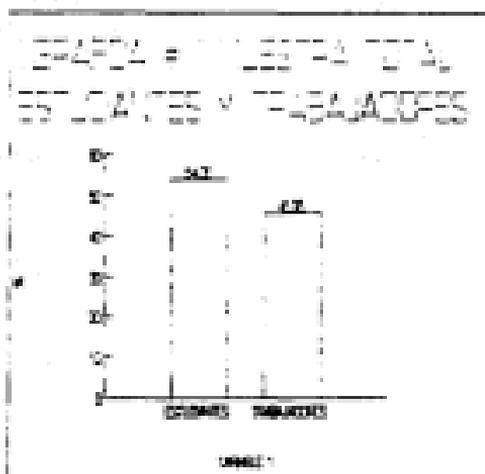
Debido a la calidad semiestructurada de la prueba de Rosenweig y las viñetas, se llevó a cabo una calificación interjueces, obteniéndose una confiabilidad de 87.6 %.

Procedimiento Estadístico

Se realizó un análisis estadístico no paramétrico, dado el tamaño de la muestra, utilizándose una χ^2 para correlacionar por una parte las pruebas utilizadas (Tabla 5) y por otra el factor Q1 con las variables independientes (Tablas 1, 2, 3). Se conviene utilizar χ^2 , ya que aun cuando algunas variables se ubican a nivel Intervalar, la inclusividad permite categorizar.

En los resultados en que se obtuvo significancia estadística, se aplicó la prueba Coeficiente de Contingencia C (Tabla 4), para ver el grado de asociación entre las variables.

RESULTADOS



De la muestra en general, se observa que el 54.05% de la muestra son estudiantes de jornada física y ocasional, mientras que el 45.95% son trabajadores.

El 87.57% pertenece al sexo femenino y el 12.43% al sexo masculino.

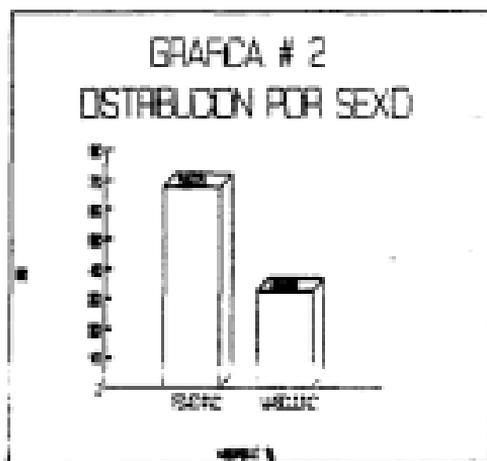
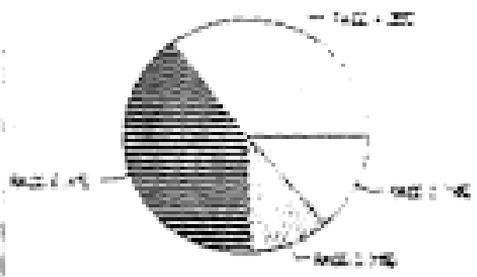


GRÁFICO N.º 3
 ESTATOS DE LA UNIÓN



La edad de la muestra fluctúa entre los 19 y 42 años, con un promedio de 31 años sin embargo, para efectos del análisis estadístico se dividió en cuatro rangos:

- 19 a 23 años
- 24 a 28 años
- 29 a 33 años
- 34 años en adelante

En cuanto al estado civil, se puede señalar que el 31.3% son solteros, el 40.5% se han casado y el 8.1% de la población son divorciados.

GRÁFICO N.º 4
 ESTATOS DE LA UNIÓN

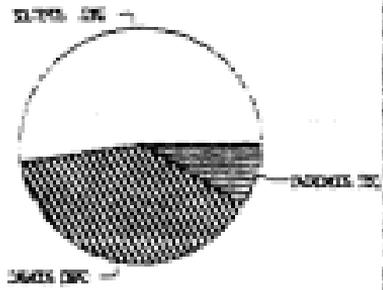


GRÁFICO # 1
TIPO DE TERAPIA



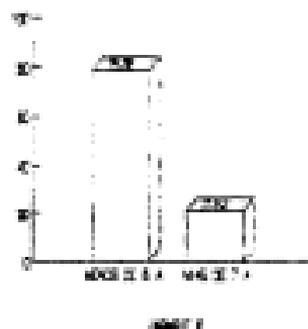
Por lo que respecta al tipo de terapia en que se desempeñan, el 81.08% se dedican dentro del área de terapia física; el 10.81% se dedican al área de terapia ocupacional; y el 8.11% son terapias de lenguaje.

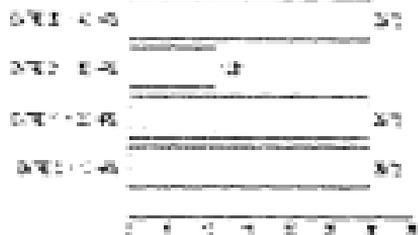
Así mismo, el tiempo de experiencia fue clasificado en 2 rangos, y se aprecian los siguientes porcentajes:

-- menos de 5 años (78.38%), y

-- más de 7 años (21.62%)

GRÁFICO # 2
TIEMPO DE EXPERIENCIA





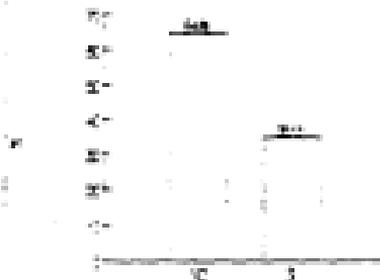
1

Respecto a las horas correspondientes de febrero a la semana que los trabajadores desempeñan, se encontró:

- 29.73% labora entre 6 y 10 horas
- 29.73% labora entre 11 y 20 horas
- 10.54% labora entre 21 y 23 horas
- 29.99% labora más

entre 24 y más horas.

GRÁFICO B. OTRA LABOR



1961

Similármemente, se les preguntó si laboraban en otra institución realizando la misma actividad, encontrándose lo siguiente:

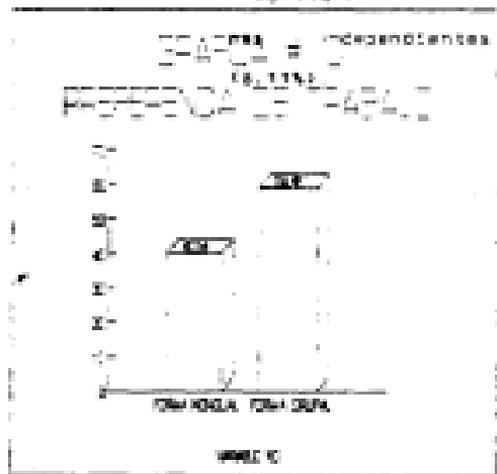
el 64.86% no labora en otro lugar y el 35.13% se desempeña en otra institución.



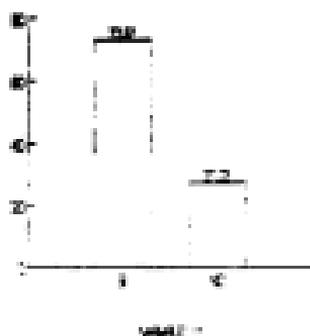
Respecto al número de dependientes que dependen económicamente de cada sujeto se dividió en tres rangos:

- Entre 1 y 2 personas dependientes 50.14%
- Entre 3 y 4 personas dependientes 28.14%
- Entre 5 y 6 personas dependientes 21.72%

En cuanto a su preferencia por trabajar en grupo o individualmente, se observó que el 50.14% prefiere hacerlo en grupo, mientras que el 49.86% opta por trabajar individualmente.



GRAFICA # 11
EXPECTATIVAS PROFESIONALES CUMPLIDAS



Finalmente, la última variable considerada en este censo general, fue si sección que sus expectativas se han cumplido hasta el momento, respondiendo afirmativamente el 72.97%, y en forma negativa el 27.03%.

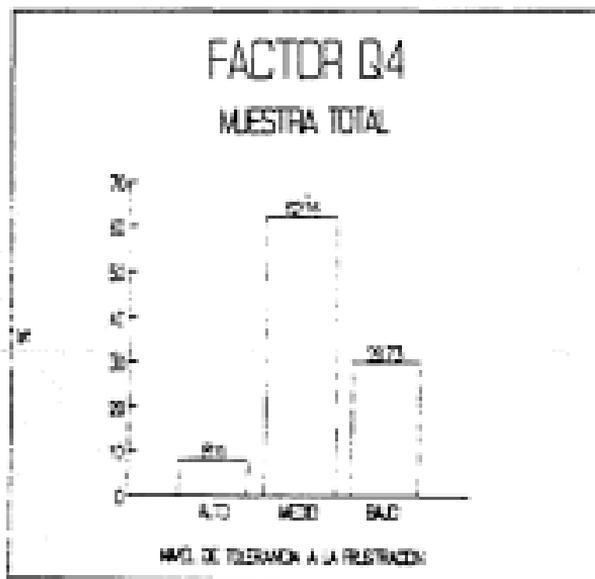
En las siguientes páginas, se revisarán con mayor detalle los resultados obtenidos al relacionar cada una de las variables dependientes (expuestas anteriormente) con las pruebas utilizadas (la EP de Castell y Test de Frustración de Rosenzweig, respectivamente).

Por lo que respecta al nivel de tolerancia a la frustración medido con el factor B4 de la prueba 16 PF de Cattell, se encontró lo siguiente:

a) que solamente el 8.11% de la muestra presenta un nivel de tolerancia que puede considerarse alto;

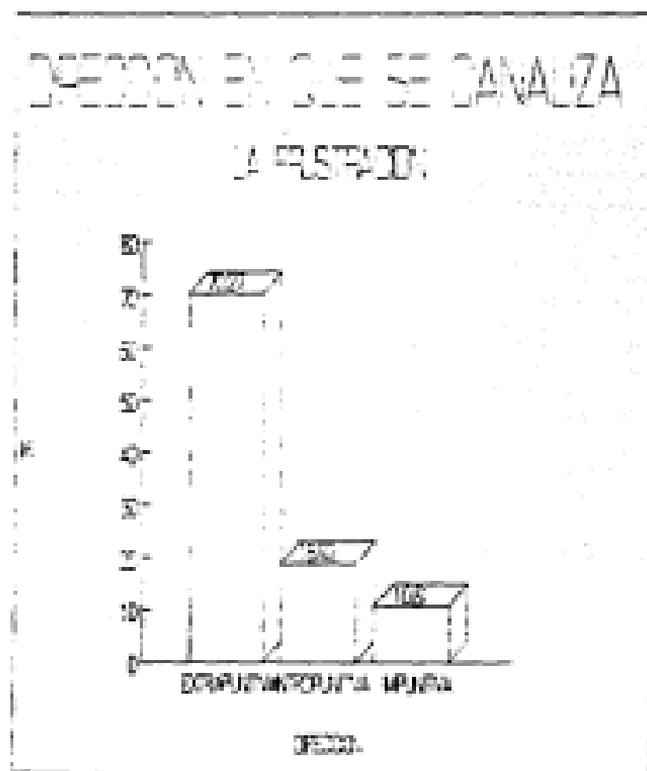
b) el 57.18% se ubica en el nivel medio de tolerancia, considerado como normal en la población en general; y

c) el 34.72% restante tiene un bajo nivel de tolerancia a la frustración, es decir, que existe tensión y ansiedad constante en el desempeño del individuo.

