

**“Sentido de Vida y Estrés Laboral en
trabajadores de la salud mental que asisten
pacientes drogodependientes. Estrategias
de Afrontamiento observadas.”**

Tesis Doctoral

Doctoranda

Lic. Mónica G. Valle

Director

Dr. Miguel A. Casella

Agradecimientos

Al Prof. Dr. Marcelo Rodríguez Ceberio, por su recorrido académico y gentil disposición.

Al Prof. Dr. Miguel A. Casella, por su guía y valiosa experiencia.

Al Prof. Dr. Roberto Kertész, por su trayectoria y espíritu entusiasta.

Al Prof. Dr. Oscar R. Oro, por la generosa transmisión de su saber.

Al Prof. Dr. Marcelo Di Grillo, por su pasión en la materia y estímulo permanente.

A la Lic. Beatriz Labrit, por despertar en mí el deseo de emprender este camino.

Al Prof. Lic. Edgardo Etchezahar, por su capacidad docente y colaboración.

A la Prof. Jimena Trippano, por su honestidad y compromiso.

A Jorge Grillo, por su solidaridad y responsabilidad.

A Roberto, por su gran apoyo y constante incentivo.

A mi familia, por su paciencia y comprensión, especialmente a Marcela por su estímulo.

A mis compañeros de trabajo y de Doctorado, por el empuje que siempre me han brindado.

	6.1. Análisis cuantitativo y cualitativo	
7	Conclusiones	184
8	Referencias	191
9	Anexos: Anexo I: Instrumentos de medición. Anexo II: Tablas. Anexo III: Entrevistas.	

Los anexos I, II y III se presentan en CD junto al cuerpo principal de la tesis.

El anexo I contiene los instrumentos de medición.

El anexo II contiene las tablas restantes analizadas cuyos resultados no son significativos.

El anexo III contiene las 22 entrevistas en profundidad transcritas.

1. Introducción

La inquietud que motivó la realización de esta investigación, surgió a partir de mis propias vivencias como profesional de la salud que atiende pacientes drogodependientes desde hace más de 20 años en la institución involucrada en este estudio. Asimismo, el observar en los profesionales y técnicos que se desempeñan en este centro, una gran vocación de servicio, a pesar de lo estresante que significa trabajar en una institución de salud mental y de lo frustrante que muchas veces se evidencia en la atención de las problemáticas adictivas.

Al transitar por los diferentes sectores de varios servicios a lo largo de los años, pude experimentar los obstáculos que surgen, al convivir con una serie de normas rígidas y planes estructurados, que dificultan el desempeño creativo profesional y técnico.

Partiendo de estos supuestos, considero que el trabajo institucional, conlleva una carga de estrés importante, para lo cual el sentido de vida aparece como una variable, que influiría previniendo, preservando y aliviando los síntomas asociados al mismo, en quienes asisten este tipo de problemáticas en organizaciones como la involucrada en este estudio.

Este centro especializado, cuenta con distintos servicios como ser: Consultorios Externos, Centro de Día, Internaciones, Guardia, Reinserción Social y Prevención. Fueron entrevistados profesionales de varias disciplinas y técnicos que asisten esta problemática, a saber: psicólogos, enfermeros, médicos psiquiatras, médicos clínicos, trabajadores sociales, musicoterapeutas, nutricionistas, operadores sociales y técnicos en general.

La problemática que se aborda en el mismo, conlleva una variedad de factores que caracterizan a la población asistida, como ser: marginalidad, violencia familiar y de género, exclusión social, alcoholismo y otras adicciones, tanto en pacientes como en miembros del entorno familiar, fundamentalmente, en alguno de sus progenitores, así como prostitución, abuso sexual y/o violaciones, abandono parental, necesidades básicas insatisfechas, carencias afectivas, explotación laboral, entre otros.

Por tales motivos y en mi experiencia personal, la asistencia que he podido brindar a tantos padecimientos, relacionados no sólo al consumo de sustancias, sino a toda una gama de problemáticas psicosociales y familiares, me ha confrontado en muchas ocasiones con la pregunta: ¿es posible pensar en la recuperación de estos pacientes inmersos en un entorno marginal y violento tan complejo? La pregunta surge al encontrarme con los mismos pacientes desde los primeros años de mi desempeño en el centro, que van y vienen en forma sistemática, luego de externaciones por altas y posteriores reincidencias, como por abandonos de tratamientos.

Desde esta perspectiva, surge el interrogante que orienta el deseo de realizar el presente trabajo. ¿Cuáles son los intereses que motivan a los profesionales y técnicos que se desempeñan en este centro, para elegir desarrollar allí su vocación laboral? ¿Qué los mantiene entusiasmados para continuar eligiendo este lugar, a pesar de los constantes tropiezos con los que se encuentran en la cotidianidad de normativas rígidas que limitan y condicionan su creatividad?

¿Es acaso el sentido de vida que encuentran dichos agentes de salud, en parte en el ejercicio de su labor, el motor que alimenta y sostiene su elección vocacional, superando las frustraciones inherentes a las problemáticas que asisten? ¿Es también el sentido de vida lo que convoca a

continuar en dicha institución y lo que los protege al tener que convivir con el estrés propio de este tipo de organizaciones y patologías tratadas?

Todos estos interrogantes son los que dieron el puntapié inicial, despertando mi inquietud para proceder a la realización de la presente investigación. La misma se propone analizar la relación entre el sentido de vida, concepto tomado del Análisis Existencial y la presencia de estrés en trabajadores de la salud mental que asisten pacientes drogodependientes.

Como otra variable de interés por su relación con la presencia de síntomas de estrés, se observan y describen las estrategias de afrontamiento, destacándose las más significativas según los resultados aportados por el análisis cuantitativo. Las mismas se definen como un proceso por el cual una persona pone en juego aspectos cognitivos-conductuales, recursos personales y sociales para enfrentar las situaciones que percibe como exigencias y que desafían sus capacidades. Su importancia radica en que por una parte, podrían ser neutralizadoras de la experiencia estresante, al buscar modificar la actitud y posición psicológica del sujeto, para atenuar los estímulos negativos percibidos. Por otra parte, al representar esquemas mentales intencionales de respuestas, podrían atemperar las demandas internas y ambientales.

Se partió del marco conceptual tomado desde la Psicología Existencial, para lo cual se ha considerado relevante destacar el basamento filosófico que ubica al hombre como un ser bio-psico-socio-espiritual, lo cual posibilita desde la visión antropológica, tener un punto de referencia para comprender las problemáticas relacionadas a la cotidianidad del mismo, así como también a las posibilidades y recursos personales para afrontar tales cuestiones. Por lo cual, esta visión antropológica orienta el proceso y perspectiva para el posterior desarrollo de la investigación.

A partir de esta conceptualización filosófica, también se consideró el aporte que representa el concepto de sentido de vida, como una posibilidad de sobrellevar y contrarrestar los efectos estresantes que trae aparejado el trabajo institucional, sobre todo en la atención de patologías psico-sociales graves, como son las adicciones.

Para fundamentar el trabajo, se ha tomado como basamento del Estrés el marco teórico aportado por los autores Selye (1936), Lazarus y Folkman (1993) y Kertész (2006). Mientras que en lo que concierne a la temática del Sentido de Vida, se ha tomado como basamento el marco teórico aportado por Frankl (1995).

Se considera que tanto en las áreas biológica, psicológica, social como espiritual, la concepción de hombre no permanece rígida e inamovible, sino que por el contrario, el mismo atraviesa por cambios en cada una de esas áreas, al ritmo de los cambios generacionales, culturales, sociales, políticos y económicos.

Justamente, resulta relevante la influencia de estos cambios y transmutaciones que sufren las sociedades y particularmente los ámbitos laborales, los cuales están en permanente transformación, dadas las características que competen a una sociedad atravesada por el consumo, por la competitividad, por el abuso de autoridad, por la pérdida de la singularidad, por las exigencias laborales y por la poca creatividad que condiciona a los trabajadores que se desempeñan en las instituciones..

Esto amerita por lo tanto pensar la idea de hombre desde las áreas mencionadas, sujeto a los grandes cambios a los cuales se hace referencia, por lo cual es una idea en constante movimiento.

A saber:

- Desde el área biológica, las transformaciones que se observan con el travestismo y que en muchos casos conllevan cambios en los órganos sexuales. En otros casos, el uso de tatuajes deja marcas que modifican la imagen del cuerpo biológico a nivel visual y la práctica de cirugías estéticas, que producen transformaciones en la fisonomía y totalidad del cuerpo.
- Desde el área psicológica, las patologías actuales que aparecen muy asociadas a las crisis familiares, laborales, sociales, políticas y económicas, favorecen el desencadenamiento de una variedad de síntomas que condicionan la vida del hombre, al requerir en muchos de los casos diferentes tipos de tratamientos terapéuticos, clínicos, psicofarmacológicos y terapias alternativas. Algunas de ellas son las fobias sociales, las adicciones, los trastornos alimentarios, los trastornos psiquiátricos, enfermedades psicosomáticas, las cuales aparecen, de un modo muy representativo, vinculados a la sociedad actual.
- Desde el área social, todo aquello relacionado a la sociedad de consumo, que predispone al hombre a la búsqueda insaciable de objetos materiales para su satisfacción y bienestar; los cambios en los canales de comunicación que, por un lado, están favorecidos por el avance de la tecnología pero, por otro lado, coartan la posibilidad del encuentro cara a cara y coartan el diálogo entre los miembros de una familia, quienes se encuentran conectados en forma individualista a algún aparato electrónico.
- Desde el área espiritual, y muy asociado a los criterios del sentido de vida, la búsqueda de identidad y de pertenencia promueven diferentes ramas. Por un lado, las propuestas orientales que inducen a la práctica de la meditación y una gran variedad de filosofías en las que además, se involucra el cuerpo a través del ejercicio físico. Mientras que por otro lado, aparecen propuestas vinculadas a prácticas religiosas que se van ramificando con diferentes nominaciones. Dichos aspectos de esta área remite al concepto de la búsqueda

del sentido de vida, ya que frente a las crisis sociales y laborales, el hombre intenta llenar su vacío existencial a través de estas propuestas.

Por todo lo expuesto, la idea de hombre es lógico pensarla como sujeta a permanentes cambios, los cuales pueden ser beneficiosos, no sólo para adaptarse a los mismos, sino para propender hacia un mayor desarrollo de las capacidades personales y existenciales.

Los autores Carrasco González, de la Corte y León Rubio, en el año 2010 plantearon que las investigaciones que se realizaron con la temática del estrés focalizaron su atención en analizar aquellos factores que tienen incidencia sobre la salud psicofísica, tanto a nivel personal como laboral, lo cual se orientó a destacar los aspectos negativos del síndrome. Esto es lo relacionado a enfermedades, síntomas, factores de riesgo, situaciones problemáticas y conflictivas laborales, problemas con la autoridad, mobbing, burnout, acoso laboral, datos epidemiológicos y orígenes de los malestares asociados a las patologías actuales. Por otra parte, otras investigaciones también se han orientado a destacar aquellos factores relacionados a los cambios generacionales y transculturales que desencadenan enfermedades asociadas al estrés en diferentes grupos etáreos.

Dichos autores sin embargo, pusieron su interés en investigaciones recientes que toman desde un enfoque positivo, factores protectores del bienestar en los trabajadores, tanto a nivel profesional como a nivel personal, explicando las razones por las cuales muchos de ellos mantienen una gran energía positiva en el desempeño de sus tareas. Asimismo, pusieron su interés en destacar las razones por las cuales los trabajadores también mantienen una importante motivación en sus tareas, a pesar de los conflictos organizacionales.

Resulta motivante esta línea de investigación, ya que tiene relación directa con el propósito del presente trabajo, el cual está orientado a verificar si esta energía positiva que mantiene a los

trabajadores de este centro de salud entusiasmados en sus funciones, está vinculado al desarrollo de su vocación por la tarea, al sentido de vida que encuentran en la misma en la atención de pacientes drogodependientes y en el desarrollo de otras actividades relacionadas a sus áreas vitales. En este sentido, y cargados de esta energía positiva, podrían atravesar de un modo menos nocivo las situaciones estresantes y en muchos casos, hasta prevenir los síntomas asociados a este síndrome. Por lo tanto, el interés se focalizó en estudiar la relación que existe entre el sentido de vida y el estrés laboral en esta población.

Asimismo, Carrasco González, de la Corte y León Rubio (2010) toman la importancia del concepto de engagement de la Psicología Positiva, el cual hace referencia a un alto monto de energía positiva y una gran identificación con el trabajo, como concepto relevante para la interpretación de estos fenómenos y la prevención del estrés. Dicho concepto, podría resultar fundamental para la comprensión y el estudio de los factores estresores que, en el análisis transaccional del estrés, favorecería la conceptualización del estrés positivo o eustrés.

Teniendo en cuenta que el engagement es interpretado como indicador de identificación y motivación intrínseca por el trabajo, es posible que el concepto de sentido de vida proveniente del Análisis Existencial, sea adecuado para evaluar la capacidad de las personas en sostener esa motivación e identificación con la tarea que realizan, aún ante la presencia de factores estresores en la organización y el entorno laboral.

1.1. Definición del problema

1.1.1. Tema central de la investigación y problemas.

¿Cuál es la prevalencia del estrés en profesionales de la salud y técnicos que trabajan con pacientes de un centro especializado en drogodependencia?

¿Cuáles son los factores estresores más importantes percibidos por los profesionales y técnicos en el marco del desempeño de su labor?

¿Cuál es el grado de desarrollo de las capacidades personales y existenciales relacionadas con el proceso de descubrimiento del sentido de vida de los profesionales de la salud y técnicos que trabajan con pacientes de un centro especializado en drogodependencia?

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento observadas en profesionales de la salud y técnicos que trabajan con pacientes de un centro especializado en drogodependencia?

¿Existe relación entre las estrategias de afrontamiento observadas en los profesionales y técnicos y la presencia de síntomas de estrés?

¿Existe relación entre el grado de desarrollo de las capacidades personales y existenciales relacionadas con el proceso de descubrimiento del sentido de la vida de los profesionales y técnicos y la presencia de síntomas de estrés?

1.1.2. Justificación.

El estrés es considerado un fenómeno de importancia en el campo de la salud mental y como tal, ha sido investigado a nivel mundial desde hace ya muchos años con distintas poblaciones de

trabajadores y entre ellas, ha recibido especial atención la constituida por los profesionales de la salud.

El presente estudio apunta a establecer las especificidades que el estrés adopta entre los profesionales y técnicos de la salud, que trabajan con pacientes en recuperación por drogodependencia. Esto resulta de fundamental importancia ya que esta población se encuentra expuesta a situaciones potencialmente estresantes debido a las condiciones en que desarrollan su actividad y en el caso específico analizado, a las características de la población asistida.

Aun cuando el estrés ha sido originariamente enfocado desde lo biológico, el componente psicológico ha demostrado ser de vital importancia para comprender el fenómeno. En este caso, el análisis de los síntomas de estrés se realiza aplicando el enfoque multimodal, lo cual implica una visión que va más allá de la respuesta biológica para evaluar otros aspectos relevantes como el anímico, el cognitivo, el conductual y el social. Se espera de esta manera, ampliar el conocimiento acerca de los beneficios que aporta el descubrimiento del sentido de la vida, para sobrellevar el trabajo vinculado a problemáticas graves, dentro de los ámbitos y circunstancias en las cuales surge el estrés.

Por otra parte, los resultados del presente estudio pueden ser de utilidad en el ámbito de las organizaciones que trabajan en salud, para sobrellevar el estrés laboral, promoviendo una mejor calidad de vida, a través del descubrimiento del sentido de la vida.

La consideración del concepto de estrategias de afrontamiento, tiene el propósito de reconocer las más significativas dentro de las utilizadas por esta población, según los datos arrojados por el análisis cuantitativo.

2. Marco teórico

2.1. Basamento filosófico del análisis existencial

Abordar el desarrollo de la visión antropológica posibilita conocer cuál es la concepción de persona desde la que se parte para el desarrollo de la presente investigación.

En tal sentido, se plantea como base el Existencialismo, el cual surge en el siglo XIX como una corriente filosófica centrada en el análisis de la condición de la existencia humana, la libertad y la responsabilidad individual, las emociones, así como el sentido de la vida. Esta postura filosófica ya no se centra como en épocas anteriores, en el hombre como concepto universal, sino en el ser particular que se encuentra en un lugar del espacio y el tiempo, inmerso en sus circunstancias.

Uno de sus postulados fundamentales es que en el ser humano "... la esencia de un existente no es ya una virtud enraizada en la profundidad de ese existente: es la ley manifiesta que preside a la sucesión de sus apariciones..." (Sartre, 1966, p.5), es decir que no hay una naturaleza humana que determine a los individuos, sino que son sus actos los que determinan quiénes son, así como el significado de sus vidas.

El existencialismo defiende que el individuo es libre y totalmente responsable de sus actos. Esto incita en el ser humano la creación de una ética de la responsabilidad individual, apartada de cualquier sistema de creencias externo a él.

Para los existencialistas, el hombre es una realidad completa inacabada, con conciencia y libertad, cuyo destino es construirse a sí mismo y realizarse, personal y profesionalmente en medio de múltiples contradicciones de su propia experiencia, lo que le engendra la incertidumbre

y la angustia frente a lo absurdo, al fracaso, lo misterioso y lo inexplicable de su propia existencia.

Del existencialismo se toman pensamientos que aportan antecesores como Kierkegaard (1979) y Nietzsche (1984) entre otros; y del siglo XX, algunos de los filósofos más representativos de esta corriente como son: Heidegger, Jaspers, Sartre, De Beauvoir y Frankl.

El análisis que realiza Nietzsche (1984) acerca del pensamiento y la cultura occidentales, lo llevará a constatar la muerte de Dios. Dios había sido la guía en el camino del hombre, el cual lo ha ido matando sin darse cuenta, expulsándolo poco a poco de su pensamiento y de su cultura. Al descubrir la muerte de Dios, el hombre queda desorientado, su vida pierde el sentido.

La muerte de Dios constituye en realidad, la muerte del monoteísmo cristiano y de la doctrina metafísica, para quienes sólo hay un Dios y una verdad. Al tomar conciencia de esta situación, el hombre sustituye a ese único Dios por variados dioses, que sostienen múltiples verdades, en un intento desesperado por salvar los valores asociados a esa imagen de Dios. Es así que se produce un cambio en la concepción de los valores, los cuales carentes de fundamentación, serán negados. De este modo, el hombre negador de los valores tradicionales accede al nihilismo.

El nihilismo representa el proceso que se ocupa de analizar la negación de esos valores tradicionales el cual se expresa en tres momentos: el nihilismo como resultado de la negación de todos los valores vigentes, producto de la duda y la desorientación; como autoafirmación de esa negación inicial, lo cual supone una reflexión de la razón; y la intuición como punto de partida de nuevos valores opuestos a los vigentes.

Esta es la base sobre la que ha de construirse, según Nietzsche (1984), la nueva filosofía. El hombre provoca en primer lugar la muerte de Dios, sin darse cuenta conscientemente de ello. En

segundo lugar, el hombre toma conciencia de la muerte de Dios y se hace responsable de ella, dando lugar al poder de la voluntad y a la creatividad, al dar paso a un nuevo héroe en quien manifestar sus creencias.

Para Nietzsche (1984), la voluntad es la verdadera esencia de la realidad, la cual no es estática, permanente e inmutable, sino multiforme y cambiante. La realidad es devenir, cambio, y no está sometida a otra determinación que a la de su propio querer. Y el querer de la voluntad, al igual que el de todo lo real, es un querer libre que rechaza toda determinación ajena a su propio devenir. La voluntad, el querer, no se somete a lo querido, sino que se sobrepone a todos sus posibles objetos. Se trata de una voluntad libre y absoluta a la que Nietzsche denomina ‘voluntad de poder’: es una voluntad vital, expansiva, dominante, una voluntad que se engendra a sí misma y que quiere su propio querer. (Nietzsche, 1984).

Todo esto conlleva un nuevo modo de entender al hombre, una nueva antropología. El hombre actual será sustituido por el ‘superhombre’, el cual afirmará nuevos valores para construirse a sí mismo y para guiar su vida. “...Mas ahora, ese Dios ha muerto. Y ante la plebe, nosotros no queremos ser iguales. (...) Ahora es cuando gira la montaña del futuro humano. Dios ha muerto: ahora nosotros queremos que viva el superhombre...” (Nietzsche, 1972, p.177)

El superhombre aparece cuando se le da muerte a Dios, para ocupar el lugar de las creencias y de la fe en alguien todopoderoso, el cual rechaza la moral de los esclavos –humildad, prudencia, castidad, obediencia- y la conducta grupal o en masa, creando nuevos valores como la valentía, el poder, la rebeldía. El superhombre es en síntesis, un espíritu libre que decide por sí mismo y actúa solo, sin seguir la corriente.

Mientras que el hombre que creía en Dios, el esclavo, el que obedecía, es un ser domesticado; el superhombre es un ser libre, superior, autónomo, un animal que posee sus propios instintos, los comprende y los desarrolla en la voluntad de poder. Para alcanzar este estadio, este hombre experimenta una triple transformación de su espíritu: de camello -animal sumiso- se convertirá en león -símbolo de la negación de todos los valores-, y de león en niño -símbolo del superhombre que conquista la auténtica libertad-.

Este superhombre es heroico, nunca deja de crecer, y nunca se aferra ni se apega a nada; este es el lema de todo superhombre según Nietzsche (1984), quien afirma:

“...No quedar adherido a ninguna persona, aunque sea la más amada; toda persona es una cárcel, y también un rincón... No quedar adherido a ninguna compasión; aunque se dirija a hombres superiores, en cuyo raro martirio y desamparo, un azar ha hecho que fijemos la mirada. No quedar adherido a ninguna ciencia, aunque nos atraiga hacia sí con los descubrimientos más preciosos... No quedar adheridos a nuestras propias virtudes... Hay que saber reservarse; ésta es la fuerte prueba de independencia...” (p.18)

Según refiere Nietzsche (1984), el superhombre defiende la desigualdad, la jerarquía, el cambio, el experimento y el riesgo frente a la igualdad y la seguridad, que serían valores propios de la moral del rebaño, una moral de esclavos, representada fundamentalmente por el cristianismo.

“...Nietzsche repudiaba el bien común. Consideraba que la expresión se contradice a sí misma: lo que puede ser común tiene siempre poco valor. Si es común, no es bien. Si es bien, no es común. Solamente es bueno para mí. (...) Nietzsche siempre fue el

disgregador de todo sistema. Por eso postula que la moral es una cárcel para inválidos, para esclavos; la moral pertenece a las masas...” (Barylko, 2004, p.223).

Sin embargo, Nietzsche (1984) no se burlaba de la moral del pueblo. Sólo exigía un programa de vida que disolviera las masas y produjera individuos superiores. El individuo superior es aquel que se exige a sí mismo, aquel que piensa todos los días, el que se libera de las rutinas, el que muere y renace a cada instante, el ser heroico a causa de su superioridad, no sobre los demás, sino superior a sí mismo.

Por lo cual el sentido de la vida de Nietzsche (2004) sería la propia voluntad, la posibilidad de todo hombre de ser libre y responsable de sus actos, sin atarse a la opinión de los demás. “...El vigor animal no se ha hecho nunca en él lo bastante grande para alcanzar aquella libertad desbordante que penetra hasta lo más espiritual y en la que alguien conoce: esto sólo yo puedo hacerlo...” (Nietzsche, 2004, p. 14)

Al defender la libertad y la capacidad para tomar decisiones, Nietzsche (2004) rechaza la moral de las masas, porque reconoce como negativos los valores de la obediencia y la sumisión. “...En una transvaloración de todos los valores, en el desvincularse de todos los valores morales, en un decir sí y tener confianza en todo lo que hasta ahora ha sido prohibido, despreciado, maldecido...” (Nietzsche, 2004, p. 37)

También Kierkegaard (1979) sostenía que para amar a Dios había que abandonar la moral de las masas. Ambos, Kierkegaard y Nietzsche, coincidían en que la afirmación del individuo es la negación de la moral. Kierkegaard (1979) entendía que la verdad está en el individuo y la falsedad, en las masas, en la sociedad, en hacer lo que los demás esperan de uno mismo, puesto que el seguir a la multitud se convierte en una excusa para no mostrarse tal cual es.

“...La ruta de las multitudes es siempre amplia. Es ahí donde se encuentran los tentadores lugares propios de la evasión y que nos ocultan. Allí, la comparación acaricia con su aire refrescante. Pero es un camino que no guía a la vida...” (Kierkegaard, 1979, p.210).

El camino que lleva a la vida, según Kierkegaard (1979) es el del individuo, ser uno mismo; aunque es más arduo, porque implica una reflexión o un heroísmo -como expresa Nietzsche (1984)-.

En cuanto al sentido de la vida, Kierkegaard (1979) sugiere buscarlo en el interior, y su significado implica concentrarse en una sola ‘cosa’. Es decir que, entre todas las posibilidades que el hombre tiene en la vida, lo ideal sería luchar por conseguir una, la cual será su sentido verdadero. Para descubrirlo, el hombre tendría que adentrarse a las profundidades de uno mismo y reflexionar acerca de la dirección que le da a su vida.

“...Únicamente si, de tiempo en tiempo, el hombre se detiene en su andar hacia adelante, y de nuevo se detiene, después de recomenzar, solamente entonces puede quererse una sola cosa. Porque la pureza del corazón es querer una sola cosa...” (Kierkegaard, 1979, p.216).

En contra de la tradición filosófica, que sostiene que el bien ético más alto es universal, es decir compartido por todos, Kierkegaard al igual que Nietzsche, afirmaba que el bien más alto para el individuo es encontrar su propia vocación. Kierkegaard (1979) decía: “Debo encontrar una verdad que sea verdadera para mí... la idea por la que pueda vivir o morir” (p.208).

Esta idea se asocia a que uno debe escoger su propio camino sin la ayuda de normas o criterios universales u objetivos; se ha llamado a esta posición individualismo moral. Para Kierkegaard (1979), hay una estrecha relación entre verdad y experiencia, por lo cual se debería abandonar la

idea de que la filosofía es una especie de ciencia exacta y pura, porque ésta es influida por la experiencia personal y el actuar de acuerdo con convicciones propias, lo cual es esencial para llegar a la verdad.

Mientras tanto Heidegger (1951) se ocupa de estudiar cuestiones más profundas, como el problema del ser. Según Heidegger (1951), el hombre es un ente en constante contradicción, que busca problematizar porque todavía no se conoce a sí mismo y necesita contemplar su ser y aprehenderlo antes de ir en búsqueda del sentido de su vida.

Heidegger (1951) llamó 'Dasein' al ser del hombre. Este término alemán significa existencia, pero Heidegger lo utilizó en función de su etimología: 'ser-ahí', para expresar que el ser del hombre es el ámbito donde ese ser se despliega y manifiesta. "...El Dasein se comprende siempre a sí mismo desde su existencia, desde una posibilidad de sí mismo: de ser sí mismo o de no serlo..." (Heidegger, 1951, p.23). El Dasein representa el verdadero ser y es un ser-en-el-mundo, porque se proyecta en las posibilidades que tiene ante sí mismo. Las resoluciones que tomamos a partir de esas posibilidades definen lo que el hombre es y el sentido de las cosas con las que se involucra constantemente.

Además, este ser-en-el-mundo es siempre un ser-con-los-otros, puesto que se relaciona con otras personas. "...El compromiso en común con una misma causa se decide desde la existencia [Dasein] expresamente asumida. Sólo esta auténtica solidaridad hace posible un tal sentido de las cosas, que deje al otro en libertad para ser él mismo..." (Heidegger, 1951, p.127)

El hombre es consciente de que viene de la nada, y está siempre flotando en la nada, lo cual le genera angustia, ya que se revela como finito, como inmortal. Heidegger (1951) expresa que si lo propio de la condición humana es la mortalidad, lo impropio es pretender negarla, y esa negación

produce un acercamiento a la trivialidad y a la vida impersonal. "...La finitud, cuando es asumida, sustrae a la existencia de la infinita multiplicidad de posibilidades de bienestar, facilidad, huida de responsabilidades, que inmediatamente se ofrecen, y lleva al Dasein a la simplicidad de su destino..." (Heidegger, 1951, p. 370)

Esta acción de elegir las distintas posibilidades que nos ofrece el mundo, es lo que Heidegger (1951) llama libertad. El hombre es una posibilidad de la libertad, ya que la libertad es lo que hace posible al hombre en cuanto tiene la capacidad de elegir y hacerse responsable de sus actos. La libertad en sentido negativo, como libertad de, equivale a liberación. La libertad en sentido positivo, como libertad para, es la posibilidad de atarse a algo diferente a los entes. La libertad es el fundamento de la relación del hombre con el ser, según refiere el autor.

Según el pensamiento de Heidegger (1951), la búsqueda de la libertad y la relación del hombre con su ser es la base del descubrimiento del sentido de la vida. Este sentido está en el ser más profundo y complejo del hombre, y se descubre entablando una relación con su propia interioridad. Al darse cuenta el hombre de su finitud, podría luchar contra lo impersonal que le presenta la vida de relación y comenzar con la búsqueda de ese sentido que lo ayude a superar la angustia. "...Cuando, dentro de esta orientación ontológica, el cuestionamiento es 'crítico', lo único que inmediatamente encuentra como ente que está –ahí con certeza es una pura interioridad..." (Heidegger, 1951, p.206)

Lo mismo que para Heidegger (1951), también para Jaspers (2003), el rasgo sobresaliente y característico de la existencia, y con ella la del sentido de la vida, es el ser siempre una existencia en el mundo, porque ésta es búsqueda del ser, y se logra considerándose a sí mismo como una realidad objetiva –Dasein-, como un elemento más del mundo.

Jaspers (2003) le da importancia a la dimensión subjetiva. Esta dimensión del ser persona, plantea cuestiones fundamentales, como la trascendencia. “La vida es una polémica con el mundo, que llamamos realidad, es lucha, acción, formación, es frustración en él, es adaptación a él, es aprehensión y saber acerca de él” (Jaspers, 2006, p. 367). Esta capacidad de trascender que propone Jaspers (2003) logra que el hombre se despierte y se haga consciente de sí mismo, por lo cual, comienza a preguntarse acerca de su ser y de su relación con el mundo.

Jaspers (2003) considera que cuando el hombre realiza la pregunta sobre el ser, se está preguntando: ¿Quién soy yo?, ¿Qué quiero?, ¿Cómo me encuentro en el mundo? De esta forma, se encuentra el hombre caminando hacia el descubrimiento del sentido, en una reflexión sobre sí mismo y sobre el mundo. Jaspers (2003) afirma que a partir de estas preguntas comienza la vida del auténtico hombre, ya que antes de la problematización, es un hombre como posibilidad, como potencialidad.

El despertar del ser humano, que se vuelve consciente de sí mismo, es lo que permanece más allá de toda ciencia y de todo hacer, es también la conciencia del ser no verdadero y la búsqueda del ser-sí-mismo, según refiere el autor.

“...Nos arriesgamos a afirmar: la filosofía no puede dejar de existir mientras haya hombres. La filosofía sostiene la pretensión de captar el sentido de la vida más allá de todos los fines del mundo...” (Jaspers, 2003, p.157-158).

El autor propone que el ser humano abarca tanto el espíritu como la razón y la existencia, por lo tanto, es una posibilidad abierta, no terminada. Se realiza en determinadas manifestaciones, acciones e ideas. El hombre no se convierte en objeto de conocimiento, sino que el conocimiento se efectúa sobre factores particulares de la realidad y la realidad del hombre no es definitiva.

Ningún hombre es totalmente abarcable, no se puede efectuar un juicio definitivo; es inagotable y enigmático, por lo cual, la teoría debe ajustarse a cada realidad. Se sostiene que el hombre se descubre todos los días, en sus múltiples elecciones y los diversos caminos que lo llevarán al descubrimiento de su sentido de la vida (Jaspers, 2003).

También sostiene esta postura Sartre (1989), quien parte del establecimiento de dos ámbitos del mundo del ser: el ser en sí y el ser para sí. El ser en sí es aquel en que no ha penetrado la razón y la separación que la ciencia introduce, es la materia, lo inerte. En cambio, el ser para sí está siempre haciéndose, el hombre se va construyendo por medio de su experiencia y del despliegue de su libertad. De esta manera, el ser humano está inventándose permanentemente en base a sus sucesivas elecciones. (Sartre, 1989).

Sin embargo, existe lo que Sartre (1989) denomina ‘mala conciencia’, que es esa situación en la cual la conciencia no sólo se identifica con su trabajo, con su obra, sino que al presentarse ante sí misma como un objeto más en el mundo, trata de evadirse de la responsabilidad de elegirse en cada momento.

La libertad pertenece a la estructura misma de la conciencia. Sartre (1989) expresa que se está condenado a ser libre, ya que no se puede dejar de elegir y, por lo tanto, de estar expuesto al fracaso frente al mundo y con los demás hombres.

Todas esas elecciones son dirigidas por una proyección del yo ideal. De esta manera, el hombre se proyecta hacia lo que será. Ser hombre, según Sartre (1989), es tender a ser Dios, porque el hombre es fundamentalmente deseo de ser Dios. La libertad de elección se exterioriza en la acción y en el significado que adquiere integrarse a un proyecto que tiene un sentido personal.

A su vez Sartre (1989) concibe la existencia humana como existencia consciente. El ser del hombre se distingue del ser de la cosa porque es consciente. La existencia humana es un fenómeno subjetivo, en el sentido de que es conciencia del mundo y conciencia de sí. En este punto, se diferencia de Heidegger (1951) quien deja fuera de juego a la conciencia, objetivándola.

“...El hombre es el único que no sólo es tal como él se concibe, sino tal como él se quiere, y como se concibe después de la existencia, como se quiere después de este impulso hacia la existencia; el hombre no es otra cosa que lo que él se hace. Éste es el primer principio del existencialismo...” (Sartre, 1989, p.21)

Sartre (1989) expresa que en el ser humano, ‘la existencia precede a la esencia’, contrariamente a lo que se había creído en la filosofía precedente. Así es que da un famoso ejemplo: si un artesano quiere realizar una obra, primero la piensa, la construye en su cabeza: esa prefiguración será la esencia de lo que se construirá, que luego tendrá existencia. “...Nuestra esencia, aquello que nos definirá, es lo que construiremos nosotros mismos mediante nuestros actos...” (Sartre, 1989, p.22), actos que son ineludibles: no actuar es un acto en sí mismo, puesto que nuestra libertad no es algo que pueda ser dejado de lado: ser es ser libres como proyecto.

De este modo para Sartre (1989), el sentido de la vida sería el proyecto que visualizan los hombres para adentrarse en los misterios de la vida y para construirse como ser para sí mismo.

El existencialismo se convierte en una corriente capaz de superar las viejas ideas para descubrir la auténtica libertad. Al respecto De Beauvoir (1956), expresa:

“...El hombre no es ni una piedra ni una planta, y no puede justificarse a sí mismo por su mera presencia en el mundo. El hombre es hombre sólo por su negación a permanecer

pasivo, por el impulso que lo proyecta desde el presente hacia el futuro y lo dirige hacia cosas con el propósito de dominarlas y darles forma.” (p.62)

De Beauvoir (1956) rechaza las teorías éticas que buscan la consolación del hombre; la moral, según la autora, debe ser individualista, otorgando al individuo el poder absoluto para fundamentar su propia existencia desde su libertad de elección.

Al igual que Sartre (1989), De Beauvoir (1956) expresa que el hombre es libre porque es un ser-para-sí, tiene conciencia, no es un ser ‘petrificado’ en sí mismo, sino trascendencia y proyecto. La libertad obliga al ser humano a realizarse y a hacerse. Cada persona se desarrolla estableciendo sus propios fines desde su libertad, sin necesidad de apoyarlos en significaciones o validaciones externas. Las metas de nuestras acciones son establecidas como fines a través de nuestra propia libertad.

El hombre tiene que asumir la libertad de elección con la responsabilidad que conlleva; sus proyectos deben surgir de la espontaneidad individual y no de cualquier tipo de autoridad externa. Esto conduce a De Beauvoir (1956) a rechazar el concepto cristiano de Dios o entidades abstractas como humanidad o ciencia, que suponen la renuncia individual de la libertad.

De aquí se concluye que las acciones del hombre deberían asumir el riesgo y la incertidumbre que conlleva todo proyecto; también sería conveniente que sus acciones tuvieran en cuenta a los otros. De Beauvoir (1956) postula la necesidad de mirar al otro como eje de la propia libertad, porque sin los otros el hombre no podría ser libre.

De Beauvoir (1956) acepta la moral individualista, reconociendo en el individuo el poder para fundamentar su propia existencia. La filosofía moral de Sartre (1989) y la de De Beauvoir (1956) hace suya la contradicción, la ambivalencia, la ambigüedad. La posición de De Beauvoir (1956),

respecto al nihilismo, muestra que el individuo no puede negar los valores que le inculcaron en la infancia, ya que éstos están para formarnos como personas diferentes al resto. De igual forma, cada individuo trabajará con estos valores a su manera, de acuerdo a sus potencialidades y a sus objetivos.

De acuerdo a lo que refiere la autora, el hombre no es resultado únicamente de sus condiciones biológicas, psicológicas o sociales, sino que manifiesta también su espiritualidad, en la condición de ser libre, de elegir, de transformarse, de trascender. El hombre puede trascenderse a sí mismo porque es un ser autotrascendente, y aquí es donde surge su parte espiritual.

Por lo tanto, el hombre es tomado en este trabajo como una integración bio-psico-socio-espiritual que no ha de concebirse en porciones o segmentos aislados. Se es hombre en las cuatro dimensiones y sólo desde esta perspectiva puede pensarse la existencia del hombre desde el existencialismo.

2.1.1. Análisis existencial. La búsqueda del sentido de la vida como superador del estrés laboral.

El crecimiento espiritual es relevante en la vida de todo individuo. Como expresa Sartre (1966), el ser humano no puede llevar adelante su existencia sin un horizonte, puesto que sólo éste dará sentido a su presente, si no la vida pasa a ser un transcurrir de vacío y falta de sentido. “...Realizo un proyecto en tanto que le doy el ser, pero realizo también mi situación en tanto que la vivo, que la hago ser con mi ser...” (Sartre, 1966, p.119)

Desde una concepción humanista-existencial, Adler (1985) considera que desde niño, el hombre buscará conquistar su independencia y rebeldía, ya que por este camino, podrá garantizar la seguridad de sus actos. “...El niño ha hallado un sentido de la vida, al cual tiende a ajustarse y cuyos vagos contornos ya está moldeando...” (Adler, 1985, p.58)

Por su parte, Frankl (2002) aporta el concepto de ‘persona’ como un tránsito entre lo espiritual como esencial al hombre y la unidad como lo constitutivo y lo constituyente del hombre. Frankl (2002) busca en el hombre un centro y una raíz que otorgue consistencia ontológica a la espiritualidad humana. Porque la dimensión espiritual, fuera del hombre, no adquiere realidad ni consistencia ontológica por sí misma. Es preciso encontrar aquello que explique al hombre no sólo en su espiritualidad sino, y fundamentalmente, en su unidad y totalidad; es preciso encontrar el fondo de todas sus acciones, tanto de las biológicas, psicológicas y sociales, como de las espirituales. En definitiva, encontrar el centro originario y originante de los actos humanos (Frankl, 2002).

La persona es un ‘in-dividuum’ (Frankl, 1983). El concepto de individuo reclama la unidad; por lo tanto, la persona no admite subdivisión, escisión. Pero la persona no se define

exclusivamente por su unidad, sino por su unidad como totalidad. Es, al mismo tiempo, unidad y totalidad indivisible. Cada uno es absolutamente un ser nuevo, original y se manifiesta como un valor único e irrepetible. “...No afirmamos en modo alguno que el hombre esté «compuesto» de cuerpo, alma y espíritu. Todo está unificado; pero sólo lo espiritual constituye y garantiza lo «uno»...” (Frankl, 1983, p.64)

Por otro lado, según el autor, la persona se define por su ser espiritual, por un ser que es digno, facultativo, con capacidad para decidir el sentido de su existencia. El hombre está gobernado por una voluntad de sentido. La persona esconde un contenido inconsciente y en ella se encuentran las raíces de lo espiritual (Frankl, 1983).

La persona, según Frankl (1995) es dinámica. Al poder autodistanciarse, el ser humano adquiere ese carácter dinámico. Ese autodistanciamiento posibilita que el hombre encuentre sentido a la vida trascendiendo a la existencia en su pura existencialidad y temporalidad. La persona sólo se comprende por medio de la trascendencia; y es persona en la medida en que la trascendencia lo hace persona al ser consciente de lo que hace (Frankl, 1995).

Para referirse a la dimensión espiritual del hombre, Frankl (1995) suele emplear el término ‘noológico’. ‘Noos’ remarca el carácter de lo espiritual -dimensión íntima, genuina y característica del hombre-, y lo espiritual frente a las dimensiones psíquica, biológica y social. “...Las neurosis noógenas tienen su origen, no en lo psicológico, sino más bien en la dimensión noológica de la existencia humana. Este término logoterapéutico denota algo que pertenece al núcleo espiritual de la personalidad humana...” (Frankl, 1995, p.143)

La dimensión noológica, espiritual, no define por sí sola al hombre, ya que la naturaleza humana radica en la unidad-totalidad, pero lo espiritual constituye la dimensión más

específicamente humana. Desde la espiritualidad, se diversifican los distintos grados de participación de ser en la compleja unidad del hombre. "...El espíritu no está totalmente condicionado por lo corporal; lo que se manifiesta en él no es una condicionalidad absoluta, sino un margen de libertad..." (Frankl, 1995, p.63)

Continuando con los conceptos de Frankl, el hombre es un ser a la búsqueda del significado de la propia vida, y mientras no responda a la misión que le ha estado confiada por la vida misma, no podrá recibir el don de la realización de sí mismo.

