



Revista Electrónica
Para Profesionales
De la Conducta Humana

Universidad de Puerto Rico
Recinto de Río Piedras
Departamento de Consejería
Para el Desarrollo Estudiantil

Junta Editora:

María I. Jiménez, Psy.D.
Mercedes Matos, Ph.D.
Jose Serra, Ph.D.
Ángel Villafañe, Ed.D.

<http://revistagriot.uprrp.edu>
revistagriot@gmail.com
787-764-0000 Exts. 5683 / 5684

ISSN 1949-4742

Aprovado por:

Comisión Estatal de Elecciones

CEE-SA-12-6538



Revista Griot

VOLUMEN 4, No. 1, 2011



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO RECINTO DE RÍO PIEDRAS



Revista Griot

Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil
Decanato de Estudiantes
Universidad de Puerto Rico
Recinto de Río Piedras

Dr. Miguel A. Muñoz
Presidente

Dra. Ana R. Guadalupe Quiñones
Rectora
Recinto de Río Piedras

Dra. Mayra Charriez Cordero
Decana Interina,
Decanato de Estudiantes

Profa. Raquel Maldonado Torres, MCR, CRL
Directora Interina,
Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil

La Revista *Griot* es publicada una vez al año por el Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil (DCODE) del Decanato de Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. En cada número de la revista se presentan Artículos de Investigación que pueden incluir estudios tanto cuantitativos como cualitativos al igual que Teórico-Prácticos sobre otros asuntos profesionales. Los artículos sobre prácticas y estrategias en la consejería deben proveer una descripción clara del método, técnica, acercamientos o programa junto a una justificación adecuada y recomendaciones para la implementación en la práctica profesional. Aquellos sobre asuntos profesionales deben presentar un análisis profundo y discusión de asuntos vigentes relacionados a la práctica profesional. Todos deben estar escritos siguiendo las guías vigentes de estilo y redacción de la American Psychological Association (APA) tanto en contenido como en formato.

Revista Griot

© 2011 Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil. Distribución gratuita.

Envíese los artículos para publicación a la dirección de correo electrónico revistagriot@gmail.com.

Revista Griot (ISSN 1949-4742)
Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil
Decanato de Estudiantes, UPR - Río Piedras
PO BOX 23137
San Juan, PR 00931-3137
Tel: 787-764-0000 Exts. 5683 / 5684
Fax: 787-763-4885

Junta Editora

Jose Serra Taylor, Ph.D.
Director de la Revista

María I. Jiménez Chafey, Psy.D.
Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil

Mercedes Matos Matos, Ph.D.
Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil

Angel Villafañe Santiago, Ed.D.
Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil

Junta Asesora

Dra. Haydee Domínguez Rodríguez
Profesora, Programa Graduado Orientación y Consejería,
Universidad Central de Bayamón

Dra. Priscila Negrón Morales
Investigadora y profesora de Orientación y Consejería
University of Phoenix
Puerto Rico

Prof. Ramón Arroyo Carrión
Bibliotecario Profesional
Universidad de Puerto Rico
Recinto de Río Piedras

Dra. Mabel T. López Ortiz
Profesora
Departamento de Trabajo Social
Universidad de Puerto Rico
Recinto de Río Piedras

Dra. Beatriz Rivera Urrutia
Profesora
Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación
Universidad de Puerto Rico
Recinto de Río Piedras

Dra. Carmen Rivera Medina
Investigadora
Instituto de Investigaciones Psicológicas
Recinto de Río Piedras
Universidad de Puerto Rico

Dr. Rick Roessler
Professor
Rehabilitation, Human Resources and Communication Disorders
University of Arkansas

Dra. Rosa Ana Clemente Estevan
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación
Universida Jaume I

Política Editorial

La Revista Griot y el Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil abscritos al Decanato de Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras publican artículos de investigación, estudios de caso, teórico-prácticos y reseñas de libros en las disciplinas de consejería, psicología y trabajo social.

El profesional que someta artículos para publicación en la Revista Griot debe conocer que los mismos serán evaluados por un cuerpo de árbitros. El proceso de arbitraje está fundamentado en la revisión de los pares. Por tal razón la Junta de la Revista Griot respetará y aceptará las decisiones de los árbitros de manera que se mantenga la transparencia de este proceso. Para esto ha incorporado el sistema doble ciego donde los autores y árbitros serán anónimos.

Cada artículo se somete a la revisión anónima de por lo menos dos evaluadores, miembros de la Junta Asesora. Se requiere la aprobación de la mayoría de los evaluadores y de la Junta Editora para determinar la publicación de un artículo. Se le notificará al autor o autora la determinación final de publicación vía correo electrónico y/o postal. Los colaboradores aceptan que la Revista Griot publica sus textos en formato electrónico, incluyendo la Internet, para efectos de indización en bases de datos.

La Junta Editora llevará a cabo una pre-selección de los artículos recibidos tomando en consideración que todo artículo sometido a publicación deberá seguir las normas y guías de estilo establecidas por la más reciente edición del *Publication Manual of the American Psychological Association* (APA). Los artículos deben ser inéditos, es decir, no haber sido publicados anteriormente sus originales. Cada autor es responsable intelectual del contenido de su escrito, por lo cual releva a los integrantes de la Junta Editora y de la Junta Asesora de cualquier error u omisión de dicho contenido mediante documento escrito. Se aceptan artículos en español y en inglés. Además deben incluir un resumen de no más de 250 palabras e incluir de tres (3) a cuatro (4) palabras claves en inglés y español.

Todo artículo debe venir acompañado de una breve nota biográfica del autor o autores que incluya su nombre, preparación académica, afiliación institucional y la posición que ocupa, dirección postal y electrónica. La Junta Editora de la Revista Griot se reserva el derecho de seleccionar los artículos que serán publicados por tanto la acción de someter artículos no garantiza que serán incluidos en la Revista.

La dirección electrónica a la cual deben enviar los artículos para publicación es: revistagriot@gmail.com y deben ser dirigidos a la Junta Editora Revista Griot. Una vez se haga la preselección, la Junta Editora someterá los trabajos a la revisión crítica de dos árbitros y una vez culminado el proceso de evaluación, Junta Editora informará por escrito a los autores su decisión y recomendaciones de los evaluadores.

La Revista Griot no reserva los derechos de publicación de los artículos. Los autores podrán distribuir su propio material en cualquier otro medio, siempre y cuando sea sin fines comerciales, informando a la Junta Editora que el trabajo será publicado nuevamente y dando el crédito correspondiente a la Revista Griot. La publicación de la Revista Griot por su carácter gratuito no da derecho a remuneración económica alguna a los autores. Los lectores podrán reproducir y distribuir los artículos o colaboraciones de la Revista Griot siempre que sea sin fines comerciales, no se les hagan alteraciones al contenido y se cite su origen con información completa: nombre del autor, Revista Griot, volume, número y página.

La Junta Editora, la Junta Asesora y la Universidad de Puerto Rico no se hacen responsables de las ideas y opiniones expresadas por los autores de los artículos o colaboraciones. Tampoco tiene control ni se hace responsable de los enlaces e hipertextos que en algunos artículos, posibiliten el acceso a prestaciones y servicios ofrecidos por terceros. Esta política editorial y de publicación no es reflejo de la posición oficial del Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil, ni del Decanato de Estudiantes u otras instancias de la Universidad de Puerto Rico.

Índice

Carta de la Junta Editora

Introducción al Volumen 4, Número I 6

Junta Editora Revista Griot

ARTÍCULOS

Padres a Temprana Edad 8

Manuel Antonio Rivera Acevedo, Ed.D.

Sobrepeso y Obesidad en el Universitario: Implicaciones en la Consejería 25

Gladys Garay Sánchez, Ed.D.

La ansiedad social en el ámbito universitario 35

Elizabeth Morales Olivo , Ed.D.

Salud Mental Laboral del Profesional de la Consejería en Rehabilitación en Puerto Rico 49

José Lionel Velázquez Altagracia

Angel Villafañe Santiago

Introducción al Volumen 4, Número 1

787-738-0659

787-604-1168

Junta Editora Revista Griot

La Revista Griot, tiene el compromiso de promover el interés por la investigación, además de divulgar la producción de conocimiento en las disciplinas de la consejería, la psicología, el trabajo social y otras áreas a fines que componen el quehacer de los profesionales de ayuda. En éste volumen se presentan un conjunto de artículos caracterizados por temas variados. Los autores incursionan en distintas temáticas que conforman algunas preocupaciones de la vida de los universitarios.

La discusión en este volumen se inicia en el tema de paternidad en los estudiantes universitarios. El investigador, Manuel Antonio Rivera Acevedo, desarrolla un acercamiento a la vida del universitario desde la perspectiva de sus responsabilidades académicas y paternas en los adolescentes. Este autor nos alerta que, a diferencia de la maternidad en adolescente, la literatura científica, no ha dado el mismo énfasis a la paternidad en varones adolescentes. Este nos señala que los factores asociados con los estilos de crianza, la cultura y los estereotipos contribuyen a una construcción confusa del asunto, además promueven respuestas insuficientes por parte de los agentes de ayuda para atender este problema. El presente artículo revisa parte de la literatura disponible para descubrir semejanzas en los hallazgos y proponer sugerencias que favorezcan respuestas mejores pensadas y programas mejor implantados.

En el próximo artículo, la consultora y educadora en ciencias de la salud pública y en conducta humana, Gladys Garay Sánchez nos invita a observar los problemas de la obesidad y el sobrepeso en nuestros estudiantes universitarios. En su artículo, nos presentan conocimientos importantes sobre el sobrepeso y la obesidad. Esta alerta a los profesionales de la consejería sobre los retos que presenta esta problemática y su impacto en la salud integral del estudiante. Al mismo tiempo, presenta algunas estrategias de consejería para la intervención en consejería con jóvenes y adultos universitarios para promover prevención y mejor autocuidado en esta población.

En el tercer artículo, la autora, Elizabeth Morales Olivo, nos describe el problema de la ansiedad y fobia social en la población estudiantil. Esta nos indica que la ansiedad social es un problema emocional que afecta significativamente las interacciones sociales en las personas y comienza a manifestarse entre las edades de 15 a 20 años de edad, la cual coincide con la edad de la mayoría de los jóvenes que ingresan a la universidad. Esta nos indica que las relaciones interpersonales son indispensables para que los estudiantes universitarios desempeñen un trabajo académico satisfactorio. Por lo que los jóvenes con ansiedad social deben recibir atención de los profesionales de ayuda para que puedan entender su condición, manejar sus síntomas y finalmente superarlos. Esta discute algunas alternativas de intervención que pueden

utilizar los profesionales de la consejería al intervenir con estudiantes que manifiesten este problema.

Continuado con el tema de la salud mental, en el último artículo, los autores y consejeros en Rehabilitación, Jose Lionel Velázquez y Angel Villafañe Santiago, exploran los factores que inciden en la salud mental ocupacional durante la prestación de servicios de consejería en rehabilitación en Puerto Rico. Estos evaluaron los aspectos que influyen en la salud mental ocupacional y en el desarrollo de la política pública de los programas de ayuda diseñado para promover la prevención, la intervención y la rehabilitación. Estos concluyen que existen múltiples factores que promueven una salud mental ocupacional durante la prestación de servicios. Además, presentan algunas recomendaciones, para ser consideradas por los centros universitarios que entrenan a los profesionales de la consejería en rehabilitación y para las organizaciones que emplean a este profesional.

Padres a Temprana Edad¹

Manuel Antonio Rivera Acevedo
Consejero Profesional
Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil
Recinto de Río Piedras
Universidad de Puerto Rico
manuel.rivera13@upr.edu

Resumen

Mientras que la maternidad adolescente ha sido objeto de múltiples estudios y programas que intervienen con dicho evento, no ha sucedido igual con la paternidad en varones de la misma edad. Factores asociados con los estilos de crianza, la cultura y los estereotipos contribuyen a una construcción confusa del asunto por parte de los protagonistas del mismo y a respuestas insuficientes por parte de los agentes de ayuda. El presente artículo revisa parte de la literatura disponible para descubrir semejanzas en los hallazgos y proponer sugerencias que favorezcan respuestas mejor pensadas y programas mejor implantados.

Palabras claves: Paternidad adolescente, recursos, intervenciones, programas.

Abstract:

While adolescent motherhood has been the subject of multiple research and programs designed to deal with the situation, it has not been the same with fatherhood in males of the same age. Factors associated with rearing styles, culture, and stereotypes contribute to a confusing construction of the event from the protagonists' perspective and inadequate responses from the helping professionals. This article reviews some of the available literature in order to discover similar findings and offer suggestions that might favor better answers and programs.

Keywords: Adolescent fatherhood, resources, interventions, programs.

Un problema social ignorado: ¿En qué momento un hecho social se convierte en un problema social (Alun Jones, 1985)? ¿En el momento en el que su prevalencia alcanza proporciones alarmantes? ¿Cuando los intentos de respuesta y solución han probado ser insuficientes? ¿Cuando da lugar a otros agravantes individuales y colectivos de igual o mayor

¹ Sometido: 18 de marzo de 2012

Revisado: 29 de abril de 2012

Aceptado: 30 de abril de 2012

envergadura? ¿Si interrumpe significativamente el ritmo de la vida de individuos y grupos? ¿Cuándo se hace invisible o llega a ser considerado como algo inevitable o incorregible?

Desde cualquiera de estas perspectivas, la maternidad adolescente en Puerto Rico ha pasado de ser un hecho social a un problema social de gran importancia. Los datos estadísticos provistos por el Departamento de Salud local revelan que a pesar de las fluctuaciones registradas cada año, el número de jóvenes adolescentes que se convierten en madres sigue siendo considerablemente alto. Los programas de educación y prevención no parecen alcanzar las metas propuestas. Los proyectos de apoyo y asistencia a las jóvenes madres dan la impresión de ser centros que proveen un tiempo y un espacio seguros para afrontar el embarazo y el parto, pero limitados en cuanto a la inclusión de otros objetivos posibles.

Muchos de estos programas brindan la oportunidad de aprender destrezas relacionadas con la maternidad. Otros enriquecen su oferta incorporando talleres en los que se desarrollan habilidades relacionadas con el trabajo, asuntos relacionados con la imagen personal, la autoestima y la importancia de las relaciones sociales saludables, todos ellos conducentes a una mejor calidad de vida. Sin duda alguna, la participación en estos programas logra un bienestar temporero en las participantes. No obstante, muchas veces dicho bienestar no se prolonga en la vida futura de las jóvenes convertidas en madres. Esto redundo en otro tipo de problemas, tanto a corto como a largo alcance, algunos de los cuales pueden ser de muy difícil manejo.

Las familias y los grupos a los que estas jóvenes pertenecen experimentan grandes cambios en sus patrones de vida. Las madres de estas chicas, convertidas en abuelas, se ven muchas veces obligadas a posponer sus planes para atender las necesidades de sus hijas y sus nietos, con el posible descuido de otras instancias de sus vidas. Aunque esta respuesta parece ser culturalmente aceptada y no cuestionada, no deja de ser cierto que la posposición de planes y metas puede dar lugar a eventos, algunos de ellos frustrantes, que repercuten adversamente en las relaciones entre madre e hija, así como con otros miembros de la familia.

Para las jóvenes madres entran en escena situaciones y problemas colaterales tales como la interrupción del proceso de educación formal, el desempleo o subempleo y la pérdida de relaciones significativas. Muchos de estos nuevos escenarios son el resultado de haber saltado etapas en su desarrollo, lo que dificulta afrontar exitosamente una nueva experiencia de vida para la cual no están preparadas. Las uniones prematuras con varones no preparados para las responsabilidades inherentes a la crianza de un niño, o con varones que no son el padre de su bebé, así como los conflictos legales en los que se ven involucradas, complica aún más el fenómeno. Finalmente, el hecho de que se celebren actividades como los *baby showers* en las que se invierte mucho dinero a cambio de regalos para el bebé próximo a nacer parece normalizar y legitimar la maternidad en jóvenes que aún no han alcanzado la mayoría de edad, enviando un mensaje confuso y contradictorio acerca de dicha conducta y de sus consecuencias.

No nos engañemos. La maternidad adolescente ha sido una constante en la historia de la humanidad. En algunos momentos, ha sido sancionada por el colectivo social, necesitado de mano de obra o de guerreros para el combate, mientras que en otros ha sido vista como un evento desagradable o que genera incomodidad en la vida de las personas afectadas, pero que no tiene consecuencias mayores. No obstante, el evento no carece de gravedad, particularmente porque muchos enclaves sociales del llamado mundo postmoderno han dejado de ofrecer el apoyo necesario a las jóvenes convertidas en madres, tal vez pensando que por el mero hecho de que el fenómeno se da como algo habitual, puede ser manejado por las

personas involucradas. El resultado es que muchas de estas jóvenes se encuentran solas o mal acompañadas, desprovistas de las herramientas con las que puedan responder adecuadamente a su nuevo estado de vida, agravando aún más su situación, su bienestar personal y el de su bebé. Es así como un hecho social ha llegado a convertirse en un problema social.

Paternalidad adolescente

¿Qué decir de la paternidad adolescente? ¿Valen los mismos argumentos y apreciaciones? La información recopilada localmente evidencia que, en comparación con las adolescentes, son menos los varones que se convierten en padres antes de alcanzar la mayoría de edad. Aún así, el número de padres adolescentes registrado no deja de ser preocupante, particularmente porque a estos jóvenes se les reclamará en adelante una conducta para la cual muchas veces no estarán preparados o tal vez dispuestos a asumir.

Al igual que con las jóvenes, los padres adolescentes tendrán que posponer o modificar sus proyectos de vida, si es que en algún momento llegaron a definirlos con claridad. Entrarán en el mundo del subempleo, pluriempleo o desempleo, con el agravante de unas obligaciones económicas que no podrán desatender bajo amenaza de cárcel o de un posible rechazo por parte de los suyos. Algunos de estos jóvenes abandonan los estudios formales y entran en programas acelerados de aprendizaje que los capacita mínimamente para ejercer un trabajo que no siempre responde a sus intereses o expectativas y en el que podrían no sentirse a gusto. Tanto su vida como la de sus familiares se ven interrumpidas y en ocasiones pueden verse involucrados en conflictos legales relacionados con la custodia u otros aspectos de las relaciones paterno-filiales que a su vez dan lugar a nuevas fuentes de tensión de difícil manejo y resolución. Algunos de estos padres adolescentes corren el riesgo de delinquir para conseguir el dinero necesario con que pagar la manutención de sus hijos o para escaparse de una situación que se les hace difícil de tolerar o sobrellevar con éxito. No obstante, existe la posibilidad de que la paternidad sea parte de un proyecto no muy bien entendido y definido por los adolescentes para mejorar la estima personal, ser tomados en cuenta como adultos y enfrentarse exitosamente a otros eventos de la vida (Benatuil, 2001). Conviene a los profesionales de la conducta examinar con detenimiento este asunto en vistas a identificar respuestas e intervenciones apropiadas de un hecho que, además de tener riesgos fácilmente identificables, puede abrir las puertas a nuevas posibilidades si se atienden correctamente sus potencialidades (Applegate, 1988).

Estado de la situación

La literatura revisada y reseñada a continuación evidencia que son muchas las investigaciones y los estudios dirigidos a estudiar el fenómeno de la maternidad adolescente. Lo mismo puede decirse en cuanto a los programas diseñados para acompañar a esta población. No así con respecto a los padres adolescentes. Con la excepción de algunos proyectos que buscan concienciar al joven padre de sus nuevas responsabilidades, o de insistir en la necesidad de seguir estudiando, muchas de las ofertas existentes se limitan a proveer algún tipo de orientación acerca de la conducta sexual responsable o se ciñen a las obligaciones económicas que el adolescente convertido en padre deberá atender. Mientras que la maternidad adolescente se celebra de manera anticipada con los *baby showers* ya mencionados, la paternidad adolescente parece quedar relegada a un plano secundario y el joven padre se encuentra

desprovisto de mecanismos de apoyo y asistencia que le permitan entender su nueva condición social y asumir las responsabilidades inherentes a la misma. Lo poco que existe parece limitarse más a lo remediativo que a lo preventivo y lo primero puede ser interpretado por el joven como una penalización de su conducta.

Revisión de literatura

Para el presente trabajo, se reseñaron 19 investigaciones y cinco artículos relacionados con evaluaciones de programas que atienden la situación estudiada. En todos los trabajos reseñados hubo detalles particulares que en los que se destacan aspectos significativos de la situación. A continuación, se presentan cronológicamente los datos más relevantes de las investigaciones revisadas, algunos de los cuales podrían ser incorporados en un protocolo de intervención o tratamiento dirigido a esta población.

Allen & Doherty (1996) entrevistaron a diez padres adolescentes afroamericanos de una ciudad del mediano-oeste de los Estados Unidos. Mediante el uso del interaccionismo simbólico que procura identificar el significado detrás de la conducta emitida, buscaron conocer la manera en que los participantes definían la paternidad y cómo el grado en que se perciben como padres influye en el desempeño del rol, prestando atención a las responsabilidades de su nuevo estado. Descubrieron que en muchas ocasiones, la imagen social creada surge desde la perspectiva de la madre, lo que matiza tanto la comprensión del fenómeno como las respuestas al mismo. Hallaron que los participantes tenían dificultad en definir lo que es la paternidad, detectando incongruencias entre el significado (ser) y la respuesta (hacer), dando lugar a un fuerte sentido de ambivalencia ante el acontecimiento y al futuro posible. Una importante dificultad identificada fue la de negociar la transición hacia la adultez al tiempo que negociaban la transición hacia la paternidad, dos cosas diferentes.