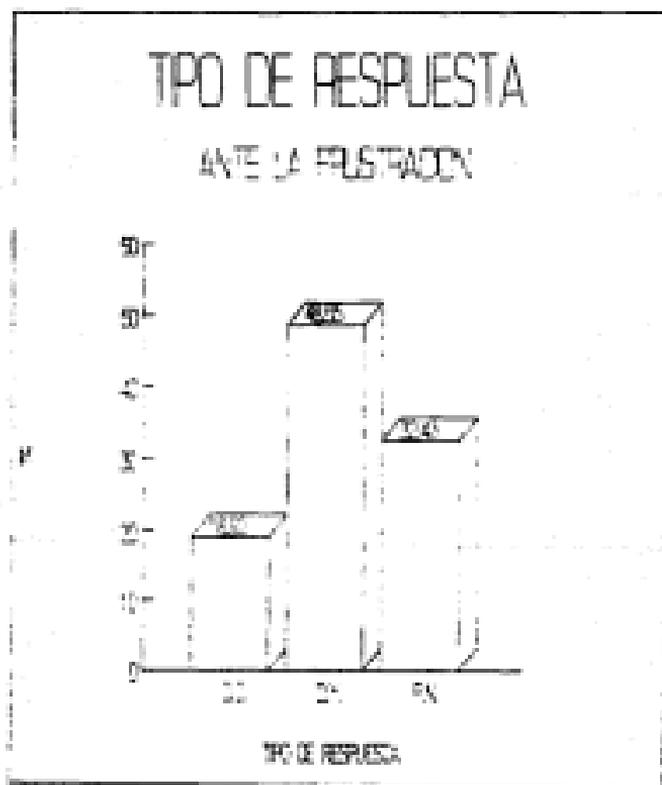


En cuanto a la dirección en que se canaliza la frustración, puede observarse que el 70.27% de la muestra, reacciona extraordinariamente (E) ante situaciones frustrantes.

El 19.82% responde introgunitivamente (I), mientras que el 10.91% lo hace impunivamente (M).



Respecto al tipo de respuesta ante la frustración el 18.92% se siente dominado por el obstáculo (DO), el 48.65% tiende a defender su yo (DY) y el 32.43% de respuestas en persistencia de la necesidad (PN).

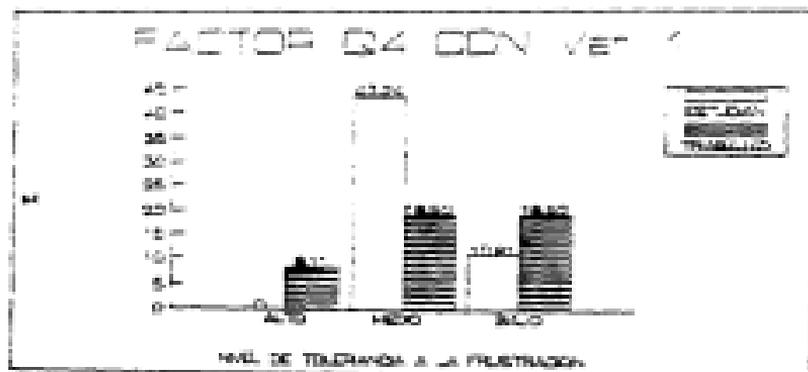


Relacionando el factor Q4 con las variables estudiadas, se encontró significancia y asociación en seis de ellas (estudiante vs. trabajador, edad, estado civil, años de experiencia, desempeño en dicho trabajo y número de personas dependientes económicamente).

Así, se observa que el 6.44% de los trabajadores tiene un alto nivel de tolerancia a la frustración, el 18.52% tiene un nivel de tolerancia medio y el 18.52% restante tiene un bajo nivel de tolerancia.

Por lo que toca a los estudiantes, el 43.74% tiene un nivel medio de tolerancia, mientras que el 19.81% tiene un bajo nivel de tolerancia. Como se puede notar nadie de la muestra de estudiantes tiene un alto nivel de tolerancia a la frustración.

Cabe mencionar que de la muestra total que obtuvo un puntaje bajo de tolerancia a la frustración, la mayoría son trabajadores. Al llevarse a cabo el análisis estadístico para ver si se relacionan las variables, se encontró una asociación moderada (.40); es decir, que el nivel de tolerancia a la frustración sí se asocia al hecho de ser estudiante o trabajador (tabla 1).



Sin embargo, al llevar a cabo el mismo análisis para la dirección y tipo de respuesta en la prueba de Rosenzweig, no se encontró asociación (tablas 2 y 3), pero se observa que el 27.81% de los estudiantes reacciona extrapunitivamente, mientras que el 19.81% lo hace intrapunitivamente; los estudiantes que reaccionan impunitivamente registran un porcentaje de 5.40%, que se presenta en la misma cantidad para los trabajadores, sin embargo, de estos el 9.11% reacciona intrapunitivamente y el 39.43% lo hace extrapunitivamente.

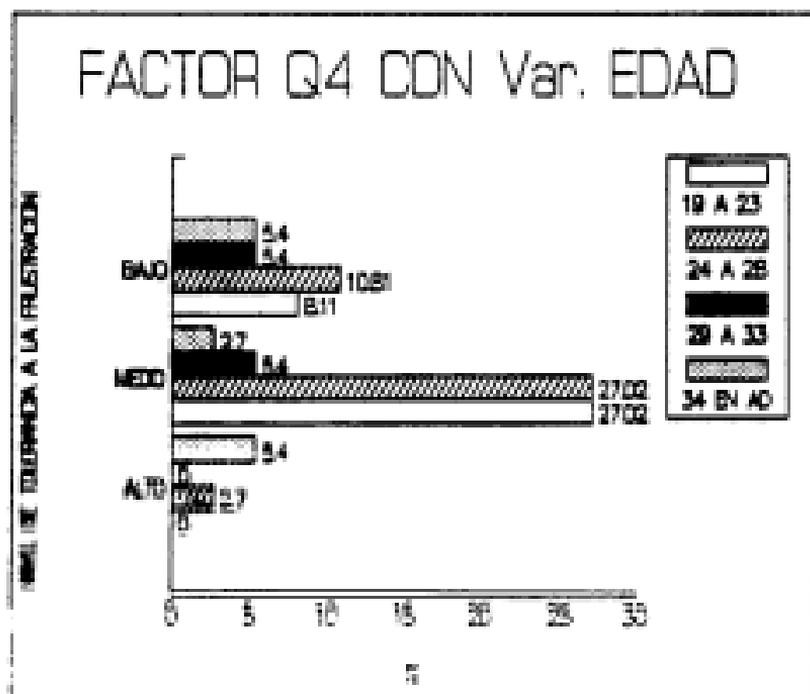
En cuanto al tipo de respuesta ante la frustración el porcentaje más alto se encontró en el rubro de defensa del yo (DY) (24.32%) adquiriendo valores iguales en estudiantes y trabajadores.

Empero, en la respuesta de dominio del costículo (DO) se encontró que los estudiantes obtuvieron un porcentaje mayor que los trabajadores (18.22% y 5.40% respectivamente).

Finalmente, en la respuesta persistencia de la necesidad (PN) se obtuvieron porcentajes similares; 13.51% para estudiantes y 18.22% para trabajadores (tabla 2 y 3).

Al realizar el análisis estadístico del factor Q4 con la variable edad, se pudo observar que tanto la población joven como adulta caen en el nivel medio y bajo de tolerancia a la frustración. Sin embargo, la mayoría de quienes tienen un alto nivel son adultos de más de 34 años.

Al aplicarse el coeficiente de contingencia, se encontró que existe asociación entre ambas variables, misma que fue de .51, por lo que puede decirse que la edad está asociada sustancialmente al nivel de tolerancia a la frustración (tabla 1).



Por otro lado, al llevar a cabo el análisis de contingencia de dicha variable con la dirección y tipo de respuesta de la prueba de Rosenzweig, se encontró que no existe asociación (tablas 2 y 3), pero se observó que el 70.21% de la muestra en general, responde extrapunítivamente (E), de los cuales el 24.32% tienen de 19 a 23 años, el 25.73% de 24 a 28 años, el 2.70% de 29 a 33 años y el 48.81% tienen más de 34 años. Del 18.92% de la muestra que responde intrapunítivamente (I), el 10.81% tienen 19 a 23 años, y el 8.11% de 24 a 28 años. Del restante 18.81% que respondieron impunitivamente (M), el 5.40% tienen de 29 a 33 años y el 2.70% de 34 a 38 y mayores de 34 años.

Por lo que toca al tipo de respuesta ante la frustración, de la muestra en general, el 48.81% reacciona en defensa de su yo (D), de este porcentaje, el 18.92% tienen de 24 a 28 años, el 13.51% de 19 a 23 años, el 10.81% son mayores de 34 años y finalmente el 5.40% tienen de 29 a 33 años.

El 29.73% responde en persistencia de la necesidad (P), de los cuales el 13.51% tienen de 24 a 28 años, el 10.81% fluctúa entre los 19 y 23 años y únicamente 5.40% pertenecen al rango de 29 años en adelante.

El 18.92% restante responde en el rubro dominio del obstáculo (O) y sus porcentajes se distribuyen así: 10.81% pertenece al rango de 19 a 23 años, mientras que el porcentaje restante tiene más de 34 años.

Puede subrayarse que la población en su mayoría joven tiende a reaccionar en defensa de su yo y extrapunítivamente.

Dentro del análisis de la variable estado civil, se encontró que todos los solteros caen en un medio y bajo nivel de tolerancia a la frustración (40,54% y 18,81% respectivamente). Las personas casadas presentan una distribución en los tres niveles: 8,11% para el alto nivel de tolerancia, 19,51% para el nivel medio y 18,81% en el nivel bajo; como se puede observar, el porcentaje va aumentando. Respecto a las personas divorciadas todas caen dentro del nivel medio de tolerancia a la frustración (18,11%).



