



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

**TRABAJO GRUPAL PARA CUIDAR LA SALUD PSICOLÓGICA Y FAVORECER
EL DESEMPEÑO LABORAL EN UNA INSTITUCIÓN**
TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN CLÍNICA EN ADULTOS Y GRUPOS**

PRESENTA:

GERARDO MORA GUTIÉRREZ

DIRECTORA:

MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ:

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO MUÑOZ CEBADA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MTRA. LAURA ÁNGELA SOMARRIBA ROCHA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MTRA. BEATRIZ ALEJANDRA MACOUZET MENÉNDEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

México D.F.

OCTUBRE 2015



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 esta 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.

ÍNDICE

Resumen.....	1
<i>Abstract</i>	2
Introducción.....	3
Capítulo 1: Incursión de la Psicología Clínica en diferentes escenarios.....	6
1.1. Definiciones de Psicología y Psicología clínica y de la salud.....	6
1.1.1. Psicología clínica y psicología de la salud.....	8
1.2. El quehacer del psicólogo clínico y de la salud más allá del consultorio... 14	
1.3 El psicólogo clínico como agente de cambio en instituciones clínicas y no clínicas.....	16
Capítulo 2: Procesos de salud y “psicopatología” en los escenarios laborales.....	19
2.1. Concepto de salud, salud mental y salud laboral u ocupacional.....	19
2.1.1. Salud y trabajo.....	19
2.1.2. La salud y la patología en el trabajo.....	23
2.1.3. Salud mental en el trabajo.....	24
2.1.4. Salud laboral.....	25
2.2. Breve esbozo sobre la definición de trabajo y desempeño laboral.....	26
2.3. El ámbito psicosocial de los escenarios laborales.....	28
2.4. “Psicopatología” en los escenarios laborales.....	32
2.5. Ambientes de trabajo saludables y no saludables.....	43
Capítulo 3. Trabajo grupal en las Instituciones.....	44
3.1. Trabajo clínico grupal: Integración de definiciones de grupo, breve historia de la Psicoterapia de grupo.....	44
3.1.1. Sigmund Freud.....	46

3.1.2. Melanie Klein. Tres conceptos para el análisis grupal: “Celos”, “Envidia” y “Voracidad”.....	47
3.1.3. Inicio de la terapia de grupo.....	50
3.2. Dispositivos grupales clínicos y no clínicos.....	52
3.3. ¿Por qué son benéficos los grupos y “curan”?.....	56
3.4. Programas de intervenciones grupales en instituciones.....	59

Capítulo 4. Método.....61

4.1. Antecedentes.....	61
4.2. Justificación.....	62
4.3. Planteamiento del problema.....	64
4.4. Objetivo general.....	64
4.4.1. Objetivos específicos.....	64
4.5. Hipótesis de trabajo.....	65
4.6. Tipo de diseño de investigación.....	65
4.7. Tipo de población a la que va dirigido el Programa de Intervención.....	66
4.8. Tipo de dispositivos grupales.....	66
4.9. Criterios de inclusión.....	66
4.10. Número de participantes.....	66
4.11. Instrumento aplicado.....	66
4.12. Material utilizado.....	67
4.13. Procedimiento.....	67

Capítulo 5. Resultados.....72

5.1. Descripción del universo de participantes en la intervención.....	72
5.1.1. Promedio de edad del universo de participantes.....	72
5.1.2. Estado civil de los participantes.....	73
5.1.3. Contratación de personal.....	74
5.1.4. Escolaridad de los participantes.....	75
5.1.5. Características institucionales.....	76
5.1.6. Jerarquías de la institución.....	77

5.2. Resultados cuantitativos.....	79
5.3. Análisis cualitativo de la intervención (análisis del proceso grupal).....	85
Capítulo 6. Discusión y conclusiones.....	102
6.1. Discusión.....	102
6.2. Retos, limitaciones y alcances.....	106
Bibliografía y referencias.....	109
Anexos.....	115
Manual.....	116
Cartas descriptivas.....	153
Inventario Maslach de Burnout.....	167

Resumen

Es a partir del siglo XX cuando los profesionales de la salud mental comienzan a trabajar formalmente con sus pacientes a través de la formación de grupos. Desde entonces y hasta la fecha, el trabajo clínico grupal en sus distintas vertientes como el grupo terapéutico, el grupo operativo, el grupo de admisión o el grupo de reflexión, entre muchos otros, ofrece un abanico de posibilidades para el tratamiento de alteraciones y problemáticas psicológicas, con una amplia gama de modelos, técnicas y metodologías.

Por otro lado, y a propósito de las condiciones contextuales actuales y el gran malestar social que está presente hoy día en la sociedad contemporánea, la psicología clínica y de la salud ha ganado terreno, por lo que su campo de acción ha crecido considerablemente y no se limita al campo tradicional de hospitales, clínicas y consultorios privados. Por el contrario, ahora la psicología actúa en distintos escenarios como la comunidad, las instituciones laborales, escuelas e inclusive instituciones políticas.

Respecto a las instituciones laborales, éstas están cada vez más plagadas de malestares y alteraciones físicas, psicológicas y sociales; en lo que respecta a las alteraciones psico-sociales, la psicología ofrece estrategias de solución ante las principales problemáticas que aquejan a los trabajadores como lo son: la violencia laboral, el estrés, el síndrome de desgaste ocupacional, las alteraciones emocionales, entre otras.

En este trabajo se da a conocer de manera detallada un Programa de Intervención Psicológica a través de la formación de dispositivos grupales “reflexivo-laborales *in situ*” que se aplicó a trabajadores de una institución pública no clínica, con el objeto de promover su salud mental y laboral generando reflexión que propicie el fortalecimiento de su desempeño laboral.

Palabras clave: Psicología clínica y de la salud, dispositivo grupal, salud mental, salud laboral, intervención psicológica

Abstract

It is from the twentieth century that mental health professionals began to formally work with their patients through group formation, and since then on, clinical groupwork in its various forms, such as therapeutic groups, operative groups, admission groups or reflection groups, among many others, has been offering a range of treatment possibilities for several disorders and psychological problems, with a wide variety of models, techniques and methodologies.

Additionally, clinical and health psychology has gained ground in the contemporary society, where the current contextual conditions and the prevailing social discomfort have considerably broadened its scope: Psychology is now not only limited to the traditional field of hospitals, clinics and private practices anymore. Instead, it works in different settings such as communities, schools and political institutions and workplaces.

Specifically regarding workplaces, they are increasingly plagued by physical, psychological and social disturbances. Psychology can provide us with strategies to solve the main psycho-social problems that affect workers such as: workplace violence, stress, burn out syndrome, emotional affections, etc.

This paper discloses in detail a Psychological Intervention Program carried out through *in situ* laboral-reflexive group formation with workers of a public non-clinical institution, and whose main goal was to promote mental and occupational health and as well as foster workers' reflections that lead to improve their work performance.

Keywords: Clinical and health psychology, psychological groupwork, mental health, occupational health, psychological intervention.

Introducción

A lo largo del devenir de la sociedad, los seres humanos hemos atravesado infinidad de crisis de distinta índole, desde crisis ontológicas hasta epistemológicas, sin dejar de ver por supuesto las crisis psicológicas, sociales, económicas y políticas que hemos experimentado en diversos momentos históricos. De igual forma y a un nivel individual, las *psiques* de cada ser humano se desarrollan y transforman a través del ciclo de vida con sus respectivos procesos de crisis. Cada momento ha tenido su propio conflicto, su complejidad y naturalmente, sus respectivas búsquedas de soluciones.

El *modus vivendi* de los seres humanos se ha transformado; los procesos de producción han evolucionado y esto ha generado de alguna manera que los comportamientos individuales y sociales se transformen paralelamente; el trabajo no es un escenario exento de esta transformación por lo que durante las últimas décadas, se han evidenciado una serie de alteraciones psicológicas y sociales que se han gestado en el trabajo como lo son la violencia laboral o acoso laboral, el síndrome de desgaste ocupacional o *Burnout*, las alteraciones del estado de ánimo, fisiológicas y comportamentales derivadas de situaciones laborales, entre otras.

A propósito de lo anterior, la psicología clínica y de la salud ha diversificado su campo de acción. En la actualidad el quehacer del psicólogo clínico ha crecido considerablemente y va mucho más allá del consultorio clínico o las instituciones de salud o salud mental. Hoy día el psicólogo es un importante agente de cambio, intervención y transformación social.

Las intervenciones psicológicas están directamente relacionadas a las demandas que la sociedad hace a la psicología y son muy variadas. Se relacionan al campo del comportamiento, al escenario académico, al escenario laboral, al de la cultura, al de la salud y por supuesto, al de atención especializada en salud mental. Se

interviene a distintos niveles: A un nivel primario de promoción-prevención, a un nivel secundario de intervención-remedio y un nivel terciario de post-intervención.

Es innegable e indudable que en cualquier contexto humano, los psicólogos clínicos y de la salud tendrán alguna situación ante la cual intervenir.

En el presente trabajo se explora, describe y analiza una investigación realizada en una institución pública gubernamental en la que se inició un plan de intervención psicológica a través de la formación de dispositivos grupales reflexivo-laborales *in situ* (Valenzuela, 2015), conformados por todo el personal de dicha institución.

En el primer capítulo titulado *“Incurción de la psicología clínica en diferentes escenarios”*, se conceptualiza a la psicología y a la psicología clínica y de la salud, se analiza el papel actual de la psicología como una ciencia que transforma y genera beneficios ya que permite trabajar en beneficio de la salud y atiende las alteraciones psíquicas derivadas de distintos procesos, en este caso en el trabajo, concluyendo que es el psicólogo clínico un agente de cambio en las instituciones.

En el segundo capítulo titulado *“Procesos de salud y “psicopatología” en los escenarios laborales”*, se exploran las concepciones sobre la salud, la salud laboral y por supuesto la salud mental. Se prosigue con la definición del trabajo y el desempeño laboral y finalmente se describe minuciosamente cuáles son las alteraciones psicológicas o *“psicopatologías”* que se gestan en el escenario laboral y cómo esto genera ambientes de trabajo saludables y no saludables.

El tercer capítulo titulado *“Trabajo grupal en las instituciones”*, que es medular para esta investigación, aborda lo que es el trabajo clínico grupal en las instituciones. Se comienza haciendo una integración de definiciones sobre qué es un grupo así como cuál es la historia de los grupos clínicos y específicamente de la psicoterapia de grupo, también se hace una diferenciación sobre los grupos clínicos y no clínicos para finalmente hablar de los programas de intervención grupal en las instituciones.

En el cuarto, quinto y sexto capítulos se expone la metodología de trabajo, los resultados obtenidos así como las discusiones y conclusiones que van encaminadas a dejar asentado que el trabajo clínico grupal es fecundo y tiene y tendrá seguramente un amplio campo de desarrollo y acción, primordiales para la generación de bienestar psicológico y social.

Dos meditaciones
*Considera, alma mía, esta textura
áspera al tacto, a la que llaman vida.
repara en tantos hilos tan sabiamente unidos
y en el color, sombrío pero noble,
firme, y donde ha esparcido su resplandor el rojo.
Piensa en la tejedora; en su paciencia
para recomenzar
una tarea siempre inacabada.*
Rosario Castellanos

CAPÍTULO 1

INCURSIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN DIFERENTES ESCENARIOS

1.1. Definiciones de Psicología y Psicología clínica y de la salud

Antes de abordar el tema que ocupa a este trabajo, es necesario realizar una acotación precisa de las definiciones de psicología y de la psicología clínica y de la salud, ya que son los pilares fundamentales que sustentan el objetivo de esta intervención grupal.

Esbozando algunas ideas sobre la psicología, tenemos a Néstor Braunstein, que en su libro *“Psicología Ideología y Ciencia”*, inicia el capítulo *“¿Qué entienden los psicólogos por psicología?”* con la siguiente aseveración de Albert Ellis: *“La psicología, dicho sea con franqueza, es prácticamente cualquier cosa que ustedes quieran que sea. En un último análisis, la Psicología consiste en cualquiera de las determinaciones que un autor, ustedes, yo o cualquier otro, deseen aplicarle”* (Ellis en Braunstein, 2003 pp. 21).

A lo largo del mencionado capítulo, Braunstein examina diversas aportaciones a la conceptualización de la psicología hechas por teóricos europeos y americanos, y concluye precisamente con lo que empezó: La psicología es cualquier cosa que nosotros queramos que sea, según la luz epistemológica con la que sea vista; puede incluso ser una ideología o un modo para generar una cosmovisión (Braunstein, 2003).

De igual forma, las definiciones clásicas de psicología refieren que ésta es la ciencia de la mente y del comportamiento (Gray, 2008). Dicho sintéticamente, la psicología es la ciencia que se encarga del estudio de todos los procesos cognoscitivos de los seres humanos como lo son la sensación, la percepción, el aprendizaje y la memoria, entre otros; así como del estudio y análisis del comportamiento de los seres humanos.

Romero y Kemp (2007), sostienen que la psicología es a menudo definida como el estudio científico de la conducta y de la mente, y agregan que se trata de una disciplina con un campo muy diverso, debido a que la conducta humana es altamente variable.

En sintonía con lo anterior, y de acuerdo con Centeno (2012), la psicología como la ciencia que estudia el comportamiento humano, es una definición que suele aceptarse de manera generalizada. La autora añade que se trata de la parte de las Ciencias Humanas o Sociales que estudia y trabaja en la teoría y aplicación práctica de numerosos temas, como el comportamiento y el desarrollo, los procesos mentales o cognitivos, los procesos emocionales o afectivos y los procesos de comunicación, desde lo individual hasta lo microsocioal. Destaca, además, la existencia de múltiples escuelas, teorías y sistemas psicológicos que hacen hincapié en diferentes dimensiones o procesos, y por último, que la psicología tiene carácter interdisciplinar y ecléctico (Centeno, 2012).

Con todas las definiciones anteriores, indudablemente podemos considerar que la psicología es un caleidoscopio de posibilidades de objetos de estudio, de técnicas, metodologías, de enfoques, corrientes y vertientes. Con respecto a las últimas, Centeno (2012) considera que las vertientes más conocidas de la psicología aplicada son la clínica, la educativa, la organizacional y la comunitaria, muchas veces denominada social o social comunitaria, así como otras ramas en creciente desarrollo.

En otras palabras, la psicología se aplica en múltiples contextos con la finalidad general de contribuir a la mejora de los niveles de salud, de calidad de vida y de bienestar de las personas, así como de ayudar a incrementar los niveles de rendimiento (educativo, social, deportivo, laboral, etc.). Para que esto ocurra, se parte de una situación que se desea mejorar y con base en ella se llevan a cabo acciones que pueden adoptar distintas formas, como las intervenciones clínicas y los programas (Pérez-Llantada, López de Llave & Gutiérrez, 2009).

En cuanto a sus técnicas y metodologías, Díaz (2010) considera que la psicología se ha visto inmersa en una serie de dificultades debido a que éstas son variadas y no necesariamente científicas. La autora afirma que hay varios tipos de psicología según su método; las clasifica en: *Psicoanalíticas, filosóficas, humanistas, científico experimentales y académicas*.

Intentando no caer en un relativismo epistemológico, se puede afirmar que la psicología es un saber científico con un objeto de estudio muy amplio. Para fines del presente trabajo, dicho objeto será acotado a la salud mental, al tratamiento de las problemáticas psicológicas conscientes o inconscientes y al comportamiento de las personas, considerándolas como entidades biopsicosociales.

De manera más puntual y para llegar a comprender de qué manera la salud y la enfermedad se integran como objeto de estudio de la psicología, así como para poder entender la trascendencia del presente trabajo en el campo de acción psicológico, a continuación se define a la psicología clínica y de la salud.

1.1.1. Psicología clínica y psicología de la salud

La perspectiva de la psicología clínica y de la salud ha variado a lo largo del tiempo. Solía ser concebida como dos campos de acción distintos y se diferenciaba a la psicología clínica de la psicología de la salud; como lo refiere Alonso (2013), los términos psicología clínica y psicología de la salud aparecen juntos, de forma que

casi han llegado a formar un ámbito nuevo: la *Psicología clínica y de la salud* (Alonso, 2013).

A continuación serán incluidas algunas de las definiciones que distintos autores han hecho sobre la psicología clínica y de la salud:

El término *psicología clínica* fue utilizado por primera vez en una publicación por Lightner Witmer en 1907, quién también fue el primero en operar una clínica psicológica (Benjamin 1996, 2005 en Pomerantz, 2011). No obstante, definir a la psicología clínica es más difícil ahora que en aquellos tiempos, dado el campo ha presenciado tal crecimiento en una amplia variedad de direcciones que la mayoría de las definiciones simples no alcanzan a abarcar por completo (Pomerantz, 2011).

De manera general, la psicología clínica tiene funciones que se fundamentan en las teorías que se han puesto en marcha desde la psicología general para luego dedicarse a ciertas áreas de aplicación (Compas & Gotlib, 2003 en Centeno, 2012) y a grandes rasgos es una rama de la psicología que se dedica al estudio, diagnóstico y tratamiento del comportamiento anormal o desórdenes clínicos.

Phares (1992) considera que la psicología clínica como campo de conocimiento, tiene como objeto el estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos, trastornos psicológicos o de la conducta anormal, lo que quiere decir que dentro de su campo se abordan problemáticas como los trastornos de ansiedad, la depresión y la esquizofrenia entre otros; y asimismo se busca realizar la modificación de hábitos y comportamientos derivados de algún trastorno físico.

Trull y Phares (1992), refieren que la psicología clínica comprende la investigación, la enseñanza y los servicios a través de los cuales se aplican, a una gran variedad de poblaciones de clientes, los principios, métodos y procedimientos para el entendimiento, predicción y alivio de la desadaptación y de la discapacidad; así

como de diversas aflicciones intelectuales, emocionales, biológicas, psicológicas, sociales y conductuales.

Alonso (2013) considera que la psicología clínica es una rama de la psicología que está interesada en los problemas psicológicos y en la conducta anormal, que se ocupa del sufrimiento y de su razón de ser, y cuyo objetivo último es aliviarlo. La ya mencionada autora agrega que, si bien dentro de la Psicología clínica existen variados campos de trabajo, su foco principal recae siempre sobre problemas humanos de índole personal o interpersonal.

Para la American Psychological Association (APA en Centeno, 2012) es la forma de la psicología aplicada que pretende determinar las capacidades y características de la conducta del individuo recurriendo a métodos de medición, análisis y observación, y que con base en una integración de estos resultados con los datos obtenidos a través del examen físico y de las historias sociales, ofrece sugerencias para la adecuada adaptación del sujeto (Centeno, 2012).

Ludewig (1996 en Alonso, 2013), por su parte, ofrece una definición de la materia con la que trabajan los profesionales de la Psicología clínica. Según este autor, los *problemas clínicos* se caracterizan, en primer lugar por ser problemas de la vida, diferentes a los problemas técnicos o políticos y en segundo lugar afirma que en los problemas clínicos el comportamiento de una persona es evaluado positiva o negativamente, lo que propicia sufrimiento y una necesidad de replantear el problema, que es la labor del psicólogo clínico. Es entonces, posible afirmar que un problema clínico no es algo subjetivo ni objetivo, ni tampoco es un estado de cosas, sino que es la reformulación por parte de un profesional de una forma continuada de actuar de alguien que genera sufrimiento en sí mismo o en otros. A estos problemas generalmente suele llamárseles *trastorno psicológico* o, en caso de ser muy grave, puede considerárseles incluso una *enfermedad mental* (Alonso, 2013).

Cabe destacar que los psicólogos clínicos trabajan con una metodología conocida como *método clínico*, que, como lo puntualiza Díaz (2010), procede de la tradición médica. Pese a su origen, los fundamentos psicológicos que sustentan este método han realizado una ruptura en el sentido originario. Basta, como muestra, que si bien los psicólogos clínicos retienen de la medicina el contacto con el paciente y la función de la observación, no lo hacen de una forma subjetiva como lo haría un médico: no se trata de subjetivar la situación, sino más bien de replantear los elementos observados en la historia del paciente en el marco de su singularidad. Además, dentro del campo de la Psicología clínica, el contacto con los pacientes se realiza respetando inexorablemente su singularidad, y sin recurrir a aparatos o métodos de laboratorio como lo hace la medicina.

Para terminar con la definición de la psicología clínica, es posible afirmar que ésta es la rama de la psicología que se encarga del análisis y la optimización de todos los factores, procesos y condiciones (cognitivas, conductuales y emocionales) que afectan a la salud mental y a la conducta adaptativa del ser humano; que su objetivo último es intervenir sobre las posibles condiciones fuentes de malestar y sufrimiento, y favorecer mediante la aplicación de los principios métodos y recursos terapéuticos pertinentes un completo estado de bienestar y funcionamiento biopsicosocial; y por último, que no sólo contempla o interviene en los fenómenos o procesos anómalos o alterados, sino que estudia y se aplica a otros comportamientos relevantes para los procesos de salud y enfermedad, sean éstos normales o patológicos y referidos tanto a un individuo como a un grupo. En breve, esta rama de la psicología procura asegurar y reinstaurar estados de salud y bienestar de acuerdo con las importantes funciones de la prevención y de educación para la salud (Centeno, 2012).

Ahora bien, por lo que se refiere a la *psicología de la salud*, se trata de un campo cuyo surgimiento data de alrededor de 1970, cuando algunos científicos adelantaron la noción de que la salud refleja la compleja interrelación entre factores fisiológicos, psicológicos y sociales (Friedman & Adler 2007 en Luecken & Gallo,

2008) y que terminó de instaurarse cuando más tarde en 1977, George Engel presentó un paradigma alternativo al paradigma biomédico que prevalecía en aquel entonces, al que llamó modelo biopsicosocial, desde el que se considera que la salud y la enfermedad emergen de muchas influencias, desde los niveles celulares, orgánicos, interpersonales y ambientales. Así, mientras que para el modelo médico se considera que la salud y la enfermedad son físicas por naturaleza y se piensa que la mente es sólo una actividad del cerebro y del sistema nervioso (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall & Sykes, 2005). Para el modelo psicosocial de Engel, la salud y la enfermedad son consecuencia de variables físicas, psicológicas y culturales (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall & Sykes, 2008). Este último es el modelo que fue adoptado como paradigma prevaleciente para la investigación, práctica y capacitación dentro del campo de la psicología de la salud.

Por otro lado, Oblitas y Becoña (2000), quienes consideran que los psicólogos siempre han estado interesados en cuestiones de salud, definen a la psicología de la salud como *“el aporte profesional de diferentes áreas de la ciencia psicológica a la promoción, fortalecimiento y mantenimiento de la salud integral, así como del diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad”* (Oblitas & Becoña, 2000 pp. 25)

Matarazzo (1982 en Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall & Sykes, 2008) definió a la psicología de la salud como el conjunto de contribuciones educativas, profesionales y específicas de la disciplina de la psicología para promoción y mantenimiento de la salud, que se ocupa de la prevención y el tratamiento de la enfermedad; de la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud; de la enfermedad y la disfunción relacionada al análisis y mejoramiento del sistema de cuidado de la salud y de la formación de políticas de salubridad.

La psicología de la salud es un campo interdisciplinario que se ocupa de la aplicación de conocimientos y técnicas psicológicas para la salud, la enfermedad y

el cuidado de la salud. El objetivo de este campo es promover y mantener el bienestar de los individuos, comunidades y poblaciones. Su campo de acción va desde la prevención primaria hasta ayudar al bien morir (Balcázar, Gurrola & Moysén, 2012). Los psicólogos de la salud pueden desempeñar varios papeles, como desarrollar investigación para proporcionar y mejorar los servicios de salud en hospitales y clínicas, llevar a cabo la promoción de la salud en comunidades trabajando de forma activa en el cambio de las políticas de salud y de la sociedad para ayudar a mejorar las condiciones de vida, de tal modo que la gente pueda actuar en sus propios términos (Marks, Murray, Evans, Willig, Woondall & Sykes, 2008).

Aunado a lo anterior y según la APA (s. f. en Cantú & López, 2009) el psicólogo de la salud participa en los sistemas de salud en diversos escenarios, incluyendo programas de atención primaria, unidades de medicina interna y programas de cuidado a la salud, como clínicas del dolor y la rehabilitación, programas antitabaquismo o de enfermedades crónicas como el cáncer y el SIDA, universidades, corporaciones y agencias del gobierno (Cantú & López, 2009).

Por lo anterior, no se puede hablar de psicología clínica y psicología de la salud como conocimientos independientes, por el contrario, ambos son complementarios y su conjunción permite que existen espacios de intervención común entre la psicología clínica y la psicología de la salud que conforman un constructo metodológico único al que se le conoce como psicología clínica y de la salud, que se ocupa por tanto, de los procesos de salud y enfermedad, entendiendo salud de manera holística y como un todo biopsicosocial, tratando de superar la dicotomía entre salud física y mental (Centeno, 2012).

El campo fusionado de la psicología clínica y de la salud es un campo de especialización de la psicología, en la que se desempeñan el mayor número de psicólogos que en otras áreas (Centeno, 2012) y que puede alcanzar áreas que no han sido dedicadas por las prácticas tradicionales de la psicología clínica o la psiquiatría (M. Cohen; E. McChargue & L. Collins, 2003).

La psicología clínica y de la salud es la disciplina o el campo de especialización de la psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y la enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos pueden tener lugar. (Universidad Complutense de Madrid)

1.2. El quehacer del psicólogo clínico y de la salud más allá del consultorio

Hasta este momento nos hemos aproximado a conocer algunas definiciones de la psicología y específicamente de la psicología clínica y de la salud como un campo de conocimiento que fusiona una serie de saberes en beneficio del bienestar humano. En este momento, se revisará cuáles son los principales quehaceres y encomiendas que realiza el psicólogo clínico.

Centeno (2012) refiere que “el psicólogo clínico es el profesional que aplica el conocimiento y las habilidades, las técnicas y los instrumentos proporcionados por la psicología y ciencias afines a las anomalías, los trastornos y a cualquier otro comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir éstos en los distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse” (Centeno, 2012, pp. 66).

De modo semejante, Hall y Marzillier (1987) y Phares (1992) afirman que los psicólogos clínicos son los profesionales del cuidado de la salud que trabajan predominantemente, aunque no exclusivamente, en el campo de la salud mental, y entre sus actividades, destacan la evaluación psicológica, el tratamiento psicológico y la investigación psicológica.

De más manera puntual, las actividades a las que se dedican los psicólogos clínicos son (Trull, Timothy, y Phares, 2003):

- **Terapia / Intervención:** La intervención es la actividad que con mayor frecuencia atrae los esfuerzos de los psicólogos clínicos típicos, y a la que se dedican la mayor parte del tiempo. (Trull, Timothy, y Phares, 2003). Cuando se persigue producir cambios en la conducta, sentimientos o pensamientos de alguien, se habla de realizar una intervención psicológica (Phares, 1999). Los psicólogos efectúan intervenciones de este tipo cuando hacen “intentos explícitos y profesionales por cambiar la conducta en una dirección deseada” (Bernstein & Nietzel, 1982).
- **Diagnóstico / Evaluación:** Todos los psicólogos clínicos en práctica se vinculan de una u otra forma con la evaluación, misma que permite entender mejor al individuo o a los grupos para tomar decisiones para posteriormente realizar acciones. Se realiza a través de la observación, la aplicación de pruebas, entrevistas. La evaluación permite recopilar información para resolver las preguntas o dudas del *evaluando*.
- **Enseñanza:** Los psicólogos clínicos pueden dedicarse a la enseñanza, dentro de instituciones educativas o instituciones dedicadas al cuidado y fomento de la salud.
- **Supervisión clínica:** Esta actividad es otra forma de enseñanza. No obstante, de manera característica, supone más enseñanza individual, contacto con grupos pequeños y otras variedades de instrucción menos formales, fuera de las aulas. Ya sea en la universidad, en el internado o en instalaciones clínicas en general, los psicólogos clínicos a menudo ocupan porciones significativas de su tiempo supervisando a estudiantes, internos y a otros.
- **Investigación:** La psicología clínica se originó en la tradición de la investigación académica. Como resultado, cuando se establecieron por primera vez los programas de capacitación clínica, después de la Segunda Guerra Mundial, se adoptó el modelo del profesional científico. Esto significó que, en contraste con otros trabajadores de la salud mental como los psiquiatras o los trabajadores

sociales, todos los psicólogos clínicos tenían que prepararse como científicos y como profesionistas. En virtud de su preparación en investigación, su amplia experiencia con personas en apuros y sus conocimientos de terapia y evaluación, cuentan con la capacidad para consumir y generar conocimientos nuevos.

1.3. El psicólogo clínico como agente de cambio en instituciones clínicas y no clínicas

Como ya se mencionó en el apartado anterior, hay distintos escenarios en los que los psicólogos clínicos pueden desarrollar sus funciones, adecuándolas a la especificidad derivada de los objetivos de los mismos, y tal es el caso de hospitales y centros de atención psicológica, entre otros. Asimismo, las intervenciones que realicen en estos lugares podrán ir dirigidas al individuo, a su familia, al ambiente, al equipo de salud o a toda la institución (Centeno, 2012).

Al mismo tiempo, Centeno (2012) afirma que los psicólogos clínicos cuentan con una amplia gama de intervenciones para atender a los diversos cuadros clínicos con los que se enfrentan día a día, y que si bien la intervención por excelencia vinculada a los psicólogos es la psicoterapia individual, modelo de mayor implantación, existen otros niveles de intervención que la autora clasifica en:

- a) Individual:** Apunta al proceso y espacio dedicado al tratamiento personalizado de problemas psicológicos a través de la comunicación, interacción y relación entre el individuo y el terapeuta.
- b) Grupal:** Es un tratamiento de naturaleza psicológica que se proporciona a los pacientes que lo necesiten de manera grupal para mejorar su salud mental y su calidad de vida. Apoyándose en los beneficios sinérgicos de un grupo este formato de psicoterapia facilita a los miembros estrategias adecuadas de afrontamiento y recursos cognitivos y emocionales adaptativos para el cambio.

- c) **Familiar y de pareja:** Es una disciplina terapéutica que se avoca a la intervención de los sistemas y subsistemas familiares en su conjunto y uno de sus objetivos es transformar los patrones de comportamiento y de relación.
- d) **Social comunitaria:** Se privilegia una óptica analítica que considera los fenómenos de grupos colectivos o comunidades a partir de factores sociales y ambientales a fin de realizar acciones orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida de los sujetos.
- e) **Institucional:** Aborda el estudio de la realidad mental y social de los sujetos desde los instituidos sociales que conforman las categorías.

Desde una perspectiva de “niveles de intervención de la salud mental” que puede realizar un psicólogo, Gerald Caplan (1985) propone un modelo de intervención psiquiátrica que se retoma por los modelos de atención psicológica; propone tres niveles de atención en materia de prevención: la primaria, la secundaria y la terciaria: La primera para prevenir y reducir las afectaciones mentales, la segunda para reducir el tiempo de las alteraciones y trastornos que ya ocurren y la tercera, para reducir las consecuencias y situaciones generadas de los trastornos o alteraciones.

1. **La prevención primaria:** Fundamentalmente desarrolla programas que aminoren la incidencia de alteraciones físicas o mentales (trastornos). Los programas están dirigidos a personas “sanas” y justamente su objetivo es la intervención a través de la prevención de la enfermedad.
2. **La prevención secundaria:** Considera la realización de diagnósticos precoces y tratamientos efectivos a través de la reducción del número de “enfermos”. Si se reduce la duración de la enfermedad, se reducirá también a los “enfermos”.

3. **La prevención terciaria:** Pretende disminuir la sintomatología que se conserva después de otros niveles de prevención, justamente para que las personas aprendan a lidiar con sus “alteraciones”.

A la luz de la psicología clínica es posible analizar y ver cómo influyen los factores psicológicos en otros ámbitos como en los laborales y en los escolares. Así, es posible que el quehacer del psicólogo clínico incursione en distintos campos de aplicación en los que puede detectar y atender las necesidades y problemáticas de la población, y con base en ello crear estrategias de intervención para la satisfacer a las demandadas y mejorar la calidad de vida de la población.

En lo que se refiere a los ámbitos laborales, tema del presente trabajo, el psicólogo clínico puede estar encargado de tareas como evaluar y mejorar las complejas relaciones humanas que se generan en estos ambiente, por ejemplo, las relaciones “*jefes-subordinados*”, las relaciones de rivalidad fraterna entre trabajadores del mismo nivel, las relaciones amorosas clandestinas, las tensiones sexuales, la “oralidad agresiva” y la “voracidad”. Del mismo modo, los psicólogos pueden diseñar programas de intervención que satisfagan las necesidades sociales institucionales.

El área de la psicología que se ha encargado de estudiar los fenómenos del comportamiento y las problemáticas humanas que ocurren en el trabajo, ha sido la psicología organizacional, recientemente desarrollada como psicología de la salud ocupacional (Uribe, 2015) que conjunta los saberes y las técnicas de distintos campos de la psicología para entender los fenómenos humanos y particularmente psicológicos que ocurren en escenarios laborales.