Thornberry, Smith & Howard (1997) identifican áreas que tocan directamente la paternidad adolescente. Los autores mencionan la etnicidad, las características del lugar y la posición estructural de la familia. Hacen referencia, además, al estrés parental, a las relaciones paterno/materno-filiales y a la escolaridad del protagonista. Señalan la actividad sexual temprana, la presencia y el rol de los pares, así como las características individuales de los padres adolescentes, algunas de las cuales pueden contribuir en la creación de un sentido de identidad más a tono con la nueva realidad o pasar a ser piedras de tropiezo en la vida.

Levine y Chase-Lansdale (1998), por su parte, llaman la atención acerca de la modificación del ciclo de vida sin una preparación adecuada para los cambios que surgen. Subrayan la interrupción en las tareas del desarrollo y hacen referencia a las perspectivas irrealistas así como a las dificultades para ajustarse a la paternidad y la maternidad temprana. Al igual que otros autores, identifican los problemas que pueden surgir entre el sub-empleo, la educación y el alejamiento progresivo del padre ante una situación muchas veces frustrante y de difícil manejo. Indican que muchas veces la presencia del padre comienza a disminuir a partir del segundo cumpleaños del niño. Como aportación adicional, reconocen la poca investigación sobre el rol del varón en la toma de decisiones sobre el aborto y la adopción y se plantean si la paternidad adolescente pueda deberse a patrones intergeneracionales que se repiten en el tiempo.

Por su parte, Schwartz (1999) añade a las reacciones de los jóvenes padres (negación, miedo, deseo de escapar) y las de sus personas significativas (rechazo, barreras para una mejor comunicación con la madre del bebé, dificultades para proveer económicamente, poca visión de

futuro), las confusiones en el estado emocional de los jóvenes, obligados a reconciliar sus roles como padres antes de estar preparados para los mismos. A tales efectos, la autora advierte sobre el riesgo de perpetuar creencias fatalistas mediante las cuales el joven llega a convencerse de que no podrá hacer algo productivo con su vida. Schwartz advierte, además, la importancia de que los programas existentes ofrezcan ayuda práctica desde el comienzo y organicen actividades en las que se fomenten las relaciones paterno-filiales. Las ofertas deben incluir asuntos relacionados con la educación formal, la educación como padres, el desarrollo de carrera y la consejería.

Dallas, Wilson y Salgado (2000) comentan sobre las diferencias de género en la percepción de las responsabilidades en padres y madres adolescentes. Mediante el trabajo realizado con un grupo focal formado por siete parejas no casadas legalmente, cinco de ellas mexicanoamericanas y las otras dos afroamericanas, investigaron el conocimiento de ambos padres acerca del desarrollo normal del niño. Los hallazgos revelaron que las madres tenían información más acorde con lo normativo, mientras que los padres se mostraban más dispuestos a aprender sobre el asunto.

El estudio analizó también las expectativas acerca de la conducta del joven en el rol de padre, así como la formalización de sus responsabilidades paternas, señalando que en algunas ocasiones pueden darse expectativas irrealistas sobre estos temas. Conviene destacar que en el apartado acerca del conocimiento sobre lo que conlleva el desarrollo normal del niño, los autores indagaron acerca del tema de la disciplina. Señalaron que el desconocimiento sobre este asunto puede llevar tanto a los padres como a las madres a identificar como indisciplina una conducta que es típica del momento del desarrollo en el que se encuentra el infante y responder de manera inadecuada a la misma. Un dato adicional tuvo que ver con el miedo a posibles asuntos legales si los padres se excedían en el ejercicio de la disciplina hacia sus hijos.

Como dato final de la investigación de Dallas, Wilson y Salgado (2000), los participantes resaltaron la importancia de la presencia del padre en el nuevo cuadro social. Las madres destacaron el compromiso emocional del padre, mientras que los varones insistieron en la necesidad de compartir en la crianza y las tareas domésticas. Curiosamente, en cuanto a la formalización de las responsabilidades paternas, las madres expresaron temor ante la posibilidad de que los padres quisieran quitarle el control sobre la crianza de sus hijos, mientras que los jóvenes señalaron la importancia de validar la paternidad biológica.

Cabrera, Tamis-LeMonda, Bradley, Hofferth y Lamb (2000) analizan la manera en la que los cambios en la estructura de la familia norteamericana influyen en el desarrollo de los padres y su participación en la vida de sus hijos. Los autores identifican como variables importantes la accesibilidad del padre, su participación activa (*engagement*) en la vida de su hijo y las responsabilidades asociadas con su nuevo estado de vida. Dos detalles a tener en cuenta de este trabajo son el hecho de que la participación activa del padre no garantiza de por sí resultados positivos en la crianza del hijo y la necesidad de tomar en cuenta las construcciones multidimensionales sobre lo que significa esta participación activa del padre, muchas veces condicionada por elementos culturales.

Por su parte, Mazza (2002) midió los efectos de un programa sobre destrezas de paternidad, prestando atención al impacto de intervenciones individualizadas de trabajadores sociales varones con padres adolescentes afroamericanos en vistas a mejorar la autoestima de los participantes. El autor buscaba discernir si esta población responde de manera diferente a intervenciones en las que la atención se centra en asuntos propios de adolescentes o a intervenciones en las que los temas tienen que ver con asuntos relacionados con su nueva

realidad como padres. El estudio reveló que los programas que sólo incluyen temas relacionados con las destrezas como padres son menos efectivos que aquellos que abarcan asuntos relacionados con otros aspectos importantes en la vida del joven. Conviene recordar que los nuevos padres siguen siendo jóvenes en cuanto a la edad y las experiencias de vida y todo intento de ayuda debe tomar en cuenta las realidades y necesidades que en muchas ocasiones se ven frustrados de expresar o atender.

Weinman, Smith, y Buzi (2002) analizaron las conductas de riesgo y necesidades de servicio en 128 participantes próximos a formar parte de un programa para padres jóvenes. Los autores identificaron como necesidades de los jóvenes los problemas legales, asuntos relacionados con el empleo, la educación, las destrezas como padres, el uso de profilácticos, la salud mental, las enfermedades de transmisión sexual, las relaciones con la madre y su familia y el compromiso a largo plazo de estos jóvenes. Como asuntos relacionados, mencionaron la importancia de los trasfondos culturales y modelos que mediatizan las relaciones sociales inmediatas, el vínculo entre la autoimagen y las expectativas del rol y la presencia de otro varón en el hogar. Asimismo, hacen referencia a la posibilidad de enfermedades de transmisión sexual debido al poco o ningún uso de profilácticos y la existencia de múltiples parejas sexuales.

En una investigación con 59 participantes, 20 de los cuales eran afroamericanos, 20 hispanoamericanos, y 19 europeoamericanos, Winstanley, Meyers y Florsheim (2002) buscaron conocer la correlación psicosocial en el logro de la intimidad en futuros padres adolescentes, prestando atención a estresores que podrían agravar la manera en que se entendía la paternidad futura. Subrayaron la importancia de la adolescencia como tiempo de transición y desarrollo de la identidad, particularmente la autonomía, las relaciones con los pares y los amoríos. Los autores partieron de la intimidad como un término culturalmente definido, destacando que el mismo no equivale inmediatamente a relaciones de índole sexual, algo que para los jóvenes no parece estar del todo claro. Subrayaron la necesidad de identificar factores sobre los que no se tiene control, así como la necesidad de revisar la práctica del etiquetaje social, en la que el joven muchas veces puede verse inmerso en un estado social de rechazo en el que experimenta sentimientos deficitarios y de deprivación que pueden agravar su situación personal así como la manera en que se plantea sus opciones futuras. Los autores señalan, además, que no es lo mismo conferir el estatus de adulto (*Adult*) a un joven que es tan sólo alguien parecido a un adulto (*Adult like*).

En su trabajo, Winstanley, Meyers y Florsheim (2002) presentan una serie de subescalas para medir el desarrollo de la intimidad, entre las que destacan el compromiso (duración y calidad), la comunicación (intra e ínter), el afecto e interés (*caring*). Mencionan, además, el conocimiento de las características de la pareja, la toma de perspectivas, el poder y la toma de decisiones, la aceptación del otro como alguien separado y las dinámicas relacionadas con la dependencia y el desapego. Los autores traen a colación la posibilidad de una interrupción significativa en la formación de la identidad personal, hito en el desarrollo que se supone se alcance precisamente durante la adolescencia. A raíz de esta situación, señalan que la no consecución de un sentido de identidad bien formado puede dar lugar a problemas en el establecimiento y mantenimiento de la intimidad con otras personas. Los adolescentes enfrentados a una paternidad fuera de tiempo pueden experimentar episodios de depresión, culpa, disturbios emocionales, dificultades en el trabajo o en la escuela y ansiedad en un grado mayor que el de hombres que se han convertido en padres más tarde en la vida.

Glikman (2004) llevó a cabo un estudio longitudinal (un año), de 25 padres jóvenes entre los 19 y los 27 años de edad, procedentes de ambientes de bajos ingresos. Buscó

identificar los contextos, los vínculos y la formación del sentido del *self*. Por contextos, hizo referencia a la influencia del ambiente, esto es, a la cultura particular a la que el joven pertenece, especialmente a la familia de origen del joven y a la figura del padre en dicha familia. Por su parte, los vínculos hacen referencia a la relación con la madre del bebé y a las dificultades que surgen en la misma. Glikman postula que el *self* surge como resultado de las dos anteriores, entendiéndose la paternidad como medio de encontrar sentido a la vida. La autora descubrió que, luego de una euforia inicial, se produce un sentido de fracaso personal y un alejamiento progresivo del niño.

Erkut, Szalacha, Coll y García (2005), describen la paternidad adolescente como un evento que ocurre fuera de tiempo en el desarrollo psicosocial del joven. Se da en un momento en la vida en el que el adolescente está intentando definir su identidad personal, alcanzar su autonomía como individuo y clarificar asuntos relacionados con la sexualidad y las relaciones interpersonales a nivel íntimo. Los autores señalan que el ciclo de la vida suele responder a patrones normativos, sancionados socialmente, en los que hay un orden y una secuencia para los eventos significativos. Las desviaciones de dichos patrones conllevan una nueva interpretación del evento, al cual se le atribuyen nuevos significados, no siempre conducentes a un desarrollo óptimo. Es así como la paternidad a destiempo puede ser vista por los jóvenes padres como una carga o imposición, un compromiso para el cual no se está preparado e incluso como una obligación asumida a la fuerza.

A la vez que reconocen que las construcciones sociales de la paternidad varían con el tiempo, Erkut, Szalacha y García (2005), procuraron identificar un marco que permita estudiar la transición hacia la paternidad en grupos minoritarios. Tomaron como muestra un grupo de padres adolescentes puertorriqueños residentes en los Estados Unidos. Entre los hallazgos, descubrieron que la nueva realidad como padres interrumpe el ciclo vital, forzando una redefinición del proyecto de vida aún no formulado con claridad. Identificaron la existencia e importancia de patrones de influencia indirectos así como los roles complejos y multidimensionales del padre, agravados por la nueva posición que estos jóvenes pasan a ocupar en la jerarquía social, coloreada por un sentimiento de vergüenza al no poder responder y proveer como se espera de ellos. Como dato curioso, los autores parecen dar validez al hecho de que la paternidad adolescente es vista como algo normal y más aceptado en la población que reside en la Isla, mientras que no es exactamente así por los puertorriqueños que residen en el continente americano.

Pears, Pierce, Kim, Capaldi y Owen (2005) condujeron un estudio longitudinal realizado a lo largo de 17 años con 206 jóvenes del estado de Oregón en el que miraron de cerca el momento de entrada en la paternidad en jóvenes en situaciones identificadas como de riesgo. Los autores se plantearon si la paternidad adolescente puede deberse a una transmisión intergeneracional que responde al modelado de los padres en la familia de origen o si es una conducta aprendida. Señalan que la paternidad antes de tiempo conlleva tareas en el desarrollo no cumplidas.

Investigando desde el Hemisferio Sur, Quinlivan y Condon (2005) estudiaron la posible relación entre depresión y ansiedad en padres involucrados en embarazos de adolescentes en Australia y Nueva Zelanda. Los autores se valieron de una muestra por conveniencia de 50 participantes, obtenida en una única institución, luego del consentimiento previo de las madres. Para esta investigación, la edad (≤ 20 años) y condición de nulípara de la madre determinaba si era un embarazo adolescente, por lo que no todos los padres eran adolescentes. La edad media de los padres era de 20.7 años.

Mediante la formación de un grupo experimental y un grupo control, Quinlivan y Condon (2005) descubrieron sintomatologías y necesidades psicológicas no identificadas como tales, por lo que algunos de estos jóvenes podían estar padeciendo de disturbios emocionales con consecuencias potencialmente serias. Llama la atención el dato de que algunos de los participantes en el estudio dijeron creer que su vida duraría 15 años menos que la vida de otros padres de mayor edad.

Cruzat y Aracena (2006) plantearon la paternidad adolescente como problema de salud pública y un problema social que reclama nuevas modalidades de atención. Las autoras trabajaron con 40 adolescentes entre 15 y 20 años de la Comuna La Pitana, en Santiago de Chile para conocer el significado otorgado a la paternidad y los obstáculos que podrían encontrarse en este nuevo estado social. Las autoras se valieron de la metodología propuesta por la Teoría Emergente para identificar cómo los participantes entendían y respondían a la interrupción de su proyecto de vida dentro del momento del ciclo vital en el que estaban.

Cruzat y Aracena (2006) descubrieron un sentido de identidad truncado, caracterizado en algunas instancias por la desorientación y una sensación de desamparo. Este sentido de identidad truncado parece ir de la mano con la ambivalencia mostrada ante la paternidad. Junto a la idea de que la paternidad representa una posible ganancia, particularmente el entender que ser padre equivale a ser hombre, se da también una sensación de pérdida ante la libertad ahora limitada y las condiciones de vida modificadas. Luego de la experiencia de la paternidad, muchos de los participantes expresaron que hubieran preferido haber aplazado la misma hasta que se dieran las condiciones favorables, entendiendo que fecundidad y paternidad no son lo mismo y que la paternidad puede muy bien ser un proyecto constitutivo de futuro.

Como parte de su disertación doctoral, Reeves (2006) trabajó con diez padres del Reino Unido entre los 15 y los 24 años de edad. Entre sus objetivos, estaban conocer cómo incidía la paternidad adolescente en la renegociación de los roles y la identidad, cuáles eran las estrategias usadas, los recursos hábiles y las áreas de tensión. Entre sus hallazgos, la autora pudo identificar la conducta de temeridad (*recklessness*) como un elemento a tomar en cuenta. Señaló, además, los riesgos asociados a una transición apresurada y en ocasiones forzada, dando lugar a la construcción de la identidad a través de un evento no siempre bien entendido o asumido. Para algunos de los participantes, la madre del bebé llegó a ser vista como una rescatadora, sacándolos de una vida con pocas posibilidades de éxito. En el reposicionamiento hacia una conducta social más responsable, la misma transición no lineal a la paternidad podría ser resignificada como la posibilidad de un cambio hacia una vida mejor.

En su estudio con 176 padres y madres adolescentes, Fagan, Schmitz y Lloyd (2007) analizaron la relación entre el capital económico, humano y social del padre y los planes matrimoniales de la pareja. Definieron capital económico como la capacidad para la provisión de ingresos y bienes, lo que Cruzat y Aracena (2006) llaman *racionalidad económica*. Por capital humano, los autores entienden el cúmulo de conocimientos y rasgos con los que cuenta el padre e identifican la educación, el empleo y el apresto cognitivo como integrantes de este tipo de capital. Definieron el capital social como el elemento más importante, identificándolo como los recursos usados en las relaciones, tales como el apoyo emocional brindado a la madre, la presencia en el embarazo y el sentido de alianza que pueda existir entre la pareja. A juicio del que suscribe, estos tres conceptos deberían ser incluidos tanto en un instrumento de avalúo como en cualquier programa de intervención y ayuda que se diseñe, ya que le provee al joven padre de criterios fácilmente comprensibles y de operar.

Weinman, Buzi, Smith y Nevárez (2007) compararon los logros en tres grupos de padres participantes de un programa. Los 198 jóvenes fueron agrupados conforme a si estaban en la escuela, habían abandonado la escuela o se habían graduado de la escuela. Identificaron factores de riesgo comunes a los tres grupos y pudieron establecer que conforme aumentan estos factores de riesgo, aumenta la posibilidad de convertirse en padres antes de tiempo. Descubrieron que, aunque tienen necesidad de servicios terapéuticos específicos, los padres no reciben el mismo apoyo que las madres. Para los autores, es importante desarrollar destrezas y conductas consistentes con la prevención de embarazos, promover un estilo de vida saludable, favorecer la retención escolar y promover la autosuficiencia.

Parra, Sharp y Wampler (2008), por su parte, llevaron a cabo una investigación fenomenológica con seis padres adolescentes mexicoamericanos involucrados con el sistema de justicia norteamericano, participantes de un programa de ayuda. Descubrieron que muchos de estos jóvenes deseaban superar los estereotipos y veían la paternidad como elemento para un cambio positivo en sus vidas. Los investigadores exploraron la influencia del machismo en la conducta, prestando atención a lo que llamaron *machismo positivo* y *nobleza*, como elementos propios de la cultura mexicoamericana, algo que podría tener una resonancia equivalente en elementos culturales puertorriqueños. Entre los hallazgos, los autores identificaron el deseo de estos jóvenes de no darse por vencidos y querer ser buenos padres, lo que conlleva cambiar los estilos de conducta asociados con el género. Señalaron, además, querer ser *marrón* y padre, asumiendo y validando su herencia étnica y cultural, distinta a la cultura angloamericana.

En una investigación importante por sus implicaciones para la consejería, Hilario, Castronuevo y Sánchez (2009) entrevistaron a tres jóvenes padres de la clase media de Manila. Al momento de las entrevistas, los jóvenes no estaban conviviendo con las madres de sus hijos. Los autores se valieron de lo que en la cultura filipina se conoce como *pakikipagwentuhan*, un intercambio de información, ideas, introspección, opiniones; compartir creencias, pensamientos y experiencias. Identificaron experiencias sociales antes y después del nacimiento, problemas surgidos en el embarazo y recomendaron utilizar un enfoque sistémico para atender los problemas que puedan surgir ante la nueva realidad social. Curiosamente, los autores sugieren que la familia de origen de los jóvenes debe apoyar a los hijos dejando que aprendan a valerse por sí mismos.

Elementos comunes identificados en los trabajos reseñados

- Las muestras seleccionadas no necesariamente son reflejo de la población, ya que fueron configuradas por jóvenes deseosos de entender lo que estaba pasando y aprender a manejar adecuadamente su nueva realidad. Para tener el cuadro completo, es importante llegar hasta los jóvenes que no buscan ayuda, ya sea porque piensan que la misma es inexistente, o no les interesa beneficiarse de ella ya que entienden que pueden manejar la situación por ellos mismos para conocer su sentir al respecto.
- El nivel socioeconómico de las muestras responde a los estratos sociales de las clases media baja o pobre, caracterizadas muchas veces por condiciones de subempleo, desempleo y sujetas a muchas desventajas sociales. Algo parecido puede decirse de la escolaridad de los participantes, dado que muchos de ellos estaban en la escuela superior al momento del embarazo o el nacimiento y un número considerable de ellos había abandonado la escuela o estaba considerando hacerlo. De nuevo, es importante conocer la realidad de los padres adolescentes que pertenecen a otros niveles

socioeconómicos y con niveles de escolaridad más elevados y que tal vez cuenten con otro tipo de mecanismos de afrontamiento y manejo para identificar semejanzas y diferencias, tanto en las necesidades como en los intentos de respuesta.