Por otra parte se encontró que existe asociación sustancial entre ambas variables (.477). Por lo que puede decirse que el nivel de tolerancia a la frustración está asociado al estado civil (tabla 9).

Al llevarse a cabo el análisis de contingencia de esta variable con la dirección y tipo de respuesta de la prueba de

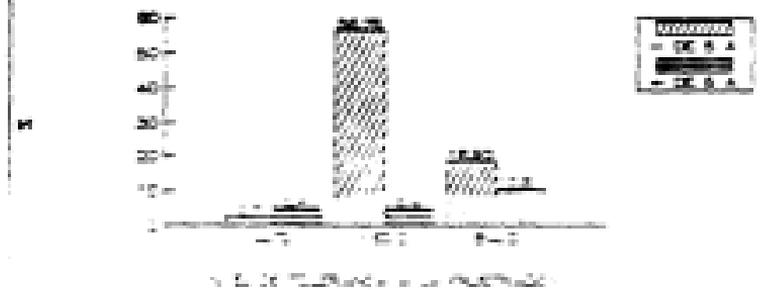
Kolmogorov; se encontró que no hay asociación entre estas. Cuando se observa que del 57.35% de los solteros, el 35.43% responde extracurricularmente (E), el 13.1% intracurricularmente (I) y el 2.70% impunitivamente (Im). Del 40.54% de los casados, el 25.73% respondió extracurricularmente (E), el 2.70% intracurricularmente (I) y el 8.11% impunitivamente (Im). Por último, las personas divorciadas (5.11%) respondieron extra e intracurricularmente (E, I) por lo que responde al tipo de respuesta; el 27.52% de los solteros responde en el tipo Dr, el 18.52% en P4 y el 13.11% en el tipo D0. Del 37.54% casados, el 25.52% responde en Dr, y el 18.22% responde tanto en D0 (8.11%) como en P4 (8.11%). Del 8.11% de las personas divorciadas, el 5.40% reaccionan en Dr y el 2.70% tienden a responder en P4.

Al analizarse la variable años de experiencia, se encontró que las personas que tienen menos de seis años de experiencia laboral, en su mayoría poseen un nivel medio de tolerancia (55.75%), siguiendo al grupo con un nivel bajo de tolerancia (18.87%) y solo un 2.70% presenta un alto nivel de tolerancia a la frustración.

Por otra parte las personas que tienen más de seis años de experiencia, en número es significativamente menor al grupo anterior, por lo que los porcentajes obtenidos son inequitativos, encontrándose que un 18.81% tiene un bajo nivel de tolerancia, un 5.40% posee un nivel alto y el grupo que posee un nivel medio presenta el mismo porcentaje que este.

Al llevarse a cabo el análisis estadístico para verificar la asociación entre variables, se obtuvo un coeficiente de .40 lo que nos indica que esta es moderada (tabla 11).

FACTOR Q4 CON Var. TEMPO DE EXPERIENCIA



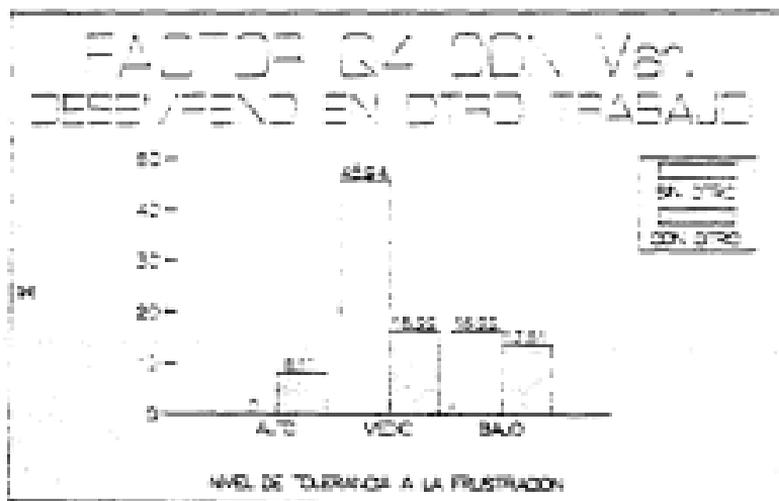
Por lo que respecta a la prueba de Rosenzweig, en la dirección en que se definió la (P) no se encontró significancia estadística, sin embargo, los porcentajes obtenidos fueron mayores para las personas que tienen de 1 a 6 años de experiencia (76.2%), de los cuales el 14.5% responde extrapuntivamente (D), el 15.9% intrapuntivamente (B), y el 5.4% impuntivamente (P). El grupo que tiene más de 7 años de experiencia presenta los siguientes porcentajes: 15.2% para las respuestas extrapuntivas y 5.4% en las respuestas impuntivas. Cabe mencionar que en este grupo no se observaron respuestas intrapuntivas.

Al analizarse el tipo de respuesta en la misma prueba, no se encontró significancia estadística, presentándose los siguientes porcentajes: en el grupo que tiene menos de 6 años de experiencia predominaron las respuestas en D (35.13%), y las respuestas en B y P se dieron en el mismo porcentaje (19.4%) para cada tipo de respuesta. Las personas con más de 7 años de experiencia, observaron respuestas en B y en P, 13.5% y 8.1%

respectivamente) sin que se presentara ninguna respuesta en los ítems 2 y 3).

Respecto a la variable desempeño en otro trabajo se observa que el porcentaje más alto que no trabaja aparte se ubica en el nivel medio de tolerancia a la frustración, mientras que el 16,20% se ubica en el nivel bajo. Por otra parte, de los que sí tienen otro trabajo, el 6,11% se ubica en el nivel alto de tolerancia y el 20,20% en el nivel medio y el 13,51% en el nivel bajo. Como puede notarse todas las personas que tienen un alto nivel de tolerancia a la frustración, se desempeñan en otro trabajo.

Se obtuvo un grado de asociación de .18, lo que nos indica que el nivel de tolerancia a la frustración se asocia moderadamente al desempeño en otro trabajo (tabla 5).



Al llevar a cabo el coeficiente de contingencia entre esta variable y la dirección y tipo de respuesta a la frustración de prueba de Rosenzweig no se encontró asociación (tabla 2 y 3); sin embargo, de 54.88% que no se desempeña en otro trabajo, el 48.88% respondió extrajudicialmente, el 8.7% intrajudicialmente y se dio el mismo porcentaje para los que responden impunitivamente.

Por otra parte de 31.73% que se desempeña en otro trabajo, el 21.82% respondió extrajudicialmente, el 10.81% intrajudicialmente y el 3.70% impunitivamente (tabla 2).

En cuanto al tipo de respuesta a la frustración: de los que no trabajan en otro lugar (54.88%), el 33.73% responde en DF, el 18.92% reacciona en el turno SO y el 10.81% en FW.

En cambio de los que tienen otro trabajo (33.73%), el 18.92% responde en el tipo de respuesta FW, el 13.31% responde en DF y el 2.70% se unido en SO (tabla 3).

Para la variable número de personas dependientes económicamente, la muestra total fue agrupada por rangos de la siguiente manera:

grupo a: de 1 a 3 personas (incluyéndose aquellos que son dependientes de otra persona)

grupo b: de 4 a 5 personas

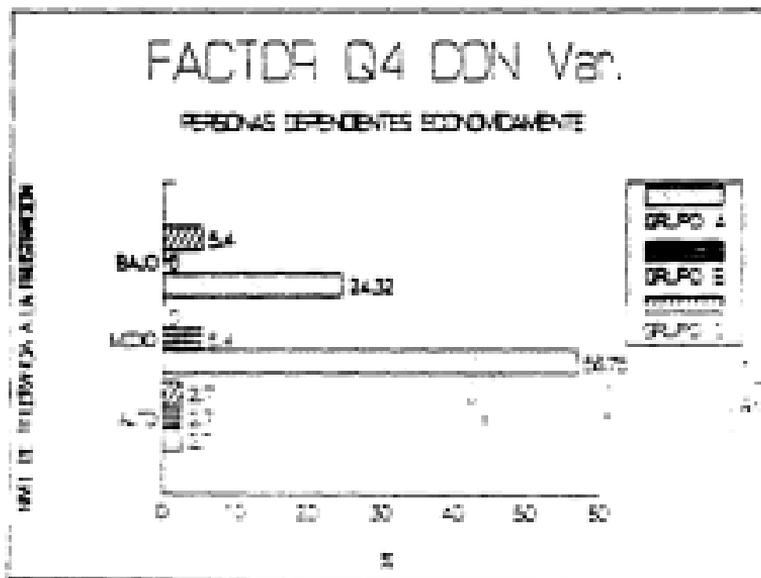
grupo c: de 6 a 8 personas

Se obtuvieron los siguientes resultados: dentro del primer grupo el 2.70% tiene un nivel de tolerancia que puede considerarse alto, el 58.75% presentó un nivel medio y el 24.32% estuvo un bajo nivel de tolerancia.

De las personas de culeros dependen de 4 a 6 personas, se observó que el 2,70% presenta un alto nivel de tolerancia y el 5,40% un nivel medio. Este personal que reside en este punto obtuvo un bajo nivel de tolerancia.

Por último, las personas con familias numerosas presentaron el un alto nivel (3,70%) o un bajo nivel de tolerancia a la frustración (5,40%).

Al llevar a cabo el análisis estadístico para ver la relación entre estas variables, se encontró una asociación moderada (.453), es decir, que el nivel de tolerancia a la frustración está asociado con el número de personas dependientes económicamente (Tabla 19).



Por otro lado, al relacionar esta variable con la dirección y tipo de respuesta a la frustración de la prueba de Rosenzweig, no se encontró asociación entre ellas; pero los porcentajes arrojados fueron los siguientes:

Del grupo a (86.43%), el 62.16% responde extrapunitiveamente, el 18.22% intrapunitiveamente y el 8.11% impunitivamente.

Del grupo b (8.11%) el 3.46% responde extrapunitiveamente y el 2.70% intrapunitiveamente.

Para finalizar del grupo c (5.46%), el 2.70% responde extrapunitiveamente dándose el mismo porcentaje para los que responden impunitivamente (Tabla 2).

Respecto al tipo de respuesta, del grupo a (86.43%), se observa que el 40.54% responde en Df, el 27.03% en el rubro Pn y el 58.92% dentro del tipo de respuesta Dd.

Del grupo b (8.11%), el 3.46% responde en Df y el 2.70% en Dd, y por último del grupo c (5.46%), el 2.70% responde en Df, dándose el mismo porcentaje para los que responden en Pn (Tabla 2).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

En las variables sexo, tipo de terapia, horas de trabajo por semana, forma de trabajo y expectativas cumplidas, no se encontró significancia estadística ni asociación con el factor G₁, dirección y tipo de respuesta ante la frustración por lo que las hipótesis nulas fueron aceptadas (tablas 1, 2 y 3).