Agonía fuera del muro

*No te acerques a mí, hombre que haces el mundo,
déjame, no es preciso que me mates
yo soy de los que mueren solos, de los que mueren
de algo peor que vergüenza
yo muero de mirarte y no entender.
Rosario Castellanos*

**CAPÍTULO 2
PROCESOS DE SALUD Y PSICOPATOLOGÍA EN LOS ESCENARIOS
LABORALES.**

2.1. Concepto de salud, salud mental y salud laboral u ocupacional.

En el capítulo anterior se abordó a manera de introducción un panorama general de las principales actividades de las que se ocupa tanto la psicología como la psicología clínica y de la salud particularmente acotada a la labor del psicólogo clínico y de la salud en los escenarios contemporáneos, tomando en consideración al espacio laboral como un escenario de acción esencial donde una de sus principales funciones es la de la preservación y cuidado de la salud *per se* y la salud mental. En el presente capítulo se explora el tema de la salud en sus diferentes ámbitos, así como el de las alteraciones o procesos psicopatológicos que se generan en los escenarios laborales.

2.1.1. Salud y trabajo

Una de las preocupaciones que constantemente ha tenido la sociedad es la del mantenimiento de la salud y la prevención y alivio de la enfermedad (Montalvo & Garrido, 1999) ya que ambas son cualidades o atributos inherentes a la naturaleza del ser humano y a su supervivencia (Oblitas & Becoña, 2000). Esta preocupación que podría decirse se acentuó desde principios del siglo XX, ha provocado un gran avance en los conocimientos que se tienen sobre la salud y sobre la enfermedad (Fernández Montalvo, 1998), que ha dado como consecuencia, un mayor índice de bienestar personal, pero también la aparición de “nuevas” patologías que ponen de

manifiesto que nuestra forma de comportarnos tiene un impacto directo en nuestro estado de salud e implica el desarrollo de técnicas y procedimientos para el mantenimiento y la promoción de la salud.

Actualmente es cada vez más clara la íntima relación existente entre el comportamiento de las personas y su estado de salud (Centeno, 2012), asimismo existe suficiente evidencia de que nuestra salud está profundamente influenciada por nuestra conducta, estados psicológicos, pensamientos, sentimientos, emociones y relaciones sociales, mismos que pueden tener efectos positivos o negativos en nuestro bienestar (Matarazzo, Weiss, Herd, Miller & Weiss 1984 en Oblitas & Becoña, 2000). Pongamos por caso al sentimiento de ser amados y apoyados por otros, el cual puede ayudarnos a tratar con situaciones estresantes (Wallston, Alagna, et al, 1983 en Oblitas & Becoña, 2000).

En un plano más general, O'Donnell (1974) considera que mientras que organismos y mentes sanas hacen sociedades más sanas, organismos y/o mentes enfermas hacen sociedades enfermas. De manera inversa, sociedades sanas hacen individuos sanos, mientras que sociedades enfermas propician individuos enfermos. Nuestra sociedad, capitalista y dependiente, es una sociedad enferma, que plantea el problema de si la salud mental es posible en su seno, desde esta perspectiva, la enfermedad de un paciente, sea en mayor o menor grado consciente o inconsciente, es una justa protesta contra las condiciones de vida que la sociedad le impone.

Tomando en consideración estas aseveraciones de O'Donnell (1974), es importante considerar que el trabajo es un escenario fundamental de la sociedad actual donde los seres humanos emplean gran parte de su tiempo y sirve para proveer recursos económicos y para fortalecer la edificación de la identidad individual, a través del reconocimiento social y la inserción en un grupo (Fernández Montalvo, 1998), no obstante, el trabajo puede propiciar procesos de salud o enfermedad, por lo que es primordial comprender qué es lo que sucede alrededor del fenómeno de trabajo.

Una vez comprendida la preocupación por la salud y la enfermedad y la generación de bienestar, hablemos del tema de la salud, aproximémonos a su proceso y conceptualización:

Definir a la salud es tarea difícil. Cuando las personas piensan en salud, generalmente piensan sólo en los aspectos físicos de la misma y raramente en los aspectos psicológicos, conductuales y sociales (Oblitas & Becoña, 2000) que, como se puso de manifiesto en los párrafos anteriores, también están asociados a ella. Dicho de otro modo, la salud no puede limitarse al plano de lo biológico, sino que debe referirse también a lo psicológico y a lo social (Montalvo & Garrido, 1999), e inclusive a lo económico (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall & Syke, 2008; Oblitas & Becoña, 2000) y a lo cultural (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall & Syke, 2008).

El concepto de salud ha sido descrito y explicado en varios discursos socialmente contruidos a lo largo del tiempo, y al igual que los conceptos de mente y cuerpo, ha variado a través del tiempo y el espacio, pero para todas las culturas y cosmovisiones ha desempeñado siempre un papel fundamental en la existencia del ser humano (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall & Sykes, 2008).

Una de las definiciones de salud más extendida en nuestra sociedad es que la salud es la ausencia de enfermedades, tal y como se afirmaba antes que la OMS ampliara su definición en 1974, cuando propuso una definición de salud que integra tres dimensiones de la misma, y que la considera como *“el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades”* (OMS, 2011).

Esto quiere decir que la salud no puede reducirse meramente a la ausencia de la enfermedad (Montalvo & Garrido, 1999). Además, implícita en esta definición, está la idea de que la salud es un estado de bienestar y de calidad de vida (García – Riaño, 1991 en Montalvo & Garrido, 1999), y que es algo positivo en sí mismo que debe promocionarse mediante comportamientos adecuados (Sandín,

1993 en Montalvo & Garrido, 1999). Estos comportamientos se denominan conductas de salud, y son conductas en las que toma parte un individuo cuando goza de buena salud con el propósito de prevenir las enfermedades (Kasl y Cobb, 1996 en Oblitas & Becoña, 2000).

Estas conductas no ocurren en un vacío, y por tanto para entenderlas se deben comprender los contextos en que ocurren. Dichos contextos comprenden una constelación de factores personales, interpersonales, ambientales, institucionales, que incluyen aspectos como las políticas públicas, el ambiente físico y social, las prácticas institucionales e influencias personales (Winett, King & Atman, 1989 en Oblitas & Becoña, 2000).

La OMS, en 1986, definió la *promoción de la salud* como el proceso mediante el cual la gente puede mejorar y ganar más control sobre su salud, bajo la premisa de que, para alcanzar un estado de completo bienestar físico mental y social, una persona o grupo de ellas debe ser capaz de identificar y llevar a cabo sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o enfrentar el entorno (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall & Sykes, 2008). Este enfoque de promoción de la salud proporciona un concepto uniforme para quienes enfatizan la necesidad de realizar cambios en las formas y condiciones de vida con el fin de mejorar la salud, y a ese respecto la psicología de la salud, desde una aproximación interdisciplinaria que considere que el contexto ambiental y conductual de la persona, tiene mucho que ofrecer (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall & Sykes, 2008).

Para resumir lo dicho hasta aquí se puede decir que el concepto de salud, al igual que el de enfermedad, hace referencia no sólo a estados físicos, sino también a estados psicológicos y a condiciones sociales, económicas y culturales. Además, de acuerdo con Montalvo y Garrido (1999), se trata de un constructo que abarca los ámbitos *biomédico*, basado en la ausencia de enfermedad y que hace énfasis en las condiciones propias de los organismos y de los distintos subsistemas que lo integran; y *sociocultural*, interesado por el bienestar personal y desde el cual se

enfatisa la correlación existente entre las condiciones prácticas de vida y la ausencia de la enfermedad (Montalvo & Garrido, 1999).

2.1.2. La salud y la patología en el trabajo

La salud y el trabajo son dos aspectos estrechamente relacionados. Un buen estado de salud permite el adecuado desarrollo de la actividad laboral y constituye además la base para conseguir el bienestar en el trabajo. El trabajo, aunque permite desarrollar nuestras capacidades físicas e intelectuales, también constituye una fuente de riesgo para la salud (Montalvo & Garrido, 1999).

Aunado a lo anterior, los costos económicos directos (indemnizaciones y gastos médicos principalmente) e indirectos (salarios, materiales, peritajes, etc.) que se generan en escenarios laborales a causa de accidentes y enfermedades son elevados, por lo que resulta necesaria la promoción de la salud en los escenarios laborales, ya que económicamente: es más barato promover comportamientos saludables que pagar los costos asociados a la enfermedad y a la falta de promoción de la salud. Resulta imprescindible, propiciar el bienestar personal físico, psicológico y social en el trabajo, ya que contribuye sin duda a un mayor rendimiento, a una disminución significativa de los conflictos laborales, a un menor número de bajas laborales y a una mayor satisfacción personal durante la jornada de trabajo (Montalvo & Garrido, 1999).

La salud en el trabajo se caracteriza por un grado razonable de armonía entre las facultades, las necesidades y las expectativas del trabajador por un lado, y las exigencias y oportunidades del entorno por el otro. La *patología laboral*, por el contrario, se puede definir como el conjunto de enfermedades y de trastornos que se producen en una persona debido a las características del trabajo, tanto en lo que se refiere al ambiente como a las técnicas o procedimientos empleados (Llor, Abad, García & Nieto, 1995 en Montalvo & Garrido, 1999).

2.1.3. Salud mental en el trabajo

En lo que se refiere a la salud mental, la OMS ha contribuido con dos aproximaciones conceptuales; hacia 1981, consideró que la salud mental era una capacidad individual, grupal y del ambiente para interactuar mutuamente en las formas que promuevan el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), el logro de las metas individuales y colectivas compatibles con la justicia así como el establecimiento y la preservación de condiciones de igualdad fundamental. (OMS, 1981).

Para el 2007, consideró que la salud mental no solamente es la ausencia de trastornos mentales, sino un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, y derivado de esta conciencia puede enfrentar las tensiones normales de la vida, trabajando de forma productiva y fructífera, y obteniendo con ello cualidades que le permiten contribuir positivamente en la sociedad (OMS, 2007).

Estas definiciones de la Organización Mundial de la Salud más que dar características planas y lineales, permiten comprender que tal y como la salud es un proceso complejo, la salud mental es también una red interrelacionada de elementos internos e individuales como externos y grupales que se dan en un momento contextual que incide directamente en su consolidación.

Paralelamente a las definiciones de la OMS, distintos autores afirman que la salud mental es un fenómeno complejo determinado por amplios factores sociales, individuales, biológicos y psicológicos, es decir, abarca todos los ámbitos de los seres humanos. Otros, como Rodríguez Marín (1992) afirman que la salud mental va ligada a la relación entre las capacidades de un individuo y las demandas sociolaborales, socioeconómicas y socioculturales (Rodríguez-Marín, 1995).

La Asociación Americana de Psicología (2015) destaca que la salud mental es la manera en la que los pensamientos, los sentimientos y los comportamientos intervienen en la vida. Cataloga a la buena salud mental como la que proporciona una imagen positiva de uno mismo y permite relaciones satisfactorias con amigos y otras personas, además de que posibilita la toma de decisiones y permite afrontar desafíos de la vida en la casa, el trabajo o la escuela.

En síntesis, la salud mental contempla lo intrapsíquico, lo interpsíquico y lo transpsíquico y esas dimensiones tanto de una persona como de un grupo generan bienestar o malestar.

Finalmente, Montalvo y Garrido en 1999, consideran que la salud mental en el trabajo se relaciona al bienestar personal generado durante el desarrollo de una actividad laboral, y contempla tanto el interior como el exterior del espacio de trabajo y cómo influye en los contextos de vida de los trabajadores.

2.1.4. Salud laboral

Según el Diccionario de Prevención de Riesgos Laborales (2008), la salud laboral surge de la relación que existe entre las condiciones de trabajo y la salud del trabajador con el fin último de alcanzar el máximo bienestar físico, psíquico y social. En lo que se refiere a las condiciones de trabajo, Ramos, Arias y Arias (2001) consideran que justamente estas condiciones sociales, ambientales y materiales donde se efectúa el trabajo es de donde surge la salud en el trabajo, y ésta es una actividad multidisciplinaria que protege y promueve la salud a través de la prevención así como a través de la eliminación de factores de riesgo.

Para Gil Monte (2012, en Uribe 2015) el mundo laboral es complejo y cambiante; el autor describe 4 fuerzas de índole económica que lo afectan y que por supuesto repercuten en la salud de los trabajadores. Las fuerzas son: el imperativo del desarrollo, la transformación tecnológica, la intensificación de la competencia a escala mundial y la mayor orientación en función de los mercados y una función más reducida del estado. Gil Monte (2012, en Uribe, 2015) considera que estos factores dañan a la población en sus relaciones sociales, familiares, de formación laboral, de conocimientos, destrezas, ritmos de trabajo, disponibilidad de recursos, ordenación de procesos de trabajo y desde luego la salud ocupacional. Según esto, la salud de los trabajadores se refleja en estados de salud o de enfermedad ocasionados por las condiciones laborales.

La salud ocupacional por lo tanto al igual que los otros ámbitos de salud es biopsicosocial y está ligada a los aspectos psicológicos, sociológicos y organizacionales de la dinámica de la relación entre el trabajo y la salud (Juárez, 2007 en Uribe, 2015).

2.2. Breve esbozo sobre la definición de trabajo y desempeño laboral.

El Diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2001) define al trabajo como el esfuerzo humano aplicado a la producción de la riqueza. Coincidiendo con Rocha (2007) acerca de que el trabajo es fuente de riquezas materiales y “espirituales”, porque es parte del sentido que cada uno de los individuos le asigna a su propia vida, además considera que a través del trabajo el hombre transforma la naturaleza en los bienes necesarios para su subsistencia, que fundamentalmente permite “*humanizarnos*” (Rocha, 2007 en Wanderley Codo, 2007).

Ahora bien, el trabajo genera consecuencias positivas en términos psicosociales, ya que genera desde la creatividad hasta el placer. El trabajo es una forma de *praxis* que ha permitido al ser humano afirmarse como tal, cristalizar sus potencialidades

cognoscitivas y emocionales ya que es creador de ideas y de productos materiales (Rocha, 2007 en Wanderley Codo, 2007).

Wanderley Codo, Hitomi y Sampadreo (2007) coinciden en que el trabajo es sincrético de un universo latente; es doble porque lleva la “maldición” de la mercancía, los “fantasmas” del dinero, por un lado, se muestra como un valor de uso ya que pone a disposición lo que satisface las necesidades humanas y posee valor de intercambio porque se obtiene un salario al realizarlo: *“Es creador de mercancía y él mismo una mercancía en el mercado”* (Wanderley Codo, Hitomi & Sampadreo, 2007).

La Organización Internacional del Trabajo (2015), conceptualiza al “Trabajo decente” como la actividad que es productiva, que posea un ingreso digno, seguridad en el lugar de trabajo y protección social, fomente el desarrollo, la libertad y la igualdad tanto para mujeres como para hombres (OIT, 2015).

Respecto al desempeño laboral, término esencial del presente trabajo, tenemos lo siguiente: Arias (2011) lo concibe como las acciones que se orientan a lograr la misión, más allá de las normas y los estándares fijados, así como las propias expectativas de la institución u organización dentro de los valores establecidos, con efectos benéficos y positivos para la calidad de la vida de las personas, los grupos y la sociedad en general. Por su parte, Milkovich y Brodeau (1994) lo refieren como el grado en el que un trabajador o empleado cumple con los requisitos de su trabajo y Gibson, et al. (2001) hablan de que es el resultado de las actividades ligadas con el fin de contribuir a los fines de una institución u organización.

Tomando en cuenta tales aproximaciones a conceptualizar el desempeño laboral, podemos considerar los elementos en común y formular una definición: El desempeño laboral es un conjunto de actividades, acciones y en general comportamientos individuales o grupales que dentro de una institución contribuyen

al cumplimiento de una meta y las recompensas que generan son benéficas y positivas para los implicados en el proceso del trabajo.

2.3. El ámbito psicosocial de los escenarios laborales

La salud en el trabajo está determinada por la interrelación de factores biológicos y psicológicos que desde un punto de vista integrativo, se pueden dividir en factores ambientales y psicosociales. En este apartado se explorará cuáles son y cuál es el impacto de los factores psicosociales o psicoambientales que influyen en los escenarios laborales.

La Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud en 1997, definen los factores psicosociales en el trabajo como las Interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo, las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación persona fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo.

Hacia 1959, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del trabajo comenzaban a hablar de los factores psicosociales del trabajo, los cuales no sólo dependen de la estructura y de las condiciones de vida, sino de toda la gama de problemas sociales, sociológicos, demográficos, económicos, de salud, los cuales tienen un impacto en el ámbito laboral (OMS, OIT, 1959 en Uribe, 2015).

Puede afirmarse que según la OIT existen dos grandes grupos de factores psicosociales en el trabajo en constante interacción dinámica:

1. **Los factores de organización:** Son el medio ambiente del trabajo, las tareas propias del trabajo y las condiciones de la organización.

2. **Los factores humanos:** Son las necesidades, capacidades y expectativas del trabajador, sus costumbres, su cultura, así como las condiciones personales fuera del trabajo.

La interacción de estas variables, impacta directa o indirectamente en la satisfacción laboral, el rendimiento, la productividad y particularmente en la salud física y mental del trabajador y se extiende hasta su familia.

La armonía aparente de estos factores, es capaz de crear confianza, motivación, capacidad de trabajo, satisfacción general y mejoramiento de la salud (Uribe, 2015). La desarmonía o el desequilibrio pueden propiciar reacciones diferentes o negativas de tipo cognoscitivo, emocional, físico o fisiológico. Si lo humano y lo organizacional están en desequilibrio, dependerán de las habilidades del individuo las medidas para hacer frente a las situaciones complejas, así como para controlar manifestaciones de las consecuencias, por lo que cuando varios trabajadores se exponen a una misma posible situación estresante, algunos reaccionarán asertivamente, con éxito y salud y otros responderán de manera errónea y de manera negativa, desarrollando problemáticas de salud (Uribe, 2015).

Ahora bien, gracias al contexto del capitalismo en el que vivimos, el trabajo se ha convertido en una actividad enajenada y enajenante de la sociedad. Lo “psicosocial” implica la comprensión y análisis de los fenómenos que ocurren en el trabajo ligados al propio entorno social así como a las condiciones laborales organizacionales como la organización y la división del trabajo así como procesos internos subjetivos de los trabajadores como lo es la propia valoración del trabajo. Lo anterior, imprescindible para la comprensión de lo psicosocial (Rocha, 2007 en Wanderley Codo, 2007).

Lo psicosocial agrupa dos dimensiones ontológicas: Los hechos empíricos ocurridos en la vida social del ser humano como los hechos, los procesos y los fenómenos “societales” y por el otro lado, la subjetividad, es decir, las cogniciones,

emociones y el comportamiento de los individuos que viven estos hechos en su espacio de trabajo (Rocha, 2007 en Wanderley Codo, 2007).

Las condiciones en las que se desempeña un puesto de trabajo están relacionadas a factores psico-sociales o psico-ambientales o desde la perspectiva de Uribe Prado (2015), a factores organizacionales y humanos; que son determinantes para la salud y la salud mental del trabajador y abarcan lo siguiente: la oportunidad de control, la adecuación entre las exigencias del puesto y las capacidades de la persona que lo desempeña, las relaciones interpersonales, el salario y la seguridad física son, entre otros, aspectos importantes que ejercen una gran influencia sobre el bienestar psicológico.

El grado en que un empleo reúna los anteriores elementos y otros está asociado de forma importante al grado de satisfacción laboral y salud mental de los trabajadores (Montalvo & Garrido, 1999).

Ligado a los factores psicosociales y psicoambientales o a los factores organizacionales y humanos, existe otra perspectiva que considera que las condiciones de trabajo son el conjunto de variables que definen la realización de una tarea en un entorno y que influyen en la salud de una persona tanto en los componentes físicos como psicológicos y sociales (Llor et al. 1995, en Montalvo & Garrido, 1999), (Montalvo & Garrido, 1999),

La Organización Internacional del Trabajo y diversos autores en todo el mundo han considerado que los factores psicosociales en el trabajo son complejos y difíciles de entender, debido a que representan todo un conjunto de percepciones y experiencias de los trabajadores que están ligadas a varios aspectos (Uribe, 2015).

Los factores psicosociales implican la posibilidad de hacer al trabajo “más humano” y con mayores posibilidades para generar una “mejor calidad de vida” (Uribe, 2015).

Como una crítica a las definiciones de los factores psicosociales, Delgadillo propone que éstos son elementos derivados de una relación dinámica entre el individuo, el trabajo y el entorno, que afectan positiva o negativamente su estado de bienestar, acercándolo o distanciándolo de manera sostenida e intermitente al desarrollo de sus potencialidades humanas, así como a su progreso, estos elementos deben ser estudiados en sus relaciones, procesos, causas y efectos, e historia y que en una amplia y profunda mirada social llevan a reflexionar sobre la igualdad (Delgadillo 2011, en Uribe, 2015 pp. 81).

A su vez Delgadillo (2011, en Uribe, 2015) propone dividir los factores psicosociales en directos (aquellos derivados de la dinámica y las contradicciones de la institución, como modernización, reingeniería en procesos, políticas de recorte personal, estilos de liderazgo, visión, misión, metas, valores, relaciones humanas, motivación, conflictos, ejercicio del poder, entre otros) e indirectos (los que se producen por elementos ajenos a la institución, violencia por parte de usuarios, mercado, rotación, entre otros).

Hasta este momento se han definido cuales son los factores psicosociales, psicoambientales, las condiciones de trabajo así como los factores organizacionales y humanos según distintas perspectivas; en síntesis podemos comprenderlos como todas las variables complejas que se asocian al fenómeno del trabajo tanto objetivas como subjetivas y que repercuten en el estado general de un ser humano trabajador, en su bienestar, su estado de salud y rol social. Pero ¿Qué es lo que ocurre cuando estos factores se convierten en factores de riesgo?

Uribe (2015) define a los factores psicosociales de riesgo como las condiciones del trabajo que tienen una probabilidad de tener efectos negativos o lesivos sobre la salud de los trabajadores porque actúan como desencadenantes o facilitadores del estrés y la tensión laboral. Son negativos porque afectan la salud integral y pueden ser: falta de control y jornadas laborales excesivas, intensidad del ritmo de trabajo,

rotación y variabilidad de horarios, problemas de comunicación organizacional, ambigüedad de roles, sobrecarga de trabajo.

Los riesgos psicosociales son altamente peligrosos. Sus consecuencias pueden ser graves en términos psicopatológicos o psiquiátricos; por ejemplo, es común ver que la violencia en el trabajo, el estrés postraumático que ésta genera y el acoso sexual en el ámbito laboral, entre otros, sean tratados de manera simple como estrés (Uribe, 2015).

2.4. “Psicopatología” en los escenarios laborales

Es innegable que el trabajo al ser un escenario de acción primordial para los seres humanos, es también un escenario donde surgen enfermedades que se asocian a los factores psicosociales o psicoambientales del trabajo, como revisamos en los apartados anteriores. Las dimensiones psíquicas y mentales del trabajo se han dejado de lado y ni siquiera han tenido un lugar formal en el estudio del trabajo (Nafta, J. en Dejours, 2001).

A continuación se detallarán las perspectivas contemporáneas más representativas sobre las alteraciones o psicopatologías surgidas en el trabajo:

El término *psicopatología* hace referencia al estudio de la conducta anormal o de los trastornos mentales (Montalvo & Garrido, 1999) y también a aquello que, desde una perspectiva psicológica, se desvía de la “normalidad”, esto es, aquellos comportamientos que resultan poco frecuentes y que no entran en los límites de la distribución normal de la población de referencia. Si bien los elementos constitutivos de la psicopatología se hallan presentes en la normalidad, constituyen una exacerbación, por exceso o por defecto de la misma, por lo que la diferencia entre lo patológico y lo normal es solamente de naturaleza cuantitativa o de grado.

Según González Núñez (1999), la psicopatología siempre existió, existe y seguramente seguirá existiendo. Considera que es probable que con los acelerados cambios científicos y sociales que arrastran al hombre a una adaptación acelerada de su personalidad, se incrementen paralelamente los trastornos emocionales y especialmente los que tienen que ver con la angustia, la depresión, la pérdida de límites en el comportamiento y la falta de control de la agresión.

De manera más específica, es la **psicopatología laboral** la que se dedica a estudiar los trastornos y conflictos que se desarrollan como consecuencia directa del desempeño de un trabajo, así como las alteraciones que surgen debido a la ausencia del mismo, excluyendo aquellas alteraciones que tienen su origen en las condiciones de vida del trabajador o que obedecen a factores ajenos al trabajo (Montalvo & Garrido, 1999).

Los profesionales de la salud mental que se dedican al ámbito laboral reconocen que los problemas que se observan en los trabajadores requieren en muchos casos conceptualizaciones distintas a las que se necesitan normalmente en la práctica cotidiana, por lo que la psicopatología del trabajo o psicopatología laboral constituye un campo muy especial o subespecialidad de la psicopatología que requiere categorías diagnósticas aplicables a los problemas que se derivan de la actividad laboral.

En lo que respecta a las psicopatologías o alteraciones mentales derivadas del trabajo, la Organización Internacional del Trabajo (2010) en su lista de enfermedades profesionales, destaca el rubro 2.4 referente a los trastornos mentales y del comportamiento y solamente menciona el trastorno de estrés postraumático y otros trastornos mentales o del comportamiento que tengan vínculo con la exposición a factores de riesgo de las actividades laborales y los trastornos mentales contraídos por el trabajador.

Varios autores han propuesto categorías diagnósticas para los problemas mentales derivados del trabajo, clasificaciones basadas en su experiencia directa en el estudio de los problemas más frecuentemente observados en el contexto laboral. Con base en esta clasificación, se puede aseverar que las principales alteraciones psicopatológicas que se producen como consecuencia de la actividad laboral son las que se enlistan a continuación (Montalvo & Garrido, 1999):

Estrés laboral

Es una respuesta “normal” del organismo resultado de la percepción de que las demandas que el medio exige a una persona sobrepasan sus recursos, y que por lo tanto no puede darles una respuesta efectiva. Ante este tipo de situaciones el organismo emite una respuesta de estrés que implica el aumento de la actividad corporal fisiológica, cognoscitiva que es preparatoria para una actividad motora. Sin embargo, repetidas respuestas de estrés, o demasiado intensas o duraderas puede generar una repercusión negativa mayor, con un espectro amplio de manifestaciones, a las que se les puede llamar *trastornos psicofisiológicos* (Montalvo & Garrido, 1999).

Varios son los estímulos que propician respuestas de estrés. Desde una perspectiva laboral, los estresores están ligados a los estímulos presentes en el ambiente físico por ejemplo ruido, iluminación, mobiliario, las demandas y los contenidos del trabajo, el juego de roles, las relaciones interpersonales, el uso de herramientas y tecnología, entre otras (Montalvo & Garrido, 1999) es decir, los factores psicoambientales y psicosociales de los escenarios laborales.

La adicción al trabajo

En el contexto del trabajo también se ha empezado a estudiar un nuevo trastorno psicológico, caracterizado por la pérdida de control con respecto a la vida laboral: *la adicción al trabajo*. De acuerdo con Spence y Robbins (1992, en Montalvo & Garrido, 1999), este trastorno se caracteriza por una implicación elevada

en la actividad laboral, un impulso a trabajar (producto de presiones personales o internas), la poca capacidad para disfrutar de la tarea realizada y la búsqueda de poder o de prestigio. Lo que está en juego en el adicto es la propia autoestima y el reconocimiento social.

Los síntomas experimentados no son distintos de los que aparecen en otro tipo de adicciones psicológica: negación del problema, distorsiones cognitivas de la realidad, necesidad de control, tolerancia creciente y síntomas de abstinencia en los períodos vacacionales, como la irritabilidad, ansiedad, depresión.

En los adictos al trabajo, este último interfiere negativamente en la salud física, en la felicidad personal y en las relaciones familiares y sociales. Al carecer de control sobre la dedicación a las obligaciones, los adictos al trabajo invierten una gran cantidad de tiempo y de pensamientos en él, incluso cuando están fuera del mismo.

En la actualidad existe evidencia clínica suficiente en relación con las adicciones psicológicas, en el caso de la laboro-dependencia se caracteriza por una implicación progresiva, excesiva y des adaptativa a la actividad laboral, con una pérdida de control respecto a los límites del trabajo y una interferencia negativa en la vida cotidiana de la persona y de quienes lo rodean (Montalvo & Garrido, 1999). Problemas de adaptación fisiológicos y sociales que se deben al trabajo, entre los más importantes relacionados con el ritmo de trabajo están los trastornos del sueño como el insomnio, y el trastorno del ritmo circadiano endógeno de vigilia y sueño del individuo por una parte y por otra las exigencias exógenas de espaciamento y duración del sueño, por mencionar algunas, la disminución del sueño produce un estado de fatiga persistente que da lugar a la pérdida de eficacia en el trabajo y consecuentemente un aumento del esfuerzo necesario para el adecuado rendimiento (Montalvo & Garrido, 1999).

Intoxicación

La exposición a una amplia gama de sustancias químicas provoca la aparición de trastornos relacionados con sustancias entre los tóxicos capaces de provocar estos

trastornos están los metales pesados como el plomo, la radioactividad, pesticidas, gases, monóxido y dióxido de carbono y sustancias volátiles como la gasolina y la pintura. Dan como resultado la intoxicación por sustancias y la intoxicación por inhalantes, ambos cuadros clínicos altamente incapacitantes y deterioran la vida en todas sus esferas, incluida la psicológica y cognoscitiva (Montalvo & Garrido, 1999).

Desempleo

Uno de los mayores problemas existentes hoy en día en los países desarrollados es la falta de empleo, lo que acentúa las características positivas de estar empleado frente a las de no estarlo. Hay amplia evidencia que indica que el desempleo deteriora la salud mental, los desempleados en general tienen menores niveles de salud que las personas empleadas, además se produce aumento en los niveles de adaptación y aumenta la probabilidad de involucrarse en conductas adictivas con el objetivo de reducir la tensión, problemas familiares, se desestabilizan las relaciones; la familia puede ser fuente de tensión o apoyo social (Montalvo & Garrido, 1999).

Las personas mayores pasan más tiempo jubiladas la mayoría están satisfechas y se adaptan rápido a las circunstancias sin embargo en algunos casos pueden observarse efectos adversos productos de la jubilación, los dos factores que parecen influir en la adaptación a ella son la salud y el bienestar económico, y otras variables como la valoración del trabajo, expectativas ante la jubilación, relaciones sociales y familiares, la habilidad para desempeñar nuevos roles sociales o las variables de personalidad influyen también. En la jubilación anticipada hay más consecuencias adversas (Montalvo & Garrido, 1999).

Ofensas sexuales y/o acoso y hostigamiento sexual

Las ofensas sexuales son un abuso contra la libertad o el libre consentimiento de otras personas, el acoso sexual, un tipo concreto de ofensa sexual, es un comportamiento coactivo de carácter sexual no deseado por la persona a la que va dirigido y que afecta a su dignidad, incidiendo de forma negativa en su situación laboral. Al igual que ocurre en la mayoría de las ofensas sexuales el agresor es habitualmente un hombre y la víctima una mujer, las consecuencias psicológicas

del abuso pueden ser muy graves ya que a victimización puede causar repercusiones psicológicas muy negativas en la estabilidad emocional de las personas afectadas, especialmente en el caso de las víctimas de agresiones sexuales, el máximo exponente de estas consecuencias es el trastorno de estrés postraumático que es experimentado aproximadamente por el 25% de todas las víctimas en general, en el caso de las mujeres agredidas sexualmente el porcentaje puede ascender hasta el 60% de los casos (Montalvo & Garrido, 1999).

Desde otra perspectiva, también contemporánea, el surgimiento de trastornos mentales relacionados con el ámbito de trabajo pueden tener dos posibles clasificaciones; la primera se relaciona con las alteraciones en el lugar de trabajo *in situ* y las segundas se relacionan a las consecuencias de la amplia influencia del contexto social y laboral (Ribé, Cleris y Gracia, 2011).

Analicemos cada una de ellas:

Relacionadas con el ámbito laboral: Bajo la premisa de que una persona llega a trabajar en buenas condiciones físicas y psíquicas, sucede que la persona enferma en el contexto laboral. Las alteraciones o “trastornos mentales” se inician con insatisfacción laboral, cuando el estrés como sistema de regulación biológico ante el entorno laboral, se ha hecho disfuncional. Los factores psicosociales exigen más que un perfil, una constancia de funcionamiento personal que puede ser excesivo para las capacidades de adaptación “realistas” de las personas. El estrés es una reacción física y psicológica ante un estímulo excesivo. Las alteraciones ante el estrés constante pueden ocasionar daños emocionales y orgánicos. Además del estrés, se observan con frecuencia “trastornos de ansiedad reactivos al contexto laboral”, los “mixtos” y los de “características somatomorfos o psicósomáticos” (Ribé, Cleris y Gracia, 2011). Se puede considerar que estos trastornos son adaptativos, aunque también sugiere un déficit de adaptación que puede llegar a considerarse patológica. Dentro de esta misma clasificación, hay otros trastornos relacionados al trabajo llamados “trastornos adaptativos sin especificar” que son

más complejos que el fenómeno de estrés psicosocial inespecífico y se asocian a síndromes como el síndrome de *Burn out* o el síndrome de *Bore out*.