- El riesgo de manifestar una conducta estereotipada negativa sigue siendo una posibilidad real para estos jóvenes dado que perciben que las oportunidades para salir adelante son mínimas o difíciles de plasmar en la realidad. El apoyo que reciben es poco o no siempre es el adecuado para lidiar con la situación a la que se enfrentan. Pueden llegar a sentir que están en el escalafón social más bajo, con pocas opciones que le permitan manejar exitosamente su situación.
- El testimonio de la madre del bebé influye enormemente en el desarrollo de los acontecimientos posteriores. Si hay buena relación con la madre, o al menos esperanza de un futuro en común, el panorama se presenta como favorable y el padre es visto con buenos ojos. Si se da lo contrario, el joven padre puede encontrarse como espectador desde las gradas, aumentando sentimientos de alienación y frustración.
- El hogar de origen del padre adolescente ejerce una influencia muy grande en su conducta. La madre hace las veces de baluarte, refugio, maestra y acompañante, mostrándole al joven el camino a seguir. La presencia o ausencia del padre del joven interviene en el modelado de futuras conductas. En ocasiones, los participantes de estas investigaciones comentaron que el convertirse en padres les daba la oportunidad de ofrecer a sus hijos un trato distinto al que ellos habían recibido en su infancia y su niñez por parte de sus padres o de otros familiares.
- Los jóvenes padres perciben que son pocas las oportunidades de mejoramiento académico o profesional y se sienten atrapados en un callejón para el que no hay una salida satisfactoria. Muchos jóvenes consiguen un trabajo en el que comienzan a generar ingresos con los que antes no contaban y que están por encima de los generados por otros jóvenes de su edad que no se hallan en la misma situación. Llegan a creer que están en mejores condiciones hasta que descubren que las oportunidades de ascenso o de aumento salarial son mínimas o inexistentes y que la posibilidad de estudiar algo que les interese está muy limitada por el mismo trabajo que ejercen.
- Los elementos culturales desempeñan también un papel de gran peso. En algunos ambientes parece darse por supuesto e inevitable el que este evento se producirá no importa lo que se intente para evitarlo, por lo que no es visto como ningún contratiempo o anomalía.
- Todos los participantes en las investigaciones reseñadas comentaron que, a raíz del embarazo y la paternidad, se produjo un cambio en el proyecto de vida, el cual para muchos de ellos no estaba definido con claridad a ese momento. Muchos jóvenes expresaron ambivalencia ante su nuevo estado. Por un lado expresaron satisfacción y el deseo de responder adecuadamente, mientras que por otro lado se sentían confundidos antes las nuevas obligaciones, la pérdida de su libertad y la necesidad de dejar a un lado conductas previas. Esto se agrava por las presiones sociales y judiciales a las que se sienten sometidos.
- Los participantes reconocieron que el paso a una vida con nuevas responsabilidades se dio como una transición apresurada, para la cual muchos de ellos dijeron no estar listos. Si tuvieran la oportunidad de volver atrás, la inmensa mayoría expresó que les hubiera gustado esperar hasta más tarde en la vida para convertirse en padres.

Padres a Temprana Edad

- Algunas investigaciones revelaron que a la par con la paternidad adolescente, se daban elementos asociados a la criminalidad. En ocasiones este hecho se debía a la necesidad de proveer para la manutención de su niño, mientras que en otros momentos parecía reflejar un estado de malestar y rebeldía.
- Las investigaciones evidenciaron la carencia de grupos de apoyo, programas, y consejería individual diseñados para esta población. A esto se añade la falta de destrezas, el pobre manejo de las emociones, particularmente la ansiedad y la depresión, el desconocimiento sobre la sexualidad, la reproducción humana y todo lo que conlleva la paternidad.
- En cuanto a los asuntos legales, se hace mención de la confirmación de la paternidad biológica, el establecimiento de los vínculos paterno-filiales, la clarificación de los deberes y compromisos que el joven padre debe asumir, las relaciones con la madre del niño, así como la familia materna y la participación activa en la crianza del hijo o hija.
- Un dato interesante tiene que ver con la planificación para el futuro. Aunque muchos jóvenes expresaron sentirse cómodos con su nuevo estado, un buen número de ellos expresó que la manera en que concebían su futuro había cambiado drásticamente.

Programas evaluados

Lane y Clay (2000) señalan que hasta la década de los ochenta la mayoría de los programas existentes estaban enfocados en las madres. Si se daba espacio a los padres era para que éstos a su vez pudieran servir de apoyo a las madres. No obstante, con el correr del tiempo se hizo obvio que los padres también tienen necesidad de servicios que les permitan convertirse en padres responsables y adultos productivos.

Kost (1997) hace mención del programa *Fathers Forever Program*, iniciado en el 1990 en la ciudad de Búfalo en el Estado de Nueva York. En la actualidad, este programa sigue siendo ofrecido por la Universidad de Búfalo. Entre los criterios de elegibilidad para recibir los servicios están el que el participante tenga entre 16 y 21 años de edad, sea padre o esté a punto de serlo y forme parte del sector social caracterizado por la pobreza económica.

Los objetivos del programa son:

1. Promover la formación de un equipo formado por el padre y la madre.
2. Mejorar la preparación académica del participante en vistas al desarrollo de una carrera más satisfactoria.
3. Adiestrar a los padres en la búsqueda de empleo y en las destrezas necesarias para conservarlo.
4. Contribuir al proceso de socialización orientado hacia el mundo del trabajo.
5. Facilitar colocación laboral a tiempo completo o parcial.

En su evaluación de un programa provisto por una agencia de servicios múltiples a lo largo de cuatro años en cuatro escuelas públicas de un área urbana, Lane y Clay (2000) descubrieron que muchas ofertas de servicio están fundamentadas en las siguientes premisas:

1. Si se ofrecen los servicios, los clientes se matricularán en el programa.
2. Los servicios irán a tono con las necesidades.
3. Una vez matriculados, los participantes se beneficiarán de los servicios disponibles.

4. Los servicios serán de beneficio para los participantes y producirán resultados positivos.

No obstante las buenas intenciones, Lane y Clay (2000) hallaron que la mera oferta de servicios no garantiza la utilización de los mismos. Encontraron, más bien, que los jóvenes hacen uso de aquellos servicios que entienden responden de manera inmediata y rápida a una situación particular, prestando poca atención a los demás elementos existentes. Descubrieron también que la participación en los programas estará muchas veces sujeta a la necesidad imperante del momento y que, una vez satisfecha la misma, los jóvenes dejarán de asistir hasta que surja un nuevo evento. Para las autoras, esto no significa que el programa haya fracasado. Más bien es un llamado a examinar la posibilidad de ofrecerlo de otra manera, en la que el joven no se sienta coaccionado o comprometido a completar un proceso que en realidad no le interesa o aprovecha.

Brindis, Barenbaum, Sánchez, McCarter y Chand (2005) hacen referencia a los altos costos personales, las oportunidades sociales y económicas perdidas y los altos gastos relacionados con los servicios de salud y bienestar público. Estos autores mencionan, además, el desconocimiento e ignorancia de estos jóvenes acerca de temas relacionados con la sexualidad y la salud reproductiva, lo que complica aún más una situación de por sí delicada.

Los distintos programas evaluados identificaron una serie de temas que deben ser atendidos. Éstos son los siguientes:

1. Servicios vocacionales y educativos.
2. Enfermedades de transmisión sexual.
3. Consejería en salud mental.
4. Servicios para el apoyo del niño.
5. Programas de sustancias controladas (Uso de sustancias como medio para manejar el estrés).
6. Cuidado preventivo de la salud
7. Servicios sociales.
8. Empleo.
9. GED o equivalente (Diploma de cuarto año).

Por su parte, Bronte-Tinkew, Burkhauser y Metz (2008) identificaron los elementos que todo programa para esta clientela debe tener:

1. Alianzas con escuelas, comunidad, clínicas prenatales.
2. Relación uno a uno entre personal y cliente.
3. Oferta de servicios comprensivos más allá de la información.
4. Utilizar teorías sobre el cambio o contar con un modelo.
5. Ofrecer los servicios de manera interactiva.
6. Contar con un estudio de necesidades y realimentación.
7. Contratar profesionales en las distintas áreas identificadas.
8. Incorporar métodos de enseñanza y materiales apropiados a la edad y la cultura de los participantes.
9. Usar incentivos con los clientes y sus familias.
10. Ofrecer mentoría.

Conclusión

Al comienzo de este trabajo se preguntaba cuándo un hecho social se convierte en un problema social. La paternidad adolescente es ciertamente un problema social, creado tal vez por conductas y patrones fijados desde antaño y dados por válidos e incuestionables, pero no menos urgente de atención. Para afrontar este evento y aquellos que surgirán como secuelas, convendría desarrollar un proceso de afrontamiento semejante al planteado por Lazarus y Folkman (1984) en el que la paternidad sea valorada como personalmente significativa. El cambio de significado, del hecho en sí mismo a la manera en la que la persona lo interpreta y asume favorece el que las respuestas no se limiten a las habituales y a superar la manera en que se perciben los recursos personales con los que se cuenta como algo limitado e insuficiente. A tales efectos, Lazarus y Folkman sugieren pasar del estilo de afrontamiento que intenta solucionar o cambiar el problema en el que se está enfocado a uno en el que se intente regular las emociones asociadas al evento. Este cambio ayudará a que el sujeto asuma las responsabilidades asociadas a su nuevo rol de una manera más positiva e incorporaría lo que para algunos jóvenes se presenta como una oportunidad de ser tomados en serio por sus pares y los adultos.

Aldwin (1994), por su parte, recuerda la importancia de la cultura en el proceso de afrontamiento. Señala que la misma matizará la manera en que se valora el evento, el tipo de estrés experimentado, la elección de estrategias de afrontamiento y los mecanismos utilizados. Siguiendo a Aldwin (1994), los programas que se diseñen deberán tomar en consideración los puntos expuestos en este trabajo, sustentados desde la realidad misma de los participantes. Los objetivos y estrategias deberán estar culturalmente situados y ser capaces de retar conductas establecidas y dadas por inevitables. A tales efectos, un programa de intervención y ayuda deberá reunir al menos los siguientes elementos:

1. Entender el fenómeno de la paternidad desde el mismo joven, pasando a un segundo lugar la interpretación de la madre y de las dos familias de origen.
2. Ayudar al joven padre a entender lo que conlleva la paternidad, relacionándola con el resto de su vida y procurando disminuir los sentimientos de imposición o penalización.
3. Ampliar el repertorio de respuestas, lo que conlleva el dejar de entender el evento como algo normal y hasta normativo y entenderlo como un proyecto constitutivo de futuro.
4. Ayudar al joven a manejar las múltiples transiciones en las que se ve involucrado: el movimiento hacia la adultez, los compromisos y las obligaciones de la paternidad, la formulación de metas y planes.
5. Ayudar al joven en el manejo de la frustración, y otras situaciones estresantes, particularmente las que tienen que ver directamente con una paternidad muchas veces limitada en cuanto a las opciones de realización.
6. Ofrecer un modelado positivo, tanto para una identificación con valores asociados al género como para la internalización de derechos y deberes.
7. Ayudar al joven a ampliar su capital humano, económico y social.
8. Ofrecer y abogar por una orientación legal, oportunidades de educación a tono con la realidad del joven padre y educación en cuanto al comportamiento sexual.
9. Fomentar la comunicación, el compromiso y el interés del joven padre hacia su hijo.
10. Trabajar alianzas positivas con la madre de su hijo y con otras personas significativas.

Finalmente, es aconsejable adaptar al contexto local algunas de las investigaciones reseñadas para ver cómo comparan los hallazgos. Asimismo, conviene evaluar los programas existentes en Puerto Rico a fin de identificar elementos que deben ser apoyados y promovidos al tiempo que se descartan otros probados como inútiles. Si se parte de la comprensión del hecho como una oportunidad para el crecimiento y la madurez por parte de los padres adolescentes, se estará contribuyendo a un cambio en las maneras en que el mismo se manifiesta y es atendido por el resto de la sociedad.

Referencias

- Adolescent Health, Services, and Pregnancy Prevention Care Act*. H. R. 12146. Abril 17 de 1978.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. New York, NY: Guilford Press.
- Allen, William, & Doherty, William. (1996). The responsibilities of fatherhood as perceived by African American teenage fathers. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*. 77(3), 142 – 155.
- Alun Jones, Robert (2001). *Emile Durkheim: An introduction to four major works*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc. Recuperado de: durkeim.uchicago.edu/Summaries/rules.html
- Applegate, J. (1988). Adolescent fatherhood: Development perils and potentials. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 5, 205 – 217.
- Benatuil, Denise (2001). Paternidad adolescente, ¿Factor de riesgo o de resiliencia? *Psicología, cultura y sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Palermo. Recuperado de: www.palermo.edu/.../5Psico%2001.pdf-Argentina
- Brindis, Claire, Barenbaum, Michelle, Sánchez, Héctor, McCarter, Virginia, & Chand, Robin. (2005). Let's hear it for the guys: California's male involvement program. *International Journal of Men's Health*. 4(1), 29 – 53. doi: 10.3149/jmh.0401.29
- Bronte-Tinkew, Jacinta, Burkhauser, Mary, & Metz, Allison (2008). *Promising teen fatherhood programs: Initial evidence lessons from evidence-based research*. Gaithersburg, MD: National Responsible Fatherhood Clearinghouse. Recuperado de: www.fatherhood.gov
- Cabrera, Natasha, Tamis-LeMonda, Catherine, Bradley, Robert, Hofferth, Sandra, & Lamb, Michael (2000). Fatherhood in the Twenty-First Century. *Child Development*. 71(1), 127-136. doi: 10.1111/1467-8624.00126
- Cruzat, Claudia, & Aracena, Marcela. (2006). Significado de la paternidad en adolescentes varones del sector Sur-Oriente de Santiago. *Psykhé*. 15(1), 29 – 44.
- Dallas, Constance, Wilson, Tony, & Salgado, Vanessa. (2000). Gender differences in teen parents' perceptions of parental responsibilities. *Public Health Nursing*. 17(6), 423-433. doi:10.1046/j.1525-1446.2000.00423.x
- Erkut, Sumru, Szalacha, Laura, Coll, & García, Cynthia. (2000). A framework for studying minority youths' transitions to fatherhood: The case of Puerto Rican adolescents. *Adolescence*. 40(160).

- Fagan, Jay, Schmitz, Mark, & Lloyd, Jacqueline. (2007). The relationship between adolescent and young fathers' capital and marital plans of couples expecting a baby. *Family Relations*. 56, 231 – 243. doi: 10.1111/j.1741/3729.2007.00455x
- Glikman, Helen. (2004). Low-income young fathers: Contexts, connections, and self. *Social Work*. 49(2), 195 – 206. doi: 10.1093/sw/49.2.195
- Hilario, Paulito, Castronuevo, Eva, & Sánchez, Judy. (2009). Dimensions of paternal involvement of selected teenage fathers on their child: Implications to adolescent counseling. Recuperado de: www.scribd.com > School Work > Essays & Theses.
- Kost, Kathleen. (1997). The effects of support on the economic well-being of young fathers. *Families in Society* (July-August), 78(4), 370 – 382.
- Lane, Terry, & Clay, Cassandra. (2000). Meeting the service needs of young fathers. *Child and Adolescent Social Work Journal*. Vol. 17(1), 35 – 54. doi: 10.1023/A:1007515625838
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.
- Levine, Rebekah, & Chase-Lansdale, Lindsey. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidence and future directions. *American Psychologist*. 53(2), 152 – 166. doi: 10.1037/0003-066x.53.2.152
- Mazza, Carl. (2002). Young dads: The effects of a parenting program on urban African American adolescent fathers. *Adolescence* (Winter), 37(148), 681 – 693.
- Parra Cardona, Rubén, Sharp, Elizabeth, & Wampler, Richard. (2008). “Changing for my kid”: Fatherhood experiences of Mexican-origin teen fathers involved in the justice system. *Journal of Marital and Family Therapy*. 34(3), 369 – 387. doi: 10.1111/j.17520606.2008.0078.x
- Pears, Katherine, Pierce, Susan, Kim, Hyoun, Capaldi, Deborah, & Owen, Lee. (2005). Then timing of entry into fatherhood in young, at-risk men. *Journal of marriage and the Family*. 67(2), 429 – 447. Doi: 10.1111/j.0022-2445.00126.x
- Quinlivan, Julie, & Condon, John. (2005). Anxiety and depression in fathers in teenage pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 39, 915 – 920. doi:10.1080/j.1440-1614.2005.01664.x
- Reeves, Jane (2006). Recklessness, rescue and responsibility: Young men tell their stories of the transitions to fatherhood. *Practice*. 18(2), 79 – 90. Doi: 10.1080/09503150600760082
- Schwartz, Wendy (1999), *Young fathers: New support strategies*. Identificador de ERIC:ED429143.
- Thornberry, Terence, Smith, Carolyn, & Howard, Gregory. (1997). Risk factors for teenage fatherhood. *Journal of Marriage and the Family*. 59, 505 – 522. doi: 10.2307/353942
- Weinman, Maxine, Smith, Peggy, & Buzi, Ruth. (2002). Young fathers: An analysis of risk behaviors and service needs. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 19(6), 437 – 453. doi: 10.1023/A: 1021193629472
- Weinman, Maxine, Buzi, Ruth, Smith, Peggy, & Nevárez, Lucinda. (2007). A comparison of three groups of young fathers and program outcomes. *School Social Work Journal*. 32(1), 1 – 13.

Winstanley, Mathew, Meyers, Stevens, & Florsheim, Paul. (2002). Psychosocial correlates of intimacy achievement among adolescent fathers-to-be. *Journal of Youth and Adolescence*. 31(2), 91–100. doi: 10.1023/A:1014093308760

Sobrepeso y Obesidad en el Universitario: Implicaciones en la Consejería¹

Gladys Garay Sánchez, Ed.D.
Educatora y Consultora Independiente
Educatora en Ciencias de la Salud Pública y la Conducta Humana
ggscuartest@yahoo.com

Resumen

Este artículo pretende actualizar algunos conocimientos sobre el sobrepeso y la obesidad. Presenta algunas estrategias de consejería para la intervención con jóvenes y adultos universitarios que padecen esta condición. En el mismo se alerta a los profesionales de la consejería sobre los retos que presenta esta problemática y su impacto en la salud integral del estudiante. Se destacan algunas estrategias en la intervención de consejería que promueven la prevención, el autocuidado en la población estudiantil.

Palabras Claves: sobrepeso, obesidad, intervención en consejería, profesionales de la conducta humana

Abstract

This article discusses current knowledge on being overweight and obesity. It presents counseling strategies to work with young adults and college students with weight problems. In addition, this article seeks to alert counseling professionals on the challenges of managing obesity and its impact on student health. Counseling strategies to promote prevention and self-care in the college student population are highlighted.

Keywords: overweight, obesity, counseling

El peso corporal es atribuido a la masa muscular, los huesos, la grasa y el agua de una persona. Cuando la suma de éstas se presenta de forma aumentada, se indica que la persona está en sobrepeso (National Health of Lung, Blood and Hearth, 2010). Este instituto de los Estados Unidos ha establecido que se tiene un peso normal si se cumple con el índice de masa corporal (IMC) de 18.5 y 24.9 kg/m². Por lo que estar en sobrepeso es tener un IMC entre 25-29.99 kg/m². En cambio, si la persona en sobrepeso está en exceso de grasa se indica que presenta el problema de la obesidad. Esta aparece cuando se tiene un IMC de 30 kg/m² ó más y se exhibe obesidad extrema cuando se cuenta con un IMC de 40.0 kg/m² ó más.

¹Sometido: 13 de septiembre de 2011

Revisado: 7 de diciembre de 2011

Aceptado: 29 de junio de 2012

Sobrepeso y Obesidad en el Universitario

Una persona saludable se guía por que su cuerpo requiere de 16 a 17 calorías por libra del peso normal. El sobrepeso y obesidad revela que el peso es mayor de lo que se considera saludable según la estatura de la persona, por la ingestión de más calorías de las que se necesitan (Benjamín, 2010). La obesidad es una condición crónica muy común, metabólica, generadora de numerosas enfermedades (Thande, Hurstak, Sciacca & Giardina, 2008). Esta se ha convertido en un problema de salud pública (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Desde el 1980 la prevalencia de obesidad en adultos ha aumentado al 34% y en esta década esta condición ha duplicado en adultos (Adashi & Benjamin, 2010). En el mundo, el 40% de los hombres y el 30% de las mujeres están en sobrepeso. En términos de obesidad el 24% son hombres y el 27% mujeres (Tohill, Campbell & Chattopadhyay, 2006). En algunos estados de Estados Unidos se ha observado hasta el 28.0% de adultos obesos (Shallcross, 2009). En Puerto Rico, el 32% de la población sufre la problemática de obesidad (Feliú-Mójer, 2010).

Los jóvenes universitarios atraviesan una etapa en su desarrollo en la que establecen independencia y adoptan patrones de comportamientos en su salud. Este proceso de transición es crítico; ya que, comienzan a hacer cambios en su estilo de vida, por lo que es prudente resaltar que se promuevan hábitos de actividad física, patrones alimentarios nutritivos para prevenir el sobrepeso y la obesidad, lo que representa un reto profesional (Retis, 2009).

De acuerdo a un estudio en Estados Unidos, sobre salud y nutrición (Ogden, et al., 2006) se encontró que este periodo de desarrollo representa un alto riesgo para el aumento de peso en exceso. Esto responde al cambio en la actividad física de vigorosa a moderada (Racette, Deusinger, Strube, Highstein, & Deusinger, 2005). Por ello Levitsky, Halbmaier y Mrdjenovic (2004) y Nelson, Gortmaker, Subramanian, Cheung y Wechsler (2007) coinciden en que la inactividad física está asociada con el sobrepeso y la obesidad en los inicios universitarios.