En el análisis de las viñetas se observó:

- En situaciones que exigen confrontación con la institución a través de la autoridad (pregunta 1), se observa que el 56.78% responde extrapunitivamente, el 43.54% intrapunitivamente y el 29.73% impunitivamente. Así mismo, el 45.94% responde en D0, el 27.03% tienden a dar respuestas en el rubro de PM, lo cual implica que las personas buscan dar soluciones o peticiones y un 5.40% responde en Dr.

- En la pregunta 2, que plantea una situación frustrante ayudando a su trabajo cotidiano, el 43.24% responde extrapunitivamente, el 32.43% intrapunitivamente y el 24.32% impunitivamente. En cuanto al tipo de respuesta se observa que el 67.53% tiende a dar respuestas en PM, el 27.03% en Dr y el 5.40% en D0.

- La pregunta 3 involucra la responsabilidad del terapeuta, ya que se le culpa del rezago que el paciente presenta, de alguna manera se le agrade atribuyéndosele ineptitud. Ante esta el 78.18% responde extrapunitivamente y el 21.82% responde tanto intra como impunitivamente (10.91% para cada dirección). El tipo de respuesta fue de 75.81% en el rubro Dr, 13.51% respondió en D0 y 10.61% en PM.

- Las preguntas 4 y 5 se refieren a situaciones cotidianas

personales. En la pregunta 4 se observó que el 51.33% responde extrapunitivamente y el 48.66% responde tanto intra como impunitivamente (24.33% dice cada uno).

Por otra parte en el tipo de respuesta el 43.34% se ubicó en el tipo de respuesta DO, el 36.11% en PA y el 21.52% en D.

Por último, en la pregunta 5 se obtuvieron porcentajes similares, ya que el 45.56% responde extrapunitivamente, el 35.62% intrapunitivamente y el 32.42% impunitivamente. Así mismo, en el tipo de respuesta el 54.56% está en DO, mientras que el 38.92% en PA y el 16.32% en D.

En cuanto a las preguntas que se les plantearon en el cuestionario pidiéndoseles sugerencias para mejorar la calidad del servicio y detectar con ello algún otro tipo de aspiraciones que las pruebas no pudieran reflejar, se encontró que el 23% de los estudiantes pide más tiempo en el tratamiento proporcionado al paciente, el 33% solicita mayor número de terapeutas y el 30% una mejor atención por parte del personal así como el mejor aprovechamiento de los recursos existentes (10%). Como se observa, la petición principal se enfoca a la institución para que proporcione un mayor número de personal y mayor tiempo para atender al paciente. En segundo término la petición más importante recae sobre el personal mismo, ya que se dirige a proporcionar una mejor atención al paciente, lo que incluye un servicio prestado con calidad pero apoyándose en el mejor aprovechamiento de los recursos existentes, tanto materiales como humanos. Los estudiantes califican su trabajo con un promedio de 8.58.

En cuanto a las sugerencias de los trabajadores, el 35.33% opta por una ampliación en la plantilla laboral para satisfacer la demanda de pacientes; el 23.52% sugiere la ampliación y/o modificación del área de trabajo con la utilización de espacios de una manera más adecuada, así mismo el 23.52% sugiere cursos de actualización profesional. El 17.64% demanda una mejor atención profesional, es decir, calidad en el servicio por parte del personal, en este aspecto puede observarse que en la autoevaluación, el personal se calificó con un promedio de 4.41. El 11.16% propone más tiempo en el servicio prestado al paciente, lo que pudiese redundar en una mejoría de la calidad profesional. El 23.52% sugiere una mayor comunicación tanto entre el equipo de trabajo, como con el paciente. Así mismo la involucración del personal administrativo para mejorar tal comunicación; esto incluye el respeto por los honorarios laborales y el orden de atención a los pacientes que es llevado a cabo por el personal administrativo.

Referente a las expectativas que los estudiantes tienen de su carrera, la principal a cubrir es la satisfacción personal (55%). En seguida, el 32% espera solamente ejercerla adecuadamente con actualización constante además a la ayuda que puedan prestar a los demás (25%), el deseo de integrarse a la sociedad mediante la carrera (38%).

Es importante notar que el 15% de los estudiantes esperan satisfacciones de tipo profesional y un 5% de tipo laboral. Así mismo, el 15% espera obtener experiencia en el trato con personas y en diferentes ámbitos.

La seguridad económica es prevista solamente por un 16%, con la obtención de un trabajo y sueldo regular sin grandes ambiciones de este tipo. Sus expectativas, el 69% considera que se están cumpliendo de acuerdo al contacto profesional que hasta hoy han obtenido. El 29% considera que no se han cumplido sus expectativas independientemente del tipo que estas sean.

En lo referente a los trabajadores, consideran que la expectativa que era más importante cuando iniciaron su carrera, era la satisfacción personal (35.29%). En segundo término el deseo de ayudar a los demás a través de su desempeño profesional (25.41%). Por lo que respecto a cubrir necesidades de tipo económica, ejercicio profesional y reconocimiento social, se consideraron factores importantes, pero no se aseveraron con tanta frecuencia, con porcentajes que van desde el 15.36% y 17.64% respectivamente. Por último, un 9.88% consideró importante al inicio de su carrera la actualización constante, cubrir sus relaciones interpersonales y la satisfacción laboral. Por otra parte, el 64.76% considera que estas expectativas sí se están cubriendo o se han cubierto en su mayoría. Solamente un 9.88% asevera que tales expectativas se han logrado ocasionalmente y el 25.41% afirma que no se han visto realizadas sus expectativas iniciales.

En cuanto a las opciones de estudio que los estudiantes hubiesen preferido en vez de terapia, el 65% manifiesta que hubiese querido estudiar carreras ubicadas dentro del área química biológicas, dentro de la que se destacan las carreras de enfermería y medicina. El 15% hubiera preferido carreras enfocadas al área de

la educación, ya sea especial o física. El 10% hubiese preferido una carrera dentro del área de ciencias sociales. Finalmente el 5% preferiría una carrera perteneciente al área administrativa. Un 10% de la población aseguró no preferir otra carrera que no sea la de terapia física.

De los trabajadores, el 70.58% manifestó que de no haber estudiado para terapia, hubiesen elegido carreras relacionadas con el área biológica, como medicina, médico veterinario, biología o especializarse en el área de investigación biomédica. El 35.78% hubiera elegido carreras ubicadas en el área de la educación, especial y física principalmente. Existe un 17.61% que manifiesta haber tenido inclinación por carreras como Ingeniería civil y eléctrica o arquitectura, ubicadas en el área físico matemática. Solamente un 5.88% hubiera optado por el área de artes. así mismo, un 5.88% no pudo al elegir la carrera que ejerce actualmente.

Al preguntárseles qué tipo de actividades extralaborales les gustaría desarrollar actualmente, los estudiantes manifestaron en un 78% que prefieren actividades dentro del área médica o de salud, como estudiar medicina o trabajar en algo relacionado a su carrera. En cambio, el 4% menciona preferir dedicarse a pasatiempos no relacionados directamente con la carrera o ejercicio profesional como fotografía, idiomas, música, etc. Finalmente el 10% argumenta no poder desarrollar actividades extras por falta de tiempo.

En este rubro, los trabajadores refieren en su mayoría, que si tuvieran oportunidad desarrollarían pasatiempos que van desde estudiar un idioma para apoyarse en su área, hasta carpintería o

dante (58.82%). El 88.28% menciona preferir estudiar otra carrera del área biológica (47.05%) o especializarse en otro tipo de carrera haciendo una maestría (44.47%). Por último el 11.76% preferiría dedicarse al comercio o al área de ingeniería.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

A lo largo de la investigación y una vez obtenidos los resultados, se desprenderán algunos puntos importantes que pueden enriquecer el siguiente estudio. Este punto se desarrollará resolviendo de primera instancia la pregunta de investigación, después se presentará un panorama general de los datos obtenidos a través de la entrevista y finalmente se revisarán y discutirán las hipótesis de mayor significancia.

De este modo, respecto a la pregunta de investigación, se encontró que algunas de las variables planteadas influyen en el nivel de tolerancia a la frustración exclusivamente. Estas variables fueron si es estudiante o trabajador, edad, estado civil, años de experiencia en el mismo trabajo, desempeño en otro trabajo y número de personas que dependen económicamente de cada sujeto.

Debido a las características de la muestra y a los niveles en que se encuentran cada una de las variables, no pudo realizarse un análisis estadístico consistente que permitiera valorar la dirección en que se da dicha influencia, solo se encontró el grado de asociación entre el factor χ^2 de la prueba χ^2 de G-test y las variables, mismo que fue desde moderado hasta sustancial.

Lo que se desprende en relación a la hipótesis de trabajo, que suponía que el terapeuta en general, tuviese un alto nivel de tolerancia a la frustración desde las características adjudicadas a su perfil teórico ideal, es que mínimo porcentaje de la muestra presentó dicho nivel de tolerancia a la frustración, además de que éste sí se encuentra asociado a algunas características particulares definidas por

Las variables.

Este resultado quizá sobre las investigaciones llevadas a cabo por Cattell cuando refiere que los perfiles elaborados en algunas profesiones (terapeutas, maestros, orientador vocacional) están íntimamente asociados a las características particulares de ellas. En este caso el terapeuta presenta fluctuaciones dentro de los rangos normales comparados a la población en general, es decir, la distribución de la muestra se dio de una manera normal, estadísticamente hablando.

De manera similar, la dirección y tipo de respuesta en que se canaliza la frustración no están asociadas con el nivel de tolerancia a ésta. Aunque pudo observarse que la mayor parte de la población tiende a dar respuestas extrapunativas y mayormente en DF (Defensa del Yo, siguiendole a este grupo el de PA (persistencia de la necesidad), es decir, que tienden a canalizar su frustración contra el medio y sus representantes ya sea de alguna manera sienten amenaza sobre su equilibrio físico; en otras ocasiones suelen adoptar soluciones creativas aunque éstas a veces son demandadas al medio.

Esta tendencia se vio corroborada por las respuestas dadas a la serie de viñetas, ya que al presentárselas problemáticas surgidas en el medio en que se desenvuelven, las respuestas que dan también son extraídas de situaciones que han vivido; con esto puede apreciarse que responde por una parte defendiendo la estabilidad de su trabajo en la que va de ser medio su estabilidad personal y por la otra, adoptan soluciones objetivas apoyadas a su conciencia y experiencia, lo cual es uno de los aspectos fundamentales de su

trabajo: ambos tipos de respuesta en su labor diaria constituyen la manera más adaptativa de funcionar.