Síndrome de *Bore Out*

Síndrome de ***Bore Out*** o de aburrimiento insoportable en el trabajo, que conlleva una crisis de tipo existencial en la que la persona “está de cuerpo presente y mente ausente” (Ribé, Cleris & Gracia, 2011). Puede confundirse con trastornos depresivos y suele darse generalmente en personas exigentes y con grandes capacidades. El bore out es lo contrario del burn out. Tiene que ver con bajos niveles de exigencia laboral, aburrimiento y desinterés. El empleado a quien le ocurre esto, termina basando en esa insatisfacción el resto de estrategias en su vida.

La aparición de este síndrome tiene efectos nocivos y perjudiciales en las personas que lo padecen y la organización y que llega a generar más estrés que el propio síndrome de *burn out* así como frustración y depresión (Paneque Gómez, 2010). De igual manera genera infravaloración en la persona que lo padece.

El acoso laboral o *mobbing*

Una amplia diversidad de comportamientos puede ser representativa de lo que se conoce como violencia en el trabajo. Estas conductas incluyen acciones realmente intolerables en cualquier contexto (homicidio, violación, patadas, mordidas y puñetazos, entre otros) (Chappell, Di Martino, 1999 en Uribe, 2012).

La Organización Internacional del Trabajo (2008) considera que la violencia en sus múltiples formas de expresión constituye una preocupación que crece, sobre todo en los lugares de trabajo.

El acoso laboral es en la actualidad un grave problema laboral, social y de salud pública que afecta a los trabajadores a nivel mundial. Según Ovejero, los cinco

continentes se ven afectados (Ovejero, 2006 en Uribe, 2013). Está ligado a situaciones donde una persona o un grupo ejerce violencia psicológica extrema sistemática y recurrente durante determinado tiempo sobre una o varias personas en el espacio de trabajo, con una finalidad clara: Destruir redes de comunicación de la víctima y perturbar sus labores hasta que la víctima abandone su lugar de trabajo (Daza, Pérez, *et al* 1998 en Abajo, 2006).

El acoso psicológico incluye todo tipo de conductas negativas continuas que son dirigidas contra uno o varios empleados por sus superiores, colegas o ambos. (Einarsen en Uribe, 2013). Puede ser consecuencia de una mala organización en el trabajo, de inexistencia o inapropiado estilo de liderazgo, de ambientes hostiles e inestables y de las características del trabajo (Einarsen, 2000).

El acoso psicológico, puede ser una consecuencia de condiciones de estrés. Es un fenómeno psicológico complejo que representa un riesgo laboral por el impacto negativo y profundo que produce. Según González y López (2011) puede llamarse:

- Mobbing
- Psicoterror laboral
- Acoso moral
- Violencia laboral
- Hostigamiento psicológico en el trabajo
- Agresión psicológica
- Abuso emocional

El acoso psicológico es considerado por los profesionales de la salud como uno de los principales **estresores psico-sociales** que existen en el trabajo. Genera en el acosado, un daño emocional grave que inclusive puede desencadenar también, enfermedades físicas y psicológicas severas e incapacitantes (González Graña, 2009, Peña Sánchez, 2006 en Segura Hernández, 2013). Además de que el acoso

psicológico se asocia con una disminución del rendimiento laboral, ausentismo y rotación laboral (González, *et al*, 2004)

El acoso psicológico es un término que viene de la traducción del término inglés **mobbing**, que puede ser entendido como arremeter contra alguien, atropellar, molestar, acosar, atacar en grupo. Piñuel (2001) define al acoso psicológico como “El continuado y deliberado maltrato verbal y modal que recibe un trabajador por parte de otro u otros, que se comportan con él cruelmente con el objeto de lograr su aniquilación o destrucción psicológica, y obtener su salida de la organización a través de diferentes procedimientos ilegales, ilícitos o ajenos a un trato respetuoso o humanitario, que atentan contra la dignidad del trabajador, con la finalidad de intimidar, reducir, aplanar, amedrentar y consumir, emocional e intelectualmente a la víctima con vistas a eliminarla de la organización o a satisfacer la necesidad insaciable de agredir, controlar y destruir...” (Piñuel, 2001 pp. 52)

Esta definición plantea la existencia de tres partes implicadas:

1. El acosador o el agresor.
2. El acosado o la víctima.
3. El entorno.

Cualquiera de estos tipos de acoso psicológico causa malestares y consecuencias en el trabajador que lo sufre, en la familia del trabajador, en la institución y socialmente (González, Rivera, Einarsen, 2006).

Síndrome de Burnout

Como hemos revisado hasta este momento; el trabajo es una actividad humana en la que intervienen varios factores psicológicos como lo son las emociones, las motivaciones, las percepciones, las necesidades personales como el reconocimiento y estatus, así como la autopercepción, las relaciones

interpersonales y todo aquello que implique el área psicológica de un trabajador o de un grupo de trabajadores.

No es casualidad que el espacio laboral posibilite la aparición de psicopatologías o trastornos derivados de estas actividades, que indudablemente son consecuencia de la diaria labor en el trabajo y de la respuesta que tiene cada uno de los trabajadores respecto a sus actividades cotidianas.

Los factores de riesgo psico-sociales o psico-ambientales existen en el trabajo y deben ser considerados para promover el cuidado y mantenimiento de la salud psicológica y laboral así como para intervenir en caso de que sea necesario para remediar las problemáticas existentes. Particularmente el Síndrome de Burnout es un grave problema de las organizaciones que ha crecido en en la última década y ha pasado a ser un problema de salud pública con un alto costo económico y social (Gil-Monte, 2005).

El llamado Síndrome de Burnout o Síndrome de Desgaste Ocupacional actualmente es catalogado por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad física y psicológica que causa un profundo deterioro (Apiquian, 2007). Durante los años ochenta, Maslach y Jackson (1982), describieron este síndrome como una respuesta ante el estrés en el trabajo que propicia actitudes negativas hacia el mismo, hacia las personas con las que se interactúa así como hacia uno mismo. Particularmente podemos considerar que los trabajadores que están más vulnerables a afectarse con este síndrome son los que interactúan con personas como lo son funcionarios públicos, médicos, enfermeras, policías, entre otros.

Maslach (1981) define al Síndrome de Burnout como el síndrome tridimensional que se caracteriza por **agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal** con empleados que trabajan directamente con personas, con pacientes o con clientes.

Las dimensiones de afectación, según Maslach y Uribe (1981, 2013) se explican detalladamente a continuación:

La primera es el **AGOTAMIENTO EMOCIONAL** que implica la pérdida progresiva de energía, el cansancio, el desgaste y la fatiga. Las respuestas que se brindan a las personas con las que se trabajan son poco eficientes, pobres emocionalmente y carentes de energía.

La segunda es la **DESPERSONALIZACIÓN** que implica la aparición de irritación, actitudes negativas y respuestas “poco humanas” a los compañeros y a las personas con las que se interactúa, puede derivar en una actitud cínica y dura donde se culpabiliza a los demás y puede derivar en pensamientos como *es culpa de mi jefe que ocurra esto, mis compañeros son seres despreciables que merecen lo peor.*

La tercera es la **BAJA REALIZACIÓN PERSONAL** que se asocia a la emisión de respuestas negativas hacia uno mismo y hacia el trabajo, por lo que la percepción global puede incluir baja motivación hacia el trabajo así como una autopercepción negativa.

Las tres áreas de la afectación se configuran de tal manera que resulta el síndrome de *burnout*.

Con estas definiciones podemos vislumbrar como los efectos son negativos para el trabajador pero por supuesto que para la institución también. En el primer caso se producen alteraciones de tipo orgánico como malestares físicos, gastritis, colitis, dolores de cabeza, hasta trastornos psicológicos como depresión, ansiedad o inclusive trastornos psiquiátricos; en el segundo caso se puede producir bajo rendimiento laboral, clima laboral hostil así como un desempeño laboral desfavorable.

2.5. Ambientes de trabajo saludables y no saludables

Las instituciones deben adoptar medidas concretas para prevenir los riesgos y para promocionar la salud. En vista de lo amplio que es el concepto de salud, la puesta en práctica de estas medidas le compete a varias disciplinas, entre las cuales figura la psicología (Montalvo & Garrido, 1999) con la finalidad de alcanzar la óptima adaptación del trabajo a la persona, procurándole así el máximo bienestar (Fernández, Montalvo, 1998).

La promoción de salud laboral no puede centrarse exclusivamente en la prevención de los riesgos laborales, un aspecto fundamental es el aumento del bienestar psicológico y de la satisfacción laboral, con el objetivo de evitar alteraciones psicológicas derivadas del trabajo (Montalvo & Garrido, 1999)

.
El mayor obstáculo para la prevención de la psicopatología laboral es que varios de los problemas observados en el ámbito del trabajo no son “psicopatologías” incluidas por las clasificaciones psiquiátricas existentes. Generar ambientes de trabajo saludables implica conocer cuáles son los factores psicoambientales que caracterizan a una institución, cómo inciden éstos en la salud de sus trabajadores y en el propio proceso del trabajo.

Apelación al solitario
*Es necesario, a veces, encontrar compañía.
Amigo, no es posible ni nacer ni morir
Sino con otro. Es bueno
Que la amistad le quite
Al trabajo esa cara de castigo
Y a la alegría ese aire ilícito de robo.
¿Cómo podrías estar solo a la hora
Completa, en que las cosas y tú hablan y hablan,
Hasta el amanecer?*
Rosario Castellanos

CAPÍTULO 3

TRABAJO GRUPAL EN LAS INSTITUCIONES

3.1. Trabajo clínico grupal: Integración de definiciones de grupo, breve historia de la Psicoterapia de Grupo

El presente capítulo es medular para la realización de este trabajo, ya que aborda el tema de los grupos y del trabajo que se puede efectuar a través de ellos como dispositivos de intervención clínica y psicológica.

Los seres humanos somos seres sociales y gregarios (Campuzano, 2004), somos entes sociales que pertenecemos a un grupo desde el inicio de nuestra vida, es decir, tendemos a relacionarnos con otros seres humanos, lo que implica que desde el nacimiento, a lo largo de la vida y crecimiento, nos desarrollamos en distintos tipos de grupos como la familia, la escuela, los amigos, el trabajo, entre otros. Es en esos medios o dispositivos grupales, donde aprendemos absolutamente todo: el juego, la educación sentimental, el comportamiento social, y en general el dominio del conocimiento (Campuzano, 2004). Existimos a partir de los otros, ya que lo biológico, lo psicológico y lo social convergen originar la existencia humana (González Núñez, 1999).

Unirse a un grupo es útil y fundamental, no se podría concebir la vida si no fuera en grupo (González Núñez, 1999), estar en grupo provee las oportunidades de aprender, con y de los otros; entender nuestros propios patrones de sentimientos,

pensamientos y conductas y de los otros, y percibir cómo cada uno de los miembros del grupo reacciona ante los demás (Campuzano, 2004).

Ahora bien, ¿Qué es un grupo?, las definiciones clásicas de grupo aportan abundantes elementos que es bien sabido, constituyen a los grupos:

Autores como González Núñez (1999), Olmsted (1972), Slavson (1953) coinciden en definir al grupo en función de elementos como la reunión voluntaria de personas, que interactúan y están en contacto, que están reunidos para lograr ciertas metas y que son conscientes de la existencia de los miembros del grupo y gracias a esta conciencia adquieren una personalidad de grupo. Anzieu (1972) agrega que la percepción de las personas en grupo se efectúa individualmente como socialmente, además de que se forman subgrupos dentro del propio grupo, surgen roles, códigos, normas y creencias únicas en cada grupo (Anzieu, 1972).

Para Bejarano, el grupo es físicamente una totalidad, una estructura que opera tanto en el inconsciente individual como en el colectivo y desarrolla una dinámica de grupo (Bejarano, 1972 en Díaz Portillo, 2000). Grinberg, Langer y Rodrigué, ven al grupo como una zona intermedia entre la realidad interna y la vida exterior (Grinberg, Langer y Rodrigué, 1957 en Díaz Portillo, 2000).

Sea cual sea la definición grupal, desde la perspectiva psicológica se considera que el grupo es un dispositivo conformado por *psiques* individuales que constituyen una *psique grupal* a través de la formación de una dinámica de grupo que es la representación conductual de los fenómenos inconscientes suscitados en el grupo y que genera una realidad individual y grupal distinta en función de la interacción que cada miembro tenga a través de la cual el grupo cumplirá una o varias metas que fue su motivo inicial del porqué se agruparon.

3.1.1. Sigmund Freud

Ahora bien, en lo que se refiere a la historia de la Psicoterapia de Grupo, es Sigmund Freud quien sienta las bases epistemológicas y socioculturales para la comprensión del fenómeno grupal; sus tres obras sobre las masas, la cultura y el grupo dan aportaciones fecundas que posteriormente son utilizadas como fundamento de la teoría grupal:

1. Tótem y Tabú (Freud, 1914):

Donde se va a los orígenes de la cultura y cómo se estructuran y evolucionan las “sociedades totémicas” como una defensa ante los deseos de incesto y parricidio, que son la base del Complejo de Edipo. Por otro lado, refiere que la instauración de la “organización totémica” y “la ley totémica” son fundamentales para el funcionamiento de las hordas primitivas y posteriormente del grupo, ya que por un lado se desarrolla lo pulsional y por el otro el control de lo pulsional, es decir lo instintivo y biológico vs lo normativo y social.

2. Psicología de las masas y análisis del yo (Freud, 1921)

Freud analiza los elementos que mantienen unidos y cohesionados a “la masa”; fundamentalmente refiere que son los procesos de identificación y vínculos libidinales que se mantienen con el líder y con los demás miembros del grupo, lo que genera ligazones emocionales, a partir de las cuales el grupo se une; asimismo considera que el Yo de cada miembro es colocado en el líder o figura central gracias a lo cual los miembros son objetos de amor.

Estudia también la evolución de los grupos humanos de la desorganización a la organización. Y cómo la interiorización de este “padre primitivo” y figura central fomentó la formación de grupos organizados y con metas. A pesar de esta evolución grupal, quedan huellas que retornan a los grupos familiares y sociales.

3. El malestar en la cultura (Freud,1930)

Freud da respuesta al porqué del sentimiento de malestar en la cultura, considerando que es resultado de la represión de la de impulsos “tanáticos” o de muerte, característica de la naturaleza humana, así como de la lucha de los impulsos “eros” o de vida, es decir, de la lucha cultural por lo destructivo y lo constructivo. Las prohibiciones son estructurantes y a partir de ellas se forman representaciones que son compartidas por los grupos. De la resolución de las luchas entre *eros* y *tanatos*, dependerá, según Freud el futuro de la humanidad.

3.1.2. Melanie Klein, tres conceptos para el análisis grupal: “Celos, envidia y voracidad”

Como se dijo en el apartado anterior, en grupo se deben elaborar conflictos que amenazan la integridad grupal, los mecanismos de defensa que emplea el grupo pueden ser en ocasiones tan primitivos como los que emplea la psicosis como lo refieren Grinberg, Langer y Rodrigué (1977). Por tal motivo es importante analizar las contribuciones de Melanie Klein, que aunque propiamente no trabajó con grupos, realizó importantes aportaciones respecto a los primeros estadios del desarrollo del yo. En este apartado y a manera de síntesis se revisan tres conceptos claves de la teoría psicoanalítica de Melanie Klein: Los celos, la envidia y la voracidad, contenidos en su obra: *Envidia y Reparación* (Klein, 1957) así como las posiciones para elaborar la angustia.

Klein consideró al igual que Sigmund Freud, que los orígenes y la etiología de las alteraciones o enfermedades mentales yacían en la primera infancia (Sicilia, 2001). Según esta perspectiva, desde el nacimiento y durante la relación más temprana de la vida de los seres humanos, es decir la relación con la madre, existe un conflicto entre el amor y el odio, que en términos instintivos se traduce en una lucha entre el instinto de vida y el instinto de muerte (Klein, 1957).

A propósito de lo anterior, Klein menciona que la vida psíquica de un infante está caracterizada por la lucha con sus *ansiedades persecutorias* (Klein, 1957) originadas por su propio nacimiento y/o por sus frustraciones fisiológicas. Ahora bien, la relación del niño con su madre puede darse según Klein, en dos vertientes: *El pecho bueno o el pecho malo* referido a los deseos de reparación, bondad y amor en el primer caso u odio e insaciabilidad en el segundo.

Las fantasías del niño ligadas al *pecho bueno o pecho malo* se orientan a considerar que el pecho es un pecho bueno gratificador y nutritivo o por el contrario, un pecho aniquilante, del cual fue arrebatado o no puede poseerlo.

Por lo anterior, se genera, lo que Klein describió como: Celos, envidia y voracidad, que se mencionan a continuación:

La voracidad, es un deseo impetuoso, insaciable y *vehemente*, como Klein lo llama en 1957. Provoca que el sujeto voraz exceda lo que necesita y lo que el objeto es capaz y está dispuesto a dar. Inconscientemente la voracidad pretende vaciar por completo, chupar hasta secar y devorar el pecho, es decir, la introyección proyectiva.

La envidia, por su parte, no sólo busca robar de este modo, sino también colocar en la madre, y especialmente en su pecho, maldad, excrementos y partes malas de sí mismo con el fin de dañarla y destruirla. En el sentido más profundo esto significa destruir su capacidad creadora y va ligado a la proyección.

Los celos se fundamentan en la envidia pero se basan en una relación de por lo menos dos personas y conciernen al amor que el sujeto considera se le debe porque se le ha quitado o puede estar en peligro de que se le quiten por su rival.

Podría decirse que la persona muy envidiosa es insaciable. Nunca puede quedar satisfecha, porque su envidia proviene de su interior y por eso siempre encuentra un objeto en quien centrarse. También esto indica la estrecha conexión entre los celos, la voracidad y la envidia.

Estos tres conceptos son imprescindibles y van ligados a las dos posiciones que

Klein destaca como formas de elaborar la angustia:

1. La posición esquizoparanoide, en la que el niño disocia su mundo en objetos “totalmente buenos” o “completamente malos”. Genera así una escisión esquizoide en su propio yo. Ya hacia los seis meses se enfrenta al problema del reconocimiento de que él mismo es el objeto que lo frustra o lo gratifica.
2. La posición depresiva, donde aparecen sentimientos como la responsabilidad y pesar por lo que se destruyó y dañó internamente. Surge así la culpa y el deseo de reparación y propicia la diferenciación entre el mundo externo y el exterior.

Respecto a las aportaciones del psicoanálisis al estudio de los grupos es importante también mencionar a Wilfred R. Bion, quien afirmó que el grupo terapéutico no tiene una finalidad tan clara, por lo que el líder del grupo está determinado por el clima emocional subyacente que impulsa al grupo a tener en determinados momentos, determinadas fantasías y deseos, esto es lo que se denomina, supuestos básicos (Bion, 1948 en Grinberg, 1977):

1. De dependencia: El grupo es totalmente dependiente del líder y además lo venera, lo idealiza e inclusive lo convierte en un “Dios”. Esto va ligado a una falta de cohesión de grupo y a angustias primarias.
2. De lucha-fuga o ataque-fuga: mediante el cual agreden o defienden a un perseguidor que generalmente se ubica fuera del grupo, lo que propicia sentimientos de unidad o en ocasiones puede ser representado por el propio terapeuta que genera sentimientos de frustración.
3. De apareamiento: en el que el grupo se centra en una pareja en la que coloca sus esperanzas de salvación, con proyección hacia el futuro ya que esperan el nacimiento de un mesías, que es en realidad un intento de reparación ante los intentos fallidos de reparación colectiva.

Los supuestos básicos reavivan angustias primarias y sus defensas respectivas. El grupo se ve amenazado por conflictos que amenazan su desintegración y se defiende a través de defensas primitivas, adoptando comportamientos propios del psicótico.

3.1.3. Inicio de la terapia de grupo

De igual forma y desde la perspectiva de Vaimberg (2012) son dos los acontecimientos históricos que dan impulso a la psicoterapia de grupo: La primera y la segunda guerras mundiales, respectivamente entre 1914 a 1918 y de 1939 a 1945 (Vaimberg, 2012), ya que es el momento en el que posiblemente se adquiere la conciencia de los alcances de la destructividad humana, que Freud ya había mencionado también en *“El malestar en la cultura”*.

Las aportaciones de Grinberg, Langer y Rodríguez (1977) en su revisión histórica, permiten analizar el desarrollo histórico del trabajo grupal en función de la metodología que utilizan:

Pratt es el iniciador de la psicoterapia de grupo en 1906 (Grinberg, Langer y Rodríguez 1977), con un grupo de tuberculosos. Su técnica es la “terapia exhortativa paternal” que actúa “POR” el grupo, porque utiliza con fines terapéuticos las emociones que surgen en el grupo, idealizando al terapeuta sin la comprensión de estas emociones suscitadas.

Por otro lado, las terapias de estructura fraternal, por ejemplo Alcohólicos Anónimos, que actúan también “POR” el grupo, pero evitando la formación de líderes y generando miembros homogéneos que se apoyan en esta homogeneidad para alcanzar los fines terapéuticos (Grinberg, Langer & Rodríguez 1977). El psicodrama de Moreno, tiene elementos parecidos pero que usa la catarsis y la dramatización como elementos terapéuticos. En 1931 Moreno, acuñó la expresión “Psicoterapia de grupo” (González Núñez, 1999).

En lo que se refiere a la terapia que actúa “EN” el grupo, tenemos la Terapia Interpretativa Individual, cuyos representantes son Slavson que consideró que el grupo terapéutico era una situación transferencial de la familia (González Núñez, 1999), Schilder, a quien se le considera introdujo el método analítico en la terapéutica de grupo (González Núñez, 1999) y Klapman y consiste en interpretar individualmente a través de sugerir temas de trabajo al grupo e interpretar los motivos de cualquier situación. Los miembros se identifican con las situaciones y sus protagonistas y esto resulta terapéutico (IDEM).

La Técnica Interpretativa “DEL” grupo, concibe al grupo como una totalidad o una “Gestalt” en la que todos los integrantes influyen en los demás y se actúa en función de ellos a través del establecimiento de la transferencia, fenómeno retomado por Ezriel (1951) quien denota su importancia (Ezriel, 1951 en González Núñez, 1999). Foulkes y Anthony (1981) comparten esta apreciación del grupo, junto con Bion, quien considera al grupo como una totalidad manejable (Foulkes, Anthony 1981, Bion, 1975 en González Núñez, 1999).

Es durante la segunda mitad del siglo XX que emergen con éxito los enfoques humanistas existenciales; en los cincuenta surge la terapia Gestalt de Fritz Perls, cuyos principios son llevados al grupo por el elemento vivencial. Yalom forma el grupo interaccional, surge el análisis transaccional de Eric Berne, en los años setenta Carl Rogers lleva su enfoque de terapia centrada en el cliente al plano grupal, donde su libro “Grupos de encuentro” es un hito del desarrollo de la psicoterapia de grupo (Vaimberg, 2012).

En Argentina a finales de los años cuarenta, Pichón Riviére de corriente kleiniana contribuye con su “concepción operativa de grupos”. Los propios Grinberg, Langer y Rodrigué introducen la escuela inglesa en América Latina (IDEM).

En México, José Cueli contribuye con el método de *psicomunidad* donde describe técnicas para trabajar con personas vulnerables y propone la formación de equipos de salud interdisciplinarios para trabajar por la comunidad; a su vez su enfoque pretende desarrollar destrezas y habilidades de los miembros de la comunidad para desempeñar actividades importantes del propio sistema (Cueli, 1975 en González Núñez, 1999).

Agustín Palacios por su parte, cofundador de la Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo, afirma que existen diversas categorías de grupos y en función del tipo de grupo dónde se desenvuelva el individuo, sus pautas de conducta serán otras por lo que los grupos pueden moldear a las personas en su modo de ser (Palacios, 1975 en González Núñez, 1999).

Héctor Prado Huante, cofundador de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo AMPAG, retoma los supuestos básicos de Bion que considera son un soporte para las interpretaciones que el terapeuta de grupo realiza (Prado, 1965 en González Núñez, 1999).

Quiero destacar también un trabajo grupal realizado por Gustavo Quevedo, Frida Zmud y José Luis González Chagoyán durante los años sesenta, en un monasterio benedictino del antiguo pueblo de Santa María de Ahuacatlán, en Cuernavaca, dirigido por el belga Gregorio Lemercier, donde las experiencias psicoanalíticas de grupo fueron tan intensas que el Vaticano prohibió la relación entre la iglesia y el psicoanálisis (Litmanovich, 2012), antecedente importante de la Psicoterapia grupal en México.

3.2. Dispositivos grupales clínicos y no clínicos

Como se analizó en el apartado de las definiciones de grupo, éstos poseen características que los hacen similares en su conformación, pero particulares en sus propias circunstancias y desarrollos de grupo. Lo que es un hecho es que ningún

grupo se mantiene estático, por el contrario, se genera en él una dinámica que se opera en función de los intereses, objetivos, metas o enfoques que posea el grupo.

Los seres humanos nos agrupamos desde el principio de nuestra existencia, como lo revisamos en la introducción del presente capítulo, la pregunta ahora es ¿Con qué finalidad nos agrupamos? Resolver esta interrogante, permite retomar a Horwitz, quien afirma que el grupo como instrumento psicológico define el ámbito interindividual donde se efectuarán las operaciones buscadas y éste ámbito cambiará según el referente teórico o la corriente psicológica o psicoterapéutica (Horwitz, 1979 en Díaz, 2000). Esto da la posibilidad de tener dos tipos de grupos:

Los grupos no clínicos o sociales: Los que se constituyen con una meta no necesariamente psicoterapéutica como un grupo social, familiar o escolar. Díaz Portillo (2000) refiere que este tipo de grupos no poseen criterios de inclusión, su meta es adquirir herramientas sociales, desarrollar intereses y habilidades y no se interpreta lo que ocurre dentro.

Los grupos clínicos o psicoterapéuticos: Los que se constituyen con fines psicoterapéuticos, aunque no sea una meta en común, tienen un criterio de inclusión y se interpretan los afectos, las resistencias, los contenidos y la transferencia (Díaz Portillo, 2000). O'Donnell (1983) considera que el grupo psicoterapéutico o microgrupo, es una reproducción de las características del contexto socioeconómico.

Campuzano considera que el grupo, como instrumento psicológico, terapéutico o no terapéutico, como se mencionó con anterioridad, opera en función de la corriente epistemológica y técnica en el que se encuadre (Campuzano, 2003) coincidiendo con Díaz Portillo (2000) en que hay diferencias en los grupos terapéuticos debido a que tienden a metas y usan técnicas diferentes según el marco teórico que empleen los terapeutas; en el caso de los grupos terapéuticos, las teorías que requieren opera en dos niveles distintos: El primero de ellos, es el de las teorías de la

personalidad ligado a la dinámica de la conducta en el proceso de salud y enfermedad relacionado a una teoría de la cura y la técnica y el segundo el de las conceptualizaciones del grupo psicológico: Sus fuerzas, su proceso y su técnica grupalizada.

La orientación teórica de la psicoterapia opera según el tipo de “problema”: Las terapias psicoanalíticas son eficaces para el tratamiento de problemas emocionales, su método considera que es importante el autoconocimiento, particularmente en sus áreas conflictivas, haciendo consciente lo inconsciente. Además la psicoterapia de grupo, aporta la presencia “de los otros” y permite la manifestación de los problemas interpersonales en un ámbito donde se posibilita el entendimiento y la resolución (Campuzano, 2003).

Unirse a un grupo implica aprender, con y de los otros, entender los sentimientos, pensamientos y comportamientos y percibir la reacción propia y de los otros (Campuzano, 2003).

Ahora bien, una vez establecida dicha clasificación y para fines del presente trabajo, presento a continuación los tipos de grupos terapéuticos, desde la perspectiva de Campuzano y Díaz Portillo:

Campuzano (2003) considera que hay grupos terapéuticos de dos modalidades, los de apoyo y los de reestructuración psíquica, de los cuales se desprenden modalidades terapéuticas que operan a través de diferentes modelos grupales: Los grupos de autoayuda y los grupos psicoanalíticos. Por su parte, Díaz Portillo (2000), los clasifica en grupos terapéuticos no psicoanalíticos y grupos psicoanalíticos.

A continuación se detallan los tipos de grupos terapéuticos y sus características, según estos dos autores:

1. **Los grupos de autoayuda:** Que se enfocan sobre un síntoma determinado o algún tipo de situación específica. Estos grupos permiten generar nuevas relaciones o roles a través de la comprensión de los miembros del grupo que han pasado por la misma experiencia así como a través del aprendizaje de nuevos roles. No necesariamente los conduce un profesional de la salud mental. Según Díaz Portillo (2000) este tipo de grupo es terapéutico y no psicoanalítico y coincide con Campuzano en que se utiliza para control emocional y contención. Para esta autora, los grupos RED, entraría en esta categoría, ya que la contención sirve para el proceso de espera de los pacientes mientras se les refiere a su grupo terapéutico definitivo.
2. **Grupos de apoyo y grupos psicoeducativos:** grupos centrados en un tema, en una crisis o en una sintomatología, por ejemplo **talleres** o **Grupos de Encuentro**, **Grupos Maratón**, Psicodrama, desarrollo humano, seminarios de formación y **Grupos T**. (Díaz Portillo, 2000).
3. **Los grupos psicoanalíticos:** Son grupos de reestructuración conducidos por profesionales de la salud mental, que buscan cambios psíquicos y conductuales a través de las causantes inconscientes que propician esos comportamientos. Los miembros de este tipo de grupo, operan a través de sus experiencias de vida y sus interrelaciones tanto con los miembros del grupo como con personas del exterior; expresan sus problemas, sentimientos, ideas y reacciones de forma libre, de tal manera que los miembros del grupo aprenden a entenderse a sí mismos y sus conflictos y operan como “ayudantes terapéuticos o coterapeutas”; el psicoanalista interpreta para hacer consciente lo inconsciente.
4. **Los grupos psicoanalíticos de tiempo limitado:** Operan a través de metas o focos específicos en un tiempo limitado que varía según las necesidades de la terapia y puede durar hasta 24 sesiones. Su proceso implica la fase inicial, media y de finalización, haciendo hincapié en la finalización pues es

en este momento donde se activan las ansiedades de separación. La focalización y la planificación del proceso son dos características de las terapias breves dinámicas, que Balint denominó “terapias planificadas o estratégicas” (Campuzano, 2003).

5. **Grupos RED (Recepción, Evaluación y Derivación):** tienen la finalidad de recibir al paciente dentro de una institución de salud mental con una alta demanda, brindarle un espacio de seguridad entre el “afuera” y “el adentro” institucional. Tiene por objeto que el paciente deposite sus primeras ansiedades producidas por la inserción institucional, diagnosticarlo y derivarlo con el tipo de tratamiento más adecuado para su situación “problemática”. (IDEM).

3.3. ¿Por qué son benéficos los grupos y “curan”?

Por la importancia de la propuesta de la formación de dispositivos grupales en instituciones no clínicas, se enlistan los factores “curativos” que propone Irving Yalom, por considerarlos esenciales en cualquier proceso grupal y particularmente en el tipo de dispositivos grupales que propondré:

Yalom (1998) propone que el cambio terapéutico es un proceso complejo que sucede a través de un intercambio íntimo de experiencias humanas, a lo que se asocian lo que él denomina “factores curativos” de los grupos, mismos que no operan independientemente sino que se interrelacionan (Yalom, 1998).

Los factores son los siguientes:

1. **Infundir esperanza:** La fe en un modo de tratamiento puede por sí misma ser efectiva terapéuticamente. Estudios consideran que una elevada expectativa de ayuda antes de la terapia, se correlaciona con un resultado positivo de la terapia; las investigaciones establecen que también es de vital

importancia el que los terapeutas crean en sí mismos y en la eficacia de su grupo (IDEM).

2. **Universalidad:** Los pacientes de grupo, se dan cuenta que no son los únicos en su desdicha. Se desmienten los sentimientos de que son un caso único, por lo que esto instaura alivio. A pesar de que los problemas humanos son complejos, hay denominadores comunes que son evidentes (IDEM).
3. **Información participada:** Se genera en psicoterapia un proceso educativo implícito que permite que los pacientes aprendan sobre el funcionamiento psíquico, el significado de los síntomas, las dinámicas interpersonales y de grupo, así como del propio proceso psicoterapéutico. *“la instrucción didáctica, al proporcionar una estructuración y una explicación, tiene un valor intrínseco (Yalom, 1998, pp. 34).*
4. **Altruismo:** Los pacientes reciben cuando dan; son útiles entre sí en el proceso terapéutico del grupo, ofrecen apoyo, consuelo, sugerencias y comprensión, comparten sus problemas con los demás. Se saben útiles y necesarios (IDEM).
5. **La recapitulación correctiva del grupo familiar primario:** El grupo terapéutico se parece a una familia; los pacientes repiten en su interacción con pares y terapeutas (Yalom, 1998), las pautas de relación que tuvieron con los miembros de la familia. Modificar las pautas y conductas infantiles, implica adquirir consciencia de los nuevos recursos que se tienen en el presente (Díaz Portillo, 2000).
6. **Desarrollo de técnicas de socialización:** Los pacientes desarrollan habilidades para llevar a cabo interacciones sociales. Pacientes que no tienen relaciones íntimas, en grupo pueden tener la oportunidad para un intercambio personal. Las interacciones dadas en el grupo, a manera de

aprendizaje pueden después ser útiles para socializar fuera del contexto grupal (IDEM).