La vida universitaria se caracteriza por exigencias académicas y personales que conllevan muchas responsabilidades. Sin embargo, los estudiantes tienen pocas destrezas para enfrentar estos cambios en forma saludable, sin que conlleve un aumento en el peso. Esto se une a los diferentes papeles que asumen, tales como, el establecer una relación de pareja, casarse, convertirse en padres e iniciarse en su vida laboral. Esto, probablemente, provoca un incremento en los niveles de estrés, tornándose ansioso ante las circunstancias de la nueva vida universitaria. Esta situación facilita que los universitarios descuiden su salud física y mental. De acuerdo a la American College Health Association's National College Health Assessment [ACHA-NCHA] (2007), aproximadamente el 70% de los jóvenes gana peso durante los primeros dos años de su ingreso a una institución postsecundaria.

Este aumento de peso en los primeros años de estudios se atribuye a estos estímulos ambientales (Levitsky, Halbmaier & Mrdjenovic, 2004 & Nelson, Gortmaker, Subramanian, Cheung y Wechsler, 2007). Estos cambios en su actividad física, incluyen además, el uso muy frecuente de medios tecnológicos, patrones de dietas inadecuados, hábitos alimenticios poco adecuados como el gran consumo de alimentos enlatados, aumento en la frecuencia en el consumo de alimento los fines de semanas y el consumo de aperitivos en las tardes (Melissa, Laska, Pasch, Lust, Story & Ehlinger, 2011). También se añaden comportamientos no saludables de control de peso, tal como, tomar píldoras de dietas, entre otros. Esta situación se agrava más cuando los estudiantes residen en el campus universitario (Vella-Zarb & Elgar, 2010).

Por otra parte, dentro de los retos que representa este problema en el ámbito físico, social y mental, la obesidad responde e involucra elementos emocionales que afectan la salud

mental de la persona como la heterogeneidad, la estigmatización, el prejuicio, el acoso, el rechazo, el aislamiento y la ansiedad, entre otros. Todos, considerados aspectos que el profesional de la consejería enfrenta cada vez que brinda servicios a una persona con sobrepeso u obesidad. Este problema empeora ya que el 52% de los jóvenes entre 20 a 39 años visitan frecuentemente escenarios de comidas rápidas (Ogden, et al., 2006).

Dentro de los factores de riesgo para desarrollar sobrepeso u obesidad se encuentra el aumento del consumo de grasas y carbohidratos, el estilo de vida sedentario y la falta de ejercicios (Consejo Estatal de Población, 2010). A esto se une las dificultades en el manejo del tiempo, sus nuevos papeles, lo que propicia un incremento en el nivel de estrés (Nelson, Story, Larson, Neumark-Sztainer & Lytle, 2008). Entre tanto, la falta de atención a todos estos propicia retos mayores vinculados a factores relacionados al sobrepeso y la obesidad.

Además de los aspectos ya mencionados, se observan algunos factores psicológicos, como es la aceptación de su imagen corporal. Este factor demuestra el efecto emocional que provoca el sobrepeso y la obesidad en los jóvenes universitarios (SamanThomas, Lewis, Hyde, Castle & Komesaroff, 2010; Thande, Hurstak, Sciacca & Giardina, 2008).

Todos estos retos aluden a intervenciones especializadas. Por ende, los profesionales de la consejería cónsonos con esta problemática, desarrollan estrategias que atiendan los factores físicos, psicológicos, sociales, mentales y emocionales (Benjamin, 2010). Como resultado, cuando un universitario mantiene una rutina de ejercicio, promueve una mejoría en sus emociones y en los pensamientos. Esto contribuye con una disminución del apetito, manejo del estrés y fortalece los cambios que promueven una mejor calidad de vida.

Es decir, la práctica de ejercicios trae beneficios, tales como reducir la grasa del cuerpo, los síntomas depresivos y de ansiedad. Además, limita el desarrollo y el progreso de alguna enfermedad crónica y mejora la expectativa de vida; reduciendo así, el costo directo e indirecto relacionados a las enfermedades (Barclay & Lie, 2009). Especialmente, tomando en consideración que las cubiertas de los planes de salud se limita a tratamiento farmacológico y a cirugía (Tohill, Campbell & Chattopadhyay, 2006). Igualmente, mediante el ejercicio, se mejora el funcionamiento cognitivo, ya que se ha demostrado que altos niveles de actividad física reducen el riesgo de deterioro cognitivo (Goad, et al., 2009). En adicción, promueve una mejor relación del individuo con su cuerpo, lo que facilita su aceptación.

La literatura científica ha demostrado que los universitarios constituyen una población vulnerable, por los muchos cambios que afrontan. Si estas personas tienen un problema de sobrepeso u obesidad requieren de servicios de consejería para manejar las situaciones y dificultades que tienen en su diario vivir. Entre ellos se mencionan los problemas de autoestima, pérdida de confianza en sí mismo, limitadas destrezas de autocuidado y en el mantenimiento de patrones de consumo alimentarios saludables.

Para afrontar las consecuencias del sobrepeso y obesidad en universitarios, los profesionales de la consejería mantienen presente que los estudiantes ganan peso en sus primeros años de estudios. Por lo que algunos autores recomiendan evaluar a los universitarios con problemas de sobrepeso y obesidad (James, Delores, Bonds & Jennifer, 2006). Esto se debe a las percepciones distorsionadas respecto a su imagen corporal; y las dificultades en establecer relaciones interpersonales, porque a menudo se le victimiza y estigmatiza.

Estos retos que presenta esta problemática en los universitarios merecen ser considerados, debido a que las estadísticas demuestran que cerca de la mitad (47%) de los americanos de 17 a 24 años son estudiantes de postsecundaria (Nelson, Story, Larson,

Neumark-Sztainer & Lytle, 2008). En Puerto Rico, cerca del 86% de los estudiantes pertenecen a instituciones postsecundarias (Abreu Hernández, 2011). Estos datos demuestran la necesidad de diseñar e implantar intervenciones para reducir la incidencia de sobrepeso y obesidad.

Dentro de los retos se resaltan la falta de autocuidado, la falta de autoconfianza, y aceptación y motivación para el cambio (Dillon, en Shallcross, 2009). El universitario con problema de sobrepeso u obesidad requiere del servicio de consejería, ya que parte de las consecuencias que se ha identificado en la literatura es la baja autoestima en esta población. Estas dificultades requieren de intervenciones no comerciales y no estigmatizantes para el manejo de su estilo de vida, más que promover la pérdida de peso. Es decir, se espera que este profesional apoye intervenciones en las que se discutan aspectos de vida enmarcados en los cambios de las emociones, pensamientos y comportamientos del cliente (SamanThomas, Lewis, Hyde, Castle & Komesaroff, 2010).

En su función de educador, el profesional de la consejería debe enseñar al estudiante a monitorear sus actividades del diario vivir (Shallcross, 2009). Es decir, promover la concientización sobre el consumo adecuado de alimentos, un régimen adecuado de ejercicios, el manejo de las emociones, pensamientos y conductas enmarcadas en las metas que desea para manejar su problema.

Como terapeuta, estos profesionales facilitan los conocimientos para indagar sobre los pensamientos y sentimientos que afloran antes, durante, y después de la ingesta de alimentos. Además, es su tarea ayudar a cambiar la percepción del cliente y la de otras personas promoviendo un enfoque de salud más integral. Los mensajes utilizados por el terapeuta deben ser claros, específicos y personalizados para que la persona valore su esfuerzo y desee continuar perdiendo peso, valorando la actividad física y la dieta que el nutricionista profesional le ha recomendado. Estos cambios aportarían al alcance de las metas de la persona en cuanto a su peso ideal y la aceptación propia (Wood, 2008).

Otro aspecto a considerarse es la evaluación médica para determinar la necesidad de una terapia farmacológica, enmarcado dentro de una modificación en el estilo de vida, una dieta balanceada, ejercicios y consejería profesional. La intervención conductual y emocional facilitada por el consejero se enfoca en el manejo del autoconcepto, autoestima, estrés, coraje, ansiedad y depresión, los cuales se han asociado al problema de sobrepeso y obesidad.

Dentro de los modelos de intervención que han demostrado efectividad en el manejo del sobrepeso y la obesidad, Reever (2008) recomienda el enfoque de entrevista motivacional. En este enfoque se ayuda al cliente a moverse dentro de las etapas de cambio, lo que facilita que la persona logre sus metas relacionada a su problema.

A nivel educativo, de acuerdo a Shallcross (2009) es necesario diseñar currículos en donde se integren los aspectos de las actividades físicas y la nutrición. En este se considera motivar a leer las etiquetas nutricionales de los alimentos que se consumen, el monitorear el peso y realizar una rutina de ejercicios. Esta modalidad de intervención hace indispensable la consulta con los profesionales en el área de la nutrición para desarrollar un plan individualizado para la persona. Este profesional podría ayudar a examinar y determinar el Índice de Masa Corporal (IMC) (Barclay & Vega, 2010). Luego de esta intervención el profesional de la consejería puede ofrecer servicios de apoyo, como, intervención individual, grupal, consultoría con padres y maestros y realizar referidos a los centros de salud, de ser necesarios.

Benjamin (2010) señala que existe una necesidad de diseñar e implantar intervenciones que promuevan cambios de comportamiento en los estudiantes universitarios para que estos

adopten estilos de vida donde se integre ejercicios físicos en sus actividades diarias. Otro aspecto a considerar, de acuerdo a Shallcross (2009) es dar importancia a la exploración del historial alimentario para poder determinar las causas del problema de sobrepeso u obesidad. Razón para ello, la literatura ha asociado algunas emociones con este problema, tales como aburrimiento, soledad y frustración; además de atender los pensamientos asociados.

Algunos autores han reconocido la importancia de la consejería en el manejo del sobrepeso y la obesidad (O'Donnell, Brown & Dastani, 2006; Scheimann, 2008; Shallcross, 2009, Thande, Hurstak, Sciacca & Giardina, (2008; & Elsevier Health Sciences, [EHS], 2010). Se ha percibido que la falta de promoción sobre los servicios de consejería preventiva limitan significativamente los cambios que la persona necesita realizar para lograr y mantener un peso saludable. Igualmente, algunos estudios han evidenciado la efectividad de la consejería en las personas con problema de sobrepeso y obesidad (Crabtree, 2007; Reeve, 2008; Shallcross, 2009; & Todd, 2010). Estos autores recomiendan intervenciones integrales que puedan fortalecer la calidad de vida y salud mental de la persona afectada por este problema.

Por estas razones, es necesario un abordaje integral y sistemático que genere verdaderos cambios internos y estructurales (Christakis & Fowler, 2007). Es meritorio reconocer que el cliente puede cambiar sus emociones, pensamiento y conducta si tiene razones significativas para aceptar y efectuar un cambio. Por ende, se plantea que los problemas de sobrepeso y obesidad se relacionan a diferentes situaciones personales, ocupacionales y sociales que la persona los canaliza a través de la ingesta inadecuada de alimentos. Por lo que los servicios de consejería ayudan a identificar y manejar los eventos que promueven este problema (Crabtree, 2007). Esto se alcanza porque durante la intervención profesional se evalúan los factores que afectan el cambio de comportamiento en la persona. En este proceso, los servicios de consejería brindan servicios de apoyo, tales como seguimiento, educación y proveen recursos para promover el cambio en comportamiento.

Otra investigación, SamanThomas, Lewis, Hyde, Castle y Komesaroff (2010) ha demostrado que es necesario realizar intervenciones no enfocadas específicamente en la reducción de peso. Estas intervenciones deben enfocarse principalmente en ayudar a la persona incrementar su autovalía y aceptación personal, en vez de enfocarse en el manejo del peso (James, Delores, Bonds & Jennifer, 2006). Por lo que es necesario alcanzar tanto el bienestar físico, social, mental y emocional del estudiante que pueda enfrentar los retos universitarios (Benjamín, 2010). Si la persona se siente con energías, se acepta a sí misma, se integra a un grupo, descubre el significado de su vida y se autovalora, puede superar el problema del sobrepeso u obesidad.

Las emociones como la ansiedad y la depresión también inciden en el problema (Ballard & Alessi, 2006 & Dunkley, Masheb & Grilo, 2010). Por ende, autores como SamanThomas, Lewis, Hyde, Castle & Komesaroff (2010), O'Donnell, Brown & Dastani (2006), Young & Nestle (2003) reconocen la necesidad del trabajo interdisciplinario en el manejo de los problemas del sobrepeso y la obesidad en las personas. Por lo que, además de las intervenciones discutidas, el profesional de la consejería interviene utilizando estrategias y técnicas como la observación directa, las autoverbalizaciones positivas y la reestructuración cognitiva y conductual (Todd, 2010). Estas técnicas promueven una autoestima más saludable, una aceptación de la imagen corporal y una reducción de los síntomas depresivos (SamanThomas, Lewis, Hyde, Castle y Komesaroff, 2010).

Sobrepeso y Obesidad en el Universitario

Para reducir el acoso, rechazo y mejorar la aceptación, Lannelli (2009) recomienda utilizar estrategias de intervención grupales. Además, Todd (2010) propone la utilización de las dramatizaciones, el uso del contrato, biblioterapia y logoterapia. Otra estrategia que se recomienda es la intervención familiar, para que se facilite un ambiente en familia, más coherente con las intervenciones diseñadas para este cliente. Por ejemplo, se sugiere la preparación de alimentos más sanos y apoyar en familia la rutina de ejercicios. Por ello, se recomienda la modificación conductual para toda la familia.

En otras recomendaciones, la literatura científica ha demostrado la necesidad de establecer un programa de investigación enfocado en el manejo del problema de sobrepeso y la obesidad en la población estudiantil. Los resultados pueden brindar los conocimientos sobre la efectividad de las intervenciones y ampliar el campo de investigación. Esto redundaría en tener a personas más sanas y productivas en la sociedad.

Además, se recomiendan intervenciones efectivas y adecuadas que se brinden en el campus universitario en los primeros años de estudios, dado a la oportunidad de promoción de la salud, incluyendo la reducción o eliminar ganar peso y el adoptar un estilo de vida menos sedentario (Levitsky, Halbmaier & Mrdjenovic, 2004; Melissa, Laska, Pasch, Lust, Story & Ehlinger, 2011; Nelson, Gortmaker, Subramanian, Cheung & Wechsler, 2007; Nelson, Story, Larson, Neumark-Sztainer & Lytle, 2008; Vella-Zarb & Elgar, 2010). También se recomienda iniciar estos trabajos desde edades tempranas, en especial la adolescencia (Ogden, Carroll, Curtin, et al., 2006 & Shallcross, 2009) porque en esa etapa de vida se presenta mayor acceso a alimentos bajos en nutrientes.

Otra recomendación es que los profesionales de la consejería amplíen sus conocimientos al manejo del sobrepeso y la obesidad en los estudiantes para proveer estrategias más adaptadas y adecuadas para la población estudiantil que tiene estos problemas. A los sistemas educativos se les recomienda que incluyan en los currículos de enseñanzas temas sobre el sobrepeso, obesidad, autocuidado, estilos de vida saludables y el manejo apropiado de la alimentación.

Como conclusión, es necesario utilizar estrategias de intervención con universitarios y personas con el problema de sobrepeso u obesas, que promuevan el manejo de emociones, pensamientos y conductas relacionados a sus estilos de vida. Se hace imperativo integrar distintas disciplinas para un manejo más efectivo del problema de sobrepeso u obesidad. En la misma se pueden emplear alternativas terapéuticas, tales como, la terapia de juego, cognitiva – conductual, familiar y grupal. Esto promueve unos cambios conductuales más persistentes y duraderos.

El sobrepeso y la obesidad conllevan la utilización de distintas modalidades de intervención en el área de la salud, la consejería y el deporte. Este proceso puede facilitar en los jóvenes adultos universitarios la posibilidad de autovalorarse y reconocer los efectos de este problema en sus vidas. Esto acontece en respuesta a que en los primeros años universitarios se incrementan significativamente los cambios en sus actividades y responsabilidades, comenzando a exhibir conductas que le incitan al consumo inadecuado de alimentos y le invitan a la inactividad física.

En términos generales, con la ayuda e intervención de un equipo interdisciplinario, compuesto por profesionales de la nutrición, consejería, medicina y el deporte se promueve la prevención primaria, lo que reduce el problema de salud en el aspecto físico, mental y social (Ihuoma & Dele, 2006).

Sobrepeso y Obesidad en el Universitario

Es necesario reconocer que la intervención terapéutica incrementa la posibilidad de éxito académico lo que facilita alcanzar las metas, superando así los obstáculos físicos, personales, sociales y emocionales a que se enfrenta el cliente por su situación de sobrepeso u obesidad.

Referencias

- Abreu Hernández, V.M. (mayo, 2011). LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN PUERTO 2005 – 2009. *LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN IBEROAMÉRICA 2011*. Centro Interuniversitario de desarrollo. Recuperado de http://universiapr.net/pdf/puerto_rico11-CINDA.pdf
- American College Health Association National College Health Assessment (ACHA-NCHA) (2007). Reference Group data report (abridged). *Journal American College Health*, 55, 195–206.
- Adashi, E. Y. & Benjamin, R. (2010). The Surgeon General Takes the Lead in the Fight Against Obesity. *Medscape Internal Medicine*. Medical Science at Brown University and host of Medscape One on One. 18th Surgeon General of the United States. Recuperado de http://scholar.google.com/scholar?hl=es&q=+The+Surgeon+General+Takes+the+Lead+in+the+Fight+Against+Obesity%2C+2010&btnG=Buscar&lr=&as_ylo=&as_vis=0.
- Ballard, M. B. & Alessi, H. D. (2006). The Impact of Childhood Obesity Upon Academic, Personal/Social, and Career Development: Implications for Professional School Counselors. Southeastern Louisiana University. Recuperado de jsc.montana.edu/articles/v9n3.pdf
- Barclay, L. & Lie, D. (2009). Importance of Exercise and Physical Activity in Older Adults Reviewed. *Medscape Education Clinical Briefs*. Medicine & Science in Sports & Exercise, 41, 1510-1530.
- Barclay, L. & Vega, C. P. (2010). Increases in Waist Circumference and Weight May Predict Incident Diabetes. *Diabetes Care*. *Medscape Medical News*, LLC. Recuperado de [kkaggarwal.com/2010/06/emednews-editorial-15](http://www.kkaggarwal.com/2010/06/emednews-editorial-15)
- Benjamin, R. M. (2010). Surgeon General Urges Exercise for Optimal Health. *Medscape Internal Medicine*. Editors: US Department of Health and Human Services (HHS), The American College of Sports Medicine (ACSM) and Medscape. Recuperado de [medworm.com/rss/search.php?%20qu...Medicine+Clinics](http://www.medworm.com/rss/search.php?%20qu...Medicine+Clinics).
- Christakis, N.A. & Fowler, J.H. (2007). The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years. *New England Journal of Medicine*, 357, 370-379.
- Consejo Estatal de Población (2010). La obesidad es un grave problema de salud pública. *El informador*. Guadalajara, Jalisco.
- Crabtree, B. (2007). Obesity Counseling & Guidelines in Primary Care. *American Journal Preventive Medicine*, 32(4). 334-339.
- Dunkley, D., Masheb, R. & Grilo, C. (2010). Childhood maltreatment, depressive symptoms, and body dissatisfaction in Patients with binge eating disorder: The mediating role of self-criticism. *International Journal of Eating Disorders*; DOI: 10.1002/eat.20796.

- Elsevier Health Sciences. (2010). Cost to patients barrier to counseling for obesity and smoking. EHS. *ScienceDaily*. San Diego, CA. Recuperado de: www.elsevier.com/wps/find/authored.../companynews05_01419.
- Feliú-Mójer, M. (2010). Una isla de obesos. *Ciencia y Puerto Rico*. Recuperado de http://www.cienciapr.org/news_view.php?id=1364
- Goad K., Rotar F., Campos L., Sugasti K., Cruz E., Wilson J., Martínez D., Jaramillo C. (2009). *Sobrepeso y obesidad en Estudiantes de Medicina del Ciclo Básico y Pre-Clínico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá en el I semestre de 2009*. Universidad de Panamá. Recuperado de <http://www.telmeds.org/articulos/page/16/-16k>.
- Lannelli, V. (2009). Counseling - Child and Family Counseling. *Mental Health Basics*. About.com Health's Disease and Condition content is reviewed by the Medical Review Board. Pediatric Parenting and Medical Advice. Recuperado de pediatrics.about.com/
- Ihuoma, E. & Dele, D. (2006). Screening and Counseling for Obesity in the Ambulatory Care Setting. *Pediatrics*, 117, 984-985. Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/212/prepub>
- James, Delores C. S.; Bonds & Jennifer, R. (2006). Obesity Status and Body Satisfaction: Are There Differences between African American College Females at Black and White Universities? *Health Educator*. 38(1), 7-14.
- Levitsky, D. A., Halbmaier, C. A. & Mrdjenovic, G. (2004). The freshman weight gain: a model for the study of the epidemic of obesity. *International Journal of Obesity*, 28, 1435-1442. doi:10.1038/sj.ijo.0802776.
- Melissa N., Laska, M., Pasch, K., Lust, K., Story, M. & Ehlinger, E. (2011). The Differential Prevalence of Obesity and Related Behaviors in Two- vs. Four-Year Colleges. *Obesity*, 19 (2), 453-456. doi:10.1038/oby.2010.262.
- National Health of Lung, Blood and Hearth. (2010). Center for Disease Control. Washington, DC. Recuperado de www.cdc.org.
- Nelson, M., Story, M., Larson, N., Neumark-Sztainer, D. & Lytle, L. A. (2008). Emerging Adulthood and College-aged Youth: An Overlooked Age for Weight-related Behavior Change. *Obesity* 16 10, 2205-2211. doi:10.1038/oby.2008.365
- Nelson, T.F., Gortmaker, S.L., Subramanian, S.V., Cheung, L. & Wechsler, H. (2007). Disparities in Overweight and Obesity Among US College Students. *American Journal of Health Behavior*, 31(4), 363-373.
- O'Donnell, D.C., Brown, C.M. & Dastani, H.B. (2006). Barriers to Counseling Patients With Obesity: A Study of Texas Community Pharmacists. *MedScape*. Posted: 08/24/2006; *Journal American Pharmacy Association*, 46(4), 465-471.
- Ogden, C.L., Carroll, M.D., Curtin, L.R., McDowell, M.A., Tabak, C.J., Flegal, K.M. (2006). Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of the American Medical Association*, 295, 1549-1555.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). 10 Facts on Obesity. Ginebra. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/>.