Debe considerarse aquí que la respuesta tendiente a restablecer su equilibrio vacío es muy importante si se considera que el medio en el cual se está trabajando es de por sí difícil. Puesto que constituye la parte terminal del proceso de recuperación de la salud en que se enfrenta al paciente y es el que trata de restaurar al mismo su equilibrio, viéndose siempre en una situación frustrante que puede generar conductas agresivas. Quien va a tratar la manifestación de estas situaciones tensas principalmente, es el terapeuta, ya que su trabajo es confrontar en la conciencia al paciente con su problemática para así superarlo.

De este modo el terapeuta utiliza no solo recursos técnicos, sino que ha de poseer recursos emocionales que le permitan al mismo tiempo ser objetivo y ser sensible, sin que esta sensibilidad vaya en detrimento de su propio equilibrio emocional. Así, la aportación de soluciones objetivas dependerá en gran parte de tal sensibilidad, pero también de la experiencia que solo el tiempo le va proporcionando. Dicha experiencia sería inútil si no conserva su equilibrio vacío, ya que aunque tenga todas las posibilidades técnicas sino es capaz de ponerlas en práctica al paciente adecuado en el momento preciso, no serán funcionales. Resumiendo el lugar a tener el perfil ideal del terapeuta, requiere de una serie de habilidades técnicas y emocionales que con la práctica producen mejores resultados.

Tales tipos de respuesta se manifiestan conscientemente y abiertamente en el cuestionario que acompañó la entrevista inicial, en donde se

sugerencias específicas de tipo vocacional, motivacional, expectativas y sugerencias en general, que ellos consideran importantes para mejorar tanto en su persona como en su trabajo.

Se pudo observar que la mayoría desea haber podido estudiar otras carreras del área médica pero no lo lograron por razones de tipo económico principalmente o de falta de orientación vocacional.

Como antes de la inicio de la muestra considera que la principal motivación por la cual desempeñan su labor como terapeutas es la satisfacción personal y el resto expresa motivos diversos (satisfacción económica, un estatus social, establecimiento de relaciones interpersonales, etc.). El reconocimiento de tal motivación es una de las características del individuo mentalmente sano. Si tales metas son alcanzadas, el sujeto logrará no sólo su satisfacción personal sino que se sentirá seguro y capaz para ser productivo, viendo la vida con entusiasmo como refiere Allister (cit. en Roche y Torres, 1988).

Las tres cuartas partes de la muestra aproximadamente, consideran que sus expectativas se han cumplido y el resto siente que esto no ha sucedido.

Finalmente, la sugerencia hecha con más frecuencia es la petición de la ampliación de la plantilla laboral, es decir, la inclusión de más terapeutas para satisfacer la demanda sin detrimento de la calidad del servicio, esta petición va dirigida a la institución. En cuanto a las sugerencias encaminadas al propio personal se encuentra que en general existe insatisfacción en cuanto a la calidad del servicio que se está viendo sacrificada por la cantidad a cubrir del mismo.

En este mismo punto se solicita más tiempo para poder cubrir el aspecto de mejora de la calidad.

Por otro lado, analizando cada una de las hipótesis se observa que:

Existieron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de tolerancia a la frustración dependiendo si el sujeto estudia o trabaja en el área de terapia.

Como puede apreciarse a pesar de que la población es relativamente joven, en los estudiantes aún siendo mayoría se presenta un nivel medio de tolerancia, y los trabajadores en cambio, debido quizá a la madurez o a la experiencia, al presentar un nivel alto aunque fue un mínimo de ellos. El hecho de ser estudiante implica que aún no se ha enfrentado la responsabilidad cotidiana, de tal modo que no se ha tenido oportunidad de responder consistentemente y por tanto con madurez a la labor profesional.

En cuanto a los trabajadores, aún cuando poseen además de una formación profesional, cierta experiencia, se espera que esto les brinde oportunidad de responder maduramente, sin embargo, el porcentaje que presenta un bajo nivel de tolerancia a la frustración es significativo, ya que más de la tercera parte de la población trabajadora presenta este nivel. Esto significa que su trabajo en lugar de ayudarles a desarrollarse personalmente de una manera satisfactoria, hasta cierto punto es origen de tensiones constantes, lo que aún no sucede con los estudiantes quienes actualmente presentan un nivel medio de tolerancia, que Catell considera dentro de la norma. Cabe enfatizar que el porcentaje de estudiantes que

presentan un bajo nivel de tolerancia es apenas la quinta parte; sería interesante ver qué sucede con esta población en el transcurso de la carrera y posteriormente en el ejercicio de este.

La siguiente hipótesis que tuvo significatividad fue la que se refiere a la edad, misma que está asociada a la hipótesis anterior, ya que los rangos de distribución están ligados a la escolaridad y a la experiencia laboral de los trabajadores, es decir, que el promedio de edad de ambos grupos no difiere mucho entre sí, ya que los estudiantes con mayor edad tienen aproximadamente los mismos años que los trabajadores con poca experiencia. Pocos son los que tienen más de 28 años. Puede observarse que la población joven cae dentro de los niveles medio y bajo de tolerancia, mientras que la población de más de 28 años se distribuye en los tres niveles. Respecto a la dirección en que canalizan la frustración, a pesar de que no se obtuvo asociación entre las variables edad, dirección y tipo de respuesta puede apreciarse que la población de menos de 28 años responde extrapunintivamente. Para los mayores de esta edad el porcentaje que responde extrapunintivamente también es el más alto, pero si se comparan proporcionalmente, las respuestas extrapunintivas en los jóvenes son ampliamente mayores. Al respecto en investigaciones anteriores se ha encontrado algo similar, por ejemplo, en población suburbana normal, los jóvenes tienden a responder extrapunintivamente aportando soluciones a las situaciones frustrantes, en cambio, para las personas mayores de 28 se encontró que tienden a responder pasivamente, dan un número menor de soluciones, se sienten culpables y a la larga se tornan pasivos,

dependientes y receptivas, lo cual no sucede con la población de este estudio. Esto puede ocurrir, ya que de algún modo el trabajo les exige responder creativamente y aun cuando no se sientan satisfechos con ello, siguen respondiendo de esta manera (Landa y cols. 1985).

Este aspecto se empleará al analizar la hipótesis que se refiere a años de experiencia.

En la hipótesis que se refiere al estado civil existieron diferencias significativas entre los solteros, casados y divorciados, ya que la población soltera cae en el nivel medio y bajo, los casados en los tres niveles y los divorciados únicamente en el nivel medio. En ninguno de los estudios previos se encontró alguna referencia similar. Sin embargo, para la dirección en que se canaliza la frustración, en nuestra población se encontró que los solteros responden mayormente en extrapunividad lo mismo que los casados, pero el porcentaje de impunitividad es mayor en los casados, mismo que no se presenta en los divorciados y si un porcentaje mínimo en los solteros. Respecto a la gente que responde introvertidamente el mayor porcentaje se da en los solteros y mínimamente en casados y divorciados.

La hipótesis referente a los años de experiencia plantea que hubo diferencias significativas en los grupos que comprenden este rubro. Se clasificó en dos rangos: de 1 a 5 años de experiencia y más de 7 años. Se encontró que los mayores porcentajes se presentaron en los niveles medio y bajo de las personas que no tienen muchos años de experiencia, y significativamente menores que

tienen más de 7 años de experiencia se agrupan en el nivel bajo de tolerancia.

La justificación teórica de esto, es respaldada por el argumento de Zuhrt (1988) ya que dice que entre las cosas que pueden dificultar la práctica de cualquier tipo de terapia, se encuentra el umbral bajo de irritabilidad, el argumento que esto pueda tener de origen en la predisposición natural, desgaste o gran cantidad de años de profesión, siendo este último punto corroborado por los resultados de este trabajo. Por otra parte, cuando como profesional, no se sabe cambiar el enfoque frente a un grupo o caso específico el terapeuta tiende a irritarse de sobremedera, pudiendo esto implicar que con los años de experiencia las soluciones creativas disminuyen, lo cual está relacionado a lo dicho anteriormente respecto a la dirección en que canalizan las frustraciones de acuerdo a la edad. En este punto los jóvenes, y por tanto los que tienen menos experiencia responden extrapunitivamente con un margen muy amplio de diferencia respecto a los que tienen más de 7 años de experiencia; en segundo lugar las respuestas impunitivas son dadas principalmente por las personas con mayor experiencia, es decir, que buscan soluciones conciliatorias minimizando los obstáculos. Por último a pesar de que existe un bajo nivel de tolerancia en aquellos con más experiencia, no tienden a ser intrapunitivos a diferencia de los que tienen poca experiencia que al presentar este tipo de respuesta, lo cual implica que las personas que ya tienen cierto tiempo de trabajar con pacientes son más capaces de percibirse de las soluciones reales que se le pueden dar a un problema, en cambio, el

caracter de experiencia al enfrentar cotidianamente diferentes conflictos, involucra el hecho de dar soluciones basadas en juicios subjetivos. Posteriormente, la experiencia les brindará los límites de la realidad a la que se enfrentan, haciendo a la larga más funcionales sus respuestas. Lo anterior es un claro ejemplo de respuestas adaptativas según Hartmann (1978), ya que la relación individuo - mundo exterior es la que cambia, dándose con ello un ambiente más apropiado. Al respecto Zubrt (1986) refiere que uno de los obstáculos para realizar satisfactoria y productivamente la impartición de una terapia, es cuando el terapeuta se achaca a sí mismo la conducta negativa de uno o varios de sus pacientes y cuando reprime el deseo de hacerles pagar las perturbaciones.

La hipótesis 8 refiere que existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de tolerancia a la frustración entre aquellos que se desempeñan en otro trabajo y los que no. Las personas que laboran en otra institución o por su cuenta se distribuyen de una manera normal en los tres niveles de tolerancia, mientras que aquellos que no laboran en otra parte, exclusivamente demuestran un nivel medio y bajo de tolerancia a la frustración, en este último cabe subrayar que el porcentaje es más alto en aquellos que no se desempeñan en otra parte.

Existen argumentos previos que al parecer corroboran hasta cierto punto esta posición, por ejemplo, Fontecilla y Montero (1974) en su investigación en el sector médico respecto al prejuicio y frustración hacia los pacientes, encontró que existe la idea de que debido a la baja remuneración económica, sólo encuentran cabida en

La institución personas con preparación inadecuada o insuficiente, esto se veía en aquellos que no laboran en otra institución. Esta actitud es perjudicial y frustrante pues implica sentimientos de minusvalía y devaluación personales. Además, al preferir dedicarse a la práctica privada y laborar en una institución (S.S.R.) mientras consiguen ingresar a otra que les brinde mayor prestigio, esto se traduce en inconformidad consigo mismo originando actitudes inadecuadas hacia los pacientes, por ejemplo, hostilidad reprimida y encubierta que aún puede ser manifiesta por ellos, al asumir una actitud equivocada en que critica a la vez que disculpa al paciente. Esta actitud, si se traduce a los términos de este investigación puede calificarse de extrapunitiva y defensiva del yo, misma que se presenta en los temáticas, ya que la dirección y tipo en que la frustración es canalizada, se observa que la mayoría responde extrapunitivemente, en especial aquellos que no laboran en otro lugar dando respuestas tendientes a defender su yo y dejándose sentir dominados por los obstáculos. La investigación de Fontecilla y Montero es un punto de referencia muy importante ya que se ubica dentro del sector salud, aunque fue enfocada a la población médica y no a los paramédicos como en este estudio.

Al respecto Junji (1985) refiere que cuando el terapeuta se siente sobrecargado, la labor terapéutica es más lenta, lo cual no se comprobó en esta investigación ya que las personas que laboran en otra institución, aun teniendo más responsabilidades no se sienten menos ni presionados. Causalmente con las pruebas estadísticas utilizadas no se pudo aclarar cuál es la dirección de la

proporcionalidad de asociación entre las variables estudiadas, es decir, si son directa o inversamente proporcionales y cuál influye en la otra, únicamente puede decirse que están asociadas. Saber esto de algún modo enriquecería los argumentos teóricos a favor o en contra de esta posición.

La hipótesis nueve, fue corroborada, es decir, que existen diferencias entre los sujetos de quienes dependen económicamente pocas o muchas personas. En promedio, los sujetos estudiados o son autosuficientes, o tienen una familia muy pequeña (máximo tres personas). De alguna manera esto dio significatividad a los datos, ya que en su mayoría caen en un medio nivel de tolerancia a la frustración. Las personas que caen en un bajo nivel, o tienen una familia numerosa (más de 7) o ésta es muy pequeña (hasta tres personas).

Con respecto a la dirección y tipo en que se canaliza la frustración, no se encontró significatividad, se observó que la mayoría de las personas de familia pequeña tienden a responder extrapunitiveamente, y en defensa de su yo.

Por otra parte, en la presente investigación no se encontró asociación ni diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto al nivel de tolerancia a la frustración, ni tampoco con la dirección y tipo de respuesta en que la frustración es canalizada. Sin embargo, esta variable fue tomada en cuenta, ya que la población estudiada es en su mayoría femenina, y se pensó originalmente que esto podría arrojar resultados significativos.

Socialmente se espera que la respuesta ante situaciones

frustraciones difiere entre los sexos, ya que el factor cultural para el hombre las normas indica que la mujer generalmente debe ser sumisa, pasiva y tolerante mientras que el hombre debe ser asertivo, dinámico y responder extrarolativamente. Como Díaz-Guerrero (1983) ya refiere en las premisas socioculturales que integran su teoría. Se puede observar que tanto hombres como mujeres responden de la misma manera ante la frustración, queriendo de esta la influencia sociocultural.

Con respecto a las variables tipo de terapia y forma de trabajo, no se encontró que influyeran en la respuesta ante la frustración. Dada la carencia de investigaciones en este sector, es difícil argumentar con antecedentes teóricos, la ausencia de asociación entre las variables y el nivel de tolerancia a la frustración, así como la dirección y tipo de respuesta.

En el inicio de la investigación se pensó que el tipo de terapia podría influir en la tolerancia a la frustración, ya que los perfiles teóricos de cada profesional, son cuando son similares, poseen características peculiares que, por ejemplo en el terapeuta físico, se especia más el aspecto técnico-fisiológico, en el terapeuta ocupacional el aspecto de enseñanza de actitudes y en el terapeuta de lenguaje hacia habilidades motoras finas; esta hipótesis no se corrobora ya que no hubo diferencias en las respuestas a la frustración en los tres tipos de terapeutas.

Así mismo la forma de trabajo, como es señalado en la hipótesis 10, se supone influye en el nivel de tolerancia, quizá por la carga de trabajo al atender a un grupo, o tener un paciente

durante mucho tiempo. En este punto, Zuerf (1966) menciona que entre otros aspectos que dificultan el tratamiento, es especial cuando se trabaja con un grupo se sigue una rutina de determinada manera que no es aceptada por todos los grupos. De este modo, proporciona más argumentos para que exista mucha mayor tensión en un ambiente grupal, que en un ambiente en el cual el trabajo es con un individuo, ya que pueden presentar objeción a las indicaciones emitidas por el terapeuta. En el nivel individual, el mismo autor, dice que lo que puede originar frustración entre terapeuta y paciente, es la gran brecha entre las posibilidades de llevar a cabo el tratamiento y la realidad de la elección del paciente.

Por último, al relacionar la variable expectativas cumplidas, se vio que no existen diferencias entre aquellos que sienten que sus metas se han cumplido y aquellos que no lo han logrado. Se estudió este punto, ya que se esperaba que aquellos que no estuvieran satisfechos, presentarían un bajo nivel de tolerancia a la frustración.

Puede subrayarse que la población tiene un nivel medio de tolerancia a la frustración, que dentro de los parámetros de Fecell, es considerado como normal; sin cuando se esperaba poseerán un alto nivel de tolerancia a la frustración por las características de su profesión, esto no se presentó. Llamo la atención el alto índice de personas que tienen un bajo nivel de tolerancia, si bien las variables señaladas que se asocian a esto son importantes, podría realizarse un estudio más detallado que incluyera aspectos de tipo más personal e histórico-individual que influyen indudablemente en

el nivel de tensión en que se encuentra esta población. Tales aspectos podrían enfocarse más a la capacidad adaptativa que se supone todo adulto psicológicamente sano debe poseer independientemente de su profesión.

Esta capacidad adaptativa es reflejo de la habilidad para establecer relaciones interpersonales en todos los ambientes en que se desenvuelve el sujeto: así mismo, en el caso de tenafilia, que sea capaz de mantener esa relación de una manera consistente y estable por un breve lapso de tiempo sin pérdida de su equilibrio anímico, es una de las puntos más importantes para que el tratamiento tenga un efecto positivo, principalmente para el paciente, ya que se trata de su recuperación física y emocional, objetivo por el cual entabla dicha relación. En el transcurso de tal interacción ambos pueden resultar beneficiados, ya que el terapeuta queda satisfecho, primeramente como profesional y a la larga como ser humano, sintiéndose allí y realizando en la profesión que elige. Si el mismo es capaz de percibir este sentimiento de realización como persona madura, puede transmitirlo a sus pacientes a través de su trabajo teniendo actitudes y comportamientos positivos que no sólo repercuten en la salud física, sino en el equilibrio mental de los pacientes, ya que transitoriamente atraviesa por una situación en la que tienen que hacer ajustes para reintegrarse a la sociedad.

De este modo, la atención terciaria en rehabilitación adquiere importancia, ya que es el momento en el cual el individuo se adapta a la sociedad de la que fue sustraído temporalmente por la enfermedad física. Los modelos que tenga a su alcance para llevar

esencial a su vida normal, cobran importancia dentro del resultado que lleva a cabo.

En la medida en que el sector médico y biomédico sea capaz de promover medidas de salud física y mental, su repercusión en la sociedad, será más eficaz aménorando con ello uno de los problemas más importantes de salud en México, que es el alto índice de invalidez agudas y crónicas.

El terapeuta tiene en su mano la posibilidad de crear una forma positiva y optimista de que el inválido pueda superar su propia invalidez, haciendo que ésta no sea percibida como un impedimento para sí mismo, o para su capacidad de aceptarse a la sociedad; de esta manera si se crea y se transmite un pensamiento positivo en el paciente, así como en las personas que conviven con él, la conflictividad que actualmente se desencadena, puede disminuir. Esto se reflejará en la salud de la población mexicana en general.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Para valorar oportunamente los resultados de este estudio se deben considerar algunas limitaciones que se presentaron en el transcurso de la investigación. Se mencionarán las limitaciones enfrentadas, así como las sugerencias para ser tomadas en cuenta en futuras investigaciones.

Como punto inicial debe considerarse la falta de atención hacia el sector salud, reflejándose por esto a la insuficiencia de profesionales de esta área, así como a la preparación, carencia de consistencia con las necesidades reales de la población mexicana.

Mientras la promoción de servicios de salud en algunos sectores intenta solucionar los problemas de esta índole, el haber de servicios eficientes es necesario referirse a sólo unos pocos. El aspecto de la rehabilitación puede contarse entre ellos, pues aún cuando México cuenta con una larga tradición en este tipo de servicios respecto a otros países y su calidad habla de ello, la población que requiere de su cobertura ha crecido siempre su necesidad.

Si por otra parte consideramos que la investigación en el área médica recibe poco apoyo y usualmente no se aborda a los aspectos sociomédicos y públicos, entonces podemos localizar el origen de la ausencia de información acerca del sector paramédico y su importancia como apoyo para la solución de los problemas de la población en general. Es por ello que la sugerencia primordial se enfoca a que se le debe prestar un mayor énfasis a los aspectos de características que deben cubrir las personas que trabajan en el

área de la salud. Es decir, que este aspecto debe ser considerado desde la formación escolar de los futuros profesionales para lograr que su dedicación sea integral, así como durante la adecuada selección de personal médico.

Esto implica que la formación curricular contemple la cobertura de aspectos multidisciplinarios y no meramente técnicos, o sea que se considere que hay una estrecha vinculación entre la salud física y la salud mental, y que el profesional de esta área asuma con conciencia y responsabilidad esta postura, ya que es el núcleo de apoyo para la población en general, pero particularmente para las personas que requieren de estos servicios. Sin embargo esta conciencia no debe ser exclusiva del sector de rehabilitación sino que puede ser ampliada a la sociedad en general, evitando con ello la marginalidad que usualmente es la consecuencia del marginalismo. Considerando lo anterior se debe tomar en cuenta la poca difusión que este tipo de carreras tiene, ya que actualmente las personas que llegan a ellas tienen un historial académico asociado a otras profesiones, son cuando estas sean de la misma área de la salud (médicos, biólogos, enfermeras, veterinarios, etc.) y al no haber podido, por diversas razones, (de tipo económico principalmente) lograr concluirlos optan por una carrera breve pero similar intentando sustituir sus aspiraciones originales sin reconocer con ello que su carrera por sí misma tiene poco tipo de prestigio.

Debe mencionarse que dentro de las sugerencias hechas por los terapeutas para mejorar el servicio, destaca la petición de la ampliación en la plantilla laboral, es decir, la inclusión de más

terapeutas para satisfacer las demandas sin detrimento de la calidad el servicio, ya que se está viendo sacrificada por la cantidad a cubrir del mismo. En este mismo punto solicitan más tiempo para poder cubrir el aspecto de mejora de la calidad.

De la medida en que la sociedad en general reconoce los méritos de cada profesión, es decir, que se tome en cuenta el prestigio derivado de la destreza y conocimientos y no aquel derivado de títulos o posiciones, todo trabajador se sentirá aceptado y satisfecho por el trabajo que desempeña.

Esto significa que si se conocen otras opciones para ejercer en el área de la salud aparte del médico tradicional, los recursos humanos existentes pueden distribuirse de una manera equilibrada para cubrir las necesidades reales del país. De aquí parte la sugerencia de que se le de una mayor difusión y valoración a las carreras de tipo paramédico como terapeutas, técnicos en saneamiento, orientales y profesistas, etc.

Al tener información de este tipo de carreras y su importancia, se les atribuirá un valor social que satisfice la necesidad de prestigio que todo ser humano posee, sin embargo, la información que hay en esta área es escasa, ya que no se le ha prestado la debida atención a los programas preventivos y de rehabilitación, mucho menos a los trabajadores que colaboran en ellos. Existen pocos estudios acerca de los aspectos psicológicos de los trabajadores, ya que actualmente se atiende a la población que es atendida por este personal. El punto que aquí se considera esencial es la capacidad de tolerar las situaciones frustrantes dado que se

trabaja en un medio donde cotidianamente se enfrentan estas, es por ello de suma importancia llevar a cabo investigaciones que contemplen los puntos sicológicos acerca de las personas que trabajen en este ámbito. De ello se podrán desprender algunas medidas, como llevar a cabo programas de orientación acerca de salud mental, relaciones humanas, ética del profesionalista, satisfaciéndose con ellas una parte esencial de la formación profesional, que si es cubierta de manera positiva, será de mayor provecho tanto para el rendimiento laboral como para la satisfacción personal.

Con ello se cubriría una de las demandas manifestadas en este estudio, ya que los trabajadores mencionaron intereses en desarrollar actividades para apoyar a la carrera, como especializaciones o idiomas en horarios extralaborales.

Con todo lo anterior se concluye que este campo de investigación está inexplorado, y por lo tanto poco desarrollado, pudiéndose extraer de él muchas propuestas encaminadas hacia el área de la salud que podrían conformar futuras investigaciones.

Así mismo, según tomarse en cuenta las limitaciones metodológicas enfrentadas en este estudio: como se verá posteriormente, muchas de ellas son resultado de las consideraciones anteriores: el escaso número de profesionales paramédicos, pocos estudios en el área sociomédica respecto a los puntos referentes a los perfiles psicológicos de los trabajadores de la salud, etc.).

Debido a la complejidad del problema estudiado, es difícil delimitar y tener un control de las variables que en él intervienen, es por ello que se optó por el diseño llevado a cabo. Lo cual,

sumado a la escasez de estudios previos donde por lo menos se hubiesen encontrado algunas variables asociadas a la telefonía o la frustración, constituye una limitación en el control de ellas. La especificación al principio de la investigación fue tentativa, y por ello algunas que pudieron influir en los resultados escaparon de nuestro alcance. Se sugiere tomar en cuenta las variables que si tuvieron asociación con el nivel de telefonía o la frustración para un mayor control, así como considerar algunas otras más orientadas a aspectos histórico-individuales, antecedentes de orientación vocacional, historia académica previa, etc. para futuras investigaciones.

Por otra parte, un punto que ha de considerarse como limitación en este estudio, fue el número reducido de telebolistas, tanto de estudiantes como de trabajadores, ya que todos se encuentran concentrados dentro del mismo centro y no existe una vinculación con otras instituciones, a pesar de que hay otros lugares donde se estudia y se ejerce esta carrera. De esto resulta que en vez de unificar criterios en la formación profesional, se enseña hasta cierto punto una competencia que no beneficia a la profesión, ni al profesional. Cabe subrayar, que el estudio se realizó dentro de este centro dadas las facilidades otorgadas por el Departamento de Enseñanza e Investigación, misma iniciativa que debe ser tomada como ejemplo por todo sector que está interesado en el conocimiento y mejoramiento de las problemáticas de sus trabajadores, mismas que si se les atiende, repercutirán en la calidad del servicio prestado. Si se permitiera el acceso a la

investigación en un mayor número de centros, rompiéndose las resistencias a tocar estos aspectos, metodológicamente las investigaciones podrán arrojar resultados más generalizables enriqueciendo con ello el área misma.

Otro de los aspectos metodológicos que por una parte limitaron este estudio y por otro lo enriquecieron, fue la inclusión de las viñetas. Estas no pudieron ser brevemente explicadas dada el reducido número tanto de la muestra como de las viñetas mismas, es decir, que su validez y confiabilidad son relativas, sin embargo, se tomaron en cuenta para corroborar hasta cierto punto la dirección y tipo de respuestas ante la frustración, manejadas similarmente por la prueba de Rosenzweig, ya que se refieren a aspectos más ligados a situaciones que los individuos pueden enfrentar particularmente.

Finalmente, el análisis estadístico realizado, dada las características de la muestra y del tipo de estudio, permitió exclusivamente llevar a cabo la identificación de las variables que pudieran asociarse al nivel de tolerancia a la frustración, sin llegar a definir la dirección de dicha asociación. Además de que no se pudo precisar qué variables determinan la dirección de ésta. Se sugiere por ello realizar un análisis más profundo y más diágnico para obtener resultados significativos en cuanto a la dirección y tipo de respuesta ante la frustración.

APPENDIX

11.- Percibe estos ingresos aparte del de terapeuta?

Sí No

12.- Su ingreso total mensual es de _____

13.- Cuántas personas atender económicamente de usted?
(incluyéndose ud.) _____

14.- Qué recursos requiere para desempeñar adecuadamente su trabajo?

_____ de espacio	_____ motivacionales
_____ de tiempo	_____ instrumentos especializados
_____ humanos	_____ materiales
	_____ otros _____
	_____ específicos

15.- A nivel de cómo de trabajo, cómo prefiere trabajar?

individual en grupo

Por qué? _____

16.- Cómo describiría sus relaciones con compañeros y equipo interdisciplinario?

muy buenas
 buenas
 regular
 malos
 pésimas

17.- Qué tipo de sociedades prefiere atender y por qué?

18.- De qué forma prefiere atenderlos

individualmente grupalmente

19.- Dentro de una escala del 1 al 10, cómo calificaría el servicio profesional que presta a los pacientes? _____

20.- Si usted estuviera a cargo del servicio dentro de su área, qué propondría para mejorarla? _____

21.- Qué esperaba al inicio de su carrera profesional?

23.- Faltan expectativas concuerdan con su práctica profesional actual? _____

20.- De lo que se ha estudiado sabe identificar qué otra acción podría elegir? _____

24.- Si estuviera fuera de la posibilidad que otras actividades laborales o de estudio le gustaría desarrollar? _____

Sl. No.	Particulars	Amount	Particulars	Amount
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

FORM NO. 10 (REVISED) - 1999

Sl. No.	Particulars	Amount	Particulars	Amount
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

**TEST DE ROSENZWEIG
PROTOCOLO DE REGISTRO**

Nombre y apellido: _____ Fecha: _____
 Sexo: _____ Lugar de nacimiento: _____
 Profesión: _____ Edad: _____
 Clase de test: _____

Respuestas

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

PROTOCOLO DE EVALUACION

Clasificación

Grado	Grado	Grado	Grado	Grado
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20
21	22	23	24	25
26	27	28	29	30
31	32	33	34	35
36	37	38	39	40
41	42	43	44	45
46	47	48	49	50
51	52	53	54	55
56	57	58	59	60
61	62	63	64	65
66	67	68	69	70
71	72	73	74	75
76	77	78	79	80
81	82	83	84	85
86	87	88	89	90
91	92	93	94	95
96	97	98	99	100

Grado	Grado	Grado	Grado	Grado
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20
21	22	23	24	25
26	27	28	29	30
31	32	33	34	35
36	37	38	39	40
41	42	43	44	45
46	47	48	49	50
51	52	53	54	55
56	57	58	59	60
61	62	63	64	65
66	67	68	69	70
71	72	73	74	75
76	77	78	79	80
81	82	83	84	85
86	87	88	89	90
91	92	93	94	95
96	97	98	99	100

Observaciones

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

Observaciones

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

Observaciones

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

Copyright © 1988 by Test Corporation, Inc. All rights reserved.

Test Corporation, Inc.

VÍDEOS

A continuación se le presentará una serie de situaciones en las cuales usted puede verse involucrado. Responda de la manera más adecuada posible a la solución que proponerá en cada caso.

1.- Usted dice sus vacaciones de manera veraz, y el rol queda arreglado como usted lo espera: sin engorro, quince días antes de que den inicio. Su jefe le dice que tiene que cambiarlas para otro periodo, ya que se le necesita en el tiempo en que usted quería sus vacaciones. ¿Qué haría usted ante esta situación?

2.- Usted ha estado trabajando con un paciente durante dos años, y espera mucho de él en 6 meses más, pero la persona que trasladó al paciente ya no puede traerlo, por lo que se suspenderá definitivamente el tratamiento. ¿Cómo respondería usted ante esta situación?

3.- Usted ha aplicado un tratamiento a un paciente, éste tiene que llevarse en forma paralela en caso de lo cual dependerá el éxito del mismo. Han pasado tres meses y usted no observa avance, ya que las personas que deben apoyar el tratamiento no lo realizan, protestando falta de tiempo. El paciente no ha mejorado y la familia le reclama a usted el fracaso de la rehabilitación. ¿Qué haría usted en este caso?

4.- Usted vive con su familia integrada por cinco personas más y en casa solo hay un baño; usted tiene prisa por salir a trabajar y precisamente este día todos quieren salir temprano. Ud. se levanta para darse un baño en su turno que se corresponde, pero otra persona le gana su lugar y hay otros dos más esperando antes que usted. Como reaccionaría ante esta situación?

5.- Ha hecho fila durante una hora para adquirir boletos de una función muy especial y es el último día de su presentación. Antes de que usted llegue a la ventanilla, otras personas a quienes les dieron el lugar compraron un excesivo número de boletos, lo que originó que cuando usted llegara a la ventanilla, ya no encontrara boletos. Usted...