7. **La conducta imitativa:** Los pacientes pueden modelarse a sí mismos según aspectos de otros miembros del grupo, o del propio terapeuta. En el grupo, es común que un paciente pueda beneficiarse de la observación de la terapia de otro paciente con una problemática similar (IDEM).

8. **Catársis:** La expresión abierta de afecto es esencial para el proceso terapéutico, si faltara el grupo se convertiría en un ejercicio académico estéril (IDEM).

9. **Factores existenciales:** Yalom propone tres preguntas orientadas a la existencia de los pacientes y que son relevantes: *“Reconocer que no importa lo próximo que esté a otras personas, debo todavía afrontar la vida solo”, “Afrontar las cuestiones básicas de mi vida y muerte, y de este modo vivir mi vida más honestamente”* y *“aprender que debo asumir la última responsabilidad por el modo en que vivo mi vida, no importa cuánta guía y apoyo consiga de los demás”* (Yalom, 1998, pp. 44). El encuentro en el grupo da asistencia y propicia recursos ante los crueles hechos existenciales de la vida (IDEM).

10. **Cohesión de grupo:** Considera el tipo de relación y relaciones que se generan entre los miembros del grupo incluido el terapeuta. Este “amalgamiento” propicia que la terapia cure. Yalom afirma que: *“La terapia de grupo, análoga a la relación paciente-terapeuta en la terapia individual ha de ser un concepto más amplio: debe abarcar no sólo la relación del paciente con el terapeuta del grupo, sino con los otros miembros del grupo y con el grupo como una totalidad”* (Yalom, 1998, pp. 46).

11. **Aprendizaje interpersonal:** Es un factor curativo amplio y complejo que incluye conocer la importancia de las relaciones interpersonales que se suscitan dentro del grupo (Díaz Portillo, 2000), así como el compartir

emociones dentro del grupo que fortalece lo interpersonal, propiciando beneficios. Las reacciones generadas en y por el grupo no son indiferentes ante los demás, los pacientes conocen y sienten las emociones derivadas de la experiencia en grupo; nunca se puede ser indiferente (Yalom, 1998).

12. El grupo como microcosmos social: Considera que después de un tiempo, los pacientes empezarán automática e inevitablemente a exhibir en el grupo su conducta inadaptada que es igual a las actuaciones que efectúan en su universo interpersonal, peor en el interior del grupo (Yalom, 1998).

3.4. Programas de intervenciones grupales en instituciones

Como lo afirma Campuzano (2003), las instituciones públicas que ofrecen psicoterapia requieren de técnicas de cobertura amplia para no verse saturadas y bloqueadas por la demanda de servicios y caer en la inoperancia de la lista de espera; estas modalidades de grupo clínico generalmente se trabajan bajo un tiempo limitado (Campuzano, 2003). Pero ¿Qué ocurre en un escenario o institución no clínica, donde se presentan problemáticas emocionales y psicopatologías derivadas de las actividades que se realizan?

Campuzano (2003) considera que es raro que una institución o empresa en momentos críticos, solicite intervención o un análisis institucional u organizacional. Generalmente las empresas, contratan “cursos” que como tal implica que no se está aceptando la crisis como tal, por el contrario se espera aprender algo que sirva para remediar la crisis, en lugar de entenderla y elaborarla; se fantasea con adquirir perfiles específicos o aprender la manera de resolver conflictos (IDEM).

El pedido de un curso de manejo de conflictos, encubre en general el pedido de auxilio para una crisis en las relaciones interpersonales dentro de la institución. Sin embargo, hay instituciones que piden ayuda en forma directa posibilitando hacer análisis o diagnósticos y realizar intervenciones que permitan a través de la

sociometría y psicodrama por ejemplo, hacer un mapa de las relaciones interpersonales dentro de la institución, detectar situaciones críticas o solucionar las situaciones que vive la institución.

Otra alternativa que destaca Campuzano, es la de realizar un “taller” sobre un tema determinado, el enfoque que propone Campuzano es el de Psicodrama, que permite recuperar la historia de la institución y la memoria colectiva (IDEM).

Si el psicoanálisis se dirige a descubrir la demanda latente de la institución; entendiéndola como un organismo que posee una instancia inconsciente, el psicodrama remarca el vínculo con la institución. El análisis de la composición de los grupos a través de mapas sociométricos, el diagnóstico de los equipos de trabajo a través de esculturas vivientes y escenas institucionales, la reconstrucción de la memoria colectiva a través de fotos imaginarias, de escenas dramáticas o juegos, operan como elementos de diagnóstico y de cambio simultáneamente y es a través de éstas mediante se desentraña el vínculo con la institución (IDEM).

Capítulo 4

Método

4.1. Antecedentes

Cursar la Especialización en Intervención Clínica en Adultos y Grupos de la Facultad de Psicología de la UNAM, permite al egresado la adquisición de una epistemología clínica grupal mediante la cual matiza la realidad y las problemáticas de la sociedad actual.

El desarrollo del presente trabajo tuvo que ver en primera instancia con la observación de una situación laboral bajo el tamiz de “lo grupal” y en segunda gracias al apoyo de las autoridades de la Institución Pública donde se llevó a cabo la intervención, al considerar viable un Programa de Intervención Psicológica constituido por la formación de dispositivos grupales con el fin de beneficiar al personal a través de buscar soluciones a problemáticas laborales derivadas de relaciones interpersonales conflictivas, situaciones de poder y en general de los factores psicosociales del trabajo.

El trabajo clínico a través de dispositivos grupales, ofrece innumerables bondades pero también precisa precauciones, y más en una oficina gubernamental. Hablar de los antecedentes de este Programa de Intervención Psicológica, implica también reconocer la trascendencia, los alcances y las limitaciones que se pueden tener dentro de una institución y que no se conocen *a priori* sino *ipso facto*. Lo que es cierto es que gracias a la apertura de ciertas instituciones públicas, la Psicología Clínica y de la Salud ha podido incursionar en un escenario distinto al consultorio psicológico; en una institución pública y no sólo desde la perspectiva clásica del Departamento de Recursos Humanos haciendo “reclutamiento y selección” sino a través de Programas Psicológicos para favorecer la salud mental y cuidar los factores psicosociales que intervienen en el escenario laboral.

Desde una perspectiva “relacional” y desde la perspectiva del psicoanálisis kleiniano, las problemáticas que aquejan al escenario laboral tienen que ver con la voracidad, los celos, la envidia y las rivalidades. Desde una perspectiva psicosocial y fenomenológica organizacional, también se relacionan a situaciones de abuso de poder, narcisismo y malestares personales que demandan una intervención psicológica al ser situaciones de la vida cotidiana para proveer y dotar de recursos y herramientas psicológicas, que posiblemente beneficiarán la salud mental y el desempeño laboral.

Si bien la Psicología no es la panacea y actualmente enfoques alternativos ofrecen otro tipo de soluciones que venden como “rápidas” y “eficaces”, el trabajo clínico realizado con formalidad y siguiendo el método clínico genera soluciones y “remedios” en una institución que es muestra de una sociedad cada vez más necesitada de recursos emocionales, intelectuales y en general psicológicos.

4.2. Justificación

Es innegable que el proceso de salud de los seres humanos está determinado por factores de orden biológico, psicológico y social. Resulta de vital importancia para los profesionales de la salud, conocer cada uno de estos factores para generar así nuevos conocimientos que permitan aproximarse a la comprensión del complejo fenómeno de la salud.

Ahora bien, el trabajo como actividad humana y escenario imprescindible de los seres humanos, ha evolucionado a lo largo del tiempo; durante los últimos años el cambio y las transformaciones así como el contexto socioeconómico del mundo y especialmente de nuestro país, ha generado efectos nocivos en los trabajadores.

El mundo laboral contemporáneo pone en peligro el bienestar y la salud de los trabajadores debido principalmente a las altas exigencias y demandas. Teóricos contemporáneos como Montalvo & Garrido (1999), Ramos y Arias (2001), Uribe Prado (2015) y la propia Organización Internacional del Trabajo, consideran que el trabajo no solamente es una actividad humana dirigida a producir, sino consideran que influye en su realización un conjunto de *factores psicosociales* como lo son: comportamientos individuales y grupales, encuentro de *psiques*, dinámicas e interacciones grupales, relaciones interpersonales y en general todo tipo de elementos humanos y ambientales que se juegan en el trabajo

La salud mental de los trabajadores por su parte, también se ve impactada por las prácticas laborales contemporáneas, es común observar malestar generalizado que va generando lo que algunos teóricos consideran “psicopatologías del trabajo” (Montalvo y Garrido, 1999) que se manifiestan en síntomas clínicos que pueden llegar a incapacitar a los trabajadores o a tener consecuencias serias a nivel personal, grupal e institucional.

Por todo lo anterior, y como una manera de intervenir ante estos efectos nocivos que el trabajo tiene sobre la salud de los trabajadores, la psicología puede incursionar en el escenario laboral a través de la formación de dispositivos grupales que permitan promover el cuidado y el mejoramiento de la salud mental. Esto deja en claro que los campos de acción del psicólogo se han ampliado de manera importante.

El trabajo clínico a través de dispositivos grupales ha tenido un impacto favorable a través de su ejercicio en distintos tipos de grupo: psicoterapéutico, de reflexión, grupos de admisión, entre otros. Los dispositivos grupales pueden ayudar a resolver las principales problemáticas psicosociales que se dan en el trabajo como lo son las rivalidades fraternas, las envidias, la voracidad y hasta los celos que como se dijo con anterioridad, generan malestar y enfermedades.

4.3. Planteamiento del problema

Durante las últimas décadas se ha acrecentado el malestar y alteraciones físicas y psíquicas dentro de los escenarios laborales debido a las altas exigencias y alta competitividad así como a la permeabilidad de los “factores psicosociales” en la realización del trabajo. Así mismo el estudio de estos “factores psicosociales” y procesos que intervienen en el trabajo ha generado un nuevo campo de estudio. El papel de la psicología podría ser fundamental para contrarrestar estos efectos y favorecer la salud laboral y la salud mental como resultado de intervenciones psicológicas. Particularmente el presente trabajo aborda la formación de dispositivos grupales de reflexión *in situ* como parte de un programa de intervención psicológica integral y se busca responder la interrogante:

¿Cómo la formación de dispositivos grupales de reflexión *in situ* puede fomentar la salud mental y laboral del personal de una institución pública?

4.4. Objetivo general

- ⊙ Implementar un programa de intervención a través de la formación de dispositivos grupales reflexivo-vivenciales laborales *in situ* (Mora, Valenzuela, 2015) y promoción de la salud dentro de una institución pública con el fin de promover la salud laboral y mental.

4.4.1. Objetivos específicos

- ⊙ Diseñar, planear y conducir dispositivos grupales en una institución pública que permita la detección y diagnóstico de las principales problemáticas psicológicas y “psicopatologías” laborales.

- ⊙ Intervenir y generar efectos “terapéuticos” en beneficio de la salud mental de los trabajadores de una institución pública.
- ⊙ Propiciar la generación de recursos psicológicos en los trabajadores de una institución para hacer frente a las demandas y exigencias laborales a las que se ven sujetos.
- ⊙ Generar en los trabajadores un proceso reflexivo acerca de la importancia del uso de estos recursos psicológicos aprendidos durante la conducción de los dispositivos grupales.
- ⊙ Evaluar a través de instrumentos psicológicos factores de la salud mental y laboral de los trabajadores.
- ⊙ Crear estrategias de intervención psicológica a corto, mediano y largo plazo.

4.5. Hipótesis de trabajo

Después de una intervención clínica a través de la formación de dispositivos grupales reflexivo- vivenciales laborales *in situ*, el personal de una institución pública identificará y reflexionará acerca de los recursos psicológicos que promueven la salud mental y laboral y que pueden fortalecer su desempeño.

4.6. Tipo de diseño de investigación:

No experimental, exploratorio, descriptivo y explicativo (Hernández Sampieri, 2010), debido a que es un Programa de Intervención Psicológica “Piloto” del cual se obtendrán resultados medibles y observables a través del tiempo.

4.7. Tipo de población a la que va dirigido el Programa de Intervención:

Personal adscrito a la institución pública dividida en: Una Dirección Ejecutiva, de la cual se desprenden 3 Coordinaciones, 2 Direcciones y 3 Secretarías, que a su vez están dividida en Subdirecciones y Departamentos.

4.8. Tipo de grupos: Dispositivos grupales reflexivo-vivenciales laborales *in situ*

4.9. Criterios de inclusión: Personal adscrito a la Dirección Ejecutiva incluido personal de plaza presupuestal (base) y personal de honorarios (eventuales y permanentes) que aceptaron participar.

Es importante hacer notar que del universo de población al menos unos 15 trabajadores no asistieron debido a razones personales o a que tenían licencia médica o vacaciones durante la intervención psicológica.

4.10. Número de participantes: 1200 trabajadores divididos en **42** grupos de 25 a 28 participantes. Cabe destacar que de este número de trabajadores, 300 se encuentran al momento de la realización de esta tesis en proceso grupal.

4.11. Instrumentos aplicados: Inventario Maslach de *Burnout* (1986), instrumento ampliamente utilizado (Miravalles, 2015), constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia sus colaboradores y su función es medir desgaste profesional. Es un test confiable y que puede ser utilizado en muestras mexicanas (Ramírez, Rangel, 2005).

4.12. Material utilizado: Durante la realización de los dispositivos grupales laborales *in situ* se les entregó a los integrantes un material de apoyo que consistió en un manual de trabajo que se encuentra anexado al final de este trabajo.

4.13. Procedimiento

a) Observación *a priori* para la consolidación del proyecto psicológico

1. En un primer momento y a través de la observación clínica, pudo determinarse que un área administrativa de una institución pública presentaba problemáticas psicológicas comportamentales y emocionales derivadas de las sobrecargas de trabajo como lo son: hostilidad entre los trabajadores, relación jefe-subordinado afectada, tensiones, malestares psicológicos que a simple vista se percibieron como “estrés” y “ansiedad”, entre otros.
2. Se desarrolló el programa de intervención a través de la formación de dispositivos grupales reflexivos-vivenciales laborales *in situ*, mismo programa que tuvo que presentarse ante la Coordinadora del Área Administrativa donde surgió el proyecto y al Director Ejecutivo, máxima autoridad de la institución. Una vez aprobado se conformaron los grupos.

b) Conformación de los grupos

Toda vez que la institución aprobó un proyecto de esta índole para promover y cuidar la salud psicológica de sus trabajadores, se conformaron grupos para impartir un “Curso taller vivencial”; siguiendo el modelo de “*grupos de admisión*” (Campuzano, 2004), se planificaron seis sesiones con contenido teórico, dinámicas de grupo y aplicación del Inventario Maslach de *Burnout*. No perdamos de vista que al ser una

institución no clínica, el nombre del grupo no debe ser amenazante ya que puede despertar ansiedades persecutorias y angustia por parte de los trabajadores.

La conformación de los grupos se efectuó de manera aleatoria, es decir, se formaron grupos heterogéneos de las diferentes áreas de la Dirección Ejecutiva, Cada grupo estuvo compuesto de 25 a 28 trabajadores de distinto rango jerárquico y distinto régimen de contratación: Desde directivos hasta personal operativo y personal de honorarios y de plaza presupuestal.

c) Trabajo y proceso grupal

Cada grupo tuvo seis sesiones de dos horas, para cada sesión se planificaron un conjunto de actividades integrales, las cuales se muestran en las cartas descriptivas que se anexan al final de este trabajo. Fue claro que existieron tres fases o momentos del grupo: inicio, intermedio y cierre. Durante la impartición de cada uno de los grupos el proceso grupal se gestó de manera muy particular. En el apartado de análisis del proceso grupal se examinará a detalle este proceso del primer dispositivo grupal, por considerarlo el más clínico.

Las sesiones abarcaron los siguientes temas:

1. Primer acercamiento a la Psicología ¿Será el primer acercamiento?

- Aproximaciones al proceso de salud psicológica en el trabajo.
- ¿Definición(es) de psicología?
- Campos de acción de la psicología y su aplicación en la DERFE.
- Construcción de una definición de Psicología.
- Utilidad y beneficios de la psicología dentro de la institución.

2. Autoconocimiento y participación del grupo en la constitución de uno mismo.

- Estima propia, autoconocimiento. Evaluación del mí mismo.
- Efecto Pigmalión
- Comparación social
- Estereotipos

3. Variables psicológicas que influyen en el trabajo: Identificación de fortalezas y “talones de Aquiles” psicológicos.

- Cambio y resistencia al cambio
- Actitudes
- Motivación y emoción en el trabajo,
- Pertenencia e identidad.
- Personalidad

4. El conflicto psicológico

- El conflicto psicológico
- Relaciones y conflicto
- Alternativas para manejar el conflicto
- Situaciones conflictivas

5. Trabajo a través de grupos

- Introducción y definición de grupo
- Clasificación y características de los grupos

- ¿Por qué trabajar en grupo?

6. Aplicando lo aprendido y trabajado en mi vida y en el espacio laboral

- Consolidando mi salud psicológica en el espacio laboral.
- Metas personales, toma de decisiones y propósitos en el trabajo

d) Integración del Diagnóstico de Síndrome de Desgaste Ocupacional y elaboración de Informe Psicológico de la Institución.

El Diagnóstico clínico de la institución se llevó a cabo siguiendo dos líneas de acción; la primera tuvo que ver con medición y evaluación de síndrome de desgaste ocupacional medido con el Inventario Maslach de Burnout (1986), instrumento que se aplicó durante la segunda sesión del dispositivo grupal. La segunda vertiente, tuvo que ver con el análisis del proceso grupal que permitió identificar los aspectos psicológicos referentes a la relación entre los trabajadores de la institución.

e) Intervención más allá de la formación de los dispositivos grupales y Promoción de la Salud Laboral y Mental

Una vez concluida la conducción de los dispositivos grupales laborales *in situ* a todo el personal adscrito a la Dirección Ejecutiva y habiendo realizado el diagnóstico cuantitativo del Síndrome de Desgaste Ocupacional así como el análisis de la institución en función de los procesos grupales, se prosiguió a desarrollar proyectos de promoción de la salud laboral, como fue la “Primera Semana de la Salud Psicológica” que contempló un ciclo de conferencias magistrales y talleres impartidos por académicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM, Secretaría de Salud del Distrito Federal e Instituciones Privadas como el Instituto para la Salud Emocional A.C. y Casa Gaviota, un vuelo sin violencia A.C.

De igual forma y dentro de este Programa de Intervención se tuvieron distintas “reuniones interventivas” en las que se generaban “mesas de diálogo, reflexión y charla” con las áreas que lo solicitaron debido a que durante el proceso grupal, se suscitaron tensiones derivadas de problemáticas situacionales y relacionales que requirieron una atención específica tanto grupal como individual.

CAPÍTULO 5 RESULTADOS

5.1. Descripción del universo de participantes de la intervención

El programa de intervención a través de dispositivos grupales reflexivo-*laborales in situ* (Valenzuela, 2015) contempló a todo el personal que conforma a la institución pública donde se realizó. Por motivos de confidencialidad y políticas gubernamentales de protección de datos es imposible acceder a la información de cada uno de los trabajadores, por lo que en este apartado se describirá en términos generales, a los participantes.

5.1.1. Promedio de edad del universo de participantes:

- Respecto a las edades de los participantes, el promedio y el rango de edad se muestra en la siguiente tabla:

Rango de edad del universo de participantes de la intervención:	De los 18 a los 84 años
Edad promedio del universo de participantes de la intervención:	41.5 años de edad

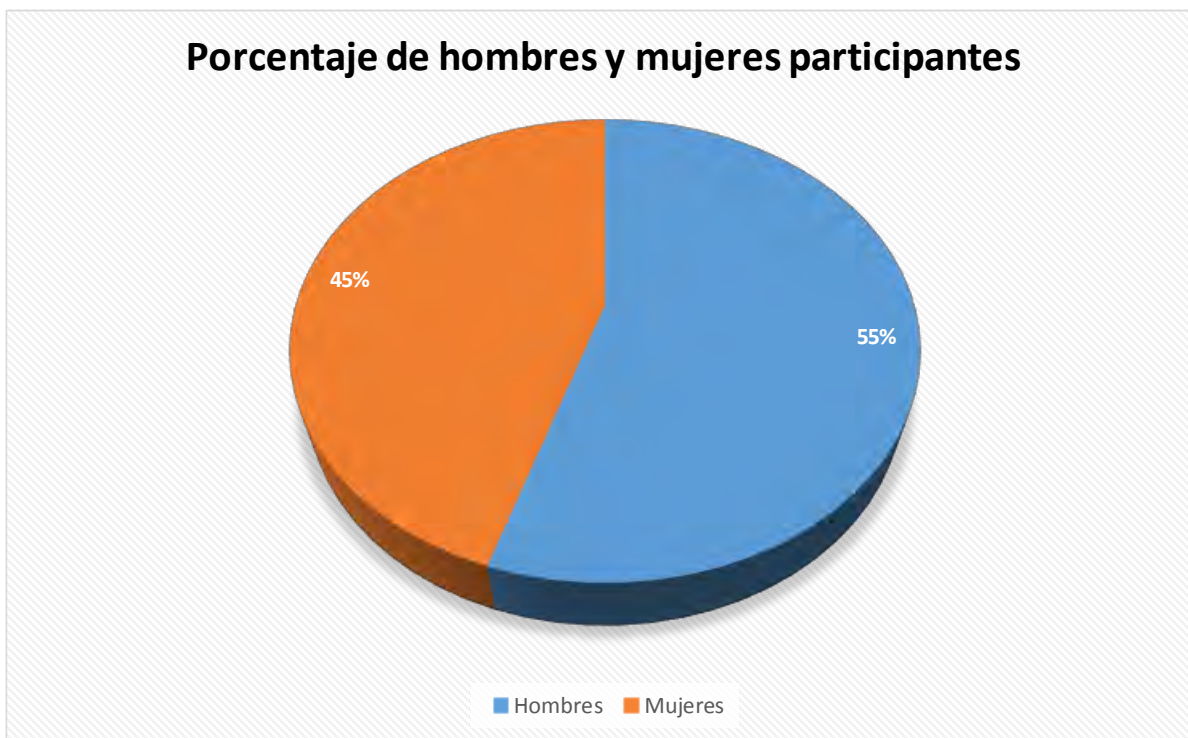
Tabla 1 Promedio de edad de los participantes

- Respecto al sexo de los participantes, tenemos lo siguiente:

Hombres	Mujeres
55%	45%

Tabla 2: Sexo

Porcentaje de hombres y mujeres participantes

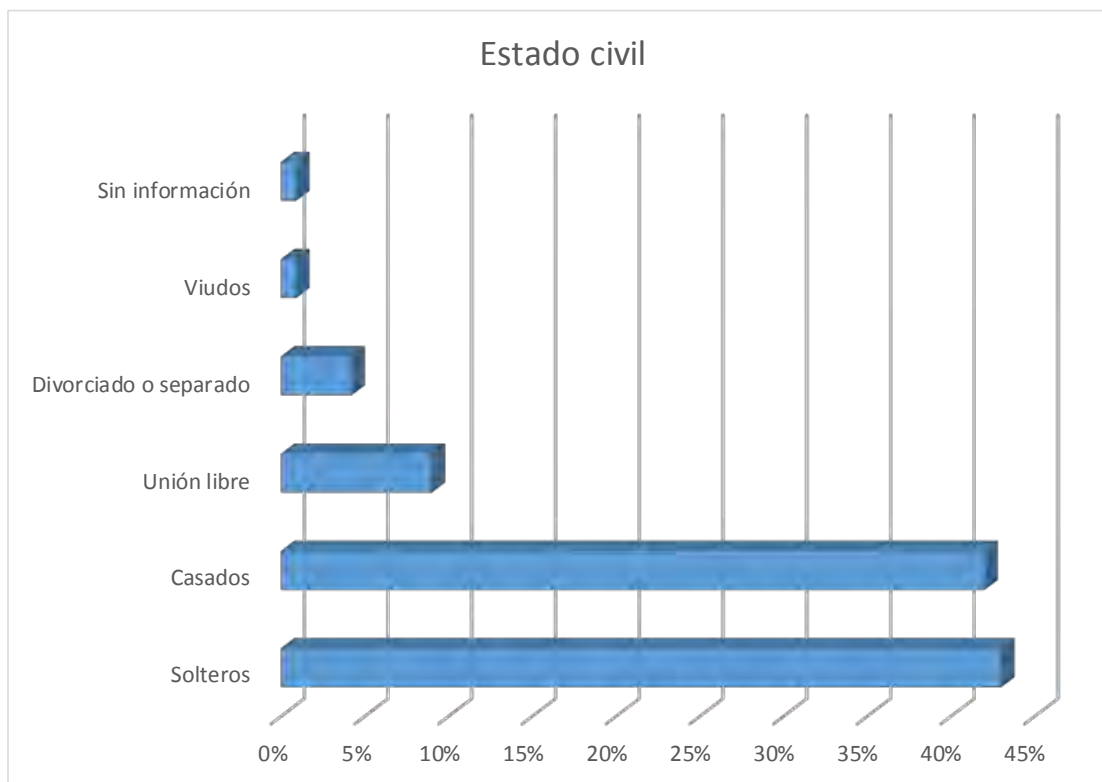


Gráfica 1: Sexo de los participantes

5.1.2. Estado civil de los participantes:

Estado civil	Porcentaje de trabajadores
Solteros	43%
Casados	42%
Unión libre	9%
Divorciado o separado	4.2%
Viudos	0.9%
Sin información	0.9%

Tabla 2: Promedio de edad de los participantes



Gráfica 2: Estado civil de los trabajadores

5.1.3. Contratación del personal

Los regímenes de contratación son fundamentalmente dos: Personal de base (plaza presupuestal) y personal de honorarios (confianza).

Régimen de contratación	Honorarios	Plaza presupuestal
Porcentaje del personal	42%	58%

Tabla 3: Contratación

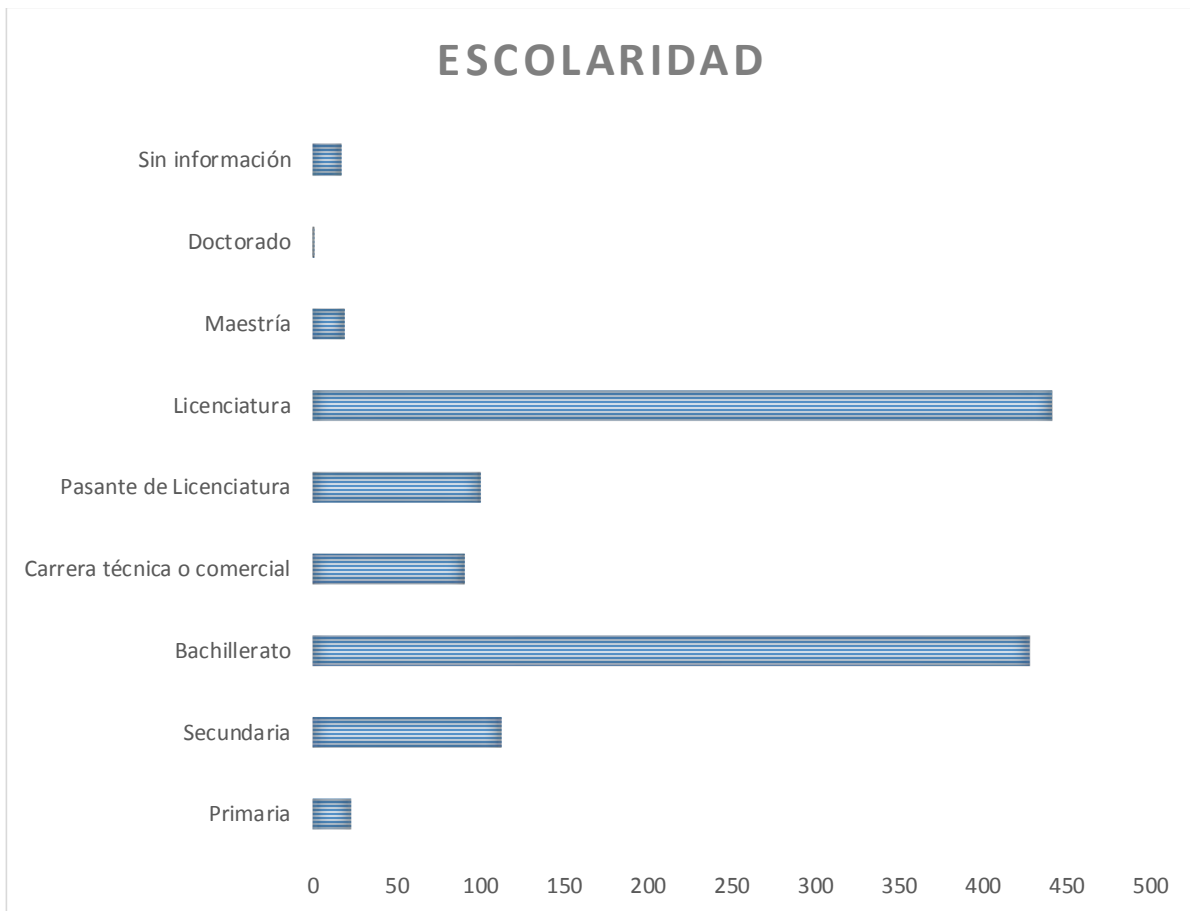


Gráfica 3: Contratación del personal

5.1.4. Escolaridad de los participantes:

Nivel académico	Número de trabajadores	Porcentaje
Primaria	23	1.86%
Secundaria	113	9.15%
Bachillerato	428	34.6%
Carrera técnica o comercial	91	7.3%
Pasante de Licenciatura	100	8.1%
Licenciatura	442	35.8%
Maestría	19	1.5%
Doctorado	1	0.08%
Sin información	17	1.61%

Tabla 4: Escolaridad



Gráfica 4: Escolaridad

5.1.5. Características institucionales

Primeramente la institución, posee un carácter público, autónomo y sus atribuciones tienen alcance nacional.

La institución está constituida por varias Direcciones Ejecutivas con distintas atribuciones.

La intervención propiamente, se efectuó en una de las varias Direcciones Ejecutivas que constituyen a la institución, de la que se desprenden 3 Coordinaciones, 2 Direcciones, 3 Secretarías.

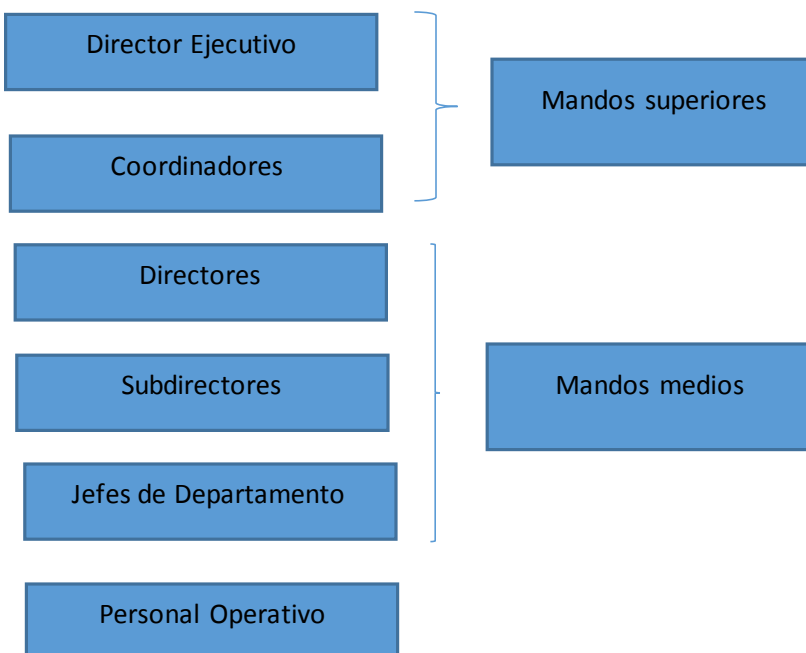
Cada Coordinación y Dirección se divide a su vez en Subdirecciones.

Cada Subdirección se subdivide en Jefaturas de Departamento.