- Pérez, C. (2010). Alarmantes cifras de sobrepeso u obesidad en habitantes de San Juan. EFE. WKAQ 580. SAN JUAN, Puerto Rico. Recuperado de <http://wkaq580.univision.com/noticias/article/2010-06-11/alarmantes-cifras-de-sobrepeso-u>.
- Racette, S.B., Deusinger, S.S., Strube, M.J., Highstein, G.R. & Deusinger, R.H. (2005). Weight changes, exercise, and dietary patterns during freshman and sophomore years of college. *Journal of American College Health*, 53, 245–251.
- Reever, M. M. (2008). Cognitive-Behavioral Interventions for Obesity. *Northeast Florida Medicine*, 59(3), 3-40. Recuperado de <http://www.dcmsonline.org/jax-medicine/2008journals/adultobesity/CognitiveBehavioralInterventions.pdf>.
- Retis, J. (2009). Nutrición, obesidad y sobrepeso en los jóvenes latinos en EEUU. *El Nuevo Sol* WordPress | BranfordMagazine. Recuperado de: <http://www.elnuevosol.net/videos/nutricion-obesidad-y-sobrepeso-en-los-jovenes-latinos-en-eeuu> - 34k
- Saman Thomas, S., Lewis, S. Hyde, J., Castle, D. & Komesaroff, P. (2010). The solution needs to be complex." Obese adults' attitudes about the effectiveness of individual and population based interventions for obesity. *BioMedCentral Public Health*, 10, 420. doi:10.1186/1471-2458-10-420.
- Scheimann, A. (2008). Tackling Obesity. *Bad lifestyle habits may begin at birth. The key to fighting this growing epidemic? Family involvement.* The Johns Hopkins Children Center. Mt. Washington Pediatric Hospital. Baltimore, Washington, DC. Recuperado de: www.hopkinschildrens.org/tpl_news.aspx?id.
- Shallcross, L. (2009). As the nation's obesity epidemic grows, so does the need for counselors to address underlying issues. American Counseling Association. *Counseling Today Online*, 11(22). Recuperado de <http://www.counseling.org/Publications/CounselingTodayArticles.aspx?ReqPId=7> - 19k
- Thande, N.K., Hurstak, E.E., Sciacca, R.E. & Giardina, E.G. (2008). Management of Obesity: A Challenge for Medical Training and Practice *Obesity a Research Journal Intervention and Prevention Obesity*, 17(1), 107–113. doi:10.1038/oby.2008.478
- Tohill, B.C., Campbell K.P. & Chattopadhyay S. (2006). Obesity evidence-statement: screening, counseling, and treatment. *A Purchaser's Guide to Clinical Preventive Services: Moving Science into Coverage.* In: Campbell, K.P., Lanza, A, Dixon, R., Chattopadhyay, S., Molinari, N., Finch, R.A., editors. Washington, DC: National Business Group on Health. Recuperado de www.azdhs.gov/.../ObesityRefere ...
- Todd, D. (2010). Counseling Techniques for Obesity in Children How Contributing Writer. [WaldenU.edu/Counseling-Psychology](http://www.waldenu.edu/Counseling-Psychology). Recuperado de: http://www.ehow.com/way_5217287_counseling-techniques-obesity-children.html#ixzz115zwzvPP - 44k
- Vella-Zarb, R. & Elgar, F. (2010). Predicting the 'freshman 15': Environmental and psychological predictors of weight gain in first-year university students. *Health Education Journal*. 15, 245-250. doi: 10.1177/0017896910369416 Canada

Sobrepeso y Obesidad en el Universitario

Wood, S. (2008). Low-Carb and Mediterranean Diets Beat Low-Fat for Weight Loss, Lipid Changes at 2 Years. *Medscape Medical News. Heartwire*. Recuperado de: <http://www.medscape.org/viewarticle/577593-64k>.

Young, L. R. & Nestle, M. (2003). Expanding portion sizes in the US marketplace: Implications for nutrition counseling. *Journal of American Diet Association*, 103, 31-234. doi:10.1053/jada.2003.50027.

La ansiedad social en el ámbito universitario¹

Elizabeth Morales Olivo
Consejera Profesional
Facultad de Estudios Generales
Recinto de Río Piedras
Universidad de Puerto Rico
morales_e2000@yahoo.com

Resumen

La ansiedad social es un trastorno mental que provoca un miedo intenso e irracional cuando la persona se expone a interacciones sociales o cuando realiza actividades en presencia de desconocidos. Se manifiesta entre los 15 a 20 años de edad, la cual coincide con la edad de la mayoría de los jóvenes que ingresan a la universidad. Las relaciones interpersonales son indispensables para que los estudiantes universitarios desempeñen un trabajo académico satisfactorio. Los jóvenes con ansiedad social deben recibir atención de los profesionales de ayuda para que puedan entender su condición, manejar sus síntomas y finalmente superarlos. El tratamiento cognitivo conductual ha mostrado ser efectivo para intervenir con los estudiantes que padecen este trastorno. Tratando la ansiedad social se contribuirá al fortalecimiento de la retención estudiantil permitiendo que nuestros jóvenes alcancen sus metas.

Palabras claves: ansiedad social, estudiantes universitarios, tratamiento cognitivo conductual

Abstract

Social anxiety is a mental disorder that causes an intense and irrational fear when the person is exposed to social gatherings or when he/ she is performing in public activities in front of strangers. It occurs when the young person is between 15 to 20 years old, which coincides with the age of most young people entering college. Interpersonal relationships are essential for college students to perform well in their academic work. Young people with social anxiety should receive professional care so they can understand the condition, manage their symptoms and eventually overcome them. Cognitive behavioral therapy has proven to be effective in helping the students who have this disorder. Treating social anxiety will contribute to strengthening student retention and allowing our youth achieve their goals.

Keywords: social anxiety, college students, cognitive behavioral treatment

¹Sometido: 20 de junio de 2012
Revisado: 25 de junio de 2012
Aceptado: 29 de junio de 2012

El primer año de estudios en la vida de un universitario es el más importante y retador porque durante este tiempo se establecen las bases de lo que será su experiencia universitaria y su formación profesional. Su estilo de vida cambia drásticamente; se expone a nuevos retos y experiencias. La dinámica universitaria le requiere interaccionar socialmente con sus pares, profesores y el personal administrativo de la institución. Como estudiante universitario tiene que asumir completa responsabilidad por su decisión ocupacional, su ejecutoria académica, la administración de su dinero y el manejo de su sexualidad, entre otras situaciones (Beard, 1982 y Navas, 1997).

La vida universitaria exige que el estudiante cumpla con las demandas de la academia. Se espera que participe en clase, presente informes orales, tome exámenes, realice trabajos en equipo, investigue y desarrolle destrezas y conocimientos en tecnología entre otras responsabilidades. Estos trabajos requieren que el estudiante se mantenga en control de sus emociones, acciones y cogniciones logrando tal armonía que le permita desempeñarse de acuerdo a sus capacidades. No obstante, muchos estudiantes exhiben conductas de ansiedad ante la multiplicidad de tareas que tienen que realizar.

El término ansiedad proviene de la palabra del latín *anxius*, que significa agitación. Cuando la ansiedad se basa en miedos realistas y racionales ayuda a las personas a manejar situaciones difíciles de manera efectiva y les estimula a preservar la vida. Tomamos por ejemplo un individuo que se dispone a cruzar una avenida. La velocidad excesiva de los autos le provoca cierto grado de ansiedad que le insta a tomar las debidas precauciones para evitar un accidente. Es apropiado y razonable reaccionar con ansiedad ante algunas situaciones de la vida diaria. Sin embargo, si la ansiedad es muy intensa, hace perder el control, provoca que se afronten inadecuadamente los problemas, pero si persiste por mucho tiempo y/o interfiere con el buen funcionamiento de las personas; se convierte en un problema de salud emocional (Bourne 1994 y Ellis 2000).

El Manual Estadístico de Desordenes Mentales (DSM IV-TR;) publicado por la American Psychiatric Association, (APA, 2000), identifica varios desordenes de ansiedad: desorden de pánico, agorafobia, fobia específica, ansiedad social, desorden obsesivo compulsivo, estrés postraumático, desorden de estrés agudo, ansiedad generalizada, ansiedad inducida por sustancias y desorden de ansiedad no específico. Uno de los desordenes de ansiedad que más afecta adversamente el progreso académico del estudiante universitario es la ansiedad o fobia social. Este trastorno interfiere en las relaciones interpersonales de las personas que la padecen. Estas sienten que son objeto de escrutinio público y temen conducirse de forma humillante y embarazosa por lo que se abstienen de realizar tareas frente a otras personas por mas sencillas y triviales que parezcan. Esta percepción distorsionada de la realidad les produce un miedo persistente que interfiere con la rutina del diario vivir, en sus responsabilidades académicas o laborales y en sus relaciones interpersonales, incluyendo las afectivas. Además, les genera graves síntomas físicos tales como palpitaciones de corazón, escalofríos, problemas gastrointestinales y fuertes dolores de cabeza, entre otros malestares (Bados, 2001).

Quienes padecen de ansiedad social tienden a evitar interacciones con personas que les resultan poco familiares. Dado el hecho de que las relaciones interpersonales son esenciales en la realización de cada actividad universitaria, el estudiante que sufre de ansiedad social puede disminuir su desempeño académico y limitar las posibilidades de alcanzar sus metas profesionales. Según Masia, Klein, Storch y Corda (2001), las personas con diagnóstico de ansiedad social perciben que sus aspiraciones vocacionales se han

tronchado, que se disipan sus oportunidades de empleo y que sus relaciones interpersonales se coartan. Bados (2001), concurre con este planteamiento al señalar que las personas con ansiedad social presentan marcadas dificultades en rendir exámenes orales, reciben menos educación, restringen la expresión de sus sentimientos, se encuentran con mayores dificultades para formar pareja, y eventualmente para mantenerse en el matrimonio. Pierden la oportunidad de desarrollar al máximo sus capacidades y se empobrece la calidad de sus vidas. Siguiendo otra perspectiva, Beard, C. (2011) y Maj, Akistal y López-Ibor (2004) se enfocan en el impacto económico que acarrea la ansiedad social en las personas que la sufren. Los autores aluden a datos demográficos para señalar que los que padecen este desorden acceden a puestos de trabajos de menor categoría y de menor remuneración económica. Pierden sus empleos debido a constantes ausencias por enfermedad y por baja productividad. Al no generar ingresos sus gastos de manutención deben ser costeados por familiares o por el estado.

Por otro lado, es importante atender este problema, ya que los estudiantes que logran ingresar a instituciones universitarias han demostrado a través de pruebas de aptitud y de aprovechamiento académico, que poseen el potencial intelectual necesario para realizar una ejecutoria académica satisfactoria. Reconociendo que la misión y razón de ser de las instituciones universitarias es desarrollar el talento intelectual de sus estudiantes para que puedan ponerlo al servicio del país, es meritorio brindar ayuda profesional a los que padecen de ansiedad social para que puedan utilizar sus capacidades al máximo y sin límite alguno. No obstante, para poder brindar esta ayuda es necesario divulgar en qué consiste esta condición, cómo se origina y manifiesta, cómo afecta al estudiante universitario y que tratamiento puede aplicar el profesional de ayuda en el escenario universitario. Se espera que al divulgar esta información los profesores y otras personas que interactúan con estudiantes, pueden reconocer a los que presenten un posible comportamiento de ansiedad social y los refieran a los profesionales de ayuda de la institución. El conocimiento de este desorden puede permitir que el mismo sea reconocido con la seriedad que merece y no como una simple timidez propia de la adolescencia o como una falta de atención y compromiso con los asuntos de la universidad. Por otra parte, el propio estudiantado puede tomar conciencia de aspectos en su personalidad que tal vez sean síntomas de ansiedad social y se disponga a buscar ayuda profesional.

La literatura científica ha conceptualizado la el trastorno de ansiedad social como un problema que se manifiesta hace varios siglos. Piqueras (2005) expone que en 1845, el erudito Robert Burton en su ensayo *La anatomía de la melancolía* presenta un caso de Hipócrates, cuya descripción se ajusta a los síntomas de la ansiedad social tal y como la conocemos en nuestros días. Este caso señala que la persona presentaba una severa timidez y una gran aprensión de hablar en público por miedo a ser deshonrado ante los demás, si vocalizaba mal o se excedía en gestos al hablar. Además sentía que era observado por cada persona.

Aunque en el transcurso de la historia se citan varios casos con estos síntomas, no es hasta el 1903 que el neurólogo y psiquiatra Pierre Janet utiliza el término *fobia de situaciones sociales* para describir a los pacientes que temían hablar en público o realizar actividades mientras les observaban (Olivares, Caballo, García, Alcázar y López, 2003). En 1966, los psiquiatras británicos Isaac Marks y Michael Gelder formalizaron el concepto

acuñado por Janet y propusieron que se le otorgara a la fobia social una categoría diagnóstica (Piqueras, 2005).

King y Murphy (1997) señalan que el trastorno de ansiedad social no recibió el reconocimiento ni la atención debida. La investigación y la referencia en la literatura era muy escasa. No fue hasta el 1980 que finalmente, la American Psychiatric Association (APA) incluye a la fobia social como una entidad diagnóstica en la tercera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). La evidencia científica arrojó nueva información sobre este trastorno y creó varios foros de discusión que fueron considerados en la publicación revisada del DMS-III, en 1987. La siguiente publicación del DSM-IV (DSM-IV,APA, 1994) mantuvo la definición de ansiedad social, sin embargo, agregó algunas notas para incluir en los criterios del diagnóstico a los niños. Se añade que la ansiedad debe estar presente cuando se interacciona con los pares y no sólo con los adultos (Donahue y Van Hasselt, 1994, Hazen y Stein, 1995).

En la revisión del DSM- IV (DSM-IV-TR, APA, 2000), se añadieron otros desordenes de ansiedad, no obstante los criterios para definir y diagnosticar la ansiedad social no cambiaron sustancialmente. Estos criterios son los siguientes:

- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.
- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.
- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.
- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
- H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

En términos de la etiología del trastorno de ansiedad social, Hudson y Rapee (2000), Crozier y Alden (2005), Hindo y González-Prendes (2011) señalan cuatro factores

implicados en el origen de la ansiedad social: factores genéticos, factores familiares, factores ambientales y factores de desarrollo. Estos factores no son únicos en todos los casos, pueden presentarse de forma aislada o también pueden estar presentes varios factores a un mismo tiempo.

Hudson y Rapee (2000), citan un estudio con gemelos adoptados que padecen de ansiedad social, los cuales no habían mantenido contacto con sus padres biológicos. El estudio reveló que miembros de su familia biológica también padecían de esta condición, infiriendo que el factor genético puede ser determinante en el desarrollo de la ansiedad social. Según estos autores el ambiente familiar puede provocar ansiedad social cuando el niño es sobreprotegido, sobre controlado, rechazado o maltratado. Los factores ambientales que originan la ansiedad social pueden incluir eventos sociales traumáticos, tales como enfermedades de la niñez, y rechazo de los pares en la escuela o en su vecindad. En cuanto a los factores de desarrollo, la ansiedad social se atribuye a las experiencias negativas de críticas y desaprobación que reciben las personas a través de su crecimiento.

La ansiedad social se revela en la adolescencia, específicamente entre los 15 y 20 años de edad. No obstante, puede iniciarse con la timidez de la niñez, incrementándose por la presión de grupos en la escuela y por experiencias negativas. Persiste durante la adolescencia y la adultez joven con tendencia a disminuir en severidad durante la madurez. Rara vez comienza en la adultez (Botella, Baños, Perpiñá, 2003 y Bourne, 1994).

Por otro lado, en términos de incidencia en la población, Quirk, Martínez y Nazario (2007), señalan que los estudios epidemiológicos exponen que los trastornos de ansiedad tienen una tasa de incidencia de un 8.9%, estimando que afecta a 26.9 millones de personas en los Estados Unidos. En referencia a Puerto Rico la prevalencia de los trastornos de ansiedad se fijó en un 7.5%, sugiriendo que impacta a más de 500,000 personas en el país.

Canino, Shrout, Rubio-Stipec, Bird, Bravo, Ramírez, Chavez, Alegría, Bauermeister, Hohmann, Ribera, García & Martínez-Taboas (2004) hicieron notar que la prevalencia de la ansiedad social en la población de niños puertorriqueños en edad de 4 a 17 años ocupa un segundo lugar comparado con otros desordenes de ansiedad. El DSM IV (2000), también ubica en segundo lugar la prevalencia de ansiedad social en los niños y adolescentes de la población norteamericana.

Canino (2007), realizó una revisión de los estudios epidemiológicos en el área psiquiátrica llevados a cabo en los últimos 25 años en Puerto Rico. De este estudio se desprende que no existen diferencias en la prevalencia de enfermedades mentales en Estados Unidos, Puerto Rico y otras poblaciones internacionales.

Algunos autores han señalado que la ansiedad social se manifiesta como una reacción a un estímulo amenazador. Por ejemplo, Walsh (2002) señaló que las personas que padecen este desorden experimentan un sentido aplastante de ansiedad cuando tienen que enfrentarse a situaciones que le pueden provocar desaprobación o rechazo de parte de otras personas. Tienen un temor excesivo a ser juzgados y humillados y constantemente sienten vergüenza y temor a no ser aceptados. Sufren cuando son presentados a otras personas, están expuestos a críticas, resultan ser el centro de atención, son vistos cuando están haciendo algo o hacen bromas en torno a su persona. Irracionalmente piensan que están expuestos al ridículo. No se atreven a mantener contacto visual con las demás personas, utilizan un estilo conservador en su apariencia para no llamar la atención y lucen en

constante letargo. Evitan situaciones en las que deben interactuar con personas que están fuera de su ámbito familiar. Proyectan tristeza, timidez, inseguridad y nerviosidad cuando se encuentran en público (Vittengl y Holt, 1998; Willutzki, Theismann y Schulte 2012).

Los miedos más comunes que enfrentan las personas con ansiedad social son: ruborizarse en presencia de otros, derramar alimentos mientras comen en público, ser observados mientras trabajan o realizan cualquier actividad, tomar exámenes, que el profesor les pregunte en clases, entrar a un salón cuando ya todos están sentados, hablar en público, ser vistos entrando a un baño, escribir o firmar documentos mientras otras personas están presentes y estar entre la muchedumbre (Bourne, 1994). Entre estos miedos el más que se destaca es el de hablar en público el cual inhibe sus destrezas de comunicación y por consiguiente, se afectan las ejecutorias académicas, el buen desempeño en el trabajo y las relaciones interpersonales. (Stein y Kean, 2000).

Los síntomas físicos de esta condición incluyen tensión, taquicardia, rubor, sudoración, resequedad en la boca, temblores, dificultades al tragar, contracciones gastrointestinales y tics nerviosos, entre otros síntomas. Cuando las personas con ansiedad social enfrentan un estímulo de temor tienen una fuerte y evidente reacción física, que al ser notada por los demás, les provoca que aumente la angustia que sienten. Experimentan una sensación de impotencia ante sus reacciones y sienten que no tienen el control para superarlas (Walsh, 2002).

Tristemente, la mayoría de los que sufren este desorden poseen la completa capacidad para llevar a cabo las ejecutorias propias de cualquier ciudadano. No obstante, cuando se encuentran entre la gente, se sienten extremadamente ansiosos llegando a ser incapaces de decir y hacer lo que pueden y afanosamente desean hacer. Una vez termina el episodio de ansiedad sienten coraje consigo mismos y nuevamente se angustian por no haber hecho lo que saben que podían hacer. Se culpan por sus propias actuaciones lastimando aún más su auto-estima (King y Murphy 1997).