La vida siempre tiene un significado y, a pesar de los aspectos trágicos o negativos del destino humano, éste puede ser transformado en maduración y crecimiento cuando frente a ese destino se logra establecer la actitud adecuada.

Para la Logoterapia, fundada por Frankl, la motivación más fuerte que existe es la voluntad de sentido. El hombre no busca sólo satisfacer sus instintos ni basar su conducta en el principio del placer o la búsqueda del poder. La motivación más fuerte es la del sentido, más que la de placer y la de poder. El hombre también depende de las condiciones y exigencias de la naturaleza, de sus instintos, de su ambiente y de sus procesos de aprendizaje. Está claro que se realiza desde un plano más alto que los animales, porque se puede reconocer, comprender y tomar posición sobre esta dependencia y estas condiciones.

Continuando con lo que expresa el autor, el hombre va construyendo su vida con su intencionalidad y su determinación. La voluntad de dar sentido a la vida es una exigencia del significado de la existencia. Es importante poder darse a una misión para encontrarse, esto es la autotranscendencia: "...Apuntar hacia algo que no es él mismo, hacia algo o alguien, hacia un

sentido cuya plenitud hay que lograr o hacia un semejante con quien uno se encuentra...” (Frankl, 1995, p.102).

Como expresa Frankl (1983):

“...La Voluntad de Sentido no puede ordenarse, es más bien un acto intencional que no permite una autoimposición. Para que surja, debe ofrecerse un objeto. La búsqueda de un sentido no es un asunto de una minoría intelectual, sino de cada individuo...” (p.178)

Además, Frankl (1983) comenta que, en la medida que aumenta el peso de nuestros deberes y compromisos personales, y asumimos nuestras propias responsabilidades, sin atribuir a los demás las deficiencias de nuestros actos, también se incrementa la conciencia y el sentido de nuestra vida.

“...Las dificultades, cuanto más grandes sean, acentúan el carácter de deber que tiene nuestra existencia y con ello se da más sentido a la vida (...) El interrogante de la vida puede ser contestado si asumimos nuestra vida con responsabilidad que es el sentido de nuestra existencia...” (Frankl, 1983, p.15-16)

Frankl (1983) formula la posibilidad de que vivir de acuerdo con un sentido supone un impulso hacia la creatividad imaginativa y hacia una motivación de la voluntad para plasmar nuevas realizaciones. Hasta en las actividades cotidianas, el hombre puede despertar sus potencialidades, estableciendo las condiciones adecuadas para descubrir un significado trascendente a su vida.

En esta línea, encontrar el sentido de la vida posibilitaría abordar el proceso de crear y cultivar aquello que se desea. La reflexión y la acción pueden colaborar para acortar la brecha que existe

entre la manera en que se vive y cómo se desea vivir. Se podría pensar como un proceso que a medida que se vaya construyendo, posibilitaría alcanzar mayores logros, evitando frustraciones y permitiendo avances en todos los planos de la vida.

La idea de sentido se refiere al conjunto de valores, ideales y deseos que orientan el camino de la vida, intensificando la experiencia cotidiana, permitiendo que el hombre se conozca a sí mismo y organice su vínculo con los otros.

Por otro lado, es pertinente introducir algunas ideas que propone Sartre, al referir que el hombre es capaz de vivir, e incluso morir, por sus ideales y principios, pero éstos no pueden ser creados por sí mismo, ya que el sentido de la vida se descubre. Experimentar el vacío, la pérdida del sentido de la vida, es lo que constituye la angustia existencial del hombre, y ante esto se enfrenta en su cotidianidad. Sartre (1985) sostiene que "...la vida a priori no tiene sentido. Antes que ustedes vivan, la vida no es nada, les corresponde a ustedes darle un sentido..." (p.41)

Sartre (1966) afirma que el sujeto es el dueño de su propia vida y, sin ningún modelo preestablecido y haciendo uso de su libertad, elige qué tipo de hombre quiere ser y qué sentido quiere darle a su vida, haciéndose responsable de sus elecciones, dándole sentido a su vida. "...Esto significa que mi libertad, al elegir libremente, se elige sus propios límites; o, si se prefiere, que la libre elección de mis fines, o sea, de aquello que soy para mí, lleva consigo la asunción de los límites de esa elección, cualesquiera que fueren..." (Sartre, 1966, p.325)

Frankl (1995), por su parte, refiere que no se trata que el individuo viva sin tensiones, sino que encuentre la mejor manera de afrontar las distintas situaciones de la vida, desarrollando todo su potencial para encontrar un sentido por el cual luchar y sobrellevar las tensiones.

Asimismo, hace referencia a que el hombre tiene la posibilidad de aprovechar las dificultades de la vida para despegarse del pasado y propender hacia un futuro diferente, sostenido por un nuevo proyecto de vida. Al respecto, afirma:

“...El modo en que el hombre acepta su destino, y todo el sufrimiento que éste conlleva, la forma en que carga con su cruz, le da muchas oportunidades –incluso bajo las circunstancias más difíciles- para añadir a su vida un sentido más profundo...” (Frankl, 1995, p.41)

El autor habla del sentido, como algo que no se encuentra sólo en el amor y el trabajo, sino también en el sufrimiento. Así, hace referencia a que las situaciones angustiantes, lo inesperado, los hechos que cuesta enfrentar, son los que permiten que el individuo reflexione acerca del curso de su vida y, de esta manera, pueda llegar a modificar acciones y pensamientos. “...Lo que más importa de todo es la actitud que tomemos hacia el sufrimiento, nuestra actitud al cargar con ese sufrimiento...” (Frankl, 1995, p.157)

Según afirma Berta (2005),

“...Lo insólito en la vida es espontáneo y puede ocurrir en cualquier momento y circunstancia de nuestra vida. No podemos preverlo ni anticiparlo con total precisión y certeza, pero sí podemos estar atentos a su posible irrupción en aquellos ‘arreglos’ empíricos que lo favorecen...” (p.23)

Teniendo en cuenta a Berta (2005), en lo ‘insólito’ se puede llegar a descubrir el sentido de la vida. Las situaciones inesperadas o que producen rechazo, posibilitan reflexionar acerca de la vida.

Otro autor, Noblejas de la Flor (1998), expresa que:

“...Esta experiencia ha de vivirla como consecuencia de una decisión fundamental en su vida, orientada por su conciencia de responsabilidad hacia unos valores que le llaman a su realización y por los que libremente se decide renunciando a otras posibilidades...” (p.2)

Respecto al sufrimiento, Lukas (1996) plantea que si falta el sentido de la vida, entonces el sujeto se desvía hacia la búsqueda del placer; como el placer no puede ser una meta en sí misma, sino el resultado de un encuentro o de una actividad con sentido, muy probablemente no se encuentre. Entonces, esta vida vacía de sentido y de placer sería insoportable, según las palabras de la autora. “...Sobre la angustia natural de la existencia, se suma la desesperación, exponiéndonos al derrumbe de la existencia ante cualquier golpe -de cualquier índole o magnitud- o adversidad...” (Lukas, 1996, p.16)

La autora se refiere al sufrimiento como frustración existencial. La Logoterapia parte del supuesto de que el hombre busca constantemente un sentido y no se conforma sólo con la satisfacción de sus necesidades, sino con poder realizar algo dotado de sentido. “...Puede lograrse también bajo condiciones de vida difíciles, mientras que el bienestar, el éxito y las posesiones, en determinadas circunstancias, pueden significar un impedimento en la búsqueda del sentido...” (Lukas, 1996, p.22)

Cuando falta semejante dimensión del sentido y de los valores y el hombre vive sólo para satisfacer sus necesidades, esto conduce a la frustración de la voluntad de sentido, lo que se expresa en sentimientos de vacío, desorientación, hastío, aburrimiento, carencia de objetivos, desgano y desesperación. (Lukas, 1996)

La frustración existencial es, para Lukas (1996), una señal de alarma, un malestar que impulsa a darle un sentido a la existencia y a orientarse según el ser y no el tener. En este sentido, expresa:

“...La entrega a una actividad elegida por uno mismo, el establecimiento de auténticas relaciones de amistad y amor, la percepción de objetivos nuevos, dotados de sentido o aunque sólo sea el encauzamiento de acontecimientos pasados en la vida en un conjunto trascendente, pueden anular de inmediato la frustración existencial y poner en marcha el proceso de la realización interior del sentido...” (p.22)

Al respecto, Ortega y Gasset (1964) expresa que la vida humana es personal, ya que cada uno la ve desde un ángulo distinto; el hombre, ante esto, se encuentra siempre con la obligación de hacer algo en una determinada circunstancia.

“...La circunstancia nos presenta siempre diversas posibilidades de hacer, por tanto, de ser. Esto nos obliga a ejercer, queramos o no, nuestra libertad. Somos, a la fuerza, libres. Merced a ello, es la vida permanente encrucijada y constante perplejidad. (...) Por tanto, cada cual está eligiendo su hacer, por tanto, su ser – incesantemente...” (Ortega y Gasset, 1964, p.1)

Asimismo, Frankl (1995) plantea la relevancia de la responsabilidad que tiene la persona. Según este autor, el ser humano es alguien que inevitablemente está afectado por su entorno, sin embargo, tiene capacidad de elección, libertad espiritual e independencia mental, cualidades que logran que su vida tenga un sentido y un propósito. “...Al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas –la elección de la actitud personal ante un conjunto de circunstancias- para decidir su propio camino...” (Frankl, 1995, p.99)

Entonces, cuando el hombre elige, encuentra su sentido, y esa libertad implica una responsabilidad. Como expresa Pascual (2003), "...escoge su existencia y se decide ante los valores. Por lo mismo, se convierte en el responsable de la historia que escribe..." (p.42). Es así que libertad y responsabilidad van de la mano, porque cuando el hombre es libre de elegir y lo hace siguiendo sus principios y valores, luego se hace responsable de las consecuencias de su elección.

La responsabilidad es la disposición para comprometerse a partir de una decisión libre y siendo consciente de la obligación, como así también de las tareas y valores que dicha decisión implica. El ser consciente supone tener en cuenta las consecuencias de los actos que, según haya sido la respuesta, redundarían en un sentimiento de seguridad.

Por otra parte, el principio de libertad es tener autonomía, es el derecho de toda persona de elegir su propio destino, sin afectar a otros. Por autonomía, se entiende que la persona responsable, tiene el derecho y el deber de actuar por su propia determinación. Requiere la libertad necesaria para que el ser humano responsable delibere, forme sus juicios de valor o de conciencia y, luego, decida libremente y ejecute su decisión.

Se considera que el hombre estaría exigido por la rutina de la vida cotidiana, cada vez más competitiva y carente de seguridades, obligado a adaptarse a situaciones que le generan insatisfacción. Según Frankl (1991), el ser humano se enfrenta a una frustración existencial. La angustia existencial, es entonces un estado del hombre frustrado.

"...La frustración existencial no es en sí misma ni patológica ni patógena. El interés del hombre, incluso su desesperación por lo que la vida tenga de valiosa, es una angustia espiritual, pero no es en modo alguno una enfermedad mental..." (Frankl, 1991, p.105).

Según palabras de Frankl (1991), lo que importa es el sentido de la vida de cada individuo en un momento dado: "...La autorrealización no puede alcanzarse cuando se considera 'un fin en sí misma', sino cuando se la toma como efecto secundario de la propia trascendencia..." (p.112).

Nadie puede ayudar a un ser humano en esta situación, ya que el sentido de la vida consiste en un proceso de búsqueda que cada uno debe realizar.

Como dice Ortega y Gasset (1958), la vida nos es dada; cuando llegamos al mundo ya tenemos una vida, pero ésta no está hecha, sino que tenemos que construirla. Por lo tanto, la vida es quehacer. Y cada hombre tiene que hacerse responsable de cómo quiere vivir su vida, y así tomar la decisión adecuada. Pero, afirma Ortega y Gasset (1958):

"...Esta decisión es imposible si el hombre no posee algunas convicciones sobre lo que son las cosas en su alrededor, los otros hombres y él mismo. Sólo en vista de ellas, puede preferir una acción u otra, puede, en suma, vivir..." (p.1)

Por lo tanto, el hombre tiene ideas y creencias. Las ideas son los pensamientos que se tienen acerca de las cosas, mientras que las creencias constituyen la base de la vida del ser humano, porque ellas manifiestan lo que el hombre es y el porqué de su conducta.

Según el autor, estas creencias no son ideas que vienen a la mente de un día para el otro, las creencias tienen que ver con los valores y se relaciona con lo que el hombre ha internalizado desde niño, en los diferentes contextos de su vida. "...La experiencia de la vida no se compone sólo de las experiencias que yo personalmente he hecho, de mi pasado; va integrada también por el pasado de los antepasados que la sociedad en que vivo me transmite..." (Ortega y Gasset, 1958, p.14).

También hace referencia a que el hombre está abierto al mundo, está dispuesto a trascender, a encontrarse con objetos y personas desconocidas hasta el momento, que le servirán de guía en su camino hacia la autotranscendencia.

Frankl (1995) introduce la noción de intencionalidad para definir la estructura fundamental del ser humano. La capacidad de autotranscendencia es la esencia de la existencia y es la base de la intencionalidad humana; no es otra cosa que el 'estar-con'. Por la autotranscendencia, el hombre puede salir de sí y encontrarse con el mundo, con otros hombres. La intencionalidad constituye la base del conocimiento.

“...Hacemos comprobaciones sobre el valor que el hombre modesto y sencillo da a las cosas; él es quien sabe cómo encontrar el sentido a la vida, al trabajo, al amor y al sufrimiento llevado con valentía...” (Frankl, 1995, p.10). Sólo entre seres humanos espirituales puede haber una comprensión plena, lo cual constituye el modo de ser interexistencial.

El autor destaca que el hombre es capaz de vivir la autotranscendencia, por la capacidad de superar los límites del espacio y del tiempo; se puede decir que “...el hombre es una esencia en busca de sentido...” (Frankl, 1994).

El Análisis Existencial parte del concepto de que toda configuración de la vida plena de sentido depende del descubrimiento y la puesta en práctica de los valores. Según Frankl (1995), el hombre cumple el sentido de su ser, planificándolo con sentido, siempre que realiza valores. De esta forma, el conocimiento, la percepción y la vivencia de valores es condición fundamental para toda actividad analítico-existencial.

Continuando con Frankl (1997), en la realización de valores de actitud, el hombre se remite a sí mismo, se trasciende al valorarse. De otra manera, podría caer en la desesperación, debido al

dolor y la falta de un sentido. También es importante que, en toda circunstancia, viva la experiencia de sentirse valioso, para así percibir en el mundo valores vivenciales y de creación. Como bien dice Frankl (1999), citando a Nietzsche, "...Quién tiene un porqué para vivir puede soportar cualquier cómo..." (p. 147).

La autotranscendencia se comprende también como la capacidad del sujeto de percibir, sensibilizarse frente a los valores, lo que se pone de manifiesto en la claridad de los sentimientos.

Por su parte, Fabry (2001) expresa que las personas suelen negar los valores, y éste es el puntapié para el sufrimiento existencial. "...La gente utiliza ávidamente su libertad para rechazar los valores tradicionales, pero están menos interesados en tratar de hallar respuestas personales a las alternativas de sentido que ofrece cada momento..." (Fabry, 2001, p.83)

Según Frankl (1995), la falta de libertad se podría evidenciar en la negación de los valores tradicionales, lo cual, también podría estar significando una frustración existencial, que supone no haber encontrado el sentido de vida.

Olivé Pibernat (2012) se refiere al sentimiento de valor como una conmoción interior, en la cual, la vivencia de valores estaría asociada a una serie de condiciones, como la capacidad de vivenciar sana, la apertura espiritual y una cercanía o parentesco con el objeto. Así lo afirma:

"...Los valores son adquiridos, al igual que las creencias, de los escenarios culturales en los que nos desarrollamos, pero, si bien las creencias pueden quedar obsoletas y hay que ir actualizando, bien por propia madurez personal o bien con el acompañamiento de un buen profesional, los valores, sin embargo, mantienen toda su vigencia como en el primer día que los aprendimos..." (p.2)

De esta manera, podría pensarse que los valores adquiridos mantienen una estrecha relación con el sentido de vida, a partir de una búsqueda y madurez personal en la aceptación y el encuentro consigo mismo.

Para Frankl (1995), la responsabilidad es siempre responsabilidad ante un sentido. Esta decisión confiere independencia personal y no alejamiento respecto de los valores.

Para Olivé Pibernat (2012), la responsabilidad forma parte de los valores que el hombre incorpora en su cotidianeidad, constituyendo la búsqueda de su autoconocimiento para manejarse en el futuro.

“...Valores como el Amor, la Confianza, La Paz Interior, el Compromiso, la Responsabilidad, etc. los seguimos necesitando en nuestra cotidianeidad, a la vez actualizar frente a los desafíos del futuro...” (Olivé Pibernat, 2012, p.1)

Estas ideas posibilitan pensar la responsabilidad como la aceptación de los valores y la construcción de una escala personal que guíe hacia el encuentro con el amor, la paz interior, el compromiso, la confianza; valores con los cuales el hombre se encontraría en el día a día de su labor, a fin de sobrellevar la tarea humana que realiza.

También la libertad tiene que ver con esta aceptación de los valores, ya que es la capacidad de decisión que tiene la persona al encontrarse ante una posibilidad real de acción, acorde con una jerarquía valorativa. La capacidad de decisión es evaluada en relación a las posibilidades actuales de elección y teniendo en cuenta las diversas alternativas posibles; así, cuando el hombre elige, surge el sentimiento de ser libre.

Por otra parte, los valores también se hallan relacionados con el autodistanciamiento, que es la capacidad del sujeto para la organización del espacio libre interior. Esta capacidad se manifiesta en la posibilidad de conquistar la distancia de sí mismo, lo que permite la captación del mundo.

Comprender el valor de la vida representa un problema que define, de algún modo, el curso de la misma, así como los éxitos y los fracasos. Entonces implica revisar cuál es la visión que se tiene del futuro y de qué manera participan las personas del entorno.

Como refiere Olivé Pibernat (2012), "...es, sin duda, una característica de una vida plena, el hecho de vivir en contacto con los propios valores, siendo ellos la fuente de nuestra motivación..." (p.1)

Martínez Ortiz (2009) expresa que el sentido de la vida y los valores atraen, no empujan. El autor hace hincapié en la importancia de preguntarse para qué, dando cuenta que esta pregunta conduce hacia la comprensión de los motivos, por los cuales, el hombre atraviesa determinadas circunstancias, encaminándolo al encuentro con el sentido.

"...El sentido de vida se define como la percepción afectiva-cognitiva de valores que invitan u orientan a la persona a actuar de un modo u otro ante situaciones específicas o generales de la vida, dando coherencia e identidad personal..." (Martínez Ortiz, 2013, p. 73)

Para Frankl (1997), "...el sentido de la vida es subjetivo, en cuanto que no hay un sentido para todos, sino que cada uno tiene un sentido distinto en la vida..." (p.81)

Desde este enfoque, el sentido de la vida constituye una búsqueda que, si bien es personal, está inmersa dentro de las realidades sociales, que aportan conocimientos, aprendizajes y experiencias necesarias para interactuar socialmente.

Además, el sentido de la vida es relativo, porque no es igual para todos, depende de cada persona, de sus circunstancias y de la situación específica en la cual el hombre se encuentra involucrado. "...En ese aspecto, el sentido de una situación es verdaderamente relativo; lo es en relación con una situación, en cuanto que ésta es siempre única e irrepetible..." (Frankl, 1997, p.82)

Sánchez Hernández (2005) aporta que "...cuando se habla de sentido de la vida no se hace referencia a simples deseos de alcanzar alguna meta, sino de objetivos, ante los cuales, el individuo tiene que tener un elevado compromiso afectivo, de lo contrario, éstos tendrán un carácter meramente formal..." (p.5).

En este sentido, Frankl (1997) hace referencia a que el sentido es algo a descubrir, dado que no se puede inventar.

Freud (1929) también hace referencia a la búsqueda del sentido, si bien lo expresa con otros términos. Se pregunta qué esperan los hombres de la vida y qué es lo que pretenden alcanzar, a partir de lo cual, deduce que, sin duda, los hombres aspiran a ser felices, no para evitar el dolor, sino para experimentar el placer.

También el autor aduce que el hombre necesita encontrar un fin hacia donde direccionar su vida, disminuyendo el sufrimiento que lo amenaza, tanto desde su propio cuerpo como desde el mundo y la interacción con los otros. Freud (2002) proclama: "...La reflexión demuestra que las tentativas destinadas a alcanzarlo pueden llevarnos por caminos muy distintos, recomendados

todos por las múltiples escuelas de la sabiduría humana y emprendidos alguna vez por el ser humano...” (p.9).

Por su parte, Frankl (1983) sostiene que el Análisis Existencial pretende que el hombre se centre en el aquí y ahora de su existencia, tomando conciencia de que está aquí. Asimismo, sostiene que lo más importante es la decisión y la toma de posición. “...En una u otra forma, el hecho de ser hombre, apunta siempre más allá de uno mismo, y esta trascendencia constituye la esencia de la existencia humana...” (Frankl, 1983, p.4)

Según el autor, los humanos son seres existenciales, es decir, con la libertad de elegir el camino que van a tomar en sus vidas y, de esta forma, trascender. Así es que al hacer frente a su decisión, se encuentran también cara a cara con su voluntad de sentido, esa capacidad de haber optado por lo que realmente sentían como propio.

El propio Frankl (1991) plantea esta característica como esencial y distintiva de lo humano:

“...Por eso hablo yo de voluntad de sentido, en contraste con el principio de placer (o, como también podríamos denominarlo, la voluntad de placer) en que se centra el psicoanálisis freudiano, y en contraste con la voluntad de poder, que enfatiza la psicología de Adler...” (p.100)

Por lo tanto, para el autor, el hombre aspira a encontrar y realizar un sentido, pero también a encontrarse con otro ser humano en forma de un tú. Tanto la realización de un sentido como el encuentro humano, ofrecen al hombre un fundamento para la felicidad y el placer.

Si bien para Adler (1985), lo más profundo del hombre es el deseo de poder y para Freud (1929) es el deseo de placer, Frankl (1983) sostiene que la profundidad se encuentra en el deseo

de sentido. Mientras que el placer es un efecto secundario de la realización del sentido, el poder es un medio para alcanzar un fin, ya que la realización del sentido está ligada a ciertas condiciones sociales y económicas. "...El deseo de placer y el deseo de poder sólo surgen cuando se ha frustrado el deseo de sentido..." (Frankl, 1983, p.5).

Continuando con Frankl (1983), en uno de sus trabajos, afirma que ya no vivimos en una época de frustración sexual, sino que la actual es una etapa de frustración existencial. En cuanto a las causas que provocan el vacío existencial, Frankl (1983) enumera dos: la pérdida del instinto y la pérdida de la tradición. Los instintos no dicen al hombre, contrariamente al animal, lo que debe hacer; las tradiciones tampoco dicen al hombre actual cuáles son sus deberes; y muchas veces éste parece no saber lo que quiere. Entonces, se siente tentado a querer lo que los demás hacen, conformándose con ello, o a hacer lo que los demás quieren, tomando una actitud totalitaria.

"...No son únicamente el conformismo y el totalitarismo las secuelas del vacío existencial, sino también el neuroticismo. Además de las neurosis psicógenas o neurosis en sentido estricto, hay también neurosis noógenas, como yo las llamo, neurosis que, más que una enfermedad psíquica, son una pobreza espiritual y que, no pocas veces, son consecuencia de un sentimiento radical de falta de sentido..." (Frankl, 1983, p.6)

Además, este sentido es único y específico, por lo cual, uno mismo tiene que encontrarlo. Afirma Frankl (1995) que "...en realidad no importa que no esperemos nada de la vida, sino si la vida espera algo de nosotros..." (p.81)

Continuando con las ideas del autor, lo que el hombre necesita para encontrar sentido a su vida es disponer de un objetivo y un fin claros; de esta forma, los esfuerzos se ven como parte del camino que hay que recorrer para alcanzarlos y, por lo tanto, luchar tiene sentido: la meta que el

hombre quiere alcanzar. En este sentido, la vocación o el proyecto de vida tendrían como meta la felicidad, el placer por la tarea emprendida y la capacidad de enfrentarse a los peligros y circunstancias negativas de la vida.

Además, Frankl (1995) refiere que el sentido de la vida se encuentra cuando ésta tiene un contenido que le dé emoción, intensidad y recompensa. Ese contenido se puede obtener, en una tarea esforzada, en la búsqueda de valores, ideales y objetivos en los que se apoya el proyecto vital. “...Lo que precisa no es eliminar la tensión a toda costa, sino sentir la llamada de un sentido potencial, que está esperando que él lo cumpla...” (Frankl, 1999, p. 148)

Además, Frankl (1995) se refiere al potencial que el hombre atesora en su ser, dado que el objetivo de la vida humana consiste en explorarlo y explotarlo, a fin de encontrar un sentido en la construcción de un proyecto.

En cuanto al proyecto de vida, Pérez Jáuregui (2009) aduce que se trata de una construcción dinámica que se va dando a lo largo de la vida, de una imagen de sí mismo y del mundo. Al respecto, señala que:

“...La jerarquía de las motivaciones e intereses que dan la base al proyecto es algo dinámico, que puede cambiar según la situación y el desarrollo de la personalidad. Van transformando de modo ininterrumpido la forma y densidad de los perfiles de significatividad, cambiando el perfil de selección de los objetos de interés y también el grado de conocimiento al que se aspira sobre ellos...” (p.33)

La autora señala que el proyecto no es estático, sino que se va modificando a lo largo de la vida, en las diferentes etapas; y depende de muchos factores, como la reflexión. “...A través de

los recuerdos, el pasado ingresa en el presente y, a través de la fantasía e imaginación, aparece el futuro como posibilidades de ser y acontecer...” (Pérez Jáuregui, 2009, p.58).

Elecciones como la profesión y el deseo de formar una familia; ideales en cuanto al amor, al trabajo y formas de concebir la vida, van construyendo el proyecto. Tener metas posibilita transitar la vida procurando la felicidad, más allá de las vicisitudes de la vida cotidiana.

A su vez, la autora sostiene que el proyecto da coherencia a la vida de una persona y marca un determinado estilo en el obrar, en las relaciones, en el modo de ver la vida. El proyecto es la dirección que el hombre decide seguir, a partir de los valores que ha jerarquizado.

A su vez, Aranovich (2009) también se refiere al proyecto de vida como una apuesta al futuro: “...Antes que un programa de realizaciones, es una actitud, un plan de lucha, un derrotero, un camino que se trazará adaptado a las dificultades del terreno...” (p.65)

Continúa el autor haciendo referencia a la ‘Psicología de la autenticidad’, expresando que en cada ser humano reside un proyecto de vida propio y auténtico, que es el que busca realizar. Ese proyecto se encuentra en lo íntimo de cada uno y una vez reconocido, deben reconocerse también las dificultades y los compromisos ya adquiridos.

Ortega y Gasset (1958) se refiere a la construcción del proyecto de vida, manifestando que el mismo dependerá de las circunstancias del yo. Al respecto, refiere: “...yo soy yo y mis circunstancias...” (Ortega y Gasset, 1958). En este sentido, expresa que el hombre está atado a un contexto social, familiar, laboral y que, si bien es libre de elegir, ese contexto lo determina e influye en todo lo que hace.

“...La experiencia de la vida no se compone sólo de las experiencias que yo personalmente he hecho, de mi pasado; va integrada también por el pasado de los antepasados que la sociedad en que vivo me transmite. La sociedad consiste, primariamente, en un repertorio de usos intelectuales, morales, políticos, técnicos, de juego y placer...” (Ortega y Gasset, 1958, p.14)

Otro autor, Rogers (1989) también se refiere a los proyectos y metas, expresando que la mejor manera de hacer fructífera la existencia está dada por tener unos objetivos que orienten las actuaciones, unos proyectos, no necesariamente complejos, que alimenten el diario acontecer. “...El hombre y la mujer desarrollan su personalidad al servicio de metas positivas...” (Rogers, 1989, p.102).

Para este autor, el objetivo de la vida humana consiste en satisfacer este proyecto, con el fin de que la persona exponga lo mejor de sí misma, ya que para esto estamos dotados y capacitados.

Esta tendencia a la proyección hacia el futuro se expresa en el conocimiento interior, en la conciencia de sus posibilidades y potencialidades, así como en la vivencia de los valores para consigo mismo, con los demás y con el entorno en general.

Los pensamientos y las acciones se van modificando a través de la evolución del hombre, siendo deseable que los mismos se orienten hacia el desarrollo de una personalidad plena, libre y con conciencia de armonía y felicidad.

Adaptando el pensamiento de Camus (2004), se considera que la búsqueda del significado constituye un logro muy importante en la vida. “...El sentido de la vida es la pregunta más apremiante...” (p.23). Asimismo, Frankl (1995) defiende que la vida tiene un sentido, ya que el

hombre existe para un propósito. Esta necesidad de sentido dentro de nosotros debe corresponderse con una realidad, según refiere.

Al respecto, Frankl (1995) expresa que "...lo esencial de la condición humana es el hecho de autotranscenderse, el que haya algo más en mi vida que no sea yo mismo... Algo o alguien, una cosa u otra persona distinta que yo..." (1995, p.52). Para el autor, la autotranscendencia está relacionada con la necesidad del hombre de dejar un legado, de marcar una diferencia.

Tournier (1997) hace referencia a la dinámica de la vida, dando cuenta que allí, en ese movimiento, es donde el ser humano experimenta la vida misma. "...Un hombre en movimiento, continuamente experimentando cambios, un hombre viviendo una historia, desenvolviéndose desde su nacimiento hasta su muerte. El mero movimiento implica significado en la vida..." (Tournier, 1997, p.140). Por lo tanto, el hombre va descubriendo el sentido en cada suceso de su vida, sobre todo en aquellos que implicaron cambios trascendentales, dado que en esos cambios es donde la persona encuentra un significado.

Cada persona experimenta momentos cruciales en que su vida adquiere significado y se hace evidente el sentido de la vida para él. Son esos momentos cuando, como dice Tournier (1997) "...la vida de uno es apuntalada en una nueva dirección. En cada vida, hay varios momentos especiales que cuentan más que todos los demás, porque significan adoptar una postura firme, un compromiso propio, una selección decisiva..." (p.141)

Längle (2000) considera que la toma de postura personal ante el destino juega un papel importante en la medida en que la persona con buenos recursos propios puede hacerle frente a la vida de la mejor manera en momentos críticos, como así también en situaciones vitales difíciles.

Según Tournier (1997), estos puntos críticos en la vida pueden haber sido lentos, a través de crisis prolongadas, o pueden haber irrumpido en la conciencia de manera brusca. Se percibe que siempre implican un encuentro con una idea o con una persona, ante lo cual la persona no puede permanecer neutral, sino que, se responsabiliza y se compromete.

Según los dichos del autor, mientras mayor sea la conciencia, el conocimiento, el contacto y la experiencia personal con el propósito de vida identificado, más profunda será la motivación y la determinación para avanzar en pos de la consecución del significado de vida que se ha asumido. Un propósito de vida mueve a establecer prioridades con un enfoque intencional, hacia la vida que se quiere vivir.

Tener un sentido de vida permite alcanzar el entusiasmo y la pasión y proporciona una sensación de bienestar y plenitud, que afecta la manera en que se vive, a la vez que sirve de apoyo para el desarrollo de las potencialidades de los seres humanos.

Volviendo a Frankl (1995), muchas personas experimentan en sus vidas un profundo vacío existencial, falta de sentido, carencia de propósitos y de objetivos, una indefinición respecto del proyecto de vida que direcciona sus vidas hacia el encuentro con su sentido de vida. "...Pero los fatalistas no tienen en cuenta y olvidan que, en realidad, somos nosotros quienes configuramos las circunstancias y los que podemos transformarlas allí donde haga falta..." (1995, p.53)

De este modo, el autor destaca que una de las necesidades básicas del ser humano es la necesidad de autotranscenderse, la necesidad de encontrar sentido a la vida, de consagrarse a una causa, a un deber o a otra persona. Así, en la medida que el hombre traspasa las fronteras de su propio yo, será más humano, más fiel y auténtico con su propia naturaleza. Por lo tanto,

autotranscender significa sobrepasar cierto límite, a fin de que el hombre se sienta pleno yendo más allá y aprendiendo algo de la experiencia.

Como afirma Frankl (1983), "...el ser humano es realmente humano en la medida en que se disuelve en el servicio a una causa o en el amor a una persona..." (p.210)

Entonces, el sentido de la vida es inherente al individuo pero sólo en función de la persona. Ésta será la resultante de los múltiples patrones de la vida social y cultural que actúan sobre cada individuo, moldeándolo como persona. El sentido de la vida no está previamente dado ni prefigurado ni puede estarlo, ya que es descubierto a la vida por la propia persona a medida que ella se desenvuelve. Toda determinación es una negación, una renuncia o una huida de otros sentidos posibles.

Por ello, el concepto de sentido de la vida es un concepto dialéctico, puesto que él no puede ser solamente definido por lo que es, sino por lo que ha dejado de ser, por las otras virtualidades que constituyen su espacio de libertad. Los sentidos más profundos de la vida tienen siempre algo de oculto, de inesperado e incluso de enigmático y contradictorio con otras posibles líneas de sentido. En todo caso, el sentido de una vida no está asegurado a priori, sino que sólo puede ir resultando del proceso de la vida misma.

A pesar de que se vive en un mundo competitivo, en el cual se persiguen objetivos materialistas como consecuencia de la actual sociedad de consumo, en donde el dinero tiene un valor supremo, es el amor, entendido como aquel sentimiento que busca el bien común y la vocación, lo que posibilita el sentido de nuestra existencia.

Conclusiones:

La idea que se pretende desarrollar acerca de la forma en que incide la búsqueda del sentido de la vida en los profesionales y técnicos que atienden pacientes en un centro de salud, destaca que no se trata de evitar las situaciones frustrantes o tensiones en el desempeño de su tarea, sino de encontrar un sentido, utilizando estrategias que les permitan sobrellevar el estrés laboral.

Se puede inferir que quienes tienen un sentido de vida, quienes sueñan y aspiran a más, podrían realizar sus deseos. En cambio, quienes no tienen un sentido ni ilusiones, vivirían de manera automática, dificultando sobrellevar lo estresante de sus labores.

Cabría la posibilidad de buscar alternativas en lo insólito e imprevisto de su trabajo, para poder abrir la mente a nuevos acontecimientos e interpretarlos en su complejidad, y lograr un aprendizaje para otras ocasiones similares.

Los valores inciden en la búsqueda del sentido de la vida, el cual se considera necesario en este estudio, para afrontar las posibles manifestaciones de estrés, producidas por las presiones del trabajo que desarrollan en su cotidianidad.

Dado que se parte del concepto que estas personas se ven afectadas por el entorno institucional, pese a ser libres de elegir donde desarrollar su labor profesional, se encontrarían en una disyuntiva acerca de, seguir sus elecciones y hacerse responsables de ellas o actuar conforme lo establece la institución, haciendo uso relativo de su libertad dentro de los límites que impone la misma.

Se puede inferir de este modo que, la falta de responsabilidad en el sentido de no asumir las consecuencias de sus acciones, y la falta de libertad no poniendo límites a las presiones laborales,

podrían traer aparejadas manifestaciones de estrés. Apropiarse de esta libertad abre la posibilidad de hacerse cargo de sus decisiones, de sus elecciones, de sus valores, haciendo frente a las demandas de la institución pero tratando de consensuar, dentro de los marcos referenciales y continuar así la búsqueda del sentido de la vida en la tarea que desarrollan.

Quienes logren distanciarse de las situaciones estresantes vivenciadas en su espacio laboral o afrontar adecuadamente las mismas, estarían preservando el objetivo de su trabajo y del sentido que el mismo conlleva.

Asimismo, es a través de los valores, que éstos podrían continuar motivados en el ejercicio de su labor, ya que los valores que han adquirido en el desarrollo personal, familiar y educacional, así como los aprendidos en su carrera laboral, son fundamentales a la hora de repensar la tarea cotidiana y preguntarse por la búsqueda del sentido de la vida en su desempeño profesional.

Desde esta óptica, el estar sujetos a las autoridades, obstaculiza la capacidad de elegir libremente, de realizar modificaciones en las acciones y situaciones, lo cual podría generar conformismo en cuanto a su desenvolvimiento, o bien conductas totalitarias al no poder desempeñarse libremente. Sin embargo, el sentido de la vida en la labor desempeñada, posibilita encontrar alternativas para enfrentarse a estas cuestiones y no sufrirlas como algo negativo, sino como oportunidades de crecimiento.

También el amor es un componente importante en el ejercicio de su vocación, ya que la problemática que asisten no sólo requiere de los conocimientos y la experiencia clínica, sino de una dosis importante de este sentimiento que posibilita sostener la tarea, a pesar de las frustraciones y las vicisitudes que la misma conlleva. De este modo, se trataría de identificar un significado o un sentido en la tarea, a fin de incluir el proyecto personal en el comunitario.

A su vez, los factores sociales también resultan de importancia en la conformación del sentido de la vida, ya que ellos pueden acelerar o retardar, tanto el proceso de formación personal, como el de su realización.

Entonces, si los profesionales y técnicos de este estudio, se proponen metas positivas y transmiten una cuota de amor en el ejercicio de sus tareas, estarían promoviendo legados, dirigidos no sólo a lograr el bienestar de la comunidad asistida, sino también a alcanzar la autotranscendencia y encontrar un sentido que dé mayor motivación a la hora de superar los obstáculos inherentes al ámbito en el que se desarrollan. Se puede inferir entonces que, al estar inmersos en una institución atravesada por normas, se enfrentan con los desafíos que implican la búsqueda de su autenticidad. Parafraseando a Frankl, todo hecho aunque sea negativo, puede servir para el crecimiento personal.

Considerando la posición de Nietzsche (1984), el trabajo conlleva una rutina, obligaciones por cumplir, una moral que se debe implementar, para mantener un puesto laboral y un orden institucional. Cada profesional y técnico es de alguna manera responsable de sus elecciones y sus actos, respaldados por su voluntad de poder y por los valores adquiridos, entonces, ¿buscarán la manera de hacerle frente a los cambios y posibles conflictos que se produzcan en su ámbito laboral a causa de estas decisiones? ¿Podrán desde esta óptica enfrentarse a la masa haciendo uso de la libertad de elección, o se unirán a sus pares definiendo su ser-con-los-otros?

Al estar inmersos en una institución atravesada por normas, se enfrentan cada día con los desafíos que implican la búsqueda de su autenticidad. Es de esperar que hagan uso de sus estrategias para enfrentarse a la masa, lo cual implica apropiarse de esa autenticidad como rasgo

distintivo en la tarea que llevan adelante construyendo sus propios proyectos, desde la base de sus propios valores e historia.

Descubrir el sentido de la vida, posibilita afrontar las dificultades que surjan en la cotidianeidad, para tomarlas como una posibilidad de crecimiento, más aún si la elección que han hecho respecto de su profesión se vincula a su vocación. Cada uno elige entre un abanico de posibilidades, las estrategias de afrontamiento que utilizará ante los conflictos o problemáticas que se desencadenan dentro del ámbito laboral.

Aplicando las ideas de Nietzsche, hacer uso de la libertad de elección y de la voluntad de poder, posibilitaría un mayor autoconocimiento en el ejercicio de las tareas, porque la profesión que eligieron es la que los define como personas, como 'ser-en-el-mundo'. Es allí cuando se comienza a preguntar acerca de su lugar en el mundo, de sus relaciones y de su vocación.

De todos modos, acercarse a la masa de la que convendría alejarse, de acuerdo a la postura de Nietzsche y Kierkegaard, definirá el ser-con-los-otros, lo cual proporciona recursos para buscar soluciones a las problemáticas laborales, a través del consenso necesario que requiere el desempeño dentro de un marco institucional establecido.

El 'ser-ahí' se puede localizar en parte en la institución, en la cual desarrollan sus actividades y en la cual también se enfrentan a constantes vicisitudes, pero también en su vocación, proyectos y desarrollo relacionados con todas sus áreas de vida. Se trataría entonces de captar los objetivos de la institución para la tarea a la que son convocados y una vez encontrados junto al sentido que los motiva, comenzar de cero encontrando su propio sentido de vida en la tarea desarrollada. De este modo, teniendo como base los propios valores, continuar desarrollando un espacio de búsqueda personal, actuando desde allí: "ser-ahí".

Desde la idea de hombre que sostiene Jaspers (2003), considerado como un ser bio-psico-socio-espiritual, nunca se termina de descubrirlo en su completud, debido a la complejidad y a lo inabarcable de su ser. Por tanto, el ser-para-sí es el que, en el trabajo constante en la institución, se va formando, se va construyendo en lo cotidiano que la experiencia le devuelve. Así, en un principio, los profesionales y técnicos se forman en una línea teórica, para luego, en el transcurrir de la clínica, plasmar su acto terapéutico a través de esa experiencia clínica.

La visión acerca del sentido de la vida requiere de un profundo conocimiento personal, a fin de captar las posibilidades de expansión que podrían estar implícitas en el trabajo institucional. Sin embargo, el estrés surgiría de la lucha entre la búsqueda del sentido en la tarea y las normas que condicionan y limitan la libertad de trabajo. Se considera que la búsqueda y el encuentro del sentido de la vida protegerían de modo positivo ante las situaciones de estrés, ya que este descubrimiento que mueve y estimula la vida de quienes allí se desempeñan, sería lo que los impulsa a seguir adelante con su trabajo, pese a las situaciones negativas que pueden llegar a experimentar.

Esto es lo que hipotéticamente, sucedería con los profesionales y técnicos frente a las problemáticas que acontecen en su práctica, dado que es una elección de vida porque optaron por esta vocación y por la pasión que experimentan en lo que hacen. De este modo, continúan con su trabajo, a pesar de los obstáculos y frustraciones, haciéndose responsables de dicha elección, por considerarse libres de continuar o cambiar de trabajo. Neutralizar la experiencia estresante, implicaría entonces reorganizarse internamente para superar las situaciones negativas del entorno laboral. Así frente a las normas institucionales, los profesionales y técnicos podrían focalizarse en encontrar su propio sentido de vida en la tarea y contrarrestar los efectos negativos provenientes del entorno en el que se desempeñan.

2.2. Estrés. Definición y factores estresores.

A lo largo del siglo XX, el estrés se ha convertido en un fenómeno relevante y reconocido socialmente, siendo vinculado con frecuencia a la actividad laboral. Las diferentes encuestas sobre condiciones de trabajo ponen de manifiesto que se trata de un fenómeno ampliamente extendido siendo muchas las fuentes de estrés que producen esta experiencia.

Su descubridor el profesor Hans Selye (1936) lo define como: "...la respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia..." Si bien esta definición alude a un análisis en términos biológicos, posteriormente se ha ampliado incluyéndose además las respuestas psicológicas y sociales. Asimismo, se considera que dichas respuestas podrían provenir también de factores físicos, químicos y psicosociales.

R. Kertész (2006) refiere que: "... En condiciones de salud, los Sistemas Nerviosos Central y Periférico (Somático y Autonómico), interactúan armónicamente entre sí y con el ambiente externo, satisfaciendo las necesidades del individuo..." (p.36). A través de este concepto, explica los tres niveles de funcionamiento del cerebro, a saber: la neocorteza, el sistema límbico y formación reticular y el tronco de encéfalo. Asimismo, explica los tres mecanismos del estrés psicosocial, interpersonal y psicológico o individual.

Según Selye (1936), los factores a los que hace referencia, necesariamente deben representar una exigencia para el individuo, para que de este modo se produzcan las reacciones. El organismo, intenta adaptarse en forma adecuada a la situación al percibir los factores estresores, buscando resistir ante los fenómenos, o en forma inadecuada provocando muchas veces alteraciones de distinta índole con respuestas psicosomáticas.

El autor describe dos tipos de respuestas frente a las exigencias planteadas por una situación: el eustrés o estrés positivo, que es una respuesta adaptativa, en el sentido que permite al individuo hacer frente a las exigencias que se le plantean de manera más eficaz, y el distrés o estrés negativo, que resulta desadaptativo y produce una variedad de trastornos. Asimismo, plantea dos tipos de respuestas que se manifestaron en el hombre primitivo, con fines de supervivencia “lucha –fight - y fuga –flight”-, con el fin de comer y evitar ser comido.

Por su parte A. Kertész (2006) considera una tercer reacción, que es la inmovilidad “–fright”- y que se produce frente a una situación de temor. En la actualidad, muchas de las situaciones que resultan estresantes, no requieren necesariamente respuestas de lucha o fuga, pero sí de inmovilidad. Cuando el organismo se expone a una situación estresante, se produce un desequilibrio que puede desencadenar efectos negativos sobre el individuo.

Selye (1936) refiere que en el proceso que lleva de la exposición a los estresores hasta la aparición del estrés, que denomina “Síndrome General de Adaptación”, pueden reconocerse tres etapas: “alarma”, “resistencia” y “agotamiento”. La primera, producida por un estímulo agudo, exige una respuesta inmediata como puede ser de lucha o fuga. Con esta reacción el organismo inicia una serie de reacciones que generan actividades de los sistemas nervioso y endocrino. Cuando el estímulo continúa y ninguna de las respuestas de lucha o de fuga es posible, a esta primera etapa de alarma le sigue una de resistencia, que origina la adaptación del organismo al estresor. Si el estímulo que originó la etapa de alarma se prolonga en el tiempo, se ingresa en la tercera etapa de agotamiento. Ésta se da cuando el organismo ya no puede sostener la resistencia, o sea la adaptación, y entonces reaparecen las señales de la primera etapa de alarma, sólo que ahora la segunda etapa de resistencia no es posible, entrándose en el agotamiento y creándose dificultades para recuperar el equilibrio con consecuencias negativas para la salud del individuo.

Continuando con A. Kertész (2006): el autor explica que en la actualidad, las reacciones de alarma son poco significativas, en comparación con las que tenía que enfrentar el hombre primitivo. Sin embargo, la etapa de resistencia es la que plantea los mayores perjuicios, debido a que los estresores psicológicos individuales, representados por los diálogos internos negativos, ocupan gran parte del proceso mental. Además los estresores psicosociales son también muy significativos, dadas las situaciones de cambios constantes que se presentan en la sociedad actual y que se relacionan con exigencias, competencias, tanto a nivel laboral como económico, político y social.

Gutiérrez García (2005) también describe en etapas el estrés en su aspecto negativo. En un primer momento, se perciben las situaciones negativas y sus consecuencias. Luego, se realiza una evaluación, en la cual se reconocen las situaciones que el sujeto no puede resolver, así como aquellos factores que ocasionan un impacto negativo. Y por último, se entra en una fase de control, mediante el uso de estrategias de afrontamiento.

A. Kertész, (2006) refiere que es necesario considerar una serie de factores que provocan la aparición del estrés negativo, no sólo a través de agentes externos estresantes, sino de un estilo de vida caracterizado por: mala alimentación, adicciones, diversiones pasivas y sedentarismo. Las exigencias que se prolongan en el tiempo, generan un deterioro en la salud física y mental de las personas; también una excesiva competencia, sumada a la carencia de relaciones sociales satisfactorias, completa un cuadro que hace a las personas vulnerables al estrés. Si tales exigencias, no encuentran posibilidades de respuestas que descarguen la tensión permitiendo recuperar el equilibrio, aparece el estrés en sus diferentes expresiones.

Lazarus (1993) refiere que el abordaje del estrés desde un enfoque psicosocial, implica considerar algo que no se observa en las investigaciones realizadas por Selye (1936), y es la mediación cognitiva, presente en toda experiencia de estrés de las personas.

Según Krohne (2001), Selye ha fallado a la hora de explicar la forma en que, a través de esta mediación cognitiva, factores externos potencialmente estresantes, dan lugar a la experiencia subjetiva del estrés; tampoco ha analizado la forma en que las personas enfrentan los distintos factores estresores. En su teoría este autor, sostiene que los dos conceptos centrales para comprender el estrés psicológico son: 1- la evaluación que los individuos hacen acerca de lo que les está sucediendo y del significado que esto tiene para sus vidas y 2- el afrontamiento, entendido como los esfuerzos a través del pensamiento y la conducta que esos individuos realizan, para responder a las exigencias que se les presentan.

Lazarus y Folkman (1993) distinguen tres fases en el proceso del estrés: fase de anticipación, en la que el sujeto se prepara ante el estresor considerando posibles consecuencias; fase de espera, en la que evalúa sus respuestas de afrontamiento; y fase de resultado, que incluye las reacciones de la persona ante el resultado de sus respuestas de afrontamiento.

Según Casado Cañero (2002), cuando el sujeto percibe un estímulo, como ser un acontecimiento vital, luego realiza una evaluación de ese estímulo percibido; es decir, evalúa el significado personal que tiene ese acontecimiento, a fin de valorar si es o no relevante para su bienestar físico y psicológico. Si el estímulo es considerado relevante, podrá ser interpretado como desafío o como amenaza; en estos casos, las evaluaciones de desafío conllevan hiperactividad del SNA, ya que permiten sensaciones de seguridad y motivación; mientras que las evaluaciones de amenaza, pueden conducir hacia la evitación del estímulo al percibirse como

preocupación o ansiedad. La activación del SNA conduce a su vez a una segunda evaluación, en la que el sujeto valorará si posee las estrategias, recursos y habilidades suficientes para afrontar exitosamente el desafío o la amenaza. De modo que, la evaluación secundaria implica una búsqueda cognitiva de las opciones de afrontamiento y un pronóstico de las posibilidades de éxito o de fracaso, según las capacidades y habilidades que cada persona haya desarrollado a través de esas experiencias estresantes. "...No tememos tanto a las situaciones, como a la sensación de no poder hacer nada por controlarlas..." (Casado Cañero, 2002, p.5)

Al respecto, Rodríguez Marín (1993) afirma: "...Cuando no hay posibilidad de cambiar la situación o de asimilar emocionalmente la amenaza, la aproximación puede conducir a una preocupación excesiva, que consume tiempo y no produce..." (p.353)

Desde sus primeras formulaciones, la teoría de Lazarus (1993) acerca del estrés psicológico ha evolucionado, estableciéndose el concepto del estrés en términos relacionales; vale decir que no se trata de una forma específica de estímulo externo ni de pautas de comportamiento propias de los individuos, sino que el mismo se define por la relación que se da entre el individuo y el ambiente.

Krohne, (2001) refiere que en esa relación, es importante la evaluación que los sujetos hacen de las situaciones que les tocan vivir. Este concepto, se basa en la idea de que las emociones, incluyendo las asociadas al distrés, dependen de las expectativas que las personas tienen con respecto a la significación y el resultado de una situación.

Lazarus (1993) propone focalizar las investigaciones sobre estrategias de afrontamiento de factores externos, en la forma que las personas interpretan estos factores. Sostiene que los significados personales, son el aspecto más importante del estrés psicológico con el cual las

personas se enfrentan, dado que además influyen en la elección de la estrategia de afrontamiento a utilizar.

Teniendo en cuenta el esquema de Lazarus y Folkman (1984), el monto de estrés dependerá del desequilibrio entre las demandas del medio y los recursos del organismo, así como también, entre los requerimientos del organismo y la forma en que el sujeto puede dar respuesta a esas demandas (Folkman, 1984; Bandura, Taylor, Williams, Mefford y Barchas, 1985). También se considera que el monto de estrés, podría depender de la percepción por parte del individuo de sus habilidades para manejar la situación (Meichenbaum y Turk, 1982).

Continuando con los aportes de Lazarus y Folkman (1984) los mismos hacen hincapié en las características personales del sujeto en cuestión y en las características de la situación a la que éste se enfrenta. Describen además otros factores que influyen en la evaluación de una situación como estresante y en su respuesta: factores personales y factores situacionales. Entre los factores personales, incluyen elementos cognitivos como las creencias y los compromisos; éstos últimos revelarían lo que es realmente importante para cada sujeto, como ser la familia. Existen otros factores personales que influirían en la evaluación y respuesta al estrés, como son la personalidad y los hábitos de conducta. Los factores situacionales, que influyen en la evaluación y respuesta ante el estrés incluirían entonces características de la situación y sus dimensiones objetivas.

Por su parte, Rodríguez Marín (1995) destaca algunas características objetivas de la situación: la valencia -su potencialidad estresante-, la controlabilidad inherente a la situación, la mutabilidad -posibilidad de que la situación cambie por sí misma-, la ambigüedad -grado en que la situación en sí misma carece de información suficiente como para poder comprenderla-, la potencialidad de ocurrencia o recurrencia de la situación y el momento cronológico respecto al

ciclo vital. De acuerdo a este planteo, una situación ambigua podría ser evaluada como más estresante que una situación claramente definida; del mismo modo, una situación incontrolable, impredecible o recurrente podría también ser más estresante aún. En cualquier caso, los factores psicosociales determinarían en gran medida las percepciones e interpretaciones de los acontecimientos.) “...Nuestra percepción está determinada por el ecosistema en que vivimos y sobre todo, por el subsistema social al que pertenecemos...” (Rodríguez Marín, 1995, p.62).

Relacionando con los conceptos de Lazarus y Folkman (1984), se podría aseverar que, encontrar el sentido que una persona le otorga a ciertas situaciones potencialmente estresantes, es fundamental para identificar cuáles de ellas representan amenazas y cuáles no.

Como se decía anteriormente, la evaluación estaría determinada por factores personales y situacionales: entre los personales, se incluyen las disposiciones o rasgos de personalidad, las metas y los valores. En este punto es donde se podría incluir el concepto de sentido de la vida planteado por Frankl (1995), en tanto las metas y valores de una persona, se relacionan con el momento en el que se encuentre en el proceso de descubrimiento del sentido de su vida.

En cuanto a los efectos negativos de los factores estresores sobre la calidad de vida de las personas, éstos no tienen que ver solamente con alteraciones de la salud psico-física. Aún en aquellos casos en que no aparecen síntomas físicos que delatan la existencia de distrés, la adaptación forzada a las exigencias inherentes al estilo de vida actual, también afecta a las personas, ya que esa adaptación al entorno social, exige la renuncia a la individualidad, a la creatividad e incluso al sentido que la vida tiene para cada uno.

Al respecto, Carrasco González, de la Corte y León Rubio (2010) plantean que la gran mayoría de las investigaciones acerca del estrés y el desgaste profesional se han centrado en

estudiar los factores que afectan a la salud y al bienestar laboral, y lo han hecho desde una perspectiva negativa, que implica identificar enfermedades, síntomas, factores de riesgo, datos epidemiológicos y fuentes de malestar. Sin embargo, existe la necesidad de una aproximación positiva, más novedosa y emergente, que se base en las fortalezas del empleado y del funcionamiento organizacional óptimo y que ofrezca respuestas a demandas emergentes, en cuanto a los cambios que están aconteciendo en las sociedades modernas; en este contexto, surge el concepto de “engagement”. Los autores, plantean la utilidad del concepto de “engagement”, refiriéndose a altos niveles de energía y una fuerte identificación con el trabajo, como una herramienta fundamental para comprender estos fenómenos y poder prevenirlos. De este modo, las características implicadas en el “engagement”, podrían resultar fundamentales en la interpretación, alcance e importancia que tienen los factores estresores.

Desde este enfoque, se puede relacionar el “engagement” con el concepto de sentido de vida proveniente del Análisis Existencial, ya que resulta adecuado para evaluar la capacidad de las personas, en el sostenimiento de la motivación e identificación con la tarea que realizan, aún ante la presencia de factores estresores inherentes a las organizaciones laborales.

Sutton y Khan (1986) aplican estos conceptos al estrés ocupacional, considerando antídotos o moduladores del estrés, a saber: la comprensión y el control-predicción. Así es que definen comprensión, como la percepción de las relaciones de causa-efecto que el trabajador tiene sobre los sucesos relacionados con su tarea; y control-predicción, como la posibilidad y capacidad de anticipar la frecuencia y oportunidad de actuar sobre dichos sucesos.

A su vez estos autores, identifican una serie de características comunes a las situaciones estresantes, siendo algunas de ellas: la incertidumbre, ya que al no saber que podría pasar, se

daría una sospecha que la situación implique cierto peligro; y la incontrolabilidad, ya que los acontecimientos muchas veces escapan al control.

Volviendo a Lazarus y Folkman (1986), ellos expresan que el estrés podría derivar de demandas promovidas por los cambios sociales, señalando que pueden darse dos alternativas: por un lado, cuando los cambios sociales generan nuevas demandas como los avances tecnológicos, percibiéndose en un principio como posibles amenazas; por otro lado, por el hecho de que determinados trabajos o funciones podrían resultar obsoletos. De esta forma, los autores se preguntan si los cambios sociales son necesariamente estresantes, llegando a la conclusión de que depende de varios factores: la velocidad de los cambios y las expectativas, compromisos, creencias, recursos de afrontamiento y formas de vida del individuo y de los grupos sociales.

Por su parte Sandín (2002) ubica el origen de los estresores sociales en parte, en los sucesos vitales que requieren de reajustes en un breve periodo y que denomina: estrés reciente. Además, las demandas que requieren reajustes durante periodos de tiempo prolongados y que denomina: estrés de rol. Finalmente, los eventos que requieren reajustes diarios y que denomina: estrés diario. El autor plantea que los efectos del estrés, dependen de cómo se perciben los estresores, cómo el individuo maneja las situaciones, cómo afronta los problemas y cómo influyen en él los patrones de conducta sociales. "...Las personas no solo pueden percibir de forma diferente las amenazas de las situaciones estresantes, sino que también emplean diferentes habilidades, capacidades y recursos..." (Sandín, 2002, p.152)

Otro de los autores que se considera relevante en torno a este tema es Pearlin (1989), quien identifica también una serie de estresores crónicos, a saber: la sobrecarga de roles, cuando las demandas exceden las capacidades del individuo, así como cuando las normas institucionales

impiden un desenvolvimiento creativo, anulando la singularidad profesional; también el estrés por reestructuración de rol, que se produce cuando los roles evolucionan y persisten hasta que la persona se adapta a los cambios.

Pérez Jáuregui (2005) entiende el estrés laboral como un fenómeno que se manifiesta tanto a nivel individual, grupal como organizacional, siendo un trastorno de adaptación entre el trabajador y la situación estresora. "...Es la respuesta física y emocional negativa, displacentera, que ocurre cuando los requerimientos del trabajo no coinciden con las capacidades, recursos o necesidades del trabajador..." (Pérez Jáuregui, 2005, p.25). La autora define la exposición al estrés laboral, evidenciado en la desmotivación, insatisfacción, caída en la producción, licencias y bajas por enfermedad, agresividad y hostilidad en las interacciones, problemas funcionales en el organismo, manifestaciones de ansiedad y depresión. También se refiere al estrés negativo, llamado distrés, como un estado integral de tensión negativa, fuera de la situación interactiva particular en que dicha tensión se pudo originar.

Por su parte Durán (2010) se refiere al impacto del estrés laboral en el bienestar psicológico y la calidad de vida, manifestando que, en la actualidad no es posible eliminar el estrés, pero sí desarrollar habilidades y estrategias no sólo desde lo personal sino también desde el ámbito en que se desarrollan las personas; de este modo, se podrían manejar de una manera más saludable las situaciones de estrés perjudiciales para la salud y el bienestar de las mismas. "...Aprender a manejarlo utilizando diferentes técnicas, para una mayor productividad y mejores resultados de un estado óptimo..." (Durán, 2010, p. 75) Afirma el autor que la respuesta al estrés es el esfuerzo de nuestro cuerpo por adaptarse al cambio o con mayor precisión, por mantener la homeostasis. Se experimenta estrés cuando no se logra mantener o recuperar el equilibrio personal. Desde esta perspectiva, autoadministrar el estrés significaría, tener control sobre la

propia vida, aprendiendo a manejar en forma efectiva tanto los síntomas como las causas del estrés.

De acuerdo a la posición de Durán (2010), el estrés laboral se describe como un desequilibrio percibido entre las demandas laborales y la capacidad de control, las aspiraciones de la persona en relación con la realidad de las condiciones de trabajo y una reacción individual congruente con la percepción de los estresores laborales. Por lo tanto, se manifiesta como una respuesta adaptativa: reacción individual ante una determinada situación relacionada con el trabajo, percibida y valorada como desafío o reto positivo, o respuesta desadaptativa: ante una situación amenazante o dañina producto de la relación entre las demandas laborales y los recursos para afrontarla.

El autor refiere que el percibir la sensación de no poder tomar control sobre las situaciones provoca una sobrecarga de energía que deriva en consecuencias perjudiciales para la salud psíquica y física. “...Lo que debe propiciar la persona y la organización es la preponderancia de condiciones que impulsen un estrés positivo (eustrés)...” (Durán 2010, p.76)

Según Tebé (2007) el eustrés es la variante beneficiosa del estrés, y se da cuando se toma la demanda o situación como un reto a superar o como una oportunidad para aprender. El eustrés como el distrés, es un sistema que se realimenta a sí mismo, por lo que cuantas más situaciones la persona afronte y supere, más sabrá afrontar y superar situaciones futuras. De esta forma, el eustrés -estrés positivo-, estaría haciendo referencia a la presión que induce a la acción. “...El eustrés es la variante beneficiosa del estrés y se da cuando nos tomamos la demanda o situación como un reto a superar o como una oportunidad para aprender...” (Tebé, 2007, p.15)

En este contexto, Luthans y Avolio (2009) han introducido el concepto de capital psicológico, que incluye los siguientes componentes: la eficacia personal y social, la esperanza, el optimismo y la resistencia ante experiencias negativas. Con ese capital, se podrían prevenir las situaciones de distrés y favorecería la percepción de nuevas demandas como oportunidades más que como amenazas.

Una investigación realizada por Ryan y Deci (2000) sobre el bienestar y la felicidad, plantea que ambas están arraigadas en dos grandes tradiciones: la tradición “hedonista”, que las define como el logro del placer y evitación de dolor y la “eudaimónica”, que las considera como realización del potencial humano. Estas concepciones influyen en la evaluación de las situaciones de estrés, sus interpretaciones como amenazas u oportunidades y también las emociones, influyendo en las conductas de afrontamiento e interpretación de los efectos producidos. “...Los potenciales humanos innatos se vinculan con el crecimiento, la integración, el bienestar y con la exploración de los procesos y condiciones que fomentan el desarrollo saludable y el funcionamiento efectivo de los individuos, los grupos y las comunidades...” (Ryan y Deci, 2000, p. 10)

Continuando con el enfoque del estrés en su aspecto positivo, eustrés, los doctores Roberto Kertész y Bernardo Kerman describen el Modelo de Hexágono Vital, el cual resume los conceptos y técnicas más recientes y efectivas para un bienestar global físico, mental y social. Asimismo evalúa no sólo la reducción del distrés, sino también el incremento del eustrés. “...Todos estamos en condiciones de fijarnos objetivos sanos y gratificantes para acercarnos gradualmente al óptimo deseado y mantenerlos allí...” (Kertész, 2006, p.444)

El manejo adecuado del estrés, requiere la adopción de un estilo de vida que respete las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del individuo. Para ello, el Hexágono Vital cubre seis factores: dieta; ejercicio físico; relajación, respiración y reposo; trabajo y/o estudio; diversiones y esparcimiento; y grupo de apoyo y asertividad.

Otro concepto significativo relacionado al estrés es la resiliencia, descrito como la capacidad de contar con recursos y habilidades, que hacen a las personas más resistentes a las condiciones vivenciadas en los diversos ámbitos de la vida; así como también a la capacidad de tomar decisiones que llevan a la búsqueda de soluciones alternativas y al manejo de las tensiones. Desde esta concepción, se considera el estrés como una oportunidad para aprender una nueva conducta o habilidad.

Según Gutiérrez García (2005), "...los especialistas en Psicología, dentro del ámbito de la Prevención de Riesgos Laborales, hemos de fomentar los buenos hábitos preexistentes o educar en aquellos que necesitamos implantar, para que sea el propio sujeto quien produzca el cambio definitivo, quien se encargue del saber transformar en la medida de lo posible, el estrés malo en bueno, el distrés en eustrés..." (Gutiérrez García, 2005, p.11)

Continuando con este autor, el mismo propone el establecimiento de un enfoque positivo en las situaciones de desajuste, de tal forma que se potencien los aspectos que posibilitan el aprendizaje y desarrollo y se reconduzcan alternativas de intervención como así también de prevención, orientadas a la desactivación de los fenómenos negativos ocasionados por las condiciones estresantes.

También, Gutiérrez García (2005) se refiere a las situaciones de eustrés o estrés satisfactorio, como aquellas buscadas activamente por las personas en diversas áreas de la vida, las cuales

procuran experiencias positivas tales como: sensaciones y sentimientos placenteros, bienestar, adaptación, fortalecimiento de la propia autoestima y reforzamiento de estrategias de afrontamiento saludables.

2.2.1. Estrés y su relación con las estrategias de afrontamiento

Lazarus (2000) plantea su teoría relacional del estrés, como proceso personal de valoración y afrontamiento de situaciones.

Lazarus y Folkman (1986) desarrollan el concepto de estrés psicológico, como el resultado de una relación particular entre el sujeto y el entorno, que se produce cuando éste es evaluado por la persona como amenazante o desbordante, poniendo en peligro su bienestar. Al respecto, refieren: "...Una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar..." (p. 76)

Tal como afirma Labrador (1993), el estrés es un aspecto inevitable de la vida. A veces, contribuye a la adquisición de nuevas estrategias o la puesta en marcha de recursos personales excepcionales; ello permitirá su utilización en situaciones futuras y contribuirá a mejorar las creencias sobre la propia valía y el sentido de autoeficacia. Los trastornos psicofisiológicos y las alteraciones asociadas solo se presentarían ante una determinada frecuencia, intensidad o duración de la respuesta de estrés, es decir, cuando el exceso de activación fisiológica no pueda ser canalizado en un comportamiento útil. "...Debido a que hoy en día el tipo de respuesta requerida es bien cognitiva, pero con bajos requerimientos físicos, existe un problema de acumulación excesiva de sustancias no utilizadas en la respuesta de estrés que puede conllevar el desarrollo de trastornos..." (Labrador, 1993, p. 56).

El proceso de afrontamiento no es siempre constructivo o destructivo en sus consecuencias, sino que sus costos y sus beneficios dependen de la persona, el momento por el que está atravesando y el contexto de estrés. "...La determinación de si una conducta de afrontamiento es adaptativa, implica la consideración de tres factores: el dominio de resultado, el momento temporal y el contexto..." (Rodríguez Marín, 1993, p. 354)

El afrontamiento hace referencia a los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales, que realiza la persona para manejar el estrés psicológico, independientemente de sus resultados. Según Lazarus y Folkman pueden percibirse tres tipos de estrategias de afrontamiento, (1986): el afrontamiento cognitivo -buscar un significado al suceso, valorarlo de manera que resulte lo menos dañino tratando de enfrentarlo mentalmente-; el afrontamiento afectivo -centrarse en mantener el equilibrio disminuyendo el impacto emocional de la situación estresante- y el afrontamiento conductual -enfrentar la situación estresante buscando optimizar el resultado-.

Según los autores, el uso de unas estrategias de afrontamiento u otras, depende también de la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo, favorecerían la utilización de estrategias focalizadas en la solución del problema, mientras que las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación, favorecerían el uso de estrategias focalizadas en las emociones. En general, un afrontamiento óptimo requiere la capacidad de usar, de forma flexible, múltiples estrategias.

Según Lazarus y Folkman (1986), el afrontamiento cumple dos tipos de objetivos: alterar la fuente provocadora de estrés modificando la situación, o cambiar la manera en que ésta es tratada para reducir el estado emocional negativo. Estas dos funciones pueden complementarse, al contribuir al funcionamiento global del individuo o pueden interferirse.

Los autores también hacen referencia al afrontamiento en su papel mediador entre las circunstancias estresantes y la salud; las estrategias focalizadas en el problema, se relacionan con resultados más positivos, mientras las centradas en la emoción, se relacionan con la ansiedad y la depresión. La evitación se asocia negativamente con las formas de afrontamiento centradas en el problema. La confrontación y el distanciamiento, conducirían a resultados negativos, mientras que el autocontrol y la búsqueda de apoyo social resultarían menos discriminativos.

De esta manera, según Rodríguez Marín (1993), "...la respuesta o conjunto de respuestas que emite una persona para manejar un acontecimiento o situación que juzga estresante depende de sus recursos de afrontamiento (incluyéndose aquí, su capacidad y habilidad para llevarlas a cabo)..." (p.352)

Desde esta concepción, las estrategias de afrontamiento representan esquemas mentales de respuestas cognitivas, emocionales y conductuales, dirigidas a manejar, dominar, tolerar, reducir y minimizar, las demandas internas o ambientales y los conflictos que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona.

La variable afrontamiento, ha sido definida por Lazarus y Folkman (1986) como las habilidades cognitivas y conductuales utilizadas por el individuo para hacer frente y sobrellevar los eventos internos o externos que son valorados como amenazantes para su bienestar; esta valoración se da en dos momentos, la primera hace referencia a la estimación de las consecuencias que estas situaciones traen a la persona que las experimenta y en una segunda valoración, se consideran los recursos con los que se cuenta para disminuir o impedir dichas consecuencias.

Por su parte, Casado Cañero (2002), se refiere al proceso de evaluación de la situación estresante, clasificándola en primaria: cuando la valoración que hace el sujeto de la misma puede representar un riesgo para su bienestar o supervivencia. Además, la secundaria consiste en: la evaluación que hace el sujeto de los recursos que posee, considerando si posee la capacidad y recursos para enfrentar las demandas del medio. El juego de estas dos evaluaciones determina que la situación sea valorada por el individuo como desafío, cuando el sujeto percibe que sus capacidades no son suficientes y como amenaza cuando no cuenta con los recursos necesarios. “...Es evidente que este proceso de evaluación es auto-mantenido, ya que un fracaso previo deteriora la valoración de sus propios recursos como eficaces para hacer frente a la situación...” (Casado Cañero, 2002, p. 5).

Otros autores, Figueroa, Contini, Lacunza, Levin y Esteves (2005), describen el afrontamiento como un proceso que la persona pone en marcha para enfrentar situaciones estresantes, pero no siempre este proceso garantiza su éxito; si al realizarlo, el individuo soluciona la situación exitosamente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso de no tener éxito, buscará otro recurso. Por otra parte, Lazarus y De Longis (1983), las describen como la evaluación que realiza el individuo para manejar una variedad de situaciones específicas de su contexto.

Según Rodríguez Marín, López Roig y Pastor (1990), el afrontamiento responde a un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas, las cuales se le plantean en su acontecer vital, y para restablecer el equilibrio, adaptándose a la nueva situación. “...La adaptación, desde una perspectiva psicológica, se refiere a la capacidad de un sujeto por mantener niveles óptimos en su calidad de vida y en su funcionamiento social...” (1990, p. 364)

Estos autores expresan que la respuesta o conjunto de respuestas que emite una persona para manejar una situación estresante depende de sus recursos de afrontamiento, es decir, depende de que la persona disponga de ciertas conductas dentro de su repertorio conductual y también dependerá de que el contexto social y cultural le ofrezca los recursos correspondientes. Estos pueden ser: físicos, psicológicos, estructurales, sociales y culturales.

Según esta concepción, los recursos culturales tienen que ver con las creencias que la persona tenga sobre la enfermedad y la salud; esas creencias, normas, valores, símbolos vienen dadas por la propia cultura del individuo. Los recursos estructurales se refieren a la estructura de los papeles sociales que comprende la organización de un sistema social y a sus subsistemas y redes. También tienen que ver con los compromisos vitales personales, es decir, en la forma que cada persona tiene de interpretar el papel social asignado. “...Cuando preguntamos por la calidad de vida en enfermos crónicos, habitualmente estamos preguntando cuál es su nivel de estatus funcional (...) y cuál es la evaluación global que el enfermo mismo hace de la calidad de su vida...” (Rodríguez Marín, López Roig y Pastor, 1990, p.363)

Los recursos sociales también hacen referencia a los procesos de interacción social y al entorno en el que el sujeto actúa. Además, incluyen también los sistemas de apoyo social, muy importantes para el afrontamiento del estrés. Mientras que los recursos psicológicos hacen referencia a los estados afectivos y cognitivos que incluyen los esquemas de acción y los comportamientos del individuo, los recursos físicos hacen referencia al entorno físico del sujeto y a las características biológicas de su organismo.

Otros autores: Cano García, Rodríguez Franco y García Martínez (2007) aportan una clasificación de estrategias de afrontamiento, elaborando un instrumento de evaluación que es aplicado en este trabajo.

Resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.

Reestructuración cognitiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.

Apoyo social: son las referidas a la búsqueda de apoyo emocional.

Expresión emocional: están encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.

Evitación de problemas: incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.

Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.

Retirada social: implican la retirada de compañeros y personas significativas, asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante.

Autocrítica: basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Las estrategias propuestas por Lazarus y Folkman (1986) representan el afrontamiento dirigido a la acción, que son todas aquellas actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema, y el afrontamiento dirigido a la emoción, que implica las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema daría lugar.

“...En general, las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio...” (Lazarus y Folkman, 1986, p.172).

Con respecto al Inventario de Afrontamiento, los autores también clasifican las estrategias en función de resultar adecuadas o inadecuadas. En este sentido, se agrupan de la siguiente forma:

Resolución de problemas y reestructuración cognitiva, considerada como un manejo adecuado del problema.

Expresión emocional y apoyo social, consideradas un manejo adecuado de la emoción.

Pensamiento desiderativo y evitación de problemas, considerados un manejo inadecuado del problema.

Autocrítica y retirada social, consideradas un manejo inadecuado de la emoción.

En este Inventario, se evalúan los resultados, dividiendo el afrontamiento en:

a) afrontamiento activo o positivo, la premisa fundamental es ver el problema como una oportunidad para crecer, para aprender algo de la vida, lo cual implica planificar, priorizar, buscar soluciones, concentrar los esfuerzos en aplicar soluciones, reinterpretarla positivamente, buscar apoyo, aceptar la situación si no hay solución, autocontrol, confrontación, considerar que se tiene control sobre la situación y que se puede resolver, todo lo cual aumenta la confianza y eficacia.

b) afrontamiento pasivo o negativo, la base está en encarar la adversidad como una amenaza o daño personal, lo cual se caracteriza por una actitud de huida, evitando encarar el conflicto,

aplazándolo, abandonando cualquier esfuerzo para afrontarlo, delegándolo a otra persona y distanciándose.

Salanova, Grau y Martínez (2005) se refieren a la conducta de afrontamiento como una variable moduladora entre, las demandas laborales y sus efectos negativos o positivos para la salud y bienestar. A su vez estos autores, toman el concepto de autoeficacia como efecto modulador, a fin de destacar la interacción entre, las demandas del medio y la autoeficacia de la persona conjuntamente con las estrategias de afrontamiento utilizadas. "...La combinación entre altas demandas y altos niveles de autoeficacia profesional, se asociará con el afrontamiento activo, mientras que altas demandas con bajos niveles de autoeficacia profesional se asociarán con el afrontamiento pasivo..." (p. 392)

Bandura (1997) define la autoeficacia como "...las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados..." (Bandura, 1997:3).

Según esta concepción, las personas con altos niveles de autoeficacia, poseen confianza en sus habilidades para responder a los estímulos del medio, y su nivel de autoeficacia influye sobre la forma de percibir y procesar las demandas o amenazas ambientales.

Por otra parte, Salanova, Grau y Martínez (2005) definen a la autoeficacia como un amortiguador ante los estresores, como la exigencia y las normas institucionales, ya que, a niveles superiores de autoeficacia, menores niveles de malestar psicológico. Pero también, la autoeficacia puede hacer que las demandas del medio tengan efectos positivos, proporcionando bienestar, cuando se responde de manera adecuada a los requerimientos del medio. "...Su nivel de

autoeficacia influye sobre la forma de percibir y procesar las demandas o amenazas ambientales...” (Salanova, Grau y Martínez, 2005, p. 3)

Por su parte, Garrido (2000) habla de la autoeficacia positiva y la asocia con la persistencia, la dedicación y la satisfacción en las acciones que realizamos. “...La autoeficacia como mediadora o determinante prácticamente de todos los procesos cognitivos, afectivos y de conducta...” (Garrido, 2000, p. 106)

Según Jex, Bliese, Buzzell y Primeau (2001), es fundamental considerar esta relación, ya que el impacto de los estresores sobre el individuo depende, en gran medida, de las estrategias de afrontamiento que se adopten. En este sentido, los autores refieren que: “...La autoeficacia modula la relación entre determinados estresores, como las horas de trabajo, la sobrecarga y el significado de la tarea y algunas de sus consecuencias, como la satisfacción, síntomas físicos, tendencia al abandono y compromiso organizacional...” (p. 72)

Por otra parte, se podría decir que la investigación sobre la relación entre estrategias de afrontamiento y personalidad, ha llevado a establecer diferencias entre dos conceptos que podrían parecer similares: los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento.

Para Fernández Abascal (1997), los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. A su vez, las estrategias de afrontamiento representan procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes, dependiendo de las situaciones desencadenantes. En este sentido, los estilos de afrontamiento se pueden considerar como predisposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos

estable ante diferentes situaciones (Sandín, 2003), mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación. “...Los estilos de afrontamiento constituyen dimensiones más generales; son tendencias personales para llevar a cabo unas u otras estrategias de afrontamiento...” (Sandín, 2003, p. 153)

Pelechano (2005), considera que los estilos de afrontamiento son formas estables de afrontar el estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento hacen referencia a las acciones y comportamientos más específicos de la situación. “...El afrontamiento, en su mayor parte, podría ser ubicado en el campo de las competencias humanas, en el sentido de que facilita y coadyuva definitivamente a la supervivencia, siempre que ese afrontamiento sea eficaz...” (Pelechano, 2005, p. 12)

Hernández Zamora, Olmedo Castejón e Ibáñez Fernández (2004), consideran el afrontamiento como una estrategia de carácter individual, que analiza el carácter estresante de las situaciones, transformándose en una valoración subjetiva. Además, con sus estudios, llegan a la siguiente conclusión: “...Los sujetos que utilizan como estrategias de afrontamiento el escape-avoidance presentan mayores niveles de cansancio emocional y de ‘quemado’ que los sujetos con un afrontamiento centrado en el problema...” (p.332)

Desde esta perspectiva, Lazarus y Folkman (1980) proponen dos estrategias generales para afrontar el estrés:

1) afrontamiento directo o acción directa, aplicada a la fuente de estrés para intentar dominar el factor estresor;

2) afrontamiento indirecto o acción paliativa, que se aplica a las emociones, intentando reducir el malestar de la persona cuando no puede controlar el ambiente.

Este último tipo de afrontamiento no soluciona el problema, pero regula las emociones del individuo, reduciendo la amenaza percibida.

Respecto al tipo de afrontamiento indirecto, uno de los más trabajados es el apoyo social. Lin, Dean y Ensel (1986) lo definen como "...provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos..." (p.64) Es así que hay que tener en cuenta dos condiciones: si el apoyo es real o es sólo una dimensión subjetiva, relacionado con la percepción de sentirse amado, respetado, considerado por los demás, siendo en este caso un apoyo percibido. De todas formas, ambas condiciones aportan al bienestar general del sujeto.

El apoyo social también hace referencia a sentirse querido, protegido y valorado por otras personas cercanas en quien poder confiar, como pareja, familiares o amigos. No se refiere a la cantidad de personas cercanas, sino a la percepción subjetiva del sujeto respecto al apoyo recibido. Como recurso o estrategia de afrontamiento, es uno de los mecanismos que la gente valora como más eficaces para afrontar situaciones emocionales difíciles (Lazarus y Folkman, 1986; Vázquez y Ring, 1992).

Según una investigación realizada por Stone y Neale (1984), es más utilizado por mujeres que por hombres, y aunque la mayoría se ha centrado en el problema -es decir, buscar consejo, información, vías de solución-, este procedimiento también sirve como una importante fuente de apoyo emocional en cuanto a alivio, empatía y ayuda física.

Otros autores, Valdez y Flores (1985), hablan de percepción del apoyo social, y señalan que esta percepción puede estimular y mejorar las estrategias de afrontamiento. "...Los procesos interaccionales que se evidencian como protectores se dan cuando: a) se le expresa al sujeto

afecto positivo, acuerdo y sintonía, b) se le alienta la expresión de ideas y sentimientos, c) se le ayuda de forma material...” (Valdez y Flores, 1985, p.85).

Por su parte, Antonucci y Depner (1982) han formulado dos hipótesis sobre la actuación del apoyo social: a) efectos directos: “...a mayor nivel de apoyo social, menor malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social, mayor incidencia de trastornos, independientemente de los acontecimientos vitales importantes...” (p.93); b) efectos indirectos: los estresores sociales tendrán efectos negativos en los sujetos que tienen un nivel bajo de apoyo social. Es decir que el apoyo social actuaría protegiendo a los individuos de los efectos del estrés.

Gottlieb (1983) expresa, respecto a los efectos directos, que el apoyo social ejerce una influencia independiente en presencia de los estresores sociales. Al respecto, expresa: “...El apoyo social es una información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor...” (p.129)

El apoyo social es el conjunto de recursos con que cuenta un individuo para superar las crisis. Gallar (2006) se refiere a redes de apoyo, cuyas manifestaciones principales son:

a) redes de apoyo social natural, como ser la familia, amigos, vecinos y compañeros: “...el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata y dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para la persona que está atravesando por alguna situación de estrés...” (Gallar, 2006, p.40)

b) redes de apoyo social organizado que tienen ventajas: “...la solidez de sus estructuras, funcionamiento y son accesibles para casi todos los individuos...” (Gallar, 2006, p.40).

La percepción del apoyo social hace referencia a la apreciación subjetiva del individuo sobre el apoyo con el que cuenta, lo que incluiría sus expectativas sobre las fuentes de apoyo que cree tener, tanto desde el área sentimental, como desde el área social. En este sentido, Wethington y Kessler (1986) llegaron a la conclusión de que el efecto amortiguador del apoyo social frente a eventos estresantes, era una función del apoyo percibido más que del apoyo real recibido, argumentando que “...no sólo las percepciones de apoyo disponible son más importantes que las transacciones de apoyo real, sino que el último promueve el ajuste psicológico a través del primero, tanto como las soluciones prácticas de las demandas situacionales...” (Wethington y Kessler, 1986, p.85).

Gómez, Pérez y Vila (2001) señalan que al medir el apoyo percibido, éste puede ser visto en términos de apoyo global y funcional. En este sentido, los autores manifiestan que: “...El apoyo global hace referencia a la apreciación de la disponibilidad del apoyo y a la satisfacción con dicha percepción. Lo básico de esta perspectiva sería que al sentirse amado y cuidado podría aumentar la autoeficacia de la persona, así como su repertorio de afrontamiento...” (p.18).

Por otro lado, al medir el apoyo funcional se haría hincapié en las funciones del apoyo y su influencia en el estrés. No obstante en muchas ocasiones, al medir el apoyo percibido, éste puede confundirse con los acontecimientos estresantes, dado que la gente que sufre más acontecimientos vitales estresantes suele recibir más apoyo.

El apoyo social es una de las estrategias que constituye un manejo adecuado de la emoción, junto con la expresión emocional, la cual es una herramienta esencial para una comunicación más efectiva.

La expresión emocional se refiere a la habilidad de manifestar a otras personas las propias emociones, sentimientos, deseos, pensamientos, haciendo uso de los recursos disponibles. Para adquirir una mejor expresión emocional, Cisneros Figueroa (2011) recomienda en primer lugar, conocer las emociones de las cuales, las más importantes son: miedo, ira, tristeza, alegría, aversión y sorpresa. Una vez que se toma conciencia de estas emociones, habría que registrarlas, identificarlas, reconocerlas y expresarlas. “...El identificar y validar las emociones del otro, te permitirán crear un ambiente de confianza y de comprensión...” (Cisneros Figueroa, 2011, p.25)

Pennebaker y Susman (1988) expresan que liberar las emociones y expresar los sentimientos puede ser eficaz para: afrontar situaciones difíciles, reducir la probabilidad de rumiaciones obsesivas, somatizar e incrementar la actividad fisiológica. Al respecto, los autores refieren: “...Resulta curioso, aunque no sorprendente, que el uso de un diario, o actualmente el blog en Internet, en el que se detallan por escrito las preocupaciones, mejora de manera significativa el funcionamiento inmunológico en diversas variables de los sujetos...” (Pennebaker y Susman, 1988, p.58)

Otra estrategia es la Reestructuración Cognitiva. Según Bados y García Grau (2010), consiste en que el paciente, con la ayuda del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine la perturbación emocional y conductual causada por esos pensamientos. En la Reestructuración Cognitiva, los pensamientos son considerados como hipótesis, y el paciente junto al terapeuta, trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles.

“...Problemas frecuentes en la reestructuración cognitiva, tanto por parte de los pacientes como de los terapeutas, son el cuestionamiento de pensamientos poco importantes antes

de identificar los más significativos y el cuestionamiento insuficiente de los pensamientos automáticos...” (Bados y García Grau, 2010, p. 16)

La Reestructuración Cognitiva se basa en ciertos presupuestos teóricos, (Bados y García Grau, 2010), a saber:

“...El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten, actúan y el tipo de reacciones físicas que experimentan. (...) Es posible modificar las cogniciones de las personas, lo cual puede ser empleado para lograr cambios terapéuticos...” (p.3)

Los autores Rivadeneira, Dahab y Minici (2012) se refieren a esta estrategia como:

“... La Reestructuración Cognitiva es sin lugar a dudas, uno de los procedimientos más ricos y efectivos que nos ha brindado la psicología aplicada a la clínica. Si bien su target principal se encuentra en las cogniciones que pretende modificar, esto no puede realizarse en un vacío situacional y conductual. (...) La cognición, la conducta y la emoción se entrelazan en un vínculo inseparable, el cual se encuentra a su vez influido por todo un conjunto de factores ambientales...” (p.94)

La reestructuración cognitiva, implica la modificación del significado de la situación estresante, atendiendo a los aspectos positivos que tenga, lo cual expresa optimismo y una tendencia a ver el lado positivo de las situaciones. Esta estrategia al igual que la resolución de problemas, son asociadas al adecuado manejo de los conflictos.

La resolución de problemas es el proceso de ataque del problema: aceptar el desafío, formular preguntas, clarificar el objetivo, definir-ejecutar el plan de acción y evaluar la solución. El individuo puede servirse de modelos o guías que le faciliten el proceso de resolución.

Al respecto, Kornblit (2004) sostiene que la habilidad para resolver dificultades, está estrechamente ligada a la capacidad para tolerar la ansiedad que se siente durante el proceso de búsqueda de soluciones. De esta forma, esta autora presenta diferentes estrategias de resolución de problemas: organización de datos, ensayo-error y establecimiento de sub-objetivos. “...Consiste en segmentar la dificultad presente en diferentes componentes, resolver cada componente por separado y tratar luego de combinar las diferentes soluciones en una sola...” (Kornblit, 2004, p. 52)

Toda estrategia de resolución de problemas se verá favorecida si se dejan de lado los prejuicios y se apunta hacia la creatividad. Sin embargo, no todas las personas se hallan capacitadas para hacer uso por su propia cuenta, de estrategias de afrontamiento adecuadas. Es así como también algunos individuos, expuestos a la impotencia y el desborde que el estrés les ocasiona, realizarían un manejo inadecuado de los problemas y de las emociones.

Otra de las estrategias consideradas como inadecuadas, en cuanto al manejo de las emociones, es la retirada social, la cual suele ser síntoma de ansiedades y suele presentarse en sujetos con personalidad precavida y temerosa. La retirada social está íntimamente relacionada con el aislamiento, que consiste en retirarse de la interacción social, probablemente por una necesidad de afrontar los problemas desde la soledad.

También se considera inadecuada la autocrítica, la cual podría ser positiva, si consistiera en reflexionar sobre los propios pensamientos, motivaciones, sentimientos y comportamientos,

reconociendo la propia responsabilidad en el origen o manejo del problema, para actuar en base a esta reflexión. Sin embargo, las personas autocríticas, generalmente son excesivamente agresivas consigo mismas y no pueden ver más que sus defectos. (Cano García, Rodríguez Franco y García Martínez, 2005)

“...La crítica patológica es una voz interior crítica que conduce a una baja autoestima. Representan pensamientos negativos que acechan, atacan y debilitan los buenos sentimientos que pueda tener una persona sobre sí misma...” (Cano García, Rodríguez Franco y García Martínez, 2005, p.117)

Según los autores, esta crítica, aun siendo negativa y dolorosa, ayuda a cubrir ciertas necesidades, como sentirse seguro y aceptado por los demás. Las personas con baja autoestima utilizan esta crítica para estar seguros de que no harán nada malo que producirá el rechazo de los demás, aunque para ello tengan que sufrir los pensamientos negativos de su mente.

Por otra parte, las estrategias de afrontamiento que constituyen un manejo inadecuado de los problemas son: la evitación de problemas y el pensamiento desiderativo.

La evitación de problemas consiste en apartarse del problema, no pensar en él o pensar en otra cosa, para evitar que afecte emocionalmente; se emplea un pensamiento irreal improductivo, como pensar que la situación puede desaparecer, realizando actividades de distracción, diversiones relajantes, ver televisión, escuchar música, leer, tocar un instrumento musical entre otras; conductas de autocuidado como arreglarse, vestirse bien o practicar deportes; ordenar cosas, salir con amigos; o estrategias reductoras de tensión como comer, fumar, beber alcohol. (Cano García, Rodríguez Franco y García Martínez, 2005)

“...La evitación de problemas se halla relacionada con la supresión, la cual consiste en la evitación intencional de ideas, recuerdos, deseos, sentimientos, impulsos o experiencias que son desagradables y que producen malestar. Es una exclusión fuera del campo de la conciencia...” (Cano García, Rodríguez Franco y García Martínez, 2005, p.118)

Así, la persona estaría convencida que para evitar males mayores, debe postergar quizá indefinidamente, la expresión de una conducta. La evitación de la situación que provoca ansiedad, es una de las respuestas más comunes para intentar regularla. Es más fácil de ejercer frente a estímulos exteriores o ambientales que ante estímulos internos o de valoración social. (Cano García, Rodríguez Franco y García Martínez, 2005)

Por lo que se refiere al sostenimiento de la situación estresante, la evitación opera impidiendo que se establezcan la habituación o la extinción. En este sentido, los autores consideran que: “...la evitación puede considerarse en sí misma una estrategia de afrontamiento contraproducente, ya que si ocasionalmente impide un incremento puntual del estrés, lo que hace en realidad es contribuir a su sostenimiento y perpetuación...” (Cano García, Rodríguez Franco y García Martínez, 2005, p.118)

No obstante, hay un tercer factor que contribuye a que la evitación pueda provocar efectos contraproducentes: la evitación de las situaciones que generan ansiedad, implica la renuncia a planes e intereses, o la pérdida de condiciones que pueden ser importantes para el sujeto, lo que a su vez es fuente de ansiedad. (Cano García, Rodríguez Franco y García Martínez, 2005)

En cuanto al pensamiento desiderativo, “...consiste en el deseo de que la realidad no fuera estresante, fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras...” (Cano García, Rodríguez Franco y García Martínez, 2005, p.120) De esta forma, se fantasearía con la

idea de que el problema deje de existir o que se halle una solución mágica. Es un tipo de pensamiento irracional, mágico, por lo cual es considerado inadecuado, ya que no se focaliza en el problema real ni en soluciones reales.

La posible causa de que algunas personas elijan una determinada estrategia u otra, estaría ligada a la variabilidad individual. Por ello es que hay enormes diferencias en cómo las personas vivencian y afrontan un mismo conflicto, problema, situación, suceso o acontecimiento vital, más o menos estresante. De la misma forma, los hechos que se enfrentan son únicos, nunca se repiten, ni espacio-temporalmente ni el protagonista de ellos. Así es que "...la vivencia de estrés es una experiencia subjetiva de sobrecarga física, emocional y cognitiva, frente a una situación que rompe la estabilidad y se prolonga en el tiempo..." (Cano García, Rodríguez Franco y García Martínez, 2005, p.125)

Por su parte (Lazarus y Folkman, 1986) refieren que, ante un suceso potencialmente estresante, el individuo realiza dos tipos de valoraciones: a) una valoración primaria, que consiste en analizar si el hecho es positivo, neutro o negativo, valorando las consecuencias y desafíos y b) una valoración secundaria, en la que se analizan los recursos y las capacidades del organismo para afrontar la situación estresante.

Según estos autores, un suceso interno o externo es estresante, en la medida que el sujeto lo perciba o lo valore como tal, considerando las presiones percibidas y los recursos de afrontamiento que se consideran disponibles, sean cuales sean las características del mismo.

Por su parte, según Schmid, Drexler, Fischmann, Uter y Kiesel (2011), existen diferentes determinantes del afrontamiento, a los cuales denominan factores moduladores e influyen en la preferencia o elección de las estrategias de afrontamiento. Ellos son: la personalidad, la cual

determina un estilo de afrontamiento; la búsqueda de sensaciones, lo cual implica tomar riesgos; la sensación de control, para que el sujeto no piense que ninguna estrategia de afrontamiento va a resultarle eficaz; el optimismo, que consiste en expectativas de que los resultados serán positivos. Las estrategias que utilizan estas personas, suelen estar centradas en el problema, y favorecen la búsqueda de apoyo social, focalizando en el lado positivo de la experiencia estresante.

Algunos de los factores moduladores mencionados por los autores son:

“...el grado de compromiso que los sujetos asumen con lo que emprenden, la tendencia a evaluar las dificultades como reto, como algo que pone a prueba sus capacidades y no como una amenaza; el sentimiento de control sobre las propias circunstancias y la tendencia a enfocar los problemas de forma realista y con optimismo, centrado en la acción y la búsqueda de alternativas variadas de posibles soluciones...” (Schmid, Drexler, Fischmann, Uter y Kiesel, 2011, p.158)

Por otra parte, Avía y Vázquez (1998) afirman que las personas pesimistas se caracterizan más por el empleo de la negación y el distanciamiento del estresor, centrándose más en los sentimientos negativos producidos por el estresor. “...Creemos que hay construcciones objetivas que limitan mucho, a veces nuestra capacidad de construir y algunas realidades, tienen existencia independientemente de cómo y quién las construya...” (Avía y Vázquez, 1998, p.3)

Se precisaba anteriormente que los estilos de afrontamiento son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y las que determinarán el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, su estabilidad temporal y situacional. Algunas personas tienden a contarles sus problemas a los demás, mientras que otras se los guardan para sí mismos.

Por su parte, los autores Carver, Scheier y Weintraub (1989) han propuesto una clasificación, que discrimina entre estilos de afrontamiento activo/pasivo y adaptativo/desadaptativo. Al respecto, existen personas con un estilo confrontativo, que buscan información o actúan directamente ante cualquier problema, mientras que otras tienen una tendencia evitadora y minimizadora del problema. “...En general, el afrontamiento activo es adaptativo, y el evitativo es desadaptativo; sin embargo, hay situaciones en que la acción es desadaptativa, o la pasividad es adaptativa, según su efectividad ante determinada situación...” (Carver, Scheier y Weintraub, 1989, p. 271)

El estilo confrontativo es más efectivo cuando existe un suceso amenazante que se repite o persiste a lo largo del tiempo y es útil para anticipar planes de acción ante riesgos futuros, aunque puede que tenga un costo mayor en ansiedad. Mientras que la estrategia evitativa puede ser más útil para sucesos amenazantes a corto plazo.

Otros autores, como Holahan y Moos (1987) señalan que, a la larga, el estilo evitativo suele ser ineficaz para manejar circunstancias vitales complicadas. También refieren que se hace uso de otro tipo de estrategias de afrontamiento, positivas y negativas, ante las situaciones estresantes, como: el humor, el poder mental y la agresión pasiva. “...El sentido del humor permite afrontar conflictos o situaciones potencialmente angustiantes de forma humorística, acentuando los aspectos cómicos o irónicos...” (Holahan y Moos, 1987, p.6)

Con respecto a la expresión pasiva, los autores refieren que es la expresión de agresividad hacia los demás de forma indirecta y no asertiva. Muchas veces, se da como respuesta ante demandas de acción o independencia, pero puede ser adaptativa, cuando la comunicación directa y asertiva está censurada, por lo que no es posible expresar asertividad de forma abierta.

Conclusiones:

Se intenta conocer el estrés que podrían experimentar los profesionales y técnicos de la salud que trabajan en un centro de atención a pacientes drogodependientes. Asimismo, ubicar las etapas de: resistencia, dado que este mecanismo se utilizaría para defenderse de las exigencias que conlleva la tarea; y la etapa de agotamiento, que implicaría el malestar producido por las demandas de los pacientes y exigencias de la institución en el cumplimiento de las normas.

Sumado a esto, conocer la incidencia de otros factores asociados al estrés, como la exigencia laboral, la carga emocional que conlleva su profesión y la responsabilidad frente a los pacientes, a familiares y a la propia institución.

Se intenta también, pensar esta temática como desafío, a partir de las estrategias de afrontamiento utilizadas frente a los estresores provenientes de la actividad laboral y de su entorno institucional.

Se podría inferir que bajo la situación de estrés, influyen factores situacionales que se encuentran relacionados con las presiones percibidas en el ámbito laboral, las frustraciones que producen las reincidencias de los pacientes en el consumo de sustancias y el desgaste de tener que adaptar los propios valores a los requerimientos normativos institucionales. Asimismo influyen factores individuales, ya que la vida personal, la educación, los valores y la personalidad, también inciden en el nivel de estrés y en las diferentes formas de percibirlo y de afrontarlo.

Es la intención del presente estudio observar la dimensión que alcanza el sentido de la vida en esta población, al considerarse que el mismo es un aspecto relevante para superar y prevenir las amenazas percibidas en el trabajo, plausibles de desencadenar manifestaciones de estrés. Así, la

persona que haya encontrado su sentido, podría afrontar determinadas situaciones desde otra posición, al contar con mayores recursos y posibilidades de resolución de las mismas, lo que implica utilizar las capacidades de autodistanciamiento, autotranscendencia, libertad y responsabilidad. Mientras que, aquellos que no han encontrado todavía su sentido de vida, podrían quedar más vulnerables a los conflictos institucionales, demandas y exigencias laborales, más aún si encuentran dificultada las posibilidades de respuestas de descarga adaptativas.

Es necesario mencionar además que el sentimiento de frustración que pueden experimentar, surge también porque dichas personas se encuentran inmersas en una institución atravesada por normas muchas veces rígidas, que coartan la libertad de dar curso a su creatividad, convirtiendo la tarea en rutinaria y limitando así el desarrollo de las potencialidades personales.

¿Qué es lo que hace que los profesionales y técnicos sigan eligiendo trabajar con pacientes drogodependientes a pesar de ver limitada su creatividad dentro de la institución y a pesar de las frustraciones que se observan en la recuperación de pacientes con esta patología?

Este aspecto es fundamental de analizar, a la hora de abordar el problema del estrés en los trabajadores de la salud que enfrentan día a día la tarea de tratar a pacientes drogodependientes, con entornos familiares y sociales que hacen muy difícil la recuperación. La pobreza de un sentido de vida frente a las elecciones que realizan los profesionales y técnicos respecto de su elección laboral y su proyecto de vida ampliado a otras áreas, se encontraría relacionada con el estrés.

Una propuesta que resulta interesante para ilustrar estos fenómenos es la ofrecida por Sandín (2002), la cual denomina estrés crónico. Refiere que los estresores sociales crónicos consisten en

problemas, amenazas y conflictos relativamente duraderos, que surgen en el trabajo cotidiano de las personas.

Se puede inferir que algunos profesionales y técnicos de este estudio, se podrían sentir estresados frente a las diversas demandas de los pacientes y frente a las exigencias de las normas institucionales, mientras que otros podrían percibir de forma diferente las posibles amenazas de situaciones estresantes, al contar con mayores recursos personales y sociales para sobrellevarlas.

En el presente trabajo, se intenta destacar especialmente el estrés en su aspecto positivo, -eustrés- como una oportunidad para enfrentarse a las situaciones conflictivas o problemáticas y salir fortalecido hacia el descubrimiento del sentido de vida. La identificación y vocación en el trabajo que los convoca y el encuentro con el sentido de vida ampliado hacia otras áreas vitales, posibilitaría vivenciar estas experiencias como desafíos, para un mayor crecimiento y aprendizaje en cuanto al bagaje de habilidades y capacidades adquiridas.

Las personas se enfrentan cotidianamente a situaciones inesperadas, las cuales se podrían resolver a través de estrategias de afrontamiento adecuadas, que brinden una sensación de control sobre las mismas. De este modo, se podrían resolver tanto de manera positiva como negativa para la salud y el bienestar general, requiriendo de los esfuerzos cognitivos y conductuales, para manejar las que se presenten como amenazantes y así sobrellevarlas mejor. Esto remite a que no todos utilizan las mismas estrategias ni de la misma forma, sino que depende de las características personales, del entorno, de los valores y creencias que posea cada individuo y de la red de apoyo social que lo contenga en situaciones difíciles.

Es de esperar que, ante este tipo de condiciones, los profesionales y técnicos con elevado nivel de autoeficacia, utilicen más conductas de afrontamiento centradas en el problema, que aquellos

con menos niveles de autoeficacia. Si los profesionales y técnicos confían en poder manejar con eficacia las situaciones amenazantes, los estresores no serían entonces perturbadores para ellos. Se trataría de relativizar las condiciones laborales estresantes, a fin de tomarlas como un desafío para el desarrollo laboral, en lugar de percibir las como un obstáculo.

Lejos de sentirse agobiados por las dificultades que pudieran surgir en el ámbito laboral, los profesionales y técnicos de la salud del presente estudio, podrían utilizar este tipo de herramientas positivas, que implican tomar las riendas del problema y las emociones y hacerles frente o tratar de sobrellevar las situaciones de la forma más adecuada posible.

Existen diferentes estrategias para afrontar las situaciones laborales estresantes. Los profesionales y técnicos de este estudio harán uso de aquellas que estén a su alcance, según sus recursos y estilos de afrontamiento y según sus capacidades personales. Los recursos estarían relacionados a la disponibilidad de tiempo, educación, dinero y calidad de vida. La elección de esas estrategias podrá ser positiva o negativa para sobrellevar las consecuencias de éstas.

Anteriormente se destacaron las ocho estrategias descritas en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, en su adaptación al español por Cano García, Rodríguez Franco y García Martínez (2007). A continuación, se ilustran cada una de ellas, con algunas ideas observadas en la experiencia de la población estudiada, dentro del marco institucional en el que se desempeña, a saber:

Resolución de problemas, apunta a que las personas puedan enfrentar las situaciones problemáticas, buscando modificarlas con el fin de encontrar una solución favorable.

Reestructuración cognitiva, se observa su aplicación cuando se intentan elaborar los conflictos, a fin de percibirlos de un modo menos nocivo.

Apoyo social, se utiliza cuando los sujetos buscan apoyarse mutuamente a fin de que las amenazas provenientes de los factores estresores, no afecten el normal desenvolvimiento de las tareas.

Expresión emocional, se usa con el fin de canalizar las emociones negativas y generar propuestas encaminadas a la búsqueda del bienestar y la solución de los conflictos.

Evitación de problemas, se intenta con ella buscar otras distracciones, a fin de no pensar en el problema y evitar confrontar con la autoridad o los compañeros, al tener un punto de vista diferente.

Pensamiento desiderativo, apunta a modificar la idea o pensamiento que surge de la situación estresante, con el propósito de evitar el displacer que la misma produce.

Retirada social, implica una acción de huida del entorno social-laboral ante la situación estresante vivenciada, por miedo a enfrentarse con el estresor o por no contar con los recursos apropiados para sobrellevarlo.

Autocrítica, a través de la cual las personas podrían culparse de las situaciones estresantes vivenciadas, tal vez por sentirse responsables de ellas, repercutiendo de manera negativa sobre la mente y las emociones e impidiendo enfrentar el problema de una manera saludable.

3. Antecedentes

Se han realizado numerosas investigaciones sobre estrés y afrontamiento y sobre sentido de vida, tanto en Argentina como en otros países del mundo. Aquí se consideran las más cercanas a las variables utilizadas en esta investigación.

En lo que se refiere al estrés, una investigación reciente en China (Zhang, Smith, Zheng y Wang, 2011), con 336 profesionales de la salud, ha detectado una serie de problemas somáticos, como cansancio ocular, jaquecas y desórdenes del sueño en un porcentaje considerable de ellos. Entre las variables relacionadas con estos problemas, se encuentra un entorno ocupacional adverso, así como también una situación familiar problemática. En el otro extremo, un entorno laboral amigable y un alto interés en la tarea que se realiza, muestran una correlación negativa con estos síntomas psicosomáticos.

Mientras que en Alemania, un equipo condujo una investigación que abarcó a 1748 individuos, tratando de comparar la prevalencia del estrés ocupacional entre profesionales de la salud y trabajadores de otra rama (Schmid, Drexler, Fischmann, Uter y Kiesel, 2011). La muestra incluyó médicos, enfermeras y personal administrativo de un hospital y por otra parte, ejecutivos y empleados de una firma proveedora de servicios financieros. Los resultados muestran formas específicas de manifestación del estrés para los diferentes grupos ocupacionales: las enfermeras exhibían dolor de espalda y enfermedades de la piel, mientras que los médicos se mostraban extenuados. Un hallazgo destacable es que el personal administrativo del hospital exhibía respuestas similares a las de los profesionales de la salud, en cuanto a su nivel de estrés y claramente diferentes a los empleados de la compañía financiera.

Esto estaría mostrando que las condiciones estresantes en las que se lleva a cabo el trabajo en el hospital tienen consecuencias negativas para todos aquellos que trabajan allí, aún cuando no estén en contacto directo con los problemas que plantean los pacientes. Además, se ve reflejado en los resultados del estudio, en tanto todos los grupos de trabajadores del hospital expresan la necesidad de mejorar el ambiente de trabajo y de ser mejor apreciados por sus tareas.

Con respecto a la importancia de la vocación o interés de la persona en la actividad que realiza, se llevó a cabo una investigación acerca del rol modulador de la implicación en el trabajo entre el estrés ocupacional y la satisfacción laboral en España, con personal militar, en donde el sentido del deber es particularmente importante (López-Araujo, Osca Segovia y Peiró, 2007). Los resultados muestran que, cuando la implicación con el trabajo -evaluada en dos dimensiones: identificación psicológica y sentimientos de deber- es alta, la relación entre satisfacción laboral y estrés desaparece. De las dos dimensiones consideradas de la implicación en el trabajo, el sentimiento de deber parece ser la más importante en esta población, ya que los sujetos presentaron una alta satisfacción laboral, a pesar de la presencia de estrés cuando esta dimensión presenta valores altos, independientemente del nivel de identificación personal.

Por otra parte, en una investigación realizada con 287 profesionales de la salud en La Habana se propuso analizar la presencia de estrés y burnout en esta población (Hernández, 2003). Formaron parte de la muestra médicos y enfermeras de atención primaria y secundaria, a los que se evaluó con una versión breve del cuestionario de Burnout y con dos instrumentos para medir el estrés: la escala de síntomas de estrés (ESE) y el Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud (IEPS).

La prevalencia de estrés fue significativamente mayor a la del síndrome de burnout (50% vs. 30%), aunque en el caso de las médicas que trabajaban en atención primaria, la prevalencia de burnout llegó al 48%.

Además de encontrarse diferencias significativas en ambas variables, según el género y la profesión de los sujetos, se halló una asociación significativa entre el bajo reconocimiento a la tarea de los profesionales y la presencia de ambos fenómenos. En un análisis más detallado, los resultados muestran que el burnout afectó principalmente a las mujeres médicas que se desempeñaban en atención primaria, mientras que el estrés prevaleció entre las enfermeras del mismo nivel de atención.

Las fuentes de estrés más frecuentemente identificadas fueron, por orden de importancia: la necesidad de actualización para mantener la competencia profesional, los conflictos con superiores, la responsabilidad por los resultados en la atención a los pacientes, el bajo reconocimiento por parte de la población asistida, la incertidumbre en el manejo de información con el paciente o sus familiares y la necesidad de cuidar el estado emocional de los mismos. La mayoría de ellas, están vinculadas con la relación entre el profesional y su paciente, incluyendo también los intercambios con los familiares; uno de ellos es más personal -la necesidad de actualización permanente- y el restante se enmarca dentro del entorno y dinámica organizacional.

Por otra parte, se ha encontrado una investigación más reciente, realizada en Perú, para conocer el grado de agotamiento laboral en los profesionales de la salud que se desempeñan en los centros de salud de Lima Metropolitana (Loli P., Arias Galicia, Alarcón y Loli P., 2008). Se evaluó una muestra de 89 sujetos que cursaban estudios de postgrado en diversos centros superiores de estudio, encontrando un nivel de agotamiento laboral normal con tendencia a ser

más bajo. En un análisis más minucioso, se detectaron correlaciones entre el estrés y variables propias de la organización y condiciones de trabajo, como la satisfacción con el salario, la relación con los pacientes y el medio ambiente físico. Por otra parte, se encontró una asociación negativa entre estrés y variables como vida familiar, satisfacción con el horario, satisfacción con la vida y suficiencia de materiales.

Por otro lado, en San José, Costa Rica, se ha empleado un Programa Holístico para la Vivencia del Estrés en Profesionales de Enfermería (Espinoza Guerrero, Valverde Hidalgo y Vindas Salazar, 2011). La población participante estuvo integrada por un grupo de enfermeras que trabajan en la sala de operaciones del Hospital Hotel La Católica. Para el desarrollo del programa, se empleó la intervención grupal, en la que se consideró la dinámica de grupo como un proceso subyacente que expresa la realidad psicológica funcional del mismo. Este trabajo, da como resultado que los niveles de estrés que aparecen en los profesionales de enfermería son: la confianza en sí, la expresión de sentimientos, la autonomía y la resolución de problemas. Otros aspectos que generan estrés son: la toma de decisiones, irreversibilidad de acciones, apariencia personal, alimentación y manejo de emociones. En el entorno extrapersonal, le otorgaron como máximo nivel de estrés a la seguridad ciudadana, la contaminación y lugar de residencia; en cuanto al ámbito laboral, dos personas lo consideraron como el que mayor estrés les provoca y tres personas lo colocaron en el nivel intermedio.

Para el desarrollo del programa, se empleó la intervención grupal, ya que de la dinámica de grupo subyace la realidad psicológica funcional del grupo; dicho espacio representó un lugar sociológico, al ser un contexto global y estable, un espacio situacional, instrumental, empleado como estrategia para cumplir una tarea.

El objetivo de sistematización consistió en vincular la experiencia de participar en el programa para la vivencia del estrés de las facilitadoras y aprehendientes, tomando en cuenta su historia de vida para mantener el ordenamiento y la reconstrucción de los procesos vividos.

La investigación se realizó por fases: la primera consistió en la selección del tema y las participantes -una muestra no probabilística de 10 enfermeras-; los criterios para seleccionar a las participantes del programa fueron los siguientes: ser mujeres profesionales de Enfermería en la etapa de adultez, que se encontraran trabajando en el Servicio de Sala de Operaciones del Hospital Hotel La Católica y que estuvieran interesadas en asistir.

La segunda fase, detección de necesidades e intereses, se realizó mediante un perfil de entrada basado en el Modelo de Sistemas de Betty Neuman, con el cual se evaluaba el estrés en diferentes cuestiones, en una escala de 1 al 5, en la que 1 significaba nada de estrés; 2, bajo; 3, mediano; 4, considerable y 5, máximo.

La tercera fase era el planeamiento del programa en el que se utilizaron los aportes de la Educación del Siglo XXI. En cuanto a la técnica, se empleó la de talleres vivenciales, para la cual, se elaboraron ejercicios de relajación, autoestima, musicoterapia, aromaterapia, autoobservación, entre otras.

Se concluye en el presente trabajo que las enfermeras mantienen elevados niveles de estrés, relacionado con factores de su entorno intrapersonal e interpersonal, por lo cual el trabajar en el fortalecimiento de las características psicológicas vitales fue de gran importancia para encontrar la relación estrés-enfermedad. Además, el género influye en la creación de un entorno que las incapacita para el autocuidado, por lo que el trabajar en ese ámbito, generó en cada una de las

participantes una mirada integral respecto de sí, la cual contempla su cuerpo, mente y espíritu para fortalecer su salud mental.

Mientras que, en la Universidad Simón Bolívar, Venezuela, se ha investigado acerca de las relaciones entre el estrés laboral, la sensibilidad egocéntrica negativa y la salud en profesionales venezolanos (Goncalves, Feldman y Guarino, 2009).

Para este estudio, se midieron: el estrés laboral percibido, según el Modelo demanda-control-apoyo social, la sensibilidad egocéntrica negativa y el estatus salud física y psicológica autopercebida, en 441 profesionales venezolanos de diferentes disciplinas y de ambos sexos.

Los resultados mostraron que el estrés laboral y la sensibilidad egocéntrica negativa impactan sobre la salud autopercebida. La sensibilidad egocéntrica negativa se relaciona positivamente con mayores demandas laborales, así como con una mayor ansiedad, depresión, reportes de enfermedad, síntomas e indicadores de morbilidad y de manera inversa, con control laboral, apoyo social, autoestima y bienestar, encontrándose evidencias previas sobre el efecto permeable de la sensibilidad egocéntrica negativa sobre la salud y el bienestar de los individuos.

Los resultados obtenidos confirman la asociación entre el estrés laboral y la salud, tanto física como psicológica, con base al modelo de demanda-control-apoyo social desarrollado por Karasek y Theorell (1990) y coinciden con otras investigaciones que destacan el efecto negativo de la sobrecarga laboral, el bajo nivel de control y autonomía sobre las condiciones laborales, así como el impacto del bajo apoyo social en el desarrollo de problemas de salud y enfermedades.

En cuanto a las demandas laborales, se asocian con todos los indicadores de salud física utilizados, al igual que con mayores síntomas tanto físicos como psicológicos, ansiedad y depresión. En cuanto al control laboral, se asoció positivamente con la autoestima y el bienestar y

de forma negativa con depresión, ansiedad, indicadores de morbilidad y reporte de síntomas. En cuanto al apoyo social laboral, como tercera dimensión del Modelo de Karasek y Theorell (1990), los resultados obtenidos destacaron su importancia como factor protector de la salud.

En Brasil, también se ha realizado un estudio sobre el estrés en estudiantes de enfermería (Corral-Mulato, Antoniassi Baldissera, dos Santos, da Silva Philbert y Villela Bueno, 2009). Fue realizada una investigación cualitativa, en base a la aplicación de un cuestionario abierto. Las respuestas fueron interpretadas a través del análisis temático, categorizando las variables cualitativas identificadas. Participaron 8 estudiantes del sexo femenino, que cursaban el último año del pregrado de Enfermería. La modalidad de la entrevista fue abierta, preguntándoles a las participantes temas como el significado de estrés; su relación con la vida profesional; las estrategias utilizadas para evitarlo, tanto en lo personal como en su formación.

Los resultados indicaron que el tema del manejo del estrés fue abordado en la formación y se sintieron preparadas para trabajar esa temática en su futura práctica profesional; sin embargo, fue evidente la utilización del sentido común para responder las preguntas de investigación. Las participantes propusieron como estrategias de alivio del estrés: el descanso, las actitudes optimistas y el autocontrol. Las participantes del estudio relacionaron el estrés personal con las situaciones de desequilibrio y dificultades en la vida profesional, exceso de trabajo y falta de vocación.

En Mérida, Venezuela, se ha realizado una investigación sobre estrés ocupacional y satisfacción laboral en médicos del Hospital Universitario de Los Andes (D'Anello, Marcano y Guerra, 2003). Se plantearon tres objetivos fundamentales: identificar los niveles de estrés por

especialidad médica, identificar diferencias sexuales en las fuentes de estrés ocupacional y determinar la asociación entre estrés ocupacional y satisfacción laboral.

La muestra fue conformada por 52 médicos de diferentes especialidades y 21 estudiantes del último año de medicina. Se administraron dos instrumentos: el SATRA, que mide satisfacción laboral y el ETRA, que mide estrés ocupacional. Para el análisis de los datos, se generaron tres grupos de comparación: estudiantes en el área de emergencia e internistas especialistas.

Los resultados indicaron que: -a- no existen diferencias significativas entre los grupos de comparación de estrés total; sin embargo, se encontró que los estudiantes presentaron puntajes más altos que los internistas en la dimensión de estrés denominada ‘interferencia en el desempeño de las funciones’; -b- para la muestra total, el aspecto más estresante fue la interferencia en el desempeño de funciones, seguida por sobrecarga de trabajo, conflicto en las relaciones interpersonales y finalmente, conflicto de roles; -c- no se encontraron diferencias entre mujeres y hombres en estrés ocupacional; -d- el estrés está asociado negativamente con la satisfacción laboral y -e- los estudiantes que trabajan en el área de emergencia se observaron más insatisfechos en el trabajo que los otros dos grupos de comparación. Los resultados se discutieron a la luz de las implicaciones del estrés para los trabajadores de los servicios de salud pública.

Por su parte en Brasil, se realizó un estudio a profesionales de la salud mental sobre estrés y estresores ocupacionales (Santos y Cardoso, 2010). En el mismo, se evaluó la manifestación de estrés, la autopercepción de estrés y los factores estresantes del trabajo en profesionales de servicios sustitutivos de salud mental. Participaron 25 trabajadores de la salud mental en consulta externa y hospitalización, de una ciudad del interior del Estado de San Pablo Brasil, a los cuales se les aplicó el Inventario de Síntomas de Estrés para Adultos de Lipp y el Guión

Complementario. Los datos cuantitativos fueron tratados por medio de estadística descriptiva y los demás, analizados cualitativamente. Se verificaron 36% de los profesionales con manifestación de estrés y 44% percibiéndose bajo estrés.

Condiciones de trabajo y relación en el trabajo fueron los factores más frecuentemente asociados a la percepción de estar bajo estrés. Es en el contexto de un equipo multidisciplinario que se expresan más dificultades, lo que indica la necesidad de una intervención para mitigar estos conflictos. Ante estos conflictos, se observó que los profesionales crean estrategias de cuidado para reducir las situaciones estresantes. Se insiste en que las características personales son importantes para el desarrollo del estrés.

Se concluyó en que: los profesionales vivencian estresores asociados a los cambios relativos al paradigma psicosocial de atención, apuntando a la necesidad de intervención dirigida al desarrollo de estrategias de afrontamiento de las situaciones ocupacionales estresoras.

También en Brasil, se ha realizado un estudio exploratorio para comprender el estrés relacionado con las actividades ocupacionales de las enfermeras profesionales (Stacciarini y Tróccoli, 2001). Los objetivos del estudio fueron: conocer el significado del estrés para el enfermero, identificar cuáles son los factores estresantes en las distintas actividades ocupacionales de este profesional y establecer si la actividad ocupacional realizada por el enfermero es percibida como estresante.

La muestra fue conformada por tres grupos de enfermeros, asistenciales, administradores y docentes, que trabajan en el servicio público de la ciudad de Brasilia. Los datos fueron obtenidos por medio de entrevistas semi-estructuradas. Aunque no tienen un concepto claro de lo que es el estrés, las enfermeras vivencian diversas situaciones estresantes, relacionadas con los factores

intrínsecos del trabajo, con las relaciones personales, con los roles estresantes y con la estructura de la organización para la cual trabajan.

Continuando con Brasil, en 2008 se investigó de forma integrada, posibles indicadores de alteraciones cognitivas, depresión, ansiedad y agentes estresores ocupacionales en auxiliares y técnicos de enfermería, así como de enfermeros de diversos sectores de la Santa Casa de Misericordia de Asís-SP, por medio de instrumentos de rastreo psicológico y cognitivo (Paschoalini, Martins Oliveira, Frigério, Ribeiro Pereira Dias y dos Santos, 2008).

Participaron en el estudio 66 profesionales de enfermería, evaluados por instrumentos de rastreo psicológico y cognitivo, quienes trabajan en turnos de 8 horas o 6 horas diarias en nueve sectores del hospital: maternidad, clínica médica mujer, privado, servicios de emergencia, clínica médica hombre, ortopedia, pediatría, medicamento central y Centro Quirúrgico.

Para medir el estrés, se utilizó el Índice de Estrés de Enfermería-NSI, el cual investiga los agentes estresores de la profesión de enfermería. Los resultados indicaron que la experiencia de estrés no fue homogénea en el equipo de enfermería; los puntajes altos en el rastreo de depresión fueron asociados a puntajes cognitivos bajos.

Mientras tanto, una investigación más actual se desarrolló en la provincia de Buenos Aires, Argentina (Spinelli, Trotta, Guevel, Santoro, García Martínez, Negrín y Morales Castellón, 2013). La misma se propuso estudiar cuál es la situación de salud de los trabajadores de los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires, recortando el objeto de estudio a hospitales públicos del Gran Buenos Aires, en el período entre el 2010-2012. Las categorías ocupacionales incluidas fueron las de profesionales, técnicos, administrativos y obreros.

Se trabajó con un concepto amplio de salud, más allá de lo biológico y de la enfermedad, por lo cual se tuvieron en cuenta dimensiones de trabajo, empleo, organización y vida institucional.

La conclusión del estudio da cuenta de que más de la mitad de los médicos (51,6%) reconoce que no tiene el tiempo suficiente para tener un buen diálogo con los pacientes. El 59,7% reconoce que la falta de tiempo hace que no le dediquen el espacio que desearían y respecto a los riesgos en su área de trabajo, el 65,7% identificaron la manipulación de agujas como condiciones de exposición a sustancias nocivas.

En cuanto a la relación del estrés con las estrategias de afrontamiento, existe una investigación realizada en Málaga con profesionales de enfermería de salud mental (Perea-Barena y Sánchez Gil, 2008). El estudio incluyó 44 enfermeras de salud mental de tres servicios del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga y detectó que la mayoría de las enfermeras analizadas no usan estrategias de afrontamiento adaptativas, a pesar de la importancia que las mismas tienen para que logren hacer frente eficazmente a su trabajo. No obstante, se encontró una correlación positiva entre el uso de estrategias adaptativas, principalmente las orientadas a la resolución de problemas, y la satisfacción laboral. Para los autores, estos hallazgos sugieren la necesidad de promover la formación y entrenamiento en el uso de estrategias de afrontamiento entre el personal de enfermería.

Para medir las estrategias de afrontamiento se usó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Tobyn, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989) adaptado por Cano, Rodríguez y García (2007), el cual se utilizó también para el presente estudio.

Asimismo fue utilizado este instrumento en el Hospital Universitario del Sur de Brasil, donde se realizó un estudio cuantitativo que tuvo como objetivo identificar estresores, nivel de estrés de

los enfermeros, estado general de salud y formas de afrontamiento implementadas por los enfermeros en el ámbito laboral (de Azevedo Guido, da Costa Linch, de Oliveira Pitthan y Umann, 2011).

Los datos se recogieron mediante tres instrumentos: formulario de averiguación de actividades diarias, Inventario de Estrategias de Coping e inventario sobre el estado general de salud. La población del estudio se compuso de 143 enfermeros, la mayoría de ellos con bajo nivel de estrés (55,25%) y con estado regular de salud (50,35%).

En relación a las formas de afrontamiento, se identificó a la resolución de problemas como el factor de media mayor, llegando hacia la conclusión que deben incentivarse acciones educativas, a efectos de disponer de herramientas para que el profesional desarrolle estrategias de coping resolutivas en su cotidianeidad, minimizando el efecto del estrés en su estado de salud y en su trabajo.

Por otra parte en Venezuela, se llevó a cabo un trabajo de investigación sobre afrontamiento y sensibilidad emocional como moderadores de la relación estrés-salud en médicos (Bethelmy y Guarino, 2008). La muestra estuvo conformada por 130 médicos, de diferentes categorías laborales (residentes, adjuntos y jefes de servicio), que trabajan en unidades críticas de hospitales públicos de la ciudad de Caracas, a quienes se evaluó su nivel de estrés laboral, sensibilidad emocional, estilos de afrontamiento y salud percibida. Las regresiones jerárquicas indicaron que los estilos de afrontamiento racional y por desapego emocional, actúan como variables protectoras de los síntomas físicos, mientras que el afrontamiento por evitación constituye un factor de riesgo que acentúa los efectos negativos del estrés sobre la salud. El afrontamiento por evitación fue la única variable que actuó como moderadora de la relación entre el control

percibido y los síntomas psicológicos. La sensibilidad emocional no mostró un efecto moderador, pero pudo establecerse su impacto directo sobre los síntomas.

Mientras que en Colombia, se realizó un estudio no experimental de tipo correlacional, analizando la relación existente entre los niveles de ansiedad y las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los estudiantes que inician sus prácticas profesionales en Psicología de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (Castellanos Cárdenas, Guarnizo Castillo y Salamanca Camargo, 2011). La población estuvo conformada por 36 jóvenes estudiantes, con un rango de edad entre los 21 y 29 años, solteros, quienes realizan sus prácticas durante el segundo semestre de 2010; los instrumentos utilizados fueron la Escala Estrategias de Coping de Chorot y Sandin (1993), validada para población colombiana por Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre (2006) y la escala Zung de Zung (1971), validada y adaptada para Colombia por De la Ossa, Martínez y Herazo (2009).