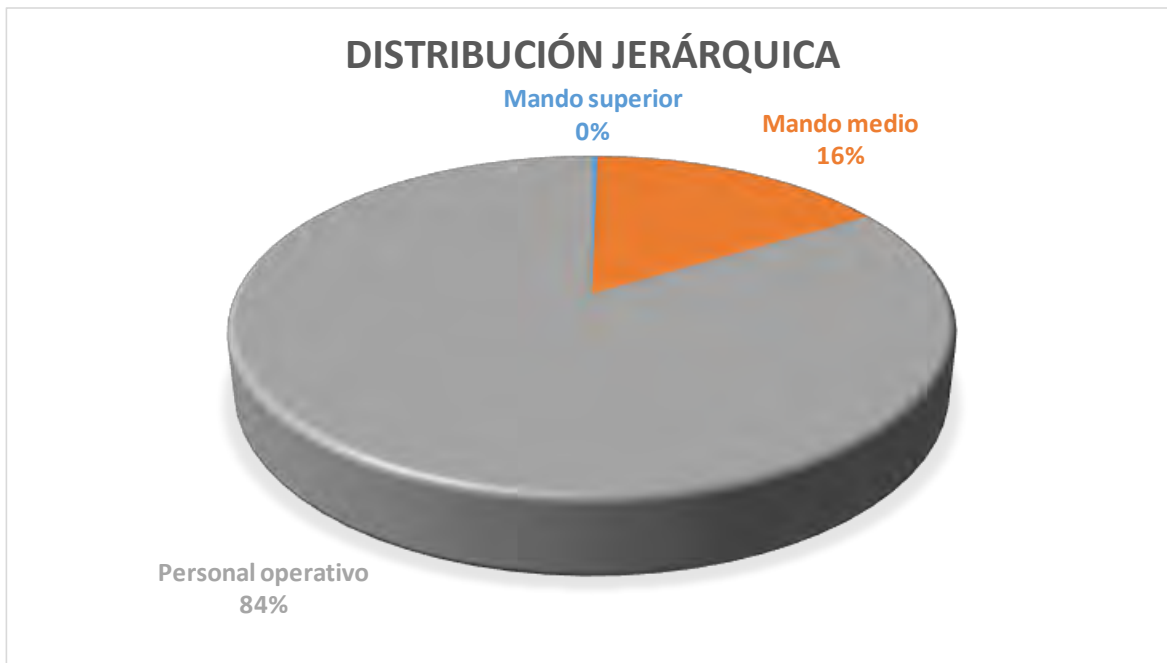
Las Jefaturas de Departamento trabajan con personal de nivel operativo.

5.1.6. Jerarquías en la institución

Las jerarquías en la institución son las siguientes:



De la cual, se distribuyen de la siguiente manera:



Gráfica 5: Contratación del personal

5.2. Resultados cuantitativos de la medición de Síndrome de Desgaste Ocupacional (*Burnout*)

La prueba utilizada durante la segunda sesión del dispositivo grupal, se utilizó para medir el Síndrome de Desgaste Ocupacional o *Burnout*, la cual es un instrumento confiable para detectar el Síndrome de Burnout y que puede ser utilizada en muestras mexicanas de trabajadores que tengan constante interacción con otras personas (Ramírez, Rangel, 2005).

Es importante mencionar que del total del universo participante en este Programa de Intervención, 300 trabajadores se encuentran todavía en Proceso de Grupo. Se incluyen los datos correspondientes a 900 personas participantes, de las cuales 45, es decir, el 5%, invalidaron el test, por lo que no se consideraron su datos.

La calificación del test se obtiene al analizar las 3 áreas del síndrome. Puntuaciones altas en las áreas de agotamiento emocional y despersonalización y baja en realización personal definen el síndrome. Puntuaciones bajas, entre 1 y 33, indica que el síndrome se encuentra en un nivel bajo, y en rango intermedio en un nivel moderado de afectación por el Burnout.

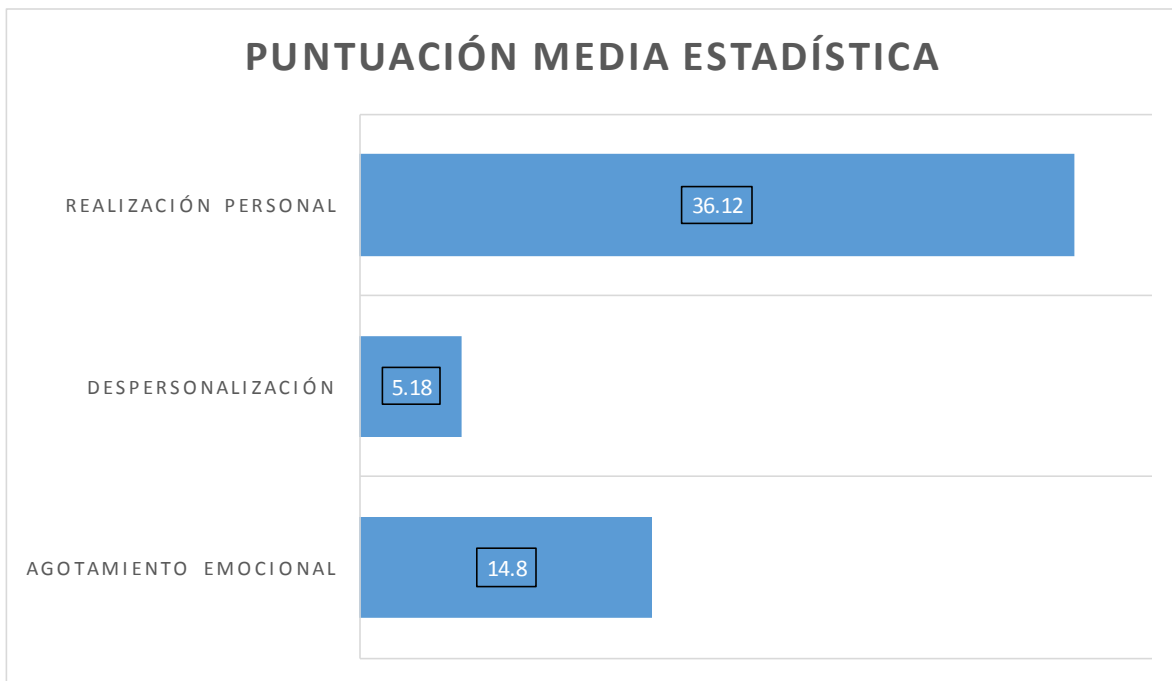
- Resultados cuantitativos generales del Síndrome de Burnout en la Institución Pública.

Áreas de medición del Síndrome de Desgaste Ocupacional	Puntuación media estadística	Rangos	Nivel de afectación para determinar el Burnout
Agotamiento emocional	14.8	Bajo: Menor a 18 Moderado: 19-26 Alto: Mayor a 27	Bajo

Despersonalización	5.18	Bajo: Menor a 5 Moderado: 6-9 Alto: Mayor a 10	Bajo
Realización personal	36.12	Bajo: Mayor a 40 Moderado: 34-39 Alto: Menor a 33	Moderado

Tabla 5: Síndrome de Desgaste Ocupacional por área

- Afectación del Síndrome de Desgaste Ocupacional por área de medición



Por lo que se indica que el nivel de Burnout es bajo en términos generales, sin embargo la realización personal presenta un nivel de afectación moderada, lo que indica que los trabajadores pueden comenzar a generar actitudes negativas hacia sus compañeros y hacia ellos mismos, y pueden ir deteriorando progresivamente

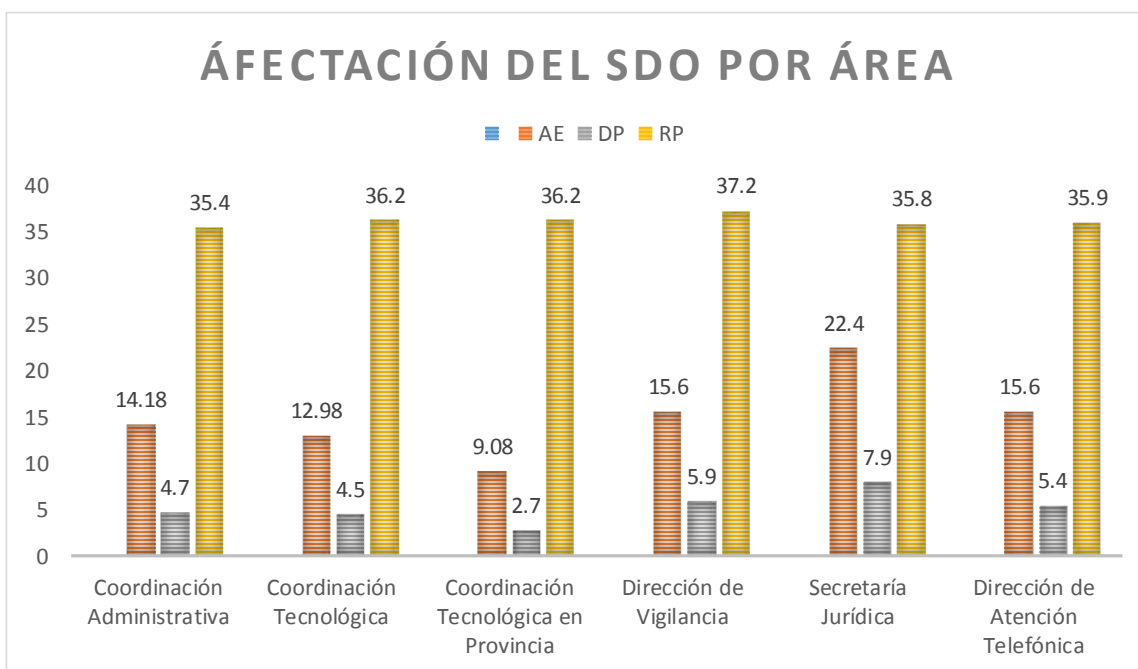
su habilidad para trabajar, además de que se pueden llegar a presentar sentimientos de fracaso.

- Resultados cuantitativos del Síndrome de Desgaste Ocupacional por área de la Institución.

Area de medición del Síndrome	Coordinación Administrativa	Coordinación Tecnológica	Coordinación Tecnológica en Provincia	Dirección de Vigilancia	Secretaría Jurídica	Dirección de Atención Telefónica
AE	14.18	12.98	9.08	15.6	22.4	15.6
DP	4.7	4.5	2.7	5.9	7.9	5.4
RP	35.4	36.2	36.2	37.2	35.8	35.9
Afectación	Bajo	Bajo	Bajo	Moderada	Moderada	Moderada

Tabla 6: Síndrome de Desgaste Ocupacional por área

- Afectación del Síndrome de Desgaste Ocupacional por área de la Institución.



Gráfica 6: Afectación de SDO por área laboral

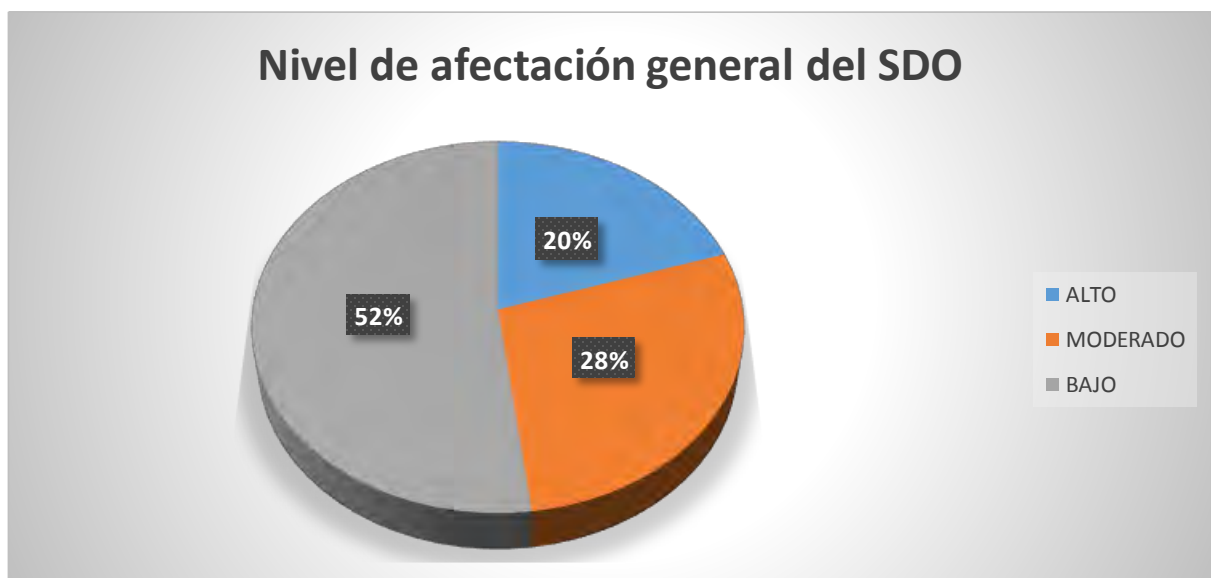
Aunque las medias estadísticas corresponden a niveles bajos de *Burnout*, es la Dirección de Vigilancia, la Secretaría Jurídica y la Dirección de Atención Telefónica la que presentan los puntajes más elevados en lo que se refiere a agotamiento emocional y a la despersonalización, propiciando que el diagnóstico sea: Afectación moderada. La realización personal presenta puntajes moderados, que indican desmotivación y es una constante en todas las áreas que conforman la institución.

Tabla 3. Porcentaje de trabajadores afectados en diferente nivel por el Síndrome de Desgaste Ocupacional en toda la institución:

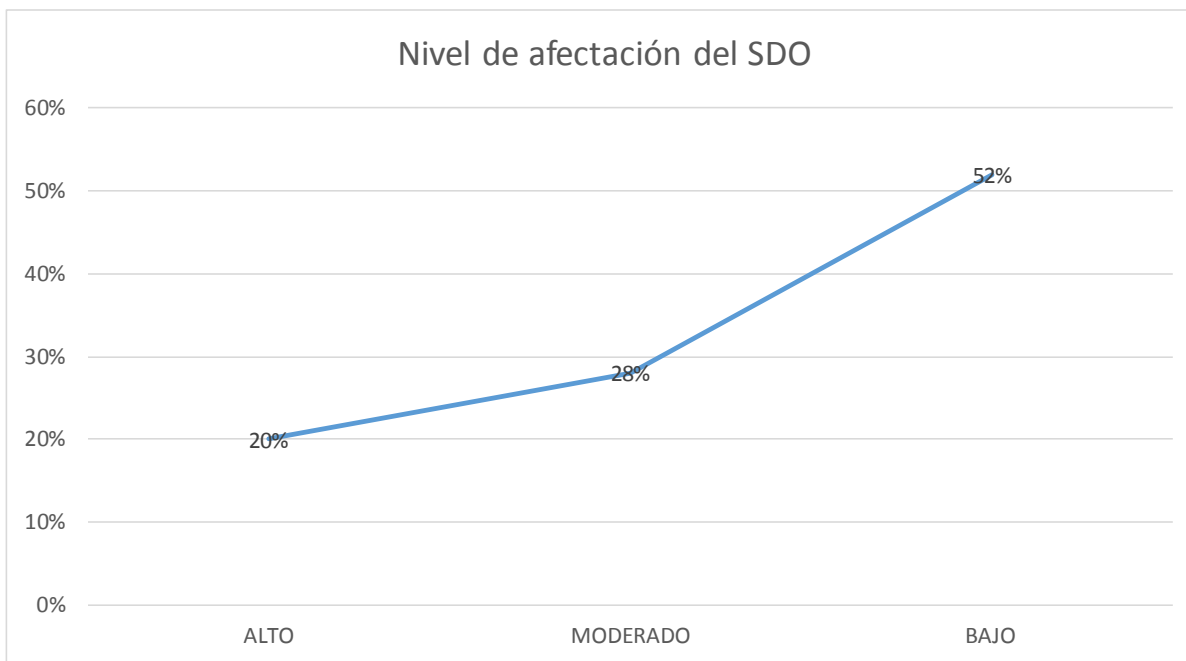
Nivel de afectación del SDO	Porcentaje
ALTO	20%
MODERADO	28%
BAJO	52%

Tabla 7 Porcentaje de trabajadores afectados por el: SDO

- Porcentaje de trabajadores afectados en diferente nivel por el Síndrome de Desgaste Ocupacional en toda la institución:



Gráfica 7: Afectación general de SDO en la institución



Gráfica 8: Afectación general de SDO en la institución

El 48% del personal presenta afectaciones bajas y moderadas del síndrome de desgaste ocupacional, lo que es un indicador que refleja la necesidad de una planeación de intervenciones psicológicas emergentes para entender y mitigar el malestar.

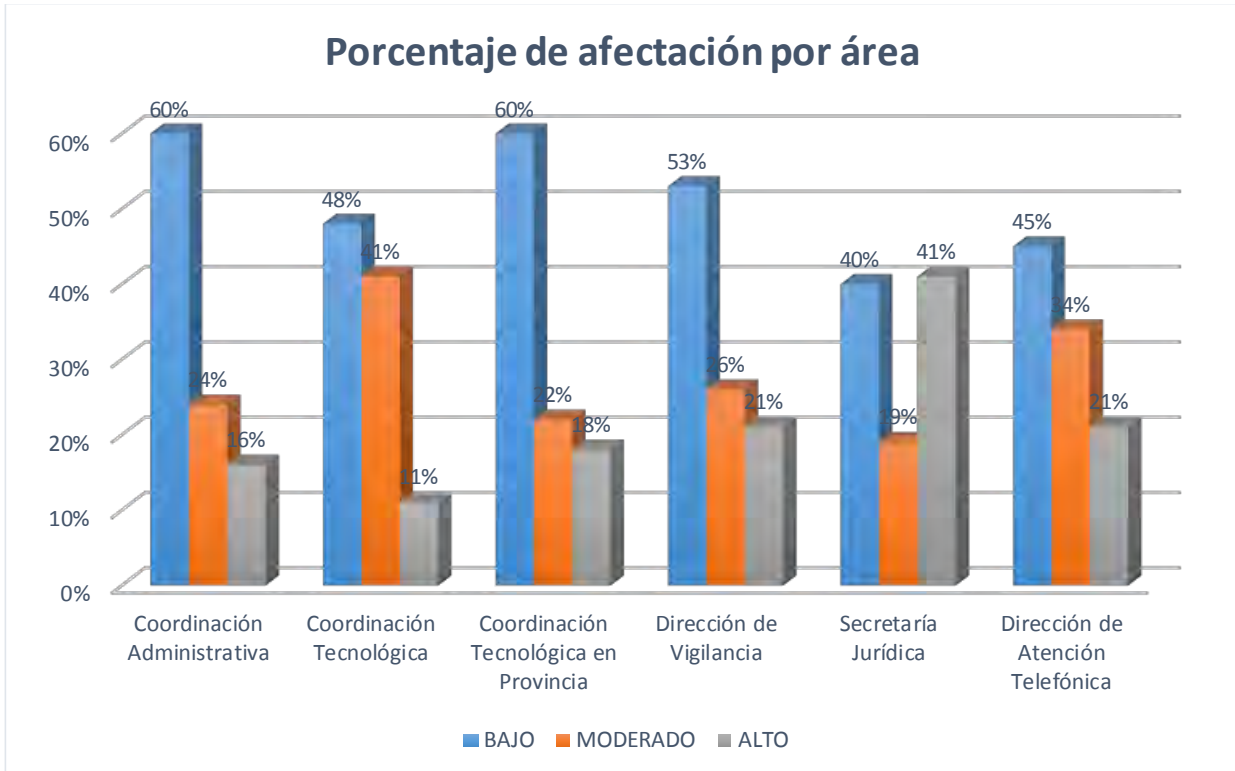
- Porcentaje de trabajadores afectados en diferente nivel por el Síndrome de Desgaste Ocupacional por área

Area	BAJO	MODERADO	ALTO	TOTAL
Coordinación Administrativa	60%	24%	16%	100%
Coordinación Tecnológica	48%	41%	11%	100%
Coordinación Tecnológica en Provincia	60%	22%	18%	100%
Dirección de Vigilancia	53%	26%	21%	100%
Secretaría Jurídica	40%	19%	41%	100%

Dirección de Atención Telefónica	45%	34%	21%	100%
---	-----	-----	-----	------

Tabla 8: Porcentaje de trabajadores afectados por nivel de SDO (Por área)

- Porcentaje de trabajadores afectados en diferente nivel por el Síndrome de Desgaste Ocupacional por área



Gráfica 9: Porcentaje de trabajadores afectados por nivel de SDO (Por área)

La Secretaría Jurídica es el área de la institución que presenta trabajadores más afectados por el síndrome de *Burnout*, seguida de la *Dirección de Vigilancia* y la *Dirección de Atención Telefónica*, esto se refleja en un deterioro a nivel físico, psicológico y de social, ya que hay problemáticas relacionales. Es relevante mencionar que las tres áreas tienen un constante contacto con personas o ciudadanos que precisan su atención, por lo que el síndrome se da en aras de un constante ajeteo e interacción social.

5.3. Análisis cualitativo de la intervención (Análisis del proceso grupal)

Para fines del presente trabajo y ante el gran número de dispositivos grupales conducidos, se eligió al grupo “piloto”, por considerar que su proceso es uno de los “más clínicos”, a propósito que fue el primer grupo que se condujo y muestra de manera contundente los fenómenos grupales suscitados durante esta intervención. Se analizan a continuación las seis sesiones que conforman el dispositivo.

Sesión 1

En esta primera sesión se constituyó formalmente el grupo a través del contacto inicial entre los miembros y el conductor del grupo. Con anticipación, vía correo electrónico se les había notificado de la impartición de un “Curso taller vivencial” que se impartiría a todo el personal y a cual debían acudir. Es de relevancia mencionar que este grupo estuvo conformado por personal de tres áreas de trabajo pertenecientes a la Coordinación de Administración, las cuales son: Área de Recursos Humanos, Área de Contabilidad y Área de Suministros, así como personal de la propia Coordinación; son trabajadores de áreas que funcionan de manera interdependiente, es decir que son áreas independientes pero su trabajo se interrelaciona de alguna manera con las demás áreas. De los 27 trabajadores “inscritos a este grupo” esta primera sesión comenzó con 17 trabajadores, pasada la tolerancia de 15 minutos, posteriormente los miembros llegaron de manera progresiva hasta integrar la totalidad del grupo, siendo este hecho significativo.

La primera reacción observada es la desconfianza y el temor que se manifiesta en un absoluto silencio al principio; posteriormente se llevó a cabo la presentación del conductor ante el grupo y el proceso de *rapport* entre cada uno de los miembros, incluyendo al conductor, así como el encuadre; es en este momento cuando comenzaron a mostrarse conductualmente defensas maniacas manifestadas a través de risas excesivas y estridentes, otros miembros guardaron silencio. Después de este momento, se les encuadró, diciéndoles que era un “curso taller vivencial” y que trataríamos asuntos y temas que los implicaban a ellos, por lo que el respeto,

era fundamental, de igual forma se exhortó a no comentar en otros contextos lo vivido en el grupo, porque esto podría romper la confidencialidad.

Posteriormente, se les cuestionó acerca de sus expectativas lo que permitió identificar que la fantasía inicial del grupo tenía que ver con que “estaban mal y necesitaban ayuda para corregirse y en el “curso” aprenderían cómo mejorar su situación”, esta fantasía es significativa porque el grupo se erigió con un temor grande, lo que corresponde al supuesto básico de dependencia de Bion (1975). Conforme avanzaron las sesiones este supuesto se movió, ya que algunos miembros del grupo generaron la fantasía de que durante el curso de las sesiones el conductor “iba a seleccionar personal y despedir a los trabajadores “enfermos” por lo que tenían que cuidar lo que decían” *sic*, esto corresponde al supuesto de “Ataque-Fuga”.

La primera dinámica de grupo que consistió en saludarse con distintas partes del cuerpo generó un clima de mayor confianza y favoreció la preparación para tratar los temas del día con una actitud de confianza y hasta cierto punto apertura y soltura. Los temas fueron una introducción a los conceptos de psicología y salud, que al ser abordadas generó un sentimiento de identificación proyectiva, al depositar en el grupo, sentimientos respecto al malestar que viven en su trabajo, las características psicológicas de sus compañeros, la situación con sus jefes y cómo la psicología puede llegar a favorecer su situación laboral.

El clima y la atmósfera grupales cambiaron conforme los distintos momentos de la sesión. De tensión y reservas a cooperación e interacción. La interacción entre los miembros fue de complicidad a través de la formación de alianzas y “subgrupos”, picardía (defensas maniacas) y con el conductor de igual forma se pudo entablar un diálogo ante las interrogantes constantes durante la exposición de los temas.

En la parte final de la sesión el grupo se mostró curioso y siguió cooperativo, realizaron adecuadamente su última dinámica del día que consistió en que escribieran en cartulina lo que les pareció significativo para construir un concepto de Psicología, la cual fue delimitada como una “ciencia que ayuda a sentirse mejor”. El clima fue de confianza y cordialidad.

La reflexión efectuada por el grupo tuvo que ver con cómo afectan su salud en el trabajo y cómo se van gestando de manera “grupal” malestares que identifican en las áreas.

Observaciones importantes:

Se logró el objetivo de la sesión que era generar confianza, encuadrar y sensibilizar a los trabajadores acerca de la labor de la psicología y los psicólogos; el grupo pudo identificar los factores psicológicos y físicos que repercuten en su trabajo, así como conocer la importancia de la salud, la salud psicológica y la salud laboral. Se comenzó a gestar una especie de cohesión grupal y participaron activamente en la construcción del conocimiento.

Se les encomendó la realización de una bitácora-crónica de las actividades grupales durante esta primera sesión que realizaría un equipo de cinco participantes. La participación para esta encomienda fue poca. cinco personas participarán en su realización.

Se destaca que en esta sesión se infundió esperanza y se generaron actitudes altruistas, como factores terapéuticos (Yalom, 1998), ya que el grupo depositó en el propio grupo y posiblemente en el conductor la posibilidad de sentirse mejor y mitigar sus malestares a través de la cooperación mutua, de la ayuda a través de la experiencia, y la adquisición de conocimientos.

Sesión 2

La segunda sesión del grupo comenzó con más miembros que en la primera, de los 27 inscritos, se inició la sesión con 22 miembros que se mostraban menos defensivos que la primera sesión y más dispuestos a comenzar a tratar los temas teóricos. Progresivamente llegaron todos los miembros del grupo. Se inició actividades con la lectura de la “bitácora-crónica” de la sesión anterior, actividad que pone en evidencia que no hubo una coordinación para su realización ya que de la consigna que se dio en la primera sesión de que sólo cinco personas la harían en equipo, varios miembros del grupo habían realizado su crónica de manera individual, lo que representa una resistencia y de alguna manera una actitud defensiva a mostrar su apreciación y sentimientos respecto a la primera sesión. Ante la pregunta del por qué no habían realizado la crónica como se había solicitado, el grupo vivió un clima de tensión que se disipó al proponer leer todas las crónicas para enriquecer al grupo, lo cual mostró distintas perspectivas de la vivencia grupal durante la primera sesión ligadas en gran medida al análisis de la sesión 1, ya que hablan de la desconfianza, el temor y los miedos así como de su sentimiento de esperanza generado a partir de la revisión de los temas.

Después de esta actividad, se realizó la dinámica “deshaciendo nudos” que consistió en que algunos miembros se tomaran de las manos y posteriormente tomen distintas posiciones rígidas en forma de nudos. Tres voluntarios que se quedaron fuera del círculo intentaron desatarlos y ante la dificultad debieron crear estrategias para que se deshicieran los nudos, en este caso cada uno de los que estaba afuera decidió trabajar solo, por lo que les costó más trabajo deshacer a las personas. Después de que hicieron un gran esfuerzo físico y sin llegar a deshacer los nudos, por indicación del conductor se deshacen para comenzar la reflexión sobre las actitudes cotidianas y las resistencias que dificultan el cambio.

Se aprovechó para hablar de las resistencias para integrarse al grupo y colaborar de manera participativa. En cuanto al comportamiento grupal durante esta actividad se comienza a visualizar el roce y conflicto que existe entre algunos trabajadores que manifiestan en actitudes de sabotaje y omisión de algunos miembros.

A lo largo de la exposición de los temas que en esta sesión tuvieron que ver con autoestima, formación de estereotipos y cómo el grupo interviene en la formación de la concepción de sí mismo, el grupo comenzó a reflexionar y se suscitaron intervenciones ligadas a un malestar y conflicto que viven cotidianamente ligado a que los miembros destacan que *“hay compañeros que se empeñan en hacer evidentes los errores de otros y lo laboral se torna personal”* sic, “propiciando alianzas, competencias desleales y unión de trabajadores con sus jefes para sabotear el trabajo de otros, lo que genera desintegración y tensiones en el grupo de trabajo” sic.

Derivado de esta participación donde sale a colación el conflicto entre dos miembros (mujeres) del grupo del área de Recursos Humanos, donde comienza el reclamo de parte de una de ellas y una acalorada discusión, el resto del grupo observa lo que ocurre de manera un tanto voyeurista, ante lo cual se les exhorta a buscar un espacio distinto al escenario grupal para comprender y buscar soluciones a esta situación; se aprovecha para destacar la importancia de esta “discusión” y se reflexionan los aspectos positivos de este hecho como la apertura y que todo cambio se suscita después de las crisis y la confrontación que en ocasiones puede actuarse o externarse violentamente; se les exhorta a que no sólo se hable de los problemas sino también se pueda generar una solución a lo que ocurre. Se les devuelve que es muy importante respetar lo que ocurre en el grupo, a pesar de que es un taller, se está perfilando para ser también, un grupo que permita de alguna manera, reflexionar para solucionar las inquietudes psicológicas, el grupo externa que *“tienen miedo de hablar por temor a represalias”* sic, es decir continúan mostrando miedo y angustia a ser expuestos, esto es muy significativo para el tipo de dispositivo grupal que se está conduciendo, además de que el supuesto básico de “Ataque-fuga”, sigue manifestándose a través de ansiedades esquizo-paranoides, ya que tienen la fantasía que hay miembros del grupo que pueden comentar fuera lo que se dice y así propiciar malestar.

La segunda parte de la sesión consistió en que trabajaran el ejercicio llamado “Ventana de Johari”, técnica psicológica que favorece la “introspección”

para analizarse de manera individual y conformar un “autoconocimiento” más consciente. Esto disipó de alguna manera la tensión suscitada por la confrontación suscitada el momento anterior.

Posterior a este momento, los miembros del grupo resolvieron de manera individual el Maslach Burnout Inventory (MBI) que permitió obtener el diagnóstico del Síndrome de Desgaste Ocupacional, este ejercicio volvió a suscitar fantasías de que serían “despedidos” al aplicárseles pruebas, ligado a que fue una prueba en la que se les pidió su nombre, esto puede representar una falla técnica del conductor ya que debió ser preferible el anonimato al responder esto. Se calmaron sus ansiedades comentándoles que es un test que permitirá desarrollar estrategias futuras para generar bienestar en las áreas de trabajo.

Las técnicas psicológicas grupales que se aplicaron fueron la contención emocional para apaciguar las emociones que se generaron en la sesión, la focalización, ya que en ocasiones el grupo se desbordó; además de que se interpretaron de manera grupal algunos comportamientos y sentimientos como lo son el miedo ante sí mismos y su malestar, el enojo arraigado que genera estragos en sus áreas laborales y la inconformidad de ciertas situaciones ante lo que ocurre. Se generó también y a propósito de fenómenos grupales: Catarsis y tensión en el momento de externar su malestar, cohesión grupal al solidarizarse con los miembros, de alguna manera en esta sesión se comienza a gestar un sentimiento de pertenencia como “el grupo de los lunes”. El clima y la atmósfera grupales se modificaron a lo largo de la sesión y fue desde cordialidad, hasta “*voracidad*” de los miembros.

Los factores curativos (Yalom, 1998) observados que fueron la universalidad, al darse cuenta que el sentimiento grupal es muy similar entre los miembros, la catarsis e incluso la cohesión grupal, al generar en grupo alternativas saludables para poder comportarse.

Sesión 3

La sesión comenzó después del tiempo de la tolerancia establecida, es decir a las 9:15 am. A esta hora se encontraba la mayoría de los miembros del grupo; conforme avanzaba el tiempo llegaron los compañeros faltantes. La lectura de la bitácora-crónica volvió a retomar el tema del conflicto que se había suscitado en la sesión anterior, poniendo énfasis en que el conflicto era favorable, ya que se estaba verbalizando algo que había sido acallado mucho tiempo. Las dos miembros del grupo implicadas en el conflicto se sentaron lejanas buscando generar un séquito de apoyo, ante lo cual el grupo no prestó atención, pero es relevante. El clima y la atmósfera en este momento de la sesión es de una calma ansiosa, ya que aunque no lo manifiestan abiertamente, es notorio una sensación de malestar pasivo derivado posiblemente de la exposición directa al conflicto, por lo que el conductor continúa dándole una connotación positiva a lo ocurrido en la sesión anterior.

Se prosiguió con la realización de la dinámica de “Casas, huéspedes y terremotos”, donde subgrupos de 3 o 4 personas formaban una casa con huéspedes y al dar la consigna de: casa, huésped o terremoto, tenían que erigir una nueva casa, según fuera el caso. De alguna manera, esto integró al grupo y visualizar las dificultades de interacción que se pudieron generar. Al ser ya la mitad de las sesiones programadas se exploró sobre la apreciación del grupo por los miembros, interviniendo algunos, diciendo que se ha generado un cambio favorable, otros manifiestan su inquietud de que esperan que no sea solamente un efecto benéfico temporal y que si cambian la administración, nada de lo trabajado tenga continuidad; en este momento el supuesto básico que se integra es el de ataque fuga, ya que consideran que alguien puede destruir los avances que se han gestado hasta este momento. El sentimiento que surge en el grupo es el de cooperación, solidaridad y empatía.