T A B L E S

T A B L A 1

SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA DE LA PRUEBA χ^2 RESPECTO A LAS VARIABLES Y EL FACTOR 04 (NIVEL DE TOLERANCIA A LA REESTRUCTURACIÓN)

FACTOR 04 VS:	02c	03t	nivel de sig.	p.l.	Decisión H_0
ESTUD. + TRAB.	7.11	5.09	.05	2	Se rechaza
SEXO	2.18	5.99	.05	2	Se acepta
EDAD	13.17	12.58	.05	6	Se rechaza
ED. CIVIL	10.83	8.49	.05	4	Se rechaza
TIPO DE TERAPIA	2.73	8.45	.05	4	Se acepta
AÑOS DE EXPERIENCIA	7.45	5.99	.05	2	Se rechaza
HRS. DE TRABAJO POR SEMANA	2.88	12.58	.05	6	Se acepta
DESEMPEÑO EN OTRO TRABAJO	6.57	5.99	.05	2	Se rechaza
PERSONAS DEPENDIENTES ECONÓMICAMENTE.	8.84	8.49	.05	4	Se rechaza
PREFERENCIA DE TRABAJO	.19	5.99	.05	2	Se acepta
EXPECTATIVAS CUMPLIDAS	.89	5.99	.05	2	Se acepta

T A B L A 2

SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA DE LA PRUEBA χ^2 RESPECTO A LAS VARIABLES Y LA DIRECCION EN QUE SE DESARROLLA LA FRUSTRACION

DIRECCION DE LA FRUSTRACION	Var.	χ^2	nivel de sig.	g.l.	Decision
ESTAD. Y TEMP.	1.02	< 5.99	.05	2	Se acepta
SEXO	1.47	< 5.99	.05	2	Se acepta
EDAD	10.78	> 12.59	.05	6	Se acepta
EDU. CIVIL	5.31	> 12.59	.05	6	Se acepta
TIPO DE TERAPIA	5.99	> 9.49	.05	4	Se acepta
HRS. DE EXPERIENCIA	2.48	< 5.99	.05	2	Se acepta
HRS. DE TRABAJO POR SEMANA	9.78	> 12.59	.05	6	Se acepta
DESEMPEÑO EN OTRO TRABAJO	1.66	< 5.99	.05	2	Se acepta
PERSONAS DEPENDIENTES ECONOMICAMENTE.	4.18	< 9.49	.05	4	Se acepta
PREFERENCIA DE TRABAJO	2.54	< 5.99	.05	2	Se acepta
EXPECTATIVAS CUMPLIDAS	8	> 5.99	.05	2	Se acepta

T A B L A 3

SIGNIFICACION ESTADISTICA DE LA PRUEBA F2 RESPECTO A LAS VARIABLES Y EL
 TIPO DE RESPUESTA ANTE LA FALSIFICACION

TIPO DE RESPUESTA vs.	MS	MS	nivel de sig.	g-l.	Decision no
ESTUD. R TRAB.	3.24	3.99	.05	2	Se acepta
SEXO	5.04	3.99	.05	2	Se acepta
EDAD	3.71	12.59	.05	6	Se acepta
EDU. CIVIL	1.75	3.49	.05	4	Se acepta
TIPO DE TERAPIA	.75	3.49	.05	4	Se acepta
AÑOS DE EXPERIENCIA	3.10	3.99	.05	2	Se acepta
HRS. DE TRABAJO POR SEMANA	0.88	12.59	.05	6	Se acepta
DESEMPEÑO EN DIAS TRABAJO	3.58	3.99	.05	2	Se acepta
PERSONAS DEPENDIENTES ECONOMICAMENTE	2.05	3.99	.05	4	Se acepta
PREFERENCIA DE TRABAJO	.9	3.99	.05	2	Se acepta
EXPECTATIVAS COMPLIDAS	2	3.99	.05	2	Se acepta

T A B L A 5

GRADO DE ASOCIACION EXISTENTE PARA LOS RESULTADOS SIGNIFICATIVOS DEL
 NIVEL DE TOLERANCIA A LA FRUSTRACION (FACTOR D4)
 (COEFICIENTE DE CONTINGENCIA C)

VARIABLES ASOCIADAS CON FACTOR D4:	COEFICIENTE C DE CONTINGENCIA
ESTUD. vs. TRAB.	0.40 (asociación moderada)
EDAD	0.51 (asociación sustancial)
EDUCACION	0.47 (asociación sustancial)
AÑOS DE EXPERIENCIA	0.40 (asociación moderada)
DESEMPEÑO EN SU TRABAJO	0.38 (asociación leve)
PERSONAS DEPENDIENTES ECONOMICAMENTE	0.45 (asociación sustancial)

T A B L A 5

CORRELACION ENTRE EL FACTOR DA DE 16 PP DE ERTELL VS. DIRECCION Y TIPO
DE RESPUESTA ANTE LA FRUSTRACION

FACTOR DA vs:	RSC	RST	nivel de sig.:	g.l.	Decision acc:
DIRECCION EN QUE SE CANALIZA LA FRUSTRACION	3.13	3.43	.05	4	Se acepta
TIPO DE RESPUESTA ANTE LA FRUSTRACION	3.67	3.43	.05	4	Se acepta

BIBLIOGRAFIA

- AGUIAR S.M. Reacciones psicopatológicas del niño lisiado ante su
deformidad física. Tesis de Licenciatura, UNAM,
México, 1968.
- BERRUM H. H. T. Traducción y adaptación a México de la prueba
de Rosenzweig. Tesis de Licenciatura, UNAM,
México, 1968.
- BUSTO G. Ma. D. Estudio psanalítico sobre frustración y agresión.
Tesis de licenciatura, UNAM, México, 1974.
- BUSS H. H. Psicología de la agresión. Buenos Aires, ed.
Trilce S.R., 1969.
- CAMPILLO S.C., ALVAREZ T.J. y GONZALEZ C.E. La situación de la
salud en México y sus tendencias. México, SSA,
Folleto, 1973.
- CAPLAN G. Principios de psiquiatría preventiva. México,
ed. Paides, 1965.
- CASTELL R.B.; EISEN H.W.; TATSUKAWA H.M. Questionario de 16 Factores
de la Personalidad partes 1 y 2. México, ed. El
Manual Moderno, 1965.

DE QUIROZ J. B. Fundamentos para una ley sobre los discapacitados en SÍNDROMES DE ESCALADA CEREBRAL. Buenos Aires, ed. Médica Panamericana, 1976.

DEZ-GUERRERO F. Hacia una teoría histórico-bio-psico-socio-cultural del comportamiento humano. México, ed. Trillas, 1972.

D. I. F. Boletín cuatrimestral de rehabilitación. Enero-Abril, 1968 # 4. DIF.

D. I. F. Qué hace el DIF por los minusválidos?. Dirección General de Comunicación Social. DIF-1967.

DEHSEN R. Psicología de niños y adolescentes. México, ed. Fondo de Cultura Económica, 1968.

ELDERA P. T. H. Inteligencia para ciencias del comportamiento. México, ed. Harla, 1967.

FARRERO G. G. Las relaciones médicas en los servicios médicos. México, ed. Limusa-wiley, 1976.

- FORTICHALA * MONTEÑO M. La interacción del ambiente y la
formación de la familia en México
Investigación. Tesis de licenciatura UNAM,
 México, 1974.
- GAGO H.A. La formación del factor psicológico de la
degeneración. Tesis de licenciatura UNAM
 México, 1965.
- GARCIA DE AYOY E. La interacción de la psicología en la
rehabilitación en México. Tesis de
 Maestría, UNAM, México, 1956.
- GILLETE H. Terapéutica ocupacional y salud mental en
terapéutica ocupacional. Barcelona, ed. SIMS,
 1973.
- GONZÁLEZ C.E. El diagnóstico de la salud en México. Fac. de
 Medicina, UNAM, México, 1988.
- HARO L.L. Relaciones humanas. México, ed. Edicol, 1979.
- HARTMAN H. Ensayos sobre la psicología del yo. México,
 ed. Fondo de Cultura Económica, 1978.
- JONES M. La medicina en la crisis de nuestro tiempo.
 México, ed. Siglo XXI, 1965.

- LILLIE F. J. Psicología para fisioterapeutas en Neurología para fisioterapeutas. Buenos Aires, ed. Médica Panamericana, 1980.
- LOPEZ R. D. La salud mental en México. México, ed. Siglo XXI, 1980.
- LUNA R. Puntos integrados de la materia "Psicología y Lenguaje". Tercer curso, 1963-1964. Escuela Normal de Especialización, México.
- MÉXICO COMPLAN. Necesidades especiales en México: situación actual y perspectivas al año 2 000. México, ed. Siglo XXI, 1982.
- MUSSEN P. H. Introducción a la Psicología. México, ed. Compañía Editorial Continental, S.A., 1981.
- REPORT D. La estructura de la teoría psicoanalítica (un intento de sistematización). Buenos Aires, ed. Paidós, 1987.
- ROCHA F. R. Y TORRES G. H. Prevención primaria en salud mental. Tesis de Licenciatura, UNAM, México, 1987.

- RODRIGUEZ M. S. Actitud del equipo multidisciplinario en la rehabilitación connotaciones personales de una mesa de trabajo. Quito, 1981 en ÍCARO de medicina física y rehabilitación- vol. VI n 2, Junio, 1982.
- RODRIGUEZ S. S. Esquizofrenia y psicosis. México, ed. Países, 1982.
- ROSENZWEIG S. Manual de aplicación del Test de Frustración. Buenos Aires, ed. Países, 1973.
- RUSK H. B. Medicina de rehabilitación. México, ed. Interamericana, S.A., 1982.
- SICARD P. y SACCHAN C. Psicología social. México, ed. Mc Graw-Hill, 1976.
- SACCHAN C. S. Terapéutica ocupacional. Su relación con los servicios médicos afines en Terapéutica ocupacional. Barcelona, ed. JIMS, 1973.
- S. P. P. La población de México. su evolución y sus niveles de bienestar. México, 1979.
- S. P. P. I CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDAS. México, SSP, 1981.

- TATTO C. Ma. T. y HERNANDEZ S. Medición del índice auditivo como un índice para evaluar la calidad del servicio médico. Tesis de Licenciatura, UNAM, México, 1981.
- TROPO H. Ma. A. M. La atención-terapia en dos áreas de enfermería: psicofisiológica, cardiopulmonar y neurológica. Tesis de Licenciatura, UNAM, México, 1981.
- VELASCO G. .. La inversión física lleva implícita una ganancia? Tesis de licenciatura, UNAM, México, 1986.
- ZURBT R. Educación del movimiento y del cuerpo en niños discapacitados físicamente. Buenos Aires, ed. Médica Panamericana, 1980.