Masia et al. (2001) sostienen que los adolescentes con ansiedad social pueden tener pocos amigos, pobre desempeño académico, dificultades para establecer relaciones íntimas y tener predisposición al uso del alcohol. Temen de hablar con maestros, participar en clases y de ir a fiestas. Sin embargo, estos jóvenes no quieren voluntariamente evitar interacciones sociales, tienen deseos de compartir con las demás personas. El miedo es el que les provoca su condición, les impide interrelacionarse. Los autores también señalan que si estos síntomas persisten en la adultez puede incrementar el riesgo de intentos de suicidio, abuso al alcohol, inhabilidad para trabajar, depresión o aislamiento social severo. Con estas afirmaciones los autores enfatizan en la importancia de realizar investigaciones que arrojen más información sobre esta condición, para luego desarrollar estrategias que permitan intervenir de forma efectiva con las personas que la sufren. La atención a edad temprana de la ansiedad social es indispensable para evitar mayores problemas en la adultez.

Otra situación que usualmente experimentan las personas con el problema de ansiedad social, es que coexisten otros problemas de salud mental. Algunos datos sugieren que la ansiedad social incrementa el riesgo de que se presenten otros trastornos de salud mental y de salud pública. Se ha observado que entre el 70 y el 80% de las personas que padecen de ansiedad social tienen algún otro trastorno diagnosticado. Dentro del trastorno de ansiedad, la comorbilidad es más frecuente con la agorafobia, el trastorno de pánico, la fobia específica y la ansiedad de ejecución. La comorbilidad también suele

manifestarse con la depresión y el suicidio, la baja autoestima y el trastorno de personalidad por evitación. Entre los problemas de salud pública, es común que las personas con ansiedad social sean propensos al alcoholismo, la adicción a drogas, el desempleo, el aislamiento y la soledad (Botella, Baños y Perpiñá, 2003).

Maj, et al. (2004), expresan que es sumamente importante prestar mucha atención a todos los problemas que presente la persona. Es necesario dedicar tiempo para escuchar al cliente sin interrumpirlo y evitar hacer preguntas cerradas. Muchos de las personas que visitan la oficina de un terapeuta expresan un problema en específico, la entrevista sistemática es la que permitirá reconocer otros problemas emocionales del cliente y determinar si existe comorbilidad con algún otro trastorno. Es necesario explorar si existe otro desorden mental en adición a la ansiedad social para poder proveer el tratamiento adecuado.

En la población universitaria, algunas investigaciones han demostrado que la ansiedad social ejerce un efecto adverso en el desempeño académico de estudiantes universitarios. Los resultados de estas investigaciones ponen en evidencia la necesidad de que los profesionales de ayuda puedan identificar y atender a los estudiantes con ansiedad social para que reciban los servicios necesarios que les permitan superar sus dificultades. En 1998 Vittengl y Holt, realizaron una investigación con estudiantes universitarios a nivel subgraduado para evaluar las diferencias individuales de comunicación entre jóvenes con ansiedad social y jóvenes sin ansiedad social. Para estos efectos se administró un cuestionario a ambos grupos de estudiantes. Después de evaluar los resultados los investigadores concluyeron que los jóvenes con ansiedad social tienen serias dificultades en sus comunicaciones, mientras que los estudiantes sin ansiedad social mantienen comunicaciones más efectivas. La comunicación es una destreza imprescindible en el escenario universitario porque permite que las ideas sean expresadas y atendidas de una manera clara, adecuada y efectiva. Observando que la ansiedad social inhibe esta destreza en los estudiantes universitarios, podemos inferir que limita sustancialmente su progreso académico.

Behnke y Sawyer (2001) y Stein y Kean (2000) afirman que es necesario el establecimiento de estrategias que controlen la ansiedad social en estudiantes para que éstos puedan comunicarse con efectividad. Señalan que los estudiantes con ansiedad social que tienen que presentar informes orales manifiestan síntomas físicos y psicológicos. Al igual que Ellis (2000) los autores concurren en que algún grado de ansiedad en las personas que hablan en público es necesario para la consecución de una óptima ejecutoria, sin embargo, altos grados de ansiedad evitan que los oradores puedan hacer presentaciones en público eficientemente. Los autores sugieren que los estudiantes que exhiben altos niveles de ansiedad deben exponerse a procedimientos terapéuticos que les ayuden a reducir la magnitud de las respuestas de ansiedad ante el evento de hablar en público.

En otra investigación, Lesure-Lester (2001) evaluó la relación entre la ansiedad social y la capacidad de los estudiantes universitarios de diferentes grupos étnicos para establecer relaciones interpersonales. La investigadora administró un cuestionario a los participantes del estudio para medir la capacidad de estos grupos de relacionarse con pares y un cuestionario para medir el trastorno de ansiedad social. Los resultados del estudio demostraron que el trasfondo cultural no afecta las relaciones interpersonales de los estudiantes, en cambio los que padecen de ansiedad social tienen pobres destrezas

para establecer relaciones interpersonales y se sienten solos y avergonzados independientemente de su trasfondo cultural. La autora concluyó que es necesaria la intervención de los consejeros universitarios en la reducción de la ansiedad social en los estudiantes para que éstos puedan relacionarse efectivamente con sus pares y así evitar sentimientos de soledad. Los resultados de esta investigación se ajustan a la teoría de desarrollo psicosocial de Albert Erickson (Schultz y Schultz, 2010). Este autor ubica al individuo en la etapa de intimidad cuando tiene entre 18 y 24 años de edad, la cuál es cónsona con la edad de ingreso y estadía universitaria en la mayoría de los estudiantes. El buen funcionamiento social y la adaptabilidad de la persona a esta etapa, depende del establecimiento de adecuadas relaciones interpersonales entre los adultos jóvenes: amigos, compañeros de estudio y trabajo, noviazgo y matrimonio. Las personas mal adaptadas a este período tienden a aislarse por la falta de relaciones interpersonales. Abonando a estos planteamientos, La Greca y López (1998) señalan que las relaciones interpersonales que establecen los adolescentes con sus amigos y pares, inciden en sus competencias personales y en su funcionamiento como adultos. Señalan que los jóvenes con ansiedad social que se sienten apoyados por sus pares, profesores o familiares presentan menos grados de ansiedad social.

Urani, Millar, Jonson y Petzel (2003) realizaron otra investigación que demuestra cómo la ansiedad social perjudica a los estudiantes universitarios. En dicha investigación participaron 105 estudiantes que vivían fuera del hogar desde su ingreso a la universidad. Las edades fluctuaban entre 17 a 19 años. El estudio reveló que existe una relación significativa entre la ansiedad social y la nostalgia del hogar. Los autores concluyeron que la transición de la vida en el hogar a la vida universitaria puede resultar muy estresante para los estudiantes, provocando nostalgia y disturbios psicológicos. Entre las recomendaciones expuestas resalta la necesidad de ofrecer servicios de apoyo que ayuden a los estudiantes a manejar y controlar su ansiedad social.

Los estudiantes con ansiedad social, aunque tengan la misma capacidad intelectual del resto de la población universitaria, no se encuentran en igualdad de condiciones. Las calificaciones de muchos de ellos no son las mejores a causa de las constantes inhibiciones a las que se someten, como por ejemplo, no participar en discusiones de las clases aunque conozcan las respuestas a las preguntas del profesor. Además, al estar dominados por sus miedos evitan hablar con el profesor cuando necesitan alguna explicación del material discutido. La vida universitaria se les torna cada vez más difícil por lo que muchos no completan el grado (Heimberg y Becker 2002). Considerando este aspecto, la intervención del consejero profesional no es sólo necesaria para ayudar al estudiante con ansiedad social a mejorar su salud mental a nivel individual; es también necesaria para cumplir con el compromiso institucional de fortalecer la retención universitaria.

Dentro de los manejo terapéuticos para manejar la ansiedad social esta la farmacoterapia. La literatura científica señala que la mayoría de los medicamentos utilizados para el tratamiento pertenecen a la familia de los ansiolíticos: beta-bloqueantes adrenérgicos, benzodiazepinas, inhibidores de la monoaminooxidasa, inhibidores selectivos de la receptación de serotonina, nefazodona, venlafaxina y el gabapentin, entre otros. Los beta-bloqueantes adrenérgicos se recetan para contrarrestar la hipertensión y reducir los síntomas de la ansiedad tales como la sudoración, los temblores y las palpitaciones. Las benzodiazepinas se utilizan para reducir los síntomas, sin embargo cuando se deja de tomar el medicamento la persona experimenta una recaída. Los inhibidores de la

monoaminooxidasa requieren que se cambie la dieta de los pacientes ya que ciertos alimentos provocan reacciones adversas. Los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina resultan ser los medicamentos más prometedores en el tratamiento de la ansiedad social por los escasos efectos secundarios que presentan. Otros fármacos que están demostrando efectividad en el tratamiento de la ansiedad social son nefazodona, venlafaxina y el gabapentin (Botella, Baños y Perpiñá, 2003 y Menezes, Coutinho, Fontenelle, Vigne, Figueira y Versiani, 2011).

Otra alternativa terapéutica utilizada en el manejo de la ansiedad social es la terapia cognitiva conductual. Esta terapia es apropiada para intervenir con estudiantes universitarios por su corta duración y porque permite que estos tomen parte activa y racional en su tratamiento. Además sus beneficios tienen un efecto duradero (Willutzki, Theismann y Schulte 2012). El consejero actúa como maestro y facilitador logrando que el estudiantado adquiera un mejor entendimiento de sí mismo y de su condición. Les enseña a reconocer los síntomas de la ansiedad social y a utilizar varias técnicas cognitivas conductuales para contrarrestarlos (Butler, 2001; Ellis, 2000; King, Murphy y Heyne, 1997; Fall, Holden y Marquis, 2004).

Ellis (2000) afirma que la persona crea su propia ansiedad cuando ante un evento dado reacciona con pensamientos irracionales que lo inducen a preocuparse innecesariamente y a perturbarse psicológicamente. Este es el principio de su Terapia Racional Emotiva Conductual la cuál desarrolló en 1955 y se enmarca en el enfoque cognitivo-conductual.

Según Ellis (2000) para estimular las habilidades sociales y disfrutar de los placeres que las interacciones sociales proporcionan, es necesario mejorar racionalmente la ansiedad. La persona con ansiedad social debe aprender a debatir los pensamientos irracionales que la provocan reconociendo que tiene derechos propios, gustos, deseos individuales e intereses personales. Debe reconocer que tiene derecho a luchar por lo que realmente quiere y a evitar lo que no le gusta, siempre que no interfiera con los derechos individuales y sociales de los demás. Para poder vivir en una comunidad social y disfrutar de los beneficios de vivir en sociedad debe pautarse objetivos y propósitos acordes a sus deseos y evaluar sus pensamientos, sentimientos y acciones en función de dichos objetivos.

Ellis (2000) expone que las personas que temen a las interrelaciones sociales, siempre encuentran alternativas para escapar de estas situaciones. Sin embargo, advierte que cuando evitan las situaciones temidas sólo consiguen aumentar su ansiedad porque cada vez que escapan, sienten una tranquilidad temporal a su problema. Se confirman a sí mismos que cuando no están frente al público se sienten aliviados, y por consiguiente, cada vez que se enfrenten a estas situaciones y su ansiedad aumenta tratan de evitarlas porque creen irracionalmente que sólo de esta manera estarán a salvo. Sugiere que para disminuir la ansiedad social las personas deben reconocer las creencias irracionales que le llevan a sentir miedo de ejecutar actividades frente a los demás. Luego deben debatir esas creencias para establecer creencias racionales que hagan desaparecer el miedo. Recomienda el uso de técnicas cognitivas conductuales, como por ejemplo la visualización, donde la persona pueda visualizarse en público ofreciendo una conferencia ante una gran audiencia sin ponerse nerviosa y sin sentirse incomoda. Otra recomendación que sugiere este autor es el uso del método de modelaje. El mismo requiere observar personas que no se muestran ansiosas ante situaciones que al individuo con ansiedad social le causan

pánico. Otra técnica de este método implica leer biografías de personas famosas que explican como se superaron ante las situaciones de pánico.

Bernstein (1999) realizó un estudio de caso utilizando principios de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, para atender y reducir la ansiedad social de una mujer de 26 años. El manejo de este caso ilustra claramente los pasos a seguir en una terapia cognitiva conductual. Desde su niñez y adolescencia esta mujer tuvo dificultades para hacer y mantener amistades. Le tenía pánico a las situaciones en las cuales se viera forzada a hablar. Comenzó a sentirse inadecuada. El tratamiento al que se sometió consistió de una terapia psiquiátrica corta, que en el transcurso de dos (2) meses conllevó nueve (9) sesiones con 90 minutos de duración. El plan de tratamiento incluyó establecer junto a la clienta las metas de la terapia, obtener información pertinente al caso y explicar el procedimiento del tratamiento. La clienta recibió ayuda para entender su ansiedad social y a reconocer el contexto donde ésta se desarrollaba. Se le enseñó a llevar un diario de sus pensamientos y se le proveyó asistencia para identificar los pensamientos que la inducían a la ansiedad social. Esta mujer aprendió a identificar y a anticipar las señales de la ansiedad social durante las sesiones terapéuticas y fuera de las terapias mediante la técnica de asignaciones. El tratamiento terminó cuando la mujer logró superar el miedo a las conversaciones y a las interacciones sociales.

Brian, Simons y Stiles (2002) realizaron otra investigación que apoya la efectividad de técnicas cognitivas conductuales para manejar la ansiedad social. Los investigadores afirman que para aliviar los miedos sociales se deben cambiar los patrones de pensamientos los cuales se manifiestan en el contenido de lo que se habla. El propósito de su estudio fue describir los cambios en el contenido de las conversaciones espontáneas que tienen las personas con ansiedad social en el transcurso de una terapia grupal de carácter cognitivo-conductual. En el estudio participaron dos (2) mujeres quienes eran estudiantes subgraduadas y un varón quien trabajaba como instructor universitario. Las mujeres indicaron que no podían participar en clases ni hacer presentaciones frente a sus compañeros y profesores. El hombre mostraba inhibiciones y dificultades en las reuniones profesionales, conducir una clase tipo conferencia y ofrecer presentaciones orales en público. Estas situaciones estaban acompañadas de los síntomas definidos en el DSM-IV para ansiedades: sudoración, temblores, vértigo, y ataques de pánico. El tratamiento consistió de sesiones semanales de 90 minutos de duración en un periodo transcurrido de 11 semanas. Los resultados del estudio reflejaron que el tratamiento para cambiar los patrones de los pensamientos facilita el cambio del contenido de las verbalizaciones y permiten que se reduzcan las preocupaciones al realizar actividades interpersonales.

Masia et al. (2001) realizaron otro estudio de carácter cognitivo conductual, que consistía de la creación de un modelo estructurado para reducir la ansiedad social a través de mejorar las habilidades sociales de los estudiantes y de aumentar su participación en actividades sociales. El modelo ofrece un entrenamiento en relaciones sociales, técnicas de relajación, resolución de problemas, auto-instrucción y cambios cognoscitivos. Después de implantar el modelo, los autores realizaron un estudio para evaluar su efectividad. Se encontró que todos los participantes del programa lograron una reducción significativa de los síntomas de ansiedad social.

Maj et al. (2004) demostraron la efectividad de la terapia de exposición para tratar la ansiedad social. Esta consiste en instruir a la persona a exponerse en un ambiente real o imaginario que usualmente le provoca miedo. Con la ayuda del terapeuta la persona

progresivamente se estimula a enfrentar sus temores y a modificar su comportamiento para que pueda tener una respuesta emocional adecuada a las situaciones que enfrenta. Estos autores también recomiendan la restructuración cognitiva en cuyo proceso terapéutico las personas aprenden a identificar las cogniciones negativas que le inducen a tener miedos irracionales en las situaciones sociales.

La consejería grupal de tipo cognitivo conductual también es una estrategia muy efectiva en el tratamiento de la ansiedad social. Según Gladding (2011), en la consejería grupal los jóvenes pueden percatarse de que hay otros que están pasando por su misma situación, descubriendo que no se encuentran solos. Tienen la oportunidad de aprender a través de las interacciones con sus compañeros. Este aprendizaje puede ser llevado a la vida diaria produciendo cambios significativos en su conducta promoviendo el disfrute de una mejor calidad de vida. Sin embargo es importante señalar que Heimberg y Becker (2002) enfatizan que la consejería grupal se debe aplicar después de que la persona haya recibido terapia individual. En sesiones individuales el profesional de ayuda debe discutir junto al cliente sus miedos, pensamientos negativos, errores de juicio y de interpretación. Usando la técnica de confrontación la persona reconocerá racionalmente que no hay por qué temerle a las situaciones sociales. Logrando esta aptitud el cliente reducirá la ansiedad que le puede provocar el pensar que tiene que relacionarse con extraños.

En conclusión, los trastornos de ansiedad poseen la incidencia más alta de enfermedades mentales en Estados Unidos, Puerto Rico y otras poblaciones internacionales. Los estudios epidemiológicos señalan que entre estos trastornos, la ansiedad social ocupa el segundo lugar de mayor ocurrencia. La ansiedad social es un trastorno mental que consiste en un temor acusado y persistente cuando la persona que la padece se enfrenta a situaciones sociales. Irracionalmente se siente bajo escrutinio público y teme actuar de un modo vergonzoso o humillante.

Los estudiantes universitarios poseen un potencial intelectual validado por pruebas de aptitud y aprovechamiento académico. No obstante, los jóvenes que padecen de ansiedad social tienen dificultades en establecer relaciones interpersonales las cuales son fundamentales en la vida académica. La intervención temprana de los profesionales de ayuda es indispensable para evitar que esta condición menoscabe el futuro profesional y la calidad de vida del estudiante que la padece. Restableciendo la estabilidad emocional del estudiantado se detendrá el avance de esta condición y el advenimiento de otros problemas de salud mental y de salud pública. La revisión de la literatura ha demostrado que el enfoque cognitivo conductual es apropiado y efectivo para atender a los estudiantes con ansiedad social. La variedad de técnicas y estrategias que provee este tratamiento le facilita al profesional de ayuda su intervención. Además puede enseñarle al estudiante la utilización de estas técnicas para que disponga de ellas en el momento en que sienta los síntomas de su condición. De esta manera tomará responsabilidad y parte activa en el proceso de su recuperación. Además, la ayuda profesional contribuirá a que el estudiante permanezca en la universidad logrando sus metas académicas, personales y profesionales. Preservando su salud mental tendrá altas probabilidades de cumplir con su responsabilidad como ciudadano convirtiéndose en un ser humano productivo para la sociedad.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th, T.R.). Washington, D.C: APA.
- Bados, A. (2001). *Fobia Social*. España: Editorial Paidós.
- Beard, S.S., Elmore, R.T. & Lange, S. (1982). Assessment of students needs: Areas of stress in the campus environment. *Journal of College Student Personnel*, 23(4), 348-350.
- Beard, C. (2011). Cognitive bias modification for anxiety: current evidence and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics* 11(2), 299-311. doi: 10.1586/ern.10.194
- Behnke, R.R., & Sawyer, C.R. (2001). Public speaking arousal as a function of anticipatory activation and autonomic reactivity. *Communications Reports*, 14(2), 73-78.
- Bernstein, S. (1999). A time saving technique for the treatment of Simple Phobias. *American Journal of Psychotherapy*, 53(4), 501-513.
- Botella, C., Baños R.M., & Perpiñá, C. (2003). *Fobia Social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento*. España: Editorial Paidós.
- Bourne, J. (1994). *The anxiety and phobia workbook*. Oakland: Harbinger.
- Butler, G. (2001). *Overcoming social anxiety and shyness*. New York: New York University Press.
- Brian, M. W., Simons, K.J., & Stiles, W.B. (2002). Content analysis of social phobics discourse in cognitive-behavioral therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 56(2), 233-245.
- Canino, G. (2007). A Review of psychiatric epidemiology studies in Puerto Rico. *Puerto Rico Health Science Journal*. 26(4). 385-394.
- Canino, G., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bird, H.R., Bravo, M., Ramírez, R., Chavez, L., Alegria, M., Bauermeister, J.J., Hohmann, A., Ribera, J., García, P. & Martínez-Taboas, A. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives General Psychiatry*. 61(1). 85-93. doi:10.1001/archpsyc.61.1.85
- Crozier, R. & Alden, L. (2005). *The essential handbook of social anxiety for clinicians*. John Wiley & Sons, Ltd. England.
- Edwards, A.R. (2011). *Psychotherapy and Pharmacotherapy for Social Anxiety Disorder: A Comprehensive Meta-Analysis*. (Tesis doctoral, Temple University).
- Ellis, A. (2000). *Como controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Donohue, B.C., & Van Hasselt, V. B. (1994). Behavioral assessment and treatment of social phobic. *Behavioral Modification*, 18(3), 262-289.
- Fall, K., Holden, J.M., & Marquis, A. (2004). *Theoretical models of counseling and psychotherapy*. New York: Brunner-Routledge.

- Gladding, S.T. (2011). *Group: A counseling specialty* (6th ed.). NJ: Merrill Prentice Hall.
- Hindo, C. S., & González-Prendes, A. (2011). One-session exposure treatment for social anxiety with specific fear of public speaking. *Research On Social Work Practice, 21*(5), 528-538. doi:10.1177/1049731510393984.
- Heimberg, R.G., & Becker R.E. (2002). *Cognitive- Behavioral group therapy for social phobia*. New York, N.Y.: The Guilford Press a division of Guilford Publications.
- Hudson, J. L., & Rapee, R.M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior Modification, 24*(1), 102-129. doi: 10.1177/014545500241006.
- Willutzki, U., Theismann, T., & Schulte, D. (2012). Psychotherapy for social anxiety disorder: long-term effectiveness of resource-oriented cognitive-behavioral therapy and cognitive therapy in social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology, 68*(6), 581-591. doi: 10.1002/jclp.21842.
- King, N., Murphy, G. C., & Heyne, D. (1997). The nature and treatment of social phobia in youth. *Counselling Psychology Quarterly, 10*(4), 377-389.
- Lesure-Lester, G. (2001). Dating competence, social assertion and social anxiety. *College Student Journal, 35*(2), 317-323.
- La Greca, A., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relation. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*(2), 83-95.
- Maj, M., Akistal, H. S., López-Ibor, J.J. (Ed.). (2004). *Phobias*. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Masia, C.L., Klein, R.G., Storch, E.A., & Corda, B. (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(7) 780-794.
- Menezes, G., Coutinho, E., Fontenelle, L., Vigne, P., Figueira, I., & Versiani, M. (2011). Second-generation antidepressants in social anxiety disorder: meta-analysis of controlled clinical trials. *Psychopharmacology, 215*(1), 1-11.
- Navas, J. (1997). *Como tomar decisiones y solucionar problemas racionalmente*. San Juan: Publicaciones puertorriqueñas.
- Olivares J., Caballo V., García L.J., Alcázar, A.I., López C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual, 11*(3), 405-427.
- Piqueras J. (2005). *Análisis de la eficacia de la Intervención en Adolescentes con Fobia Social en función de una nueva propuesta de subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado*. (Tesis doctoral, Universidad de Murcia). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10803/11008>.
- Quirk, G.J.; Martinez, K.G & Nazario-Rodríguez, L.L. (2007). Translating findings from basic fear research to clinical psychiatry in Puerto Rico. *Puerto Rico Health Science Journal. 26*(4), 321-328.
- Schultz, D.P. & Schultz, S.E. (2010). *Theories of personality*. U.S.A.: Cengage Learning Inc.

- Stein, M., & Kean, M. (2000). Disability and Quality of life in social phobic. *American Journal of Psychiatric*, 157(10), 76-87.
- Urani, M.A., Miller, S.A., Johnson, J.E., & Petzel, T.P. (2003). Homesickness in socially anxious first year college students. *College Students Journal*, 37(3), 392-400.
- Vittengl, J.R., & Holt, G.S. (1998). Positive and negative affect in social interactions as a function of partner familiarity, quality of communication, and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(2) 196-109. doi: 10.1521/jscp.1998.17.2.196.
- Walsh, J. (2002). Shyness and social phobia: A social work perspective on a problem in living. *Health and Social Work*, 27(2) 137-150.

Salud Mental Laboral del Profesional de la Consejería en Rehabilitación en Puerto Rico¹
[Mental Health of Professional Rehabilitation Counselors in the work place in Puerto Rico]

José Lionel Velázquez Altagracia
Consejero en Rehabilitación
Colegio de Profesionales de la Consejería en Rehabilitación
velazquezjoselionel@ymail.com

Angel Villafañe Santiago
Consejero en Rehabilitación
Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil
Recinto de Río Piedras
Universidad de Puerto Rico
angelpr39@gmail.com

Resumen

El objetivo de este artículo es identificar aquellos factores de mayor relevancia que inciden en la salud mental ocupacional durante la prestación de servicios de consejería en rehabilitación en Puerto Rico. Para ello, se revisó la literatura y estudios relacionados a la salud mental ocupacional, las características y competencias para ejercer la consejería en rehabilitación, los aspectos que influyen en la salud mental ocupacional y la política pública sobre el programa de ayuda a las personas que ocupan un cargo relacionado a la prevención, intervención y rehabilitación. También recoge la perspectiva de los autores sobre la salud mental ocupacional basada en su extensa experiencia en la consejería en rehabilitación. Se concluye que existen múltiples factores que promueven una salud mental ocupacional durante la prestación de servicios. Entre estos: si la persona que aspira ser profesional de la consejería en rehabilitación posee las aptitudes y el temperamento para ejercer los requerimientos de la profesión; la empresa posee una política administrativa de un programa de ayuda al personal y las estrategias para el desarrollo técnico o profesional. Otro aspecto a considerar es si la persona sabe lidiar adecuadamente con los factores internos y externos que le provocan estrés y afectan su ejecución laboral; y la existencia de leyes o regulaciones gubernamentales que promueven seguridad o bienestar ocupacional. Se presentan recomendaciones, de acuerdo a los factores identificados, para ser consideradas por los centros universitarios que seleccionan y desarrollan profesionales de la consejería en rehabilitación y por quienes emplean a este profesional de ayuda.

Palabras claves: salud mental, consejero o consejera en rehabilitación, factores laborales

¹ Sometido: 5 de marzo de 2012
Revisado: 13 de abril de 2012
Aceptado: 29 de junio de 2012

Abstract

The objective of this article is to identify those factors of greater relevance affecting occupational mental health during the provision of professional services of Puerto Rico rehabilitation counseling. To do so, was reviewed literature and studies related to the occupational mental health, characteristics and competencies for exercise counseling in rehabilitation, the aspects that influence the occupational mental health and public policy on the assistance program for the employee related to the prevention, intervention and rehabilitation. This article also includes the perspective of the authors on the occupational mental health based on his extensive occupational experience in the field of the rehabilitation counseling. It was concluded that there are multiple factors that promote occupational mental health during the provision of counseling services in rehabilitation. Among these: If the candidate to be in rehabilitation counselor has the temperament and skills to carry out the requirements of the profession; the agency or company has an administrative or managerial policy of assistance program for employees and the technical or professional development of these strategies. Another aspect to consider is if the professional knows to deal properly with the internal and external factors that will cause stress and affect their job performance; and the existence of laws or regulations of the State that promote security of employment or occupational well-being. The recommendations, according to the identified factors, to be considered by the academic universities that selected and develop counseling professionals in rehabilitation and by employers in this professional help.

Keywords: Mental Health, Rehabilitation Counselors, labor factors

La salud mental de los pueblos es uno de los elementos importantes que debe tener cada país o nación en sus planes estratégicos de prevención, tratamiento y salubridad. Esta debe constituir la médula de mayor trascendencia en la elaboración de nuevas metas, aspiraciones y el desarrollo del ser humano en el área laboral, siendo la inversión de mayor valor en la creación y reestructuración de los procesos económicos. Esto obedece a que el trabajo, aunque es considerado por Maslow (1967), como una necesidad de subsistencia podría permitir bienestar individual y social de acuerdo a la motivación laboral. Esto explicaría que una de las mayores preocupaciones de los individuos sea la obtención de un empleo que les permita desarrollar sus capacidades, generar vínculos con sus pares y sentirse útil para la sociedad (Arévalo, 2004). Sin embargo, cuando las condiciones psicosociales del individuo se alteran por las diferentes exigencias del trabajo puede generar cambios en su salud mental, provocando baja productividad en el empleo. A esto hay que añadir, que en muchas ocasiones la disfunción mental de un individuo puede impactar directamente a su familia y a la misma comunidad que le rodea.

Ejemplo de esto es lo planteado por Trucco (2004) donde especifica que el ambiente laboral también influye en las respuestas fisiológicas de las personas empleadas. Añade que las características personales de los trabajadores, o trabajadoras, son un factor determinante en la generación de un trastorno mental y agrega que a la relación de los factores propios del trabajo y la salud, se deben incluir aquéllas que se producen entre el trabajo y la vida personal, familiar y social de la persona empleada, así como las que inciden entre el ambiente y las vulnerabilidades psicológicas y genéticas de cada persona.

Arévalo (2004) añade que la enfermedad mental tiene un desarrollo lento y constante. Es decir, no aparece de un día para otro, sino que es la respuesta a una o más causas que

persisten en el tiempo. Trucco (2004) avala este constructo y añade que son una de las causas más frecuentes de incapacidad y pérdida de días de trabajo y de productividad. Otro elemento que trae es el relacionado al estrés e indica que es un fenómeno frecuente que representa un proceso psicofisiológico multicausal. Por tal razón, constituye un factor de riesgo significativo de morbilidad mental, pero también de otras enfermedades y de accidentes en el área laboral. Este investigador argumenta que el trabajo permite promover la salud mental de las personas, pero también puede representar algunos riesgos. Por tal razón, la relación entre trabajo y enfermedad mental se puede comprender desde los problemas de las personas que presentan alguna enfermedad mental y los efectos de esta sobre el desempeño laboral; conjuntamente con las enfermedades mentales asociadas a factores de riesgo en el ambiente del trabajo.

Un estudio realizado en Cataluña con 84 personas por Rivas et al. (2008) identificó 89 episodios de incapacidad temporal (IT). Señalaron que el nivel formativo aparece como un factor de riesgo de los episodios de IT, con una relación inversa entre ambas variables. Concluyeron que la probabilidad de causar un episodio de incapacidad temporal es mayor cuanto menor es el nivel formativo de los individuos, pero hacen la salvedad de que esta diferencia puede estar influenciada por el tipo de trabajo o las responsabilidades dentro de la organización que el trabajador o la trabajadora asume en función de su profesión. Esto podría implicar el manejo de estresores por la complejidad de las tareas y la misma estructura de la organización.

Investigadores como Gascons, Olmedo y Ciccotelli (2000) han estudiado el impacto del estrés en los trabajadores y las trabajadoras en la Unión Europea encontrando que es el origen del 50% de las bajas laborales alcanzando cifras epidémicas que afectan anualmente a cuarenta millones de personas.

El estrés está asociado al síndrome de quemazón o “burnout” que según Gil-Montes (2003) es un término anglosajón cuya traducción más cercana es estar desgastado o exhausto. Señala que el concepto lo introdujo Freudenberg en 1974 para describir el cansancio físico y emocional que afectaba a los voluntarios de una clínica de desintoxicación. Investigaciones llevadas a cabo como la de Rubio (2003) con consejeros y consejeras de institutos de enseñanza secundaria demostró que existen relaciones significativas entre las actitudes disfuncionales y el “burnout”.

Según los planteamientos de Gil-Montes (2000) las condiciones de trabajo de las personas que ocupan cargos profesionales de la salud tienen una influencia significativa sobre la calidad de vida laboral y los servicios que ofrecen en las dependencias de salud. También pueden surgir accidentes, morbilidad y ausentismo como variables relacionadas a las condiciones de trabajo. Añade a esto, actitudes que los profesionales pueden desarrollar hacia los usuarios de la organización u agencias, siendo de especial relevancia en el sector de la salud los riesgos laborales de origen psicosocial debido a que las tareas que los o las profesionales realizan están ligadas a un proceso de interacción con personas.

Haciendo una mirada a la literatura relacionada a la salud mental en los o las profesionales de ayuda y a las funciones que éstos realizan en Puerto Rico, nos podemos percatar de la importancia que se le debe dar a esta área de la salud de manera que puedan manejar los estresores que surgen al desempeñar las funciones y los que generan la propia empresa o ambiente buscando un alto rendimiento y una alta calidad de los servicios.

Entre las profesiones de ayuda que existen en Puerto Rico, Estados Unidos y otros países del mundo está el o la profesional de la consejería en rehabilitación. En el caso específico

de Puerto Rico a este o esta profesional lo cubija la Ley 58 de 1976, según enmendada por la Ley 198 del año 2006, definiéndolo operacionalmente como uno(a) que realiza:

Un proceso abarcador e individualizado o grupal de naturaleza estructurada y facilitadora que establece una relación interaccional entre el consejero en rehabilitación y la persona con o sin limitaciones funcionales para el desarrollo integral de sus habilidades y destrezas orientado hacia todos los aspectos de su vida incluyendo sus metas de empleo o de una vida independiente para alcanzar su óptima calidad de vida. Este proceso está dirigido hacia el desarrollo o la restauración de la independencia funcional y la calidad de vida del ser humano. La independencia funcional que se persigue mediante el proceso de consejería en rehabilitación involucra varias metas que conllevan inclusión, autosuficiencia, integración y vida autónoma. Incluye: altos índices de calidad de vida que sean el resultado que se alcance como parte de la rehabilitación integral de este ser humano. Esto constituye la oportunidad de incluir unas dimensiones significativas y consideraciones particulares en la vida del ser humano tales como: la médica, la psicológica, la social personal, cultural, educativa, vocacional y la espiritual (<http://www.lexjuris.com/>, pp.1).

Haciendo un análisis ponderado de la complejidad del trabajo que realiza el o la profesional de la Consejería en Rehabilitación según establece esta definición, podemos indicar que no están exentos de las implicaciones de salud mental por las cuales puede pasar cualquier persona con tan alta responsabilidad profesional y social. Por tanto, más adelante se describen el impacto que puede tener estas responsabilidades en los o las consejeras o consejeros en rehabilitación (CR).

Riesgo de salud mental para los y las profesionales de la Consejería en Rehabilitación

Muy poco se habla de la salud mental laboral de los o las profesionales de la Consejería en Rehabilitación y posiblemente de muchos otros profesionales de ayuda. Sin embargo el desgaste emocional o “burnout” que produce el ejercicio de la profesión podría desarrollar condiciones emocionales debido a las propias características de la ocupación, las presiones de la misma empresa, el cansancio psicológico y aquellos elementos sociales y personales que envuelven a todo ser humano que está sumergido en los procesos de ayuda de las personas. Esto crea un impacto directo y puede repercutir en el desempeño profesional, sus familias, las personas a quienes sirve y para la misma empresa. Por consiguiente existen factores laborales internos y externos que pueden afectar la estabilidad emocional y por ende la prestación de servicios de consejería.

En primer lugar, reconocemos que el ejercicio de la consejería en rehabilitación no es tarea fácil por las implicaciones legales, éticas y el efecto que pueda tener en la vida de una persona o personas con o sin discapacidad (diversidad funcional). Un servicio que no lleve un proceso adecuado como consecuencia de la estructura administrativa de una agencia o empresa puede trastocar la vida de una o varias personas beneficiarias de estos, incluyendo su sistema familiar. Por tal razón, el consejero o la consejera en rehabilitación (CR) debe estar alerta a estas implicaciones y al reconocimiento de aquellas características relacionadas con sus procesos mentales o administrativos adversos a una prestación de servicios de excelencia. Tomando en consideración lo antes expuesto se hace indispensable que al momento de ejecutar su profesión, el o la CR tenga pleno dominio del conocimiento relacionado al temperamento o la habilidad para adaptarse a las situaciones del trabajo que exige la misma ocupación (Winefordner, 1988).

Field, Timothy y Field (2004) relacionan el temperamento con el elemento emocional para el desempeño de un trabajo. A esos efectos se puede interpretar que un o una CR debe tener la capacidad de *adaptabilidad para el control*, que es aceptar la responsabilidad para la dirección o planificación de actividades y la capacidad de *adaptación para trabajar con elementos subjetivos*. Esto es hacer generalizaciones,

evaluaciones, o tomar decisiones basadas en criterios sensoriales o de juicio. Incluye el *trabajar con elementos objetivos*, que implica hacer generalizaciones, evaluaciones, o tomar decisiones basadas en criterios medibles o verificables. Se añade el que pueda *trabajar con una variedad de tareas*, que se traduce en ejecutar estas de manera frecuentemente cambiantes, de diferente naturaleza sin perder eficiencia.

Otro elemento a considerar es la *adaptabilidad* para manejar y trabajar bajo las presiones que producen las tareas, las del proceso de supervisión, las personas que reciben el servicio y los riesgos laborales. Todos estos aspectos podría desarrollar estresores en el o la CR que impactaría la ejecución de sus tareas de una manera no favorable, lo que podría implicar el desarrollo de condiciones mentales que trastocarían los mismos procesos rehabilitativos que los o las CR llevan a cabo con las personas a quienes sirven.

Los factores que pueden afectar la estabilidad emocional de los o las profesionales de la salud pueden ser múltiples. Esto es apoyado por Hamdan-Mansour, Al-Gamal, Yacoub, Marini, y Puskar (2010) quienes realizaron un estudio en Jordania sobre la salud mental del personal de la enfermería. Destacan como un hallazgo importante que los factores que creaban estrés en estos profesionales eran la falta de recursos, una relación de conflictos con otras profesionales y poco apoyo laboral de parte de los supervisores. Mencionaron que este estudio tiene implicaciones clínicas en términos de desarrollar estrategias para reducir el estrés y mejorar el apoyo organizacional para este personal. En otra investigación realizada por Buchanan, Ardenson, Khlemann y Horwitz (2006) sobre el estrés traumático secundario de empleados de salud mental canadiense, encontraron que las reclamaciones fueron presentadas por profesionales trabajando con clientes traumatizados, que eran vulnerables y estaban en riesgos de desarrollar síntomas de traumas similares a los experimentados por sus clientes. Los términos usados para describir este fenómeno fueron: traumatización vicaria y estrés traumático secundario. De igual manera, en una investigación realizada por Rani-Rout (2000) en el que participaron 79 enfermeras de North Kest de Inglaterra encontró que los tres mayores estresores eran las demandas de trabajo, carencia de comunicación, y el ambiente de trabajo y desarrollo ocupacional. Además menciona otros factores que causan estrés como la supervisión, la falta de apoyo y las dificultades en la vida personal que son llevadas al trabajo o vinculadas a este.

En relación a investigaciones sobre los factores internos y externos que crean estrés en los profesionales de la consejería en rehabilitación en Puerto Rico, y que inciden en el desempeño laboral, se desconoce la existencia de algún estudio o documento que hagan referencia al tema. No obstante, los autores de este artículo se han dado a la tarea de exponerlos apoyándose en su experiencia laboral y liderato en el campo de la consejería en rehabilitación iniciado a partir del año 1971 y 1984. También han analizado la documentación existente previa a estos años relacionada al desempeño laboral del profesional de la consejería en rehabilitación y las condiciones de trabajo. Por lo tanto, el ser partícipes de la evolución de la consejería en rehabilitación en Puerto Rico, el identificar factores que causan estrés y haber estado expuestos a los mismos, a través de las diferentes posiciones ocupadas tal como: manejadores de casos, supervisores técnicos o directores de oficina, permite identificar los factores que causan estrés laboral. Por otra parte, como líderes de las organizaciones que agrupan a los profesionales de la consejería en rehabilitación de Puerto Rico, asesoran y promueven el bienestar laboral de la clase profesional.

Como resultado de esos factores que crean estrés, algunos profesionales de la consejería en rehabilitación han reaccionado de diversas formas: renunciado a sus puestos, expresando su descontento con las condiciones de trabajo y administrativas o se han preparado

académicamente para ejercer una profesión no relacionada al campo de la rehabilitación. Otras y otros han presentando problemas de salud físicos o mentales; a veces asociados al “burnout”. Se añade a esto que algunos o algunas han decidido buscar auxilio en las organizaciones profesionales o sindicales para lidiar con condiciones de trabajo o se documentan sobre aquellas leyes que pueden atentar contra su seguridad de empleo y la clase profesional, entre otras.

Tomando en consideración lo antes planteado, podemos señalar algunos factores internos y externos que podrían afectar la estabilidad emocional de los profesionales de la consejería en rehabilitación en la prestación de servicios.

A. Factores laborales internos

Los factores laborales internos que pueden afectar la estabilidad mental del profesional de la consejería en rehabilitación son múltiples por lo que podemos señalar algunos de ellos.

1. *Sobre carga de trabajo* - Algunos o algunas enfrentan la tarea de atender un gran número de personas sin los recursos adecuados y la experiencia laboral. Otros de recién nombramiento los ubican en escenarios de trabajo sin explicarle a profundidad cual es la política de la empresa, las implicaciones legales y éticas y los criterios de evaluación a que será sometido para medir su productividad. La tensión a que se somete el profesional puede ser contraproducente en la prestación de servicios de la consejería en rehabilitación.
2. *Leyes y comunicaciones* - Puerto Rico es un país con muchas regulaciones laborales. Una de las más recientes es la Ley Núm. 7 de 9 de marzo de 2009, según enmendada, conocida como “Ley Especial Declarando Estado de Emergencia Fiscal y Estableciendo un Plan Integral de Estabilización Fiscal para Salvar el Crédito de Puerto Rico”. Esta Ley en su inicio, previo a ser enmendada, creó mucho desasosiego, afectó emocionalmente a los y las CR, que llevaban 15 años o menos laborando bajo las oficinas del ejecutivo (gobernador) y por ende a los demás colegas. Esto se debió a que tenían la posibilidad de quedarse sin trabajo. La lesión emocional no se curará tan fácil, porque quedará latente la amenaza. Por otra parte, las agencias gubernamentales donde trabaja el o la CR podrían usar la legislación existente para ejercer presión en términos del cumplimiento de metas y estándares exigidos por el gobierno de Puerto Rico o el gobierno federal de Estados Unidos, lo que es otro elemento que podría interferir emocionalmente. Ejemplo de esto es la Ley para la Administración de los Recursos Humanos en el Servicio Público, en su Artículo 6.6, (Ley 184 de 3 de agosto de 2004, según enmendada), dispone que su retención está sujeta a su productividad, entre otros aspectos.
3. *Hostigamiento laboral* - Esto es también conocido como acoso moral (mobbing) que puede ser una conducta abusiva de parte del supervisor o supervisora u otro compañero o compañera de trabajo. Pueden darse el caso de medidas disciplinarias excesivas que son abusivas o no llevadas a cabo con los procedimientos adecuados. De igual manera, pueden haber acciones soslayadas por parte de un grupo de empleados o empleadas para no aceptar ideas o limitar las oportunidades de desarrollo de otro empleado o empleada.
4. *Seguridad y salud laboral* - Las buenas condiciones de trabajo deben existir siempre para todo empleado o empleada. Es importante sentir seguridad en el ambiente de trabajo, donde se provean todas las medidas para evitar lesiones físicas y mentales, posibles actos de agresiones por parte de las personas servidas, familiares, o representantes de éstos, incluyendo personas ajenas al trabajo. En la prestación de servicios hay que aprender a manejar las tensiones para minimizar el estrés. En situaciones extremas, podría provocar o

agravar desordenes fisiológicos, tales como los cardiovasculares, de la piel y los relacionados al sistema inmunológico, entre otros. Es importante prevenir para mantener una buena salud emocional y física.

5. *Amenazas* - En Puerto Rico no conocemos estudio alguno relacionado a las amenazas a los profesionales de la consejería en rehabilitación por parte de las empresas o de las personas servidas, sus representantes o sus familiares. No obstante, muchos CR expresan la existencia de estas. Un estudio realizado por Davis (2008) en el Estado de Montana se informa que profesionales de la consejería indicaron tener experiencia de amenazas físicas y no físicas. Entre las amenazas se reportaron: demandas legales, buscar que lo despidieran, violencia física, daño a la propiedad, muerte y violencia contra la familia.
6. La otra fuente de amenaza podría provenir del área de supervisión técnica, o administrativa. Ante estos eventos el CR debe preguntar si existe un protocolo para procesar administrativamente las mismas y como lidiar con ellas. Obviamente, cualquier amenaza genera mucha ansiedad y preocupación por lo que puede crear alguna disfunción mental.
7. *Administrativas* - Una buena administración garantiza un ambiente de trabajo confortable, con dirección y estrategias eficientes para lograr metas lo que se podría traducir en la maximización de los recursos humanos. El hecho de que los CR sean los mejores cualificados no garantizan el éxito, si no se cuenta con los aspectos administrativos discutidos y recursos de apoyo enfocados en lograr los indicadores de producción teniendo en mente la estabilidad emocional del equipo de trabajo. El éxito administrativo, al igual que de cualquier profesional, radica en la acción afirmativa bien ejecutada. Los resultados en cualquier agencia o empresa dependerá de la buena administración de los recursos humanos. En muchas ocasiones, se evalúa el desempeño a nivel del número de personas que son atendidas, pero no así las limitaciones administrativas para operar los procesos adecuadamente y que afectan directamente al beneficiario de los servicios.
8. *Socio políticas* - El sistema laboral de Puerto Rico está trastocado por las influencias políticas partidistas y de alguna manera esto puede impactar las acciones administrativas. Una persona que realiza el trabajo de base, no presenta mayores dificultades dentro de una agencia o empresa, pero sus complicaciones podrían aumentar cuando busca crecer administrativamente dentro de una estructura administrativa que no responde a sus intereses políticos. También puede darse la marginación soslayada de un profesional al no hacerlo partícipe de actividades de importancia. Todos estos aspectos constituyen algunos de los elementos internos que podrían afectar la salud mental de un o una CR en su desempeño laboral al grado de desarrollar el síndrome de quemazón o mejor conocido como "burnout".

B. *Factores laborales* externos

Entre los factores laborales externos que inciden en el desempeño laboral podemos mencionar algunos:

- I. *Salud física y mental del profesional* - Hay problemas de salud que podrían o que generan mucha preocupación e inestabilidad en los o las CR. Entre los más impactantes tenemos los desórdenes del sistema inmunológico tal como el cáncer en sus diferentes manifestaciones: pulmonares, senos, prostáticos y médula. Además, el disfuncionamiento emocional por desórdenes químicos u hormonales, situaciones afectivas, abuso de licor u otros de origen desconocido. Por otra parte, las lesiones graves por accidentes también afectan grandemente. A esto añadimos el estrés que puede ser un factor que agrave la salud o genere una exacerbación de síntomas de una condición de salud previamente diagnosticada.

2. *Problemas legales o con la justicia* - Estar en una disputa legal o con la justicia trastoca el diario vivir y por lo tanto podría incidir en el funcionamiento laboral. Tiene como impacto directo el que la persona no logre concentrarse adecuadamente, se ausente del trabajo y baje la productividad, entre otros.
3. *Situaciones económicas* - El estrés por situaciones económicas es parte de nuestro diario vivir. Satisfacer muchas necesidades personales y familiares depende de los salarios que se producen a través del empleo. El estrés aumenta cuando nos dan un aviso de intención de cesantía o reducción de sueldo. Los compromisos económicos y las situaciones imprevistas en las que se tenga que incurrir y gastos más allá de la capacidad económica, puede generar mucha preocupación. Lo importante es cómo establecer un plan de acción para atender la crisis cuando surja e identificar aquellas personas que nos puedan ayudar o servir de apoyo.
4. *Relaciones de parejas o situaciones de familia*- Las relaciones de pareja o situaciones de familias con algunas dificultades podrían afectar el desempeño laboral en determinado momento. La falta de consenso y problemas entre las parejas alteran la concentración y pueden llegar al desarrollo de una depresión. Estas situaciones podrían provocar mucho estrés, ausencia de trabajo y un deterioro en la prestación de los servicios. Por tal razón se hace necesario el desarrollo de planes preventivos, intervenciones efectivas y procesos rehabilitativos que ayuden al CR a manejar situaciones estresantes o lograr estabilidad emocional si éstos han menoscabado su salud mental.

Prevención, intervención y rehabilitación

Fase de Prevención

Los profesionales de la Consejería en Rehabilitación no están exentos de desarrollar condiciones asociadas a la salud mental. Al realizar un análisis de la historia de la profesión no hay evidencia explícita, o al menos que se haya documentado, sobre la existencia de disfunción mental laboral en los y las CR y de qué manera haya impactado la prestación de servicios. Tampoco se ha evidenciado la existencia de cursos o seminarios que aborden el tema de cómo lidiar con las situaciones internas y externas laborales que exponen al CR en riesgo de alguna condición asociada a su salud mental. El prepararse en conocer los derechos laborales, conocer qué acciones pueden afectar y cómo combatirlas es una medida preventiva que ayudará a un mejor funcionamiento que posiblemente redunde en mayor productividad. Por tal razón, el conocer los factores internos y externos que afectan la salud mental laboral son elementos de mucha pertinencia que podrían tener la posibilidad de minimizar su efecto en la prestación de servicios de la consejería en rehabilitación.

El profesional de la consejería en rehabilitación debe prepararse para afrontar los retos en términos de la transformación de la profesión de manera que pueda identificar el temperamento necesario para lidiar con todas las complejidades del campo profesional en la diversidad de escenarios laborales. De igual manera, la prevención, la intervención y el proceso rehabilitativo son aspectos a considerar en la operación de una agencia o empresa que presten servicios a las personas, de manera que el o la CR mantenga una salud mental apropiada para la ejecución de sus tareas. Tomando en consideración lo antes señalado se propone un programa de salud mental laboral a modo de prevención, intervención y rehabilitación para todo el personal que labora en los proceso rehabilitativos.

En Puerto Rico contamos con el Programa de Ayuda al Empleado (PAE), cuyo Reglamento fue creado por la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) tomando de

referencia la Ley 167 de 11 de agosto de 2002. El objetivo de este Reglamento es establecer guías y parámetros adecuados para que las dependencias gubernamentales y gobiernos municipales diseñen e implanten Programas de Ayuda al Empleado efectivos con el propósito de crear un ambiente laboral que estimule la productividad (sic). Sin embargo, este no es específico en tener un plan para atender la salud mental en los aspectos de prevención, intervención y rehabilitación por lo que se someten algunas recomendaciones.

La prevención primaria, mucho más que hacer promoción y actividades educativas, es evitar que se produzcan enfermedades mentales que interfieran con el desempeño laboral. Para esto será necesario hacer evaluaciones constantes del entorno y de las situaciones que afectan a los empleados y empleadas. También es educar para que el personal pueda afrontar las situaciones que surjan conforme a sus capacidades. La gerencia debe orientar y procurar que se eliminen o reduzcan los riesgos que puedan provocar disfuncionamiento.

Considerando lo anterior es importante señalar las recomendaciones que hace Guerrero y Rubio (2005) al estructurar dos categorías relacionadas a la prevención y el tratamiento que bien pueden aplicarse a cualquier profesional de ayuda, en este caso al CR. Señalan las aportaciones de Álvarez y Fernández (1991) para la prevención primaria quienes incorporan propuestas y estudios de investigación sobre aspectos que han demostrado experimentalmente ser relevantes para prevenir el síndrome de “burnout”; en cuanto a la prevención secundaria, engloban estudios que examinan y comparan las diversas técnicas de intervención: estrategias individuales (técnicas fisiológicas, conductuales y cognitivas) y estrategias de intervención social. Guerrero y Rubio (2005) dentro de su enfoque, subdividen las estrategias como un aporte de diferentes investigadores para el manejo no solamente del “burnout” sino de otras variables que inciden en el ambiente de trabajo. Dan especial atención a fomentar y promover la obtención de algunas estrategias que aumenten la capacidad de adaptación del individuo a las fuentes de estrés laboral. Esto obedece a que la tensión se puede controlar modificando directamente la activación fisiológica inicial y su mantenimiento. Reconocen los efectos que los pensamientos, las situaciones o las conductas tienen sobre ella. Se destacan el entrenamiento en solución de problemas, la asertividad y el manejo eficaz del tiempo. Dentro de la estructura que presentan Guerrero y Rubio hacen un abordaje a las *técnicas fisiológicas* presentadas por Guerrero y Vicente (2001) las cuales están orientadas a reducir la activación fisiológica y el malestar emocional y físico que generan las fuentes de estrés laboral. Algunas de ellas son: las técnicas para la relajación física, el control de la respiración y de retroalimentación. Añaden las técnicas conductuales con el propósito de que la persona domine un conjunto de habilidades y competencias que le faciliten el afrontamiento de los problemas laborales. Entre ellas están el entrenamiento asertivo, el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de solución de problemas y las técnicas de autocontrol. Otros autores han destacado como medida general para prevenir el “burnout”, el evitar una excesiva injerencia en el trabajo y con las personas que reciben sus servicios. En esta línea, se ha recomendado tomar pequeños descansos durante el trabajo, aumentar las actividades reforzantes y buscar opciones de carácter positivo, como disfrutar de las actividades. De la misma manera, propone que el ejercicio físico aumenta la resistencia ante los efectos de dicho estrés. Otro aspecto relacionado a la prevención es aquel relacionado a las *técnicas cognitivas* las cuales (Guerrero y Vicente, 2001; Rubio, 2003) consideran importantes para mejorar la percepción, la interpretación y la evaluación de los problemas laborales y de los recursos personales. Destacan la desensibilización sistemática, la detención del pensamiento, la inoculación de estrés, la reestructuración cognitiva, el control de pensamientos irracionales, la

eliminación de actitudes disfuncionales y la terapia racional emotiva. También recomiendan la inclusión de las *estrategias de intervención social* para romper el aislamiento y mejorar los procesos de socialización al potenciar el apoyo social a través de políticas de trabajo cooperativo. Señalan que se ha demostrado que el apoyo social disminuye los efectos perjudiciales de las fuentes de estrés laboral e incrementa la capacidad del individuo para afrontarlas. Por último, dan atención a las *estrategias de intervención organizacional* para la modificación de los aspectos disfuncionales en la estructura de la organización, la comunicación, la formación de los y las profesionales, los procesos de toma de decisiones, el ambiente físico, los turnos y la división de tareas, entre otras.

Fase de intervención

En esta fase se asiste al empleado o empleada que haya desarrollado alguna enfermedad mental. Esto es apoyado por Morales, Gallego y Rotger, (2004) quienes señalan que los y las profesionales de los Servicios Sociales están cada vez más concienciados de los graves efectos del estrés sobre la salud en general y de su relación con los problemas de salud mental. Indican que esto podría tener consecuencias relacionadas al ausentismo, productividad y un impacto en la toma de decisiones. Recomiendan intervenir en diferentes niveles haciendo énfasis en: el trabajo en red y en equipo (que implica el cuidado de la comunicación, coordinación y cooperación, así como compartir modelos mentales de la organización, situación y tareas). Estos programas deberían constar de dos tipos independientes de talleres, para su adaptación a las necesidades de la organización y de los trabajadores y trabajadoras. En una dirección para el bienestar y auto-cuidado del personal (profesionales de base) y en la otra para el entrenamiento del personal gerencial, directivo, coordinadores o coordinadoras de los equipos, y miembros del grupo técnico de apoyo.

La fase de rehabilitación

Esta fase va dirigida a personas que han dejado de trabajar por condiciones asociadas a su salud mental. Una vez se logre la estabilidad, es necesario hacer los acomodos razonables tomando en consideración la *American with Disabilities Act, según enmendada*, para que la persona se reincorpore y pueda continuar con su nivel de productividad. Es importante que se haga un pareo de las funciones laborales luego del impacto de la condición mental de la persona, de manera que se pueda integrar en el escenario laboral, ya que esto determina si puede o no ejercer las funciones asignadas (Lladó, 2010). Según Hersherson (1990) esto debe incluir un proceso de consejería como la función primaria para la *reintegración* y para *reformular* las metas de la persona que ha sido afectada por el impedimento. También se hará necesario la coordinación como función para la *restauración* y *reemplazar* las competencias que han sido negativamente afectadas por el impedimento. Para ir llevando a cabo lo antes señalado, Hersherson recomienda realizar consultas como una función primordial para la restructuración del ambiente de la persona con impedimento; esto incluye laboral y social-familiar. Por tanto, se consulta con la familia, el empresario o la empresaria y la comunidad para maximizar los apoyos y eliminar las barreras. Como parte final del proceso recomienda un manejo de caso adecuado de manera que se lleven a cabo las funciones anteriores y para la integración y maximización de su efectividad dentro de la agencias o su trabajo que incluye: políticas, prácticas y recursos.

Toda entidad pública o privada reconoce que el personal debe estar en un ambiente laboral aceptable aunque las exigencias administrativas generen estrés. Para ello, los aspectos de seguridad y salud ocupacional son vitales dentro de los planes de trabajo incluyendo aquellos

relacionados a la salud mental laboral. Esto ayudará a mantener un ambiente de trabajo armonizado de manera que la persona se desempeñe con motivación, agrado y compromiso. De igual manera, es de vital importancia mantener los planes de prevención y estrategias para lidiar con aquellos aspectos que puedan generar estresores y desarrollar enfermedades mentales. Por otra parte, en el desarrollo e implementación de dichos planes se hace necesario darle participación activa a los profesionales de ayuda. Esto facilita cualquier actividad que promueva el bienestar laboral y la productividad.

Los aspectos de salud mental laboral y productividad son para todos los que laboran en un escenario de trabajo: la gerencia que representa a la agencia o la empresa y los profesionales de ayuda. Por eso, el reflejo de un escenario de trabajo con una adecuada salud mental está relacionado con múltiples factores los cuales hay que identificarlos mediante estudios y consulta a los empleados y empleadas regularmente, prevenirlos mediante adiestramientos u orientaciones, intervenciones a tiempo y efectivas, y seguimiento frecuente a los planes de prevención y ayuda a los empleados y empleadas. El empleador, o la empleadora, deben de reconocer que el reflejo de un escenario laboral con una adecuada salud mental trasciende las puertas de una empresa o agencia. La comunidad, las demás empresas o agencias y otras entidades recibirán ese reflejo de bienestar laboral que propicia un reconocimiento a los empleados y la gerencia, lo cual puede generar una mayor productividad.

Referencias

- Álvarez, E., & Fernández, L. (1991). El síndrome de “burnout” o el desgaste profesional (II): Estudio empírico de los profesionales gallegos del área de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 267-261.
- Americans with Disabilities Act of 1990, Pub. L. No. 101-336, § 2, 104, Stat. 328 (1991).
- Arévalo, F. (2004). Trastornos psicosociales: salud mental en el trabajo. *Ciencia y Trabajo*, 6(14), 77-97.
- Buchanan, M., Anderson, J. O., Uhlemann, M. R., & Horwitz, E. (2006). Secondary traumatic stress. An investigation of Canadian mental health workers. *Traumatology*, 12(4), 272-281. doi:10.1177/1534765606297817.
- Davis, A. (2008). A survey of threats received by rehabilitation counselors in Montana. *Journal of Rehabilitation*, 74(4), 3-8. Recuperado de http://findarticles.com/p/articles/mi_m0825/is_4_74/ai_n31215604/
- Field, J., & Field, T. (2004). *The transitional classification of jobs* (6th ed.). Athens, GA: Elliott & Fitzpatrick, Inc.
- Gascón, S., Olmedo, M., & Ciccotelli, H. (2003). La prevención del burnout en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach (2000). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 55-66. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Psicopat-2003-000BAFD3-E78A-9B20-9335-7B6AE680E2CB/PDF>
- Gil-Monte, P. R. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 101-102.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy.*, 1(1), 19-33. Recuperado de <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>

- Guerrero, E., & Rubio, J. (2005). Estrategias de prevención e intervención del “burnout” en el ámbito educativo, *Salud Mental*, 28(5), 27-33. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58252804.pdf>
- Guerrero, E., & Vicente, F. (2001). *Síndrome de “burnout” o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Cáceres: Servicio de publicaciones de la Universidad de Extremadura.
- Hamdan-Mansour, A. M., Al-Gamal, E., Puskar, K., Yacoub, M., & Marini, A., (2011). Mental health nursing in Jordan: *An investigation into experience, work stress and organization support*. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(2), 86-94 doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00716.x.
- Hershenson, D. B. (1990). A theoretical model for rehabilitation counseling. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 33(4), 268-278.
- Ley Núm. 7 de 9 de marzo de 2009. Ley Especial Declarando Estado de Emergencia Fiscal y Estableciendo Plan Integral de Estabilización Fiscal para Salvar el Crédito de Puerto Rico. Recuperada de: <http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2009/lexl2009007.htm>
- Ley Núm. 58 del 27 de mayo de 1976. Ley para Reglamentar la Profesión de Consejería en Rehabilitación en Puerto Rico. Recuperada de: <http://www.lexjuris.com/lexmate/profesiones/lex085.htm>
- Ley Núm. 147 de 9 de agosto de 2002. Ley para para reglamentar la práctica de la Consejería Profesional en Puerto Rico. Recuperada de: <http://www.lexjuris.com/lexlex/leyes2002/lexl2002147.htm>.
- Ley Núm. 167 de 11 de agosto de 2002. Para crear en las Agencias del Gobierno, Gobiernos Municipales y las Empresas Privadas programas de ayuda al empleado. Recuperada de: www.lexjuris.com/lexlex/leyes2002/lexl2002167.htm.
- Ley Núm. 184 de 3 de agosto de 2004. Ley para la Administración de los Recursos Humanos en el Servicio Público del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Recuperada de: <http://www.lexjuris.com/lexlex/leyes2004/lexl2004184.htm>.
- Lladó, V. (2010, agosto). Interface entre rasgos mentales, emocionales y capacidad laboral. Primera Cumbre Magistral: *Desarrollando Nuestras Capacidades*. San Juan, Puerto Rico.
- Maslow, A. H. (1967). *Motivación y personalidad*. Barcelona: Editorial Sagitario.
- Morales, G., Gallego, L. M., & Rotger, D. (2004). La incidencia y relaciones de la ansiedad y el burnout en los profesionales de intervención en crisis y servicios sociales. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*, 1-12.
- Rivas, P., Molina, J. M., Alarcón, L., Campos, M., Hernández, A., Massalleras, Sánchez, S. (2008). [Salud mental e incapacidad temporal en población laboral de Catalunya](#). *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 11(2), 81-86. Recuperado de <http://www.scsmt.cat/pdf/Originalesbreves.pdf>.
- Rout, U. R. (2000). Stress amongst district nurses: a preliminary investigation. *Journal of Clinical Nursing*, 9(2), 303-309. doi: 10.1046/j.1365-2702.2000.00342.x.
- Rubio, J. C. (2003). *Fuentes de estrés, síndrome de burnout y actitudes disfuncionales en orientadores del Instituto de Enseñanza Secundaria* (Tesis Doctoral). Recuperada de <http://biblioteca.unex.es/tesis/9788477238164.pdf>. (ISBN: 978-84-7723-816-4).
- Trucco, M. (2004). El estrés y la salud mental en el trabajo: Documento de trabajo de la Asociación Chilena de Seguridad. *Ciencia y Trabajo*, 6(14), 185-188. Recuperado de http://www.proyectoaraucaria.cl/documentos/20070904090911estres_salud_mental_trabajo.pdf.

Winefordner, D. W. (1988). *Worker trait group guide* (2nd ed.). Bloomington, IL: Meridian Education Corp.