Los temas sobre los cuales se reflexionó en esta sesión fueron los del cambio, la resistencia al cambio, y los procesos mentales que influyen en el trabajo como la personalidad, las actitudes y la motivación; a propósito de esto, el grupo reflexionó sobre su comportamiento individual y grupal, trayendo al grupo temas fuera del

ámbito laboral como temas de familia o de relaciones interpersonales. El patrón de participación grupal fue más cooperativa que en las sesiones anteriores y el grupo se fuga constantemente de las situaciones laborales y buscan ejemplos de otros escenarios, como respuesta al temor y a la vulnerabilidad de ser mostrados pero también de la necesidad de integrar y hablar sobre su vida no sólo en el trabajo sino en otros escenarios.

De alguna manera durante esta sesión es evidente el nudo del proceso, ya que de nueva cuenta suben las tensiones y las ansiedades persecutorias se muestran en comportamientos paranoides.

El grupo se arraiga a hablar de lo superficial pero se acrecentan los comentarios entre “subgrupos”. La transferencia hacia el conductor del grupo es favorable y positiva, ya que lo erigen como una figura de contención y apoyo, lo que refleja el supuesto básico de dependencia. Las transferencias laterales son de competencia, rivalidad e inclusive amenazas, que se manejan generando actividades de compañerismo.

Los factores curativos que se suscitaron esta sesión fueron el aprendizaje interpersonal, al compartir emotividad en el grupo, se nota el contagio emocional entre los miembros del grupo, asimismo el grupo se constituye como un microcosmos, no solamente laboral sino social, que deja al descubierto las actuaciones de los miembros en otros contextos y escenarios.

Sesión 4

De nueva cuenta al inicio del grupo se encontraban sólo 17 integrantes del grupo, por lo que el conductor reflejó al grupo que generalmente los retrasos tienen que ver con procesos de resistencia al grupo, que podría tener relación con lo suscitado en las sesiones anteriores así como con el sentirse expuesto frente a los miembros; posteriormente llegaron los demás miembros del grupo hasta integrar la totalidad. Se comenzó el grupo con la lectura de la bitácora-crónica, misma que tenía un rico contenido temático pero que omitía la parte vivencial y procesual de la sesión anterior; de nuevo se confirma la presencia de resistencias ligadas al temor de no pasar desapercibido por el grupo y a no lograr la “mimetización”, esto se manifiesta a través de racionalizaciones constantes. El clima de inicio del grupo fue de cooperación y es notorio que algunos miembros se han comprometido de manera importante, ya que demuestran puntualidad e interés y colaboran constantemente. Al pasar a la dinámica del grupo de esta sesión que fue “Ordenamiento sin palabras” se les dio la consigna de ordenarse alfabéticamente según su primer nombre sin poder hablar, utilizando recursos de comunicación que no fueran el habla. Uno de los miembros del grupo se erigió como líder emergente y comenzó a señalar que con su gafete podían hacerlo, por lo que la dinámica se efectuó de manera rápida y ordenada; al reflexionar sobre la dinámica el grupo mostró interés en considerar que es importante la colaboración grupal para realizar la tarea.

El tema central de la sesión fue el conflicto psicológico en el trabajo, donde además de definirlo, se explicaron sus variables y dinámica; además se sugirieron algunas estrategias de tipo conductual para resolver al conflicto y en general se propició un análisis sobre el tema. El nivel de análisis del grupo fue amplio ya que comenzaron a relacionar los saberes previamente aprendidos con el conocimiento adquirido en este momento.

Esta sesión fue particularmente proyectiva debido a que después de explicar la parte “teórica” se hizo una dinámica psicodramática donde se autoeligieron 5 miembros del grupo para llevar a cabo una “obra de teatro”, la actitud grupal fue de cooperación de algunos y de reticencia en otros. Una vez elegidos 5 miembros para

ser “actores”, se eligieron también otros 5 miembros para ser lo que en el grupo se denominó como espejos, que en realidad eran “yo auxiliares”; el resto sería el público espectador con la consigna de observar a detalle los personajes y la representación de la obra. El subgrupo de actores y espejos eligió representar una obra llamada “Prepotencia y cordialidad”, que representaba el comportamiento de un jefe con sus empleados. La situación se explica de la siguiente manera:

Un jefe era prepotente con sus trabajadores, la secretaria del jefe generaba conflicto porque no compartía la información y se “creía jefa”, había otro compañero que siempre llegaba tarde y otro que generalmente estaba hablando por celular, otro que fingía trabajar pero en realidad estaba chateando; se tenía que realizar un trabajo en equipo pero todos pasaban la responsabilidad debido al malestar que les generaba y al no asumir su compromiso laboral. El jefe regañaba a todos pero él tampoco había sido claro en su consigna por lo que todos terminaban molestos y sin haber resuelto nada.

Es importante destacar que los “espejos” de manera espontánea comenzaron a representar la obra pero con una dinámica de solución. Es decir, el jefe daba la instrucción adecuada y todos asumían la responsabilidad que les correspondía.

Esta sesión fue una sesión de profundo análisis, ya que todos los involucrados asumieron su parte de conflicto y afirmaron que en su área de trabajo situaciones así ocurren todo el tiempo, verbalizando las rivalidades y los celos que surgen ante la diferencia de trato que el jefe propicia. Las defensas maniacas fueron evidentes, risas y carcajadas que manifestaban nerviosismo. Se observó en algunos miembros del grupo angustia e incluso identificaciones proyectivas que fueron manifestadas con agresividad y hostilidad propiciada por las transferencias laterales del grupo, ya que señalaron aparentemente de manera inocente a miembros del grupo que en su trabajo son como los actores de la obra. La reflexión acompañada de todos los fenómenos grupales mencionados, vino ligada a darle una connotación positiva al conflicto, como una posibilidad de renovación y cambio ya que algunos miembros comentaron que el conflicto desestabiliza, desequilibra y genera malestar general en la oficina. Asimismo también vuelve a surgir un tema que de alguna manera

había sido reflejado indirectamente en las sesiones anteriores que es el tema de jefes y figuras de autoridad en el que el personal depositan “lo malo” y la “problemática”, de nuevo se evidencia el supuesto básico de ataque-fuga y dependencia, como si los miembros percibieran que deben destruir a los jefes.

De manera latente se pone en evidencia también la relación de los trabajadores con la institución, ya que “la gran madre institución”, es en ocasiones una figura materna “voraz” y que “devora” las individualidades y a la que se le tiene que tener contenta o de lo contrario habrá consecuencias muy negativas.

El clima y la atmósfera grupales fueron de tensión que pudo ser utilizada productivamente para el espacio reflexivo. La devolución final de esta sesión fue que cada uno es un actor activo y agente de cambio que puede generar una sinergia diferente si es que elige eso o por el contrario, seguir viviendo en el malestar de la cotidianeidad. Se pudieron observar los factores curativos que propone Yalom que fueron: Catarsis, al actuar y al participar se conectaron con sus propias emotividades y les generó sentimiento de identificación, de nuevo aparece la universalidad como un elemento curativo, al abrir situaciones que les ocurren a todos y aprendizaje a través de los demás.

Sesión 5

La sesión comenzó a las 9:15 am, hora en la que solamente se encontraban 14 miembros del grupo, uno de los miembros del grupo refirió que la impuntualidad era una falta de respeto para el resto de los miembros del grupo a lo que asintieron los demás miembros, progresivamente como ha sido habitual en el grupo, llegaron los demás. La primera actividad fue la lectura de la bitácora, que logró captar en gran medida los fenómenos grupales suscitados durante la sesión anterior, esto es reflejo de que el grupo está generando un nivel de análisis hasta cierto punto más profundo. Resulta evidente una resistencia a realizar la crónica-bitácora, como si fuera inclusive una tarea sin sentido, esto denota la resistencia a exponerse frente al grupo, lo que es un hecho significativo a analizar debido a que todos son compañeros de trabajo y profundizar podría proyectar los secretos a voces que existen en la institución y en el área. Posterior a la lectura de la crónica-bitácora, se realizaron dos dinámicas:

La primera “El conflicto y el lugar que ocupo” que consistió en colocar dos filas de sillas de manera estrecha y conformar dos subgrupos que tenían simultáneamente que pasar por la estrechez y cómo lo iban a lograr; a través de empujones, jalones, o a través de una posible comunicación efectiva y/o haciéndose a un lado. Ambos subgrupos lograron pasar y utilizaron estrategias como la comunicación, el juego y la coordinación en grupo. La segunda parte de la dinámica consistió en que un miembro de cada equipo tenía que llegar al otro extremo de la hilera de sillas, pero manifiestamente decía que no iba dejar pasar al otro. El grupo generó estrategias para ayudar a sus compañeros a llegar al otro extremo, pudiendo llegar a un acuerdo. Racionalizando el grupo afirmó que una manera de generar soluciones era a través de un mediador o a través de la “comunicación”, retomaron el tema de sentirse agredidos si es que detectan hostilidad o prepotencia de las personas.

De nuevo esta dinámica resulta ser en gran medida proyectiva, ya que en el espacio laboral ocurre recurrentemente el “bloqueo” del trabajo por desacuerdos, actitudes desfavorables, manejos primitivos de las emociones como los que se reflejan en

actitudes como no saludar a los compañeros, mirarlos de manera despectiva e inclusive generar violencias que a la larga pueden transformarse en acoso laboral, así como efectos de cohesión grupal para perjudicar a otros miembros del grupo, manejos irracionales de poder y ambiciones. Las fuerzas inconscientes que están movilizándolo al grupo están ligadas a un deseo y una fantasía de cambio y transformación que sin embargo no logran por no atreverse a ser distintos a la totalidad del personal que en una suerte de mimetización y lealtad, el comportamiento perjudicial, las rivalidades fraternas y la voracidad de los miembros de la totalidad del grupo, se generan manejos que han perjudicado por años las relaciones laborales y han generado una neurosis colectiva que sin embargo no pretende ser cambiada.

Después de esta actividad se abordó el tema del trabajo a través de grupos, donde se habló de lo que es un grupo y cuál es su funcionamiento y dinámica y cómo esto puede favorecer la creación de equipos de trabajos en beneficio del trabajo. La dinámica asociada a este tema de reflexión, donde además se habló de cómo el grupo puede devorar a los miembros creando una totalidad que impide en ocasiones la independencia total de alguno de sus miembros. La dinámica realizada después de la exposición consistió en una exposición donde 5 equipos desarrollaron los siguientes temas, recibiendo una orientación del conductor del grupo:

- Agresividad
- Frustración
- Malestar emocional
- Falta de empatía
- Actitud desfavorable

Cada exposición de cinco minutos definía el concepto que les tocó, hablaba de los efectos en el trabajo y además hablaba de cómo contrarrestarla. Varias de las soluciones adoptadas tenían relación con lo que decían los otros equipos. Las estrategias de solución tuvieron que ver con lo que los grupos comentaron acerca

de la tolerancia, empatía, crear un clima laboral distinto adoptando medidas individuales para propiciar así el cambio. La retroalimentación al grupo consistió en hacerles ver que conocen perfectamente las estrategias de solución ante sus conflictos en su vida, pero que no están dispuestos a utilizarlos en el trabajo quizá por querer mantener los “síntomas” y seguir obteniendo las ganancias secundarias relacionadas al malestar y al arraigo de las praxis y por consiguiente a pasar desapercibido.

Esta sesión presentó un clima y atmósfera grupal propicias para el trabajo ya que la cooperación y la participación activa así como la información participada (Factor de Yalom) se hicieron notar; varios miembros del grupo se muestran reflexivos y sensibles ante estos temas, esto a nivel manifiesto, pero de manera latente existe un arraigo a los comportamientos “perjudiciales” y una dificultad a modificar los comportamientos, por ser parte de la cultura laboral arraigada desde hace muchos años.

Las praxis institucionales han permeado en el personal de la institución, “normalizando” procesos de violencia y malos tratos, así como generando altos niveles de malestar que pasan inadvertidos por su invisibilización y comportamientos arraigados.

Se mencionó que ya la próxima sesión es la última de este grupo: las fantasías del grupo, de nuevo con tintes esquizo-paranoides, tienen que ver con que se les realizarán pruebas psicológicas para determinar su perfil y “echarlos” de la institución, por lo que fue necesario que el conductor les explicara que se está trabajando en beneficio de su salud y bienestar laboral y mental y en ningún momento eso es una posibilidad y que por el contrario a partir de este momento se conocerían estrategias para que cada uno de ellos pudiera generar bienestar y llevarlo a su área de trabajo. Es importante que se destaque que el grupo ha necesitado frecuentemente que se les clarifique el objetivo del grupo, ya que algunas personas, las que tienen mayores problemáticas en su área laboral, son las que han erigido en el grupo como los saboteadores, inconscientemente su actitud ha generado “nudos” en el proceso grupal.

Sesión 6

La última sesión se inició a las 9:15, encontrándose presentes, 22 miembros. El grupo se integró en su totalidad conforme avanzó el tiempo. Al principio de la última sesión del grupo se percibió un clima de cierta melancolía y tristeza manifiestas, quizá por ser la última sesión formal del grupo. Se leyó la crónica-bitácora de la sesión anterior, donde se reflejó de nueva cuenta una profundización con el sentir grupal, ya que es un cambio significativo que han incorporado a su vocabulario palabras como empatía, soluciones de conflicto, actores “activos”, salud y bienestar.

El conductor les solicitó se sentaran en el sitio donde se sentaron la primera vez para hacer una “dinámica de regresión” donde comenzaron a hablar de cómo se sentían en la primera sesión, cuales eran sus pensamientos, sentimientos y expectativas, a lo que respondieron que sentían ansiedad, miedo, predisposición, angustia, expectación, incertidumbre, posteriormente se les solicitó que hablaran y reflexionaran sobre cómo se sentían en esta sesión y comentaron que se sentían contentos, con conocimientos, en espera de que la semilla plantada diera frutos, dándose cuenta de que hay cambios que son posibles y que ellos son los responsables de dichos cambios. Es posible que el grupo esté constituyendo un nuevo discurso una vez que han incorporado vocabulario “psicológico” a sus experiencias cotidianas.

Las participaciones se enfocaron a mencionar que los lunes la emoción era de sentirse animados al inicio y finalización del “curso”, que no era solamente llegar al trabajo, sino que ir al curso implicó desahogo, adquisición de herramientas y fortalezas para hacer frente a las conflictivas que enfrentaban cotidianamente. Comentaron que lo mejor que había ocurrido en el grupo era la “apertura” y que no les gustó presenciar el conflicto que se suscitó durante la segunda sesión.

Se les solicitó que realizaran una retroalimentación del “curso” en términos de las exposiciones, los contenidos y de lo que cada uno se había llevado a lo largo del curso taller.. En términos generales evalúan de manera favorable las actividades realizadas así como la exposición y la conducción del grupo por el conductor.

A continuación se mencionan reflexiones importantes a propósito de esta actividad que se les pidió realizar de manera anónima:

“Pienso que se podría abordar el tema del poder y de la perversidad. Desgraciadamente en esta institución se guardan prácticas para ejercer el poder muy antiguas y de alguna manera muy nocivas para el desarrollo humano. Tenemos que tener en cuenta estas y otras cuestiones para el futuro de nuestra convivencia conflictiva, para avanzar como grupo hacia un futuro lo más óptimo para el desarrollo individual” sic.

“Me queda claro que el cambio no se logrará de un día a otro pero sembrando la semilla y la reflexión en cada uno de nosotros se da un cambio de actitud en mis compañeros y jefes y con gusto espero las demás actividades que se programarán como resultado de esta evaluación” sic

“Esto debe ser el principio de un gran cambio en donde debemos poner en práctica todo lo aprendido y lograr una buena actitud positiva en el cumplimiento de los objetivos se verá más cercana” sic

“Regularmente la psicología ha estado aparte del trabajo y con este curso nos dimos cuenta que es un elemento fundamental para obtener un clima laboral bueno y si es mejor, excelente, que sería la meta” sic

El grupo finalizó preguntando a cada miembro: ¿Qué se llevan del grupo? ¿Cómo lo van a aplicar en su área laboral? ¿Qué le regalan al grupo para fortalecerse? Todos y cada uno de los miembros del grupo hablaron sobre los conocimientos y herramientas que se llevan, así como un cambio de actitud y amistad y compañerismo para darles a cada uno de sus compañeros de las distintas áreas de pertenencia.

El conductor agregó diciendo que me llevaba la riqueza de su confianza, que seguiría desarrollando un plan de acción para su beneficio y que les regalaba esperanza y compromiso de que las situaciones problemáticas son y pueden ser cambiadas.

El grupo concluyó con un aplauso y el conductor finalizó diciendo que “ellos” habían hecho posible la culminación del grupo.

El clima y la atmósfera grupales fueron de calma y cooperación, inclusive considero que de satisfacción. Fue notoria la cohesión grupal e inclusive un sentimiento reparador de solidaridad.

El impacto que se alcanza a vislumbrar en esta sesión es la adopción de un discurso nuevo y con esto posiblemente una realidad nueva. El grupo se constituyó sobre fantasías de destrucción y se mantuvo a lo largo del proceso con esas fantasías pero quizá en esta sesión las percepciones cambiaron y el grupo se hizo partícipe de una especie de entusiasmo colectivo generado por el depósito de esperanza en el grupo. Aquí se destaca el supuesto básico de apareamiento, ya que los pensamientos del dispositivo grupal reflejan la llegada de un cambio que no llegará solo, una especie de “salvador” que siga generando bienestar. Es evidente que las resistencias han sido varias, las defensas adoptadas han sido empleadas debido en gran medida a la voracidad de la institución que devora y aniquila las individualidades y termina homogeneizando a todo el personal, que va a trabajar sin entusiasmo, pesadumbre y malestar.

Los factores curativos del grupo en esta sesión, vuelven a ser la esperanza, el altruismo, la cohesión de grupo y el aprendizaje interpersonal.

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1. Discusión

Una vez realizada la intervención y expuesto los resultados, se discute y concluye lo siguiente, en dos vertientes paralelas:

- a) Respecto al propio programa de intervención grupal y la psicología en el contexto contemporáneo:

No existe evidencia previa en la bibliografía consultada y en las tesis con temas psicológicos de que se haya trabajado a través de la formación de dispositivos grupales clínicos en instituciones públicas no enfocadas al cuidado de la salud mental, por lo que la presente intervención es un modelo novedoso.

Las demandas laborales y sociales actuales, precisan profesionistas especializados; por lo que remarco la importancia de que la Facultad de Psicología de la UNAM y particularmente la Especialización en Intervención Clínica en Adultos y Grupos, forme especialistas psicólogos con una visión integral que permita el abordaje de las problemáticas de salud y sociales actuales sobre todo en instituciones laborales.

El trabajo psicológico institucional de esta índole es trascendente, porque ha implicado darle un lugar a la psicología dentro de un escenario “no psicológico”, es decir, permear y penetrar en la construcción de la realidad de trabajadores mexicanos de una institución, favoreciendo la adopción de la psicología como una valiosa herramienta generadora de bienestar dentro del ámbito laboral. No obstante,

lidar con las resistencias y defensividades institucionales, grupales e individuales, sigue implicando un reto y desafío para los psicólogos.

Con lo anterior, se constata que la psicología clínica y de la salud sale de los terrenos que habitualmente son su campo de acción, como lo son hospitales e instituciones de salud y de la consulta privada para erigirse como una ciencia, como una disciplina, como un campo de acción e intervención al servicio de una sociedad cada vez más necesitada de respuestas y soluciones ante sus configuraciones clínicas que generan complejos comportamientos.

El trabajo clínico a través de dispositivos grupales reflexivo-laborales *in situ*, ha permitido generar el despertar de mecanismos psicológicos adaptativos y resilientes que permanecían latentes en la vida de los trabajadores de la institución donde se trabajó con este modelo. Además ha contribuido de manera importante a modificar actitudes y emociones inmersas en el proceso del trabajo a través de la reflexión, es decir, a través de prestar atención y analizar de manera detallada lo que ocurre en el escenario laboral.

La formación de dispositivos grupales reflexivo-laborales *in situ*, permite también identificar, analizar y diagnosticar comportamientos o patrones de interacción que en ocasiones representan o pueden representar “psicopatologías del trabajo”, por lo que a través de la promoción de la salud, se permite también el diagnóstico con sus respectivas intervenciones específicas para remediar estas situaciones que afectan al personal.

- b) Respecto a la situación institucional a la luz del análisis cualitativo y cuantitativo.

Existe un profundo malestar psicológico que se observa en los 42 dispositivos grupales así como en la institución donde se implementó este programa de

intervención, como muestra, posiblemente, del estado actual de las instituciones gubernamentales y tal vez también de las instituciones privadas en nuestro país. Esto como un reflejo, al igual que en otros ámbitos como el escolar o político, del espejo de la realidad social compleja en la que vivimos y que representa nuestras circunstancias contextuales actuales y que es un reto para los profesionistas contemporáneos.

El síndrome de desgaste ocupacional o *burnout* se encuentra amenazando el bienestar y la salud mental del personal de la institución, generando de manera secundaria otro tipo de alteraciones más severas interrelacionadas a conflictos en otros ámbitos vitales como el hogar o las relaciones interpersonales.

En términos psicológicos, el malestar psíquico y organizacional se manifiesta a través de conflictos de índole interpersonal, de intereses, con el propio trabajo, por el propio trabajo, con los pares, con figuras de autoridad, con las circunstancias personales y de cada uno de los trabajadores y su vivencia dentro de la institución.

La salud mental del personal se ve amenazada principalmente por los factores psicosociales, la convivencia cotidiana y el malestar *per se* que se genera por manejos institucionales que conllevan corrupción, abuso de poder y nepotismo, lo que ha generado una percepción colectiva de desamparo y desmotivación, tal y como lo indicaron los resultados del Inventario Maslach de Burnout y la medición específica del factor de “realización personal” es el área más afectada del personal.

Otra de las amenazas a la salud mental y la sensación de bienestar es la marcada dificultad para reconocer y verbalizar las situaciones que generan malestar y/o conflicto, por el contrario la institución opera en un nivel de “lo no dicho” o “secretos a voces” o “chismes”, que terminan aniquilando los vínculos sanos que se podrían llegar a formar y por el contrario se “patologizan” las relaciones laborales, en aras de una comunicación deteriorada y deficiente.

El “estrés” es un concepto que debe considerar perspectivas más amplias ya que las psicopatologías laborales son varias y van ligadas al malestar arraigado que como se dijo con anterioridad, se ha invisibilizado y es parte de las sensaciones habituales en el personal.

No hay códigos de comportamientos o ética por lo que el personal de la institución actúa sin seguir una normatividad, psíquicamente sin un superyó, el ello obtiene gratificaciones en todos los sentidos.

En términos macro-institucionales, la salud mental y laboral es para las instituciones de gobierno un tema tabú que sin embargo comienza a romperse, al menos en la institución donde se efectuó esta intervención se ha contemplado la visualización y el reconocimiento de una problemática real que durante varios años ha pasado desapercibida y por tanto, desatendida y que hoy día representa un tema novedoso al que se le puede brindar especial atención.

Hasta el momento de la elaboración de esta tesis, las políticas públicas mexicanas carecen de un abordaje real sobre la salud mental, focalizándose exclusivamente en la salud física y los riesgos laborales que en ningún momento contemplan el factor mental y si lo hacen, es de manera escueta. En el presente año, 2015, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social ha contemplado un programa de Bienestar Emocional para los Trabajadores que adopta un modelo de la Organización Internacional del Trabajo.

Recientes abordajes teóricos como los del mexicano Uribe Prado (2015) Montalvo & Garrido (1999), la OMS o la OIT resaltan la importancia del estudio y el análisis de los factores psicosociales y cómo estos influyen en el trabajo y en lo que nos interesa en este trabajo: La salud mental y laboral.

Por lo anterior se puede concluir que esta investigación permite generar un análisis amplio y detallado no sólo de la situación laboral actual de la institución, sino de las

alteraciones psicológicas derivadas del trabajo y las variables que intervienen para “psicopatologizar el trabajo”.

Los programas de promoción de la salud e intervención son y serán esenciales para movilizar conciencias así como la cosmovisión laboral.

Si bien, en términos económicos es complicado acceder a un empleo digno, una vez que se ha obtenido, las instituciones, el propio trabajo y sus variables psicológicas, deben ser considerados para crear estilos de vida saludables y adaptativos. Es muy elevado el costo que representa al estado y a las personas enfermar, por lo que la prevención es uno de los ejes fundamentales de acción de los profesionales de la salud y específicamente de la salud mental.

6.2. Retos, limitaciones y alcances:

Uno de los principales retos que pueden generar limitaciones es la gran renuencia que existe hacia la psicología, dentro de la de la institución, sin embargo la actitud institucional una vez retiradas las defensas fue de acogimiento. Los altos mandos y en general las cabezas de áreas dentro de la institución son los que mostraron mayores dificultades de asimilación, sin que esto representara una dificultad.

El tipo de dispositivos grupales que se implementó como parte de este programa de intervención despierta ansiedades persecutorias y angustia y al ser *in situ* puede generar rumores infundados o manejos que requieren un manejo técnico magistral, ya que en ocasiones el personal rompe el encuadre.

Respecto a la angustia, es importante remarcar en todo momento los propósitos de este tipo de dispositivos grupales, ya que las fantasías de destrucción y temor se presentan tanto de forma manifiesta como latente.

La psicología se enfrenta al reto de opciones novedosas que también trabajan en grupo pero sin una metodología ni sustento epistemológico, lo que es vendido como “rápido y eficaz” en ocasiones puede generar un efecto iatrogénico.

A propósito de lo iatrogénico, se debe continuar trabajando a través de los dispositivos grupales, ya que derivado de que no es la actividad primordial de la institución, en ocasiones la atención se focaliza en otros temas y el trabajo psicológico se detiene, por lo que se deben instrumentar programas de intervención contemplando las praxis y la labor cotidiana de la institución.

Los alcances que esta investigación puede tener es dejar asentado un modelo clínico interventivo pionero en las instituciones no clínicas, un trabajo que contempla un verdadero sustento teórico y técnico y que requiere ser continuado para cuantificar sus efectos.

Cabe destacar que este tipo de dispositivos grupales, de alguna manera exponen a los trabajadores y a la propia institución al dar a conocer su propia realidad psicológica, por lo que el provocar que lo latente se haga manifiesto, puede evidenciar situaciones o problemáticas que representan la “caja de pandora” institucional, y esto puede ser en ocasiones riesgoso, sobre todo por la “vulnerabilidad” de los trabajadores en lo que respecta a su propia *psique*. Recordemos en análisis de proceso de grupo, donde las fantasías sobre las que se erigió el grupo estuvieron ligadas a la aniquilación y el exterminio de ellos mismos.

Considerando lo anterior, el psicólogo conductor de este tipo de dispositivo grupal debe poseer amplios conocimientos teóricos, técnicos y en general de psicología clínica, ya que de lo contrario, el grupo podría salirse de control.

Éticamente es importante hacer un encuadre adecuado y dejar asentado un contrato psicológico favorable, ya que un adecuado manejo transferencial, se reflejará positivamente en el proceso grupal; en ocasiones y a pesar de establecer el

encuadre, al ser un grupo sumamente reflexivo, es común que como una forma de defensa, los miembros busquen “válvulas de escape” y diseminen la información.

En lo que se refiere al impacto que esta intervención clínica tuvo en mí como conductor de los 42 dispositivos grupales, destaco los siguientes:

1. Derivado de la “voracidad” de los grupos, así como de su “dependencia”, el agotamiento físico y psíquico con los que terminé fueron considerables.
2. En reiteradas ocasiones tuve la necesidad de acudir a supervisión para clarificar ciertos aspectos técnicos de los grupos, pero primordialmente de la relación de los trabajadores conmigo para evitar que los grupos y yo mismo tuviera una especie de “desbordamiento”.
3. Uno de los retos y desafíos más grandes que considero existen en este momento en las instituciones no clínicas, es posicionar a la psicología y la figura del psicólogo como un agente de cambio que posee una metodología que permite aminorar, solucionar y trabajar en beneficio de la sociedad.
4. Considero que los conflictos laborales están tan arraigados en los comportamientos habituales que pasan inadvertidos y este fue uno de los desafíos más grandes que ha tenido esta intervención, ya que nadie quiere ver lo evidente por temor a ser evidenciado.

Bibliografía y referencias:

- Abajo, O.F.J. (2006) *Mobbing: Acoso psicológico en el ámbito laboral*. Argentina: Lexis Nexis.
- Albery, I. y Munafó, M. (2008). *Key concepts in health psychology*. EUA: Sage:
- Alonso F., Y. (2012). *Psicología Clínica y psicoterapias. Cómo orientarse en la jungla clínica*. España: Universidad de Almería.
- Apiquian, A. (2008) *Cada vez más común el síndrome de agotamiento emocional*. Boletín UNAM, recuperado en http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2008_153.html el 5 de marzo de 2015.
- Asociación Estadounidense de Psicología (2015) *Artículos varios*. Recuperada en <http://www.apa.org/> el 5 de mayo de 2015.
- Balcázar, P.; Gurrola, G.; Moysén, A. (coord.). (2012) *Diabetes y psicología de la salud*. México: Porrúa.
- Bernstein, D., Nietzel, M. (1982) *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw Hill.
- Braunstein, N. et al (2003) *Psicología, Ideología y Ciencia*. México: Siglo XXI Editores.
- Campuzano, M. Bello M. (2004) *La psicoterapia de grupo en las instituciones*. México: Plaza y Valdés Editores.
- Cantú, R. y López, G. (2009). *Psicología de la salud: antecedentes, aplicaciones y propuestas*. México: Tiempo guardado.
- Centeno S., Cristina. (2012). *Psicología clínica aplicada*. España: Formación Alcalá.
- Cohen, L., E. McChargue, D.; L. Collins, F. (2003). *The health psychology handbook. Practical issues for the behavioral medicine specialist*. EUA: Sage.

- Colín, C. (2013) *Adicción al trabajo, satisfacción y desempeño laboral en ejecutivos mexicanos*. Tesis doctoral del Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración. México: UNAM.
- Dejours, C. (2001) *Trabajo y desgaste mental*. Argentina: Lumen.
- Dessors, D., Guiho, M. (1998) *Organización de trabajo y salud: De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. Lumen: Argentina.
- Díaz, I. (2000) *Bases de la terapia de grupo*. México: Pax.
- Díaz, L. (2010) *Textos de apoyo didáctico: Antecedentes del método clínico*. México: Facultad de Psicología UNAM.
- Díaz, L. (2010) *Textos de apoyo didáctico: Procedimiento y proceso del método clínico*. México: Facultad de Psicología UNAM.
- Díaz, L. (2010) *Textos de apoyo didáctico: Similitudes entre método clínico, experimental y epidemiológico*. México: Facultad de Psicología UNAM.
- Diccionario de la Lengua Española, recuperado en (2015) <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae> el 4 de febrero de 2015.
- Fernández-Montalvo, J. (1998) *Los trastornos psicológicos derivados del trabajo: Hacia una Psicopatología Laboral*. Artículo de la Revista Clínica y Salud. Vol. 9 (3). España.
- Fiscal, D., Muñiz, L.W. (2013) *Banco de reactivos para medir calidad de vida, proponiendo una dimensión a la definición de la OMS*. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología UNAM.
- Forastieri, V. (2012) *Guía del formador SOLVE: Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo*. Italia: Organización Internacional del Trabajo.

Freud, S. (1999) *El malestar de la cultura*. En obras completas Vol.II. Argentina; Armorrortu.

Freud, S. (1999) *Psicología de las masas y análisis del yo*. En obras completas Vol. VIII. Argentina: Armorrortu.

Freud, S. (1999) *Tótem y Tabú*. En *Obras completas Vol. VIII*. Argentina: Armorrortu.

García, I. (2013) *Relación del síndrome de desgaste ocupacional (Burnout) con los factores sociodemográficos en trabajadores del giro de seguridad*. México: Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Gibson, J.C. et al. (2001) *Las organizaciones: Comportamiento, estructura y proceso*. México: Mc. Graw Hill.

Gil-Monte, P. (2005) *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.

Gil-Monte, P., Peiró, J.M. (1997) *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. España: Síntesis.

González, C., López, N. (2011) *Relación entre acoso laboral (mobbing) y asertividad en una muestra de trabajadores mexicanos*. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología. UNAM.

González, J. (2003) *Interacción grupal y Psicopatología*. México: Plaza y Valdés.

González, J. (2011) *Psicoterapia de grupos. Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*. México: Manual Moderno.

Gray, P. (2008) *Psicología, una nueva perspectiva*. México: Mc Graw Hill.

Grinberg, L. et al (1977) *Psicoterapia del grupo. Su enfoque psicoanalítico*. Argentina: Paidós.

Kaës, R. et al (2001) *El psicodrama psicoanalítico de grupo*. Argentina: Armorrortu editores.

Klein. M. (1957) *Envidia y Gratitud* en *Obras Completas* Tomo IV. Argentina: Paidós.