Los resultados mostraron que existe una alta correlación negativa entre el nivel 1 de ansiedad -no hay ansiedad- y las estrategias resolución de problemas y reestructuración cognitiva, mientras que el nivel 3 -moderada a severa- presenta una correlación positiva con la estrategia reestructuración cognitiva.

Por otro lado, en la Universidad Católica de Costa Rica, se llevó a cabo un diagnóstico sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas por un grupo de once técnicos en emergencias médicas (TEM) de la Cruz Roja Costarricense (Pérez Molina y Rodríguez Chinchilla, 2011).

En el estudio participaron un total de 11 TEM de la Cruz Roja Costarricense: ocho del Comité Metropolitano de Servicios de Emergencia y Rescate (COMSER) y tres del Comité Auxiliar en San Antonio de Belén, Heredia, contando con una mujer por cada grupo.

La investigación es de enfoque cualitativo y de tipo fenomenológico. La elaboración del programa siguió cuatro fases: -a- la recolección de información, -b- el análisis integrativo de entrevistas y observaciones, -c- el diseño del programa de intervención, y -d- la aplicación y evaluación de una sesión integrativa.

Se realizó un análisis integrativo, por medio de la triangulación de datos obtenidos en entrevistas y observaciones realizadas durante y después de las emergencias, tomando como categorías de estudio las situaciones de emergencia y las estrategias de afrontamiento. Los datos se codificaron y categorizaron mediante el programa de análisis cualitativo Atlas.ti 5.0.

A continuación, se analizaron las estrategias de afrontamiento empleadas por los TEM al aplicarles la Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M, Londoño, et al., 2006). De la escala se unieron, para un mejor análisis y síntesis, las estrategias Control y Evitación emocional en una sola: Control o evitación emocional. Además, se sustituyó la estrategia Religión por la de Espiritualidad.

En la segunda fase, se realizó una triangulación de los datos de las entrevistas y de las observaciones, con el fin de estudiar y entender el fenómeno. Con base a los resultados de la triangulación, se integraron y contrastaron los datos con las perspectivas teóricas. Se analizaron las categorías: Situaciones de emergencia y Estrategias de afrontamiento, con sus subcategorías - formas y estrategias de afrontamiento y las 12 estrategias de afrontamiento obtenidas y modificadas de la Escala de Estrategias de Coping-Modificada-.

Desde el enfoque teórico de la crisis, los hallazgos del diagnóstico mostraron afectadas todas las áreas conductuales, afectivas, somáticas, interpersonales y cognoscitivas, así como el área espiritual. Los factores desencadenantes del estrés en los TEM remitieron más a los aspectos

contextuales que rodearon a las situaciones atendidas, que a las mismas situaciones de emergencia.

Las estrategias de afrontamiento a pesar de ser funcionales, no resultaron ser las más saludables. Con base en los resultados, se elaboró y aplicó un programa de intervención psicológica para la promoción y puesta en práctica de nuevas estrategias de afrontamiento y una adecuada elaboración de pensamientos, emociones y conductas. La investigación da cuenta de la necesidad de potenciar la salud de manera integral de la población, a través de las áreas de autocuidado, habilidades sociales, expresión de sentimientos y manejo del estrés; además denota que hace falta superar a nivel institucional, la falta de comunicación y conocimiento entre los TEM y la Unidad de Soporte Psicológico.

En la tercera fase, se diseñó el programa ‘¿Quién nos ayuda a nosotros?’, que consiste en la apertura de un espacio para elaborar los efectos biopsicosociales y espirituales generados por los TEM, con el fin de enseñar estrategias de afrontamiento saludables. Sin embargo, debido al factor tiempo de los técnicos, se aplicó una única sesión integrativa del programa.

Por otra parte en Argentina en el año 2008, se realizó un estudio sobre la relación entre estrategias de afrontamiento y estrés laboral en hombres y mujeres de 18 a 41 años (Garcete, 2008). Dentro de estrés laboral, se han tomado en cuenta sólo aquellos que han tenido algún problema laboral, como desocupación, falta de estabilidad laboral, juicio laboral y jubilación.

Esta investigación se realizó con una muestra total de 100 personas de ambos sexos. Hay un predominio del 57% masculino sobre el 43% femenino sobre el total de la muestra, siendo la muestra total de nacionalidad argentina.

Se utilizó el Inventario de Respuestas de Afrontamiento, cuyos autores son Moos y Moos (1993). Se trata de una prueba que posibilita analizar la interacción entre el individuo y su entorno por medio de uno de los conceptos centrales a tener en cuenta: el afrontamiento.

Al evaluar la distribución de respuestas de afrontamiento en la muestra total con sujetos que han padecido estrés laboral, se evidencia mayor uso de respuestas de afrontamiento por aproximación, es decir, que se focalizan en el problema, mientras que una minoría elige respuestas por evitación.

Es decir, que los resultados de este estudio muestran que, ante la situación específica de estrés laboral, los sujetos tienden a implementar en mayor grado, respuestas como: la Revalorización positiva, la Resolución de problemas y el Análisis lógico. Por lo tanto, los sujetos tienden a movilizar en mayor grado, las respuestas focalizadas en el problema y no en la emoción; es decir, evidencian intentos conductuales de reducir la tensión que el estrés laboral -evento estresor- les genera.

Al evaluar la presencia de diferencias significativas entre las estrategias de afrontamiento empleadas por hombres y las implementadas por mujeres que han atravesado estrés laboral, se encontraron diferencias significativas -al 1% y 5%- en las Escalas de descarga emocional y Búsqueda de apoyo.

Se observó que en ambos sexos existen estrategias de afrontamiento. En las mujeres que han sufrido estrés laboral, predominan las estrategias de afrontamiento evitativas y las de aproximación; esto indicaría la naturaleza recíproca y dinámica de las relaciones de aproximación y evitación en el proceso de afrontamiento y de estrés. Así, las mujeres que han padecido estrés

laboral se centran tanto en la emoción como en el problema y realizan intentos para no pensar en ello y para poder resolver sucesos vitales.

Por otro lado, haciendo referencia al género masculino y al tipo de afrontamiento que presenta, puede decirse que ante el estrés laboral, predominan las respuestas de aproximación. Esto está relacionado con la mejor resolución de los problemas y con mejores funcionamientos en cuanto a las respuestas por evitación, debido a la acción directa para enfrentar el problema, a diferencia de las mujeres que utilizan más el apoyo social, tal como se refleja en la investigación.

Mientras tanto, en Valencia España se realizó un estudio sobre estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana (Escriba-Agüir y Bernabé-Muñoz, 2002). El estudio ha sido cualitativo, con entrevistas semi-estructuradas individuales a 47 médicos especialistas de seis hospitales públicos de la provincia de Valencia.

Con el fin de obtener una variabilidad suficiente y proporcionar mayor riqueza al análisis del discurso, se tuvieron en cuenta las siguientes variables estructurales para la elección de los participantes: el género, la edad, el estado civil, las cargas familiares, la especialidad médica, la categoría profesional y la antigüedad profesional.

Se pudo verificar que el personal facultativo hospitalario emplea una serie de estrategias de afrontamiento frente a los siguientes factores estresores laborales: la incertidumbre ante la instauración de un diagnóstico o tratamiento, la posibilidad de ser demandado por la mala práctica profesional y los efectos generales de los factores estresores laborales.

Las estrategias de afrontamiento referidas con más frecuencia por los facultativos entrevistados, analizadas de manera general, son las centradas en las emociones y concretamente,

la desconexión conductual y la búsqueda de apoyo social emocional. Sin embargo, ante factores estresantes puntuales de la práctica diaria, las estrategias más frecuentes son las centradas en el problema. Una parte importante de los médicos entrevistados manifiesta no tener ninguna recompensa laboral. Entre los que sí expresan elementos de recompensa, refieren en primer lugar el salario, seguido de la satisfacción personal por la dedicación a la medicina.

Mientras tanto, en Sevilla España, (Morano-Báez, Albar-Marín, García-Ramírez, Prieto-Guerrero y García-Nieto, 2009) se realizó un trabajo de investigación que indagó el afrontamiento del estrés en profesionales de enfermería hospitalaria. La práctica se centró en la contextualización de los problemas y en el diseño e implementación de acciones, usando el enfoque psicopolítico y la metodología de investigación acción participativa (IAP).

Los participantes fueron profesionales de enfermería de 4 unidades de medicina interna del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Se utilizó el cuestionario ISTAS, entrevistas y grupos de discusión, mediante los cuales enfermeras e investigadores valoraron, definieron, propusieron e implementaron diferentes acciones para mejorar sus condiciones de trabajo.

Las situaciones problemáticas identificadas con el cuestionario, se relacionan con las exigencias psicológicas, el conflicto de roles y la estima. La principal causa del estrés en los profesionales es la falta de personal, según la opinión de los supervisores. En los grupos de discusión se decidió intervenir sobre tres situaciones: a- necesidad de presencia continua del celador en las unidades, para la movilización de pacientes no autónomos; b- necesidad de controlar el horario de visitas y el número de familiares que acompañan a los pacientes y c- necesidad de mejorar los registros de las actividades, implantados al personal de enfermería.

El Inventario de Estrategias de Afrontamiento ha sido utilizado también en el trabajo realizado en Argentina, por Ciano y Gavilán (2010), el cual articula el Modelo de Envejecimiento Activo y el Modelo Teórico Operativo en Orientación, con el propósito de conocer cómo elaboran los nuevos proyectos los adultos mayores que pertenecen al sistema formal de trabajo y aquellos que permanecieron fuera de él y cómo diseñan las propuestas programáticas de Orientación y elección educativa, laboral, personal y social destinadas a esta población.

La muestra estuvo conformada por sesenta personas de entre 64 y 74 años de edad, residentes en la Ciudad de La Plata. Las primeras conclusiones dan cuenta de la importancia que atribuyen los adultos mayores a la elaboración de proyectos en esta etapa del ciclo vital, prevaleciendo los proyectos educativos, personales y sociales; así como la identificación de factores económicos, condiciones de salud, demanda de cuidados de otros familiares y apoyo social entre otros, como condicionantes para la concreción de dichos proyectos. Las diferencias encontradas con respecto al sistema de trabajo al que pertenecieron se observan principalmente, en el tipo de proyecto elaborado.

Los resultados mostraron que: las situaciones problemáticas presentadas por los adultos mayores que formaron parte del estudio son: conflictos familiares, mudanzas propias, rupturas de lazos de amistad, problemas de salud propios y de familiares y escasos recursos económicos. Ante estos conflictos, las estrategias de afrontamiento utilizadas fueron, en mayor o menor medida, las descritas en este cuestionario.

Otro estudio realizado con el Inventario de Estrategias de Afrontamiento fue el realizado en Extremadura España por Felipe Castaño y León del Barco (2010), el cual intentó describir las relaciones entre el estilo de conducta interpersonal auto-informado y las estrategias de

afrontamiento, en una muestra de 162 estudiantes universitarios -125 mujeres y 37 varones- ante situaciones de estrés general y estrés interpersonal. Para ello, se emplearon las Escalas de Adjetivos Interpersonales y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes en ambas situaciones y correlaciones significativas entre los estilos interpersonales característicos y las estrategias de afrontamiento. Se discutieron los resultados desde la teoría interpersonal de la personalidad, en cuanto a las relaciones entre personalidad y afrontamiento y el análisis de los conceptos de estilos y estrategias de afrontamiento.

Mientras tanto, en España se realizó una investigación con el fin de identificar factores psicosociales relacionados con el estado de salud mental en profesionales de Organizaciones de Servicio Humano (OSH). Para ello, se evaluaron profesionales Socio-sanitarios y de la Educación de diferentes centros pertenecientes a la Administración Pública de Andalucía (Vázquez Díaz, Pérez Cano, Arroyo Yanes y Suárez Delgado, 2010).

Participaron 117 profesionales que trabajan en distintas Organizaciones de Servicio Humano - Centros de Atención Socio Educativos, Residencias de tercera edad, Centros de Enseñanza Infantil y Primaria-, de las áreas de Enfermería, Auxiliares de Clínica, Personal de servicio doméstico, Técnicos de Educación Infantil, Psicología, Trabajo Social y Educación. Fueron divididos los participantes en dos grupos: X -dedicado a la educación- e Y -dedicados a los cuidados de salud-; todos los participantes lo hicieron en forma voluntaria. Se realizó un muestreo intencional con selección aleatoria de las unidades muestrales últimas -período comprendido entre Enero y Abril de 2009- entre los trabajadores que acudieron a reconocimiento

en el Área de Vigilancia de Salud del Centro de Prevención de Riesgos Laborales de España. Sólo un 5.98%, 7/117, declinó al no participar en el estudio.

La evaluación de los factores psicosociales de motivación del trabajador se realizó mediante una escala elaborada “ex profeso”. La evaluación del estado de salud mental se realizó con el cuestionario de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28). Los resultados mostraron que el 79.2% de los participantes presentaban más de 7 puntos en la GHQ-28. Entre los factores motivacionales más vinculantes, se pudieron encontrar aquellos que relacionan el desarrollo profesional con los éxitos y los fracasos, destacando los beneficios del trabajo para alcanzar una mejor calidad de vida.

Además, se realizó un análisis sobre la fiabilidad y validez del cuestionario de Motivación y Satisfacción Laboral. Para la fiabilidad, se utilizó el Coeficiente Alfa de Cronbach. Para el análisis de la validez, se empleó la “validez de constructo” mediante la técnica de la Red Nomológica. El trabajo concluyó en que las variables psicosociales motivacionales, representan factores a tener en cuenta en la definición del estado de Salud en profesionales de OSH.

Por otro lado en España, se realizó un estudio exploratorio entre las enfermeras catalanas (Bao, Rebekka, Scott y Dolan, 2012); dicho estudio mostró correlación entre las relaciones de la incongruencia de valores de los individuos y el bienestar de las organizaciones, con las variables de percepción de la salud, el deseo de cambio -personal, de empleo, de ubicación- y la propensión a accidentes, como mediada por el agotamiento.

Se realizó una encuesta en uno de los mayores hospitales universitarios de Cataluña España en 2009, utilizando un diseño transversal. Un total de 234 enfermeras participaron en el estudio. La regresión por pasos se utilizó para probar las relaciones directas y de mediación.

Las hipótesis fueron confirmadas por determinados ejes de valores y el resultado de las variables. En particular, la incongruencia del valor económico y ético, resultaron estar correlacionadas con el burnout. La incongruencia económica, el valor ético y el emocional, se correlacionan con la intención del deseo de cambio que puede ser personal, de ubicación o de empleo. Mientras que la incongruencia del valor ético y emocional se correlaciona con la propensión a accidentes.

Por su parte, Carrasco González, de la Corte y León Rubio (2010) plantearon que la gran mayoría de las investigaciones acerca del estrés y el desgaste profesional se han centrado en estudiar los factores que afectan a la salud y al bienestar laboral, y lo han hecho desde una perspectiva negativa, que implica identificar enfermedades, síntomas, factores de riesgo, datos epidemiológicos y fuentes de malestar. Los autores destacaron sin embargo, la existencia de investigaciones recientes que emplean un enfoque más positivo, intentando identificar factores protectores del bienestar profesional y personal del trabajador y explicar por qué hay personas y organizaciones que gozan de una mayor energía positiva en relación con el trabajo. Esta línea de investigación nos parece interesante, y está detrás del objetivo de analizar la relación que existe entre el proceso de búsqueda del sentido de la vida y la presencia de estrés.

Los autores mencionados plantean la utilidad del concepto de engagement, tomado de la Psicología Positiva, que refiere a altos niveles de energía y una fuerte identificación con el trabajo, como una herramienta fundamental para la comprensión de estos fenómenos y su prevención. Las características implicadas en el engagement podrían resultar fundamentales en la interpretación del alcance e importancia de los factores estresores, lo cual en el análisis transaccional del estrés, es un elemento fundamental para la aparición del distress.

Rodríguez Fernández (2008) destaca que existe una relación detectada en varias investigaciones, entre el sentido de la vida y una mejor salud mental. En la misma línea, existen investigaciones que señalan la existencia de una relación significativa entre el sentido de la vida y el estrés. (Bauer-Wu y Farran, 2005). Además el autor sostiene que en otras investigaciones, se encontró una relación significativa entre el hecho de hallar un sentido a la vida y el impacto resultante de enfrentar situaciones estresantes. Por este motivo, se consideró al proceso de búsqueda de sentido de la vida, como un factor protector o amortiguador entre el estrés y sus consecuencias negativas (White, 2004).

El campo en el que se ha desarrollado más el análisis de la relación entre el sentido de la vida y su impacto en las situaciones estresantes es el de la oncología. Los resultados de las investigaciones, señalan que es importante la relación entre encontrar un sentido en la vida y una mejor adaptación a la situación. Además, se encontró una correlación negativa con la ansiedad, la depresión y el estrés (Bauer-Wu y Farran, 2005).

El estudio realizado por los autores plantea una comparación entre pacientes con cáncer de mama, encontrando que aquellas que tenían hijos evidenciaban un mayor nivel de sentido de la vida y un menor nivel de estrés que aquellas que no los tenían. Esto estaría señalando indirectamente, la existencia de relación entre el nivel de estrés y el sentido de la vida alcanzado por la persona. Además, se detectó de manera directa una relación moderada entre el nivel de estrés y el sentido de la vida.

La Escala Existencial es el instrumento elegido para el presente trabajo con el fin de medir sentido de la vida en la población estudiada, el cual se ha utilizado en varias investigaciones. Uno de ellos es el realizado en la Universidad del Aconcagua Mendoza por Nesci (2010), el cual

analiza la importancia del desarrollo de las competencias personales y existenciales de los adolescentes en la escuela. Se esbozaron conclusiones a partir de los resultados obtenidos en la aplicación de la Escala Existencial a los adolescentes de entre 17 a 18 años de edad, que cursan el tercer año del polimodal en una Institución Educativa Privada de la Ciudad de Mendoza, durante el mes de noviembre de 2009. El objetivo fue destacar en qué grado de desarrollo se encuentran las competencias personales y existenciales de los mismos.

Dicha investigación se centró en la hipótesis: “Entre el 40% y el 50% de los adolescentes de 17 a 18 años de edad presentan una baja puntuación en el autodistanciamiento personal-existencial para la construcción del proyecto de vida.” El 42,9% de los sujetos analizados mostraron una baja puntuación en el desarrollo del autodistanciamiento personal–existencial, esto indicaría una desorganización del espacio libre interior. Por lo cual, los adolescentes tendrían dificultades al momento de percibir, es decir que no conocen, no se informan ni se dan cuenta de las situaciones reales que acontecen en su entorno. Esto indicaría una predisposición al retraimiento, ya que la persona está muy ocupada de sí misma o por inmadurez, no ha podido descubrirse. El 52,4% de los adolescentes no atribuye validez objetiva a los valores, por el contrario, indican subjetivismo frente a los mismos, ya que las decisiones son tomadas teniendo en cuenta solo los propios deseos e intereses; es decir, evaluando las ventajas subjetivas y a partir de una percepción selectiva de los valores. En el 90,5% de los adolescentes, sus propios deseos aparecen como centro de interés en la vida, quedando todo lo demás subordinado.

Con respecto al Valor Existencial, integrado por la libertad y la responsabilidad, en general los adolescentes tienen un buen desarrollo de esta capacidad, por lo que Nesci (2010) concluye que tienen desarrollada la capacidad de decidir y por lo tanto, de aceptar la situación y comprometerse con la misma y el mundo, reflejando de esta manera, una conciencia de

obligación. Estos resultados estarían señalando la importancia de un enfoque basado en el Análisis Existencial para enfrentar los problemas relacionados con la ansiedad y el estrés.

Como conclusión, se puede inferir que a partir de las investigaciones y experiencias encontradas, se considera pertinente continuar profundizando en la relación que existe entre el sentido de la vida y el estrés laboral, a fin de destacar los factores protectores que promueve el encuentro con el sentido, aspecto que ha sido especialmente destacado en este estudio.

4. Objetivos e hipótesis

Objetivo general

Examinar la relación entre Sentido de Vida y Estrés Laboral en los profesionales y técnicos de la salud que trabajan en un centro especializado en drogodependencia, observando las estrategias de afrontamiento más significativas según los resultados.

Objetivos específicos

Objetivo 1.

Examinar los niveles de estrés que presentan los profesionales y técnicos que trabajan en un centro de drogodependencia.

Objetivo 2.

Evaluar las capacidades personales y existenciales relacionadas con el Sentido de Vida, a través de la Escala Existencial (EE).

Objetivo 3.

Analizar la relación entre la presencia de síntomas de estrés y las capacidades personales y existenciales relacionadas con el Sentido de la Vida.

Objetivo 4.

Observar e identificar las estrategias de afrontamiento más significativas según los resultados.

Objetivo 5.

Examinar la relación entre la presencia de síntomas de estrés y las estrategias de afrontamiento más significativas observadas según los resultados.

Hipótesis

Hipótesis 1.

Los profesionales y técnicos que trabajan en un centro de drogodependencia se encuentran, medianamente, bajo situación de estrés.

Hipótesis 2.

Los profesionales y técnicos que trabajan en un centro de drogodependencia, presentan en gran parte capacidades personales y existenciales relacionadas con el Sentido de la Vida.

Hipótesis 3.

Los profesionales y técnicos que trabajan en un centro de drogodependencia, presentan menos síntomas de estrés, cuanto mayor es el desarrollo de sus capacidades personales (Escala P) y existenciales (Escala E) relacionadas con el Sentido de la Vida.

Hipótesis 4.

Los profesionales y técnicos que trabajan en un centro de drogodependencia, recurren tanto a estrategias de afrontamiento adaptativas, desadaptativas o de protección, de acuerdo a las circunstancias.

Hipótesis 5.

Los profesionales y técnicos que trabajan en un centro de drogodependencia y presentan síntomas de estrés, utilizan estrategias de afrontamiento desadaptativas, mientras que aquellos que no presentan síntomas de estrés, utilizan estrategias de afrontamiento adaptativas y de protección.

5. Método

El método de análisis de datos consiste en la interpretación de la correlación entre los resultados obtenidos por los sujetos de investigación y las variables, tanto independiente como dependiente, a fin de poder destacar las particularidades observadas en la población estudiada respecto de las variables investigadas.

Con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos para este trabajo, se llevó a cabo un estudio cuantitativo, enriquecido con datos de un enfoque cualitativo.

En primera instancia, se presentan los datos que hacen referencia a la relación entre Sentido de Vida y Estrés Laboral, observando y caracterizando las Estrategias de Afrontamiento más significativas según los resultados. El análisis de los datos obtenidos corrobora las hipótesis planteadas durante esta investigación.

5.1. Diseño

El estudio tiene un diseño no experimental de tipo transversal, específicamente correlacional, por el cual se realizó un trabajo de campo orientado a la evaluación de la relación entre las variables elegidas.

Metodológicamente, se trabajó con un marco cuantitativo, para el cual se aplicaron cuestionarios autoadministrables que evalúan las variables principales del estudio: Sentido de Vida y Estrés Laboral, observándose las estrategias de afrontamiento más significativas según los resultados. Por otro lado, se aplicó un análisis cualitativo sobre la información obtenida, a través de 22 entrevistas en profundidad semiestructuradas, realizadas a una muestra de profesionales y técnicos que se desempeñan en el centro de salud, los que fueron seleccionados en forma aleatoria.

5.2. Participantes

Se trabajó con 110 profesionales y técnicos de la salud -de planta y contratados- que se desempeñan en un centro especializado en el tratamiento de drogodependientes.

El grupo incluye: médicos clínicos, médicos psiquiatras, abogados, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, musicoterapeutas, profesores, enfermeros y operadores sociales.

La muestra de este estudio está compuesta por un 64.5% de mujeres y un 35.5% de hombres, siendo la edad aproximada de la población estudiada una media de 45,43 años.

Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre	39	35,5	35,5	35,5
Válidos Mujer	71	64,5	64,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

	Edad
N	
Válidos	104
Perdidos	6
Media	45,43
Desv. típ.	10,435



5.3. Instrumentos de evaluación

Se utilizó una batería de instrumentos de tipo autoadministrable, que incluye tres técnicas de evaluación, las cuales contienen las principales variables -Sentido de Vida y Estrés Laboral-, observándose a su vez las estrategias de afrontamiento más significativas según los resultados.

Los instrumentos de evaluación son los siguientes:

Escala Existencial (EE). Längle, Orgler y Kundi:

Este instrumento evalúa las competencias personales y existenciales de la persona, en lo que respecta al trato consigo mismo y con el mundo. Se trata de un cuestionario autoadministrable de 46 ítems agrupados en dos escalas independientes: la medida P, que evalúa la dimensión Personal y que a su vez se divide en dos sub-escalas -Autodistanciamiento y Autotranscendencia- y la medida E, que evalúa la dimensión Existencial, a través de dos sub-escalas -Libertad y Responsabilidad-. La sub-escala Autodistanciamiento evalúa las capacidades para la organización

del espacio libre interior y del conquistarse a sí mismo, encontrarse con sus deseos, temores, motivos, lo que permite la libre captación del mundo aún en situaciones desfavorables. La sub-escala Autotrascendencia evalúa la capacidad de percibir los valores, lo que se manifiesta en la claridad de sentimientos. La sub-escala Libertad evalúa la capacidad de tomar decisiones que tiene la persona, al encontrarse ante la posibilidad real de acción acorde con sus valores; mientras que la sub-escala Responsabilidad evalúa la disposición para comprometerse a partir de una decisión libre, siendo consciente de obligaciones, tareas y valores que dicha decisión implica. Cada una de las sub-escalas arroja un puntaje, a partir de los cuales se obtienen los puntajes por escala y el puntaje total, que evalúa el estado del sujeto en cuanto al descubrimiento del Sentido de Vida.

CASAS (Cuestionario de Autoevaluación de Síntomas Actuales del Estrés), Dr. Roberto

Kertész:

Se trata de un cuestionario autoadministrable que evalúa la presencia de síntomas de estrés en los distintos aspectos contemplados por el enfoque multimodal (biológico, afectivo, de sensaciones, de imágenes, cognitivo, conductual y social). Del cuestionario total fueron seleccionados 79 ítems, de los cuales 70 consisten en afirmaciones acerca de los distintos aspectos que el encuestado debe responder, de acuerdo a la frecuencia con que lo descrito se presenta en su vida, con formato de respuesta tipo Likert con puntajes que van desde 0 (Nunca) hasta 5 (Muy frecuentemente). Estos 70 ítems están divididos en 7 categorías, diez ítems para cada una: 1- sistema muscular, 2- sistema nervioso parasimpático, 3- sistema nervioso simpático, 4- sistema endocrino, 5- sistema inmunológico, 6- emocionales y 7- sistema cognitivo. Los 9 ítems restantes se refieren a variables sociodemográficas, de tratamiento psicológico y de autopercepción del estrés. El instrumento incluye preguntas para detectar síntomas psicofísicos

frente a estresores de distinto origen. Además, se han implementado indicadores de control, a saber: Cantidad de síntomas y Autopercepción del Estrés.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento -Adaptación al español del Coping Strategies

Inventory- CSI:

Es un cuestionario autoadministrable adaptado por Cano García, Rodríguez Franco y García Martínez de la Universidad de Sevilla, a partir del CSI elaborado por Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal. Consta de 41 ítems agrupados en 8 factores, que evalúan la frecuencia con que la persona responde de distintas maneras señaladas a una situación estresante que debe narrar. Los ocho factores adaptados por los autores del original son: 1- Resolución de problemas, 2- Autocrítica, 3- Expresión emocional, 4- Pensamiento desiderativo, 5- Apoyo social, 6- Reestructuración cognitiva, 7- Evitación de problemas y 8- Retirada social. Cuatro de ellas son consideradas adaptativas, en cuanto apuntan a la reducción del estrés -resolución de problemas, expresión emocional, apoyo social y reestructuración cognitiva-, otras dos son consideradas desadaptativas -retirada social y autocrítica- y las últimas dos son consideradas estrategias de protección, inadecuadas para el afrontamiento -pensamiento desiderativo y evitación de problemas-. Además al final el encuestado debe expresar el grado de eficacia percibida en el afrontamiento.

La evidencia estadística fue analizada mediante el software SPSS. Se produjeron tablas de contingencia con dos recursos: diferencia de porcentajes y pruebas de chi cuadrado. Toda la evidencia presentada obtuvo un coeficiente de chi cuadrado con una significación inferior al 0.10. Es decir que las variables presentadas, tienen una asociación estadística significativa en todos los casos.

Para el análisis cualitativo se han realizado entrevistas semiestructuradas, con 10 preguntas disparadoras elaboradas por la autora. Los ejes propuestos para las entrevistas fueron: situaciones

laborales, modos de afrontamiento, vocación y sentido de vida, realización profesional y demás temáticas surgidas espontáneamente.

El análisis cuantitativo fue enriquecido con ejemplos extraídos de los relatos de las entrevistas, a fin de ilustrar y realzar los resultados más significativos observados en las tablas.

5.4. Procedimiento

Se solicitó a las autoridades de la institución a través de una nota personal, la posibilidad de realizar una investigación tendiente a indagar la relación entre el sentido de vida y el estrés laboral en los trabajadores de la salud mental que asisten pacientes drogodependientes, observando las estrategias de afrontamiento más significativas utilizadas por dicha población. La dirección de la institución envió notas a los diferentes servicios, solicitando a los jefes la colaboración de sus profesionales y técnicos en la participación de la investigación, considerando la misma de interés institucional. A continuación, se asistió en forma sistemática a los diferentes sectores, a fin de poner en conocimiento a los participantes de cuáles serían las consignas a tener en cuenta para la toma de los instrumentos.

En primera instancia, se explicitaron los intereses y propósitos de la investigación y se les entregó un consentimiento informado a cada uno de los participantes de los diferentes sectores, que fue llenado con los datos personales, guardándose en un sobre cerrado y entregándose inmediatamente al Departamento de Capacitación e Investigación de la institución. A cambio de ello, se recibió una carta de autorización que habilitó el inicio de la correspondiente investigación. Se acudió a todos los servicios, haciendo entrega de los tres cuestionarios abrochados (Escala Existencial, Casas e Inventario de Estrategias de Afrontamiento), aclarándose las preguntas que surgieron en cuanto a las particularidades de las respuestas. Posteriormente, se pasó a recoger los cuestionarios a los tres días, siendo necesario en algunos casos, recurrir en

varias oportunidades hasta recepcionar todas las entregas. El período en el que se procedió a la toma de los instrumentos, fue durante el mes de noviembre de 2011.

Una vez recogidos los 110 juegos, se transcribieron los datos en una planilla Excel, para luego ser procesados a través del programa SPSS.

En cuanto a la metodología cualitativa, se contactaron a veintidós profesionales y técnicos seleccionados en forma aleatoria, de la muestra de los 110 sujetos que llenaron los cuestionarios, quienes se dispusieron en forma voluntaria a participar de una entrevista semidirigida grabada, de una hora de duración, formada por diez preguntas disparadoras.

Para proceder a las grabaciones de los entrevistados, se utilizaron diferentes sectores de la institución, según donde se encontrara cada uno desempeñando sus funciones en ese momento. En la mayoría de los casos, fue necesario realizar la toma en dos partes de media hora cada una por entrevistado. La consigna que se les dio fue que pudiesen hablar espontáneamente a partir de las preguntas disparadoras, para cumplimentar con el tiempo pautado.

Las particularidades fueron que algunos casos, continuaron hablando más tiempo de lo previsto, ya que se movilizaron emociones que requirieron un tiempo más prolongado de conversación, para rearmarse y poder continuar con sus tareas. Posteriormente, se procedió a la desgrabación y transcripción del material, lo cual llevó un tiempo promedio de cuatro horas por hora de grabación.

6. Prueba empírica: resultados y datos.

6.1. Análisis cuantitativo con aportes de un enfoque cualitativo.

6.1.1. Estrés.

Como vimos en el Capítulo 3.1., el estrés es considerado un fenómeno sumamente importante en cuanto a su relación con la salud psicofísica, sobre todo en la sociedad actual con marcadas características de consumo, vinculándose en muchos casos al ámbito laboral, dadas las presiones que generalmente se vivencian en dichos sectores. De hecho, las distintas investigaciones realizadas sobre estrés y condiciones de trabajo, evidencian que se trata de un fenómeno que ha ido evolucionando, siendo múltiples los orígenes que conducen a esta experiencia, asociada generalmente a consecuencias negativas para la salud.

Para esta investigación, se tomó el cuestionario CASAS, implementándose como indicadores de control: Cantidad de síntomas y Autopercepción del estrés

Tabla 1.

Cantidad de síntomas por sexo

Tabla de contingencia

			Sexo		Total
			Masculino	Femenino	
Cantidad de Síntomas (Tri)	Bajo	Recuento	12	28	40
		% de Sexo	30,8%	39,4%	36,4%
Medio		Recuento	17	14	31
		% de Sexo	43,6%	19,7%	28,2%
Alto		Recuento	10	29	39
		% de Sexo	25,6%	40,8%	35,5%
Total		Recuento	39	71	110
		% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,251(a)	2	,027
Razón de verosimilitud	7,091	2	,029
Asociación lineal por lineal	,148	1	,700
N de casos válidos	110		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,99.

En la tabla anterior, se observa que la mayoría de las personas que presentan alta cantidad de síntomas corresponden al sexo femenino.

En efecto, del total de la población que presenta baja cantidad de síntomas, el 30.8% corresponden a la población del sexo masculino y el 39.4% corresponden al sexo femenino.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de cantidad de síntomas, el 43.6% corresponde a la población de sexo masculino y el 19.7% corresponde al sexo femenino.

Del total de la población que presenta alta cantidad de síntomas, el 25.6% corresponde a la población de sexo masculino y el 40.8% corresponde al sexo femenino.

De esta manera, se podría inferir que las mujeres, por estar más dedicadas al cuidado de la salud de sus hijos, son más perceptivas a las sintomatologías psicofísicas relacionadas al estrés, dedicando parte de su tiempo a las consultas médicas y tomando más conciencia de las enfermedades asociadas. Mientras que los hombres estarían más abocados a los proyectos laborales, buscando generar un reaseguro para el sustento del hogar y restándole importancia a las situaciones estresantes.

A tal efecto, se ilustran estas interpretaciones con los relatos de dos profesionales entrevistados.

El profesional de sexo masculino¹, quien no manifiesta sintomatología significativa asociada al estrés, historiza sobre su tiempo en el servicio, donde se encuentra desarrollando sus funciones. “...Bien, muy bien, la verdad que bastante satisfecho, así con el recorrido que fui haciendo, es una actividad que la disfruto bastante digamos, que se ha convertido un poco en mi actividad más disfrutable, entre las que yo realizo, son momentos en que me suscitan mucho interés, me sorprenden...”

Asimismo, otra profesional del sexo femenino² manifiesta sintomatología asociada al estrés. En este sentido, expresa: “...Sí, hay momentos que me generan mucho malestar, me generan mucho enojo, me genera mucha angustia, me genera rabia, me genera un estado emocional que así como puede ser un estado placentero cuando algo sale bien y la gente te felicita, puede ser estresante cuando vos ves que se te acerca la fecha y la actividad no está terminada, no está el material, no está el dossier, no están las listas, no están para tomar listas, entonces genera un estado de tensión y a veces se hace más angustioso, a veces se hace más enojoso, nunca es sin consecuencias que se acercan las fechas de inicio y la tarea no está terminada...”

¹ Entrevista N° 3.

² Entrevista N° 21.

Tabla 2.
Cantidad de síntomas por horas de trabajo

Tabla de contingencia

		Horas de trabajo (Dico)		Total
		Bajo	Alto	
Cantidad de Síntomas (Tri)	Bajo	Recuento 26	14	40
		% de Horas de trabajo (Dico) 36,1%	36,8%	36,4%
Medio	Recuento	25	6	31
	% de Horas de trabajo (Dico)	34,7%	15,8%	28,2%
Alto	Recuento	21	18	39
	% de Horas de trabajo (Dico)	29,2%	47,4%	35,5%
Total	Recuento	72	38	110
	% de Horas de trabajo (Dico)	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,491(a)	2	,064
Razón de verosimilitud	5,717	2	,057
Asociación lineal por lineal	1,048	1	,306
N de casos válidos	110		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,71.

Como se observa en la tabla³, los datos más significativos muestran que a mayor cantidad de horas de trabajo mayor cantidad de síntomas y viceversa.

En efecto, del total de la población que presenta baja cantidad de síntomas, el 36.1% trabaja menos horas (bajo) y el 36.8% trabaja más horas (alto). En este caso, la diferencia es poco significativa.

³ La cantidad de síntomas se codificó: Baja: hasta 5, Media, de 6 a 12, Alta: mas de 12. La cantidad de horas de trabajo se codificó: Baja: hasta 6 horas, Alta: más de 6 horas. Estos valores se mantienen durante todo el trabajo.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de cantidad de síntomas, el 34.7% trabaja menos horas (bajo) y el 15.8% trabaja más horas (alto).

Del total de la población que presenta alta cantidad de síntomas, el 29.2% trabaja menos horas (bajo) y el 47.4% trabaja más horas (alto). En el segundo y tercer cuadrante, la diferencia en cambio es más relevante.

Esta tabla se puede ilustrar con los relatos de una técnica⁴ que hace referencia a su cultura del trabajo y manifiesta sintomatología asociada al estrés. La misma refiere: "...yo tengo la cultura del trabajo, tengo una cultura que tengo que trabajar, entonces acá todo el mundo me dice 'no te calientes...', y yo no es así que no me importa, yo no me meto con el otro, yo necesito trabajar, no puedo hacer como que no hago nada..., yo necesito trabajar, quiero llegar a mi casa y quiero decir 'estoy cansada porque laburé' (...) me supera en el sentido que me altera, me pone nerviosa que el otro no quiera sentarse a tener una reunión de equipo y escuchar que..., cómo decirte, cómo explicarte, eh..., cuando hay fallas en la comunicación, cuando no nos ponemos de acuerdo, eso me altera y me supera, porque no me puedo comunicar con el otro..." Continúa en relación a sus síntomas diciendo: "...a veces hago agua; hay fines de semana que quedo estancada, angustiada y deprimida, y veo cómo lo resuelvo y patino ahí y no sé cómo resolverlo, pero es como una situación de angustia, que yo tengo que hacer una descarga en ese momento y al otro día aparece así la respuesta, pero era como que tenía la vista nublada..."

Por otra parte, un técnico⁵ que no presenta sintomatología significativa asociada al estrés, cuya función se diferencia del resto de la población entrevistada, en cuanto a la cantidad de horas de trabajo, comenta: "...Yo trabajo de 10 a 21 sábados, domingos y feriados; los viernes hay una reunión informativa de un traspaso de información..." Más adelante continúa: "...a mí me genera

⁴ Entrevista Nº 6.

⁵ Entrevista Nº 7.

mucha satisfacción cuando una actividad empieza y termina y se llevan bien todos, no hay un conflicto y cuando yo veo que hay gente que es muy impulsiva y logran contenerse y llevar adelante un juego con otros (...) Obviamente, trabajamos tanto mi compañero como yo, nos entendemos como parte de un equipo, trabajamos en equipo y no hacemos nada sin preguntar y con la gente de guardia tenemos muy buena relación y nos manejamos en un equipo porque nos apoyamos entre nosotros...”

Tabla 3.
Autopercepción del estrés por cantidad de síntomas

Tabla de contingencia

			Cantidad de Síntomas (Tri)			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Autopercepción del Estrés (Tri)	Bajo	Recuento	32	16	6	54
		% de Cantidad de Síntomas (Tri)	80,0%	51,6%	15,4%	49,1%
	Medio	Recuento	8	12	19	39
		% de Cantidad de Síntomas (Tri)	20,0%	38,7%	48,7%	35,5%
	Alto	Recuento	0	3	14	17
		% de Cantidad de Síntomas (Tri)	,0%	9,7%	35,9%	15,5%
Total	Recuento	40	31	39	110	
	% de Cantidad de Síntomas (Tri)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,970(a)	4	,000
Razón de verosimilitud	44,747	4	,000
Asociación lineal por lineal	37,074	1	,000
N de casos válidos	110		

a 1 casillas (11,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,79.

En esta tabla⁶, lo que se observa es que los datos más significativos responden a: a mayor cantidad de síntomas, mayor autopercepción del estrés y viceversa. Es decir que la conciencia de estrés se correlaciona positivamente con la aparición de síntomas, lo cual es una percepción atinada.

En efecto, del total de la población que presenta baja autopercepción del estrés, el 80% tiene baja cantidad de síntomas, el 51.6% se encuentra en el cuadrante medio de cantidad de síntomas y el 15.4% presenta alta cantidad de síntomas, siendo monotónicamente descendente.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de autopercepción del estrés, el 20% presenta baja cantidad de síntomas, el 38,7% se encuentra en el cuadrante medio de cantidad de síntomas y el 48,7% presenta alta cantidad de síntomas, siendo monotónicamente ascendente.

Del total de la población que presenta alta autopercepción del estrés, el 0% presenta baja cantidad de síntomas, el 9,7% se encuentra en el cuadrante medio de cantidad de síntomas y el 35,9% presenta alta cantidad de síntomas, siendo monotónicamente ascendente.

Se puede ilustrar esta tabla, tomando recortes de una de las entrevistas realizadas a los profesionales. Al respecto, la profesional⁷ expresa que “...Cuando salgo de acá, parece que hubiera tomado 2 o 3 litros de alcohol, porque me voy parece borracha y en función a la enfermedad que tengo por el estrés que he sufrido, me empieza a hacer cosquilleo en las puntas de los dedos de los pies y digamos, me afecta más el equilibrio también. (...) Siento que se me altera el ritmo cardíaco, porque es una situación de estrés total, porque el jefe viene acá continuamente y dice: - ‘mirá, tenés que resolver esto...’ y hay que resolverlo; y del Juzgado por ahí se lavan las manos, entonces uno se encuentra como que, no hay solución, pero bueno..., las

⁶ Autopercepción del estrés baja es la suma de las respuestas Muy poco y Algo estresado. Alta es la suma de las respuestas Bastante y Muy estresado. La categoría Media corresponde a Intermedio en el test original CASAS.

⁷ Entrevista N° 5.

palpitaciones..., ya te digo, el dolor de cabeza, parece ser como un recrudecimiento de los síntomas de la enfermedad, eso sí lo producen estas situaciones que muchas veces no tienen solución...”

Otra profesional⁸ que no presenta sintomatología significativa asociada al estrés, relata: “...A mí en general la clínica me apasiona y en lo particular, el trabajo con adictos me interesa mucho, y lo que tiene es que cada paciente es una historia nueva, es algo nuevo, más allá digamos que tengas algún paciente que ya tuviste (...) Me genera mucha curiosidad, por eso el interés me parece que tiene que ver con esta pasión que me despierta la clínica de lo nuevo de cada caso (...) Hacer clínica me apasiona y con estos pacientes y en esta Institución más (...) Yo ahora me siento contenta y pienso que sí, que me siento realizada, digamos... lo que yo quería de mi profesión (...) A la motivación, como venimos hablando, le podríamos poner un 9 (...) Yo elegí esta profesión que me gusta, me gusta mucho y me interesa realizarla, poder ejercerla, me siento realizada a nivel profesional y a nivel... como ser humano, porque obviamente estoy haciendo algo que a mí me gratifica...”

Todos estos relatos, dan cuenta de la conciencia que existe en los entrevistados, tanto respecto de los que presentan síntomas y autopercepción del estrés como de aquellos que no los manifiestan.

6.1.2. Estrategias de afrontamiento

Al hablar del estrés, necesariamente surgen interrogantes acerca de las estrategias de afrontamiento que las personas utilizan para hacer frente a este síndrome.

En el Capítulo 3.2., se hace mención a que, los autores Lazarus y Folkman (1986) las vinculan a los esfuerzos cognitivos y conductuales que se realizan, para manejar las situaciones estresantes más allá de los resultados alcanzados.

⁸ Entrevista Nº 1.

En esta investigación, se ha intentado observar cuáles son las estrategias de afrontamiento más significativas -según los datos arrojados por el análisis cuantitativo-, a través del Inventario de Estrategias de Afrontamiento en su adaptación al español por Cano García, Rodríguez Franco y García Martínez (2007).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Cantidad de síntomas	Autopercepción del estrés
Resolución de problemas	0,047	0,211
Autocrítica	0,83	0,607
Expresión emocional	0,895	0,928
Pensamiento desiderativo	0,498	0,371
Reestructuración cognitiva	0,784	0,731
Retirada social	0,095	0,028
Apoyo social	0,633	0,182
Evitación de problemas	0,344	0,86

La tabla anterior lista los niveles de significación obtenidos mediante el análisis de varianza de Cantidad de síntomas y Autopercepción del estrés respectivamente, cruzado por los valores obtenidos para cada estrategia de afrontamiento. Es visible que solamente Resolución de problemas y Retirada social exhiben algún nivel de significación que amerite un análisis detallado.

En cuanto a la estrategia Resolución de problemas, es dable remarcar tal como fue explicitado en el Capítulo 3.2., que se considera adaptativa, puesto que quien la utiliza, intenta buscar una solución al conflicto que lo aqueja, con el fin de evitar el malestar que pudiera surgir frente a la situación estresante. Esta estrategia es considerada por Lazarus y Folkman (1986) tanto cognitiva como conductual, dado que el sujeto elabora una posible solución, para luego ejercer una acción encaminada a disminuir el estrés, interviniendo directamente sobre la situación que lo provoca.

Tabla 4.
Resolución de Problemas por Cantidad de síntomas

Tabla de contingencia

			Cantidad de síntomas			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Resolución de Problemas	Bajo	Recuento	6	4	9	19
		% de Cantidad de síntomas	15,0%	10,0%	30,0%	17,3%
	Medio	Recuento	14	20	13	47
		% de Cantidad de síntomas	35,0%	50,0%	43,3%	42,7%
	Alto	Recuento	20	16	8	44
		% de Cantidad de síntomas	50,0%	40,0%	26,7%	40,0%
Total	Recuento	40	40	30	110	
	% de Cantidad de síntomas	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,548(a)	4	,110
Razón de verosimilitud	7,378	4	,117
Asociación lineal por lineal	4,458	1	,035
N de casos válidos	110		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,18.

En esta tabla, los datos más significativos muestran que: a menor utilización de la estrategia resolución de problemas, mayor cantidad de síntomas y viceversa.

En efecto, del total de la población que utiliza con menor frecuencia (bajo) la estrategia resolución de problemas, el 15% presenta baja cantidad de síntomas, el 10% se encuentra en el cuadrante medio de cantidad de síntomas y el 30% presenta alta cantidad de síntomas.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de utilización de la estrategia de afrontamiento resolución de problemas, el 35% presenta baja cantidad de síntomas, el 50% se

encuentra en el cuadrante medio de cantidad de síntomas y el 43.3% presenta alta cantidad de síntomas.

Del total de la población que utiliza con mayor frecuencia (alto) la estrategia de afrontamiento resolución de problemas, el 50% presenta baja cantidad de síntomas, el 40% se encuentra en el cuadrante medio de cantidad de síntomas y el 26.7% presenta alta cantidad de síntomas.

Se puede ilustrar esta tabla con unas viñetas extraídas de las entrevistas. Un profesional entrevistado⁹, quien no presenta sintomatología asociada al estrés, comenta acerca de una situación que debió resolver junto al equipo de guardia. “...Una persona que estaba internada acá que tenía dolor en el baso, en reunión con el médico clínico, se resolvió trasladar y se llamó al SAME, viene y el médico observa que no cree que hay que trasladarlo, bueno... se lo termina trasladando tras la insistencia de los clínicos y a las horas nos enteramos que tenía roto el baso, que tenía una operación y bueno..., entonces son situaciones que después... esto se resuelve y te lleva a la conclusión que uno actuó bien y estoy contento...”

Otra profesional¹⁰ hace referencia a su decisión de no buscar soluciones al malestar que percibe, más bien presenta una actitud de resignación y de frustración en cuanto al desarrollo de su tarea. Al respecto expresa: “...Yo antes daba mis opiniones en las reuniones de equipo, trataba de opinar sobre los pacientes, ahora con el tiempo me he dado cuenta que no se escucha mucho lo que yo digo, entra por un oído y sale por el otro. No doy ni mi opinión ya directamente...” Más adelante manifiesta: “...Y yo ya no quiero ni defender lo que hago, eso ya quedó en suspenso; yo antes hablaba, pero ahora ya no tengo ganas de hablar, lo hablo con el paciente y lo veo igual, nadie se va a dar cuenta, 5 sesiones más, 3 más, a nadie le va a importar tampoco, así que siento que no importa un ‘carajo’ con los pacientes lo que yo hago...”

⁹ Entrevista N° 19.

¹⁰ Entrevista N° 4.

En esta ilustración, se puede observar en la profesional la manifestación de sintomatología asociada al estrés. La misma refiere: "...me pongo a hablar y me pongo a llorar, eso no es algo que yo lo pueda manejar realmente y me pasa a veces, que me quita la sonrisa este lugar..." Luego, más adelante continúa diciendo: "...me estaba bajando la inmunidad y yo nunca había tenido problemas con algunas cuestiones así, realmente me estaba afectando corporalmente..."

Con respecto a la estrategia Retirada social, los autores mencionados anteriormente la describen como desadaptativa, dado que el sujeto que la utiliza busca aliviar el malestar que le provoca la situación estresante, alejándose del entorno social-laboral. Sin embargo al alejarse, no estaría enfrentando el problema o buscando una solución, sino postergándolo.

Tabla 5.
Retirada Social por Cantidad de síntomas

			Cantidad de síntomas			
			Bajo	Medio	Alto	Total
Retirada Social	Bajo	Recuento	3	9	4	16
		% de Cantidad de síntomas	7,5%	22,5%	13,3%	14,5%
	Medio	Recuento	32	20	14	66
		% de Cantidad de síntomas	80,0%	50,0%	46,7%	60,0%
	Alto	Recuento	5	11	12	28
		% de Cantidad de síntomas	12,5%	27,5%	40,0%	25,5%
Total	Recuento	40	40	30	110	
	% de Cantidad de síntomas	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,554(a)	4	,014
Razón de verosimilitud	12,700	4	,013
Asociación lineal por lineal	1,858	1	,173
N de casos válidos	110		

a 1 casillas (11,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,36.

En esta tabla, se observa que: a mayor utilización de la estrategia retirada social, mayor cantidad de síntomas.

En efecto, los datos más significativos muestran que la mayoría de las personas que utilizan medianamente la estrategia retirada social (según las circunstancias), presentan baja cantidad de síntomas; mientras que la mayoría de las personas que utilizan más la estrategia retirada social, presentan alta cantidad de síntomas.

Por consiguiente, del total de la población que utiliza con menor frecuencia (bajo) la estrategia de afrontamiento retirada social, el 7.5% presenta baja cantidad de síntomas, el 22.5% se encuentra en el cuadrante medio de cantidad de síntomas y el 13.3% presenta alta cantidad de síntomas.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de utilización de la estrategia de afrontamiento retirada social, el 80% presenta baja cantidad de síntomas, el 50% se encuentra en el cuadrante medio de cantidad de síntomas y el 46.7% presenta alta cantidad de síntomas.

Del total de la población que utiliza con mayor frecuencia (alto) la estrategia de afrontamiento retirada social, el 12.5% presenta baja cantidad de síntomas, el 27.5% se encuentra en el cuadrante medio de cantidad de síntomas y el 40% presenta alta cantidad de síntomas.

Se puede ilustrar esta tabla en primer lugar, con la entrevista realizada a un técnico¹¹, quien utiliza medianamente la retirada social, presentando baja sintomatología de estrés. Esto se puede interpretar en función de que el mismo, puede enfrentar situaciones que se presentan problemáticas en su ejercicio diario, buscar soluciones que a su vez pueden o no ser favorables; sin embargo, su afrontamiento es relativo a las circunstancias, utilizando esta estrategia en caso de agotarse las respuestas esperadas. “...Al principio me enojaba...ahora escucho, escucho, como ya sé de donde viene el tema, lo escucho y asiento y trato de enmarcar lo que hice o dar el motivo

¹¹ Entrevista N°11.

porqué hice eso..., pero sé que en ese momento el jefe necesita descargar su enojo, entonces dejo que fluya y cuando puedo me comprometo a tratar de hacerlo, a sabiendas que podré o no podré, y bueno ahí termina....”

Una técnica¹² que presenta alta cantidad de síntomas, da cuenta de la mayor utilización de la retirada social: “...Me da bronca que ahora valoren cosas que yo he hecho hace doscientos años, y ése me las viene a tirar..., pero no sé, no me interesa eso, porque por ahí son cosas que yo podría seguir haciendo, nadie me prohíbe hacerlas..., en realidad no las hago porque no las quiero hacer más y porque de hecho, todas las licencias que me tomo son porque no quiero venir, por eso recién estaba tan furiosa, porque decía la verdad, tendría que esperar a defender la tesis y venir con el título que es más fácil, porque es más conocido, ¿viste? ser Trabajadora Social, no lo pueden poner muy en duda...”

Como se dijo anteriormente, las personas que utilizan con mayor frecuencia la estrategia retirada social, presentan mayor cantidad de síntomas. Esto se puede explicar en virtud de que, quienes no enfrentan el problema, continúan rumiándolo con el consiguiente perjuicio para su salud. Un modo de buscar alivio a esta consecuencia, se observa en la búsqueda de otras actividades por fuera del ámbito laboral, ya que además de posibilitarles afrontar el daño, contribuyen a aumentar el bienestar que les produce el encuentro con su sentido de vida.

¹² Entrevista N°13.

Tabla 6.
Retirada Social por Autopercepción del Estrés

			Autopercepción Estrés			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Retirada Social	Bajo	Recuento	5	7	4	16
		% de Autopercepción Estrés	9,3%	17,9%	23,5%	14,5%
	Medio	Recuento	37	24	5	66
		% de Autopercepción Estrés	68,5%	61,5%	29,4%	60,0%
	Alto	Recuento	12	8	8	28
		% de Autopercepción Estrés	22,2%	20,5%	47,1%	25,5%
Total		Recuento	54	39	17	110
		% de Autopercepción Estrés	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,324(a)	4	,053
Razón de verosimilitud	9,304	4	,054
Asociación lineal por lineal	,047	1	,829
N de casos válidos	110		

a. 2 casillas (22,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,47.

Continuando con las estrategias de afrontamiento, en esta tabla se observa que: a mayor retirada social, mayor autopercepción del estrés.

En efecto, los datos más significativos son los siguientes: aquellas personas que se encuentran en el cuadrante medio de utilización de la estrategia de afrontamiento retirada social, tienen baja autopercepción del estrés o se encuentran en el cuadrante medio de autopercepción del estrés, sin haber demasiada variabilidad entre estos dos datos. Mientras que la mayoría de las personas que utilizan con mayor frecuencia la estrategia de afrontamiento retirada social, presentan alta autopercepción del estrés.

Por consiguiente, del total de la población que utiliza con menor frecuencia (bajo) la estrategia de afrontamiento retirada social, el 9.3% presenta baja autopercepción de estrés, el 17.9% se

encuentra en el cuadrante medio de autopercepción del estrés y el 23.5% presenta alta autopercepción del estrés, siendo monotónicamente ascendente.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de utilización de la estrategia de afrontamiento retirada social, el 68.5% presenta baja autopercepción del estrés, el 61.5% se encuentra en el cuadrante medio de autopercepción del estrés y el 29.4% presenta alta autopercepción del estrés.

Del total de la población que utiliza con mayor frecuencia (alto) la estrategia de afrontamiento retirada social, el 22.2% presenta baja autopercepción del estrés, el 20.5% se encuentra en el cuadrante medio de autopercepción del estrés y el 47.1% presenta alta autopercepción del estrés.

Esto da cuenta que las personas que utilizan con mayor frecuencia la retirada social, por ser una estrategia inadecuada, continúan sin poder enfrentar ni resolver el problema, lo que da lugar a una mayor autopercepción del estrés.

Se ilustra esta tabla con un extracto de la entrevista realizada a una profesional¹³. La misma refiere: “...Yo llevo muchos años en el servicio y me corrí y me aislé. Con esto quiero decir que yo escucho pero trato de no meterme, hablo con algunos, pero más bien estoy como cerrada en mi actividad (...) Prefiero inclusive, venir comiendo en el colectivo tranquila algo y cuando llego acá me pongo a trabajar, entonces eso hace que esté aislada (...) Últimamente si falta alguien, trato de esconderme para que no me pidan nada de esto o trato de mostrar que estoy ocupada o que tengo pacientes, no puedo sacar de la galera actividades y cosas, lo mío tiene un encuadre también (...) yo no puedo cambiar estas condiciones de trabajo, mi idea es irme si puedo, a otro servicio donde estuve yendo a colaborar ad-honorem y me volvió a generar estas ganas de hacer cosas...”

¹³ Entrevista N° 4.

La misma profesional hace referencia a los síntomas que experimenta en relación a las situaciones referidas anteriormente, al tiempo que manifiesta su intención de pedir un pase de servicio a su jefe. “...Siento ganas de no venir, o lo que me pasa internamente, ‘ojalá que no venga el paciente’, siento deseos que no venga, sería un sentimiento..., qué sé yo y sí, ganas de no venir como un síntoma, de no venir a trabajar...” Más adelante continúa en su relato: “...Le dije a mi jefe que estaba teniendo infecciones urinarias a repetición (...) mi riñón me estaba diciendo basta y bueno, que yo iba a escuchar lo que decía mi cuerpo...y fui decidida porque no iba a tolerar un no, porque tenía muy claro que desde la teoría no se podía seguir trabajando así...”

Asimismo, otra profesional¹⁴ comenta: “...A mí la internación me gusta, no tengo problemas con trabajar en internación en sí, pero creo que ya no podría estar ahí porque no coincido en nada con ese servicio... y más allá de que yo coincida o no, significa que yo correría riesgos de quedar ‘enganchada’ más de lo que ya quedé en unas cuantas cosas...”

De este modo se puede inferir que, los profesionales y técnicos que muestran un mayor nivel de estrés, tienden a aislarse de las relaciones socio-laborales, como modo de afrontar el estrés de manera desadaptativa, quizá buscando sobreadaptarse alejándose del ambiente. Sin embargo, en cuanto a las relaciones extralaborales, se observa una mayor búsqueda de espacios de socialización, tanto amistosos como familiares y de recreación, como modo de contrarrestar los efectos negativos vivenciados en el ámbito laboral.

En relación a las estrategias de afrontamiento, se han destacado las tablas, que dan cuenta de las dos estrategias más significativas que aparecen en el análisis cuantitativo (resolución de problemas y retirada social). De todos modos, las seis restantes (reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo y autocrítica), si

¹⁴ Entrevista Nº 16.

bien se observan en algunos relatos de las entrevistas en profundidad, no se señalan en este trabajo, por no haber surgido de los datos cuantitativos.

6.1.3. Sentido de vida

Otra de las variables que se utiliza en esta investigación es el Sentido de Vida, considerado éste como una alternativa saludable frente a la posibilidad de convivir con el estrés laboral propio de las instituciones.

Este trabajo se basa en la conceptualización que da el autor Frankl (1997), quien se refiere al sentido de la vida como subjetivo, ya que no hay un sentido para todos, sino que cada uno tiene un sentido distinto en la vida. Desde este enfoque, el sentido de la vida es un descubrimiento propio y además está atravesado por las realidades sociales en las cuales los sujetos están inmersos. Por otra parte, también lo considera relativo, ya que no es igual para todos sino que lo es en relación con una situación única e irrepetible, puesto que depende del ‘hombre y sus circunstancias’ (Ortega y Gasset, 1964).

Para explicar este concepto Frankl (1997) ha mencionado diferentes aspectos que caracterizan el Sentido de Vida. Estos son: Autodistanciamiento, Autotrascendencia, Libertad y Responsabilidad.

A los fines de elaborar el instrumento Escala Existencial, Längle (2000) ha organizado estas características en dos subescalas (Personal y Existencial), que cuentan con dos dimensiones cada una: La Escala Personal, formada por Autodistanciamiento y Autotrascendencia, mientras que la Escala Existencial, está formada por Libertad y Responsabilidad.

Desde este enfoque, se considera el Autodistanciamiento como la capacidad para organizar el espacio libre interior y la captación del mundo; la Autotrascendencia, como la capacidad de percibir valores con el compromiso de sentir y compartir; la Libertad, como la capacidad de

decidir por sí mismo y accionar al respecto y la Responsabilidad, como el involucramiento ante las decisiones y las consecuencias derivadas de estos actos.

Tabla 7.

Cantidad de síntomas por Autodistanciamiento

Tabla de contingencia

		Autodistanciamiento (Tri)			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Cantidad de síntomas	Bajo	Recuento	7	13	19	39
		% de Autodistanciamiento (Tri)	17,9%	31,7%	67,9%	36,1%
	Medio	Recuento	15	17	7	39
		% de Autodistanciamiento (Tri)	38,5%	41,5%	25,0%	36,1%
	Alto	Recuento	17	11	2	30
		% de Autodistanciamiento (Tri)	43,6%	26,8%	7,1%	27,8%
Total	Recuento	39	41	28	108	
	% de Autodistanciamiento (Tri)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,755(a)	4	,000
Razón de verosimilitud	21,368	4	,000
Asociación lineal por lineal	18,546	1	,000
N de casos válidos	108		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,78.

En esta tabla, los datos más significativos muestran que: a menor cantidad de síntomas, mayor autodistanciamiento y viceversa. Es así que, la mayoría de las personas que presentan baja cantidad de síntomas, tienen alta capacidad de autodistanciamiento, mientras que la mayoría de las personas que presentan alta cantidad de síntomas, tienen baja capacidad de autodistanciamiento.

En efecto, del total de la población que presenta baja cantidad de síntomas, el 17.9% presenta baja capacidad de autodistanciamiento, el 31.7% se encuentra en el cuadrante medio de autodistanciamiento y el 67.9% presenta alta capacidad de autodistanciamiento, siendo monotónicamente ascendente.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de cantidad de síntomas, el 38.5% presenta baja capacidad de autodistanciamiento, el 41.5% se encuentra en el cuadrante medio de autodistanciamiento y el 25% presenta alta capacidad de autodistanciamiento.

Del total de la población que presenta alta cantidad de síntomas, el 43.6% presenta baja capacidad de autodistanciamiento, el 26.8% se encuentra en el cuadrante medio de autodistanciamiento y el 7.1% presenta alta capacidad de autodistanciamiento, siendo monotónicamente descendente.

Se puede ilustrar esta tabla a través del siguiente extracto de un técnico entrevistado¹⁵. “...Yo antes me sobre-exigía mucho con las tareas que tenían que realizar los chicos y después me di cuenta que eso no era productivo para mí, terminaba desgastándome... ponía tanta energía que después tenía que desaparecer un poco de la escena de estar con los chicos porque me sobrecargaba, ¿no? (...) Las esquivo, trato de que no me afecten (...) Y si veo que estoy haciendo más cosas que el paciente, ahora no me desgasto, aprendí a administrar mis energías (...) Cuando el paciente lo hace solo para darme el gusto a mí y veo que no tiene eco en él, que no tiene una trascendencia por decirlo de alguna forma, claudico medio rápido para no desgastarme yo y estar haciendo cosas que sé que no van a servir...”

En cuanto a lograr un mayor autodistanciamiento, para reducir el estrés laboral, se toma otra de las entrevistas realizadas a un profesional¹⁶, para lo cual se destacan algunos extractos de la

¹⁵ Entrevista N° 11.

¹⁶ Entrevista N° 3.

misma. "...Hay situaciones que también te implican en mayor o menor medida ¿no?, igual hay un distanciamiento profesional, uno tiene una disociación, como se llama "disociación instrumental", te mantenés a cierta distancia pero hay cosas que te afectan y además es una carga emocional. Hay situaciones a veces en las que hay mucho desborde, violencia, qué sé yo..., es como que eso te afecta por la carga, por la intensidad, por la situación, aunque uno no se implique personalmente...y que no sabes cómo va a terminar; un paciente me ha dicho 'aunque esté usted, a mi mamá le voy a dar un sillazo en la cabeza...', vos decís 'bueno... mejor retirate, andá a esperar afuera...', situaciones que pasan cierto límite que te ponen en tensión, que vos decís 'bueno, a ver cómo se maneja esto, se puede reacomodar' (...) En general, yo trato de tomar distancia de eso, puedo sentir..., percibir eso. El sentimiento es momentáneo en ese momento; después lo puedo elaborar, me trato de teorizar la situación, trato de entender qué pudo haber pasado y bueno, cómo reformular la estrategia, a ver ahora cómo seguir, o si lo voy a llamar, no lo voy a llamar, si esperar... o hablo con el paciente, veo qué estrategia puedo armar y bueno, personalmente ya está..., me libero, no es que me quedo ni preocupado ni "enganchado", no es que me voy sufriendo (...) Yo me siento satisfecho, aunque puedo manejar eso con un grado de lucidez que me satisface..."

Tabla 8.

Cantidad de síntomas por Autotrascendencia

Tabla de contingencia

		Autotrascendencia (Tri)			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Cantidad de síntomas	Bajo	Recuento	4	16	20	40
		% de Autotrascendencia (Tri)	14,3%	36,4%	54,1%	36,7%
	Medio	Recuento	10	17	12	39
		% de Autotrascendencia (Tri)	35,7%	38,6%	32,4%	35,8%
	Alto	Recuento	14	11	5	30
		% de Autotrascendencia (Tri)	50,0%	25,0%	13,5%	27,5%
Total	Recuento	28	44	37	109	
	% de Autotrascendencia (Tri)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,967(a)	4	,005
Razón de verosimilitud	15,357	4	,004
Asociación lineal por lineal	14,218	1	,000
N de casos válidos	109		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,71.

En esta tabla, los datos más significativos muestran que: a menor cantidad de síntomas, mayor autotrascendencia y viceversa. Es así que la mayoría de las personas que presentan baja cantidad de síntomas, presentan alta capacidad de autotrascendencia, mientras que la mayoría de las personas que presentan alta cantidad de síntomas, presenta baja capacidad de autotrascendencia.

En efecto, del total de la población que presenta baja cantidad de síntomas, el 14.3% presenta baja capacidad de autotrascendencia, el 36.4% se encuentra en el cuadrante medio de autotrascendencia y el 54.1% presenta alta capacidad de autotrascendencia, siendo monotónicamente ascendente.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de cantidad de síntomas, el 35.7% presenta baja capacidad de autotranscendencia, el 38.6% se encuentra en el cuadrante medio de autotranscendencia y el 32.4% presenta alta capacidad de autotranscendencia.

Del total de la población que presenta alta cantidad de síntomas, el 50% presenta baja capacidad de autotranscendencia, el 25% se encuentra en el cuadrante medio de autotranscendencia y el 13.5% presenta alta capacidad de autotranscendencia, siendo monotónicamente descendente.

Se ilustra esta tabla con un extracto de la entrevista tomada a una profesional¹⁷ que presenta alta cantidad de síntomas, manifestando baja autotranscendencia en las tareas que realiza en la institución. “...Yo acá me siento que no acciono..., tengo una profesión totalmente pasiva donde yo empiezo y termino una tarea en el mismo lugar cada día, no es un desafío que piense ¡uy a ver qué va a venir, a ver qué nuevas circunstancias aparecen hoy que me van a permitir a mí desplegar mis habilidades!, no, no, yo acá no voy a desplegar nada porque el trabajo no me permite desplegarlo, en ninguna de las áreas en las que estoy...”

Otra profesional entrevistada¹⁸, quien no presenta sintomatología asociada al estrés, hace referencia a la autotranscendencia que percibe en el desempeño de sus funciones. Al respecto comenta: “...estoy contenta, me siento cómoda en la institución, es un lugar que conozco, a través de los años pude tener un lugar, un lugar en el que yo me siento cómoda; tengo compañeros, tengo amigos, no sé, pero mi proyecto de vida no se termina en el trabajo, en la institución... me pasan otras cosas, proyectos más inmediatos (...) Algo que tiene que ver con un estado de paz interior, yo no concibo la vida sin conflicto; la vida tiene conflictos, la definición de vivir es saber atravesar los conflictos, la vida por naturaleza tiene momentos difíciles, también momentos hermosos, pero bueno..., también momentos complejos y de crisis, tratar de que si te

¹⁷ Entrevista N° 16.

¹⁸ Entrevista N° 17.

desestabilizan, poder después volver a tu eje, como que todo el tiempo estoy tratando de volver a mi estado de armonía...”

Tabla 9.

Cantidad de síntomas por Libertad

Tabla de contingencia

			Libertad (Tri)			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Cantidad de síntomas	Bajo	Recuento	5	11	23	39
		% de Libertad (Tri)	13,2%	29,7%	67,6%	35,8%
	Medio	Recuento	18	15	7	40
		% de Libertad (Tri)	47,4%	40,5%	20,6%	36,7%
	Alto	Recuento	15	11	4	30
		% de Libertad (Tri)	39,5%	29,7%	11,8%	27,5%
Total	Recuento	38	37	34	109	
	% de Libertad (Tri)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,301(a)	4	,000
Razón de verosimilitud	25,021	4	,000
Asociación lineal por lineal	18,944	1	,000
N de casos válidos	109		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,36.

Esta tabla refleja que los datos más significativos son: a menor cantidad de síntomas, mayor capacidad de libertad y viceversa. Con lo cual, la mayoría de las personas que presentan baja cantidad de síntomas presentan alta capacidad de libertad, mientras que la mayoría de las personas que presentan alta cantidad de síntomas, presentan baja capacidad de libertad.

Por consiguiente, del total de la población que presenta baja cantidad de síntomas, el 13.2% presenta baja libertad, el 29.7% se encuentra en el cuadrante medio de libertad y el 67.6% presenta alta libertad, siendo monotónicamente ascendente.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de cantidad de síntomas, el 47.4% presenta baja libertad, el 40.5% se encuentra en el cuadrante medio de libertad y el 20.6% presenta alta libertad, siendo monotónicamente descendente.

Del total de la población que presenta alta cantidad de síntomas, el 39.5% presenta baja libertad, el 29.7% se encuentra en el cuadrante medio de libertad y el 11.8% presenta alta libertad, siendo monotónicamente descendente.

Se puede inferir que las unidades de análisis que manifiestan un mayor nivel de estrés, se conducirían en forma automatizada, quizá como un modo de continuar con sus tareas, respondiendo a las demandas institucionales sin mayores cuestionamientos. De esta manera, carecerían de la posibilidad de elegir libremente su modalidad de trabajo desde la creatividad. Más bien, se estarían disponiendo a cumplir con las pautas y normas que les son demandadas por las autoridades, limitando así su iniciativa personal y autenticidad.

Para ilustrar esta tabla, se toma un extracto de la entrevista realizada a una profesional¹⁹, quien manifiesta baja cantidad de síntomas, al tiempo que revela tener alta libertad en el ejercicio de sus tareas: “...Por una parte, tengo bastante autonomía, sí, pero en realidad la tengo por mi profesión, no por mi formación, pero en mi área no todos tienen autonomía, mi formación me permite tener determinadas posibilidades de decisión sin consultar, porque viste que nuestros compañeros..., muchos saben mucho y yo aprendí mucho de ellos, que quizá no le permiten autonomía; lo que yo elegí en ese momento que es un título universitario, a mí sí me da autonomía para muchas cosas que no te lo da un enfermero profesional...”

Por otra parte, se destaca un extracto de la entrevista realizada a una técnica²⁰, que presenta alta cantidad de síntomas, manifestando baja libertad en el ejercicio de sus funciones. “...No, acá

¹⁹ Entrevista N° 12.

²⁰ Entrevista N°6.

en este servicio donde estoy no tengo autonomía y me parece que es por ser mujer, en la otra internación tenía mucha más autonomía, me lo hacía sentir más el jefe, es más yo me fui y de mi trabajo nunca tuvo que decir nada, fue por otras cuestiones que me tuve que ir, desde mi trabajo estaba muy conforme ¿eh?, acá yo siento... lo que yo percibo es que por ser mujer, no puedo, no tengo autonomía y no la voy a tener nunca...”

Tabla 10.
Cantidad de síntomas por Responsabilidad

Tabla de contingencia

			Responsabilidad (Tri)			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Cantidad de síntomas	Bajo	Recuento	3	11	26	40
		% de Responsabilidad (Tri)	7,7%	31,4%	72,2%	
	Medio	Recuento	15	16	9	40
		% de Responsabilidad (Tri)	38,5%	45,7%	25,0%	
	Alto	Recuento	21	8	1	30
		% de Responsabilidad (Tri)	53,8%	22,9%	2,8%	
Total	Recuento	39	35	36	110	
	% de Responsabilidad (Tri)	100,0%	100,0%	100,0%		

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,216(a)	4	,000
Razón de verosimilitud	46,589	4	,000
Asociación lineal por lineal	39,432	1	,000
N de casos válidos	110		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,55.

En esta tabla, se observa que: a menor cantidad de síntomas, mayor responsabilidad y viceversa. Los datos más significativos muestran que la mayoría de las personas que presentan baja cantidad de síntomas tienen alta capacidad de responsabilidad, mientras que la mayoría de las personas que presentan alta cantidad de síntomas, tienen baja capacidad de responsabilidad.

En efecto, del total de la población que presenta baja cantidad de síntomas, el 7.7% presenta baja responsabilidad, el 31.4% se encuentra en el cuadrante medio de responsabilidad y el 72.2% presenta alta responsabilidad, siendo monotónicamente ascendente.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de cantidad de síntomas, el 38.5% presenta baja responsabilidad, el 45.7% se encuentra en el cuadrante medio de responsabilidad y el 25% presenta alta responsabilidad.

Del total de la población que presenta alta cantidad de síntomas, el 53.8% presenta baja responsabilidad, el 22.9% se encuentra en el cuadrante medio de responsabilidad y el 2.8% presenta alta responsabilidad, siendo monotónicamente descendente.

Para ilustrar esta tabla, se toma un extracto de la entrevista a una profesional²¹, quien no manifiesta sintomatología significativa asociada al estrés y comenta, en relación a las actividades de los pacientes y su responsabilidad en el servicio: "...Si yo digo no, porque tengo otras cosas que hacer, lo reconocen (...) entonces, esto hace que yo me pueda acomodar (...) porque de hecho, alguien lo tiene que hacer... y yo digo 'voy yo y lo hago', no es que alguien viene y me exige, pero sí me parece que tiene que ver con la responsabilidad del servicio para no dejar a los pacientes sin hacer ningún tipo de actividad todo el tiempo, es una exigencia responsable (...) También me exijo mucho en tratar de tener las historias clínicas al día, parece una pavada pero eso me da tranquilidad, porque trabajamos con pacientes muy graves y muchas veces piden las historias por temas judiciales, que si no llegan a estar al día es un problema... a mí me deja más tranquila, sino me voy con esa preocupación en la cabeza y hasta me cuesta dormir por pensar que puedan pedir la historia y no figura nada de lo que hice con el paciente..."

²¹ Entrevista N° 20.

Otra profesional²², quien sí manifiesta sintomatología asociada al estrés, hace referencia a situaciones en las cuales, teniendo la posibilidad de llevar adelante acciones que requieren un importante grado de responsabilidad, no es reconocida en esta función. “...A veces, me siento un poco, no sé si defraudada, pero desprotegida por parte de las autoridades, porque nunca hablan conmigo para decirme ‘bueno, mirá, eso de ahora en más se va a contestar así, o a partir de ahora esto es así, (...)’ o sea, es un servicio como que funciona solo y al funcionar solo y no dar problemas, es como que lo dejan, no se meten con este servicio, entonces le dan mucha más importancia a todo lo que es administrativo. Desde entonces que tuve que ir a hablar con el jefe para que nos pusiera el split, porque yo con la enfermedad que tengo no puedo estar sufriendo calor y bueno, él me dijo que no sabía que yo tenía una enfermedad crónica (...) Yo me la tengo que arreglar sola, sí lo sé y si no, me las tengo que rebuscar sola y el jefe es como que se desentiende de mí, o sea que si no estoy continuamente ‘rompiéndole los cocos’ pidiéndole algo, ni se entera. Inclusive yo acá tengo varias personas, porque firmo vacaciones, firmo artículos y sin embargo en las evaluaciones que hace el jefe a mí no me pregunta en ningún momento qué es lo que yo pienso de cada uno de los empleados, a pesar que yo le he reclamado específicamente que me tenga en cuenta, (...) pero ni siquiera me ha preguntado nada, (...) Me siento olvidada....”

En consecuencia, se puede inferir que aquellas personas que tienen la posibilidad y la capacidad de ejercer sus funciones en forma responsable, pueden retirarse de su ámbito laboral con la sensación de haber podido cumplir con sus tareas, logrando un estado de relajación que los liberaría del pensamiento rumiante así como de las sintomatologías asociadas a ello. Mientras que aquellas personas que no pueden ejercer sus tareas en forma responsable, ya sea porque no tienen la capacidad de hacerlo, porque están sobre exigidos, o desde la institución no se los reconoce, no

²² Entrevista Nº 5.

se los oye en sus reclamos, o no se les propicia la posibilidad de trabajar en un clima laboral saludable, tendrán mayor cantidad de síntomas asociados a estas dificultades.

Tabla 11.

Cantidad de síntomas por Escala P (Autodistanciamiento y Autotrascendencia)

Tabla de contingencia

			Escala P (Tri)			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Cantidad de síntomas	Bajo	Recuento	5	13	21	39
		% de Escala P (Tri)	14,3%	35,1%	60,0%	36,4%
	Medio	Recuento	13	15	10	38
		% de Escala P (Tri)	37,1%	40,5%	28,6%	35,5%
	Alto	Recuento	17	9	4	30
		% de Escala P (Tri)	48,6%	24,3%	11,4%	28,0%
Total		Recuento	35	37	35	107
		% de Escala P (Tri)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,714(a)	4	,001
Razón de verosimilitud	20,347	4	,000
Asociación lineal por lineal	18,661	1	,000
N de casos válidos	107		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,81.

Los datos más significativos de esta tabla, muestran que: a menor cantidad de síntomas, mayor escala P y viceversa. Es así que la mayoría de las personas que presentan baja cantidad de síntomas, presentan alta escala P, mientras que la mayoría de las personas que presentan alta cantidad de síntomas, presentan baja escala P.

Por consiguiente, del total de la población que presenta baja cantidad de síntomas, el 14.3% presenta baja escala P, el 35.1% se encuentra en el cuadrante medio de escala P y el 60% presenta alta escala P, siendo monotónicamente ascendente.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de cantidad de síntomas, el 37.2% presenta baja escala P, el 40,5% se encuentra en el cuadrante medio de escala P y el 28.6% presenta alta escala P.

Del total de la población que presenta alta cantidad de síntomas, el 48.6% presenta baja escala P, el 24.3% se encuentra en el cuadrante medio de escala P y el 11.4% presenta alta escala P, siendo monotónicamente descendente.

Para ilustrar esta tabla, se toma un extracto de la entrevista realizada a una profesional²³ que presenta alta cantidad de síntomas, la cual manifiesta baja escala P en el ejercicio de sus funciones dentro de la institución: “...Es bastante frustrante el trabajo del profesional acá, o sea yo no encuentro en esta institución una satisfacción personal, es un trabajo que me da una retribución económica, que me permite vivir con mis otros “laburos”, pero no logro ninguna satisfacción. (...) Llega un momento que vos decís, bueno ¿qué hago?: me sumo, trato de cambiar las cosas o seguimos como estamos; o sea, ¿para qué me sigo preocupando y “calentando”, si total sigo cobrando el sueldo a fin de mes y ya está? (...) Siento las ganas de no venir, el estar muy cansada, el tener sueño todo el tiempo estando acá, bostezando “a lo pavo”, dolor de cabeza; el dolor de cabeza es del “embole”..., del “embole” de que no te aporte nada...”

Por otro lado, una profesional²⁴ que presenta alta escala P con bajas manifestaciones vinculadas al estrés, refiere: “...No sé si lo vivo como una exigencia, ¿eh?, sí como un desafío por ahí, el trabajar con otros profesionales con una misión distinta, donde la nutrición en la institución no ha sido relevante en estos pacientes y entonces es como un camino que se fue haciendo de a poco y donde se empezó a valorar la nutrición (...) Tengo esas ganas de aprender y

²³ Entrevista N° 14.

²⁴ Entrevista N° 9.

de investigar cosas, también me “engancho” con lo positivo de lo negativo que me pasa, de buscar y también averiguar y ver si descubro algo y “coparme” por ese lado...”

Tabla 12.

Cantidad de síntomas por Escala E (Libertad y Responsabilidad)

Tabla de contingencia

			Escala E (Tri)			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Cantidad de síntomas	Bajo	Recuento	3	9	27	39
		% de Escala E (Tri)	8,1%	25,7%	73,0%	35,8%
	Medio	Recuento	15	16	9	40
		% de Escala E (Tri)	40,5%	45,7%	24,3%	36,7%
	Alto	Recuento	19	10	1	30
		% de Escala E (Tri)	51,4%	28,6%	2,7%	27,5%
Total	Recuento	37	35	37	109	
	% de Escala E (Tri)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41,611(a)	4	,000
Razón de verosimilitud	46,055	4	,000
Asociación lineal por lineal	37,718	1	,000
N de casos válidos	109		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,63.

En la tabla anterior, se observa que: a menor cantidad de síntomas, mayor escala E y viceversa. Los datos más significativos muestran que la mayoría de las personas que presentan baja cantidad de síntomas, presentan alta escala E, mientras que la mayoría de las personas que presentan alta cantidad de síntomas, presentan baja escala E.

En efecto, del total de la población que presenta baja cantidad de síntomas, el 8.1% presenta baja escala E, el 25.7% se encuentra en el cuadrante medio de escala E y el 73% presenta alta escala E, siendo monotónicamente ascendente.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de cantidad de síntomas, el 40.5% presenta baja escala E, el 45.7% se encuentra en el cuadrante medio de escala E y el 24.3% presenta alta escala E.

Del total de la población que presenta alta cantidad de síntomas, el 51.4% presenta baja escala E, el 28.6% se encuentra en el cuadrante medio de escala E y el 2.7% presenta alta escala E, siendo monotónicamente descendente.

En primer lugar, se ilustra esta tabla con extractos de la entrevista tomada a una profesional²⁵, que manifiesta alta sintomatología de estrés y cuyo desempeño lo realiza con baja escala E, en este ámbito institucional. “...Me dicen ‘ah, mirá que a I ya le dieron el alta...’, ‘ah... ¿de qué?’, ‘estuvo con neumonía...’; esas cuestiones clínicas la transmiten en el equipo, entre los psicólogos y los demás profesionales, pero no las transmiten a los médicos, digo. (...) Cuando traiga el alta, la veré y le preguntaré lo que le tenga que preguntar; eso sí, te avisan que a “fulanito” le duele la muela, está con conjuntivitis, esas cosas sí; las cosas importantes de fondo, patologías más severas, pasan de largo (...) Acá, el consultorio está compartido con los psiquiatras, no habría problema, el problema es que estamos juntos al mismo tiempo y tengo la camilla llena de medicación de los psiquiatras, por lo cual no tengo un espacio para atender...”

En segundo lugar, otra profesional²⁶ hace referencia a su capacidad de ejercer las características de la escala E, pudiendo preservarse de síntomas del estrés. Al respecto, refiere: “...digamos que ya no me estresa más que este..., que el ratito que me tengo que concentrar para ver cómo lo resuelvo, pero colgué el teléfono, anoté la estadística y ya está, son poquísimos los llamados que me dejan preocupada, excepcionales (...) para mí hay una estrategia de resolución máxima para resolver muchísimas cosas, yo soy psicoanalista y es el análisis (...) me analizo

²⁵ Entrevista N° 14.

²⁶ Entrevista N° 10.

hace mucho tiempo y creo que a uno le permite posicionarse distinto frente a muchísimas situaciones, creo que el símbolo del quemado de los trabajadores de la salud, si cuidaran más su salud mental, sería cada vez menos frecuente (...) cuando empecé a trabajar, no me resultaba todo tan cómodo, creo que lo conquisté y a partir del análisis, me he ido posicionando de diferentes maneras en diferentes momentos y eso es lo que me permite ahora estar más cómoda....”

Tabla 13.
Cantidad de síntomas por Valor Total de sentido de vida

Tabla de contingencia

			Valor Total (Tri)			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Cantidad de síntomas	Bajo	Recuento	3	12	24	39
		% de Valor Total (Tri)	8,3%	33,3%	68,6%	36,4%
	Medio	Recuento	14	15	9	38
		% de Valor Total (Tri)	38,9%	41,7%	25,7%	35,5%
	Alto	Recuento	19	9	2	30
		% de Valor Total (Tri)	52,8%	25,0%	5,7%	28,0%
Total	Recuento	36	36	35	107	
	% de Valor Total (Tri)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,456(a)	4	,000
Razón de verosimilitud	36,471	4	,000
Asociación lineal por lineal	31,735	1	,000
N de casos válidos	107		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,81.

En esta tabla, los resultados muestran que: a menor cantidad de síntomas, mayor valor total de sentido de vida y viceversa. Los datos más significativos revelan que la mayoría de las personas que presentan baja cantidad de síntomas, presentan alto valor total de sentido de vida; mientras

que la mayoría de las personas que presentan alta cantidad de síntomas, presentan bajo valor total de sentido de vida.

En efecto, del total de la población que presenta baja cantidad de síntomas, el 8.3% presenta bajo valor total de sentido de vida, el 33.3% se encuentra en el cuadrante medio de valor total de sentido de vida y el 68.6% presenta alto valor total de sentido de vida, siendo monotónicamente ascendente.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de cantidad de síntomas, el 38.9% presenta bajo valor total de sentido de vida, el 41.7% se encuentra en el cuadrante medio de valor total de sentido de vida y el 25.7% presenta alto valor total de sentido de vida.

Del total de la población que presenta alta cantidad de síntomas, el 52.8% presenta bajo valor total de sentido de vida, el 25% se encuentra en el cuadrante medio de valor total de sentido de vida y el 5.7% presenta alto valor total de sentido de vida, siendo monotónicamente descendente.

Para ilustrar esta tabla, se toma un extracto de la entrevista realizada a una profesional²⁷, quien hace referencia a su sentido de vida. En este sentido comenta: “...pasé por la etapa de los coros y los grupos vocales, dúos, tríos, pasé por todo eso y quedé yo cantando cuando puedo, cuando hago los shows, viste (...) Cada vez que hay una posibilidad ahí me meto yo para cantar, canto en un templo para las fiestas, para los casamientos, lo que va surgiendo. (...) Voy a retomar los estudios de canto (...) Ahora ya estoy buscando de retomar de vuelta porque lo necesito, es como un vicio esto ya viste..., es como que me alimenta, es como un motor esto, viste..., de tener las clases, de estudiar, de seguir investigando, el tema de la voz y del cuerpo...”

Por otro lado, una técnica²⁸ hace referencia a sus malestares por no poder ejercer el rol correspondiente a su profesión, en cambio, se siente utilizada para funciones menos

²⁷ Entrevista N° 15.

²⁸ Entrevista N° 13.

jerarquizadas. “...Acá, lo del título no se usa nada (...) Es complicado, no soporto que se me nombre, porque lo que no soporto es que no se blanqueen las cosas; o sea, como a ese título no se le da ‘pelota’ acá, (...) en realidad, no se me permite un ‘carajo’, se me utiliza (...) A mí no se me cae ningún anillo, a mí lo único que se me cae es el alma y la respiración, pero sino siempre tuve la actitud, yo siempre voy a buscar los pedidos de los pacientes que les traen los familiares y ahora no tengo problemas de hacer también la estadística; a mí me importa un ‘carajo’ que me corresponda o no me corresponda, me molesta esta cuestión de que acá tengan tanta dificultad para aceptar a lo mejor cosas nuevas o lo que desconocen (...) Porque después si no hay nadie y te tienen que dejar a vos para que mediques, con tal de relajarse, no les importa un ‘carajo’...”

Concluyendo con los aspectos relacionados a estas tablas, se puede inferir que aquellas personas que tienen mayores capacidades y posibilidades para ejercer la libertad y la responsabilidad en el ejercicio de sus funciones, tienen más probabilidades de prevenir los síntomas asociados al estrés. Del mismo modo, que aquellas personas que presentan mayores capacidades para autodistanciarse de situaciones problemáticas y cultivar la autotranscendencia en todas sus áreas de vida, tienen también menos posibilidades de presentar sintomatología relacionada al estrés.

Anteriormente, se había explicitado que se tomaron dos tipos de análisis en relación al CASAS: la cantidad de síntomas y la autopercepción del estrés como indicador de control. Este último indicador surge de la pregunta 79 del mencionado cuestionario, en la cual la intención del autor, el Dr. Roberto Kertész (2006), radica en evaluar el grado de autopercepción del estrés que presenta el entrevistado.

A los fines de tener un indicador de control en relación a la cantidad de síntomas, se consideró oportuno evaluar el mismo en sus diferentes entrecruzamientos con las variables utilizadas en

este trabajo; esto es, analizar las interrelaciones que surgieron en cuanto a las características y dimensiones de las mismas.

A continuación, se exponen los resultados de la autopercepción del estrés.

Tabla 14.
Autopercepción del Estrés por Autodistanciamiento

Tabla de contingencia

			Autodistanciamiento (Tri)			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Autopercepción Estrés	Bajo	Recuento	15	17	20	52
		% de Autodistanciamiento (Tri)	38,5%	41,5%	71,4%	48,1%
	Medio	Recuento	18	16	5	39
		% de Autodistanciamiento (Tri)	46,2%	39,0%	17,9%	36,1%
	Alto	Recuento	6	8	3	17
		% de Autodistanciamiento (Tri)	15,4%	19,5%	10,7%	15,7%
Total	Recuento	39	41	28	108	
	% de Autodistanciamiento (Tri)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,885(a)	4	,064
Razón de verosimilitud	9,084	4	,059
Asociación lineal por lineal	3,768	1	,052
N de casos válidos	108		

a 1 casillas (11,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,41.

Esta tabla evidencia que: a menor autopercepción del estrés, mayor capacidad de autodistanciamiento. Es así que los datos más significativos muestran que la mayoría de las personas que presentan baja autopercepción del estrés, presentan alta capacidad de autodistanciamiento. Sin embargo, dentro de los que se ubican en alta autopercepción del estrés, no se observan diferencias significativas entre las personas que presentan baja capacidad de autodistanciamiento y alta capacidad de autodistanciamiento.

En efecto, del total de la población que presenta baja autopercepción del estrés, el 38.5% presenta baja capacidad de autodistanciamiento, el 41.5% se encuentra en el cuadrante medio de capacidad de autodistanciamiento y el 71.4% presenta alta capacidad de autodistanciamiento.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de autopercepción del estrés, el 46.2% presenta baja capacidad de autodistanciamiento, el 39% se encuentra en el cuadrante medio de capacidad de autodistanciamiento y el 17.9% presenta alta capacidad de autodistanciamiento.

Del total de la población que presenta alta autopercepción del estrés, el 15.4% presenta baja capacidad de autodistanciamiento, el 19.5% se encuentra en el cuadrante medio de capacidad de autodistanciamiento y el 10.7% presenta alta capacidad de autodistanciamiento.

Para ilustrar esta tabla, se toma un extracto de la entrevista realizada a un profesional²⁹, quien no se autopercibe estresado. El mismo comenta sobre la importancia de trabajar en forma auténtica, para no sentir la sobrecarga de estrés al tener que mantener una postura ficticia. En tal sentido, refiere “...para mí, lo fundamental es que puedas trabajar cómodo, siendo espontáneo en serio, a mí me incomodaría mucho si tuviera que adquirir una impostura determinada, sea en actitud o algo que la institución exija como condición sine qua non para trabajar acá adentro, ahí sí me sentiría molesto de tener que sostener algo que yo no soy...”

Por otro lado, otro profesional³⁰ refiere: “...me parece que fue tendiendo más hacia la idea de un psicólogo de Guardia a través del tiempo, me parece eso tratando uno de ubicarse más de ese lugar, correrse de lo que uno cree que es lo que no tiene que hacer, y ‘mechar’ un poco con algunas cosas que quizá en lo institucional siguen siendo necesarias ¿no? En ese sentido, digo, no me siento mal si tengo que ir a prender una luz (...) Yo creo que estoy satisfecho, porque si bien

²⁹ Entrevista N° 22.

³⁰ Entrevista N° 2.

todos tenemos estrés, digamos... pero bueno, no tengo una manifestación exacerbada del estrés...”

Tabla 15.
Autopercepción del Estrés por Autotrascendencia

Tabla de contingencia

			Autotrascendencia (Tri)			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Autopercepción Estrés	Bajo	Recuento	7	24	23	54
		% de Autotrascendencia (Tri)	25,0%	54,5%	62,2%	49,5%
	Medio	Recuento	14	15	10	39
		% de Autotrascendencia (Tri)	50,0%	34,1%	27,0%	35,8%
	Alto	Recuento	7	5	4	16
		% de Autotrascendencia (Tri)	25,0%	11,4%	10,8%	14,7%
Total	Recuento	28	44	37	109	
	% de Autotrascendencia (Tri)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,964(a)	4	,041
Razón de verosimilitud	10,239	4	,037
Asociación lineal por lineal	7,452	1	,006
N de casos válidos	109		

a 1 casillas (11,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,11.

Continuando con este análisis, se puede ver en esta tabla que: a menor autopercepción del estrés, mayor capacidad de autotrascendencia y viceversa. Los datos más significativos muestran que la mayoría de las personas que presentan baja autopercepción del estrés, presentan alta capacidad de autotrascendencia. Mientras que la mayoría de las personas que presentan alta autopercepción del estrés, presentan baja capacidad de autotrascendencia.

Por consiguiente, del total de la población que presenta baja autopercepción del estrés, el 25% presenta baja capacidad de autotrascendencia, el 54.5% se encuentra en el cuadrante medio de

capacidad de autotranscendencia y el 62.2% presenta alta capacidad de autotranscendencia, siendo monotónicamente ascendente.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de autopercepción del estrés, el 50% presenta baja capacidad de autotranscendencia, el 34.1% se encuentra en el cuadrante medio de capacidad de autotranscendencia y el 27% presenta alta capacidad de autotranscendencia, siendo monotónicamente descendente.

Del total de la población que presenta alta autopercepción del estrés, el 25% presenta baja capacidad de autotranscendencia, el 11.4% se encuentra en el cuadrante medio de capacidad de autotranscendencia y el 10.8% presenta alta capacidad de autotranscendencia. Si bien es monotónicamente descendente, hay poca variabilidad en los resultados observados entre el cuadrante medio de capacidad de autotranscendencia y el de alta capacidad de autotranscendencia.

De acuerdo a estos resultados, se puede inferir que los profesionales y técnicos que muestran mayores niveles de estrés, no pueden proyectarse en su trabajo, perdiendo la capacidad de autotranscender en la vocación que eligieron. Al estar trabajando bajo presión emocional y/o sobrecarga de tareas, se perdería la posibilidad de disfrutar lo que se buscó como proyecto de trabajo, siendo la autotranscendencia lo que le permite al hombre continuar su desarrollo personal y profesional, sostenido desde la autenticidad, a fin de no perderse en lo inauténtico del trabajo rutinario.

Continuando con las ilustraciones, para esta tabla se toma un extracto de la entrevista realizada a una profesional³¹, la cual refiere: "...Con el equipo muchas veces me siento angustiada estando con ellos, es más, estoy pensando en irme del servicio. En mi situación, no es tan fácil, porque una vez pedí pase de servicio y me dijeron que no. Entonces, es como que me siento entrampada, porque yo tampoco puedo renunciar, porque tengo hijos. Si pudiera conseguir

³¹ Entrevista N° 4.

un trabajo que gane lo mismo en blanco, yo renuncio..., o sea, si pudiera hacerlo... no puedo, porque sería irresponsable de mi parte...”

En cuanto al mayor desarrollo de la capacidad de autotrascendencia y menor autopercepción del estrés, el siguiente profesional³² entrevistado expresa en sus relatos: “... me gusta atender una entrevista acá en la Guardia, digamos... en la entrevista, uno necesita contención, otro paciente que está angustiado, ¿viste?, de repente se genera algo ahí, se genera un diálogo, una palabra, una cuestión que me parece importante, y que quizá el paciente registra como algo importante, por eso me gusta y me siento bien...”

Tabla 16.
Autopercepción del Estrés por Libertad

Tabla de contingencia

			Libertad (Tri)			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Autopercepción Estrés	Bajo	Recuento	14	15	24	53
		% de Libertad (Tri)	36,8%	40,5%	70,6%	48,6%
	Medio	Recuento	16	14	9	39
		% de Libertad (Tri)	42,1%	37,8%	26,5%	35,8%
	Alto	Recuento	8	8	1	17
		% de Libertad (Tri)	21,1%	21,6%	2,9%	15,6%
Total		Recuento	38	37	34	109
		% de Libertad (Tri)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,326(a)	4	,023
Razón de verosimilitud	12,709	4	,013
Asociación lineal por lineal	8,682	1	,003
N de casos válidos	109		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,30.

En esta tabla, los datos más significativos muestran que: a menor autopercepción del estrés, mayor libertad. Es así que la mayoría de las personas que presentan baja autopercepción del

³² Entrevista Nº 2.

estrés, presentan alta libertad; mientras que entre las personas que presentan alta autopercepción del estrés, no se observa variabilidad en quienes presentan baja y media libertad.

En efecto, del total de la población que presenta baja autopercepción del estrés, el 36.8% presenta baja libertad, el 40.5% se encuentra en el cuadrante medio de libertad y el 70.6% presenta alta libertad, siendo monotónicamente ascendente.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de autopercepción del estrés, el 42.1% presenta baja libertad, el 37.8% se encuentra en el cuadrante medio de libertad y el 26.5% presenta alta libertad, siendo monotónicamente descendente.

Del total de la población que presenta alta autopercepción del estrés, el 21.1% presenta baja libertad, el 21.6% se encuentra en el cuadrante medio de libertad y el 2.9% presenta alta libertad.

Para ilustrar esta tabla, se toma un extracto de la entrevista realizada a un profesional³³, quien no presenta una significativa autopercepción del estrés, comentando que actualmente el equipo interdisciplinario tiene más libertad a la hora de decidir el tratamiento del paciente, gracias a la Ley de Salud Mental. En este sentido, refiere “...Es más, la mayoría de los jueces ya no mandan a internar como antes, mandan a evaluar por el equipo interdisciplinario, te dan el poder a vos (...) te digo que la busqué por internet y encontré que esa ley va totalmente en contra de la famosa nueva Ley de Salud Mental, que tanta polémica arma y que le da poder al equipo interdisciplinario para decidir una internación, un ambulatorio o un Hospital de Día o que simplemente si está en tratamiento o no...”

Por otro lado, otro técnico entrevistado³⁴ expresa: “...Tengo un alto grado de autonomía y si no fuera así el trabajo me comería crudo, si no lo tuviera me lo generaría, cuando no lo tengo me

³³ Entrevista N° 22.

³⁴ Entrevista 7.

lo genero (...) Nos dejaron solos y somos autónomos (...) En la soledad, ahí impera la autonomía, ¿no?, impera una autonomía que para nosotros es productiva...”

Tabla 17.

Autopercepción Estrés por Responsabilidad

Tabla de contingencia

			Responsabilidad (Tri)			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Autopercepción Estrés	Bajo	Recuento	9	14	31	54
		% de Responsabilidad (Tri)	23,1%	40,0%	86,1%	49,1%
	Medio	Recuento	17	17	5	39
		% de Responsabilidad (Tri)	43,6%	48,6%	13,9%	35,5%
	Alto	Recuento	13	4	0	17
		% de Responsabilidad (Tri)	33,3%	11,4%	,0%	15,5%
Total		Recuento	39	35	36	110
		% de Responsabilidad (Tri)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,162(a)	4	,000
Razón de verosimilitud	41,446	4	,000
Asociación lineal por lineal	32,218	1	,000
N de casos válidos	110		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,41.

En esta tabla, los resultados muestran que: a menor autopercepción del estrés, mayor responsabilidad y viceversa. Los datos más significativos muestran que la mayoría de las personas que presentan baja autopercepción del estrés, presentan alta responsabilidad; mientras que la mayoría de las personas que presentan alta autopercepción del estrés, presentan baja responsabilidad.

Por consiguiente, del total de la población que presenta baja autopercepción del estrés, el 23.1% presenta baja responsabilidad, el 40% se encuentra en el cuadrante medio de responsabilidad y el 86.1% presenta alta responsabilidad, siendo monotónicamente ascendente.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de autopercepción del estrés, el 43.6% presenta baja responsabilidad, el 48.6% se encuentra en el cuadrante medio de responsabilidad y el 13.9% presenta alta responsabilidad.

Del total de la población que presenta alta autopercepción del estrés, el 33.3% presenta baja responsabilidad, el 11.4% se encuentra en el cuadrante medio de responsabilidad y el 0% presenta alta responsabilidad, siendo monotónicamente descendente.

De acuerdo a estos resultados, se puede inferir que aquellos profesionales y técnicos que muestran un mayor nivel de autopercepción del estrés, tendrían menos posibilidades de ejercer sus actividades responsablemente. ¿Por qué ocurriría esto? Si una persona se autopercibe estresada, buscaría cumplir con las demandas institucionales, las demandas de las autoridades y de los pacientes, terminando su trabajo en forma automatizada y con baja autorreflexión sobre el mismo. Esto hace que se aboque a cumplir con la cantidad de trabajo encomendado sin detenerse en la calidad del mismo. Entonces, habría menos posibilidades de trabajar con responsabilidad cuando se tiene una sobrecarga de tareas por cumplir. Se considera que las personas que pueden ejercer sus funciones responsablemente, tendrían la posibilidad de ver su tarea organizada y esto les permitiría estar más tranquilas autopercibiéndose menos estresadas.

Para ilustrar esta tabla, se toma un extracto de la entrevista realizada a una técnica³⁵, la cual refiere: "...Ahora yo ya no hago un 'carajo', ahora cada vez que quiero hacer algún grupo de algo, suponte de reflexión, de lo que sea, como yo me había "enganchado" con grupos de adolescentes y tengo que andar justificando, porque no sé lo que se piensa. Acá hay toda una cosa

³⁵ Entrevista N° 13.

con lo grupal, que se dice: ‘porque se drogan en grupo...’, ¡qué argumentación ‘pelotuda’ es esa!, ¿no es cierto?, pero bueno si no lo hace quien tiene que hacerlo, no lo voy a hacer yo...”

Continuando con el análisis en este caso, se puede ilustrar con otro relato, en el cual una profesional³⁶ que no manifiesta una significativa autopercepción del estrés, da cuenta de su trabajo responsable. “...Cuando estoy con el paciente en la consulta me atrapa la consulta, me interesa lo que me cuenta el paciente y es la parte que más disfruto acá, fuera de la atención de los pacientes todo lo que fuera supervisión de servicio no es lo que a mí me gusta, donde yo me siento que soy más eficaz, mi fuerte es la atención de los pacientes, creo yo (...) Me sigue produciendo malestar, no puedo decir ‘me resbala, no me importa nada’, me trae malestar pero mucho menos que antes, muchísimo, pero mucho menos...”

Tabla 18.
Autopercepción del Estrés por Escala P (Autotrascendencia y Autodistanciamiento)

Tabla de contingencia

			Escala P (Tri)			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Autopercepción Estrés	Bajo	Recuento	11	17	24	52
		% de Escala P (Tri)	31,4%	45,9%	68,6%	48,6%
	Medio	Recuento	16	17	6	39
		% de Escala P (Tri)	45,7%	45,9%	17,1%	36,4%
	Alto	Recuento	8	3	5	16
		% de Escala P (Tri)	22,9%	8,1%	14,3%	15,0%
Total		Recuento	35	37	35	107
		% de Escala P (Tri)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,001(a)	4	,011
Razón de verosimilitud	13,759	4	,008
Asociación lineal por lineal	6,936	1	,008
N de casos válidos	107		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,23.

³⁶ Entrevista N° 9.

Esta tabla revela que: a menor autopercepción del estrés, mayor escala P y viceversa.

Los datos más significativos muestran que: la mayoría de las personas que presentan baja autopercepción del estrés, presentan alta escala P. Mientras que la mayoría de las personas que presentan alta autopercepción del estrés, presentan baja escala P.

En efecto, del total de la población que presenta baja autopercepción del estrés, el 31.4% presenta baja escala P; el 45.9% se encuentra en el cuadrante medio de escala P y el 68.6% presenta alta escala P, siendo monotónicamente ascendente.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de autopercepción del estrés, el 45.7% presenta baja escala P; el 45.9% se encuentra en el cuadrante medio de escala P y el 17.1% presenta alta escala P.

Del total de la población que presenta alta autopercepción del estrés, el 22.9% presenta baja escala P, el 8.1% se encuentra en el cuadrante medio de escala P y el 14.3% presenta alta escala P.

Continuando con la ilustración de esta tabla, se toman recortes de la entrevista a una profesional³⁷, quien manifiesta autopercepción del estrés. “...Cuando era joven tomaba el anticonceptivo, ahora tomo el antihipertensivo (...) y de ahí en más no bajo más, tampoco se me ocurrió nunca más dejar la medicación (...) el médico que vio la ergometría me dice ‘está perfecto’ pero la presión está alta...” Más adelante, comenta acerca de una serie de proyectos que tiene pendientes, pero que aún por distintas circunstancias personales, no los ha podido concretar, denotando una clara confusión en cuanto a su proyecto de vida. Al respecto, refiere: “...fui al Congreso de Obesidad en Mar del Plata, me encantó porque me encanta como patología, y bueno si tuviera plata pongo una clínica para gordos, pero también me encantó el rubro de la

³⁷ Entrevista Nº 21.

gastronomía, esto de lo nuevo y todo lo que es la nutrición, todo lo que es el tema de la alimentación que a mí me gusta, me encantó como rubro...” Más adelante: “...son mis sueños sí, poder en algún momento hacer arte qué yo sé, aunque empiece a los 70 años, en algún momento voy a hacer algo que tenga que ver con el canto y la escultura y estas cosas, me encantaría hacer escultura, nunca lo hice (...) Por eso, cuando digo ‘me cuesta mucho organizarme’, digo ‘¿me cuesta mucho organizarme o es que realmente el abanico es demasiado grande y son cosas muy dispares que inevitablemente en algún momento se complican?’...”

Por otra parte, otra profesional³⁸ que no manifiesta autopercepción del estrés, expresa en relación a la escala P: “...Tuve que tomar decisiones de no estar en los otros lugares de mayor estrés, quiero decirte escuelas, colegios y hospitales generales para agudos, tuve que optar y la mejor opción es ésta, por eso te estoy explicando (...) Uno puede desear determinadas cosas, por ejemplo en un momento mejoraron muchas cosas, lo que es laboral, ¿no?, concursos, formación a otros niveles, etc., etc., eso sería mi elección, no sé si sería mi proyección, porque no lo tomo como el centro de la existencia de mi vida, eso son mis hijos, mi esposo y mi vida son ellos; si lo puedo lograr lo lograré, y si no lo puedo lograr será algo que quedará, vamos a intentar lograrlo, tampoco es un desánimo...”

³⁸ Entrevista Nº 12.

Tabla 19.
Autopercepción del Estrés por Escala E (Libertad y Responsabilidad)

Tabla de contingencia

			Escala E (Tri)			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Autopercepción Estrés	Bajo	Recuento	10	14	29	53
		% de Escala E (Tri)	27,0%	40,0%	78,4%	48,6%
	Medio	Recuento	16	15	8	39
		% de Escala E (Tri)	43,2%	42,9%	21,6%	35,8%
	Alto	Recuento	11	6	0	17
		% de Escala E (Tri)	29,7%	17,1%	,0%	15,6%
Total		Recuento	37	35	37	109
		% de Escala E (Tri)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,523(a)	4	,000
Razón de verosimilitud	29,224	4	,000
Asociación lineal por lineal	22,604	1	,000
N de casos válidos	109		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,46.

Esta tabla revela que: a menor autopercepción del estrés, mayor escala E y viceversa. Los datos más significativos muestran que la mayoría de las personas que presentan baja autopercepción del estrés, presentan alta escala E. Mientras que la mayoría de las personas que presentan alta autopercepción del estrés, presentan baja escala E.

En efecto, del total de la población que presenta baja autopercepción del estrés, el 27% presenta baja escala E, el 40% se encuentra en el cuadrante medio de escala E y el 78.4% presenta alta escala E, siendo monotónicamente ascendente.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de autopercepción del estrés, el 43.2% presenta baja escala E, el 42.9% se encuentra en el cuadrante medio de escala E y el 21.6% presenta alta escala E, siendo monotónicamente descendente.

Del total de la población que presenta alta autopercepción del estrés, el 29.7% presenta baja escala E, el 17.1% se encuentra en el cuadrante medio de escala E y el 0% presenta alta escala E, siendo monotónicamente descendente.

La profesional³⁹ venía comentando de sus dificultades para ejercer responsablemente su función, entre otras cosas por su baja capacidad organizativa, manifestando autopercepción del estrés. En este sentido, refiere: "...hace 5 días que no fumo, el día 30 fumé 2 cigarrillos y voy a terminar el año sin fumar y voy a empezar el 2012 sin fumar, porque es lo que te digo, soy una fumadora desde siempre, pero no es que no me importa, no quiero fumar, no puedo fumar más porque realmente me está haciendo mal, me vino bien enfermarme así con la laringitis, qué sé yo..."

Por otra parte, se puede ilustrar un mayor desarrollo de las capacidades de la escala E con menor manifestación de la autopercepción del estrés, a través de una entrevista realizada a otro profesional⁴⁰: "...Entonces yo tomo decisiones de entrar siempre acompañado y nunca solo, igual a mí no me gusta, no me va a gustar, yo no estudié para esto, son cosas... pero que bueno... uno lo va manejando (...) No nací en la institución y tal vez no moriré en la institución, qué quiero decir con esto..., me siento capaz de poder realizar cualquier tarea que tenga que ver con enfermería sin estar dependiendo de la institución, me creo lo suficientemente capaz entonces con eso ¿no?, estoy contenido, por ese motivo me importa muy poco si al otro le molesta o no, digo mi verdad y la trato de defender sin tratar de agredir a otros, pero sí digo mi verdad..."

³⁹ Entrevista N° 21.

⁴⁰ Entrevista N° 19.

Tabla 20.
Autopercepción del Estrés por Valor Total de Sentido de Vida

Tabla de contingencia

				Valor Total (Tri)			Total
				Bajo	Medio	Alto	
Autopercepción Estrés	Bajo	Recuento	11	14	27	52	
		% de Valor Total (Tri)	30,6%	38,9%	77,1%	48,6%	
	Medio	Recuento	16	15	8	39	
		% de Valor Total (Tri)	44,4%	41,7%	22,9%	36,4%	
	Alto	Recuento	9	7	0	16	
		% de Valor Total (Tri)	25,0%	19,4%	,0%	15,0%	
Total	Recuento	36	36	35	107		
	% de Valor Total (Tri)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,801(a)	4	,001
Razón de verosimilitud	24,325	4	,000
Asociación lineal por lineal	17,151	1	,000
N de casos válidos	107		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,23.

En esta tabla, puede observarse que: a menor autopercepción del estrés, mayor valor total de sentido de vida y viceversa. Así es que los datos más significativos muestran que la mayoría de las personas que presentan baja autopercepción del estrés, presentan alto valor total de sentido de vida; mientras que la mayoría de las personas que presentan alta autopercepción del estrés, presentan bajo valor total de sentido de vida.

En efecto, del total de la población que presenta baja autopercepción del estrés, el 30.6% presenta bajo valor total de sentido de vida, el 38.9% se encuentra en el cuadrante medio de valor total de sentido de vida y el 77.1% presenta alto valor total de sentido de vida, siendo monotónicamente ascendente.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de autopercepción del estrés, el 44.4% presenta bajo valor total de sentido de vida, el 41.7% se encuentra en el cuadrante medio de valor total de sentido de vida y el 22.9% presenta alto valor total de sentido de vida, siendo monotónicamente descendente.

Del total de la población que presenta alta autopercepción del estrés, el 25% presenta bajo valor total de sentido de vida, el 19.4% se encuentra en el cuadrante medio de valor total de sentido de vida y el 0% presenta alto valor total de sentido de vida, siendo monotónicamente descendente.

Para ilustrar esta tabla, se toma un extracto de la entrevista realizada a una profesional⁴¹ quien no manifiesta autopercepción del estrés. “...¿Cómo me siento realizada?; cuando estudio, cuando puedo hacer cursos, cuando puedo transmitirle a alguien lo que he aprendido, ahí yo me siento realizada (...) Y mi misión en la vida parece que era la investigación y este..., eso no pudo ser pero por eso seguí psiquiatría, para poder investigar...”

Por otra parte, se puede ilustrar con otra entrevista tomada a una profesional⁴², que presenta alta autopercepción del estrés, manifestando menor valor total de sentido de vida. “... Todo lo veo como una exigencia, no hay algo que vea como una exigencia, para mí es todo como una exigencia (...) Lo único que me da este trabajo es un sueldo, porque satisfacciones no me da, entonces no creo que me las dé (...) Los pacientes la mayoría de las veces entran y salen, no hay algo que vos digas ‘bueno a ver a éste lo seguí, qué bien que está, bueno este, ¡ah qué bien!...’, es un circuito de internación, entran, salen, pasan por acá, se van, consumen, (...) pasan por acá, entonces es un trámite, porque el que tengo hoy enfrente mañana es el que sale y después vuelve y así es, los pacientes son socios vitalicios...”

⁴¹ Entrevista N° 8.

⁴² Entrevista N° 16.

Tabla 21.
Autodistanciamiento por Edad

Tabla de contingencia

			Edad			Total
			Hasta 35 años	De 35 a 50 años	Más de 50 años	
Autodistanciamiento (Tri)	Bajo	Recuento	7	15	16	38
		% de Edad	30,4%	33,3%	47,1%	37,3%
	Medio	Recuento	13	14	11	38
		% de Edad	56,5%	31,1%	32,4%	37,3%
	Alto	Recuento	3	16	7	26
		% de Edad	13,0%	35,6%	20,6%	25,5%
Total	Recuento	23	45	34	102	
	% de Edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,824(a)	4	,098
Razón de verosimilitud	7,636	4	,106
Asociación lineal por lineal	,397	1	,529
N de casos válidos	102		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,86.

Los datos más significativos muestran que la mayoría de las personas que presentan bajo autodistanciamiento, corresponden a la categoría de más de 50 años; mientras que la mayoría de las personas que presentan alto autodistanciamiento, corresponden a la categoría de entre 35 a 50 años.

Por consiguiente, del total de la población que presenta bajo autodistanciamiento, el 30.4% corresponde a la categoría de hasta 35 años, el 33.3% corresponde a la categoría de 35 a 50 años y el 47.1% corresponde a la categoría de más de 50 años, siendo monotónicamente ascendente.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de autodistanciamiento, el 56.5% corresponde a la categoría de hasta 35 años, el 31.1% corresponde a la categoría de entre 35 a 50 años y el 32.4% corresponde a la categoría de más de 50 años.

Del total de la población que presenta alto autodistanciamiento, el 13% corresponde a la categoría de hasta 35 años, el 35.6% corresponde a la categoría de entre 35 a 50 años y el 20.6% corresponde a la categoría de más de 50 años.

Para ilustrar esta tabla, se toma un extracto de la entrevista realizada a una profesional⁴³, quien tiene 46 años. “...Yo venía todos los días, tenía que tener una cierta distancia; en internación era totalmente diferente, porque era lo cotidiano, lo que invadía y el límite tenía que insistir y me ayudó muchísimo también, porque yo pienso que también la distancia óptima puede ser un abrazo (...). Pero era necesario porque yo me tenía que acomodar a todo el estilo, si bien yo tengo totalmente otro tipo de personalidad y quizá cualidades diferentes, esto también me ayudaba a tener una cierta distancia con el paciente y pude también lograr, más allá de la distancia, acomodarme a ellos y también a la profesión, porque el trabajo social tiene otras cosas, tiene otra forma de acercarse al paciente...”

Por otro lado, otra profesional⁴⁴ que tiene 57 años, relata la dificultad que tuvo al intervenir en un caso donde no logró mantener el autodistanciamiento y la resolución que tuvo el mismo le creó gran malestar. “...Lo tuve que venir a buscar al chico y llevarlo y realmente me creó una angustia terrible, porque era una forma de entregarlo y ese fue mi primer caso que tuve acá, bueno, ¿cómo fue?, no serví para nada, lo que hice para mí fue una frustración porque no pude lograr que entendieran que este chico tenía sus problemas, pero podía ser rescatable, y bueno peleamos con el equipo pero no hubo caso...”

⁴³ Entrevista N° 20.

⁴⁴ Entrevista N° 5.

Tabla 22.
Autotrascendencia por Edad

Tabla de contingencia

			Edad			Total
			Hasta 35 años	De 35 a 50 años	Más de 50 años	
Autotrascendencia (Tri)	Bajo	Recuento	3	15	10	28
		% de Edad	13,0%	33,3%	28,6%	27,2%
	Medio	Recuento	13	11	17	41
		% de Edad	56,5%	24,4%	48,6%	39,8%
	Alto	Recuento	7	19	8	34
		% de Edad	30,4%	42,2%	22,9%	33,0%
Total		Recuento	23	45	35	103
		% de Edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,596(a)	4	,048
Razón de verosimilitud	10,198	4	,037
Asociación lineal por lineal	1,312	1	,252
N de casos válidos	103		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,25.

Los datos más significativos muestran que la mayoría de las personas que presentan alta autotrascendencia, corresponden a la categoría de entre 35 a 50 años.

En efecto, del total de la población que presenta baja autotrascendencia, el 13% corresponde a la categoría de hasta 35 años, el 33.3% corresponde a la categoría de entre 35 a 50 años y el 28.6% corresponde a la categoría de más de 50 años.

Del total de la población que se encuentra en el cuadrante medio de autotrascendencia, el 56.5% corresponde a la categoría de hasta 35 años, el 24.4% corresponde a la categoría de entre 35 a 50 años y el 48.6% corresponde a la categoría de más de 50 años.

Del total de la población que presenta alta autotrascendencia, el 30.4% corresponde a la categoría de hasta 35 años, el 42.2% corresponde a la categoría de entre 35 a 50 años y el 22.9% corresponde a la categoría de más de 50 años.

Es dable destacar que si bien dentro de la franja etaria de entre 35 a 50 años se encuentra el mayor porcentaje de alta autotrascendencia, también dentro de la misma franja etaria se encuentra el mayor porcentaje, aunque menor al anterior, de baja autotrascendencia, con lo cual estos resultados se consideran poco significativos.

Se ilustra esta tabla, tomando el porcentaje más significativo correspondiente al de alta autotrascendencia, con una viñeta de la entrevista tomada a una profesional de 38 años⁴⁵ que relata su bienestar por la tarea que realiza. En este sentido, expresa : “...me siento muy cómoda, este..., bueno creo que me costó mucho llegar hasta acá, al punto de sentirme bien incluida en el trabajo, cómoda con la tarea, es algo que..., bueno, me llevó su tiempo (...) y lo gratificante que también se da mucho es la devolución del paciente o de la familia o de alguien que se acerca y dice: ‘bueno, estoy bien, estoy mejor’, creo que eso es también muy gratificante a la hora de evaluar estas cosas...”

⁴⁵ Entrevista N° 18.

7. Conclusiones

El objetivo general del presente trabajo se ha basado en examinar la relación entre el sentido de vida y el estrés laboral en trabajadores de la salud mental que asisten pacientes drogodependientes en un centro especializado. Asimismo, se consideró pertinente observar las estrategias de afrontamiento, a fin de destacar las más significativas según los datos arrojados por el análisis cuantitativo.

Considerando el concepto de sentido de vida, como el desarrollo de las capacidades personales y existenciales que posibilita a las personas preservarse y sobrellevar más saludablemente las experiencias laborales estresantes, se han corroborado las hipótesis planteadas en esta investigación.

En cuanto a la hipótesis 1, “las unidades de análisis, se encuentran medianamente bajo situación de estrés”. Los datos muestran que del total de la población que se encuentran bajo situación de estrés, el 36,4% presenta baja cantidad de síntomas, el 28,2% se encuentra en un nivel medio de cantidad de síntomas, mientras que el 35,5% presenta alta cantidad de síntomas. Esto da cuenta, que si bien el estrés es inherente al trabajo institucional, la variable sentido de vida estaría actuando como amortiguador de los factores estresores.

Como dato interesante también se observa que las mujeres exhiben mayor cantidad de síntomas que los varones. Además aquellas personas que presentan mayor cantidad de síntomas, son las que trabajan más horas.

También se observa que del total de la población, el 49,1% manifiesta baja autopercepción del estrés, el 35,5% manifiesta un nivel medio de autopercepción del estrés y el 15,5% manifiesta alta autopercepción del estrés. Con lo cual como indicador de control, se observa que aquellos

que se autoperciben menos estresados, son los que presentan menor cantidad de síntomas y viceversa.

De este análisis se puede inferir que, más allá de los datos que arrojan los resultados del estudio cuantitativo, la autopercepción que manifiestan los profesionales y técnicos, puede ser diferente a esos datos, a sabiendas de que la realidad no necesariamente coincide con la subjetividad de las personas.

Con respecto a la hipótesis 2, “las unidades de análisis presentan en gran parte, capacidades personales y existenciales relacionadas con el sentido de la vida”. En efecto, del total de la población, el 27,2% presenta baja autotrascendencia, el 39,8% se encuentra en un nivel medio de autotrascendencia y el 33% presenta alta autotrascendencia. Si bien este aspecto está vinculado específicamente a una de las dimensiones del sentido de vida, se considera que ésta es la que posibilita que las personas puedan sobrellevar las situaciones estresantes propias del trabajo institucional, al proyectar objetivos y metas que van más allá de esta área laboral y que incluyen a todas sus áreas de vida.

Por otra parte, se observa que los profesionales y técnicos que presentan mayores capacidades de autodistanciamiento y de autotrascendencia, son quienes se encuentran en el rango de entre 35 a 50 años; mientras que la mayoría de las personas que presentan bajo autodistanciamiento, corresponden a la categoría de más de 50 años. Este último dato podría interpretarse, en virtud de que a raíz de la mayor experiencia que aportan los años, las personas pueden ejercer su trabajo sin recurrir tanto a un mayor autodistanciamiento, por sentirse más sólidas y seguras en sus funciones. Por otra parte, la mayoría de las personas que presentan baja autotrascendencia están relacionadas laboralmente con la institución bajo la modalidad de contratados; mientras que la

mayoría de las personas que presentan alta autotrascendencia tienen otros trabajos independientes.

En efecto, los profesionales y técnicos de este estudio presentan en gran parte, un desarrollo de las capacidades personales y existenciales relacionadas con el sentido de vida.

En relación a la hipótesis 3, “las unidades de análisis que presentan menos síntomas de estrés, poseen un mayor desarrollo de sus capacidades personales (escala P) y existenciales (escala E) relacionadas con el sentido de la vida”. Se observa que, del total de la población que presenta baja cantidad de síntomas, el 68,6% presenta alto valor total de sentido de vida, mientras que del total de la población que presenta alta cantidad de síntomas, el 52,8% presenta bajo valor total de sentido de vida. De este modo, se corrobora la hipótesis planteada al evidenciarse que quienes manifiestan mayor desarrollo de las capacidades personales y existenciales, presentan menor cantidad de síntomas.

Por otra parte, del total de la población que presenta baja autopercepción del estrés, el 77,1% presenta alto valor total de sentido de vida, mientras que del total de la población que presenta alta autopercepción del estrés, el 25% manifiesta bajo valor total del sentido de la vida.

Además, se evidencia que del total de la población que presenta menor cantidad de síntomas y menor autopercepción del estrés, también presentan mayor autodistanciamiento. Esto nos lleva a deducir que quienes han podido desarrollar más sus capacidades personales y existenciales, relacionadas al sentido de la vida, tienen más posibilidades de autodistanciarse de aquellas situaciones que puedan resultar conflictivas y estresantes, previniendo y resguardándose de padecer los síntomas.

De igual manera, se observa también en quienes presentan menor cantidad de síntomas y menor autopercepción del estrés, un mayor desarrollo de la capacidad de autotranscendencia. En este caso, podemos inferir que quienes tienen la posibilidad de proyectarse hacia el afuera con objetivos personales y existenciales, poseen mayor capacidad para superar obstáculos que pudieran opacar el sentido de vida dentro del ámbito laboral y en relación a la vocación por la tarea. En definitiva, los profesionales y técnicos que tienen un mayor desarrollo de las capacidades personales (escala P), son los que podrían prevenir y contrarrestar los síntomas negativos derivados de las situaciones estresantes, siendo asimismo quienes se autoperciben menos estresados.

Por otro lado, se ha podido corroborar esta hipótesis al observarse que quienes tienen la posibilidad de ejercer sus funciones más libremente dentro del ámbito institucional, presentan menor cantidad de síntomas, menor autopercepción del estrés, y viceversa. En este sentido, podemos inferir que si los profesionales y técnicos pueden desarrollar su tarea libremente, resolviendo situaciones problemáticas o haciendo uso de su creatividad cuando las circunstancias lo requieran, experimentan una mayor identificación con la tarea, enriqueciendo así esta dimensión del sentido de vida que es la libertad.

Asimismo, quienes ejercen sus funciones con mayor responsabilidad, son los que presentan menor cantidad de síntomas y menor autopercepción del estrés. Podemos inferir entonces que quienes pueden trabajar más responsablemente, son los que tienen mayores posibilidades de enfrentar las situaciones problemáticas, para encontrar soluciones y de ese modo, al retirarse de su trabajo, experimentar mayor tranquilidad, evitando preocupaciones que podrían derivar en sintomatología de estrés. Por el contrario, quienes no pueden ejercer en mayor medida la responsabilidad, podrían quedar muchos de ellos, abrumados por las situaciones problemáticas

que pudieran presentarse, dando lugar a lo que se conoce como rumiación y que incide en la aparición de los síntomas de estrés.

En definitiva, los profesionales y técnicos que tienen un mayor desarrollo de las capacidades existenciales (escala E), también son los que podrían prevenir y contrarrestar en mayor medida los síntomas negativos derivados de las situaciones estresantes, siendo asimismo quienes se autoperciben menos estresados.

En efecto, lo que se corrobora de esta hipótesis, es que quienes presentan un mayor desarrollo del sentido de vida (valor total), pueden contar con más recursos y habilidades personales y existenciales para hacer frente a las situaciones estresantes propias del trabajo institucional y de la atención de patologías complejas como las que atienden estos profesionales y técnicos. Asimismo, se ha corroborado que ellos son quienes se autoperciben menos estresados y quienes presentan menor cantidad de síntomas.

En referencia a la hipótesis 4, “las unidades de análisis recurren tanto a estrategias de afrontamiento adaptativas, desadaptativas o de protección, de acuerdo a las circunstancias”, se observa que del total de la población, el 17,3% utiliza en menor medida la estrategia resolución de problemas, el 42,7% utiliza medianamente la estrategia resolución de problemas, mientras que el 40% utiliza en mayor medida esta estrategia. La hipótesis corrobora en este caso, que la mayoría de las personas utiliza la estrategia resolución de problemas que se considera adaptativa, y por ende posibilita resolver las situaciones conflictivas para alcanzar un mayor bienestar.

Asimismo, del total de la población, el 14,5% utiliza en menor medida la estrategia retirada social, el 60% utiliza medianamente la estrategia retirada social y el 25,5% utiliza en mayor medida esta estrategia. La hipótesis corrobora en este caso, que la mayoría de las personas utiliza

la estrategia retirada social que se considera desadaptativa y por ende, no resulta beneficiosa para resolver las situaciones conflictivas.

En definitiva se observa que, los datos más significativos relacionados con las estrategias de afrontamiento, cuyo propósito es detectar el tipo de situaciones que causa problemas y decidir cómo enfrentarlas, corresponden a la estrategia adaptativa: resolución de problemas y a la estrategia desadaptativa: retirada social.

De este modo, quienes se enfrentan diariamente con situaciones problemáticas en este centro de salud, podrían afrontar y resolver algunas de ellas, según las estrategias utilizadas en cada circunstancia. Esto posibilitaría prevenir algunas que podrían resultar estresantes, apaciguando a los profesionales y técnicos y brindándoles el aprendizaje necesario para resolver a futuro, otros obstáculos que pudieran perturbar su buen funcionamiento en el trabajo diario.

Con respecto a la hipótesis 5: “las unidades de análisis que presentan síntomas de estrés, utilizan estrategias de afrontamiento desadaptativas, mientras que aquellos que no presentan síntomas de estrés, utilizan estrategias de afrontamiento adaptativas y de protección”. Los resultados muestran que: del total de la población que utiliza en menor medida la estrategia de afrontamiento resolución de problemas, el 30% presenta alta cantidad de síntomas, mientras que del total de la población que utiliza en mayor medida esta estrategia, el 50% presenta baja cantidad de síntomas. Esto corrobora la hipótesis al observarse que la mayor cantidad de personas que utilizan la estrategia resolución de problemas, pueden tener más oportunidades de resolver las situaciones estresantes padeciendo así menor cantidad de síntomas.

Por otra parte, del total de la población que utiliza en menor medida la estrategia de afrontamiento retirada social, el 22,5% se encuentra en un nivel medio de cantidad de síntomas;

mientras que del total de la población que utiliza en mayor medida esta estrategia, el 40% presenta mayor cantidad de síntomas.

A partir de estos datos, se puede inferir que aquellas personas que utilizan en mayor medida esta estrategia desadaptativa, presentarían mayor cantidad de síntomas, debido a que con esta modalidad de retirarse de los círculos sociales, no se estaría enfrentando el conflicto o pidiendo ayuda, sino llevando los problemas consigo. Es decir que, al escaparle a las situaciones problemáticas estresantes, no se estaría intentando buscar soluciones a los problemas, generándose así una mayor vulnerabilidad, lo cual predispone y promueve a padecer los síntomas negativos del estrés.

El tener una vida plena de sentido dependería entonces, de poder descubrir y ejercer la identificación con el trabajo, así como la realización de aquellas prácticas por fuera del ámbito laboral que alimentan y contribuyen al desarrollo de la capacidad de autotranscendencia.

Concluyendo, se considera que: frente a las dificultades inherentes al funcionamiento institucional y frente a las patologías complejas que se atienden, es inevitable sustraerse de situaciones de estrés. Sin embargo, el continuar trabajando en el desarrollo de las propias capacidades personales y existenciales, en pos del encuentro con el sentido de la vida, predispone a los profesionales y técnicos a un mejor y más saludable ejercicio de su labor, a fin de propender hacia una mayor calidad de vida.

Como aporte a la comunidad considero que, si se les permitiera a los profesionales y técnicos que se desempeñan en las instituciones, ejercer su tarea con cierto grado de iniciativa y creatividad laboral, sin que por ello se alejen de los principios y fines establecidos, podrían resultar agentes de salud más eficientes para lograr los objetivos institucionales.

8. Referencias

- Adler, A. (1985) *El carácter neurótico*. Barcelona: Planeta Agostini.
- Aldwin, C. M. (1994) *Stress, coping and development: an integrative perspective*. New York: Guilford Press.
- Almada, R.; Mazzotti, U. y Barranco, S. (2010) *Logoterapia para trabajadores de la salud. Hacia la humanización de la medicina*. Facultad de Psicología y Desarrollo Humano, Universidad Evangélica del Paraguay.
- Antonovsky, A. (1979) *Health, stress and coping*. London: Jossey Bass.
- Antonucci, T. C. y Depner, C. R. (1982). Social support and informal helping relationship. En: A. T. Willis. *Basic processes in helping relationships*. New York: Academic Press.
- Aranovich, R. (2009) *¿Quién se robó mi entusiasmo?* Buenos Aires: Atlántida.
- Arias de Boronat, M. C. y Landaboure, N. Boado de (1988) *El uso de lo técnico y los riesgos de la manipulación del hombre*. Buenos Aires: III Congreso Argentino de Logoterapia, Mar del Plata.
- Armario, A. (2000) “Estrés: aspectos psicobiológicos y significado funcional”. En: C. Sandí y J. M. Calés (eds.) *Estrés: consecuencias psicológicas, fisiológicas y clínicas*. Madrid: Sanz y Torres.
- Augusto, J. M. y Martínez, R. (1998) Afrontamiento del estrés y salud: panorama actual de la investigación. *Boletín de Psicología*, 58, 31-48.
- Avía, M. D. y Vázquez, C. (1998) *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza.

Bados, A. y García Grau, E. (2010). *La técnica de la Reestructuración Cognitiva*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

Bandura, A. (1977) *Teorías del aprendizaje social*. New York: Prentice Hall.

Bandura, A. (1997) *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.

Bandura, A., Taylor, C. B., Williams, S. L., Mefford, I. N. y Barchas, J. D. (1985) Catecholamine secretion as a function of perceived self-efficacy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43: 5-21.

Bao, Y.; Rebekka, V.; Scott, M. y Dolan, S. (2012) *La relación entre la incongruencia de valores individuales y los resultados del bienestar: un estudio exploratorio entre las enfermeras catalanas*. Diario de Enfermería Avanzada.

Barra, E. (2004) Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.

Barrera, J. (1988) "Models of social support and life stress: Beyond the buffering hypothesis". En: L. H. Cohen (ed.) *Life events and psychological functioning. Theoretical and methodological issues*. Sage: Newbury Park.

Barrón, A. (1996) *Apoyo social. Aspectos teóricos e implicaciones*. Madrid: Siglo XXI.

Barrón, A. y Chacón, F. (1992) Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7(1), 53-59.

Barrón, A. y Sánchez, E. (2001) Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.

Barylko, J. (2004) *La Filosofía. Una invitación a pensar*. Buenos Aires: Booket.

Bateson, G. (1972) *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlé.

Bauer-Wu y Farran (2005) Meaning in life and psycho-spiritual functioning: a comparison of breast cancer survivors and healthy women. *Journal of Holistic Nursing*, 23(2), 172-90.

Bazzi, T. y Fizzotti, E. (1989) *Guía de la Logoterapia*. Barcelona: Herder.

Bensabat, S. (1984) *Stress*. Bilbao: Mensajero.

Berta, M. (2005) *Lo insólito y su sentido*. Montevideo: Ediciones de la Plaza.

Bethelmy, L. y Guarino, L. (2008) Afrontamiento y sensibilidad emocional como moderadores de la relación estrés-salud en médicos venezolanos. *SUMMA Psicológica*, 5(2), 3-16.

Boso, G. (2008) *Estilos de afrontamiento en pacientes oncológicos*. Plan de Tesis. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad de Palermo.

Breilh, J. (1993) Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental. *Salud Problema*, 23, 21-27.

Brown, G. W. y Harris, T. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock Press & New York: Free Press. Buendía, J. (1993) *Estrés y psicopatología*. Madrid: Pirámide.

Buendía, J. (1998) *Estrés laboral y salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Buceta, J. M. y Bueno, A. M. (2001) "Estrés, rendimiento y salud". En: J. M. Buceta, A. M. Bueno y B. Mas (eds.). *Intervención Psicológica y Salud: control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid: Dykinson.

Camus, A. (2004) *El extranjero*. Buenos Aires: Emecé.

Cano García, F. J.; Rodríguez Franco, L. y García Martínez, J. (2005). Utilización de estrategias de afrontamiento y parámetros sensoriales en el dolor crónico. *IberPsicología*, 10(2).

Cano García, F. J.; Rodríguez Franco, L. y García Martínez, J. (2007). *Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento*, 35(1), 29-39.

Carpio, A. (2004) *Principios de Filosofía*. 2da. Ed. Buenos Aires: Glauco.

Carrasco González, A. M., de la Corte, C. y León Rubio, J. M. (2010) Engagement: un recurso para optimizar la salud psicosocial en las organizaciones y prevenir el burnout y estrés laboral. *Revista digital de prevención*, 1.

Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

Casado Cañero, F. D. (2002) Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurística de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 20, 403-414.

Casella, M.A., (2011) *¿La Droga es el Tóxico? Prevención de adicciones*. 1a ed. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Castellanos, M. T.; Guarnizo, C. A. y Salamanca, Y. (2011) Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de una universidad colombiana. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 50-57.

Christensen, J. F. (1981) "Assessment of stress". En: P. McReynolds (Ed.). *Advances in Psychological Assessment*. San Francisco, CA: Jossey Bass.

Ciano, N. y Gavilán, M. (2010) Elaboración de proyecto en adultos mayores: aportes de la orientación. *Orientación y Sociedad* (10).

Cisneros Figueroa, D. (2011) *La expresión emocional como herramienta esencial para una comunicación más efectiva*. México, Asexoría.

Clark, D. M. (1989) "Anxiety states, panic and generalized anxiety". En: K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Eds.) *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5): 300-314.

Cohen, S. y McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. En: A. Baum, S. E. Taylor & J. E. Singer. *Handbook of Psychology and health*. New Jersey: Hillsdale.

Corral-Mulato, S.; Antoniassi Baldissera, V.; dos Santos, J.; da Silva Philbert, L. y Villela Bueno, S. (2011) Estresse na vida do acadêmico em enfermagem. (Des)conhecimento e prevencao. *Invest. Educ. Enferm.*, 29(1), 109-117.

Cox, T. y Mackay, C. J. (1981) "A transactional approach to occupational stress". En: J. Corlett y J. Richardson (Eds.). *Stress, productivity and work design*. Chichester: J. Wiley and Sons.

Cremades-Puerto, J. (2011) Factores laborales estresantes en profesionales de enfermería que trabajan en unidades hospitalarias con pacientes ingresados por problemas médico-quirúrgicos: una revisión bibliográfica. *Recién* (2), 1-17.

Culliton, J. B. (1987) Take two pets and call me in the morning. *Science*, 237, 1560-1561.

D'Anello, S.; Marcano, E. y Guerra, J. C. (2003) *Estrés ocupacional y satisfacción laboral en médicos del Hospital Universitario de los Andes*, Mérida, Venezuela.

D'Errico, H. G. (1997). Reseña de “apoyo social” de Ana Barrón. *Psicothema*, 9(2): 457-761.

Daset Carreto, L. R.; López Martirena, A. E. y Suero Girardi, M. N. (1998) Valores humanos básicos en un grupo de jóvenes: avance de un estudio exploratorio. *Psicodebate 7, Psicología, Cultura y Sociedad*, 41-54.

De Beauvoir, S. (1956) *Para una moral de la ambigüedad*. Buenos Aires: Schapire.

Dejours, C. (2000) Psicodinámica del trabajo y vínculo social. Buenos Aires, *Actualidad Psicológica* (274).

De la Ossa, Martínez, Herazo y Campo. (2009). Estudio de la consistencia interna y estructura factorial de tres versiones de la escala Zung para ansiedad. *Colombiana Médica*, 40 (1), 71-77.

Díaz Naranjo, D. L. (2011) Estrés laboral y sus factores de riesgo psicosocial. *CES Salud Pública*, 2 (1): 80-84

Díaz Veiga, P. (1987) “Evaluación del apoyo social”. En: R. Fernández Ballesteros. *El ambiente: análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.

Dolan, S. L.; Cannings, K. y Diez Piñol, M. (2003) Psicotoxicología de la vida laboral: el caso del personal médico de Suecia. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19(2), 117-133.

Dolan, S., García, S. y Diez, M. (2005) *Autoestima, estrés y trabajo*. Barcelona: Mac Graw Hill.

Dolan, S. (2005) *Autoestima, estrés y trabajo*. Barcelona: McGraw-Hill.

Dolan, S. (2012) *Coaching por valores*. LIDeditorial.com

Dunkel-Shetter, C.; Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1987). Correlates of social support receipt. *Journal Personal Soc. Psychol*, 56, 71-80.

Durán, M. M. (2010) Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración Costa Rica*, 1 (1): 71-84.

Erreich, A. (2004) Una propuesta modesta: (re)definir la fantasía inconsciente. *Aperturas Psicoanalíticas* (16).

Escriba-Agüir, V. y Bernabé-Muñoz, Y. (2002) Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Salud Pública* 76(5), 595-604.

Espinosa, N. (1992) *¿Qué significa “ser moral” hoy? Los imperativos de la ética de la Responsabilidad*. Buenos Aires, Logo-Teoría-terapia-Actitud, Sociedad Argentina de Logoterapia.

Espinoza Guerrero, M.; Valverde Hidalgo, S. y Salazar Hellen, V. (2011) Vivencia holística del estrés en profesionales de Enfermería. *Enfermería actual en Costa Rica* (20).

Everly, G. S. y Lating, J. M. (2002) *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. Nueva York: Plenum Press.

Fabry, J. B. (2001) *Señales del camino hacia el sentido. Descubriendo lo que realmente importa*. México: Ediciones LAG.

Fantín, M. B.; Florentino, M. T. y Correché, M. S. (2005) Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la Ciudad de San Luis. *Fundamentos en Humanidades*, 6(11), 163-180.

Felipe Castaño, E. y León del Barco, B. (2010) Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245-257.

Fernández Abascal, E. G. (1997) Estilos y estrategias de afrontamiento. En: E. G. Fernández Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez. *Cuadernos de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide.

Ferro Bayona, J. (2001) Filosofía y Psicología en el análisis existencial de Ludwig Binswanger. *Psicología desde el Caribe*, (7), 47-59.

Figuroa, M.; Contini, N.; Lacunza, A.; Levin, M. y Esteves, A. (2005) Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21(1), 66-72.

Fizzotti, E. (2001) *Las raíces de la Logoterapia*. Buenos Aires: Fundación Argentina de Logoterapia.

Frankl, V. (1983). *El hombre doliente*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (1983) *La voluntad de sentido*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (1984) *Psicoterapia y humanismo -¿Tiene un sentido la vida?-* México: Fondo de Cultura Económica.

Frankl, V. (1986) *La idea psicológica del hombre*. Madrid: Rialp.

Frankl, V. (1991) *La Psicoterapia al alcance de todos*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (1991) *Psicoanálisis y existencialismo*. México: Fondo de Cultura económica.

Frankl, V. (1992) *Teoría y terapia de la neurosis*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (1994) *Logoterapia y análisis existencial*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (1995) *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (1997) *Ante el vacío existencial*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (2002) *El hombre en busca del sentido último, El análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano*. México: Editorial Paidós.

Freud, S. (1929). *Obras completas de Sigmund Freud*. Volumen XXI - El porvenir de una ilusión, El malestar en la cultura y otras. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2002) *Malestar en la cultura*. Disponible en www.librodot.com

Frydenberg, E. y Lewis, R. (1996) *Manual ACS. Escalas de Afrontamiento para Adolescentes*. Madrid: TEA.

Gallar, M. (2006). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Paraninfo.

Garcete, M. E. (2008) Estrategias de afrontamiento y estrés laboral en hombres y mujeres de 18 a 41 años. *PsicopedíaHoy*, 10(88).

Garrido, E. (2000) Autoeficacia en el mundo laboral. *Apuntes de Psicología*, 18(1), 9-28.

Gaviria, A. M.; Quiceno, J. M.; Vinaccia, S.; Martínez, L. A. y Otalvaro, M. C. (2009) Estrategias de afrontamiento y ansiedad. Depresión en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. *Revista Terapia Psicológica*, 27(1), 5-13.

Gómez Bobassi, L.; Pérez, M. y Vila, J. (2001) Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: una revisión. *Psicología Conductual*, 9(1), 5-38.

Goncalves, L.; Feldman, L. y Guarino, L. (2009) Estrés laboral, sensibilidad egocéntrica negativa y salud en profesionales venezolanos. *SUMMA Psicológica UST*, 6(1), 3-14.

González, J. (1990) *El índice de reactividad al estrés*. Madrid: Inteva.

Gottlieb, B. H. (1983) *Social support strategies*. Beverly Hills: SAGE.

Gracia, E.; García, F. y Musitu, G. (1995) *El apoyo social*. Barcelona: PPU.

Grau, R.; Salanova, M. y Peiró, J. M. (2000) Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral. *Apuntes de Psicología*, 18(1), 57-75.

Greenglass, E. R. y Burke, R. J. (2001) Editorial introduction downsizing and restructuring: Implications for stress and anxiety. *Anxiety, stress and Coping*, 14, 1-13.

Grof, C. y Grof, S. (2006) *La tormentosa búsqueda del ser*. Barcelona: La liebre de marzo.

Gutiérrez García, J. M. (1998) *La promoción del eustrés*. *Psicologia.com* (on line) 2(1).
Disponibile en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num1/art_3.htm

Gutiérrez García, J. M. (2005) Eustrés, el antídoto. *Ergonomía y Psicosociología. Gestión Práctica de Riesgos laborales*, (18).

Heidegger, M. (1951) *El ser y el tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.

Hernández, J. (2003) Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista cubana de Salud Pública*, 29 (2), 103-110.

Hernández Zamora, G. L.; Olmedo Castejón, E. e Ibáñez Fernández, I. (2004) Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 323,336.

Herrera Figueroa, M. (1955) *Justicia y Sentido*. Tucumán: Universidad Nacional de Tucumán.

Holahan, C. J. y Moos, R. H. (1987) Risk, resistance, and psychological distress: A longitudinal analysis with adults and children. *J. Abn. Psychol.*, 96, 3-13.

House, J.S.; Umberson, D. y Landis, K. R. (1988) Structures and processes of social support. *Am. Rev. Social*, 14, 293-318.

Jaspers, K. (2003) *La fe filosófica*. Buenos Aires: Losada.

Jaspers, K (2006) *Psicopatología general*. Buenos Aires: Fondo De Cultura Económica. México

Jex, S. M.; Bliese, P. D.; Buzzell, S. y Primeau, J. (2001). The impact of self-efficacy on stressor-strain relations: coping style as an exploratory mechanism. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 401-409.

Kalimo, R. y Mejman, T. (1988) “Respuestas psicológicas y de conducta al estrés en el trabajo”. En: R. Kalimo, M. El-Batawi y C. L. Cooper. *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 23-36.

Kertész, R. (1989) *El monitor del stress*. Buenos Aires: Ippem.

Kertész, R., Kerman, B. y Kertész, A. (2006) *El manejo del estrés psicosocial*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad de Flores.

Kessler, R. C.; Price, R. H. y Wortman, C. B. (1985) Social factors in psychopathology: stress, social support and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.

Kierkegaard, S. (1979) *La pureza del corazón es querer una sola cosa*. Buenos Aires: La Aurora.

Kornblit, A. L. (2004) *Psicología*. Buenos Aires: Mc Graw Hill Interamericana.

Krohne, H. W. (2001) Stress and coping theories en: N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.): *The international encyclopedia of the social and behavioral sciences*, 22: 15163-15170.

Labrador, F. J. (1988) “Conceptualización y tratamiento de los trastornos asociados al estrés”. En: A. Fierro (Coord.). *Psicología clínica. Cuestiones actuales*. Madrid: Pirámide.

Labrador, F. J. (1991) *El estrés: problemática psicológica y vías de intervención*. San Sebastián: Universidad del País Vasco.

Labrador, F. J. (1993) *El estrés, nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de Hoy.

Labrador, F. J. y Crespo, M. (1993) *Estrés*. Madrid: Eudema.

Labrador, F. J.; Crespo, M.; Cruzado, J. A. y Vallejo, M. A. (1995) “Evaluación y tratamiento de los problemas de estrés”. En: J. M. Buceta y A. M. Bueno. *Psicología y salud. Control del estrés y trastornos asociados*. Madrid: Dykinson.

Landaboure, N. B. Boado de (1993) *Fundamento e inclusión de la Escala Existencial en el proceso de psicodiagnóstico*. Buenos Aires: VIII Congreso Argentino de Logoterapia.

Landaboure, N. B. Boado de y Ordóñez, E. (1994) *Escala Existencial de A. Längle y C. Orgler*. Buenos Aires: Fundación Argentina de Logoterapia.

Landaboure, N. B. Boado de (1999) Significación cuanti y cualitativa de la Escala Existencial en pacientes clínicos y grupos de riesgo. *Logo* (28). Fundación Argentina de Logoterapia, Buenos Aires.

Landaboure, N. B. (2001) Vacío existencial, factor presente en las patologías relevantes de la época. *Existenzanalyse* (1), Viena.

Landaboure, N. B. (2002) *Escala existencial de A. Längle, C. Orgler & M. Kundi. Manual Introductorio*. Buenos Aires: Dunken.

Landeta Rodríguez, O. (2000) Efecto amortiguador del apoyo social ante situaciones de estrés: revisión de los mecanismos implicados. *Revista Española de Motivación y Emoción*, 1, 149-55.

Längle, A.; Orgler, C. y Kundi, M. (2000) *Escala Existencial*. Viena: Betz Test.

Längle, A. (1991) *Contacto con el valor. Significación y eficacia del sentir en la terapia analítico-existencial*. Ponencia. Sociedad de Logoterapia y Análisis Existencial de Viena, 22-58.

Längle, A. (2000) *Viktor Frankl. Una Biografía*. Barcelona: Herder.

Längle, A. (2000) Comprensión y terapia de la psicodinamia en el análisis existencial. *Existenzanalyse*, Viena.

Länge, A. (2000) *El análisis existencial personal como método básico en la psicoterapia*. Buenos Aires: Facultad de Psicología y Psicopedagogía, Universidad del Salvador.

Länge, A. (2000) *Las motivaciones fundamentales de la existencia*. Buenos Aires: Facultad de Psicología y Psicopedagogía, Universidad del Salvador.

Lansisalmi, H.; Peiró, J. M. y Kivimaki, M. (2000) Collective stress and coping in the context of organizational culture. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 9(4), 527-559.

Lazarus, R. S. (1966) *El estrés psicológico y el proceso de afrontamiento*. Nueva York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annu. Rev. Psychol*, 44, 1-21.

Lazarus, R. S. (2000) *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desdeé de Brower.

Lazarus, R. y De Longis (1983) Psychological Stress and Coping in Aging. *American Psychologist*, 245-254.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1980) An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1993) Coping Theory and Research: Past, Present and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55: 234-247.

Leiter, M. P. (1991) Coping patters as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patters. *Journal of Organizational Behavior*, 12, 123-144.

Lemus de Vanek, M. T. (2010) *Antecedentes históricos de la Logoterapia*. Disponible en http://www.robertexto.com/archivo11/anteced_logoterap.htm

Levi, L. y Anderson, L. (1980) *La tensión psico-social. Población, ambiente y calidad de vida*. México.

Lin, N.; Dean, A. y Ensel, W. M. (1986). *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press.

Loli P., A.; Arias Galicia, F.; Alarcón V., Jorge y Loli P., R. (2008) Agotamiento laboral en profesionales de la salud de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 11(2).

Londoño, N. H., Henao López, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D. y Aguirre-Acevedo, D. C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Univ. Psychol. Bogotá*, 5(2), 327-349.

López-Araujo, B.; Osca Segovia, A. y Peiró, J. M. (2007). El papel modulador de la implicación con el trabajo en la relación entre el estrés y la satisfacción laboral. *Psicothema*, 81-87.

López Rosseti, D. (2000) *Estrés: cómo entenderlo, entenderse y vencerlo*. Buenos Aires: Lumen.

- Luban-Plozza, B. (1997) *El enfermo psicossomático en la práctica*. Barcelona: Herder.
- Lukas, E. (1983) *Tu Familia necesita Sentido*. Madrid: S M.
- Lukas, E. (1985) *Logotherapy – Logotest*. Berkeley: Institute of Logotherapy Press.
- Lukas, E. (1996). *Logotest*. Buenos Aires: Almagesto.
- Luthans, F. y Avolio, B. J. (2009) The point of positive organizational behavior. *Journal of Organizational behavior*, 30: 291-307.
- Maddi, S. R. (1989) *Teorías de personalidad*. Homewood: Dorsey.
- Manzano, G. (1998) *Estrés en personal de enfermería*. Tesis Doctoral. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Martínez Correa, A.; Reyes del Paso, G.; García-León, A. y González-Jareño, M. I. (2006) Optimismo/pesimismo disposicional y estretagias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Martínez García, M. F. y García Ramírez, M. (1995) La perspectiva psicosocial en la conceptualización del apoyo social. *Revista de Psicología Social*, 10(1), 61-74.
- Martínez Ortiz, E. (2006). “Prevención de adicciones, estrés y estrategias de afrontamiento” en: R. Kertész (2006). *El manejo del stress psicosocial*. Buenos Aires: UFLO.
- Martínez Ortiz, E. (2009) *Buscando el sentido de la vida*. Barcelona: Ediciones Aquí y Ahora.
- Martínez Ortiz, E. y Castellanos Morales, C. (2013). Percepción de sentido de vida en universitarios colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 1(1), 71-82.

Maslow, A. (1972) *El hombre autorrealizado*. Barcelona: Kairón.

Maslow, A. (1991) *Motivación y personalidad*. Madrid: Díaz de Santos.

May, R. (1978) *El dilema existencial del hombre moderno*. Buenos Aires: Paidós.

May, R.; Angel, E. y Ellenberger, H. F. (1967) *Existencia. Una nueva dimensión en Psiquiatría y Psicología*. Madrid: Gredos.

Mechanic, D. (1978) "Stress, crisis and social adaptation". En: D. Mechanic (ed.) *Medical Sociology*. Nueva York: The Free Press.

Meichenbaum, D. y Turk, D. (1982) Stress, coping and disease. En: R. Neufeld (ed.) *Psychological Stress and Psychopathology*, Nueva York: McGraw-Hill.

Melillo, A. y Suárez Ojeda, E. (2001) *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.

Morano-Báez, R.; Albar-Marín, M.; García-Ramírez, M.; Prieto Guerrero, M. y García Nieto, A. (2009) Afrontamiento del estrés ocupacional entre profesionales de enfermería hospitalaria desde la investigación-acción participativa. *Enfermería Clínica*, Barcelona.

Moreno, B. y Peñacoba, C. (1999). "Estrés asistencial en los servicios de salud". En: M. A. Simón (Ed.). *Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Nava Quiroz, C.; Ollua Méndez, P.; Vega Valero, C. y Soria Trujano, R. (2010) Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*, 20(2), 213-220.

Nelson, D. L. y Simmons, B. L. (2003) *Health psychology and work stress: A more positive approach*. Washington DC: Psychological Association.

Nesci, V. (2010) *La construcción del proyecto de vida. La importancia del desarrollo de las competencias personales y existenciales de los adolescentes en la escuela*. Mendoza: Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua.

Nietzsche, F. (1984) *Más allá del bien y el mal*. Barcelona: Hyspamérica.

Nietzsche, F. (2004) *Ecce homo. Cómo se llega a ser lo que se es*. Buenos Aires: Losada.

Noblejas de la Flor, M. A. (1994) *Logoterapia. Fundamentos, principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del logro interior de sentido*. Tesis Doctoral. Facultad de Educación, Universidad Complutense de Madrid.

Noblejas de la Flor, M. A. (1998) Logoterapia: responsabilidades a Viktor Frankl. *NOUS: Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, (2): 7-15.

Olivé Pibernat, V. (2012). *Coaching por valores*. México: LID.

Olivieri, M. F. (2002) *Estrés, una aproximación a su conocimiento y prevención*. Tesis Doctoral. Buenos Aires: UFLO.

Omar, A. (1995) *Estrés y coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológicos y psicológicos*. Buenos Aires: Lumen.

Oro, O. R. (1993) “De la Psicoterapia a la Axioterapia y a la Logoterapia” en J. C. Iglesias y otros (eds.) *Presencia, Existencia y Esencia en Herrera Figueroa*. Buenos Aires: Leuka.

Oro, O. R. (1997) *Persona y personalidad. Distintos enfoques a partir de una visión de conjunto*. Buenos Aires: Fundación Argentina de Logoterapia.

Oro, O. R. (2003) "Fundamentos antropológicos de la Logoterapia" en: Mesones Arroyo, H. (comp.) *La psicoterapia y las psicoterapias*. Buenos Aires: Ananke.

Ortega y Gasset, J. (1958) *Historia como sistema*. Madrid: El Arquero.

Ortega y Gasset, J. (1964) *El hombre y la gente*. Madrid: El Arquero.

Osipow, S. H. y Davis, A. S. (1988) The relationship of coping resources to occupational stress and strain. *Journal of Vocational Behavior*, 32, 1-15.

Osorio Alvarado, J. M. y Cermeño Pineda, C. E. (2008) *El sentido de vida: estudio a profundidad de cuatro casos entre las edades de 15 a 40 años que asisten al Centro de Readaptación Social ADULAM*. Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.

Pareja, G. (1989) *Viktor E. Frankl. Comunicación y Resistencia*. México: Premiá.

Paris, L. y Omar, A. (2009). Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadores del bienestar. *Psicología y salud*, 19(2): 167-175.

Paschoalini, B.; Martins Oliveira, M.; Frigério, M; Ribeiro Pereira Dias, A. y dos Santos, F. (2008) Efectos cognitivos y emocionales del estrés ocupacional en profesionales de enfermería. *Enfermagem*.

Pascual, F. (2003) Viktor Frankl: Antropología y logoterapia. *Ecclesia*, 17 (1): 37-54.

Paunero, E. (1977) *Metafísica de la persona*. Buenos Aires: Plus Ultra.

Pearlin, L. I. (1989) El estudio sociológico del estrés. *Diario de Salud y Conducta Social*, 30: 241-256.

Peiró, J. M. (1999) *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Pirámide.

Peiró, J. M. (2001) El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. *Sección Técnica*, 18-38.

Peiró, J. M. (2011) *Estrés laboral y riesgos psicosociales: Investigaciones recientes para su análisis y prevención*. Universidad de Valencia.

Peiró, J. M. y Salvador, A. (1993) *Control del estrés laboral*. Madrid: Eudema.

Pelechano, V. (2000) *Psicología Sistemática de la Personalidad*. Barcelona: Ariel.

Pelechano, V. (2005). Acerca del “afrontamiento” y “enfermedad crónica”: una reflexión ¿fundada? con alguna sugerencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 3-14.

Pennebaker, J. W. y Susman, J. R. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Soc. Sci. Med.*, 26(3), 327-332.

Perea-Baena, J.M. y Sánchez-Gil, L.M. (2008). Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. *Index Enfermería*, 17(3), 164-168.

Pérez Jáuregui, I. (2005) *Burn-out y estrés laboral. Estrategias para afrontarlos*. Buenos Aires: Psicoteca.

Pérez Jáuregui, I. (2009) *Proyectos de vida*. Buenos Aires: Psicoteca Editorial.

Pérez Molina, M. J. y Rodríguez Chinchilla, N. (2011) Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. *Revista Costarricense de Psicología*, 30(45)

Plut, S. (2006) *Estudio exploratorio del estrés laboral y trauma social en los empleados bancarios durante el “corralito”*. Buenos Aires: UCES.

Prats Mora, J. I. (2001) Logoterapia y adolescencia. *NOUS: Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, (5), 35-49.

Prats Mora, J. I. (2001) *Fundamentación teórica de la hipótesis motivacional del logro de sentido de V. Frankl. Un estudio empírico en la adolescencia*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.

Puliti, A. R. *El manejo del estrés*. Kier.

Rivadeneira, C.; Dahab, J. y Minici, A. (2012) Reestructuración cognitiva: Ventajas de su integración con procedimientos conductuales. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, (21).

Rivera, L. (1982) *Antropología Existencial –El hombre como centro y sentido–* Buenos Aires: Guadalupe.

Rodríguez Marín, J. (1995). *Health Psychology and Quality of life research*. Proceedings of the 8th Annual Conference of the European Health Psychology Society. Alicante: Universidad de Alicante Press, 475-484.

Rodríguez Marín, J. (1996) *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.

Rodríguez Marín, J., Pastor, M. A. y López Roig, S. (1990). Estrategias de afrontamiento de la enfermedad. En S. Barriga, J. M. León, M. F. Martínez e I. F. Jiménez (eds.), *Psicología de la salud: Aportaciones desde la Psicología Social*. Sevilla: Sedal, 159-196).

Rodríguez Marín, J.; Pastor, M. A. y López Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.

Rogers, C. (1972) *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós.

Rogers, C. (1977) *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós.

Rogers, C. (1989) "La relación interpersonal: el núcleo de la orientación". En: J. Lafarga y J. Gómez (Comps.) *Desarrollo del potencial humano. Aportaciones de una Psicología Humanista*, Vol. 2. México: Trillas.

Romero, F. (1962) *Filosofía de la persona*. Buenos Aires: Losada.

Rubino, V. (2008) *Series filosóficas*. Vol. I, II y III. Buenos Aires: UFLO.

Ryan, R. y Deci, E. (2000). La teoría de la autodeterminación y la facilitación de la motivación intrínseca, el desarrollo social y el bienestar. *American Psychological Association*, 55(1), 68-78.

Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001) Sobre la felicidad y el potencial humano: una revisión sobre la investigación del bienestar hedónico y eudemónico. *Revista Anual de Psicología*, 52: 141-166.

Salanova, M. (2003) Trabajando con tecnologías y afrontando el tecnoestrés: el rol de las creencias de eficacia. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19, 225-246.

Salanova, M.; Grau, R.; Llorens, S. y Schaufeli, W. B. (2001) Exposición a las tecnologías de la información, burnout y engagement: el rol modulador de la autoeficacia relacionada con la tecnología. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 11, 69-90.

Salanova, M.; Grau, M. R. y Martínez, I. (2005) Demandas laborales y conductas de afrontamiento: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema*, 17(3), 390-395.

Salazar Lozano, H. (2006) Estandarización de la Escala Existencial de A. Längle, C. Orgler y M. Kundí en una Muestra de Universitarios. *Psicologías, Estudios sobre Mente, Cultura e Historia*.

Sánchez Hernández, A. (2005) *El sentido de la vida*. Camagüey: Hospital Psiquiátrico René Vallejo Ortiz.

Sandín, B. (1995) “El estrés”. En: A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.) *Manual de Psicopatología*, vol. 2. Madrid: McGraw-Hill.

Sandín, B. (1999) *El estrés psicosocial*. Madrid: Klinik.

Sandín, B. (2002) *El estrés: un análisis basado en el papel de los factores psicosociales*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Sandín, B. y Chorot, P. (1991) *Escala de estrategias de coping*. Barcelona: Revisión III Congreso de Evaluación Psicológica.

Sandín, B., y Chorot, P. (1993). Stress and anxiety: Diagnosis validity of anxiety disorders according to Ufe events stress, ways of coping and physical symptoms. *Psiquis*, 14, 178-184.

Sandín, B.; Chorot, P.; Santeol, M. A. y Jiménez, M. P. (1995) Trastornos psicósomáticos. En: A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología*. Madrid: Interamericana.

Santos, A. F. y Cardoso, C. L. (2010) *Profesionales de la salud mental: estrés y estresores ocupacionales en salud mental*. Brasil: Departamento de Psicología y Educación, Facultad de Filosofía, Ciencias y Letras de Ribeirao Preto, Universidad de San Pablo.

Sarason, B. R. (1990). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1): 105-112.

Sartre, J. P. (1985) *El Existencialismo es un humanismo*. Buenos Aires. Ediciones del 80.

Sartre, J. P. (1966) *El ser y la nada*. Buenos Aires: Losada.

Sartre, J. P. (1989) *El existencialismo es un humanismo*. Madrid: Edhasa.

Scheler, M. (2001) *Muerte y supervivencia*. Madrid: Encuentro.

Schmid, K.; Drexler, H.; Fischmann, W.; Uter, W. y Kiesel, J. (2011) Which occupational groups in a hospital are particularly estresed? *Deutsch Medical Wochenschr*, 136(30), 1517-22.

Schmidt, V.; Damonte, V.; Martínez, V.; Molina, F.; Berschadsky, R. y Aguiar, C. (2012) *Factores moduladores del estrés familiar: estudio comparativo con familias con un miembro discapacitado*. Facultad de Psicología, UBA.

Seligman, M. E. P. (2000). The positive perspective. *The Gallup Review*, 3 (1): 2-7.

Seligman, M. E. P. (2003) *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.

Selye, H. (1936) Síndrome de Adaptación General. *British Journal Nature*.

Selye, H. (1974) *El estrés sin angustia*. Filadelfia: J.B.Lipincott Co.

Sosa Terradas, A. (2011) *Habilidades para una vida con sentido. Cómo vivir mejor desde la Logoterapia de Viktor Frankl*. 1a ed. Perú: Dau Escuela de Vida.

Spinelli, H.; Trotta, A.; Guevel, C.; Santoro, A.; García Martínez, S.; Negrín, G. y Morales Castellón, Y. (2013). *La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y*

vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012. Buenos Aires: OPS.

Stacciarini, J. M. y Tróccoli, B. (2001) El estrés de las enfermeras en la actividad profesional. *Enfermagem*, 9(2), Riberáo Preto, Brasil.

Stone, A. A. y Neale, J. M. (1984) New measure of daily coping: development and preliminary results. *Journal Personal Soc. Psychol.*, 46, 892-906.

Sutton, R. I. y Kahn, R. L. (1986) Prediction, understanding, and control as antidotes to organizational stress. En: J. Lorsch (Ed.) *Handbook of organizational behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Tebé, L. (2007) *Eutrés: la Respuesta de la Superación*. Perú: Salud Vital.

Tobyn, D.L.; Holroyd, K.A.; Reynolds, R.V. y Kigal, J.K. (1989) The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy Research*, 13, 343-61.

Torrado Oubiña, V.; Martínez Calvo, M. C. y Fernández-Ríos, L. (1997) Occupational stress and state of health among clinical psychologists and psychiatrists. *Psychology in Spain*, 1(1), 63-71.

Tournier, P. (1997) *La aventura de la vida*. Barcelona: Clie.

Valdés, M. y Flores, T. (1985) *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

Valdés, O. L. (2005) *Construcción del sentido de vida en jóvenes universitarias*. México: Universidad Iberoamericana.

Vargas Gómez, M. y Martínez, D. (2004) *El estrés ocupacional. Un nuevo desafío para los sistemas de protección de los trabajadores*. Buenos Aires: UCA.

Vasallo, A. (1966) *El problema moral*. Buenos Aires: Columba.

Vázquez, C. y Ring, C. (1992). *What do you do and what do you feel when you feel blue?* Trabajo presentado en el II World Congress of Cognitive Therapy, Toronto, Canadá.

Vázquez Díaz, A.; Pérez Cano, D.; Moreno Ramos, R.; Arroyo Yanes, F. y Suárez Delgado, J. (2010) Factores psicosociales motivacionales y estado de salud. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56(218), 12-21.

Vial, W. (2000) *La antropología de Viktor Frankl*. Santiago de Chile: Universitaria.

Wethington, E. y Kessler, R. C. (1986). Perceived support, receives support and adjustment to stressfull life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27: 78-89.

White, C. (2004). *Strategic Management*. UK: Palgrave Macmillan.

Yalom, I. (1984) *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.

Zhang, X., Smith, D.R., Zheng, Y., Wang, R.S. (2011) Occupational stress and psychosomatic complaints among health professionals in Beijing, China. *Work*, 40(2), 239-45.

Zung, W. W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 12, 6, 371-379.