- Luecken, J L.; y Gallo, L. (2008). *Handbook of Psysiological Research Methods in Health Psychology*. EUA: Sage.
- Marks, D.; Murray, M.; Evans, B.; Willig, C.; Woodall, C.; Sykes, C. (2008). *Psicología de la Salud. Teoría, investigación y práctica*. México: Manual Moderno.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981) *Burnout in healt professions: A social psychological analysis* en G. Sanders y J. Suls (Eds), *Social psychology of health and illness*. EAU: Eribaum.
- Milkovich, G. y Boudreau, J. (1994) *Dirección y administración de Recursos Humanos*. EAU: Addyson Wesley Iberoamericana.
- Miravalles, J. (2015) *Cuestionario de Maslach Burnout Inventory*. Artículo electrónico recuperado de <http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf> el 2 de julio de 2015.
- Montalvo, J., Garrido, E. (2002) *Psicopatología laboral: Trastornos derivados del trabajo*. España: Universidad Pública de Navarra.
- Oblitas, L. Becoña, E. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés Editores.
- O'Donell, P. (1983) *Teoría y técnica de la psicoterapia grupal*. Argentina: Amorrortu editores.
- Organización Mundial de la Salud. (2015) *La salud y la salud mental*. Recuperado en http://www.who.int/topics/mental_health/es/ el 2 de marzo de 2015.
- Organización Internacional del Trabajo (2015) *La salud ocupacional o laboral*. Recuperado en <http://www.ilo.org/mexico/lang--es/index.htm> el 2 de marzo de 2015.

Paneque, S. (2010) *Síndrome de Boreout o sentirse aburrido en el puesto de trabajo*. Artículo presentado en el Prevexpo 2010, X Congreso Andaluz de Seguridad y Salud Laboral: España.

Pérez-Llantada, M.C.; López de Llave, A. y Gutiérrez, M.T. (2009). *Evaluación de programas e intervenciones en psicología (salud, educación y organizaciones sociales)*. España: Dykinson.

Piñuel, Z. (2002) *Mobbing: cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. España: Círculo de lectores.

Pomerantz, A. (2011). *Clinical Psychology. Science, Practice and Culture*. EAU: SAGE.

Ramírez, J., Rangel, A. (2005) *Confiabilidad del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores mexicanos pertenecientes al Distrito Federal*. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología. UNAM.

Ramos, J., Arias, L. y Arias, R. (2001) *Situación actual de la salud en el trabajo en México*. Revista Latinoamericana de la Salud en el Trabajo Volumen 1, 1. Recuperada de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/trabajo/lm-2001/lm011j.pdf> el 4 de abril de 2015.

Reynoso de Solis, M. et al (2012) *Historia del psicoanálisis en México. Pasado, presente y futuro*. México: Museo Casa de León Trotsky.

Ribé, J., Cleris, M., Gracia, J. (2011) *Trastornos mentales del ámbito sociolaboral: ¿son las personas las responsables de su malestar o depende también el contexto?* Revista Norte de Salud Mental. Vol. IX, No. 41: España.

Rodríguez-Marín, J. (1995) *Psicología social de la salud*. España: Arán.

Romero & Kemp (2007) *Psychology demystified. A self teaching guide*. México:Mc Graw Hill.

S.F. (2008) *Diccionario de prevención de riesgos laborales*. España: Confederación de empresarios de Andalucía.

Sicilia, N. (2001) *Análisis de conductas suicidas infantiles desde la teoría psicoanalítica de Melanie Klein. El caso de un niño de siete años*. Tesis de Maestría. México: Facultad de Psicología UNAM.

Trull, Timothy y Phares, J. (1992) *Psicología clínica-conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thomson Editores.

Uribe, J. (2015) *Clima y ambiente organizacional*. México: Manual Moderno.

Uribe, J. (2010) *EDO: Escala de Desgaste Ocupacional (Burnout)* Manual de calificación. México: Manual Moderno.

Uribe, J. (2013) *Escala de violencia en el trabajo: Mobbing*, Manual de calificación. México: Manual Moderno.

Vaimberg, R. (2012) *Psicoterapia de grupo/ on line. Teoría, técnica e investigación*. España: Octaedro Psicoterapias.

Valenzuela, M.A., et al. en Ayala, P. (1996) *Aportaciones de los grupos de reflexión focalizada al análisis de los conceptos de placer y placer en la pareja, en Los significados del placer en hombres y mujeres*. México: Fontamara.

Valenzuela, M.A. (2015) *Comunicación personal en el Seminario de tesis de la especialización en Intervención clínica en Adultos y Grupos*.

Wanderley, C. et al. (2007) *Salud mental y trabajo*. México: Plaza y Valdés.

Yalom, I. (2000) *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. España: Paidós.

ANEXOS:

En este apartado se presentan los documentos anexos de la presente investigación:

- a) Manual del Curso Taller Vivencial
- b) Cartas descriptivas
- c) Inventario Maslach de *Burnout*

CURSO TALLER VIVENCIAL
“Fortaleciendo mi desempeño laboral
cuidando mi salud psicológica”

Ponente:

Lic. Gerardo Mora Gutiérrez



Este manual pertenece a:

Temario y distribución de las sesiones

(Teórico-vivencial)

7. Primer acercamiento a la Psicología ¿Será el primer acercamiento?

- Aproximaciones al proceso de salud psicológica en el trabajo.
- ¿Definición(es) de psicología?
- Campos de acción de la psicología y su aplicación en la DERFE.
- Construcción de una definición de Psicología.
- Utilidad y beneficios de la psicología dentro de la institución.

8. Autoconocimiento y participación del grupo en la constitución de uno mismo.

- Estima propia, autoconocimiento. Evaluación del mí mismo.
- Efecto Pigmaleón
- Comparación social
- Estereotipos

9. Variables psicológicas que influyen en el trabajo: Identificación de fortalezas y “talones de Aquiles” psicológicos.

- Cambio y resistencia al cambio

- Actitudes
- Motivación y emoción en el trabajo,
- Pertenencia e identidad.
- Personalidad

10. El conflicto psicológico

- El conflicto psicológico
- Relaciones y conflicto
- Alternativas para manejar el conflicto
- Situaciones conflictivas

11. Trabajo a través de grupos

- Introducción y definición de grupo
- Clasificación y características de los grupos
- ¿Por qué trabajar en grupo?

12. Aplicando lo aprendido y trabajado en mi vida y en el espacio laboral

- Consolidando mi salud psicológica en el espacio laboral.
- Metas personales, toma de decisiones y propósitos en el trabajo

TEMA 1

Primer acercamiento a la Psicología

¿Será el primer acercamiento?



“Cuando no somos capaces ya de cambiar una situación, nos enfrentamos al reto de cambiar nosotros mismos”.

Víctor Frankl

TEMA 1:

1. APROXIMACIONES AL PROCESO DE SALUD PSICOLÓGICA EN EL TRABAJO.

1.1. SALUD

Cuando hablamos de salud, en automático pensamos en la salud física que se percibe generalmente como la ausencia de dolores físicos y molestias corporales. Cuando no nos duele nada, decimos que estamos sanos, pero pocas veces nos preguntamos el alcance de la mente sobre la salud física y viceversa. Al reflexionar sobre esto, podemos darnos cuenta que en ocasiones la mente o la *“psique”* duele o se encuentra en armonía, así es que nos sentimos tristes o enojados, ansiosos o desesperados, felices y emocionados y a cada uno de estos estados de ánimo se asocia por supuesto, una sensación física y viceversa, cuando estamos ansiosos por ejemplo, sentimos sudoraciones, dolores en el pecho, temblores, entre otras reacciones. Resulta por tanto necesario incluir a nuestra visión de la salud, la parte psíquica o psicológica.

En lo que se refiere a las definiciones de salud, la Organización Mundial de la Salud ha modificado y ampliado las conceptualizaciones de la salud, afirma que *“la salud no sólo es la ausencia de enfermedad sino la sensación de bienestar físico, psíquico y psicosocial”* (OMS), es decir que **integra todos los ámbitos de nuestra vida**. Comprender esto resulta el preámbulo para hablar de la salud psicológica y la salud en el trabajo.

1.2. SALUD LABORAL

La salud laboral podemos definirla como la relación que existe entre las condiciones de trabajo y la salud del trabajador con el objetivo de alcanzar el máximo bienestar físico, psíquico y social (Diccionario de Prevención de Riesgos Laborales).

La salud en el trabajo se puede definir también como *“Una actividad multidisciplinaria dirigida a proteger y promover la salud de los trabajadores mediante la prevención de enfermedades y accidentes, así como la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y seguridad en el trabajo”* (Ramos, 2001 en Aguilar, 2009).

Ahora bien, considerando que las condiciones de trabajo repercuten en la salud del trabajador y tomando en cuenta que cuando hablamos de salud según la OMS incluimos la parte psíquica, física y psicosocial, el trabajo es un área que requiere nuestra atención para poder hacer algo para acrecentar nuestra sensación de bienestar.

Los factores que influyen en la salud laboral no solamente dependen del trabajador, ni de la institución propiamente, son tan amplios que van desde la ropa que se viste hasta la comida que se consume, atravesando por supuesto lo que nos interesa en este momento, los factores psicológicos.

La salud laboral se construye por los trabajadores, por las instituciones, por las condiciones de trabajo que existen, por las relaciones personales que se establecen y por supuesto, por nuestras motivaciones internas y externas para estar sanos y no colocarnos en un estado de indiferencia ante lo que nos pasa y lo que les pasa a los demás. La Organización Mundial de la Salud aplica las definiciones de Salud al campo del trabajo y afirma que la salud laboral tiene que

ver con el máximo bienestar posible que puede alcanzarse en el trabajo: En las actividades que se efectúan y en las consecuencias que estas actividades generan en las áreas física, psicológica y social de cada trabajador.

La labor de la psicología laboral es fomentar la salud laboral a través de la prevención, la intervención y la solución de lo que no permita el máximo bienestar de los trabajadores.

1.3. DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA Y SUS CAMPOS DE ACCIÓN: PSICOLOGÍA ORGANIZACIONAL

1.4. UTILIDAD Y BENEFICIOS DE LA PSICOLOGÍA DENTRO DE LA INSTITUCIÓN

¿Qué entienden los psicólogos y los no psicólogos por psicología?

La psicología en palabras del destacado psicoanalista Néstor Braunstein, es *cualquier cosa que usted quiera que sea*. Si usted se interroga sobre ¿Por qué recuerda lo que recuerda? ¿Qué reacciones le provoca el aroma de un perfume? ¿Qué hace cuando está muy feliz?, Seguramente estará pensando psicológicamente, es decir aunque no conscientemente estará teniendo actividades psicológicas. Tomando en cuenta lo anterior, ¿Cree usted que podría definir lo que es la psicología?

A lo largo de los años el objeto de estudio de la psicología aunque en esencia el mismo, se ha modificado. Tenemos entonces que “el objeto de la psicología”, ha sido el alma, el espíritu humano, la psique, la actividad psíquica, la conciencia, el mundo interior, la actividad nerviosa, la conducta, el inconsciente, la personalidad, y demás posibilidades que usted imagine nos definen por el simple hecho de ser humanos.(Braunstein, 2003).

Pregunta:

¿Qué hace que las personas sientan, piensen y se comporten como lo hacen?

Podemos definir a la psicología como la ciencia de la conducta y de la mente, la conducta se refiere a las acciones observables, es decir a un comportamiento por ejemplo, podemos ver como alguien camina, come, duerme, se baña, trabaja, escribe o cualquier otra cosa. Mente por su parte, se refiere a los procesos mentales que incluyen a las sensaciones, percepciones, memorias, pensamientos, sueños, motivos, sentimientos emocionales y cualquier otra experiencia subjetiva de una persona. (Gray, 2008). Cabe destacar que la psicología no sólo se ocupa de los procesos mentales y conductuales individuales, sino también de los grupales y los colectivos. Porque el comportamiento individual se ve influido por concepciones de los grupos a los que se pertenece. Pongamos por ejemplo al propio I.F.E., como institución posee metas que lo hacen distinto al I.M.S.S.

Como ejemplos del comportamiento grupal, pensemos en un concierto o un partido de fútbol. En cualquiera de los dos casos, la individualidad se pierde para adquirir una identidad grupal. El comportamiento grupal en este caso sería muy distinto al comportamiento individual.

La psicología es un campo vasto y amplio de investigación. Cada pregunta sobre la conducta y la experiencia mental está dentro de su alcance. Los psicólogos luchan por explicar las experiencias mentales y la conducta. Explicar es identificar causas ¿Qué causa que hagamos lo que hacemos, sintamos lo que sentimos, percibamos lo que percibimos o creamos lo que creemos? (Gray, 2008).

La psicología tiene respuestas para cada pregunta que se le hace respecto al comportamiento o la mente de los seres humanos.

Por ejemplo:

¿Qué motiva a los trabajadores de una institución a realizar su trabajo adecuadamente? ¿Qué los desmotiva?

¿Cómo influyen las relaciones personales en la realización del trabajo?

¿Qué hacer cuándo hay insatisfacción y conflictos dentro del área laboral?

¿Cómo mejorar los niveles de salud y aumentar la sensación de bienestar y gusto por las actividades cotidianas?

Ante ese tipo de preguntas, la Psicología responde. A través de sus técnicas de investigación como la observación y el análisis permite conocer lo que ocurre dentro del mundo interno de una persona o fuera de él y cómo esto determina su comportamiento y su mente individual y grupal.

Psicología Organizacional:

La psicología organizacional se ocupa de todos los fenómenos individuales y grupales que ocurren dentro de una institución, que van desde cómo se sienten los trabajadores con su trabajo, qué tan motivados están, cual es el clima laboral de la institución, inclusive definir qué tipo de relaciones son las que se establecen en el espacio laboral.

Integrando la labor de la psicología y las aproximaciones que en un primer momento se discutieron sobre la salud psicológica y la salud laboral, podemos comprender la importancia de la presencia de La Psicología dentro de una Institución como lo es la Coordinación de Administración y Gestión del R.F.E. para:

- ✓ Promover el cuidado, el mantenimiento y el mejoramiento de la salud psicológica de sus trabajadores
- ✓ Generar una sensación de bienestar en el espacio laboral.
- ✓ Mejorar el clima y la atmósfera laborales.
- ✓ Intervenir para proporcionar a los empleados competencias y herramientas para hacer frente a las demandas de su trabajo.
- ✓ Aminorar y solucionar los conflictos que surgen con la diaria interacción.
- ✓ Acrecentar el sentimiento de pertenencia a la Coordinación de Administración y Gestión del R.F.E.

- ✓ Crear metas como Área de trabajo que no estén peleadas con las metas individuales y por el contrario se fomente el compañerismo y la responsabilidad por sí mismo y por el otro.
- ✓ Crear una cultura psicológica de la organización que permita adquirir herramientas emocionales, intelectuales y de relaciones para favorecer el sentimiento de bienestar.

TEMA 2

Autoconocimiento y participación en la construcción de uno mismo



TEMA 2:

2. “AUTOCONOCIMIENTO Y PARTICIPACIÓN EN LA CONSTRUCCIÓN DE UNO MISMO”

2.1. Estima propia, autoconcepto y evaluación del “mí mismo”

Construcción de uno mismo. Tarea individual y de los “otros”

Podemos considerar que la **auto-estima** es un sentimiento de **propia valía** de cada uno de nosotros. Esta valía o valor de cada uno de nosotros está en función de nuestra **auto-percepción** es decir de cómo nos visualizamos individualmente, también tiene que ver con el **comportamiento que mostramos**, con lo que **pensamos**, con lo que **sentimos** y por supuesto con lo que nos dicen los demás de nosotros mismos, es decir, con la **retroalimentación** que recibimos. La autoestima por tanto no es un concepto aislado, sino un entramado de relaciones que interactúan en nuestras vidas que debe ser hilada en los eventos de nuestras vidas.

¿La autoestima es estática o se transforma a lo largo de nuestra vida?

La autoestima cambia a lo largo de la vida, durante la infancia, en la adolescencia, en la adultez y en la vejez. Podemos constituirla como una auto-actitud que fluctúa a lo largo de la vida debido a los cambios en los que nos vemos envueltos en cada etapa de nuestro ciclo vital (Savin Williams, 1983).

Percibirnos y evaluarnos

Tener conciencia de “sí mismo” es un distintivo de los seres humanos. Alrededor de los ocho meses de edad los bebés comienza a separarse de su madre e identificarse como seres humanos independientes. En un principio el bebé creía que él mismo satisfacía sus necesidades de alimentación, cuidado y afecto. El hecho de la separación de él con su madre, permite la constitución de un ser

individual, autónomo y no solamente un ser dependiente. Es decir, un bebé debe ir reconociéndose a sí mismo como autónomo pero también como dependiente de los demás. Posteriormente, alrededor del año y medio, los niños comienzan a identificarse como sí mismos y dejan de tratarse a como si fueran otros niños (Lewis, 2006 en Gray, 2008). La constitución de nosotros mismos es algo que no se da desde el principio de la vida, sino que va construyéndose conforme vamos atravesando las diferentes etapas de nuestro ciclo vital.

Charles Cooley, un sociólogo definía al **espejo del yo** como un aspecto muy importante del **autoconcepto** de cada persona. Al espejo al que se refería era la reacción de otras personas hacia nosotros mismos. Cooley afirmaba que nosotros inferimos e imaginamos de forma natural lo que otros piensan de nosotros a partir de sus reacciones y utilizamos esas inferencias e imágenes para construir nuestro **autoconcepto**. Es decir, nos vemos a nosotros mismos a través de los ojos de los demás. Indudablemente las actitudes y las opiniones de una persona sobre sí misma, está muy afectada por las opiniones y las actitudes de los otros.

Las creencias y expectativas de los demás sobre una persona, falsas o verdaderas pueden en cierto grado crear una realidad e influir en la autoestima, autoconcepto y comportamiento de cada persona. Estos efectos son autopredicciones cumplidas o efecto pigmalión (Gray, 2008).

2.2. A manera de reflexión: Un caso de efecto *Pigmalion*

Rosenthal y Jacobson, investigadores estadounidenses realizaron un experimento. A un grupo de profesores de escuela primaria les hicieron creer que una prueba había revelado que ciertos estudiantes mostrarían un aceleramiento en su crecimiento intelectual en los próximos meses. Se informó a los profesores de los supuestos resultados, los supuestos estudiantes fueron elegidos al azar y no de acuerdo con alguna calificación de una prueba. Después de ocho meses mostraron aumentos en sus coeficientes intelectuales y en el

desempeño académico respecto a sus demás compañeros de clase. De alguna forma las expectativas de los profesores de que ciertos niños mostrarían mayor desarrollo intelectual que otros, **crearon su propia realidad**. Esto debido a que los profesores se mostraron más cálidos con los alumnos seleccionados, les dieron más tiempo para contestar preguntas difíciles y más trabajo desafiante y se dieron cuenta y reforzaron mayormente sus esfuerzos.

Consciente o inconscientemente los profesores crearon un mejor ambiente para el aprendizaje para los estudiantes seleccionados que para los otros estudiantes, inclusive cambiaron su trato, y así **modificaron** los **autoconceptos** de los estudiantes seleccionados. Los estudiantes comenzaron a verse a sí mismos como más capaces académicamente que antes y esto los llevó a trabajar más duro para estar a la altura de esa percepción (Cole, Jussim, 1991).

Cambiar la conducta de los demás alterando su autoconcepto

Experimentos psicológicos han demostrado que el simple hecho de decir a los demás que son una cierta clase de persona puede, en algunos casos, llevarlos a comportarse de manera consistente con el atributo que se les dijo que tenían.

La autoestima como índice de aprobación y aceptación de los demás

La autoestima por definición, es el sentimiento de aprobación y aceptación de uno mismo. La autoestima se experimenta como proveniente de nuestro juicio propio pero este juicio se basa en gran parte en el sentido de la persona sobre las actitudes de los demás hacia ella.

Construcción activa de la percepción de uno mismo

Aunque el punto de vista de otras personas sobre nosotros juegue un papel importante en nuestra percepción de nosotros mismos, no los aceptamos pasivamente, influimos activamente los puntos de vista de los demás sobre nosotros mismos y de esa forma también influimos en nuestra autopercepción.

Además, nos comparamos nosotros mismos con los demás como una forma de definirnos y evaluarnos.(Gray, 2008).

2.3. Comparación social: Efectos del grupo de pertenencia

En percepción, cualquier cosa es relativa a cierto marco de referencia, el marco de referencia es todo parámetro a través del cual nos guiamos para hacer las cosas que hacemos. El grupo de pertenencia es un parámetro, las personas son un parámetro. Pensemos por ejemplo que para los judíos es normal no comer carne de cerdo, mientras que para los mexicanos, comer picante es normal, porque nuestro marco de referencia lo ha normalizado. Estos mismos marcos de referencia nos dice lo que está “correcto” o “incorrecto”.

En la **autopercepción** el marco de referencia son las otras personas. Verse a uno mismo en comparación con los demás. El proceso de compararnos a nosotros mismos con los demás es con el fin de identificar nuestras características únicas y evaluar nuestras capacidades, esto se llama **comparación social**.

Una consecuencia de esta comparación es que el autoconcepto varía dependiendo del grupo de referencia y el grupo con el que se hace la comparación. Por ejemplo, los jugadores de basquetbol son más altos que los que no lo hacen, los orientales tienen los ojos orientales y los africanos no.

El aspecto evaluativo de la comparación social puede estar cargado de **emoción**. Estamos complacidos con nosotros mismos cuando sentimos que estamos a la altura del grupo de referencia y nos angustiamos cuando no lo estamos.

Es útil tener imágenes de nosotros mismos relativamente precisas, pero se siente bien pensar bien de nosotros mismos, por lo tanto la mayor parte de nosotros sesgamos nuestras autoevaluaciones en direcciones positivas. Mantenemos nuestras autoevaluaciones demasiado altas tratando la evidencia de nosotros mismos de diferente forma que tratamos la evidencia de los demás.

Atribuir nuestros éxitos a nosotros mismos y nuestros fracasos a alguien más

Una forma de mantener una alta imagen de nosotros mismos es sesgando, es decir “inclinando la balanza hacia un lado, hacia el lado que nos favorece”

Existe una tendencia sobre las atribuciones que hacemos sobre nuestros éxitos y nuestros fracasos. Atribuimos nuestros éxitos a nosotros mismos y los fracasos se los atribuimos a alguien más o la situación misma. Esto nos permite hablar del **sesgo atributivo de autobeneficio** que tiene que ver con cometer un error serio y echarle la culpa a alguien más, en vez de aceptar el juicio equivocado.

2.4. Estereotipos y sus efectos automáticos en la percepción y el comportamiento

Podemos intercambiar la identidad personal y la social en nuestras percepciones de los demás y de nosotros mismos. Cuando vemos a otros en términos de sus identidades personales, los vemos como individuos únicos. Cuando vemos a otros en términos de sus identidades sociales, restamos importancia a las diferencias individuales y vemos a todos los miembros del grupo similares.

El esquema o conjunto organizado de creencias, que llevamos en la mente sobre cualquier grupo de personas se refiere al **estereotipo**. Obtenemos los estereotipos en gran parte por la forma en que nuestra cultura en su conjunto se presenta y describe cada categoría social. Los prejuicios son útiles en medida en que nos proporcionan cierta información inicial, válida sobre una persona pero también son fuentes de prejuicios e injusticias sociales.

En conclusión, la autoestima tiene que ver con nosotros mismos, nuestra propia apreciación que se encuentra total y absolutamente influida por los demás. “Necesitamos de el otro para constituirnos a nosotros mismos y necesitamos de nosotros mismos para constituir a los demás”. La autoestima es un atributo que todos tenemos en mayor o menor medida y en ningún momento se le puede considerar como aislada, puntualicemos de nuevo que es un entramado donde influyen otros factores tanto personales como sociales.

TEMA 3

Variables psicológicas que influyen en el trabajo:

Identificación de fortalezas y talones de Aquiles psicológicos



TEMA 3:

3.1. NOSOTROS Y EL CAMBIO “DE LA RESISTENCIA A LA ACEPTACIÓN AL CAMBIO”

Cambiar es una palabra que implica las siguientes acciones: Una modificación, una transición o una evolución. En sentido estricto la palabra cambiar tiene que ver con *alcanzar un estado distinto al que se tenía en otro momento*.

Los grupos, las instituciones, las familias, los trabajos, las personas cambian todo el tiempo. En ocasiones puede existir una actitud hacia cualquier tipo de cambio, la actitud si es para impedir el cambio puede ser llamada **resistencia**.

Para cuestionarse:

¿Por qué cambiar si dónde estoy me encuentro muy bien?

¿Por qué cambiar si no sé qué ocurrirá si cambio?

¿Cómo le voy a hacer cuando esté en una nueva situación?

Negación o aceptación al cambio

Las negaciones a las transformaciones y a lograr una nueva adaptación son resistencias al cambio que van ligadas al miedo o temor, a la incertidumbre de lo que provocará el cambio por sí mismo pero también de lo que costará efectuar el cambio.

Todo cambio está asociado a desequilibrio e inestabilidad en un momento y después a una situación de equilibrio futuro. Puede ocurrir que mientras más grande sea el cambio, más grande puede ser la resistencia.

La resistencia es una reacción normal e inevitable que sobreviene a la pérdida de lo que se tenía, a la pérdida del control lo que puede provocar inseguridades, ansiedades, tomando en cuenta claro, la percepción de cada individuo.

Tipos de resistencias al cambio:

La resistencia puede ser abierta o encubierta, racional o bloqueadora, política o permisible.

Abierta: No estoy de acuerdo en que se realice tal...

Encubierta: Sabotajes, acciones a través de otros, actitudes.

Racional: No se puede generar tal cambio, porque...

Bloqueadora: No se va realizar tal... porque yo lo digo.

Política: Tiene que ver con la racional. Argumentativa.

Permissible: Estoy de acuerdo con el cambio (Pero hace todo lo posible para resistirse)

Tres causas de resistencia al cambio de Kurt Lewin:

Interés propio: Razones personales que afectan o alimentan el deseo de cambio.
¿Qué haré si no sé hacer lo de la nueva forma?

Cultura organizacional: Fuerza que guía el comportamiento de los trabajadores.
Puede generar un clima amenazante

Percepción de las metas y las estrategias de la organización. No se alcanza a vislumbrar la necesidad de una nueva meta porque hay diferencias en la información.

3.2. Actitudes

Una actitud es cualquier opinión o creencia con tres componentes: Una emoción, un pensamiento y un comportamiento. Toda actitud además tiene un componente evaluativo que nos dice si algo está bien o está mal, si es agradable o desagradable, moral o inmoral, atractivo o repulsivo. Las actitudes ligan el pensamiento y la emoción a los individuos con su mundo interno y social. Desde la pasta de dientes que usamos hasta una religión. (Gray, 2008)

Disonancias cognitivas

Los psicólogos definen a las disonancias cognitivas como la falta de armonía cuando sentimos alguna inconsistencia entre diversas actitudes, creencias y conocimientos. Así como la incomodidad de sentir hambre nos hace buscar comida, el desagrado de la disonancia cognoscitiva nos motiva a buscar formas de resolver contradicciones o inconsistencias entre nuestras cogniciones o por el contrario atraparnos en una situación difícil.

Las actitudes pueden ser creadas o alteradas, sin pasar por nuestra consciencia pueden ser adoptadas por las normas sociales del grupo y se sienten incómodos de mantener actitudes diferentes a las de otros del grupo.

3.3. Motivación y emoción en el trabajo

Nuestro comportamiento, nuestras percepciones, nuestros pensamientos y nuestros sentimientos cambian rápidamente y oscilan a lo largo del tiempo. Este tipo de procesos psicológicos afectan y determinan la motivación y los niveles de actividades que realizamos. Los estados psicológicos repercuten los pensamientos y acciones que desempeñamos cotidianamente e inclusive pueden dirigir nuestra atención a ciertas cosas por encima de otras.

3.3.1. Motivación en el trabajo

Robbins en 1996 define la motivación en el trabajo como *la voluntad de ejercer varios niveles de esfuerzo para alcanzar las metas de la organización, esta voluntad tiene que ver con la capacidad del esfuerzo y su relación para satisfacer alguna necesidad individual. La motivación es el resultado de la interacción del individuo con la realidad*” (Robbins, 1998)

Todo comportamiento es motivado o impulsado. Motivado por fuerza que dirigen hacia la obtención de una meta.

Teoría de la Motivación-Higiene de Steers y Potter

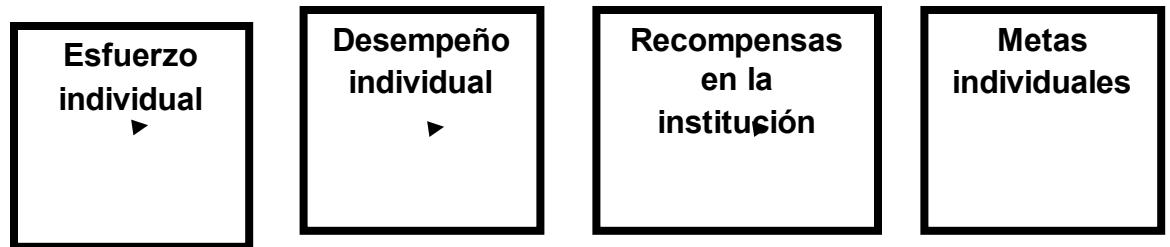
Postulan que una parte muy importante en el trabajo son los factores de **motivación interna** que tienen que ver con el logro, el reconocimiento, el propio trabajo, la responsabilidad y el crecimiento personal y profesional. Por otro lado, los factores de **externos** son las políticas de la institución, las relaciones interpersonales, las condiciones de trabajo, el salario, el status y la seguridad.

Teoría de la motivación de Herzberg

Herzberg postula que la motivación está dada por factores higiénicos y no higiénicos. Los factores higiénicos . Los primeros satisfacen las necesidades más elementales de una persona, desde las necesidades fisiológicas, hasta las necesidades sociales. Los segundos factores son los factores motivadores o no higiénicos y son los que están relacionados directamente con la motivación como el logro, la responsabilidad y se relacionan directamente con el trabajo, el desempeño y el desarrollo personal o la autorrealización.

Teoría de Víctor Vroom

Existe una relación entre el esfuerzo, el desempeño laboral, las recompensas y la relación entre las recompensas y la satisfacción de las metas. Se muestra en el siguiente esquema:



Como se puede observar en cualquiera de las teorías,, la motivación está orientada por una necesidad que deseamos satisfacer. Es importante analizar el tipo de necesidades que tenemos.

Teoría de Jerarquía de necesidades de Abraham Maslow.

Esta teoría, elaborada por Abraham Maslow está fundamentada en el crecimiento y evolución personal que todos efectuamos a lo largo de nuestras vidas. Identificó una serie de necesidades que están orientadas jerárquicamente y las personas van avanzando a través de esta jerarquía conforme las necesidades van siendo satisfechas. Dentro de la clasificación que hace Maslow de las necesidades, están las necesidades de deficiencia y de crecimiento.

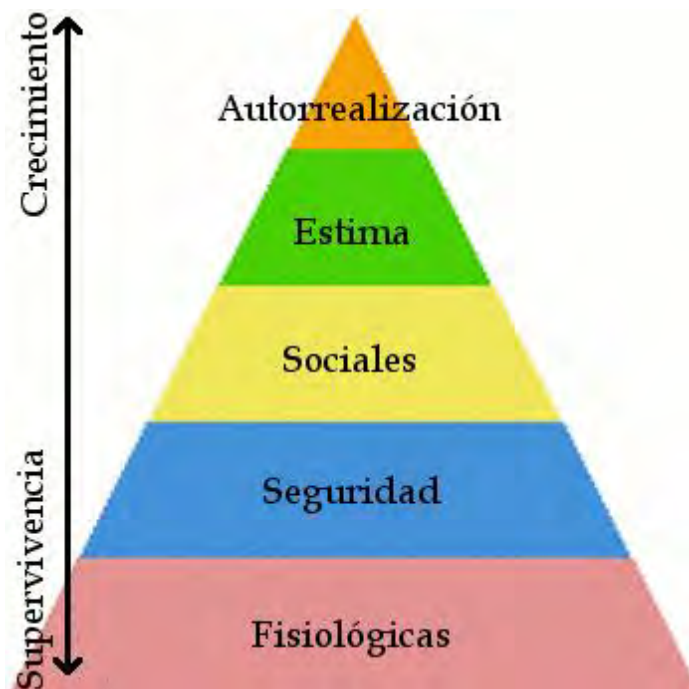
Las cinco necesidades que identificó son:

1. **Necesidades fisiológicas:** Primarias, indispensables para la vida.
2. **De seguridad.** A través de tener un medio emocional y físico seguro y que asegure nuestra vida.
3. **Sociales:** Necesidades de aceptación, pertenencia, aceptación y amistad.
4. **Autoestima:** Necesidad de darnos un valor y respeto propio.

5. **Autorrealización:** Llegar a ser lo máximo que uno puede ser, según su propio parámetro.

Estas necesidades nunca están completamente satisfechas y como no lo están, la motivación nos lleva a tratar de satisfacerlas todo el tiempo.

Pirámide de necesidades de Maslow:



3.3.2. Emoción

Las emociones son conceptos que implican varios factores y varias definiciones. Plutchik afirma que los psicólogos han generado al menos 90 definiciones de lo que es una emoción (Plutchik, 2001 en Gray, 2008).. Una emoción puede considerarse un **sentimiento, una energía, una motivación** que se dirige física y

mentalmente hacia un objeto. El objeto de una emoción puede ser una persona, una cosa, un evento real o imaginario. Este objeto indudablemente es siempre algo importante para aquél que experimenta la emoción. El sentimiento y el objeto están enlazados en la experiencia emocional. El objeto se percibe como la causa de la emoción.

En ocasiones los sentimientos o las emociones no están vinculados a objetos. Algunas veces un sentimiento emocional se experimenta en forma flotante y no dirigido a un objeto en particular, esto es denominado **estado de ánimo**. Los estados de ánimo pueden durar horas días o más y pueden matizar el pensamiento y el comportamiento. (Gray, 2008)

3.4. Pertenencia e identidad

Una de las necesidades importantes de los seres humanos es el sentimiento de pertenencia, a lo largo de nuestra vida pertenecemos a distintos lugares, momentos y actividades. Pertenecemos a nuestra familia, en la que somos padres, madres, hijos, primos, sobrinos o abuelos; pertenecemos también a grupos de amistad, a clubes deportivos, a asociaciones, a partidos políticos, a relaciones sentimentales, pertenecemos a un país, a una entidad, a una colonia, a un trabajo.

Cada lugar de pertenencia nos brinda significados a partir de los cuales se generan nuestros sentimientos personales que incluyen una serie de significados que exaltan nuestro reconocimiento personal por el hecho de sentirnos parte importante y pertenecer generando además una identidad. Esta pertenencia que crea identidad es construida por todos y se relaciona con el discurso y el comportamiento que se mantiene dentro y fuera de la institución a la que se pertenece. Cuando esta pertenencia es difusa o nula, no se compartirán los objetivos de grupo ni se lucha por alcanzar las metas que se han planteado.

3.5. Personalidad: Fortalezas y talones de Aquiles psicológicos

La personalidad se define como el estilo general de interacción con el mundo de un individuo, en especial con otras personas, el hecho de si uno es retraído o sociable, nervioso o tranquilo, amable o arisco son características que nos definen a cada uno de los seres humanos. Las personas difieren entre sí en sus modos de comportarse a lo largo del tiempo, lugar y circunstancia. (Gray, 2008).

3.5.1. Rasgos de personalidad

¿Cuáles son las primeras tres palabras que te vienen a la mente en relación a tu propia personalidad?

¿Estas palabras te pueden definir en todos los escenarios o sólo en algunos?

Los rasgos son una predisposición relativamente estable a comportarse de cierta manera. Los rasgos son de las personas, no del ambiente.

Al igual que la motivación y emoción, la personalidad es una entidad interna que se puede inferir a través de la conducta observada son entidades internas que pueden inferirse de la conducta observada.

A partir del conocimiento de la auto-estima, de la motivación, de las necesidades humanas y personales, de las actitudes, de las emociones. ¿Qué de todo estos saberes nos permiten identificar lo que nos hace fuertes y lo que por el contrario representa un atributo personal que debe ser cambiado.

Ejemplo:

Tabla de Rasgos de personalidad de Catell (adaptada para el Curso-Taller):

RASGO	RASGO
Sociable	Poco sociable
Inteligente	Listo
Emocionalmente inestable	Emocionalmente estable
Dominante	Sumiso
Melancólico	Alegre
Concienzudo	No confiable
Audaz	Tímido
Insensible	Sensible
Confiado	Suspica
Práctico	Imaginativo
Ingenuo	Sagaz
Propensión a la culpa	Rechazo a la culpa
Innovador	Conservador
Autosuficiente	Adherencia al grupo
Autodisciplina	Voluntad incontrolada
Relajado	Tenso

¿Qué rasgos tienes y en qué circunstancias? ¿Qué otras posibilidades de ser existen y puedes aplicar? ¿Qué es lo que te define en tu trabajo?

TEMA 4

El conflicto psicológico



TEMA 4:

EL CONFLICTO PSICOLÓGICO

4.1. Aproximaciones a la definición de conflicto

Podemos definir a un conflicto como una *lucha, una pelea o un combate*. Esta lucha puede ser con nosotros mismos, internamente o con los demás de modo externo. La actividad humana por sí misma implica luchas constantes, retos que hay que superar.

Resulta imprescindible comprender que las situaciones de vida pueden ser matizadas como conflicto si nuestra apreciación de las mismas es de un reto que pueda parecernos insuperable.

Particularmente, los conflictos en el trabajo pueden darse por las diferencias entre las percepciones y apreciaciones de lo que ocurre en el espacio laboral entre los distintos compañeros o entre los empleados y las figuras de autoridad. Son muchas las situaciones interpersonales que pueden provocar un conflicto, puede estar ocasionado por los rasgos propios o por los rasgos de los demás y el tipo de relación y comunicación que se establece. (Rivera, et al, 2011).

El conflicto está vinculado a una lucha provocada por la incompatibilidad de metas, escasa recompensa, disonancias cognoscitivas, o malestares personales.

4.2. Relaciones y conflicto. Asunto de todos.

Los conflictos en el espacio laboral, al igual que en la vida cotidiana están definidos por las relaciones que se establecen. La percepción de lo que ocurre, las diferentes perspectivas, las agresiones pasivas, la falta de empatía, el embotamiento en la diaria labor son algunos factores de riesgo que pueden propiciar la existencia de un conflicto.

Los conflictos no solamente son con los compañeros, también pueden ir hacia la figura de autoridad, hacia la propia institución o hacia uno mismo. Sin lugar a dudas esto es algo que hay que aprender a mediar para que un conflicto no trascienda al punto de hacerlo inmanejable.

4.3. Alternativas para poder manejar las situaciones conflictivas

1. Comunicar. Una de las formas de mediar el conflicto es hablarlo. Si la situación problemática se evade, seguramente a través del paso del tiempo se agravará hasta el punto de hacerla irresoluble.
2. Comunicar a través de objetivos claros y bien definidos. ¿Qué se quiere decir y cómo se quiere decir? ¿Qué se quiere lograr con esto?
3. Evitar los chismes, los rumores y los ataques personales. Los temas deben ser tratados con la persona adecuada en el lugar adecuado, del modo adecuado. Externar los sentimientos propios respecto a la situación da la posibilidad de que tenga varias interpretaciones y termine siendo algo que se salga de control.
4. Separar la emoción de la situación. ¿Qué ocurre cuando estamos muy molestos y queremos mediar y solucionar las cosas?, el enojo nos impedirá ver objetivamente la situación que se enfrenta y en vez de solucionarla, la empeorará.
5. Practicar la empatía. Consiste en escuchar lo que el otro quiere decirte. Entender la posición del otro y no sólo la propia.
6. Maneja tu actitud. Solucionar un conflicto implica tener una actitud de negociación, no de ira y coraje, que puede transformarse en violencia.
7. Reconocer que si el problema sale de tus posibilidades para resolverlo, entonces alguien puede ser mediador. Hablar con un compañero o con un superior puede ayudar a resolver lo que ocurre.
8. Elegir si se quiere ser protagonista o espectador del conflicto. En el primer caso jamás se podrá salir de la dinámica del problema, en el segundo, se optará por mirarlo desde fuera para ir aminorándolo.

TEMA 5

Trabajo a través de grupos



“Ninguno de nosotros es más importante que el resto de nosotros”.

Ray Kroc

TEMA 5:

TRABAJO A TRAVÉS DE GRUPOS

5.1. Introducción a los grupos

La historia de la humanidad ha estado influida por dinámicas e interacciones grupales. Las prácticas grupales están llenas de descargas emocionales e interacción. Toda actividad humana incluye actividades grupales (Díaz, 2000).

En la lengua castellana grupo tiene varias acepciones: Conjunto de cosas, conjunto de personas, pluralidad de seres o cosas que forman un conjunto, una asociación, una banda, un clan, un equipo, una minoría, una pandilla, una patrulla, un pelotón. Particularmente para la psicología resulta adecuado definir al grupo como conjuntos de personas reunidas (Anzieu en Díaz, 2000).

5.2. Definiciones de grupo

Podemos definir a un grupo como la reunión de dos o más personas que mantienen una meta en común. A lo largo de nuestra existencia, pertenecemos a distintas clases de grupos. La familia por ejemplo es nuestro primer grupo de pertenencia. En este grupo se aprende lo necesario para posteriormente incorporarnos a otros grupos como los grupos escolares, los grupos de trabajo, los grupos de amigos, los grupos sociales y cualquiera que sea el grupo que formamos y al que pertenecemos directa o indirectamente.

Para González Núñez (1992), un grupo es la reunión de dos o más personas que se congregan, interactúan, perciben e interfluyen entre sí, con diferentes metas. Cada miembro del grupo posee sus propias motivaciones y metas, éstas tienen que verse satisfechas o realizadas en el grupo o por el grupo.

Propiedades del grupo

González Núñez, destaca las siguientes propiedades en el grupo:

Los antecedentes individuales de los miembros del grupo. El grupo está constituido por personas con diferentes antecedentes, lo que genera distintas combinaciones.

Atmósfera. Se refiere al estado de ánimo y sentimientos presentes en los miembros del grupo.

Esquema o patrón de participación. Se determina por la dirección de las relaciones existentes dentro del grupo y por el grado de participación de los miembros en los asuntos grupales.

Capacidad de autodirección. Se refiere a la disposición para autoregularse y dirigirse a su meta.

Interacción grupal. Pautas de comunicación e interrelación que permiten que la meta sea alcanzada, implica tensiones en ocasiones y se ve afectada por los intereses del grupo.

Inducción mutua. Los miembros se inducen verbal o no verbalmente, consciente o inconscientemente a consolidar un estado emocional.

Asimilación. Tendencia de los grupos que favorece la socialización. El grupo se apropia de las características del individuo, lo que favorece la cohesión.

Polaridad. Los grupos se polarizan en torno a una persona, una idea, un problema o una meta.

Voluntad. Los miembros del grupo son los que lo mantienen.

Identificación. Según las características, los miembros se sienten identificados con otros miembros o con el grupo mismo.

Cohesión. Puede definirse como la cantidad de presión ejercida sobre los miembros para que éstos pertenezcan a él. Se manifiesta en la atmósfera del grupo, en la cooperatividad y en las relaciones y maneras de interacción.

Meta común. Para que un grupo se reúna, es necesaria la existencia de una meta en común, pues la motivación para conseguirla pone a funcionar la mayoría de las propiedades grupales.

Tamaño y función. La función del grupo y su tamaño, se encuentran relacionados con el número de integrantes del grupo, los patrones de participación y de interacción.

Los grupos pueden ser:

Diadas: Grupo de 2.

Triadas: Grupo de 3

Cuaterna: Grupo de 4 (Así hasta llegar a 8)

Grupos mayores de 8 integrantes

La masa o colectividad.

5.3. Clasificación de los grupos

Sociológicamente podemos clasificar a los grupos en:

Grupos **primarios** y grupos **secundarios**. Los grupos primarios están caracterizados porque sus miembros están ligados por lazos emocionales cálidos, íntimos y personales. Por ejemplo la familia y los grupos de amigos. Los grupos secundarios las relaciones de los miembros son impersonales, su contacto puede ser directo o indirecto y este tipo de grupo sólo se mantiene para llevar a cabo objetivos particulares. Por ejemplo, los equipos de trabajo y los grupos sociales.

Según su organización, los grupos pueden clasificarse en grupos estructurados y no estructurados. Los primeros siempre se reúnen para hacer algo. Los grupos de trabajo son un ejemplo de grupo estructurado, tienen una ocupación, hay funciones según la ocupación, están ligados a una estructura social más amplia, tienen jerarquías y se comunican particularmente.

5.4. Características generales de los grupos. Integración de perspectivas:

1. Sólo existen si **interactúan**, cuando hay intereses y percepciones comunes entre los participantes.
 2. Se comunican particularmente.
 3. La **meta en común** es la que despierta la conformidad de los miembros al grupo.
 4. Poseen un **código implícito** que los legitima.
 5. La **conformidad** hacia las normas del grupo tiene relación con la **cohesión** y mientras mayor sea la cohesión menos emociones perjudiciales del grupo.
 6. Hay una distinción entre los **roles** del grupo.
 7. El **líder** debe amoldarse a los deseos del grupo, sino es fácilmente sustituido.
- El hecho de hablar de grupos permite entender su importancia en nuestra labor y en nuestra vida. No podríamos vivir aislados si no en grupo. La gran cantidad de actividades que llevamos a cabo se realiza de manera grupal. En el trabajo, identificar el tipo de grupo y sus características fomenta la cohesión y favorece el trabajo. Finalmente el grupo de trabajo, nos da pertenencia, identidad y enriquece nuestra vivencia.

Kiseen (1989) menciona algunos postulados sobre la existencia de los grupos:

1. Los grupos existen y existirán dada la propia naturaleza del hombre. Que es un ser social que gusta de convivir, vivir, divertirse, trabajar, descansar y muchas otras actividades grupales.
2. Cuando las personas se reúnen en grupos, movilizan fuerzas que poseen gran importancia y repercusión para los individuos que los conforman.

3. Los grupos pueden ejercer una influencia positiva sobre los individuos, sobre todo en los que hay amor y cultura, pues las personas reunidas siempre salen beneficiadas. Sin embargo, existen grupos que se pueden estancar o resultan negativos en alguna forma y son aquellos en los que no existe ni amor ni una cultura sino que predomina la agresión y la maldad de alguno de los miembros.

González Núñez, destaca que las características de los grupos, son las siguientes:

1. Interacción. Implica una dimensión espacio temporal donde se relacionan los miembros del grupo.
2. Percepciones y conocimientos de los miembros del grupo. Cada uno es parte del todo, mientras los miembros se dan cuenta de que existe el grupo al cual pertenecen y que toda su conducta ejerce una influencia o acción en el medio ambiente, de igual manera, el ambiente percibe a esta unidad grupal como tal.
3. Motivación y necesidad de satisfacción. En general, los individuos se incorporan a un grupo porque creen que van a satisfacer alguna necesidad de afiliación, pertenencia, éxito, estatus, poder, entre otros.
4. Metas de grupo. Están relacionadas con la motivación ya que los miembros del grupo las consideran significativas. Éstos pueden tratar de lograr metas de diferente índole, laborales, escolares, sociales, individuales, de pareja, familiares, de éxitos, superación personal, entre otras.
5. Organización del grupo. Implica propiedades estructurales que regulan el funcionamiento grupal como roles, normas, estatutos, ya sean estos escritos o no, pactados de manera verbal o no verbal.
6. Interdependencia de los miembros del grupo. Los integrantes reconocen, de manera consciente o inconsciente que poseen necesidades y para satisfacerlas dependen de los demás miembros del grupo.

TEMA 6

Aplicando lo aprendido y trabajado en mi vida y en mi espacio laboral

Consolidando mi salud psicológica a través de las reflexiones que
me lleven a la acción.

Bibliografía y fuentes sugeridas para la profundización de las temáticas:

Aamodt, M. (2008) *Psicología Industrial y Organizacional*. Wadsworth: México.

Braunstein, N. et al (2003) *Psicología, Ideología y Ciencia*. Siglo XXI Editores: México.

González, J.J. (1999) *Psicoterapia de grupos*. Manual Moderno: México.

Gray, P. (2008) *Psicología, una nueva perspectiva*. Mc Graw Hill: México.

Página electrónica de la OMS: <http://www.who.int/es/>

¿Qué es la Psicología del trabajo? en la página de la Facultad de Psicología de la UNAM: <http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/101/psicologia-del-trabajo>.

La psicología en el escenario de trabajo. Una revisión. Artículo electrónico de la Revista Electrónica Iztacala. Volumen 8. No. 2. Septiembre de 2005. Consultar en: www.journals.unam.mx/index.php/rep/article/download/19263/18265.

Branden, N. (1992) *.El poder de la autoestima. Cómo potenciar este importante recurso psicológico*. México: Paidós.

Díaz, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: PAX.

Gray, P. (2008) *Psicología una nueva perspectiva*. México: Mc Graw Hill.

Características específicas del equipo, artículo electrónico en: <http://paginaspersonales.deusto.es/mpoblete2/congresOviedo01.htm>

Curso taller vivencial: *Fortaleciendo mi desempeño laboral cuidando mi salud psicológica*

Sesión 1: Primer acercamiento a la Psicología ¿Será el primer acercamiento?

Objetivos: Establecer el primer contacto con el grupo, conformarlo, establecer el proceso de rapport y encuadre y comenzar el proceso de grupo.

Actividades a realizar durante la sesión	Descripción de las actividades y materiales a utilizar	Tiempo	Materiales didácticos y de apoyo
Presentación del Curso Taller Vivencial “Fortaleciendo mi desempeño laboral cuidando mi salud psicológica”	El conductor se presentará con el grupo y dará a conocer en qué consiste y cuáles serán los temas a abordar.	15 minutos	-Laptop -Cañón Pantalla de proyección -Manuales de los participantes -Cartulinas y cartoncillos -Plumones
Rapport y encuadre	El conductor dará a conocer las reglas del grupo y buscará la generación de confianza en el grupo.	10 minutos	
Dinámica de grupo “Saludando con distintas partes del cuerpo”	El grupo se pondrá de pie y comenzarán a caminar por el salón y se saludarán con la parte que indique el conductor.	5 minutos	
Presentación de los miembros del grupo y exposición de sus expectativas del curso	Los miembros del grupo se presentarán individualmente y darán a conocer sus expectativas de manera verbal.	15 minutos	

<p>Exposición magistral de los temas: Aproximaciones al proceso de salud psicológica en el trabajo.</p> <p>¿Definición(es) de psicología?</p> <p>Campos de acción de la psicología y su aplicación en la institución.</p> <p>Construcción de una definición de Psicología.</p> <p>Utilidad y beneficios de la psicología dentro de la institución.</p>	<p>El conductor expondrá los temas de esta sesión de manera dinámica y colaborativa.</p>	<p>40 minutos</p>	
<p>Trabajo a través de equipos: “Construyendo su propia definición de psicología”</p>	<p>En equipos de 5 personas y apoyándose en los temas revisados, cada equipo dará una definición de psicología que se acople a sus expectativas y después lo expondrán frente a todos.</p>	<p>15 minutos</p>	
<p>Cierre</p>	<p>El conductor del grupo dará a conocer su apreciación sobre el grupo y exhortará a todos a trabajar en su propio beneficio. Se encomendará la realización de una crónica-bitácora.</p>	<p>5 minutos</p>	

Curso taller vivencial: *Fortaleciendo mi desempeño laboral cuidando mi salud psicológica*

Sesión 2: Autoconocimiento y participación del grupo en la constitución de uno mismo.

Objetivos: Generar reflexiones en torno a cómo en el contexto laboral influye en la concepción de uno mismo y cómo en ocasiones se generan creencias erróneas sobre la gente que nos rodea. Aplicar Inventario de Burnout, Generar reflexión individual y grupal sobre el proceso de autoestima.

Actividades a realizar durante la sesión	Descripción de las actividades y materiales a utilizar	Tiempo	Materiales didácticos y de apoyo
Lectura de la crónica-bitácora de la sesión 1.	El equipo asignado leerá en voz alta la crónica de la sesión anterior.	5 minutos	Laptop
Reflexión de la crónica	Se propondrá que el grupo genere reflexiones en torno a la crónica y cómo refleja vivencias diferentes en los miembros del grupo.	10 minutos	-Cañón Pantalla de proyección
Dinámica de grupo: "Deshaciendo nudos"	Se seleccionarán 2 equipos de 8 personas para que estando en posición circular se tomen de las manos y sin soltarse comiencen a darse vueltas para hacer un "nudo humano", el resto de los miembros deberán buscar la forma de deshacer el nudo con la única consigna que no pueden lastimarse ni faltarse al respeto.	15 minutos	-Manuales de los participantes -Hojas blancas -Lápices -Inventarios Maslach impresos para resolver.

<p>Reflexión sobre la dinámica</p>	<p>Se analizará cuáles son los mecanismos mediante los cuales actúan en su vida cotidiana, poniendo el acento en la comunicación y el diálogo para generar acuerdos.</p>	<p>5 minutos</p>	
<p>Exposición magistral de los temas de la sesión:</p> <p>Estima propia, autoconocimiento. Evaluación del mí mismo.</p> <p>Efecto Pigmalión</p> <p>Comparación social</p> <p>Estereotipos</p>	<p>El conductor expondrá los temas de esta sesión de manera dinámica y colaborativa.</p>	<p>30 minutos</p>	
<p>Realización del Ejercicio “Ventana de Johari”</p>	<p>Se les mostrará en qué consiste la ventana de Johari, que es un ejercicio de autoconocimiento. En una hoja doblada en cuatro deben colocar las siguientes leyendas: “Lo que yo sé de mí y nadie más”, “Lo que yo sé de mí y los demás también”, “Lo que los demás saben de mí pero yo no” y “Lo que ni yo ni los demás sabemos de mí”, haciendo hincapié en que ésta última quedará vacía porque es la parte inconsciente de nosotros. Una vez comprendida la indicación comenzarán a llenar los cuadrantes para que reflexionen</p>	<p>15 minutos</p>	

<p>Aplicación del Inventario Maslach de Burnout</p> <p>Cierre</p>	<p>en torno a su autoconocimiento y autoestima.</p> <p>Se repartirán los instrumentos psicológicos y se les dará las indicaciones: es una actividad individual que servirá para generar un diagnóstico y así generar estrategias de intervención para acrecentar su bienestar,</p> <p>Se dará por concluida la sesión con la consigna de la realización de la crónica.</p>	<p>15 minutos</p> <p>5 minutos</p>	
---	--	------------------------------------	--

Sesión 3: Variables psicológicas que influyen en el trabajo: Identificación de fortalezas y “talones de Aquiles” psicológicos.

Objetivos: Generar introspección en el grupo así como una profunda reflexión en torno a su “psique individual” y cómo ésta influye en las relaciones que establecen tanto en el trabajo como fuera de él.

Actividades a realizar durante la sesión	Descripción de las actividades y materiales a utilizar	Tiempo	Materiales didácticos y de apoyo
<p>Lectura de la crónica-bitácora de la sesión 2.</p> <p>Reflexión de la crónica</p> <p>Dinámica de grupo: “Deshaciendo nudos”</p>	<p>El equipo asignado leerá en voz alta la crónica de la sesión anterior.</p> <p>Se propondrá que el grupo genere reflexiones en torno a la crónica y cómo refleja vivencias diferentes en los miembros del grupo.</p> <p>Se les solicitará a los miembros del grupo que se hagan equipos de 3 personas, se les explicará que cada 3 personas forman una casa de huéspedes, 2 conforman la casa y 1 es el huésped. Ante la palabra: “Casa”, las personas que forman la casa tendrán que cambiarse de lugar y buscar a otro huésped; ante la palabra</p>	<p>5 minutos</p> <p>10 minutos</p> <p>15 minutos</p>	<p>Laptop</p> <p>-Cañón</p> <p>Pantalla de proyección</p> <p>-Manuales de los participantes</p>

<p>Reflexión sobre la dinámica</p>	<p>“Huésped”, los huéspedes tendrán que salir a buscar una nueva casa y ante la palabra “terremoto” todos deberán conformarse de manera diferente.</p> <p>Se reflexionará en torno a lo que implica cambiar de posición en distintos momentos de la vida, así como el rol que se juega en distintas situaciones y contextos.</p>	<p>5 minutos</p>	
<p>Exposición magistral de los temas de la sesión y reflexión:</p> <p>Cambio y resistencia al cambio</p> <p>Actitudes</p> <p>Motivación y emoción en el trabajo,</p> <p>Pertenencia e identidad.</p> <p>Personalidad</p>	<p>El conductor expondrá los temas de esta sesión de manera dinámica y colaborativa. Esta sesión es medular para el grupo por lo que la propia exposición dará pauta a la reflexión y a la introspección de los miembros.</p>	<p>65 minutos</p>	
<p>Cierre</p>	<p>Se les encomendará la realización de la crónica para la semana siguiente.</p>	<p>5 minutos</p>	

Sesión 4: El conflicto psicológico

Objetivos: Generar en el grupo reflexión en torno a sus conflictos laborales cotidianos, cómo los generan y cuáles son las estrategias que utilizan para resolverlos.

Actividades a realizar durante la sesión	Descripción de las actividades y materiales a utilizar	Tiempo	Materiales didácticos y de apoyo
<p>Lectura de la crónica-bitácora de la sesión 3.</p> <p>Reflexión de la crónica</p> <p>Dinámica de grupo: "Ordenamiento sin palabras"</p>	<p>El equipo asignado leerá en voz alta la crónica de la sesión anterior.</p> <p>Se propondrá que el grupo genere reflexiones en torno a la crónica y cómo refleja vivencias diferentes en los miembros del grupo.</p> <p>Se les solicitará a los participantes que dejen de hablar y que para comunicarse utilicen cualquier otro medio menos la voz, después se les dará la consigna de según donde están sentados deben ordenarse en orden alfabético pero sin hablar. De lo contrario el grupo no podrá realizar la consigna.</p>	<p>5 minutos</p> <p>10 minutos</p> <p>10 minutos</p>	<p>Laptop</p> <p>-Cañón</p> <p>Pantalla de proyección</p> <p>-Manuales de los participantes</p>

Reflexión sobre la dinámica	Se generará reflexión en torno a la comunicación humana y los elementos que intervienen en ella para que el grupo reconozca cómo es su comunicación y cómo puede comunicarse efectivamente.	5 minutos	
Exposición magistral de los temas de la sesión y reflexión: El conflicto psicológico Relaciones y conflicto Alternativas para manejar el conflicto Situaciones conflictivas	El conductor expondrá los temas de esta sesión de manera dinámica y colaborativa.	30 minutos	
Psicodrama en el grupo	Se les dirá al grupo que se va a actuar una obra de teatro sobre la temática del conflicto, por lo que el grupo se dividirá en actores, espejos y público espectador. Todos contribuirán a determinar cuál será la temática.	30 minutos	
Reflexión en torno a la dinámica	Se generará reflexión en torno al conflicto y cómo cada uno de los miembros pueden ser elementos activos de conflicto. Se propondrán y discutirán ejercicios de reflexión.	15 minutos	

Cierre	Se les encomendará la realización de la crónica para la semana siguiente en un clima de confianza por la sesión y el trabajo realizado.	5 minutos	
--------	---	-----------	--

Sesión 5: Trabajo a través de grupos

Objetivos: Que el grupo trabaje en equipo para observar sus roles de participación y los traslapen a los roles que juegan en su espacio laboral y su vida cotidiana. Que reconozcan la importancia de la creación de sinergia y de un trabajo colaborativo.

Actividades a realizar durante la sesión	Descripción de las actividades y materiales a utilizar	Tiempo	Materiales didácticos y de apoyo
Lectura de la crónica-bitácora de la sesión 4.	El equipo asignado leerá en voz alta la crónica de la sesión anterior.	5 minutos	-Laptop -Cañón
Reflexión de la crónica	Se propondrá que el grupo genere reflexiones en torno a la crónica y cómo refleja vivencias diferentes en los miembros del grupo.	10 minutos	Pantalla de proyección -Manuales de los participantes -Cartulinas y cartoncillos
Dinámica de grupo: "El conflicto y el lugar que ocupo"	Se le pedirá al grupo que coloque dos filas de sillas de manera estrecha y que conformen dos subgrupos, los primeros estarán sentados y los segundos intentarán atravesar la senda de sillas y tendrán que buscar la mejor opción para lograr atravesar el "estrecho camino"	10 minutos	-Plumones
Reflexión sobre la dinámica	Se generará reflexión en torno a las estrategias de resolución de conflicto y cómo el lugar que cada uno ocupa en el conflicto, es clave para generar soluciones.	5 minutos	

<p>Exposición magistral de los temas de la sesión y reflexión:</p> <p>Introducción y definición de grupo</p> <p>Clasificación y características de los grupos</p> <p>¿Por qué trabajar en grupo?</p>	<p>El conductor expondrá los temas de esta sesión de manera dinámica y colaborativa.</p>	<p>30 minutos</p>	
<p>Trabajo grupal: Exposición sobre temas psicológicos</p>	<p>Se les solicitará que se conformen en equipos aleatorios para que a través de los medios que deseen, expongan los temas psicológicos que el conductor determine en función del discurso del grupo a lo largo de las sesiones.</p>	<p>30 minutos</p>	
<p>Reflexión sobre el trabajo realizado</p>	<p>Se propiciará la reflexión en torno a los temas que se expusieron y de nueva cuenta se hará hincapié en buscar estrategias de solución y afrontamiento.</p>	<p>10 minutos</p>	
<p>Cierre</p>	<p>Se les encomendará la realización de la crónica para la semana siguiente en un clima de confianza por la sesión y el trabajo realizado</p>	<p>5 minutos</p>	

Curso taller vivencial: *Fortaleciendo mi desempeño laboral cuidando mi salud psicológica*

Sesión 6: Aplicando lo aprendido y trabajado en mi vida y en el espacio laboral

Objetivos: Consolidar los objetivos “terapéutico-reflexivos” en el grupo, generar reflexión y metas para la consolidación de la salud psicológica.

Actividades a realizar durante la sesión	Descripción de las actividades y materiales a utilizar	Tiempo	Materiales didácticos y de apoyo
<p>Lectura de la crónica-bitácora de la sesión 5.</p> <p>Reflexión de la crónica</p> <p>Dinámica “Primera y última sesión”</p>	<p>El equipo asignado leerá en voz alta la crónica de la sesión anterior.</p> <p>Se propondrá que el grupo genere reflexiones en torno a la crónica y cómo refleja vivencias diferentes en los miembros del grupo.</p> <p>Se les pedirá a los miembros del grupo que ocupen la silla que ocuparon la primera sesión y reflexionen en torno a qué es lo que se ha movido en su vida a raíz de ser parte de este grupo para que así se den cuenta de que al cambiar su discurso, cambian su comportamiento.</p> <p>El conductor reflexionará en torno al proceso de grupo, propiciando la introspección y la</p>	<p>5 minutos</p> <p>10 minutos</p> <p>40 minutos</p>	<p>-Laptop</p> <p>-Cañón</p> <p>Pantalla de proyección</p> <p>-Manuales de los participantes</p> <p>-Hojas blancas</p> <p>-Lápices y plumas</p>

<p>Expresándome a través de la palabra</p>	<p>concientización de recursos psicológicos adquiridos.</p> <p>Se les solicitará que escriban sobre los efectos que el grupo ha tenido de manera individual y si alcanzan a notar cambios de comportamiento o transformaciones en su forma de integrar el mundo.</p>	<p>20 minutos</p>	
<p>Reflexión: Consolidación de metas</p>	<p>Se les solicitará a los miembros que resuelvan las interrogantes ¿Cómo consolidarán su salud psicológica en el espacio laboral? Y que cada uno se haga cargo de sí mismo y se haga responsable de lo que ocurre.</p>	<p>20 minutos</p>	
<p>Cierre</p>	<p>El conductor hará hincapié en la importancia del proceso grupal y retroalimentará al grupo.</p>	<p>15 minutos</p>	

Nombre _____ Edad _____ Subdirección en la que trabaja _____

Fecha _____ Antigüedad en la Institución: _____ Grupo del curso: _____

Instrucciones: A continuación se presentarán una serie de enunciados a los cuales debe responder considerando su forma de pensar, sentir y actuar en determinadas situaciones. Por favor responda de la manera más honesta posible. **NO HAY PREGUNTAS BUENAS NI MALAS. LA INFORMACIÓN VERTIDA EN ESTE CUESTIONARIO SE UTILIZARÁ SOLAMENTE CON FINES ESTADÍSTICOS Y ES COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL.** Marque con una X la respuesta que más se acerca a su forma de pensar, sentir y actuar.

ENUNCIADO	NUNCA	POCAS VECES AL AÑO O MENOS	UNA VEZ AL MES O MENOS.	POCAS VECES AL MES.	UNA VEZ A LA SEMANA.	VARIAS VECES A LA SEMANA	DIARIO
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.							
Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar.							
Comprendo fácilmente cómo se sienten las personas con las que trabajo.							

ENUNCIADO	NUNCA	POCAS VECES AL AÑO O MENOS	UNA VEZ AL MES O MENOS	POCAS VECES AL MES	UNA VEZ A LA SEMANA	VARIAS VECES A LA SEMANA	DIARIO
Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales.							
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.							
Trato muy efizcamente los problemas de mi área de trabajo.							
Me siento como “quemado (con malestar, agotado)” por mi trabajo.							
Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás.							
Me he vuelto más insensible con la gente desde que tengo este trabajo.							
Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.							
Me siento muy activo.							
Me siento frustrado en mi trabajo.							
Creo que estoy trabajando demasiado.							

ENUNCIADO	NUNCA	POCAS VECES AL AÑO O MENOS	UNA VEZ AL MES O MENOS	POCAS VECES AL MES	UNA VEZ A LA SEMANA	VARIAS VECES A LA SEMANA	DIARIO
Realmente no me preocupa lo que le ocurre a las personas con las que trabajo							
Trabajar directamente con las personas me produce estrés.							
Puedo crear una atmósfera relajada con las personas con las que trabajo							
Me siento estimulado después de trabajar con mis compañeros.							
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.							
Me siento acabado.							
En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
Siento que las personas con las que trabajo me culpan de sus problemas.							

Comentarios adicionales:
