

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA,
RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE
LA COMUNICACIÓN.**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**NIVELES DE BURNOUT Y EL CONTROL DE LA IRA EN PERSONAL DE
SERENAZGO EN UNA MUNICIPALIDAD DE AREQUIPA**

Tesis presentada por los Bachilleres:

JHON PAUL VILCA SANTIBAÑEZ

LUIS ALBERTO QUISPE TORIBIO

**Para optar el título profesional de:
PSICOLOGOS.**

AREQUIPA – PERU

2016

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN DE AREQUIPA.

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN.

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA.

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR.

SEÑORES CATEDRATICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR.

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ustedes con el propósito de presentarles el trabajo de investigación titulado: **NIVELES DE BURNOUT Y EL CONTROL DE LA IRA EN PERSONAL DE SERENAZGO EN UNA MUNICIPALIDAD DE AREQUIPA**, que previa revisión y dictamen nos permitirá optar el Título de Psicólogos.

Esperamos que vuestra justa apreciación sepa evaluar el esfuerzo realizado y que nuestra investigación contribuya al campo de la psicología.

Los Bachilleres:

JHON PAUL VILCA SANTIBAÑEZ

LUIS ALBERTO QUISPE TORIBIO

DEDICATORIA

A Dios por todas las bendiciones que me brinda

A mis padres, esposa e hijos ya que su amor es la fuerza que motiva el logro de cada uno de mis sueños.

Y a todos los catedráticos que compartieron sus conocimientos, con especial consideración a aquellos que más allá de enseñar, fueron verdaderos psicólogos en el aula.

Luis Alberto Quispe Toribio

DEDICATORIA

A Dios por ser mi guía y soporte espiritual,

A mis padres, esposa y hermanas por su apoyo incondicional en cada uno de mis pasos para alcanzar mis metas.

Y a nuestros profesores por guiarnos compartir sus conocimientos y orientarnos desinteresadamente en el logro de nuestras aspiraciones

Jhon Paul Vilca Santibáñez.

RESUMEN

La presente investigación, tiene como objetivo principal determinar la relación que existe entre las dimensiones del síndrome de burnout y las facetas del control de la ira en el personal de serenazgo.

La metodología empleada en este estudio es de tipo descriptivo - correlacional y el diseño es no experimental de corte transversal. El tipo de muestreo empleado fue no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia. Esta muestra estuvo comprendida por 103 serenos de una municipalidad de la ciudad de Arequipa con edades que oscilan entre los 20 y 50 años y con un tiempo de servicio entre 3 meses y 4 años; los datos fueron obtenidos a partir de la aplicación del Inventario de Burnout de Maslach (MBI) con una consistencia interna de 0.90 alfa de Cronbach y validez factorial de 0.52; asimismo, para medir la ira se usó el cuestionario STAXI - 2: Inventario de Expresión de la Ira Estado – Rasgo, con un coeficiente alfa de Cronbach de consistencia interna de 0.89 en la escala de estado de ira, de 0.82 en la escala de rasgo de ira y en las escalas de expresión 0.67. Los resultados fueron procesados en tablas y gráficos para su respectiva interpretación, destacando el coeficiente estadístico de Pearson. Se procesó y analizó la información haciendo uso de los programas estadísticos informáticos MS Excel y SPSS 20.

Los resultados de la investigación muestran una relación positiva entre las dimensiones del Burnout y el Control de la Ira, siendo mayor la relación entre dimensiones de despersonalización, realización personal; y las facetas: sentimiento, expresión verbal, estado, temperamento, y rasgos de ira. Lo cual indica que el personal de serenazgo siente que sus objetivos personales y laborales no se ven concretados.

Palabras claves – *Síndrome de Burnout, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, control de la ira, serenazgo.*

ABSTRACT

The main objective of this investigation is to determine the relationship between the dimensions of the Burnout and the facets of control of anger in the Serenazgo staff.

The methodology used in this study is descriptive – correlational and the design is non – experimental cross – sectional. The type of sampling used was non – probabilistic of intentional type or for convenience. This sample was 103 people from one Municipality of Arequipa city ranging in age from 20 to 50 years and with service time between 3 months and 4 years; the data obtained from the application of the Maslach Burnout Inventory (MBI) and the STAXI – 2 State Expression – Trait Expression Inventory. With a Cronbach alpha coefficient of internal consistency of 0.89 on the anger status scale, 0.82 on the anger trait scale, and on the 0.67 expression scales. The results were processed in tables and graphs for their respective interpretation, emphasizing the statistical coefficient of Pearson. The information was processed and analyzed using the MS Excel and SPSS 20 statistical software.

The results of the research show a positive relationship between dimensions of depersonalization, personal fulfillment; and facets: feeling, verbal expression, state, temperament, and traits of anger. This indicates that the Serenazgo staff feel that their personal and work goals are not fulfilled.

Keywords: Burnout Syndrome, Emotional Exhaustion, Depersonalization, Personal Fulfillment, Anger Control, Serenazgo

INDICE

RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INDICE	vii

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN	12
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
3. OBJETIVOS	16
4. HIPÓTESIS.....	17
5. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.	17
6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	19
7. VARIABLES E INDICADORES	19
7.1.1. Definición conceptual	19
8. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:.....	20

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES.....	21
2.1.1. Internacionales	21
2.1.2. Nacionales	22
2.2 SÍNDROME DEL TRABAJADOR QUEMADO BURNOUT	24
2.2.3.1. Desgaste emocional	34
2.2.3.2. Cinismo	34
2.2.4. DISCRIMINACIÓN CON OTROS CONSTRUCTOS	34
2.2.5. INSATISFACCIÓN LABORAL	38
2.2.6. ACONTECIMIENTOS VITALES Y CRISIS EN LA EDAD MEDIA DE LA VIDA	38
2.2.7. PROCESO DE DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT	39

2.2.8. CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT	43
2.2.9. Clasificación de las dimensiones y consecuencias del Síndrome de Burnout:.....	47
2.3. LA IRA	48
2.3.1. Concepto de la ira.....	48
2.3.2. Surgimiento de la ira	49
2.3.3. Manifestación de la ira según las edades	50
2.3.4. La ira como Emoción	51
2.3.5. Delimitación conceptual: La Ira y otros términos.	52
2.3.6. Control de la ira.....	54
2.3.7. Beneficios del control de la ira	59
2.3.8. En la sociedad moderna	59
2.3.9. Ira en la vida cotidiana	60
2.3.9.1. Síntomas	60
2.3.10. Predisposición	62
2.3.10.1. Predisposición genética	62
2.3.11. La ira es un código	63

CAPÍTULO III

MARCO OPERATIVO

3.1. Diseño de la investigación.....	65
3.2. Tipo de Investigación	65
3.3. Población	66
3.4. Muestra	66
3.5. Técnicas e Instrumentos.	67
3.6. Descripción:	71
3.7. Procesamiento Estadístico.....	73
3.8. Análisis del registro de datos	73

CAPITULO IV

RESULTADOS.	74
INVENTARIO DE EXPRESIÓN DE IRA ESTADO - RASGO	75

CAPITULO V

Discusión	107
CONCLUSIONES	110
RECOMENDACIONES.....	111
Anexos.....	115
Baremo de conversión Staxi II	120
Caso 1	
Caso 2	

Índice de tablas

Tabla 1 Sentimiento	75
Tabla 2 Expresión Física.....	75
Tabla 3 Expresión Verbal.....	76
Tabla 4 Estado.....	78
Tabla 5 Temperamento de ira.....	79
Tabla 6 Reaccion de ira	80
Tabla 7 Rasgo de ira.....	80
Tabla 8 Expresión de la ira externa	82
Tabla 9 Expresión de la ira interna	82
Tabla 10 Control de la ira externa.....	84
Tabla 11 Control de la ira interna.....	85
Tabla 12 Expresión ira	86
Tabla 13 Agotamiento Emocional	88
Tabla 14 Despersonalizacion.....	89
Tabla 15 Realizacion Personal	90
Tabla 16 Síndrome de Burnout	91
Tabla 17 Rasgos de la Ira.....	92
Tabla 18 Análisis de los Rasgos de la Ira y su repercusión en las Dimensiones del Síndrome De Bournout.....	93
Tabla 19 Análisis del síndrome de burnout y su repercusión en los rasgos de la ira	95

Índice de gráficos

Gráfico 1 Sentimiento	75
Gráfico 2 Expresión Física	76
Gráfico 3 Expresión Verbal	77
Gráfico 4 Estado	78
Gráfico 5 Temperamento de ira	79
Gráfico 6 Reaccion de ira	80
Gráfico 7 Rasgo de ira	81
Gráfico 8 Expresión de la ira externa.....	82
Gráfico 9 Expresión de la ira interna.....	83
Gráfico 10 Control de la ira externa	84
Gráfico 11 Control de la ira interna	85
Gráfico 12 Expresion ira	86
Gráfico 13 Agotamiento Emocional.....	88
Gráfico 14 Despersonalizacion	89
Gráfico 15 Realizacion personal	90
Gráfico 16 Síndrome de Burnout.....	91
Gráfico 17 Rasgos de la Ira	92

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

Es indudable que el trabajo es una parte esencial de la vida del ser humano que influye en su salud tanto física y mental y por ende en su calidad de vida, en tal sentido la presente investigación es un acercamiento por conocer cómo se manifiesta y cuál es la relación que existe entre el síndrome de burnout y el control de la ira, ambos conceptos vienen presentándose con frecuencia en el ámbito laboral, teniendo repercusiones sobre la salud de los trabajadores. En todo centro de trabajo se da con frecuencia momentos de crisis, rotación de personal, despido, sobre carga laboral, largos o desordenados horarios y turnos, discusiones por distintos puntos de vista entre compañeros, que pueden verse reflejado en el inadecuado manejo de las emociones de los trabajadores especialmente en los puestos donde se atiende a personas.

Durante los últimos años ha surgido un gran interés por estudiar el síndrome de burnout; durante los 70 surgen los primeros estudios. En 1974 es cuando por primera vez es descrito por Herbert Freudenberger, psiquiatra que trabajaba como asistente voluntario de una clínica de toxicómanos en New York; observó que después de un año de empezar a trabajar, la mayoría sufría de una pérdida progresiva de energía hasta llegar al agotamiento, así como

desmotivación para el trabajo, junto con síntomas de ansiedad y depresión. Freudenberger describió a estas personas que se vuelven menos sensibles, poco comprensivas hasta agresivas con los pacientes, con un trato distanciado y cínico, con tendencia a culpar al paciente de los problemas que padecen.

Hoy en día la definición más conocida es la propuesta por Maslash y Jackson en 1986, quienes la definieron como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas.

Para profundizar en algunos estudios y tener una mayor claridad de los factores generadores del síndrome de burnout a continuación se presentan los resultados de los mismos.

Pardo y Col. (2002) realizaron un estudio para conocer la presencia del síndrome de burnout y la sintomatología sugestiva entre los trabajadores del Centro de Salud de Huelva – España, concluyendo que la mayoría de los sujetos indicaba un alto grado en agotamiento emocional y despersonalización, así como un grado bajo de realización personal en el trabajo,

Quiroz y Saco (2002) lleva a cabo un estudio en médicos y enfermeras de un hospital de ESSALUD, en Cusco, concluyendo que no se encontró el síndrome de Burnout en alto grado, la prevalencia de Burnout fue un grado bajo en la mayoría de profesionales: 79.9% en médicos y 89% en enfermeras; el grado medio se encontró en 10.9% de médicos y 1.4% de enfermeras.

Gutiérrez y Mamani (2002) investigaron el síndrome de burnout y su relación con la personalidad en el personal asistencial del Hospital de la Policía de Arequipa concluyendo que el 9.23% del personal asistencial presentó este síndrome, siendo su incidencia en auxiliares de enfermería, enfermeras y técnicos de rayos X.

Tasara Vargas M. (2004) realiza un estudio sobre la incidencia del síndrome de Burnout en el personal sanitario, en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa, concluyendo que el 33.6% presentaban una incidencia alta en el síndrome de burnout siendo mayor la incidencia en el sexo femenino y el grupo de edades de 52 y 61 años.

Montesinos C. (2005) realizó un estudio del síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento al estrés en médicos residentes e internos de medicina, encontrando un 14% del personal médico que presentó el síndrome de Burnout, 5% en médicos residentes y el 23% en el grupo de internos.

Por otro lado la relación que las personas tienen con su trabajo, y las dificultades que pueden presentarse, requieren de un adecuado control de sus emociones, que estas no desencadenen estados de ira, hostilidad y agresión.

Spielberger C. (1983) define a la Ira como un estado o condición emocional psicobiologica que consiste en sentimientos de intensidad variable desde la ligera irritación o enfado hasta la furia y rabia intensas acompañadas por la activación de los procesos neuroendocrinos y la excitación del sistema nervioso autónomo.

Finalmente siendo la inseguridad ciudadana un problema existente en nuestro medio es necesario conocer cómo reaccionan y se comportan ante determinadas situaciones los sectores encargados del resguardo de nuestra seguridad en este caso el personal de serenazgo. Por lo que pese a existir pocos estudios de investigación respecto a este grupo vemos la necesidad contribuir en la exploración de este tema que consideramos relevante

El contenido de este trabajo de investigación está dividido en cinco capítulos:

En el Capítulo I, se presenta el planteamiento del problema, los objetivos tanto el general como los específicos, la hipótesis, la importancia del estudio, y sus limitaciones; culminando con la definición de los términos básicos.

En el Capítulo II, se muestra el marco teórico que considera el desarrollo teórico de las variables de estudio.

En el Capítulo III, se presenta la metodología que incluye el tipo de investigación, el diseño, los sujetos y el procedimiento que se llevó a cabo para ejecutar la investigación.

En el Capítulo IV; se muestra los resultados de la investigación; a través de gráficas y su respectiva interpretación.

Por último el capítulo V, se presenta la discusión, conclusión y recomendaciones para posteriores investigaciones. Así mismo en la sección de anexos consignamos el estudio de dos casos clínicos.

Cinco capítulos que engloban los méritos de esta investigación.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las Organizaciones de hoy necesitan contar con personal adecuadamente capacitado en cada una de las áreas en las que se va a desempeñar, por lo que el trabajador se convierte en pieza fundamental, no solo del desarrollo a nivel institucional, sino también en un referente del servicio que dicha institución presta a la comunidad.

En los puestos de trabajo que requieren una relación directa con otras personas, como en el caso del personal de serenazgo, es posible que se experimenten una diversidad de emociones. Por tal motivo es necesario que el personal que desempeñe dicho cargo sea capaz de manejar estas emociones de manera eficaz.

Los gobiernos locales conforme a la ley orgánica de municipalidades 27972, tienen funciones compartidas, con la policía nacional de Perú, en cuanto al apoyo en seguridad ciudadana que se brinda a la población del distrito, teniendo una gran responsabilidad en su actuar. Ya que de no realizar adecuadamente las distintas intervenciones podría motivar a que la población presente quejas; situaciones que se han presentado en esta municipalidad, motivados en algunos casos por los excesos cometidos por el personal de serenazgo.

Uno de los factores que afecta el normal desempeño de un trabajador suele ser el grado de realización personal que este logra con los años de trabajo en una organización, pues de no ver cumplido sus objetivos su motivación será insuficiente provocando un desempeño inadecuado, esta situación podría manifestarse en esta municipalidad según a lo referido por ciertos trabajadores del área de serenazgo ya que sienten que sus esfuerzos no son recompensados.

El personal de serenazgo de esta municipalidad con cierta estabilidad laboral procuran cuidar el trabajo viéndose forzados a descuidar la familia, el estudio y la vida personal, quedándose a trabajar fuera del horario establecido o laborando sin descanso por más de un año, lo que les genera un desgaste psicobiológico elevado y ello repercute significativamente en el desempeño de sus funciones.

Esta situación de estrés crónico genera sentimientos negativos y emociones intensas, por lo que en muchas ocasiones los trabajadores podrían reaccionar impulsados por la frustración del momento sin medir las consecuencias de sus actos, produciéndose así agresiones verbales o físicas en su entorno debido a su bajo control de la ira.

Siendo importante ahondar en estudios con organizaciones que brinden servicios a la comunidad; la falta de investigaciones que relacionen el síndrome de burnout y el control de la ira en nuestro medio; así como el creciente problema de inseguridad ciudadana y ante los últimos acontecimientos observados donde personal de serenazgo de diversas municipalidades han sido protagonistas de enfrentamientos violentos durante el cumplimiento de sus labores, generando en muchos de estos daños físicos y psicológicos es que proponemos el siguiente problema de investigación.

¿CUÁL ES LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE LAS DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y LAS FACETAS DEL CONTROL DE LA IRA EN EL PERSONAL DE SERENAZGO DE UNA MUNICIPALIDAD DE AREQUIPA?

3. OBJETIVOS

A. Objetivo General

- Determinar la relación que existe entre las dimensiones del síndrome de burnout y las facetas del control de la ira en el personal de Serenazgo en una Municipalidad de Arequipa.

B. Objetivo Específicos

- Identificar las dimensiones del síndrome burnout del personal de Serenazgo.
- Identificar las facetas del control de la ira del personal de Serenazgo.
- Describir la relación que existe entre la edad y el tiempo de servicio con el control de la ira del personal motivo de estudio.
- Describir la relación que existe entre la edad y el tiempo de servicio con el síndrome de burnout del personal de Serenazgo.
- Describir la relación que existe entre las dimensiones del burnout y las distintas facetas de la ira en el personal que participa de la investigación.

4. HIPÓTESIS.

Existe relación directa entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y las facetas del Control de la Ira en el personal de Serenazgo de una Municipalidad de la Ciudad de Arequipa.

5. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

La siguiente investigación permite la revisión de las teorías relacionadas al síndrome de Burnout y el control de la ira, atendiendo a los criterios de actualidad, siendo relevante la atención oportuna a estos fenómenos, lo que servirá para una adecuada identificación y aplicación de estrategias de solución a cargo de los responsables de las organizaciones.

En el personal que brinda servicios y tiene contacto directo con la población, como es el caso del serenazgo, de no tener condiciones laborales adecuadas y sentirse presionados por el entorno podrían ver afectada su salud mental.

Como sabemos en la actualidad las personas están mayor tiempo en el trabajo que realizando otras actividades y estos cambios generan mayores problemas asociados a la salud laboral como el burnout o síndrome del quemado éste es el resultado de un proceso continuo en donde el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral

y sus estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces; es decir, que los sujetos en su esfuerzo por adaptarse y responder eficazmente a las demandas y presiones laborales, se esfuerzan en exceso y de manera prolongada por lograr los objetivos propuestos, teniendo una repercusión para el individuo y la empresa, por lo que este fenómeno debe ser estudiado si es que realmente se desea apoyar a las personas en la búsqueda de una mayor calidad de su desempeño profesional influyendo significativamente en la producción de la empresa u organización en la que se desempeña.

En la organización pueden surgir ciertos problemas cuando los trabajadores presentan burnout, asociado a lo que es la ira, que en algún momento todos la hemos sentido, ya sea como una molestia pasajera o como rabia. La ira es una emoción humana completamente normal, por lo general sana, pero cuando se sale de control y se vuelve destructiva, puede conducir a problemas en el trabajo, en sus relaciones personales y en la calidad de vida. Lo que intervendrá en un deterioro en el rendimiento profesional y por consecuencia puede derivar a un deterioro en la calidad de servicio, absentismo laboral, alto número de rotaciones y abandono del puesto de trabajo lo que influye directamente en la producción de la empresa generando pérdidas importantes, de allí deriva el interés e importancia por conocer la relación del burnout y el control de la ira.

Así mismo el presente trabajo deja abierta la posibilidad de abrir nuevas líneas de investigación en el área organizacional, las cuales aporten con nuevos conocimientos, que permitan la oportuna intervención mediante la ejecución de programas para beneficio del trabajador y por ende de la organización, especialmente en el sector público donde las demandas de los usuarios de los servicios cada día es mayor.

Es por ello que el propósito de la presente investigación se centra en conocer si las dimensiones del burnout, estarían relacionados con el control de la ira en personal de serenazgo de una municipalidad de Arequipa. Con los datos que se proporcionarán se podrá brindar mejores

métodos para enfrentar las situaciones y así mejorar el rendimiento laboral y la producción de las organizaciones.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

1. La dificultad para poder encontrar un instrumento que nos permita evaluar la ira.
2. Reserva que existe en las instituciones públicas para permitir el acceso a información concerniente a su personal.
3. La escasa bibliografía referida al trabajo, especialmente en cuanto al control de la ira, así como información concerniente al personal de serenazgo, que permita refinar la investigación y la conducción del aprendizaje significativo mediante las estrategias, debiendo consultar páginas de internet.

7. VARIABLES E INDICADORES

7.1.1. Definición conceptual

Variable X: Control de la Ira

Se mide en las siguientes escalas:

- Estado de Ira
- Rasgo de Ira
- Expresión y Control de Ira

Variable Y: Síndrome de Burnout

Evalúa tres dimensiones:

- Agotamiento emocional
- Despersonalización
- Realización personal.

8. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Control:**
Control se define como la habilidad para hacer que algo se comporte exactamente como se quiere. (Collins, 1987).
- **Ira:**
La ira se define como una situación o condición emocional psicobiológica caracterizada por sentimientos subjetivos que pueden variar desde un moderado enfado o fastidio hasta una intensa furia o rabia. (Charles D. Spielberger, 2009).
- **Síndrome de Burnout:**
Desde la perspectiva psicosocial, Maslash y Jackson (1981), lo conceptualizan como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo. Este síndrome se da en aquellas personas que por la naturaleza de su trabajo han de mantener contacto constante y directo con la gente como son los trabajadores de la sanidad, de la educación o del ámbito social.
- **Serenazgo:**
En el Perú y en Bolivia, el sustantivo sereno ha extendido su significado hasta designar al vigilante diurno o nocturno encargado de cooperar con los vecinos y ponerlos en relación con la policía en caso necesario. (Martha Hildebrant, 2012)

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

El presente capítulo tiene por objetivo dar a conocer las distintas investigaciones desarrolladas respecto al síndrome de burnout y el control de la ira. Entendiendo que ambos fenómenos están vinculados en la aparición de riesgos psicosociales en el trabajo, viéndose la necesidad por parte de las organizaciones en preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados.

La organización internacional del trabajo (OIT) reconoce que el entorno laboral puede ser un agente capaz de deteriorar la salud de las personas durante el desempeño de su trabajo. Houtman y Kompier (2001) nos dicen que la salud mental viene determinada en parte por las características del entorno ocupacional, y de entre estas características los factores psicosociales y organizativos desempeñan un papel relevante.

2.1 ANTECEDENTES.

2.1.1. Internacionales.

Hermosa (2006) "Satisfacción Laboral y síndrome de Burnout en profesores de educación primaria y secundaria" En Ibagué (Colombia) el presente estudio es de carácter correlacional, teniendo como dimensiones del Burnout: el agotamiento, cinismo e ineficacia, se tomó una muestra de 29 profesores, usando como

instrumento la Escala de Satisfacción Laboral Docente, compuesta por 22 ítems, indican que buena parte de la muestra en conjunto tiene un nivel de Burnout bajo, se destaca el hecho de que el 34 % reporte un alto grado de cinismo y el 31% reporte un nivel medio de ineficacia. Además en cuanto a las hipótesis de carácter correlacional, los resultados indican la existencia de correlaciones significativas entre las dimensiones del Burnout y la Satisfacción Laboral donde se mantiene una correlación positiva pero débil.

Sauter y Murphy, (1995) señalan que los niveles altos de estrés en el trabajo afectan negativamente la productividad, la salud y el bienestar del trabajador. En un estudio a nivel nacional en los Estados Unidos de Norteamérica, un tercio de los encuestados respondieron que: “el estrés laboral es el estrés más grande de sus vidas” Los resultados de este estudio también indican que la proporción de trabajadores que contestaron “sentirse altamente estresados” aumenta en más del doble de 1985 a 1990, y que los trabajadores que contestaron “tener múltiples enfermedades relacionadas al estrés” se incrementaron del 13% al 25%. La creciente publicación sobre las consecuencias del estrés laboral tanto para los trabajadores como para las organizaciones está reflejada en el aumento del número de estudios de estrés ocupacional publicados en la literatura médica y psicológica. Existe un número bastante amplio de publicaciones sobre estrés laboral, estrés en el trabajo, o estrés ocupacional en sus títulos en comparación con los estudios del estrés familiar.

2.1.2. Nacionales

Efectuada la revisión correspondiente en la facultad de psicología y medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, Universidad Católica de Santa María, Universidad Católica San Pablo, Universidad Alas peruanas y en el Internet se pone de

manifiesto que no existen investigaciones científicas relacionadas con el tema de la tesis propuesta.

Andia, Menendez y Zapata (2008) "Estudio descriptivo de la presencia del síndrome de burnout en los docentes de la I.E 40033 San Agustín - Lima" En este estudio se trabajó con una muestra de 30 docentes y tuvo en cuenta tres dimensiones: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal. En la primera dimensión, se obtuvo que el 58.22% de los docentes presentan un nivel medio de la presencia de cansancio emocional, es decir los docentes están predispuestos a ser afectados por el síndrome de burnout, ya que según la escala del Maslash un nivel alto en esta dimensión determina la presencia del síndrome de burnout. En cuanto a la segunda dimensión, despersonalización, un 54.60% tiene un nivel medio de la presencia de esta dimensión. Es decir los docentes están medianamente afectados por la presencia del síndrome de burnout, ya que según la escala de Maslash se determina la presencia del síndrome si se presenta un nivel medio en esta dimensión. En la tercera dimensión se obtuvo un 50.87%, es decir un nivel medio por lo tanto están propensos a tener la presencia del síndrome de burnout ya que según la escala del Maslash, un nivel bajo en esta dimensión determina la presencia de este síndrome.

1.1.3. Local

Postigo y Quintanilla (2009) en su tesis "Síndrome de burnout y optimismo disposicional en profesores de nivel primario" este estudio es de tipo correlacional y se realizó en la ciudad de Arequipa con una población de 1850 docentes de la UGEL Norte en instituciones educativas públicos y privados con una muestra de 400 docentes, así mismo analizó si existen diferencias de género y de tipo de

institución educativa en cuanto al síndrome de Burnout y el Optimismo Disposicional. Teniendo como instrumento el cuestionario de Burnout (CBP). Los resultados indicaron una correlación lineal negativa moderada entre las variables. Además los docentes de instituciones educativas públicas presentan un elevado índice de Síndrome de Burnout que los docentes de instituciones educativas privadas.

De la Cruz Hinojosa (2014) Perfil sociodemográfico, Frecuencia de Síndrome de Burnout y su asociación con el Nivel de Ansiedad en Internos de Medicina de dos Hospitales públicos de Arequipa, se propuso Determinar el Perfil sociodemográfico, la Frecuencia de Síndrome de Burnout y su asociación con el Nivel de Ansiedad en Internos de Medicina de dos Hospitales públicos de Arequipa, 2014 siendo una relación significativa con $r=0.046$ es decir una relación moderada

2.2 SÍNDROME DEL TRABAJADOR QUEMADO BURNOUT

El síndrome Burnout fue un concepto planteado por el psiquiatra psicoanalista Freudenberg (1974), pero fue Maslach (1976) quien utilizó el término públicamente para describir una situación frecuente en los trabajadores de los servicios humanos que por la naturaleza de su trabajo debían mantener un contacto directo y frecuente con diversas personas, este término es de lengua inglesa que significa literalmente quemadura, pero para efectos de una traducción más exacta relacionada con el tema, el término sería equivalente a agotamiento mental, estrés o fatiga laboral. Desde hace muchos años se estudió el síndrome de Burnout en la totalidad de los trabajadores, desde personal de atención de emergencias, estudiantes, profesores y últimamente ha tomado principal interés en profesionales de la salud (Masuko, Yamagishi, Kishi & Miyake, 1989), encontrándose la relación de este síndrome con el exceso de horas de trabajo, pocas vacaciones, demanda de concentración, estilos de vida poco saludables, falta de recreación y esparcimiento, excesiva demanda laboral, poca satisfacción

en el trabajo, baja motivación laboral, baja autoestima, conflictos familiares o pobre soporte familiar y social (Martínez, 1997). El origen del estrés se relacionan con la presión de tiempo para realizar un trabajo, lo que causa mayor insatisfacción y a la vez este se asocia a las relaciones que mantienen los colaboradores entre sí y con los clientes, a un mayor nivel de estrés ocupacional se asocia menor satisfacción en la práctica profesional y mayores actitudes negativas hacia el sistema de una organización; más aún esta asociación es más significativa en mujeres dedicadas a las labores de la casa (Wagner & Jason, 1997) y dentro de los factores de desmotivación encontramos el aburrimiento, falta de interés, ausentismo, falta de oportunidad laboral y de estímulos (Richardsen & Burke, 1991). Golembiewski (1989), describen al síndrome de Burnout como una falta progresiva de idealismo, energía y propósito, mientras que otros estudios en el ámbito de la psicología organizacional lo consideran como un estado de desgaste emocional (López, López & Jareño, 2009). Actualmente el síndrome de Burnout es una enfermedad descrita en la clasificación internacional de enfermedades (OMS, 1992) en el apartado de problemas asociados con el desgaste profesional, dentro de la categoría de problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida.

El burnout se puede definir como un estado de poco bienestar físico, emocional y agotamiento mental que es el resultado a largo plazo de la participación en situaciones de trabajo emocionalmente exigentes (Schaufeli & Greenglass, 2001). La incidencia de burnout se creía originalmente exclusiva de los profesionales de servicios asistenciales, pero ahora se reconoce como un fenómeno generalizado en una variedad de grupos ocupacionales (Cordes & Dougherty, 1993). La investigación indica el síndrome tiene consecuencias negativas tanto para el individuo como para la organización presentando los trabajadores falta de compromiso, y son menos capaces de proporcionar servicios adecuados, sobre todo en cuanto a la toma de decisiones (Fryer, Polonia, Bross & Krugman, 1988). El burnout conlleva a los trabajadores a estar demasiado agotados para dar de sí mismos y a la

organización (Sanimut, 1997), es por ello que Maslach y Schaufeli (1993) revisaron varias definiciones de burnout, y llegaron a la conclusión de que estas comparten cinco elementos que son los siguientes: (a) hay predominio de los síntomas de fatiga, agotamiento emocional, cansancio y depresión, (b) pueden ocurrir diversos síntomas atípicos de malestar físico; (c) los síntomas del burnout se relacionan con el trabajo, (d) los síntomas se manifiestan en personas sanas que no sufrieron alguna psicopatología anteriormente y (e) la disminución de la eficacia y el rendimiento en el trabajo (Schaufeli, Bakker, Hoogduin, Schaap & Kladler, 2001). La exploración del síndrome de burnout se ha realizado generalmente con el inventario Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1981). Este inventario es actualmente el instrumento más ampliamente utilizado para medir el síndrome de burnout, el cual se ha utilizado en más del 90% de la investigación empírica (Schaufeli & Enzmann, 1998), el cual en su tercera edición se logró desarrollar las tres versiones del inventario: La versión general, la versión para educadores, y la versión para trabajadores de servicios asistenciales. Las dimensiones del síndrome de burnout se conceptualizan de manera diferente, dependiendo de la naturaleza del trabajo en cuestión. En las versiones dirigidas a trabajadores de servicios asistenciales y educadores, las tres dimensiones del síndrome son: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Para los trabajadores que no laboran en contextos asistenciales o educativos la versión general del inventario ha sido desarrollada para hacer frente a esta necesidad presentando dimensiones diferentes como agotamiento, cinismo y eficacia profesional (Maslach, Jackson & Leiter, 1996). Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996) señala que el agotamiento se refiere a sentimientos de exigencia laboral altos que producen el agotamiento de recursos emocionales y físicos. El cinismo es visto como una respuesta negativa e insensible de diversos aspectos del trabajo y la eficacia profesional se describe como la sensación de competitividad, productividad y rendimiento en el trabajo.

2.2.1 Síntomas y consecuencias del síndrome de burnout

A nivel psicosocial el síndrome genera problemas en las relaciones interpersonales, depresión, cinismo, ansiedad, irritabilidad y dificultad de concentración (OMS, 1992). Generalmente el aislamiento con otras personas y los problemas conductuales pueden surgir hacia conductas de alto riesgo como: juegos de azar, comportamientos riesgosos contra la salud o autoeliminación; en cuanto al cansancio se refiere más al aspecto emocional que se manifiesta en la relación que se lleva con otras personas y el nivel de autorrealización (Moreno – Jiménez, Morett, Rodriguez – Muñoz, & Morante, 2006). En cuanto a los daños físicos, se manifiesta el insomnio, deterioro cardiovascular, problemas de sueño, desordenes gastrointestinales, alergias, asma, fatiga crónica, problemas con los ciclos menstruales o incluso daños a nivel cerebral (Esteva, Larraz, & Soler, 2005). El abuso de sustancias, como las drogas, y la presencia de enfermedades psicosomáticas, son también signos que se presentan como daños físicos (Esteva, Larraz & Jiménez, 2006).

En el ámbito laboral, se observa una disminución de la productividad y calidad de trabajo, actitud negativa hacia las personas a las que se le brinda un servicio, deterioro de relaciones interpersonales entre compañeros de trabajo, aumento progresivo del ausentismo, disminución del sentido autorrealización y baja tolerancia a la frustración (Casas, Repullo & Lorenzo, 2002).

2.2.2 Causas del síndrome de burnout

Basados en diferentes estudios realizados en los ámbitos de la psicología organizacional y de la salud, se observa que el síndrome de Burnout se encuentra relacionado con actividades que vinculan al trabajador con el trato directo con personas, condiciones en las cuales el contacto con estos es parte de la naturaleza del trabajo, generalmente este tipo de causas se presenta en profesiones como: enfermeras, consultores, doctores, trabajadores sociales, profesores, vendedores y

encuestadores (Galobart, Grau, Sicras, & García, 1995). También se suele relacionar con los horarios de trabajo excesivos y altos niveles de exigencia, las cuales se han convertido en una costumbre en las organizaciones y que los trabajadores cumplen en función a la posible pérdida de trabajo o cumplimiento de metas (Tov, Rubin, & Laive, 1995). En conclusión por las condiciones antes mencionadas, el síndrome de Burnout puede llegar a generarse cuando el trabajo resulta ser excesivo o existe una desvalorización del trabajo, lo cual conlleva a una confusión entre las expectativas del trabajador con las prioridades de la organización (Atance, 1997).

El estrés laboral viene a ser un factor de riesgo importante para el desarrollo del síndrome de Burnout, el cual llega por medio de un proceso de ajuste psicológico entre el trabajador que se encuentra bajo estrés y el trabajo estresante de por sí (Cherniss, 1980). En cuyo proceso se distingue tres fases: la fase del estrés, en la cual se presenta un desajuste entre las demandas laborales y los recursos del trabajador; la fase del agotamiento que es donde se dan respuestas crónicas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga y por último la fase de agotamiento defensivo que es el surgimiento de cambios de conducta del trabajador tales como el cinismo. A nivel cognitivo Cherniss (1980) observa los siguientes factores como: El factor organizacional que dificulta la realización del trabajo como la ausencia de recursos; el nivel de alineamiento entre los objetivos y valores del trabajador con los de la organización, si a largo plazo no se logran los objetivos del trabajador por ser poco realistas, se generan sensaciones de frustración que pueden originar el síndrome; luego las falsas expectativas del trabajador en cuanto a la labor, esta situación conlleva a aumento de los niveles de estrés y frustración para el trabajador; y por último los bajos niveles de desafío, autonomía, control y retroalimentación sobre resultados, y el respaldo social de los compañeros de trabajo; comprobándose en el estudio de Cherniss (1990) En el que los factores previos antes mencionados, desde un aspecto positivo, se relacionan con auto eficacia y experimentan menos estrés. Por lo que son menos propensos a

desarrollar el síndrome, y en su sentido inverso, los bajos niveles de auto eficacia fomentan el desarrollo del síndrome.

En cuanto a las relaciones trabajador – cliente, el síndrome se manifiesta con el agotamiento emocional que puede surgir en relación con los clientes, especialmente en momentos de incertidumbre o en la sensación de falta de control (Cahoon & Rowney, 1984) como por ejemplo: en la ejecución de un proyecto o el mantenimiento de una relación comercial difícil. La comparación con los compañeros de trabajo, la ausencia de apoyo de los mismos en situaciones de estrés, intensa crítica, o comentarios relacionados con aparente incompetencia, conlleva a que los trabajadores no pidan ayuda con lo que aumenta la despersonalización y baja autorrealización que en su conjunto con el agotamiento emocional originan el síndrome (Cabezas, 1998). Según Barranza, Carrasco y Arreola (2007) se entiende que las personas llegan a padecer el síndrome de Burnout como consecuencia del estrés laboral y las tensiones que esta genera, el estrés se origina comúnmente por las demandas excesivas de trabajo y la falta de revalorización del puesto que conlleva a una pérdida de autonomía, ansiedad, pérdida de control, baja autoestima, irritabilidad, cansancio, desgaste, confusión y fatiga. Es bajo este ambiente que el trabajador se aleja del trabajo por medio de la despersonalización y el cinismo hasta la pérdida de empatía con los compañeros de trabajo y con los clientes.

Se estima que el exceso de alineación en los procesos de los trabajos y las normas de los mismos genera un ambiente positivo al desarrollo del síndrome de Burnout, generalmente en organizaciones que se caracteriza por la burocracia, también nombra que los ambientes organizacionales donde prima la rutina, monotonía y la falta de control en ciertos procedimientos conlleva a su vez al desarrollo del síndrome, sin embargo las organizaciones que son más flexibles en las características antes mencionadas, pueden desarrollar el síndrome si ocasionan situaciones de ambigüedad de rol, conflictos personales o inexistencia de una estructura eficiente que guie hacia el logro de metas,

el apoyo social entre compañeros de trabajo es importante, pues la falta del mismo conllevará al desarrollo del síndrome (Fernández, García del Río, Hidalgo, López, Martín & Moreno, 2006).

Leiter (1992) nombra una variedad de factores que se inician por el desarrollo de sentimientos de agotamiento emocional en el trabajador que conllevan a la generación de una actitud despersonalizada hacia los compañeros de trabajo y los clientes y que concluye a perder el compromiso personal y el poco interés en la realización personal en el trabajo; a largo plazo estas actitudes se desarrollan en sentimientos de remordimiento y culpa por los desajustes que el síndrome ocasiona.

2.2.3 Relación entre calidad de vida profesional y síndrome de burnout

La relación entre calidad de vida profesional y el síndrome de Burnout, se ha observado más en el campo profesional de atención hospitalaria, como el estudio de Fernández, Moreno, Hidalgo, García del Río y Martín (2007), en la que se observa que la calidad de vida profesional de los médicos residentes es baja debido a la presencia de un malestar profesional por la atención de personas con problemas de abusos y dependencia de sustancias, corroborando dichos resultados con el estudio realizado por De las Cuevas (2003) en la que trabajadores profesionales que atendían pacientes con similares enfermedades mostraban similares resultados en cuanto a calidad de vida profesional; el estudio de Pedrero, Puerta, Lagares, Saéz y García (2004) exploró el síndrome de Burnout en profesionales de drogodependencias, concluyendo que la mayoría de profesionales padecía del síndrome, al parecer la atención de pacientes con enfermedades que se relacionan con el consumo de sustancias genera una tensión en los profesionales que los atienden basado en altos niveles de agotamiento emocional; sin embargo Juevete, Lacalle, Riesgo, Cortés y Mateo (2005) realizaron un estudio donde se observó similar nivel de calidad de vida profesional en trabajadores de atención primaria de un nosocomio de España, por la atención de pacientes con enfermedades infecto – contagiosas.

Como se observó líneas arriba, específicamente en el estudio de Pedrero et.(2004) el agotamiento emocional es el ítem en donde la mayoría de los estudios señalan como una variable que desarrolla el síndrome de Burnout, como se especifica en los estudios de Shirom (1989) y Garden (1989), en donde se observa que los trabajadores norteamericanos desarrollan como primer síntoma del síndrome, el agotamiento emocional y es este agotamiento emocional la dimensión que más se relaciona con consecuencias físicas negativas en la salud de los profesionales médicos (Mingote, Moreno – Jiménez, & Gálvez, 2006); pero también se confirma una correlación significativa entre los distintos componentes del síndrome de Burnout con las dimensiones que conforma la calidad de vida profesional, relación observada en los médicos de atención primaria de los hospitales españoles (Rodríguez, Blanco, Issa, Romero & Gay, 2005), esta correlación entre ambos conceptos indica que cuando los trabajadores perciben una alta calidad de vida profesional, ese hecho se relaciona con menos desgaste emocional, de igual manera si existe apoyo directivo, el trabajador se siente más motivado en su trabajo, observándose menores niveles de agotamiento, baja sobrecarga laboral, menos actitudes de despersonalización frente a clientes y mayor realización profesional en el centro de trabajo (García, Gálvez & Rodríguez, 2009). En esta última variable que se refiere a la realización profesional, Fernández, et. Al. (1995) indican la importancia de introducir modificaciones en las condiciones de trabajo y en la organización empresarial en función a la satisfacción profesional. Sin embargo la sobrecarga laboral viene a ser también una variable muy relacionada con la aparición del síndrome de Burnout, Nabitz, Zwijnenburg y Van der Voet (2000) observaron como la presión asistencial organizativa resultó ser la variable con una relación más significativa en la aparición del agotamiento emocional en distinto profesionales, o el estudio de Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli (2000) en la cual indica una relación positiva de la sobrecarga laboral con el síndrome de Burnout, al igual que el estudio de Atance (1997) que hace referencia a la correlación existente entre el síndrome de Burnout y

la sobrecarga laboral en profesionales sanitarios asistenciales teniendo como consecuencia una disminución de la calidad del trabajo.

Como se observa las relaciones entre las diferentes dimensiones del síndrome de Burnout y la calidad de vida profesional suelen ser positivas, también se indica relaciones inversas como el observado en un estudio realizado a profesionales de la salud en un centro de atención español en donde resulta que estos profesionales mostraban un alto nivel de compromiso con el trabajo que realizaban, traduciendo esta variable como una alta motivación intrínseca, que compensaba a las variables de agotamiento personal y despersonalización, concluyéndose también que los profesionales que presentaban una baja motivación presentaron menores niveles de realización personal y de forma inversa, aquellos profesionales con un alto nivel de apoyo directivo presentaron mayores niveles de realización personal (Price & Spence, 1994), es justamente el apoyo directivo un factor vital, ya que su ausencia desarrolla el síndrome de Burnout en especial en los profesionales más ajenos a la organización (Duxbury, Armstrong & Drew, 1984), estas relaciones inversas no solo pueden depender de una motivación intrínseca en los profesionales, sino también de variadas estrategias de afrontamiento que puedan poseer para enfrentar este tipo de trabajos, así como también variables relacionadas con rasgos de personalidad (Arbinaga & Vásquez, 2002).

En la mayoría de las investigaciones realizadas sobre esta relación de variables, generalmente se ha observado que los estudios se han centrado en profesionales sanitarios, sin embargo esta relación es también observada en trabajadores que se encuentran en el ámbito educativo (Arias & Gonzales, 2008) o en el ámbito deportivo (Martín, Campos, Jiménez & Martínez, 2007). Aun así a nivel empresarial, la calidad de vida profesional es un concepto nuevo, sin embargo destaca la investigación de Anand y Arora (2009), que explora la satisfacción y calidad de vida con el síndrome de burnout en ejecutivos de compañías multinacionales; concluyéndose que los ejecutivos presentan bastante

cansancio y agotamiento emocional después de pocos años, relacionado esto con una baja calidad de vida. Como se observa el concepto de calidad de vida y calidad de vida profesional no difieren mucho en esencia ya que según Corrigan (2001) la calidad de vida viene a ser la orientación cognitiva basada en el juicio subjetivo de la situación de la vida de la persona con sus propias expectativas; entre tanto García (1993) nos indica que la calidad de vida profesional es la experiencia del bienestar derivado del equilibrio que se percibe entre las demandas o carga de trabajo y relacionales con las que se dispone para poder afrontar estas demandas, siendo así la sincronización entre la situación actual de la vida y sus expectativas con las mismas o el equilibrio entre las demandas de trabajo y los aspectos relacionales suficientes para poder afrontarlos, ambos desencadenan en satisfacción que tiene como consecuencia un estilo de vida saludable y productivo (Corrigan, 2001). Entonces como se observa los profesionales que laboran en ámbitos netamente administrativos presentan también indicadores importantes con respecto a estas dos variables; a diferencia de los profesionales sanitarios o educativos, los profesionales de las empresas encuentran incapacidad para manejar el estrés por la manera en que tienen que desarrollar su carrera ya que ellos necesitan trabajar de una manera más eficaz para el progreso de la misma, para ello tienen que ser fuertes tanto físicamente como psicológicamente, a este nivel el estrés en el trabajo puede dar a lugar a emociones negativas como la ira, la ansiedad o la depresión lo que a lo largo del tiempo conducen a desarrollar el síndrome de Burnout (Gaines & Jermier, 1983), más aun si se observa que en el ámbito empresarial, la competencia es tenaz, ámbitos en donde más allá de la naturaleza del trabajo, se toma en cuenta otras variables como la edad o el nivel educativo; Schenfeli y Brunk (1992) identificaron que el síndrome de burnout se presenta principalmente en jóvenes de alto nivel educativo entre las edades de 30 a 40 años que laboran en ámbitos empresariales que implican decisiones de importantes inversiones.

2.2.3.1. Desgaste emocional

Se define en forma genérica sin énfasis en los aspectos emocionales acerca de los que reciben en el trabajo, los ítems provienen del MBI-HSS para profesionales de la salud, algunos modificados. Incluyen sensación de agotamiento, de estar acabado al final de la jornada, cansancio, fatiga, tensión de origen emocional, pero que se manifiesta en forma de una falta de energía para realizar la actividad.

2.2.3.2. Cinismo

Refleja la actitud de indiferencia, devaluación y distanciamiento ante el propio trabajo; el valor y significación que se le pueda conceder. Representa igualmente una actitud defensiva ante las agotadoras demandas provenientes del trabajo, y se manifiesta en forma de pérdida del interés laboral, del entusiasmo y cuestionamiento de la valía de la labor que se realiza.

2.2.3.3. Eficacia profesional.

Está relacionada con las expectativas que se tienen en relación con la profesión que se desempeña, y se expresa en las creencias del sujeto sobre su capacidad de trabajo, su contribución eficaz en la organización laboral, de haber realizado cosas que realmente valen la pena y de realización profesional.

2.2.4. DISCRIMINACIÓN CON OTROS CONSTRUCTOS

El concepto de burnout ha dado lugar a muchas discusiones por la confusión que genera a la hora de diferenciarlo con otros conceptos, pero Shirom (1989) afirma que el Burnout no se solapa con otros constructos de orden psicológico.

Centrándonos estrictamente en las diferencias del burnout con otros conceptos psicológicos y psicopatológicos, se puede demostrar que este síndrome se diferencia del: Estrés General, Estrés Laboral, Fatiga Física,

Depresión, Tedio o Aburrimiento, Insatisfacción Laboral, Acontecimientos Vitales y Crisis de la Edad Media de la Vida; aunque comparten algunos síntomas o procesos de evolución similares:

A. ESTRÉS GENERAL

En el diagnóstico diferencial entre el Estrés General y el síndrome de Burnout se plantea que el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el Burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Así también, es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles del ser humano a diferencia del S.B. que es un síndrome exclusivo del contexto laboral (Pines & Kafry, 1978).

Ampliando este punto, Caton y cols. (1988) plantea que ambos constructos, aunque compartan conceptos, son diferentes en factores como agotamiento y subutilización del profesional.

B. ESTRÉS LABORAL

En relación al Estrés Laboral, Schaufeli y Buunk (1996), diferencian al S.B. en función al proceso de desarrollo; explicando que este último es la ruptura en la adaptación que va acompañado por un mal funcionamiento crónico en el trabajo. La persona va deteriorándose, colapsa y acaba en un nivel estable de mal funcionamiento en el trabajo. El estrés laboral es un proceso de adaptación temporal más breve que va acompañado por síntomas mentales y físicos. El sujeto puede volver a sus niveles normales o iniciales de funcionamiento otra vez.

Por lo tanto, el SB se lo podría considerar como un estado de estrés laboral prolongado, que tiene la cualidad de inadaptación al estrés producido en el contexto de trabajo. Es importante señalar que el estrés laboral no necesariamente conduce al burnout (Pines, 1993).

Otra diferencia importante entre las características de ambos constructos es que el SB está asociado a actitudes negativas hacia los

usuarios, el trabajo y la organización a diferencia del estrés laboral que no se lo asocia con actitudes negativas.

C. FATIGA FÍSICA

Para diferenciar la Fatiga Física del síndrome de Burnout se considera el proceso de recuperación (Pines y Aronson, 1988), ya que el SB se caracteriza por una recuperación lenta y acompañada de sentimientos profundos de fracaso, mientras que en la fatiga física la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos realización personal y a veces de éxito.

D. DEPRESIÓN

Oswin (1978); Maher (1983); Firth, McIntee, McKeown y Britton (1986) se plantean que es probable que haya un solapamiento entre los términos Depresión y Burnout. Por el contrario, McKight y Glass (1995), Leiter y Durup (1994), y Hallsten (1993) demuestran a partir de investigaciones empíricas que los patrones de desarrollo y etiología son distintos; aunque estos fenómenos puedan compartir algunas sintomatologías. Se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el Cansancio Emocional, pero no con las otras dos dimensiones del SB (realización personal y despersonalización).

Otra característica que diferencia a éstos constructos es que el SB se lo asocia al trabajo y situaciones específicas, al menos al inicio, y que sus síntomas suelen ser temporales. La depresión, por el contrario, puede surgir en otros contextos (personal, social, familiar) con síntomas profundos y generales. Es decir, que la depresión se la entiende como un fenómeno más amplio.

Siguiendo la misma línea, se señala que uno de los síntomas más destacados en la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el SB los sentimientos que predominan son la cólera o la rabia (Manassero & cols., 2003; Mingote, 1997; Pines, 1993; Warr 1987;

Meier, 1984). Aunque por otro lado, encontramos que Feudenberg (1974) considera que la depresión es uno de los síntomas más característicos del SB. La teoría de COR, Hobfoll & Shirom (2001), sugiere otro planteamiento cuando explica que los síntomas de la depresión pueden emerger en una etapa posterior al SB, es decir cuando las pérdidas ascienden (Manassero & cols, 2003).

Apoyando éste último, Hättinen y cols. (2004), concluyen a partir de los diversos planteamientos revisados, que hay mayor aceptación en considerar a la depresión como una consecuencia negativa del SB (Burke, Greenglass, & Schwarzer, 1996; Cooper et al., 2001; Glass, McKnight, & Valdimarsdottir, 1993; Leiter & Durup, 1994; Schaufeli & Enzmann, 1998).

E. TEDIO O ABURRIMIENTO

Los términos Tedio o Aburrimiento han sido utilizados en diversas situaciones y les han dado diferentes significados. Por lo tanto, para explicar las diferencias con el síndrome de burnout, es conveniente realizar un análisis según cada autor.

Hallberg (1994) distingue la diferencia de los términos en el proceso de desarrollo, planteando que cuando aumenta el agotamiento emocional, disminuye el tedio. Entonces, sería este proceso lo que lleva al trabajador a desarrollar el SB.

Otro tipo de diferenciación es la que hacen Faber (1983) y Pines & cols. (1981) cuando limitan al SB a las profesiones asistenciales y aplican el término de tedio o aburrimiento a los otros tipos de trabajos que no tienen características humanitarias.

Pines & Krafy (1978) y Maslach & Jackson (1981) concuerdan en que el SB es generado por repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio o aburrimiento puede resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del sujeto.

Por otro lado, apoyan que ambos términos son equivalentes cuando el fenómeno es consecuencia de la insatisfacción laboral.

2.2.5. INSATISFACCIÓN LABORAL

Según Maslach & Jackson (1981) la Insatisfacción en el Trabajo no necesariamente coexiste con el SB; es decir que los niveles de burnout pueden darse con sentimientos de satisfacción en el trabajo o viceversa. Un sujeto insatisfecho laboralmente puede no padecer SB puntuando bajos niveles de despersonalización y de cansancio emocional.

No obstante, es importante matizar que las investigaciones demuestran que la insatisfacción laboral está positivamente correlacionada con el CE y la DP, pero tiene una débil relación con el RP. Firth & Britton (1989) y Jayaratne & Chess (1983) defienden que la DP y CE son componentes característicos del SB, y en la insatisfacción laboral no se producen.

2.2.6. ACONTECIMIENTOS VITALES Y CRISIS EN LA EDAD MEDIA DE LA VIDA

Se afirma que la crisis de la edad media de la vida del sujeto se diferencia del SB, porque tal crisis se puede desencadenar cuando el profesional hace un balance negativo de su posición y desarrollo laboral. Y sin embargo, el SB se da con mayor frecuencia en los jóvenes que se han incorporado recién en su nuevo empleo; porque éstos no suelen estar preparados para afrontar los conflictos emocionales que se les presentan desde el exterior (Hill & Millar, 1981; Broufenbrenner, 1979).

De los múltiples estudios empíricos realizados se pueden extraer, de forma global, dos posturas ante la conceptualización del SB. Por un lado, algunos plantean que la conceptualización del burnout sigue siendo un obstáculo para la investigación; y el problema principal es la imprecisión y ambigüedad del concepto estrés (Peiró, 1993). Un ejemplo de esto, expone Garcés de Los Fayos (2003), es el hecho que mientras Meier (1984) afirma que el constructo burnout cumple los criterios de validez convergente y discriminante, Moreno, Oliver y Aragoneses (1991)

demuestran que la validez del constructo es muy criticada. En este sentido, Davidoff (1980) plantea que quizás se esté utilizando un nuevo término para definir antiguos problemas, ya que el SB tiene una semejanza grande con otros constructos.

Sin embargo, en la actualidad, son muchos los que defienden al SB como un síndrome con identidad propia. Plantean que para diferenciarlo de otros constructos es imprescindible tomar en cuenta su multidimensionalidad (CE; DP y falta de RP), su relación con variables antecedentes-consecuentes y su proceso de desarrollo progresivo y continuo; suponiendo éste último la interacción secuencial de variables emocionales (CE y DP), cognitivas (RP) y actitudinales (DP) dentro de un contexto laboral (Ramos, 1999; Gil-Monte y Peiró, 1997).

2.2.7. PROCESO DE DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El burnout es un estado que se desarrolla secuencialmente, en lo referente a la aparición de rasgos y síntomas globales. Es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos, y todo ese proceso que engloba el burnout. En cierta medida varía de una persona a otra. Puede ser que estas variaciones hayan influido en las discrepancias entre algunos autores en el momento de definir el síntoma que se presenta en primer lugar, la secuencia del proceso, el protagonismo que se concede a cada síntoma, en el tiempo, en la explicación de los mecanismos explicativos, etc. Por lo tanto, hay una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del síndrome de burnout, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio. Algunos de estos autores son: Manzano (1998), Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995), Golembiewski, Sun, Lin y Boudreau (1995), Farber (1991), Leiter y Maslach (1988), Pines y Aronson (1988), Cherniss (1982, 1980), Edelwich y Brodsky (1980), entre otros.

Para Edelwich y Brodsky el desarrollo del síndrome de burnout tiene cuatro etapas en profesiones de ayuda: la primera es el entusiasmo ante el nuevo puesto de trabajo acompañado de altas expectativas; luego aparece el

estancamiento como consecuencia del incumplimiento de las expectativas; la tercer etapa es la de frustración; y por último la cuarta etapa es la apatía como consecuencias de la falta de recursos personales del sujeto para afrontar la frustración. La apatía implica sentimientos de distanciamiento y desimplicación laboral, y conductas de evitación e inhibición de la actividad profesional.

Cherniss (1982) postula que el burnout se da en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso. El proceso lo describe en tres fases: fase de estrés, fase de agotamiento y fase de afrontamiento defensivo.

- Fase de estrés: Esta fase consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos.
- Fase de agotamiento: Se refiere a la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibrio, es decir que el trabajador presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento.
- Fase de afrontamiento: Esta fase implica cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los clientes.

EL modelo de Agotamiento y descuido.

El Modelo Farber (1991) describe seis estadios sucesivos:

- Entusiasmo y dedicación.
- Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales.
- No hay una correspondencia entre el esfuerzo y los resultados y recompensas.
- Se abandona el compromiso e implicación en el trabajo.

- Aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales.

Procesual de Leiter surge a partir del modelo secuencial de Leiter y Maslach (1988), y plantea que la aparición del burnout se da a través de un proceso que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. Esto provocaría Cansancio Emocional en el trabajador, para luego experimentar la Despersonalización como una estrategia de afrontamiento. El proceso concluye con baja Realización Personal como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales, es decir que las estrategias de afrontamiento no son afines con el compromiso exigible en el trabajo asistencial.

Como se puede observar, son tres las dimensiones que explican la evolución del síndrome. De éstas, el agotamiento emocional es el aspecto clave en este modelo y se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía, etc. La despersonalización experimentada por el trabajador se refiere a una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento. Ésta implica actitudes y sentimientos cínicos, negativos sobre los propios clientes, que se manifiestan por irritabilidad y respuestas impersonales hacia las personas que prestan sus servicios.

Por último, la dificultad para la realización personal en el trabajo son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es el deterioro del auto concepto acompañado de sensaciones de inadecuación, de insuficiencia y de desconfianza en sus habilidades para hacer la diferencia.

A diferencia del modelo expuesto, Golembiewski y cols. Plantean otro en el que destaca que el síndrome no es exclusivo de las profesiones asistenciales, sino que puede darse en profesionales de otros ámbitos, como ser, vendedores, directivos, etc. También explican que el Burnout es un proceso progresivo y secuencial en el que el trabajador pierde el compromiso que tenía con sus funciones como reacción al estrés laboral.

Este modelo acepta la secuencia Despersonalización, bajo Logro Personal y Cansancio Emocional. A partir de ésta se plantea ocho fases que combinan las tres dimensiones en categorías de bajo-alto, y que permite clasificar al trabajador en función a la virulencia del síndrome. Por ejemplo, la primera fase incluye la combinación de baja despersonalización, baja dificultad en realización personal y bajo cansancio emocional, y en la octava fase se combina alta despersonalización, alta dificultad en realización personal y alto cansancio emocional. Este diseño permite clasificar a cada caso particular y a los grupos en función a la virulencia del síndrome, tomando en cuenta que las fases varían de un sujeto a otro y que no todos pasan por todas las fases.

Otros modelos a destacar de carácter integrador son los de Gil-Monte y cols. (1995) y Manzano (1998). El primero postula que las cogniciones de los sujetos influyen en sus percepciones y conductas, y a su vez estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus conductas y por la acumulación de consecuencias observadas. Por lo tanto, el auto concepto de las capacidades del sujeto determinará el esfuerzo y empeño para conseguir sus objetivos y sus reacciones emocionales. A partir de estos planteamientos, Gil-Monte y cols. Apoyan la tridimensionalidad del burnout, pero sugieren otra relación entre los mismos. Estos autores proponen que los profesionales experimentan una falta de "realización personal" y el incremento del "cansancio emocional". De ambos se deriva el manejo de estrategia denominada "despersonalización". Concluyendo, este síndrome sería una respuesta, como efecto de una valoración secundaria a la ineficacia del afrontamiento, al estrés laboral.

Manzano también apoya la tridimensionalidad del burnout, pero plantea otra secuencia, donde primero aparece la baja realización personal para evolucionar acompañada del cansancio emocional. Ante la cronicidad de estas dos dimensiones el sujeto desarrolla actitudes de despersonalización. Es importante señalar que en este modelo, siguiendo un continuo temporal, la segunda fase del proceso está muy cercana a la

tercera y, por lo tanto, pueden presentarse juntas o alternativamente (Manassero y cols, 2003; Ramos, 1999).

Hatinen y cols (2004), proponen, a partir de estudios empíricos sobre los patrones del SB, una secuencia de desarrollo de sus síntomas. Estos autores explican que los sentimientos de baja eficacia profesional representan las tempranas fases del SB, mientras que el cansancio emocional y el cinismo representan las fases más avanzadas

2.2.8. CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Existe un problema en la diferenciación entre los síntomas del burnout y las consecuencias como resultado de la confusión propia de la delimitación y definición del constructo.

La mayoría de las consecuencias del burnout son de carácter emocional. Esto se explica porque los estudios realizados se han basado en la definición operativa de Maslach: 12 de los 22 ítems de su escala apuntan al factor emocional, como ser los relacionados a la depresión, sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad.

Los síntomas cognitivos han sido menos estudiados, pero son de gran importancia por varias razones: en el comienzo del desarrollo del síndrome hay una incoherencia entre las expectativas laborales y lo real, lo que lleva a una frustración y depresión cognitiva, y que es por lo que se caracteriza este síndrome. Las consecuencias giran en torno a las dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.

La segunda dimensión que atribuye Maslach y Leiter (1996) al burnout, el cinismo, se refiere a la autocrítica, desvalorización, auto sabotaje, desconfianza y desconsideración hacia el propio trabajo.

El área conductual, que se ha sido poco estudiada hace referencia a la despersonalización. Las consecuencias del síndrome en este aspecto es la pérdida de acción preactiva, y las manifestaciones engloban el consumo aumentado de estimulantes, abusos de sustancias y, en general, hábitos dañinos para la salud.

Las consecuencias sociales apuntan sobre la organización donde el sujeto trabaja, ya que el SB puede llevar a que la persona quiera aislarse y evite la interacción social. La persona sufre y la empresa también paga un alto costo pues trae como consecuencia: el cinismo, retrasos, disminución de productividad, el absentismo, la rotación o fluctuación del personal, disminución del rendimiento físico y psicológico, disminución con el compromiso, afectaciones en la calidad del trabajo realizado, accidentes, las intenciones de abandonar el trabajo, indemnizaciones por conceptos de reclamación o certificados médicos, etc.

Las manifestaciones fisiológicas pueden cubrir síntomas como las cefaleas, dolores musculares (sobre todo dorsal), dolores de muelas, náuseas, pitidos aurales, hipertensión, úlceras, pérdida de la voz, pérdida de apetito, disfunciones sexuales y problemas de sueño. En general, pueden aparecer y/o aumentar los trastornos psicosomáticos y la fatiga crónica.

También se ha observado que las personas con altos niveles de burnout tienen menos satisfacción con la pareja y las conductas en el hogar son de irritación, disgusto y tensión. Esta situación incide especialmente en el deterioro de las interacciones personales.

Factores causantes del estrés laboral.		
Causas	Factores influyentes	Consecuencias posibles
Condiciones de Trabajo	<p>Sobrecarga cuantitativa de trabajo.</p> <p>Sobrecarga cualitativa de trabajo.</p> <p>Decisiones comunes.</p> <p>Peligro Físico.</p> <p>Trabajo por turnos.</p>	<p>Fatiga física o mental.</p> <p>Agotamiento del sistema nervioso.</p> <p>Irritabilidad.</p> <p>Tensión nerviosa.</p>
Papel desempeñado	<p>Ambigüedad de los papeles.</p> <p>Sexismo.</p> <p>Hostigamiento sexual.</p>	<p>Ansiedad.</p> <p>Disminución del rendimiento.</p> <p>Insatisfacción profesional.</p>
Factores interpersonales	<p>Mal sistema de trabajo y falta de apoyo social.</p> <p>Rivalidades Políticas.</p> <p>Celos profesionales.</p> <p>Falta de atención a los trabajadores por parte de la organización.</p>	<p>Tensión nerviosa.</p> <p>Hipertensión.</p>
Progresión profesional	<p>Avance demasiado lento.</p> <p>Avance demasiado rápido.</p> <p>Seguridad del empleo.</p>	<p>Baja de la productividad.</p> <p>Pérdida de la confianza en sí</p>

	Ambiciones frustradas	mismo.
Estructura orgánica	<p>Estructura rígida e impersonal.</p> <p>Discusiones políticas.</p> <p>Una supervisión o formación inadecuadas.</p> <p>Imposibilidad de participar en la toma de decisiones.</p>	<p>Irritabilidad e ira.</p> <p>Insatisfacción profesional.</p> <p>Pérdida de motivación.</p>
Relación hogar- trabajo.	<p>Repercusiones de la vida laboral en la familia.</p> <p>Falta de apoyo del cónyuge.</p> <p>Peleas domésticas.</p> <p>Estrés provocado por una doble carrera.</p>	<p>Conflictos psicológicos y fatiga mental.</p> <p>Falta de motivación y disminución de la productividad.</p> <p>Recrudescimiento de las peleas domésticas.</p>

Revista internacional de psicología (2003)

Síntomas descriptivos del Síndrome de Burnout

EMOCIONALES	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES
Depresión.	Pérdida de significado.	Evitación de responsabilidades.	Evitación de contactos.
Indefensión.	Pérdida de valores.	Absentismo.	Conflictos interpersonales.
Desesperanza.	Desaparición de expectativas.	Conductas inadaptativas.	Malhumor familiar.
Irritación.	Modificación del auto concepto	Desorganización.	Aislamiento.
Apatía.	Desorientación cognitiva.	Sobre implicación.	Formación de grupos críticos.
Desilusión.	Pérdida de la creatividad.	Evitación de decisiones.	Evitación profesional.
Pesimismo.	Distracción.	Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.	
Hostilidad.	Cinismo.		
Falta de tolerancia.	Criticismo Generalizado.		
Acusaciones a los clientes.			
Supresión de sentimientos.			

(Buendía y Ramos, 2001)

2.2.9. Clasificación de las dimensiones y consecuencias del Síndrome de Burnout:

Dimensiones.-

- Cansancio físico y psíquico. Agotamiento desgaste profesional.
- Despersonalización (robotización).
- Baja realización personal.
-

Consecuencias.-

- Desmotivación.
- Negativismo.
- Pasividad.
- Indiferencia.
- Muchos errores, indecisión.
- Consumo abusivo de alcohol, fármacos, drogas.
- Absentismo.
- Accidentes.
- Descenso del rendimiento.
- Baja productividad.
- Trabajo de poca calidad.
- Insatisfacción laboral.

(Ramos, 1999)

Como se puede observar, las consecuencias del Síndrome de Burnout afectan tanto al individuo como a la organización; ya que es un síndrome que se da en un contexto laboral. Por lo tanto, se pueden analizar sus implicaciones desde un punto de vista individual y organizacional.

2.3. LA IRA

2.3.1. Concepto de la ira

La ira es una emoción básica que sentimos todos. Es normal y suele ser saludable. Sin embargo, cuando se pierde el control, la ira se vuelve destructiva. A los niños puede traerles problemas con su familia, sus compañeros y su rendimiento escolar. Al igual que otras emociones, la ira llega acompañada de cambios fisiológicos. Tanto la frecuencia cardiaca como la presión arterial pueden aumentar. La ira puede deberse tanto a hechos internos como externos. Un niño, por ejemplo,

puede enojarse porque siente que sus notas no son buenas (interno) o bien porque un hermano le empujó (externo).

La manera natural de expresar la ira consiste en responder con agresión. Es la respuesta instintiva ante la percepción de amenazas físicas o verbales. Sin embargo, responder agresivamente a cada situación de amenaza no es sano ni seguro. La violencia acarrea problemas sociales, dificultades con la familia, problemas con la justicia y un daño físico o emocional. Por lo tanto, es importante enseñar a los niños, desde pequeños, formas saludables de controlar su ira.

2.3.2. Surgimiento de la ira

Surge como consecuencia del miedo, la inseguridad, la envidia, los celos, de no saber cómo actuar, etc.

Igualmente surge cuando no podemos controlar una determinada situación o no podemos controlar las acciones de los demás, o bien cuando no aceptamos determinados hechos o nos molesta la forma de actuar de quienes nos rodean.

Los problemas personales y los recuerdos de hechos traumáticos o situaciones que nos hicieron enfadar también pueden desencadenar este tipo de emociones.

Nos sentimos frustrados y esa frustración deriva en rabia, en cólera.

Tendemos a culpar a los demás o a las circunstancias de nuestros impulsos de ira. Con frecuencia utilizamos frases como "me sacas de quicio", "me pone a cien" culpamos al otro cuando nuestras actitudes sólo dependen de nosotros mismos.

Con este tipo de pensamientos tan sólo lograremos excitarnos y enojarnos aún más. No obstante, hemos de tener en cuenta que nuestro estado anímico y físico también influye notablemente. El cansancio, las prisas, la falta de tiempo, los ruidos fuertes o el estrés nos hacen estar más susceptibles.

2.3.3. Manifestación de la ira según las edades

En la primera infancia, los niños comienzan a adquirir la capacidad de reprimir los impulsos de agresión física (como empujar, golpear, pellizcar, morder, gritar) cuando están enfadados. Los niños en edad preescolar van aprendiendo a identificar los estados emocionales básicos en ellos mismos y en los demás mediante el uso de la palabra. Sin embargo, es frecuente ver niños que recurren a conductas de violencia física (arrojan juguetes, empujan o golpean a sus padres o compañeros) debido a que se están empezando a acostumbrar al uso de la palabra para expresar sus sentimientos.

A medida que crecen, adquieren habilidades lingüísticas más complejas y empiezan a tener la capacidad para ponerse en el lugar del otro. Desarrollan la empatía y llegan a comprender mejor el efecto que sus actos y palabras tienen sobre los demás. En los años más avanzados, ya deberían saber expresar su ira con palabras, no físicamente. Sin embargo, los niños con dificultades para hablar o controlar sus impulsos suelen luchar para controlar sus sentimientos de ira y pueden responder usando la fuerza física, gritos o negándose a obedecer las normas escolares o familiares.

Los adolescentes son acuciados por nuevos agentes agresores y preocupaciones que pueden provocar sentimientos de enojo y frustración, como la creciente necesidad de independencia e intimidad, además que aumentan las exigencias académicas, sociales y laborales. Algunos jóvenes expresan su frustración e ira negándose a verbalizar lo que sienten y piensan, mientras que otros reaccionan físicamente arrojando objetos o dando portazos. Algunos jóvenes tienen dificultades para manejar sus impulsos de agresión física y sus reacciones pueden llegar al punto de descargar su agresión en los demás. La cultura de grupo también puede tener un papel fundamental en la aceptación de la agresión física o verbal como respuesta adecuada a los sentimientos de ira.

2.3.4. La ira como Emoción

Las emociones básicas constituyen patrones individuales de conducta expresiva, cada uno asociado a un padrón específico de activación fisiológica y a una experiencia cognitiva – subjetiva o sentimientos específicos, todo ello implicando la existencia de un substrato neuroanatómico específico (Izard, 2001) Entre las emociones podemos distinguir al menos dos grupos las positivas y las negativas, en donde la ira está considerada como una emoción negativa por la mayoría de los teóricos de la emoción caracterizada por una experiencia efectiva desagradable o negativa y una alta activación fisiológica.

La ira es una emoción primaria, normal, universal y adaptativa que todas las personas experimentan en su vida cotidiana. En este sentido, se podría definir como un estado experiencial de naturaleza afectivo – subjetivo de valencia negativa, que varía en intensidad desde la irritación leve, el enfado moderado hasta la furia o la rabia intensa y que tiene lugar cuando se percibe que se ha impedido la consecución de los propios objetivos o metas o ha incurrido algo injusto de manera innecesaria. Sin embargo como experiencia de carácter psicobiológico, junto a este componente afectivo – subjetivo aparecen de forma simultánea componentes fisiológicos y cognitivos propios de esta emoción. Estos tres componentes interactúan entre sí de forma que se vive como una experiencia unitaria que las personas etiquetan como ira (Deffenbacher, 2004).

Como todas las emociones, la ira puede ser un estado, o puede ser un rasgo, es decir, la tendencia o disposición general y estable a experimentar estados de ira con mayor frecuencia o disposición general y estable a experimentar estados de ira con mayor frecuencia y/o intensidad, así como en un amplio rango de situaciones y a lo largo del tiempo. Igualmente, siguiendo la clasificación de Spielberger (2001), podrían distinguirse dos grandes estilos de expresión de la emoción de la ira, la expresión externa de la ira (cuando se observan conductas de expresión de la misma tanto a nivel verbal, como físico, hacia personas u objetos) y la expresión interna de la ira (cuando, a pesar de estar

sintiendo esta emoción, se realizan esfuerzos conscientes para inhibir y suprimir su manifestación).

No obstante, la ira, a pesar de ser una emoción de naturaleza innata, se caracteriza también por su carácter moral, cultural y social. Es decir, los factores sociales y psicobiológicos implicados en dicho estado tienen tanta o más importancia que su aspecto más biológico, puesto que tanto la forma de expresar la ira, como la intensidad de esta vivencia o los desencadenantes de dicha emoción son principalmente aprendidos desde la infancia dentro del procesos de socialización (Deffenbacher, 2004).

2.3.5. Delimitación conceptual: La ira y otros términos relacionados.

Existen diversos términos que han sido empleados habitualmente equivalentes al concepto de “ira”, como son agresividad y hostilidad. Sin embargo estos términos presentan diferencias más o menos importantes entre sí, las cuales se detallan en los siguientes apartados.

A. Agresión – ira – hostilidad:

Los términos agresión, ira y hostilidad se han empleado frecuentemente de forma intercambiable debido a la ambigüedad de sus definiciones y al fuerte solapamiento entre los mismos. Esto llevo a Spielberger (2001) a calificarlos conjuntamente bajo el epígrafe “síndrome AHA” a pesar de su denominación conjunta, los tres conceptos hacen referencia a constructos claramente diferentes, como se expone a continuación.

La ira constituye un “estado emocional” consistente en sentimientos que varían en intensidad desde una ligera irritación o enfado, hasta furia y rabia intensas, los cuales surgen ante acontecimientos desagradables y no están dirigidos a una meta (Spielberger, 2001) . La hostilidad, por el contrario connota un conjunto de “actitudes” negativas

complejas que motivan, en última instancia, conductas agresivas dirigidas a una meta, normalmente la destrucción o el daño físico de objetos o personas (Spielberger, 2001). Se trata, por lo tanto, de un componente cognitivo y evaluativo, que se refleja en un juicio desfavorable o negativo del otro, sobre el que se muestra desprecio o disgusto (Deffenbacher, 2004).

A diferencia de la ira, que representa el componente emocional, y la hostilidad, referida al componente actitudinal – cognitivo, la agresión constituye el componente comportamental del síndrome AHA, la cual puede definirse como la “conducta” voluntaria, punitiva o destructiva, dirigida a una meta concreta, destruir objetos o dañar a otras personas.

Son constructos interrelacionados en un continuo que sigue la siguiente secuencia. Un acontecimiento genera una emoción (ira), que se ve influenciada por una actitud negativa hacia los demás (hostilidad) y puede desembocar en una acción violenta (agresión), con consecuencias también de índole negativa es decir esta secuencia parte del núcleo del síndrome AHA, es decir, de la ira.

B. Escalas de la Ira.

Ira – Estado

El estado de la ira se define como una situación de condición emocional psicobiológica caracterizada por sentimientos subjetivos que pueden variar desde un moderado enfado o fastidio hasta una intensa ira o rabia. Esta va unida generalmente a tensión muscular y a excitación de los sistemas neuroendocrino y nervioso autónomo. A lo largo del tiempo, la intensidad del estado de ira varía en función de la injusticia percibida, del ataque o el trato injusto por parte de

los demás o de la frustración derivada de los obstáculos a la conducta pretendida (Spielberger, 2001).

Ira – rasgo.

Rasgo de ira se caracteriza por las diferencias individuales al percibir un amplio rango de situaciones como enojosas o frustrantes por la tendencia a responder a tales situaciones con incremento del estado de ira. Los sujetos con altas puntuaciones en rasgo de ira experimentan estados de ira más frecuentes y con mayor intensidad que los sujetos con un rasgo de ira más bajo (Spielberger, 2001).

Índice de expresión de ira.

Implica la manifestación de la ira hacia otras personas u objetos del entorno, el componente expresión interna de la ira consiste en dirigir la ira hacia el interior esto es reprimiendo los sentimientos de ira, el componente de control externo de la ira se basa en el control de los sentimientos de enfado evitando su manifestación entre las personas u objetos circundantes, finalmente control interno se relaciona con el control de los sentimientos de ira reprimidos mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas (Spielberger, 2001).

2.3.6. Control de la ira

Tanto la ira como la calma se aprenden. Por tanto, para conseguir el control de la ira es necesario aprender y practicar determinadas habilidades que nos ayudarán a conseguirlo.

En primer lugar, tenemos que asumir nuestra responsabilidad cuando nos exaltamos y hacernos responsables de nuestras conductas.

Saber de dónde procede, aceptarlo y comprendernos es fundamental para poder controlarla. Debemos saber dar respuesta a la pregunta por qué nos sentimos tan irritados ante una determinada persona o situación

y tener en cuenta que nosotros no podemos hacer que cambie la forma de ser, de pensar y actuar de los demás, no podemos modificar sus conductas. Saber que no podremos evitar esas situaciones o a esas personas que nos irritan, por lo que sería más inteligente por nuestra parte asumirlo.

No podemos expresar los sentimientos de enfado de un modo agresivo, sino de forma asertiva. Para ello, es necesario tener claro cuáles son nuestras necesidades y cómo satisfacerlas sin ocasionar daño a los demás.

Ser asertivo es ser respetuoso, sin arremeter contra los demás. Evitar pensamientos que puedan exaltarnos y que dan lugar a la excitación, tales como "a mí nadie me hace esto", "tú no eres quien para decirme a mí lo que tengo que hacer".

Aprender a calmarse y a controlar nuestras reacciones. Detectar los primeros indicios de la ira, tales como respiración agitada, ceño fruncido, labios apretados, ojos muy abiertos o muy cerrados, puños fuertemente cerrados, y alejarnos con prontitud de la situación que nos hace enfurecer.

Practicar técnicas de distracción como pensar en otra cosa. Si es preciso debemos contar hasta diez y no hablar hasta que nos hayamos calmado. En definitiva, se trata de transformar la ira o redirigirla, reprimiendo la rabia que sentimos en ese momento y teniendo pensamientos más positivos que nos permitan tener un comportamiento más constructivo.

La prevención y el tratamiento de los problemas derivados de una alta frecuencia e intensidad de la ira se vuelve especialmente relevante debido al impacto negativo que dicha emoción puede alcanzar tanto en la salud física como en la salud mental del individuo, así como en su ajuste social. Desde los años 90, la validación de tratamientos centrados en la regulación de la ira ha sido amplia, realizándose habitualmente desde un enfoque netamente Cognitivo – conductual aunque adaptándose distintos modelos y poniéndose en práctica con distintas

poblaciones. Una concienzuda revisión de la eficacia de estos tratamientos realizada a finales de los años noventa (Beck y Fernández, 1998) y mostraba la dificultad de definir intervenciones contundentemente válidas, encontrándose en la escasa validez del constructo en algunos estudios, así como la amplitud de las muestras y de la edad objetivo, o de la ausencia de categorías diagnósticas específicas para la ira (Lench, 2004). Algunas de las razones para que los resultados no sean contundentes, aun así se pueden presentar algunas propuestas que si han aportado reiteradamente resultados eficaces.

De acuerdo con Fernández Abascal y Palmero (1999), es importante establecer la distinción entre la intervención en “estrategias de choque” ante la respuesta de ira, que implicarían el incremento del autocontrol emocional y la interrupción en la respuesta de ira; y la intervención en “estrategias de consolidación” que llevarían al desarrollo de habilidades de afrontamiento pasivas (como la relajación o la respiración abdominal); reestructuración cognitiva de los sesgos, entrenamiento en solución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales.

Novaco (1975) respecto al control de la ira señala

- Mantener una orientación hacia la tarea antes que hacia la provocación y centrarse en uno mismo ayudará a disminuir el arousal de ira ante la provocación, en ocasiones, se percibe un incidente como un desafío o enfrentamiento, lo que lleva a la persona a tomar decisiones en una dirección agresiva o defensiva, mientras que si tiende a focalizar la atención la atención en la tarea realizar y los objetivos en los que se está trabajando en ese momento, se tomaran decisiones que conseguirán resolver el problema.
- Ante una provocación personal, una persona con alta autoestima tendrá una menor probabilidad de responder con ira que una persona con baja autoestima. Este hecho indica que un

fortalecimiento de la autoestima también ayudará a evitar respuestas de ira, por lo que se recomienda el entrenamiento en autovaloraciones positivas por parte del paciente, y la generalización de las mismas a través de diversas situaciones.

- La persona con habilidades para responder de manera asertiva a las provocaciones tendrá una menor probabilidad de experimentar ira que aquella persona que fácilmente se deja contraponer a la provocación. Esto implica que el desarrollo de habilidades que le permitan ser competente ante la provocación reducirá la respuesta de ira, esas habilidades pueden ser, por ejemplo, asertivas a la hora de pedir o negar algo, etc. Además, es conocido que este modo de comportamiento favorecerá que no se genere ira desde la propia conducta.
- Aprender a utilizar nuestra propia activación como señal de punto de partida para la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento no enfrentadas a la provocación incrementará la probabilidad de controlar con efectividad la ira.
- Aprender a identificar las secuencias de provocación en diferentes escenarios y momentos y utilizar auto instrucciones adecuadas a cada situación facilitará el control de la ira.
- Una persona incrementará el número de conductas de afrontamiento que no le enfrentan a la provocación cuánto más eficaz haya sido reduciendo su activación y experiencia de ira y cuantas más situaciones haya resuelto con éxito mediante estas estrategias. El refuerzo de estos éxitos favorecerá la aparición de estas conductas adecuadas de afrontamiento y mejorará la autoestima de la persona.

Deffenbacher (1994) señaló respecto al control de la ira.

- Aumentar la conciencia del déficit. Los pacientes con altos niveles de ira a menudo revelan una falta de conciencia que resulta

especialmente importante para un buen manejo de la ira. Para aumentar respuestas que conduzcan al empleo de habilidades de afrontamiento para reducir o controlar la ira es necesario que el paciente tome conciencia de la respuesta airada que está dando, y para ello hay que favorecer la realización de preguntas del tipo ¿Qué es lo que estoy haciendo? O ¿Cómo estoy respondiendo? En definitiva se trata de que el paciente desarrolle una sensibilidad especial a su respuesta de ira que le permita empezar a ponerle freno cuanto antes. Con esta intención puede ser adecuado el uso de videos con situaciones de enfados, discusiones, etc. En los que se enseñe cuáles pueden ser los indicadores que anuncian una respuesta de ira.

- Interrumpir el desarrollo de respuesta de ira. Consiste en conseguir que el paciente desarrolle algún tipo de estrategia con la que pueda cortar el desarrollo de la respuesta de ira que comienza a experimentar. Las estrategias utilizadas son diversas y están poco delimitadas, aunque fundamentalmente se utilizan auto instrucciones. El paciente puede intentar convencerse para apartarse de la situación de riesgo por un tiempo, o intentar demorar se respuesta emocional tomándose siempre un tiempo antes de dar una respuesta. También puede buscar esa interrupción a través de la técnica de detección de pensamientos, con auto instrucciones muy precisas, por ejemplo “basta” seguida de pensamientos distractores sobre temas que le puedan interesar, o con visualizaciones de imágenes agradables o comenzando a realizar otro tipo de actividades. En definitiva se trata de conseguir interrumpir el proceso emocional de la respuesta de ira lo que en cualquier caso exige una alta motivación y una especial atención por parte del paciente.
- Utilizar el entrenamiento de relajación. La relajación será efectiva por si sola y también en combinación con otras técnicas, favoreciendo el uso posterior de estrategias cognitivas. Se

propone un entrenamiento en relajación muscular progresiva que termine utilizando la visualización de imágenes que provoquen relajación y calma, practicándola, primero en situaciones no estresantes, y luego en situaciones no estresantes, y luego en situaciones no estresantes, y luego en situaciones provocadoras de ira.

2.3.7. Beneficios del control de la ira

Cuando conseguimos controlar la ira crónica obtenemos grandes beneficios. Entre ellos destacamos los siguientes:

Recuperaremos relaciones que hemos perdido o que han sufrido algún deterioro en el pasado debido a nuestros impulsos de ira no controlados.

Conseguiremos canalizar la ira de manera efectiva. En lugar de exaltarnos, sabremos controlarla utilizando los medios que hemos aprendido para evitar explotar ante esa situación y conseguir el dominio de la misma, tendremos más control de nuestros actos.

Progresivamente conseguiremos reducirla en frecuencia e intensidad, lo que nos aportará grandes beneficios para nuestra salud. Numerosos estudios demuestran cómo la ira perjudica a la salud, contribuyendo al desarrollo de trastornos digestivos, enfermedades cardíacas, cefaleas, hipertensión, erupciones, etc.

Comparemos una situación en la que hemos podido controlar el impulso de ira y otra situación en la que no hemos podido controlarla. En esta última situación cuando se ha pasado el momento de cólera, sentimos rápidamente vergüenza y pesar, aunque nadie nos recrimine nuestra actitud. La ira nos hace perder el control de la situación y actuar con torpeza.

2.3.8. En la sociedad moderna

En la sociedad moderna, la ira es vista como una respuesta inmadura o incivilizada a la frustración, la amenaza, violación o pérdida. Por el contrario, mantener la calma ante una provocación

se considera admirable. Este condicionamiento puede causar expresiones inapropiadas de ira como los estallidos de violencia incontrolada, la ira mal dirigida o la represión de todos los sentimientos cuando estos, en teoría, serían una respuesta adecuada a la situación. La ira que está constantemente "embotellada" puede conducir a la persistencia de los pensamientos o acciones violentas, las pesadillas y los síntomas, incluso físicos. La ira también puede agravar enfermedades de salud mental, problemas como la depresión clínica. La ira puede avivar las llamas de la paranoia el prejuicio, incluso en condiciones normales y situaciones cotidianas.

La gente tiende a expresar su ira pasiva o agresiva a través del comportamiento de atacar o huir. En la ira pasiva o "de huida", la respuesta es la represión y la negación del comportamiento agresivo. Sin embargo, la ira agresiva se caracteriza por el comportamiento agresivo, que está asociado con la respuesta de "atacar", así como el uso de la fuerza física y verbal, a los abusos y herir a otros.

2.3.9. Ira en la vida cotidiana

2.3.9.1. Síntomas

El enfado puede ser de uno de los dos tipos principales: **ira pasiva** e **ira agresiva**. Estos dos tipos de cólera tienen algunos síntomas característicos:

Ira pasiva

La ira pasiva puede expresarse de las siguientes maneras:

- Desapasionamiento: evitar expresar comentarios/críticas abiertamente para expresarlos a espaldas del otro, o susurrar, evitando el contacto visual como desprecio a los demás mostrar indiferencia o sonrisas falsas, mirando impasible, falta de decisión, adormecer los sentimientos con el abuso de drogas, comer en exceso, dormir demasiado, no responder a la ira de otro, frigidez,

caer en prácticas sexuales que deprimen la espontaneidad y convertirse en objeto de los participantes, pasar grandes cantidades de tiempo con máquinas, objetos o actividades intelectuales, hablar de frustraciones sin expresar sentimientos.

- Derrotismo: predisponer a uno mismo o a los demás al fracaso, elegir a personas poco confiables de las que depender, ser propenso a los accidentes, tener bajo rendimiento, impotencia sexual, expresar frustración por cosas insignificantes, haciendo caso omiso de las serias.
- Manipulación mental: provocar a la gente y a continuación mostrarse condescendiente con ellos, o quedarse al margen, chantaje emocional, falsa tristeza, fingir una enfermedad, sabotear las relaciones, provocar sexualmente, utilizar a un tercero para transmitir sentimientos negativos, negar dinero o recursos.
- Auto culpabilidad: disculparse continuamente, ser demasiado crítico, invitar a la crítica.
- Autosacrificio: mostrar sufrimiento y negarse a recibir ayuda o mendigar agradecimiento.
- Comportamiento obsesivo: ser excesivamente limpio y ordenado, mantener todo bajo control constantemente, mantener dietas excesivas o comer excesivamente, exigir que todos los trabajos se hagan a la perfección.
- Evasividad: dar la espalda en una crisis, evitar los conflictos, no responder a las discusiones,

Ira agresiva

Ira que impide el consentimiento en las acciones que desarrolla el ser humano. Se crea por:

- Vulnerabilidad de los sentidos.
- Incentivación de las condiciones del espacio.
- Creación de odio hacia algo o alguien

2.3.10. Predisposición

Factores comunes que pueden predisponer a alguien a tener ira son: fatiga, hambre, sufrimiento, frustración sexual, recuperación de una herida, el uso de drogas y cambios hormonales.

2.3.10.1. Predisposición genética

Al final del siglo XIX, Sigmund Freud, el padre del psicoanálisis, argumentó que los individuos nacen con un innato sentido del amor, pero que la ira y la hostilidad llegan cuando la necesidad de amor no es satisfecha o es frustrada. Un siglo después, este punto de vista fue criticado por la Sociedad Psicológica Estadounidense y por la Asociación Antropológica Estadounidense. Esta última concluyó, en 1988, que el ser humano no está genéticamente predispuesto a la ira ni a la violencia, y que la violencia no puede ser científicamente relacionada con el proceso natural de evolución.

La agresividad propia de la cólera puede ir dirigida contra la causa de la contrariedad y suele terminar cuando se genera una respuesta violenta ante el estímulo que la provocó. Pero puede también, y con frecuencia, hallar otro objeto (cosa o persona) desviando su atención hacia él a fin de no enfrentarse con la causa verdadera. Es conocido el hecho de la persona, pusilánime en su entorno social, que descarga su cólera al llegar a casa.

La cólera, la ira, la indignación y el comportamiento agresivo son reacciones de lucha fundamental e instintiva cuando nos amenaza algún peligro. El psicólogo Raymond W. Novaco distingue entre cuatro clases esenciales de provocación que pueden desencadenar nuestra indignación:

- Frustraciones: una mala nota, un plantón.
- Sucesos irritantes: una llave perdida, el ruido en el jardín de los vecinos.

- Provocaciones verbales y no verbales: la sarcástica observación del jefe, el coche que nos adelanta por la derecha en la autopista.
- La falta de corrección y la injusticia: una crítica fuera de lugar, el aumento de los impuestos desproporcionado desde el punto de vista social.

La ira está muy relacionada con los fracasos, frustraciones y conflictos del hombre. Ahora bien, hay que tener en cuenta que no existen personas que alguna vez no hayan tenido un fracaso. Muy por el contrario, éstos son necesarios en el proceso de aprendizaje del hombre.

Hay quienes opinan que la ira, al igual que otras emociones, es innata y congénita, pero estudios más recientes apuntan hacia el hecho de que lo único innato y congénito es la respuesta de los individuos ante las situaciones desagradables que, a través de procesos de maduración y de aprendizaje, se van haciendo diferentes en cada persona.

2.3.11. La ira es un código

Pocas veces se presenta la ira en primer término, y sin causa.

Con frecuencia los seres humanos transformamos en ira nuestros sentimientos primarios de preocupación, culpa, decepción, rechazo, injusticia, choque, incertidumbre o confusión.

La ira puede llegar después del TEMOR (por ejemplo, de que un hijo se lastime).

La ira también puede llegar desde la FRUSTRACIÓN (intentamos infructuosamente llevar adelante una tarea, porque un obstáculo se nos interpone en forma permanente).

Si nos sentimos CELOSOS -y por lo tanto AMENZADOS- podemos disfrazar nuestras reacciones primarias con sarcasmo, y -por ejemplo- sentir el impulso de agredir verbalmente a nuestro cónyuge.

Incluso la FATIGA puede transformarse instantáneamente en hostilidad. También la TURBACIÓN puede desatar la ira, y la HUMILLACIÓN transformarse en furia.

El saber que la ira generalmente cubre una emoción anterior nos ayuda a manejarla con más eficiencia. El verla como un código la hace menos amenazante. Cuando uno desconoce este hecho, es proclive a responder en forma directa, echando leña al fuego con la negación, la represión o la manifestación crónica y sin límites.

No es necesario comentar demasiado los efectos nocivos de esta emoción, que nos perjudica tanto en nuestra vida familiar, académica, social y laboral.

Ha dicho de ella el filósofo Denis Diderot: La cólera perjudica el sosiego de la vida y la salud del cuerpo, ofusca el juicio y ciega la razón.

CAPÍTULO III

MARCO OPERATIVO

3.1. Diseño de la investigación

En esta investigación se utilizará un diseño No Experimental, de tipo Descriptivo – Correlacional de corte transversal; que va medir el nivel o grado de relación entre las variables. Este diseño parte de la consideración de dos o más investigaciones descriptivas simples; esto es, recolectar información relevante en varias muestras con respecto a un mismo fenómeno o aspecto de interés y luego caracterizar este fenómeno en base a la comparación de los datos recogidos, pudiendo hacerse esta comparación en los datos generales o en una categoría de ellos. (Alva Santos, 2000)

3.2. Tipo de Investigación

El tipo de la investigación es Descriptiva, ya que se analizará e interpretará los datos obtenidos para buscar una solución viable.

3.3. Población

Según, Alfonso García Pérez (1988), describe población a cualquier colección finita o infinita de individuos o elementos distintos, perfectamente identificables sin ambigüedad.

En la presente investigación se cuenta con una población global de 105 serenos de una Municipalidad de Arequipa de ambos sexos con edades que oscilan entre los 20 a más de 50 años y con tiempo de servicio entre 3 meses y más de 48 meses.

3.4. Muestra

El tipo de muestreo fue no probabilístico, de tipo intencional o por conveniencia, técnica comúnmente usada, que consiste en seleccionar una muestra de la población por el hecho de que sea accesible. Es decir, los individuos empleados en la investigación se seleccionan porque están fácilmente disponibles, no porque hayan sido seleccionados mediante un criterio estadístico, en esta investigación fue necesario acogernos a este criterio debido a la cantidad de los trabajadores en el área de serenazgo de esta municipalidad. Por lo que se trabajó con 103 serenos de ambos sexos.

- Criterios de inclusión:

Trabajadores del área de Serenazgo.

Que trabajen en puestos rotativos.

Edades que van desde los 20 años.

Tiempo de servicio mayor a 3 meses.

Disposición para el llenado de los cuestionarios.

- Criterios de exclusión:

Personal que labora en puesto fijo.

3.5. Técnicas e Instrumentos.

5.1. Instrumento

Se emplearán los siguientes instrumentos:

Se empleará el inventario de Staxi-2 la cual consta de 49 preguntas.

El otro instrumento es el Maslach Burnout Inventory, la cual está conformado por 22 ítems

1.- NOMBRE: Inventario de Burnout de Maslach

2.- FICHA TECNICA:

FICHA TECNICA	
NOMBRE:	(MBI) Inventario de Burnout de Maslach
AUTORES:	C. Maslach, S. E. Jackson.
PROCEDENCIA:	TEA Ediciones, S.A. (1997)
APLICACIÓN:	Individual y colectiva.
AMBITO DE APLICACIÓN:	Adultos.
DURACION:	Variable entre 10 y 15 minutos.
FINALIDAD:	Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.
BAREMACION:	Puntuaciones percentiles y típicas por sexo y en varios subgrupos de la población asistencial.
Validez y Confiabilidad	Consistencia interna 0.90 y validez factorial de 0.52

3.- DESCRIPCION:

- **AGOTAMIENTO:** es la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo. Es, por tanto, un agotamiento de los recursos

emocionales propios; es decir, emocionalmente agotado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

- **DESPERSONALIZACION:** implica el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas.
- **REALIZACION PERSONAL:** se define como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente, con especial incidencia en la habilidad para la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

1. NOMBRE: STAXI – 2 INVENTARIO DE EXPRESION DE LA IRA
ESTADO – RASGO.

2. FICHA TECNICA:

FICHA TECNICA	
NOMBRE:	STAXI – 2: Inventario de Expresión de la Ira Estado – Rasgo
AUTORES:	Charles D. Spielberger.
AUTORES DE LA ADAPTACIÓN:	J.J. Miguel Tobal, M.I. Casado Morales, A. Cano Vincel y C.D. Spielberger.
PROCEDENCIA:	TEA Ediciones, S.A. (2009)
APLICACIÓN:	Individual y colectiva.
AMBITO DE APLICACIÓN:	Adolescentes y adultos.
DURACION:	Variable entre 10 a 15 minutos.
FINALIDAD:	Evaluar las distintas facetas de la ira; obteniendo puntajes objetivos de la experiencia, expresión y control de la ira.
Tipificación	Diversas muestras españolas.
Validez y Confiabilidad	Coeficiente alfa de Cronbach de consistencia interna 0.89 en la Escala e Estado de Ira, de 0.82 en Rasgo de Ira y en la Escala de expresión 0.67.

3.6. Descripción:

- **ESTADO DE IRA.**

Mide la intensidad de los sentimientos de ira y el grado en que el sujeto siente que está expresando su ira en un momento determinado.

- **SENTIMIENTO.**

Mide la intensidad de los sentimientos de ira experimentados por una persona en ese momento.

- **EXPRESIÓN VERBAL.**

Mide la intensidad de los sentimientos actuales relacionados con la expresión verbal de la ira.

- **EXPRESIÓN FÍSICA.**

Mide la intensidad de los sentimientos actuales relacionados con la expresión física de la ira.

- **RASGO DE IRA.**

Mide la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira a lo largo del tiempo.

- **TEMPERAMENTO DE IRA.**

Mide la disposición a experimentar ira sin una provocación específica.

- **REACCIÓN DE IRA.**

Mide la frecuencia con que el sujeto experimenta sentimientos de ira en situaciones que implican frustración o evaluaciones negativas.

- **EXPRESIÓN EXTERNA DE IRA.**

Mide la frecuencia con que los sentimientos de ira son expresados verbalmente o mediante conductas agresivas físicas.

- **EXPRESIÓN INTERNA DE IRA.**

Mide la frecuencia con la que los sentimientos de ira son experimentados pero no son expresados (suprimidos).

- **CONTROL EXTERNO DE IRA.**

Mide la frecuencia con la que la persona controla la expresión de los sentimientos de ira evitando su manifestación hacia personas u objetos del entorno.

- **CONTROL INTERNO DE IRA.**

Mide la frecuencia con que la persona intenta controlar sus sentimientos de ira mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas.

- **ÍNDICE DE EXPRESIÓN DE IRA.**

- Es un índice general de la expresión de ira a partir de los elementos de las escalas E. Ext., E. Int., C. Ext. Y C. Int.

Procedimientos:

- Explicación acerca del tipo de investigación que se realizará, una vez aceptada la petición y con pleno consentimiento de los encargados de la Municipalidad.
- Se procederá a la presentación de los investigadores hacia los participantes en dicha investigación.
- Dar los conocimientos básicos y la aclaración de cualquier tipo de duda de los participantes acerca de la investigación. Así también se darán a conocer las instrucciones y el proceso de la evaluación.

- La evaluación propiamente dicha. Se les entregará a cada uno de los participantes su respectiva hoja de respuestas, donde procederán a marcar según sea su preferencia
- La primera prueba de Síndrome de Burnout dura aproximadamente de 10 a 15 minutos, se procederá a recoger la información plasmada en las hojas de respuesta.
- El segundo día de evaluación se les tomará la prueba sobre Control de Ira con una duración aproximada de 20 minutos.
- Se realizará la calificación de ambas pruebas, para obtener los resultados de la investigación.
- Por último se realizará la entrega de un informe general de los resultados obtenidos; esto se llevará a cabo a través de coordinación con el Gerente encargado de la Municipalidad.

3.7. Procesamiento Estadístico.

Una vez obtenidos los datos se procederá a la tabulación, graficación e interpretación de los datos.

El procesamiento de los datos será mediante el paquete estadístico SPSS versión 20 o superior, así como el uso de Microsoft Excel.

3.8. Análisis del registro de datos

En la presente investigación se utilizará para el análisis de datos: gráficos; como el gráfico de barras. Así mismo se utilizarán cuadros de frecuencia.

Aplicará la Media Aritmética (\bar{X}): que es una medida de tendencia central que caracteriza a un grupo de estudio con un solo valor y que se expresa como el cociente que resulta de dividir la suma de todos los valores o puntajes entre el número total de los mismos.

Finalmente se hace uso de la r de Pearson para comparar los resultados obtenidos de las dos variables.

CAPITULO IV

RESULTADOS.

En el presente capitulo mostraremos los resultados obtenidos en la evaluación realizada al personal de serenazgo, como son la prueba Inventario de Expresión de la Ira Estado – Rasgo y el Inventario de Burnout de Maslach.

Para una adecuada interpretación de los resultados se presentan cuadros y graficas elaborados con el programa SPSS versión 20 y Microsoft Excel, en los cuales podremos describir las escalas y sub escalas que el inventario STAXI II nos brinda; así mismo se describe las dimensiones del síndrome de Burnout en nuestra muestra. En la evaluación realizada se consideró la relación entre nuestras dos variables y el tiempo de servicio a como si la edad de los trabajadores.

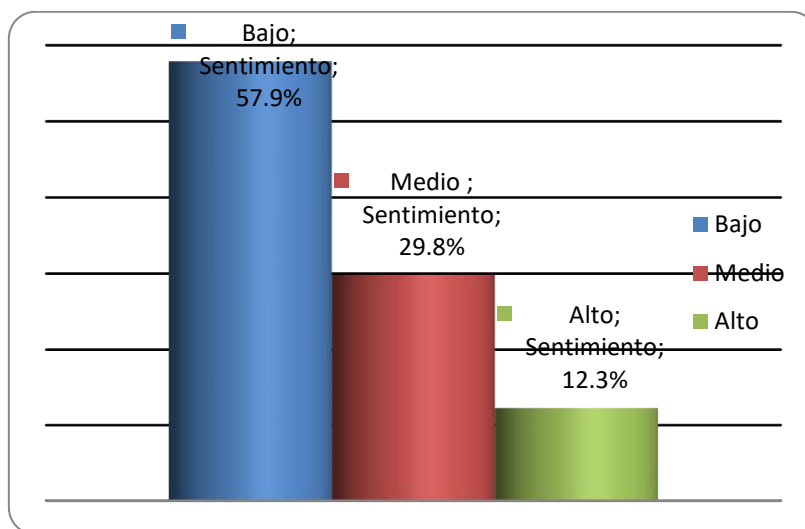
Finalmente se analizaran los cuadros que relacionan el Síndrome de Burnout y el Control de la Ira en el personal de serenazgo.

INVENTARIO DE EXPRESIÓN DE IRA ESTADO - RASGO

Tabla 1 Sentimiento

	f	%
Bajo	60	57,9
Medio	31	29,8
Alto	13	12,3
Total	103	100,0

Gráfico 1 Sentimiento



INTERPRETACIÓN

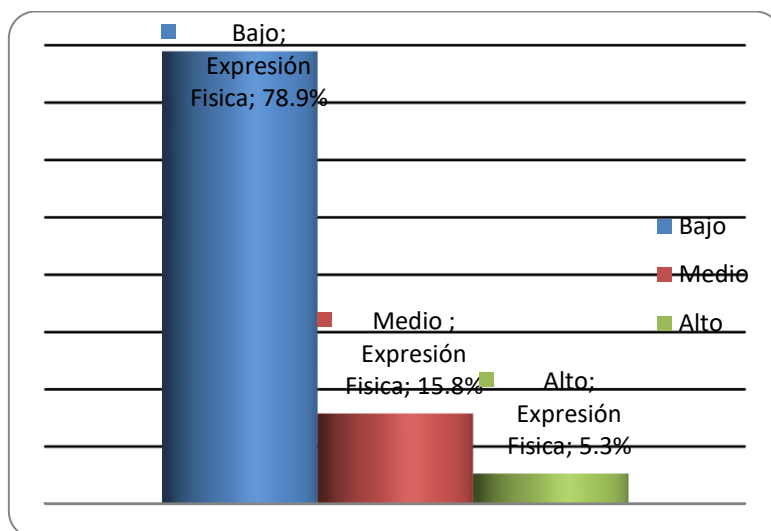
Esta Subescala mide la intensidad de los sentimientos de ira experimentados por una persona en el momento de la evaluación; de los encuestados un 57.9% presentaron un nivel bajo, un 29.8% se ubicaron en un nivel medio y al final solo el 12.3% manifiestan un nivel alto en sus sentimientos de ira en el momento de la evaluación.

Según los resultados obtenidos la mayor parte de los encuestados solo experimentan sentimientos de ira de manera transitoria, por lo que se sienten enfadados en algunas situaciones, siempre y cuando los eventos los generen justificadamente, por ejemplo una intervención donde exista injusticia o en momentos de su vida que provoquen su furia; pero también existe un pequeño grupo el cual posee sentimientos de ira que podrían llevarlo desde el enfado a la furia descontrolada posiblemente debido a situaciones incomodas ocurridas durante la jornada laboral.

Tabla 2 Expresión Física

	f	%
Bajo	81	78,9
Medio	16	15,8
Alto	5	5,3
Total	103	100,0

Gráfico 2 Expresión Física



INTERPRETACIÓN

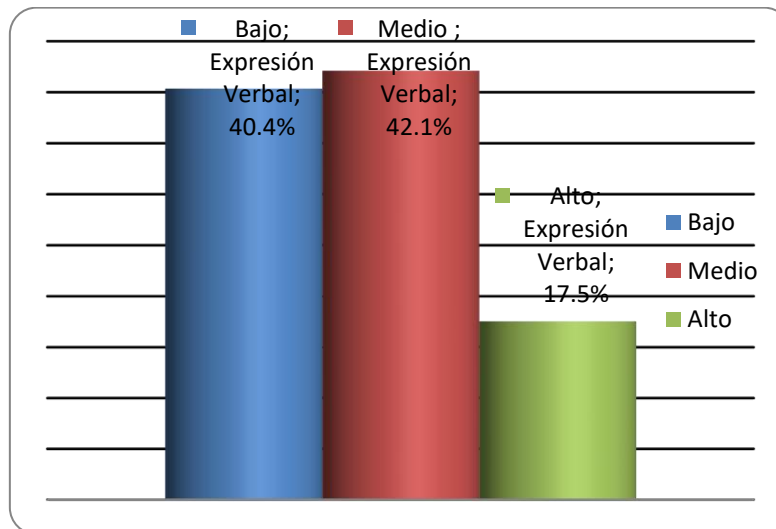
La subescala Expresión Física mide la intensidad de los sentimientos actuales en relación a la expresión física de la ira. Los encuestados que manifiestan un nivel bajo de la expresión física son el 78.9% del total, el 15.8% tienen un nivel medio y solo el 5.3% están a niveles altos de expresión física de la ira.

Del gráfico 2 podemos inferir que la mayoría de los trabajadores que laboran en el Serenazgo de la Municipalidad no expresan su ira de manera física (golpeando, o rompiendo cosas) ya sea por autocontrol o porque buscan formas diferentes de controlar su ira como con ejercicios de respiración o utilizando una comunicación asertiva, es por ello que si durante la jornada laboral se encuentran enfadados podrían mostrar un equilibrio emocional en su actuar y así evitar conflictos; por otro lado encontramos que un grupo menor, que expresa su ira de manera física por lo que eventualmente podrían presentar conflictos en su trabajo o en el cumplimiento del mismo, expresando su ira arrojando cosas o utilizando su fuerza física de manera descontrolada.

Tabla 3 Expresión Verbal

	f	%
Bajo	42	40,4
Medio	43	42,1
Alto	18	17,5
Total	103	100,0

Gráfico 3 Expresión Verbal



INTERPRETACIÓN

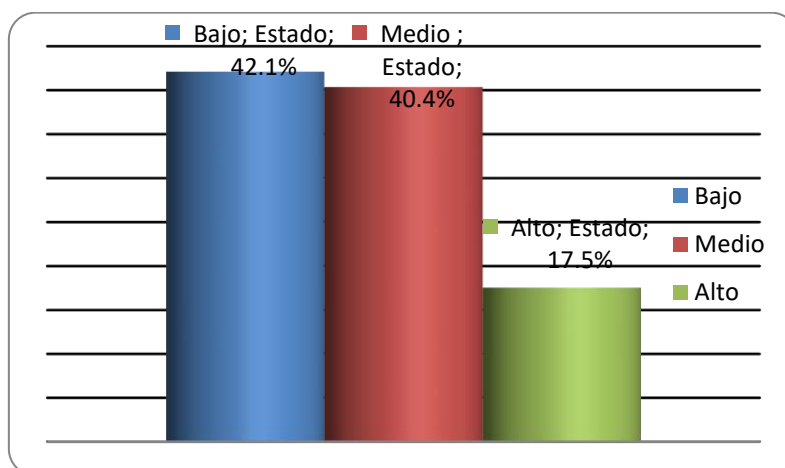
En cuanto al análisis de la expresión verbal esta subescala mide la intensidad de los sentimientos actuales relacionados con la expresión verbal de la ira. El 42.1% de los encuestados están a niveles Medios, mientras que con niveles bajos en la expresión verbal tenemos el 40.4% y solamente un 17.5% puntúa niveles altos de expresión verbal.

De acuerdo al gráfico podemos afirmar que un grupo considerable de la muestra manifiesta que a pesar de reprimir su expresión verbal de la ira mediante el autocontrol u otros mecanismos, es posible que en ocasiones puedan exaltarse e incluso gritar dentro de sus tareas grupales o individuales. Sin embargo también vemos que un porcentaje menor de ellos si acostumbra gritar o utilizar palabras inapropiadas durante los episodios de ira lo cual podría indicar que sus relaciones laborales podrían ser conflictivas ya que su lenguaje los podría catalogar como agresivos no solo por sus compañeros, sino también por los pobladores con los cuales podría relacionarse.

Tabla 4 Estado

	f	%
Bajo	43	42,1
Medio	42	40,4
Alto	18	17,5
Total	103	100,0

Gráfico 4 Estado



INTERPRETACIÓN

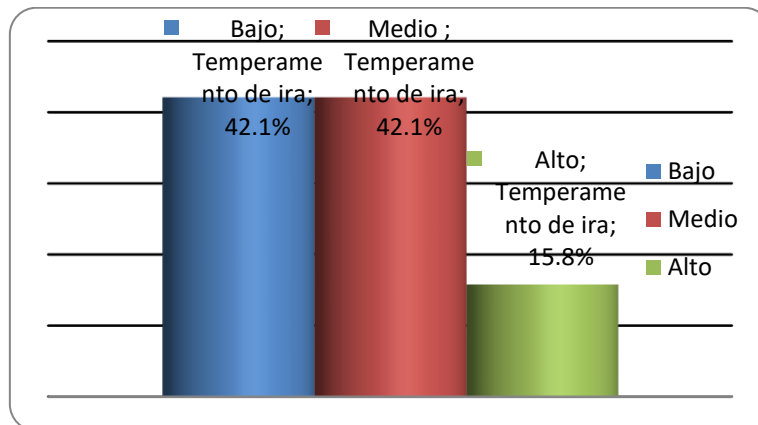
En cuanto a la escala Estado de ira, la cual mide la intensidad de los sentimientos de ira y el grado en que el sujeto siente que está expresando su ira en un momento determinado, los encuestados manifiestan un nivel bajo con el 42.1%, un nivel medio con el 40.4% y con índices altos un 17.5%.

En el análisis del presente cuadro, se evidencia que la mayoría de los encuestados reflejan sentir un nivel bajo en cuanto a su estado de ira por lo que no se sienten molestos o enfadados al momento de la evaluación; por lo que este grupo de serenos suelen mostrarse como personas tranquilas y con buen autocontrol de su estado de ira, facilitando su interacción con los pobladores y su desempeño laboral. Sin embargo un porcentaje mínimo del personal de serenazgo evaluado manifiesta que experimenta sentimientos de ira relativamente intensos, por lo que su estado actual de ira podría influir en su trato con los pobladores o en sus relaciones laborales, generándole mayores conflictos en su desempeño como trabajador y como consecuencia afectar la imagen de su institución.

Tabla 5 Temperamento de ira

	f	%
Bajo	43	42,1
Medio	43	42,1
Alto	16	15,8
Total	103	100,0

Gráfico 5 Temperamento de ira



INTERPRETACIÓN

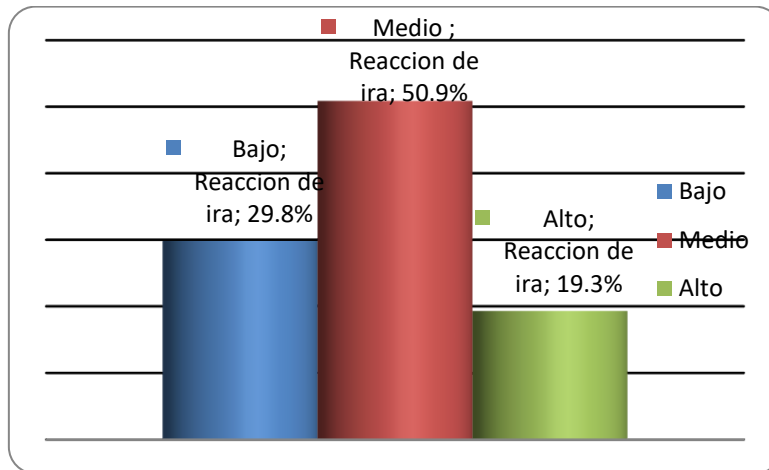
En la Subescala temperamento de ira, se mide la disposición a experimentar ira sin una provocación específica, de los encuestados se tiene que el 42.1% está a un nivel bajo de igual manera el 42.1% de los serenos se ubican en un nivel medio, finalmente solo el 15.8% están presentes con un nivel Alto en cuanto al manejo del temperamento de ira.

De los resultados obtenidos en el gráfico 5 podemos señalar que el personal de serenazgo experimenta su ira primordialmente ante situaciones en las que se ven provocados por su medio, como por ejemplo pobladores que les falten el respeto o críticas injustificadas a su desempeño laboral. Un índice menor de los encuestados manifiesta temperamentos de ira a niveles altos, por lo que es común que presenten conflictos durante su jornada laboral ya que podrían reaccionar negativamente ante cualquier provocación, o incluso sin haberla, este grupo podría ser señalado por la población e incluso por sus compañeros como personas conflictivas y poco confiables; este temperamento de ira podría ser una causal para su despido.

Tabla 6 Reacción de ira

	f	%
Bajo	31	29,8
Medio	52	50,9
Alto	20	19,3
Total	103	100,0

Gráfico 6 Reacción de ira



INTERPRETACIÓN

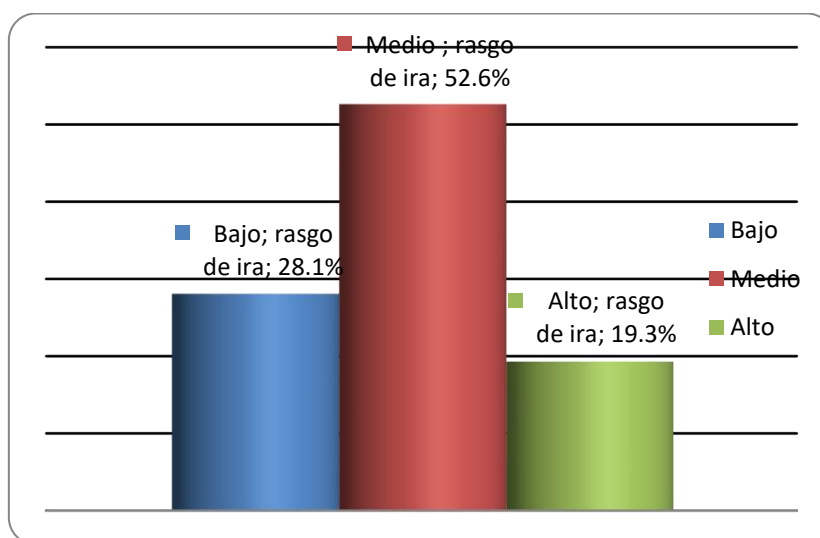
En cuanto al análisis del presente gráfico este valora la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira en situaciones que implican frustración o evaluaciones negativas, es así que los encuestados manifiestan un nivel Medio con el 50.9% y con tendencias de niveles bajos están presentes con el 29.8% y con el 19.3% en nivel alto.

Los sentimientos juegan un rol importante en las relaciones laborales, en el gráfico se observa que los encuestados podrían soportar críticas de sus superiores o compañeros de trabajo, pues las interpretan como recomendaciones necesarias para desempeñar mejor sus funciones, pero ante situaciones de constantes conflictos, críticas negativas que menosprecien su labor podrían desencadenar una reacción violenta por parte de ellos. Sin embargo también existe un porcentaje mínimo que se torna sensible a las críticas y al fracaso pudiendo reaccionar con sentimientos intensos de ira.

Tabla 7 Rasgo de ira

	f	%
Bajo	29	28,1
Medio	54	52,6
Alto	20	19,3
Total	103	100,0

Gráfico 7 Rasgo de ira



INTERPRETACIÓN

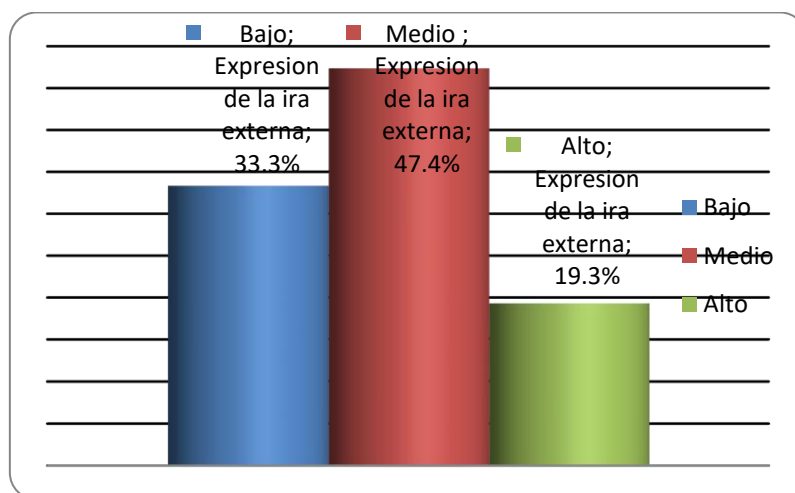
En el análisis del presente cuadro valora la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira, a lo largo del tiempo; del cuadro se obtiene el 52.6% de los serenos tiene una frecuencia media, en cambio el 28.1% de los evaluados son las personas que no experimentan con frecuencia estados de ira y con proyección a reacciones violentas están presentes con el 19.3%.

Del cuadro se infiere que la mayoría de los trabajadores si bien experimentan sentimiento de ira estos no suelen ocurrir con frecuencia ya que son capaces de controlar su molestia a través de diversos mecanismos, favoreciendo su interacción en el trabajo y brindado un buen servicio a la población. También tenemos un porcentaje menor que suelen expresar frustración y sentimientos de ira de forma frecuente al sentirse tratados de manera indebida. Teniendo como consecuencia sentimientos de frustración situación que no favorece su desempeño en el trabajo.

Tabla 8 Expresión de la ira externa

	f	%
Bajo	34	33,3
Medio	49	47,4
Alto	20	19,3
Total	103	100,0

Gráfico 8 Expresión externa de ira



INTERPRETACIÓN

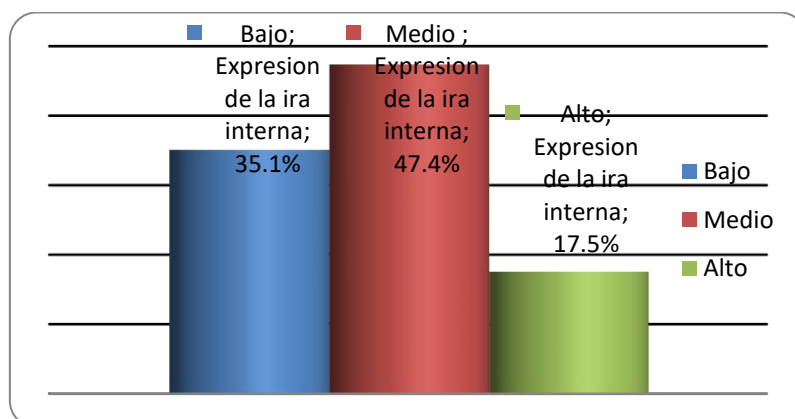
En cuanto a la expresión externa de la ira se evalúa la frecuencia con que los sentimientos de ira son expresados verbalmente o mediante conductas agresivas físicas, es así que los encuestados manifiestan un nivel Medio con el 47.4% y con índices de expresión externa a nivel bajo están presentes con el 33.3% al final con el 19.3% son los que se sulfuran muy rápidamente.

El personal de serenazgo de la municipalidad en su mayoría expresan su ira de forma verbal y física con una frecuencia media sin que esto implique ataque a otras personas con amenazas o blasfemias, pudiendo en ocasiones elevar su tono de voz e incluso golpear objetos sin intención de dañar a otras personas. Así mismo tenemos un porcentaje mínimo que si podría expresar su frustración con insultos o reacciones físicas que dañen a su entorno, dando portazos, siendo sarcásticos, incluso amenazando a pobladores y compañeros de trabajo según se dé la situación. No midiendo la consecuencia de sus actos por ser víctima de sus sentimientos de ira.

Tabla 9 Expresión de la ira interna

	f	%
Bajo	36	35,1
Medio	49	47,4
Alto	18	17,5
Total	103	100,0

Gráfico 9 Expresión interna de la ira



INTERPRETACIÓN

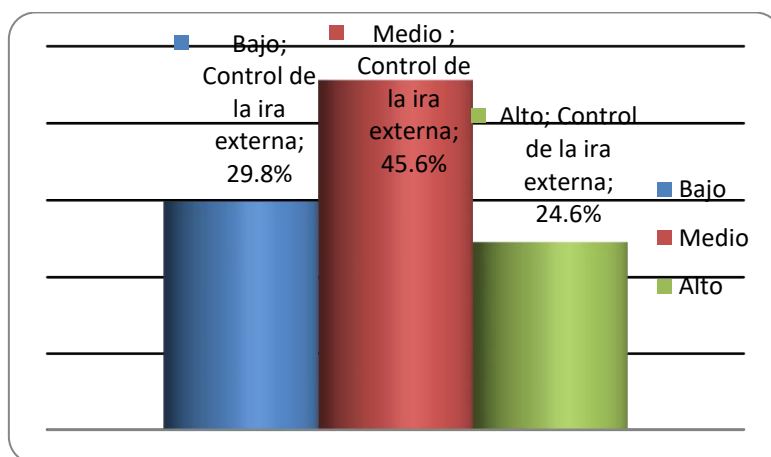
En cuanto a la expresión interna de la ira se centra en la frecuencia con la que los sentimientos de ira son experimentados pero no expresados, los encuestados manifiestan un nivel Medio con el 47.4%, en cambio con proyecciones bajas el 35.1% y al final solo un 17.5% son los que muestran niveles altos de ira interna.

La ira interna es la acumulación constante de factores personales, económicos, laborales y emocionales, ello implica que el trabajador se carga paulatinamente de sus problemas y no los manifiesta, es decir que se los guarda para sí mismos, no sabiendo que ello a largo tiempo generará una ira resentida la cual se manifestará en su entorno laboral, afectivo y personal, los trabajadores de esta municipalidad presentan un nivel medio de expresión interna de ira. Sin embargo también en el cuadro se observa un grupo menor que reprime su ira acumulando su molestia y siendo expresada en el momento menos indicado y hacia personas no involucradas, así mismo el hecho de no desahogar su ira podría generar problemas en su salud física y mental.

Tabla 10 Control externo de la ira

	f	%
Bajo	31	29,8
Medio	47	45,6
Alto	25	24,6
Total	103	100,0

Gráfico 10 Control externo de la ira



INTERPRETACIÓN

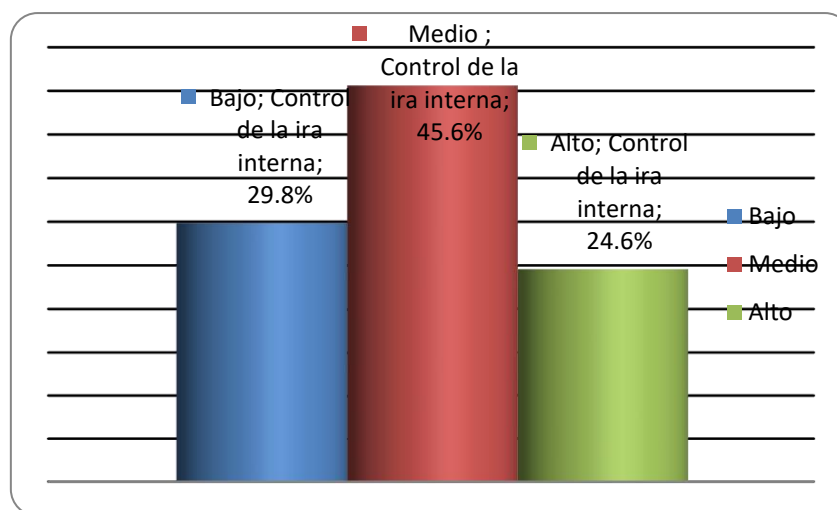
En el análisis del control de la ira externa se registra la frecuencia con la que la persona controla la expresión de los sentimientos de ira evitando su manifestación hacia personas u objetos, tenemos que un 45.6% controla medianamente su ira externa, en cambio el 29.8% son proyecciones de niveles bajos y solo el 24.6% son propensos de arrebatos frecuentes de ira externa.

En cuanto al control de la ira externa el personal de serenazgo de la municipalidad, proyecta un nivel medio en la frecuencia con la que controlan sus sentimientos de ira, es decir que saben controlar la cólera o enojo de forma regular, sin que este control provoque una ira crónica, es decir los trabajadores de serenazgo no expresan su ira de manera verbal o física, pero han encontrado mecanismo como la práctica de algunos deportes, que ayudan a canalizar su ira en beneficio de su salud, sin embargo no logran hacerlo en todas las situaciones, finalmente un grupo menor de los encuestados suelen gastar una cantidad de energía en prevenir la experiencia y expresión exterior de la ira, lo cual podría provocar en ellos sentimientos de depresión y abandono o pueden conducirlos a la pasividad.

Tabla 11 Control Interno de la ira

	f	%
Bajo	31	29,8
Medio	47	45,6
Alto	25	24,6
Total	103	100,0

Gráfico 11 Control de la ira interna



INTERPRETACIÓN

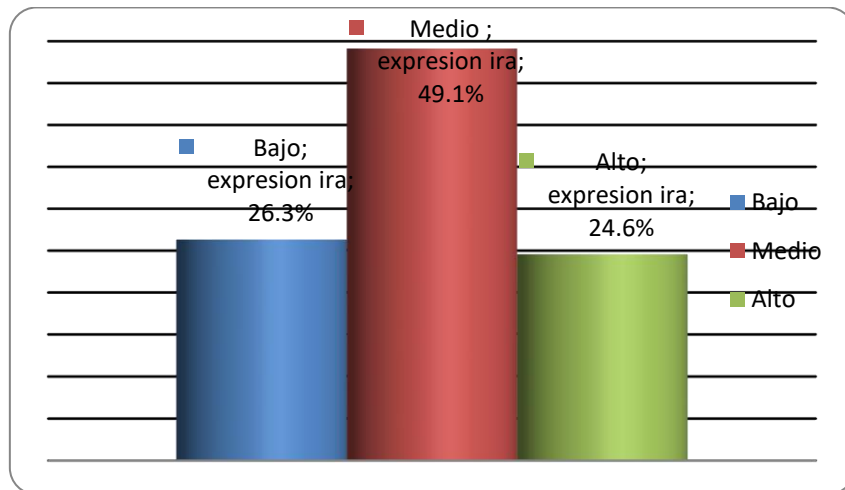
Los encuestados manifiestan un nivel de control de la ira interna con el 45.6% a niveles promedios o Medios, un 29.8% son más pasivos y controlan mejor su ira interna, a diferencia de lo anterior el 24.6% presenta niveles altos de control interno de ira.

En esta dimensión se mide la frecuencia con que la persona intenta controlar sus sentimientos de la ira mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas, muchas veces en el desarrollo de su trabajo los serenos de la municipalidad no tiene un control pleno de su ira, probablemente por el desconocimiento de estrategias para afrontar situaciones estresantes o que le generen enfado y ello hace que desenvuelvan mal su labor diaria, un grupo de los evaluados presentan proyecciones a un nivel bajo del control interno de la ira lo cual denota que los trabajadores no podrían controlar su ira pudiendo tener problemas con los compañeros de trabajo, ya que puede reducir su disposición a responder con una conducta asertiva cuando esto facilite una solución constructiva ante situaciones frustrantes.

Tabla 12 Índice Expresión ira

	f	%
Bajo	27	26,3
Medio	51	49,1
Alto	25	24,6
Total	103	100,0

Gráfico 12 Índice Expresión ira



INTERPRETACIÓN

En cuanto a la expresión de la ira los encuestados manifiestan un nivel Medio o promedio ya que saben controlar sus emociones con el 49.1%, en cambio con el 26.3% son los que más dominan sus emociones y son poco irritables, en cambio con el 24.6% están a nivel alto o una expresión de ira constante.

En esta escala se mide de forma general la expresión de la ira teniendo en cuenta los resultados de las gráficas 8, 9, 10 y 11 se infiere que los encuestados controlan o experimentan su ira en un nivel medio. Es decir que ante situaciones frustrantes o críticas a su labor podrían reaccionar de manera agresiva, siempre y cuando las circunstancias sean continuas, de no ser así los serenos pueden controlar su expresión de la ira sin que esta afecte su desempeño laboral o sus relaciones en el trabajo. Sin embargo un grupo importante de los encuestados manifiestan intensos sentimientos de ira que podrían ser suprimidos, generando problemas físicos y emocionales, o siendo expresados en conductas agresivas, causando daños en su entorno laboral. El grupo de serenos que además de tener puntajes elevados en el IEI poseen

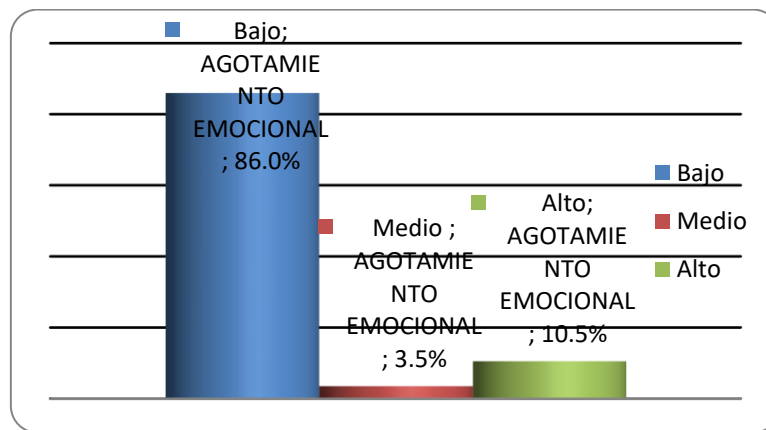
puntajes altos en la expresión física y expresión externa de ira suelen tener dificultades en las relaciones interpersonales esto podría perjudicar no solo su desempeño laboral sino también la imagen de la institución a la cual ellos representan; por ejemplo en una intervención donde se requiera evitar situaciones violentas ellos podrían incrementar la tensión y por ende generar mayores conflictos

(MBI) INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH

Tabla 13 AGOTAMIENTO EMOCIONAL

	f	%
Bajo	89	86,0
Medio	4	3,5
Alto	11	10,5
Total	103	100,0

Gráfico 13 AGOTAMIENTO EMOCIONAL



INTERPRETACIÓN

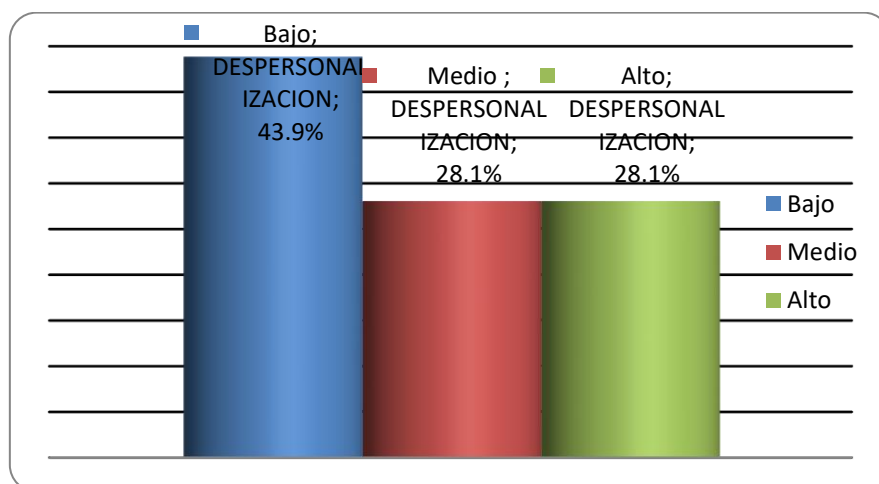
Con respecto a la dimensión Agotamiento Emocional, los investigados se encuentran en el nivel bajo en un 86%, ello nos indica que son pocos los agentes de serenazgo que presentan un nivel alto de agotamiento emocional con un 10.5%. Es decir, los encuestados no están cansados ni física ni emocionalmente.

Es decir del total de serenos encuestados, un porcentaje mayor no expresa sentimientos de una persona emocionalmente agotada, por lo que su trato hacia otras personas es agradable, y gusta de servir a los demás, sin embargo encontramos un porcentaje menor de serenos que se muestran emocionalmente agotados lo cual podría motivar conductas inapropiadas hacia los pobladores, debido al contacto diario con ellos en sus diversas labores, este agotamiento podría traer como consecuencia una pérdida de empatía, viendo a las personas como objetos.

Tabla 14 DESPERSONALIZACION

	f	%
Bajo	45	43,9
Medio	29	28,1
Alto	29	28,1
Total	103	100,0

Gráfico 14 DESPERSONALIZACION



INTERPRETACIÓN

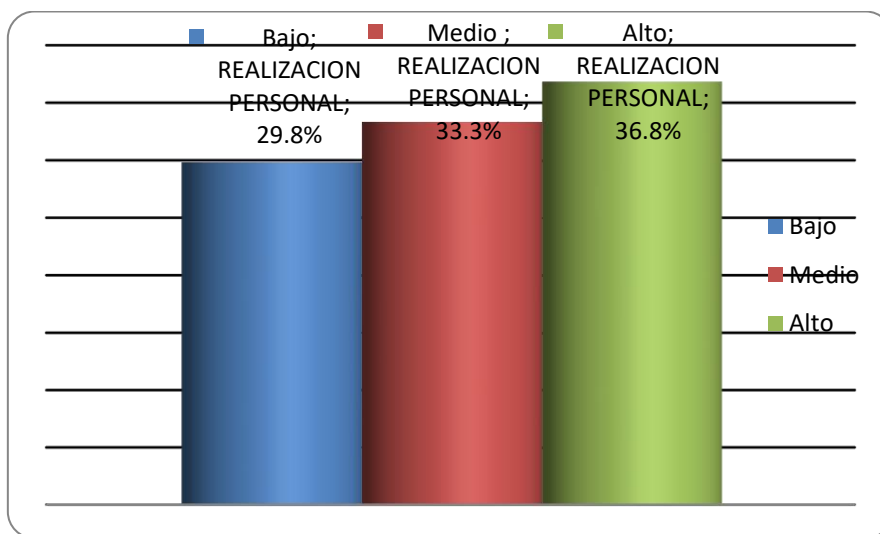
Con respecto a la dimensión despersonalización encontramos que el 43.9% presenta baja despersonalización, y con el 28.1% un nivel medio, así mismo el 28.1% presenta niveles altos de despersonalización.

El grafico nos indica que los encuestados no presentan frecuentemente irritabilidad en sus relaciones laborales. La despersonalización en los trabajadores genera la falta de identidad hacia el centro donde labora, ante esto el grafico nos muestra que la mayoría de serenos se identifican con su centro laboral por lo que tratan a las personas de una manera correcta, sin embargo un grupo no muy pequeño evidencia altos niveles de despersonalización lo que conlleva a conductas negativas en el cumplimiento de sus funciones. Tratando a la personas de una forma deshumanizada no importándole los sentimientos de estas durante su intervención.

Tabla 15 REALIZACIÓN PERSONAL

	f	%
Bajo	31	29,8
Medio	34	33,3
Alto	38	36,8
Total	103	100,0

Gráfico 15 REALIZACIÓN PERSONAL



INTERPRETACIÓN

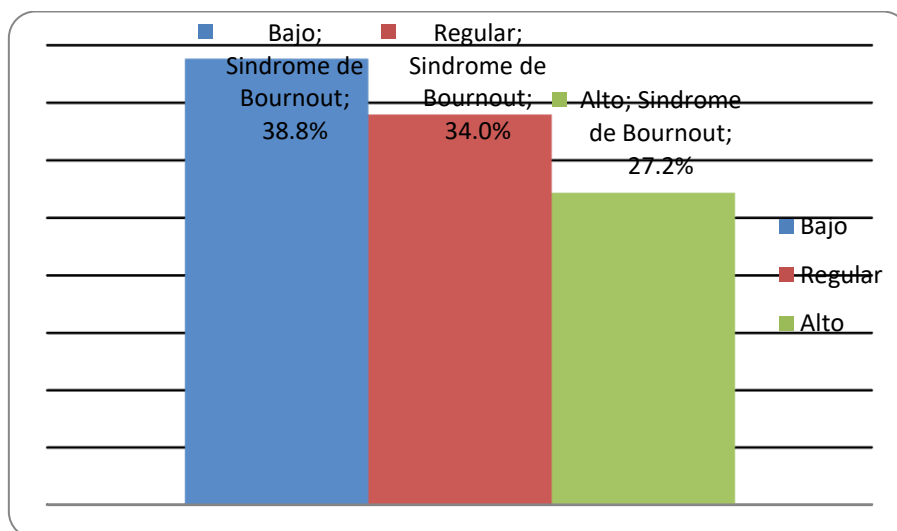
Con respecto a la realización personal encontramos que el 36.8% están a niveles alto, mientras a nivel Medio se encuentra 33.3% de los trabajadores y solo el 29.8% presentan un nivel bajo. Ello nos indica que son muchos los encuestados que presentan respuestas negativas al trabajo, o deterioro progresivo de su capacidad laboral.

Un porcentaje mayor de los serenos de la municipalidad se sienten realizados laboralmente ya que han logrado objetivos laborales y personales durante su periodo de trabajo, es posible que sientan que su buen desempeño les permita adquirir mayor experiencia profesional y así conseguir ascensos; sin embargo en el grafico también observamos que un porcentaje de ellos se sienten desmotivados e incluso ven su desarrollo profesional truncado o con expectativas negativas, esta falta de motivación podría generar un desempeño inadecuado o abandono de su centro laboral.

Tabla 16 Síndrome de Burnout

	f	%
Bajo	40	38,8
Regular	35	34,0
Alto	28	27,2
Total	103	100,0

Gráfico 16 Síndrome de Burnout



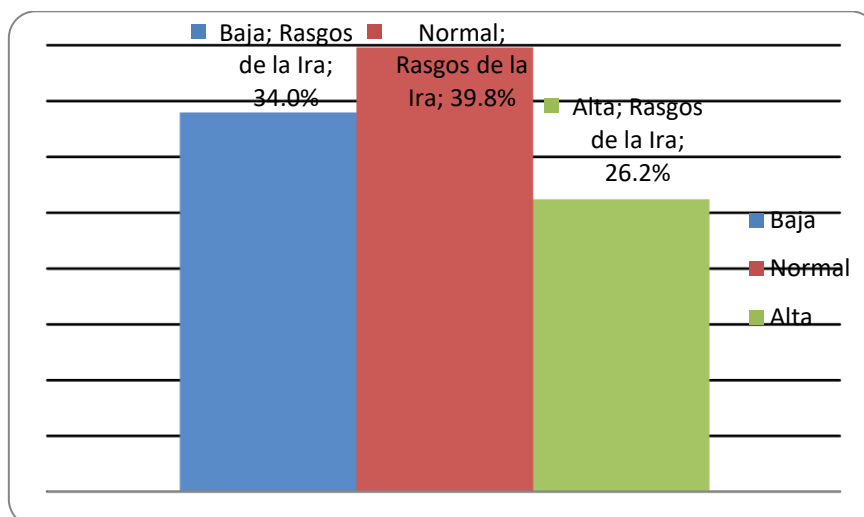
En el análisis de los encuestados de la municipalidad, los serenos manifiestan un nivel de síndrome de burnout a nivel bajo o de una baja presencia en su personalidad siendo representados por el 38.8 %, asimismo una presencia de nivel regular los serenos de este distrito presentan el 34%, al final el 27.2 % presentan un nivel alto del síndrome de burnout.

Si bien observamos en el grafico que un gran porcentaje del personal de serenazgo presenta bajos niveles de burnout ya que se identifican con los objetivos de la institución cumpliendo sus funciones de forma activa y teniendo un trato cordial con sus compañeros así como con las personas que requieren de su trabajo sintiéndose cómodos en su ambiente laboral sin afectarles que no tengan ascensos inmediatos, también hay un porcentaje menor que sufre las consecuencias del burnout por lo que se ve afectado su rendimiento e identificación institucional mostrando incluso malas relaciones laborales dentro y fuera de su trabajo

Tabla 17 Rasgos de la Ira

	f	%
Baja	35	34,0
Normal	41	39,8
Alta	27	26,2
Total	103	100,0

Gráfico 17 Rasgos de la Ira



La Ira se puede presentar en distintas formas, muchas veces hacen que nuestra personalidad se vuelve disfuncional mostrando facetas desconocidas de la persona, por ello los serenos de esta Municipalidad, manifiestan presencia de la Ira en una faceta normal, es decir están dentro de los rangos que no afectan directamente en su trabajo, con el 34% de los encuestados proyectan un nivel bajo de rasgos de la Ira, sólo el 26.2 % presenta unos rasgos de la Ira a nivel alto.

Estos resultados encontrados manifiestan que los serenos experimentan su ira dirigido por problemas familiares, económicos y psicológicos; lo cual hace que su ira se explaye o explote muy rápidamente en su entorno de trabajo, es decir su ira se manifiesta debido a una provocación; muchas veces confundiendo su accionar profesional con su accionar personal, demostrando una personalidad negativa la cual repercute en el nivel de aceptación de la comunidad y en el respeto a su institución. Con este tipo de actitud muchas veces matonezco, se hace necesaria una evaluación periódica para poder detectar y erradicar la ira contenida de los serenos de esta municipalidad.

Tabla 18 ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y SU REPERCUSIÓN EN LOS RASGOS DE LA IRA

		Ira						chi2	significancia
		Bajo		Medio		Alto			
		f	%	f	%	f	%		
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	Bajo	29	28,2	18	17,5	6	5,8	5,032	0,51
	Medio	8	7,8	3	2,9	2	1,9		
	Alto	5	4,9	18	17,5	14	13,6		
DESPERSONALIZACION	Bajo	27	26,2	8	7,8	6	5,8	4,251	0,038
	Medio	11	10,7	10	9,7	3	2,9		
	Alto	14	13,6	14	13,6	10	9,7		
REALIZACION PERSONAL	Bajo	11	10,7	12	11,7	22	21,4	6,538	0,028
	Medio	15	14,6	6	5,8	10	9,7		
	Alto	10	9,7	13	12,6	4	3,9		

En el análisis del presente cuadro, según el nivel de significancia encontramos relaciones directas primero en despersonalización con un valor $p= 0.038$, esto manifiesta que los serenos de la municipalidad no se sienten plenamente identificados con la institución donde laboran y eso podría reflejarse en un trato inadecuado a los pobladores siendo poco empáticos durante el cumplimiento de sus labores, es por ello que esta sensación cansancio provoca que exprese con mayor frecuencia su ira expresándola de diferentes maneras, ya sea de manera física o verbal. Asimismo en cuanto a la realización personal los serenos manifiestan una relación directa con la Ira ya que sus aspiraciones de ascenso o profesionales se ven trucas, esto los podría dirigir a una evaluación negativa sobre sus habilidades y ser poco tolerante a las críticas originando con mayor frecuencia conflictos con sus superiores o compañeros ya que podrían no agradales las sugerencias para mejorar su desempeño laboral. Un valor de $p= 0.028$ nos indica esta relación directa. En ambos casos la relación es directa ya que los valores hallados son menores al límite ($p<0.05$).

En cuanto al agotamiento emocional y la presencia de la ira no manifiestan una relación directa esto nos indicaría que a pesar que en momentos los serenos puedan sentirse agotados por el constante contacto con los pobladores esto no perjudica su trato a los mismos, es decir generan estrategias adecuadas para

poder dar un buen trato a los pobladores con los cuales se relacionan. La significancia es por obtener un valor mayor al límite ($p < 0.05$), ya que el valor hallado de $p = 0.51$, estos valores representan la correlación entre el agotamiento emocional y los rasgos de la ira.

Tabla 19 ANÁLISIS DE LOS RASGOS DE LA IRA Y SU REPERCUSIÓN EN SÍNDROME DE BURNOUT

		Síndrome de Burnout						chi2	Significancia
		Bajo		Regular		Alto			
		f	%	f	%	f	%		
Sentimiento	Bajo	9	8,7	9	8,7	7	6,8	3.769	0.025
	Medio	9	8,7	16	15,5	4	3,9		
	Alto	13	12,6	7	6,8	29	28,2		
Expresión Física	Bajo	11	10,7	16	15,5	4	3,9	4.046	0.064
	Medio	14	13,6	16	15,5	4	3,9		
	Alto	18	17,5	11	10,7	9	8,7		
Expresión Verbal	Bajo	36	35,0	38	36,9	14	13,6	8.367	0.049
	Medio	4	3,9	0	0,0	0	0,0		
	Alto	4	3,9	5	4,9	2	1,9		
ESTADO	Bajo	29	28,2	25	24,3	22	21,4	12.732	0.037
	Medio	6	5,8	2	1,9	6	5,8		
	Alto	2	1,9	7	6,8	4	3,9		
Temperamento	Bajo	7	6,8	23	22,3	5	4,9	5.144	0.021
	Medio	18	17,5	7	6,8	4	3,9		
	Alto	9	8,7	13	12,6	17	16,5		
Reacción de Ira	Bajo	21	20,4	18	17,5	5	4,9	10.453	0.980
	Medio	16	15,5	9	8,7	4	3,9		
	Alto	5	4,9	14	13,6	11	10,7		
RASGO	Bajo	14	13,6	14	13,6	2	1,9	3.341	0.026
	Medio	16	15,5	7	6,8	11	10,7		
	Alto	13	12,6	20	19,4	6	5,8		

En el análisis del síndrome de Burnout de la municipalidad, los resultados que se encuentran son de ellos significativos, mostrando en el valor de los sentimientos una significancia directa, es decir que los encuestados que muestran sentimientos actuales de ira e incluso que sus emociones los podrían llevar desde el enfado a la furia descontrolada también experimentan niveles altos en el síndrome de burnout esto se refleja estadísticamente con un valor de $p=0.025$, asimismo otra faceta de la ira que manifiesta relación directa es el estado con un valor de $p=0.049$, esto nos indica que los serenos que obtuvieron niveles altos en la escala estado experimentan sentimientos de ira relativamente intensos debido a críticas u observaciones al desempeño de su

labor, así mismo este estado de ira influye en el desarrollo del estrés crónico agotamiento emocional o en su trato con los ciudadanos durante su jornada. La expresión verbal también presentan relaciones directas con el síndrome de burnout un valor de $p=0.049$, en este sentido de la expresión verbal muchas veces el encuestado erróneamente manifiesta su represión psicológica en el desenvolvimiento de su trabajo gritando o menospreciando a los pobladores, e incluso tratándolos como objetos y no como personas. En cuanto al estado de el temperamento los trabajadores del Serenazgo también presentan una relación directa con el síndrome del trabajador quemado manifestando una relación de significancia de 0.021, es decir que sus sentimientos reprimidos generan un mal temperamento en el trabajador, lo cual agregado al síndrome del trabajador quemado hace que tenga un temperamento inestable y ello repercute en un mal proceder de su trabajo, finalmente en cuanto al análisis de los rasgos de la ira y el síndrome de Burnout, los encuestados manifiestan una relación directa con un valor de significancia de 0.026, es decir a mayor rasgo de la ira mayor presencia del síndrome del trabajador quemado como consecuencia un mal trato a los pobladores, conflictos frecuentes con sus superiores o compañeros de trabajo y sentimientos de insatisfacción constante.

Todos los valores antes mencionados están bajo la premisa de un valor de $P<0.05$, esto quiere decir que si el valor hallado es mayor a este parámetro no muestran relación tal como sucede con la expresión física manifestando una significancia de 0.064, asimismo la reacción de la ira obteniendo un valor de 0.980, ambas dimensiones no manifiestan relación directa.

Se tiene que trabajar constantemente en el descubrimiento del síndrome del trabajador quemado de los serenos de esta municipalidad para evitar que se propague o se instale permanentemente en los trabajadores de esta municipalidad, asimismo se debe de detectar los rasgos y síntomas de la ira, ya que muchos de los trabajadores al reprimir sus sentimientos respecto a problemas emocionales, familiares y personales podrían desfogar erróneamente dichos sentimientos en el momento de desempeñar sus labores profesionales en este distrito.

Relación entre la edad y el control de la ira

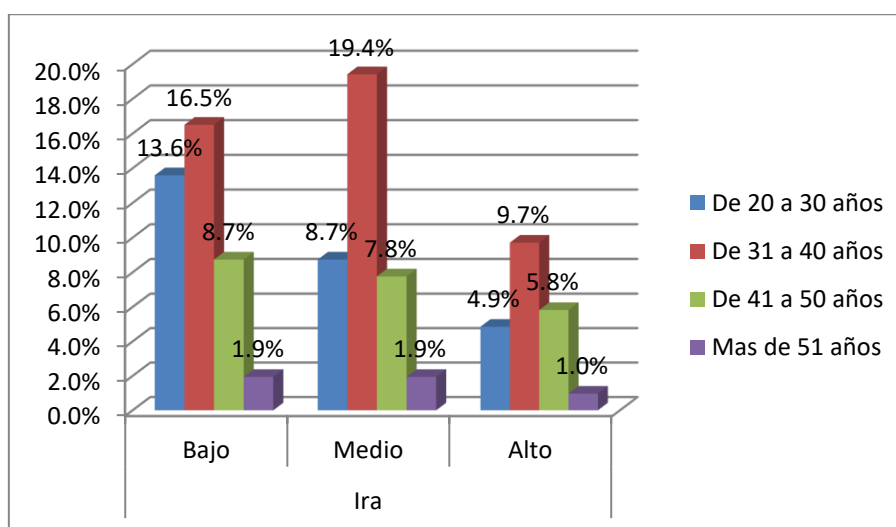
		Ira						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Edad	De 20 a 30 años	14	13,6	9	8,7	5	4,9	28	27,2
	De 31 a 40 años	17	16,5	20	19,4	10	9,7	47	45,6
	De 41 a 50 años	9	8,7	8	7,8	6	5,8	23	22,3
	Más de 50 años	2	1,9	2	1,9	1	1,0	5	4,9
Total		42	40,8	39	37,9	22	21,4	103	100

$\chi^2=1,829$

gl=6

p=0.23

Relación entre la edad y el control de la ira



Del análisis del presente cuadro podemos inferir que a pesar de no existir una relación directa entre la edad y el control de la ira; el grupo más representativo suele ubicarse entre las edades de 31 y 40 años, ya que en el cuadro apreciamos que dicha población es la que predomina en esta municipalidad, así mismo este grupo de serenos suele experimentar y expresar su ira en niveles medios, es decir que ante situaciones que generen fastidio, podrían expresar emociones de enojo que de ser estas muy constantes, incluso podrían

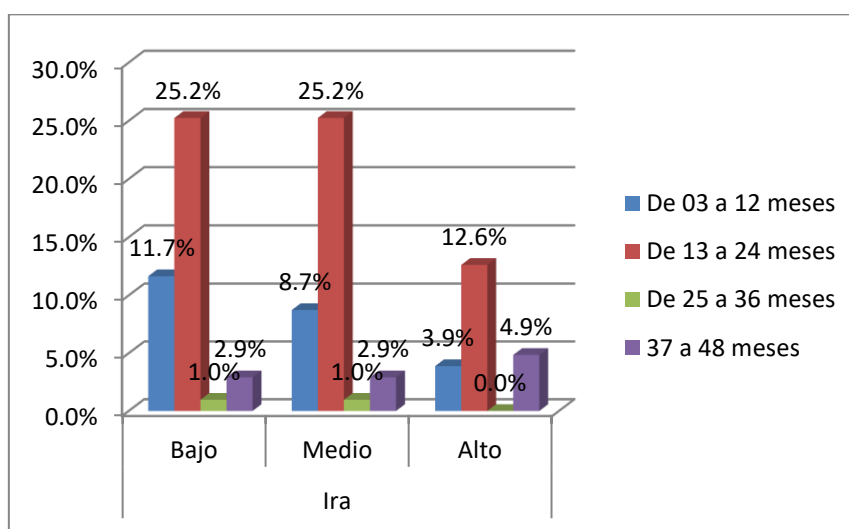
llegar a la ira descontrolada, sin embargo por los mecanismos que ellos desarrollan son capaces de controlar estas emociones y evitar los gritos o expresiones físicas de su ira.

Así mismo en un porcentaje de menor representatividad, pero no menos importante, encontramos a los serenos que no controlan su expresión de la ira, aquí ubicamos a los evaluados que se encuentran en edades de 20 y 30 y los de 51 a más años, ya que del porcentaje total en estas edades es un 4.9% y un 1% respectivamente. Esto nos dice que un pequeño grupo de los trabajadores de la municipalidad podrían reaccionar de manera iracunda ante provocaciones de la población e incluso tener conflictos laborales, lo que sería negativo para la imagen y objetivos de la municipalidad a la que ellos representan.

Relación entre el tiempo de servicio y el control de la ira

		Ira						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
		f	%	F	%	f	%	f	%
Tiempo de servicio	De 03 a 12 meses	12	11,7	9	8,7	4	3,9	25	24,3
	De 13 a 24 meses	26	25,2	26	25,2	13	12,6	65	63,1
	De 25 a 36 meses	1	1,0	1	1,0	0	0,0	2	1,9
	37 a 48 meses	3	2,9	3	2,9	5	4,9	11	10,7
Total		42	40,8	39	37,9	22	21,4	103	100
Chi²=5,210		gl=6		p=0.16					

Relación entre el tiempo de servicio y el control de la ira



En el análisis estadístico de la relación entre el tiempo de servicio y el control de la ira se obtiene que no existe una relación significativa; sin embargo tenemos que del total de la población evaluada los serenos que tienen un tiempo de servicio de 13 a 24 meses son los más representativos ya que tienen un 25.2 % del total de la muestra, controlan su ira a niveles medios y bajos, lo cual quiere decir que durante este tiempo de servicio han encontrado mecanismos para no expresar de manera descontrolada, ya sea de forma física o verbal, sus sentimientos de ira, lo que permite un desempeño correcto de sus

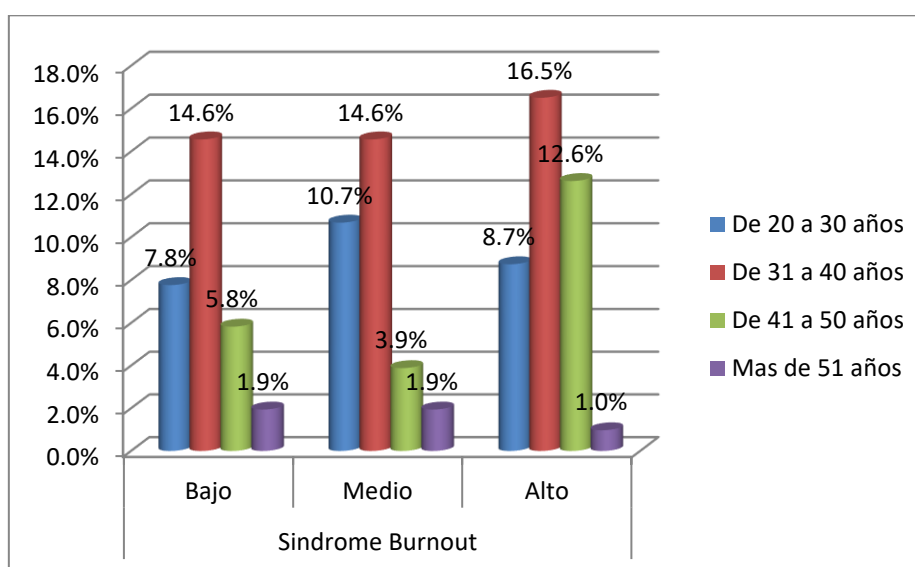
labores y aceptación tanto por parte de su centro laboral como de las personas a las cuales les brindan su servicio.

Así mismo un porcentaje menos significativo del total de la población que tiene un tiempo de servicio entre 25 y 36 meses también se ubican en un nivel medio en cuanto al control de la ira.

Relación entre la edad y el Síndrome Burnout

		Síndrome Burnout						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Edad	De 20 a 30 años	8	7,8	11	10,7	9	8,7	28	27,2
	De 31 a 40 años	15	14,6	15	14,6	17	16,5	47	45,6
	De 41 a 50 años	6	5,8	4	3,9	13	12,6	23	22,3
	Más de 51 años	2	1,9	2	1,9	1	1,0	5	4,9
Total		31	30,1	32	31,1	40	38,8	103	100
Chi²=5,128									

Relación entre la edad y el Síndrome Burnout



En el análisis del presente cuadro se aprecia que las personas que manifiestan burnout están entre las edades de 31 a 40 años con una representatividad del 16%.

En el presente cuadro se analiza que los evaluados entre las edades de 30 y 41 años tienen un alto nivel de burnout ya que del total de la población en ese margen de edad tenemos una mayor representación en el nivel alto, esto posiblemente se relacione con los proyectos de vida que tienen los sujetos y que no ven realizados en su centro laboral, provocando en ocasiones que su

trato frente a los pobladores no sea el más adecuado ya que se encuentran física y emocionalmente agotados.

Así mismo también podemos observar que los serenos que menor nivel de burnout suele alcanzar serían las personas entre las edades de 41 y 51 años ya que sus resultados los ubican a niveles bajos y medios, en la evaluación general del cuadro la población suele ser menos representativa con niveles de 1.9% y 3.9% esto nos indica que muchos de ellos podrían ver cumplidos sus proyectos personales y laborales a través de asensos en su centro de trabajo, lo que motiva que su trato a los pobladores con los que se relaciona sea más cortés y esto como consecuencia se refleja en la aceptación que la población tiene con el equipo de trabajo. Sin embargo en el análisis estadístico se obtiene que no existe una relación directa entre la edad de los trabajadores y el síndrome de burnout.

Relación entre el tiempo de servicios y el Síndrome Burnout

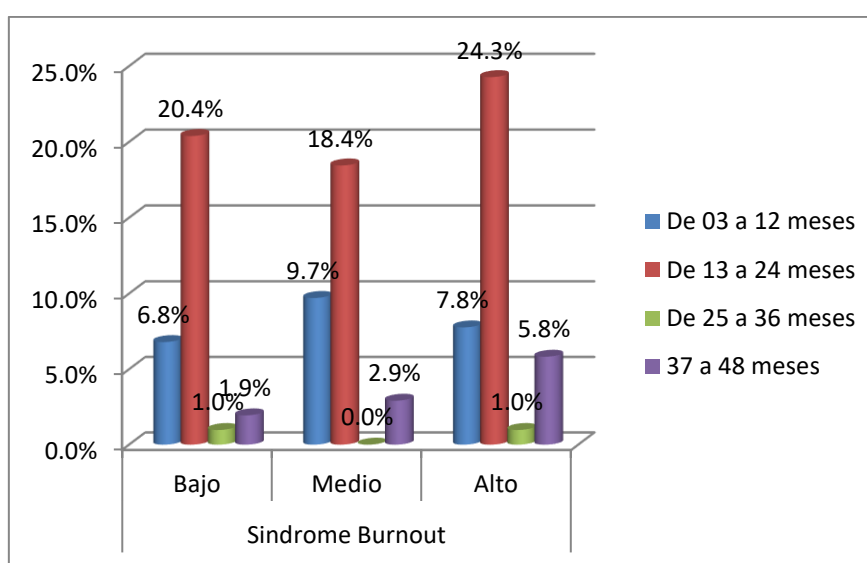
		Síndrome Burnout						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Tiempo de servicio	De 03 a 12 meses	7	6,8	10	9,7	8	7,8	25	24,3
	De 13 a 24 meses	21	20,4	19	18,4	25	24,3	65	63,1
	De 25 a 36 meses	1	1,0	0	0,0	1	1,0	2	1,9
	37 a 48 meses	2	1,9	3	2,9	6	5,8	11	10,7
Total		31	30,1	32	31,1	40	38,8	103	100

$\chi^2=3,376$

gl=6

p=0.42

Relación entre el tiempo de servicios y el Síndrome Burnout



Del presente cuadro podemos indicar que debido al análisis estadístico entre burnout y el tiempo de servicio no se encuentra una relación directa. Sin embargo cabe mencionar que de los serenos evaluados los que mayor representatividad tienen son aquellos que tienen un tiempo de servicio entre 13 y 24 meses, de este grupo el porcentaje mayor poseen un nivel alto de síndrome de burnout siendo en 24.9%, esto nos indica que pasado el año de haber ingresado al centro laboral los trabajadores no se encuentran satisfechos

con su labor y esto afecta directamente sus objetivos y expectativas de desarrollo profesional, manifestándose en un trato inadecuado con sus compañeros y pobladores con los que tienen relación directa, además muestran apatía y desinterés en su práctica laboral debido a un marcado agotamiento emocional.

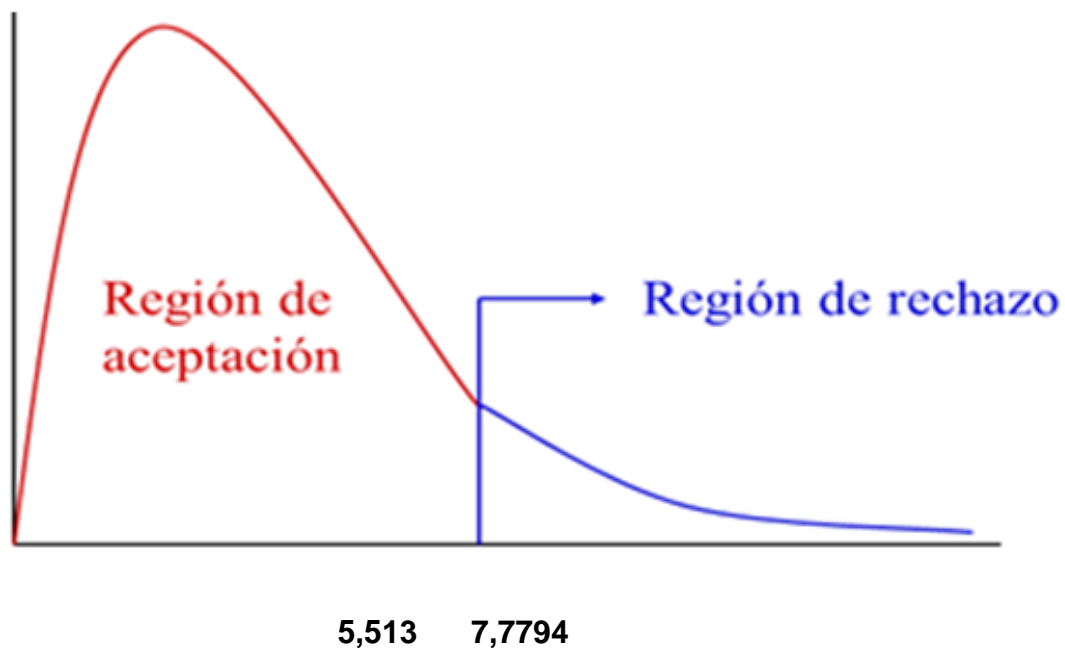
Así mismo una población menos representativa sería la de los trabajadores que tiene un tiempo de servicio entre los 25 y 36 meses con un porcentaje de 1% los cuales se ubican en un nivel bajo de burnout lo cual muestra que los serenos que laboran durante este periodo de meses no muestren signos de agotamiento emocional así como trato incorrecto con los trabajadores, posiblemente debido a que al tener mayor experiencia en el puesto han desarrollado estrategias que eviten ser víctimas de este tipo de estrés crónico en el trabajo.

COMPROBACION DE HIPÓTESIS EL SÍNDROME DE BOURNOUT Y LA EXPRESIÓN E LA IRA

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,513	4	0,025
Razón de verosimilitudes	5,776	4	0,021
Asociación lineal por lineal	4,056	1	0,044
N de casos válidos	103		

Validación grafica del chi cuadrado



Fuente: Base de datos

Interpretación

En el análisis final de los datos con la prueba estadística de chi cuadrado presentan que si existe relación entre el síndrome de burnout y los rasgos de la ira de los serenos de la municipalidad, el valor del chi cuadrado obtenido es de 5.513, el otro valor obtenido es de 4 grados de libertad (gl) analizando en

nuestra tabla de chi cuadrado nos indica que el parámetro límite es de 7.7794 esto corresponde a (4 gl) y el valor obtenido es menor y se encuentra dentro de la zona de aceptación..

H_i. Existe relación directa entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y las facetas del Control de la Ira en el personal de Serenazgo de la Municipalidad.

p<0.05

Valor de p encontrado= 0.025, se acepta esta hipótesis ya que el valor hallado es menor a p y demuestra relación

CAPITULO V

Discusión

Según los resultados obtenidos podemos afirmar que existe una relación entre las dimensiones del síndrome de burnout y el control de la ira. Encontrando una mayor relación en las dimensiones despersonalización y realización personal y las facetas sentimiento, expresión verbal, estado de ira, temperamento y rasgos de ira

La presente investigación puede ser reconocida como estudio a nivel local, en la ciudad de Arequipa, ya que en el plano internacional y local son diversas investigaciones realizadas acerca del síndrome de Burnout, pero escasas en relación con el Control de la Ira.

Esta investigación tuvo como propósito principal determinar la relación entre las dimensiones del síndrome de Burnout y las facetas del control de la ira en personal de serenazgo en una municipalidad de Arequipa; teniendo en cuenta los instrumentos de evaluación utilizados tales como: MBI Inventario de Burnout de Maslach – siendo los autores son C. Maslach, S.E. Jackson (1997) y STAXI 2 inventario de expresión de ira estado – rasgo, elaborado por Charles D. Spielberger (2009).

En el análisis correlacional del síndrome de Burnout y las facetas del control de la ira, arrojo resultados significativos que son importantes destacar.

Los serenos que han sido evaluados con cada uno de los cuestionarios han manifestados niveles bajos del síndrome de burnout lo cual coincide con los resultados obtenidos en la investigación realizada por Quiroz y Saco (2002) donde se llevó a cabo un estudio en médicos y enfermeras de un hospital de ESSALUD, en Cusco, concluyendo que no se encontró el síndrome de Burnout en alto grado, la prevalencia de Burnout fue un grado bajo en la mayoría de profesionales: 79.9% en médicos y 89% en enfermeras; el grado medio se encontró en 10.9% de médicos y 1.4% de enfermeras. Lo que demuestra que a pesar de ser un trabajo donde se encuentran en constante interacción con personas, esto no afecta significativamente el desempeño de sus funciones, ni el trato a las mismas, ya que posiblemente se sienten realizados al cumplir con sus labores y por ello no caen en el agotamiento personal.

En cuanto al control de la ira, de forma global el nivel presentado en los serenos fue medio, lo que nos refiere que el personal que labora en esta municipalidad podrían presentar episodios de ira sin llegar a estados crónicos, ya que solo se enfadan cuando algo o alguien motiva su ira de manera recurrente. No es posible corroborar estos resultados debido a que no existen investigaciones referidas al control de la ira directamente en nuestro medio; lo que podríamos relacionar es a nivel general la el acoso laboral tomando en consideración que es un tipo de violencia en el trabajo flores y linares (2010) hallaron que el total de los trabajadores percibían presencia de violencia en el trabajo, siendo un mayor porcentaje quienes percibían esta violencia en niveles altos, con respecto al análisis sobre el indicador de intensidad de violencia, se obtuvo que un porcentaje mayor de trabajadores indica que esta intensidad se presenta en niveles bajos.

Según las funciones que el personal de serenazgo debe de desempeñar en su jornada laboral, estas deberían ser; contribuir a asegurar la convivencia pacífica, el control de la violencia urbana y la prevención de delitos y faltas; sin embargo lo que observamos con mucha frecuencia a través de los medios de comunicación es que este personal distorsiona su función al tornarse agresivos

e incluso promueven la violencia en las calles cuando con el pretexto del cumplimiento de funciones agreden y abusan de manera verbal o física a los pobladores.

Finalmente consideramos que es necesario realizar nuevas investigaciones que puedan controlar situaciones tales como la edad, el tiempo de servicio, personalidad, nivel de instrucción, nivel sociodemográfico, condiciones laborales; de esta forma obtener resultados más precisos que permitan elaborar un perfil de puesto y de esta forma contribuir a la mejora del servicio de seguridad ciudadana en nuestra localidad e incluso el país.

CONCLUSIONES

Primera.- La relación que existe entre las dimensiones del síndrome de burnout y las facetas del control de la ira en el personal de Serenazgo es de manera directa y positiva con una mayor significancia en las dimensiones de DESPERSONALIZACIÓN Y REALIZACIÓN PERSONAL y las facetas SENTIMIENTO, EXPRESION VERBAL, ESTADO DE IRA, TEMPERAMENTO, RASGOS DE IRA. Por lo que decimos que entre mayor sea la despersonalización y menos sea la realización personal los trabajadores de serenazgo tienden a expresar y sentir ira con mayor frecuencia.

Segunda.- Los valores obtenidos en las dimensiones del síndrome burnout en el personal de serenazgo, manifiestan que los serenos tienen un nivel bajo en la dimensión de cansancio emocional mientras que en las dimensiones de despersonalización y realización personal si se obtienen niveles altos; estos resultados indican que no existe presencia de síndrome de burnout en los serenos de la municipalidad.

Tercera.- Los resultados obtenidos en las facetas del control de la ira en el personal de serenazgo muestran que los trabajadores expresan su ira solamente en momentos que se sientan atacados o maltratados sin motivación, así mismo poseen un control externo de ira que posibilita que estos momentos sean controlados y no se expresen de manera descontrolada, sin embargo también existe un grupo menor que expresa su ira sin control.

Cuarta.- La relación entre la edad y el tiempo de servicios con nuestras variables no es significativa, sin embargo donde más incidencia de estos problemas se encuentra suele ser entre las edades 31 y 40 años y con un tiempo de servicio de 13 a 24 meses.

RECOMENDACIONES

PRIMERA.- Implementar programas dentro de la institución que permitan al trabajador desarrollar una línea de carrera que incentive sus deseos de superación, y le permitan desempeñarse en distintos puestos y así evitar la rutina en el trabajo.

SEGUNDO.- Implementar un sistema de recompensas que incentiven al trabajador a superarse de manera personal y profesional dentro de la institución.

TERCERO.- Desarrollar programas que brinden a los trabajadores estrategias adecuadas para identificar emociones negativas y así poder manejarlas adecuadamente, con la finalidad de reducir conflicto laborales y sociales, con beneficios personales y laborales.

CUARTO.- Brindar un programa que permita fortalecer las habilidades sociales de los trabajadores para que de esta forma puedan manejar situaciones problemáticas de un modo más adaptativo.

QUINTA.- Incorporar un adecuado proceso de selección donde incluya una evaluación psicológica y física, partiendo desde el análisis de puesto hasta llegar a la selección de la persona más capacitada para ocupar el puesto de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Allport, G. (1963). La Personalidad su Configuración y Desarrollo.
- Allport, G. (1963). *La Personalidad su Configuración y Desarrollo*. Barcelona: Herder.
- Álvarez, E. & Fernández, L. (1991). *El síndrome de burnout o desgaste, revisión de estudios*. España: Revista asociación española de neuropsiquiatría.
- Anand, M. & Arora, D . (2009). *Burnout, life satisfaction and quality of life among executives of multinational companies*. Journal of the indian academy of applied psychology.
- APA. (1987). *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales III*. Barcelona: Masson S.A.
- Arbinaga, F. & Vázquez, M. . (2002). *Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en los profesionales de los centros ambulatorios de atención a drogodependientes*. Barcelona : Revista española de drogodependencias.
- Barranza, A., Carrasco, R. & Arreola, M. . (2007). *Síndrome de burnout: un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango*. Durango: Universidad pedagógica de Durango: investigación educativa.
- Bion, W. (1996). . *Volviendo a Pensar*. Buenos Aires: Ediciones Horme S.A.
- Bion, W. (1996). *Volviendo a Pensa*. Buenos Aires: Ediciones Horme S.A.
- Bleuler, E. (1967). *Tratado de Psiquiatría*. Madrid: Espasa-Calpe, S.A.
- Bowlby, J. (1980). *La Pérdida Afectiva: Tristeza y Depresión*. Barcelona: Paidos.
- Cabezas, C. (1998). *Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional*. Revista formación médica continuada.

- Cano, A. (1996). *Inventario de Afrontamiento Emocional "Control, Defensa y Expresión"*. CDE.
- Chóliz, M. (1995). *Expresión de las emociones*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Chóliz, M. (1995). *Expresión de las emociones*. En E. G., Fernández -Abascal . Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Elías, M. (1999). *Educación con inteligencia emocional*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Florenzano, R. (2002). *Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un nuevo estudio con mayor muestra*. . Psiquiatría y Salud Mental.
- Gil – Monte, P., Peiró, J. & Valcarcel, P. . (1996). *Influencia de las variables de carácter socio demográfico sobre el síndrome de burnout*. Revista de psicología social aplicada.
- Gunderson, J. (2000). *"Trastorno Límite de la Personalidad, guía clínica"*. . Ars Médica.
- Heerlein, A. (1997). *Personalidad y Psicopatología*. Santiago de Chile: Serie Roja.
- Jiménez, B. (2006). *La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout*. Lima: Psicothema.
- Kernberg, P. (2000). *Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes*. México.: Manuel Moderno.
- Kindlon, D. (1997). *Educando a Caín*. . Buenos Aires: Editorial Atlántida.
- Martín, M. (2007). *Calidad de vida y estrés laboral: la incidencia del burnout en el deporte de alto rendimiento madrileño*. Madrid : Revista internacional de ciencias del deporte.
- Millon, T. ((2004). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Editorial Masson.

- Muñoz , J. & Pérez Nieto,. (2001). *La evaluación y el tratamiento de la ira en personas con daño cerebral traumático: una perspectiva neuropsicológica*. Revista de Psicología General y Aplicada.
- Riquelme, R. (2002). *La Personalidad, sus Trastornos y Estructura Limítrofes*. Buenos Aires: Revista Psiquiatría y Salud Mental.
- Schneider, K. (1968). *Las Personalidades Psicopáticas*. Madrid: Morata S.A.
- Tellembach, H. (1974). *Melancolía. Visión Histórica del Problema. Endogeneidad Tipológica, Patogenia y Clínica*. Madrid: Morata S.A.

Anexos

ANEXO 4: MATRIZ DEL INSTRUMENTO

VARIABLE 1: SINDROME DE BURNOUT

Dimensión	Indicador es	Ítems	Peso	Nº de ítems	Valoración	Instrumento
Agotamiento emocional	Cansancio. Desgaste. Fatiga. Incumplimiento	1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado. 2. Al final de la jornada me siento agotado. 3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo. 6. Trabajar con estudiantes todos los días es una tensión para mí. 8. Me siento “quemado” por el trabajo. 13. Me siento frustrado por mi trabajo. 14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro. 16. Trabajar en contacto directo con los estudiantes me produce bastante estrés. 20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.	50%	9	Nunca Una vez alguna vez al año o menos Al mes o menos Algunas veces al mes Una vez a la semana Varias veces a la semana	MBI (inventario de burnout de Maslach)
Despersonalización.	Ansiedad. Depresión. Nerviosismo.	5. Creo que trato a algunos estudiantes como si fueran objetos. 10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo. 11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente. 15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los estudiantes a los que tengo que atender. 22. Siento que los estudiantes me culpan de algunos de sus problemas.	20%	5		
Baja realización personal.		4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis estudiantes. 7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis estudiantes. 9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros. 12. Me encuentro con mucha vitalidad. 17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis estudiantes 18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los estudiantes. 19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo. 21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	30%	8		

ANEXO 6: CORRECCIÓN DE LA PRUEBA (MBI)

Subescala de Agotamiento Emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de Despersonalización. Está formada por 5 ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de Realización Personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. La Realización Personal está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto. Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad.

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99.

Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de burnout, puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal definen el síndrome.

Aunque también el punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios: En la subescala de Agotamiento Emocional (EE) puntuaciones de 27

o superiores serían indicativas de un alto nivel de burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de burnout bajos o muy bajo. En la subescala de Despersonalización (D) puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización. Y en la subescala de Realización Personal (PA) funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 sensaciones de logro.

ANEXO 7: BAREMOS DE LAS DIMENSIONES DEL SINDROME DE BURNOUT

AGOTAMIENTO EMOCIONAL:

27 a más	Nivel Alto
19 a 26	Nivel Medio
Menos de 19	Nivel Bajo.

DESPERSONALIZACIÓN

10 a más	Nivel Alto.
06 a 09	Nivel Medio
Menos de 06	Nivel Bajo.

REALIZACIÓN PERSONAL

0 a 30	Nivel Bajo.
31 a 39	Nivel Medio
Más de 40	Nivel Alto

Baremo de conversión Staxi II

Baremos Percentilares del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo

PC	Puntaje Directo											PC	
	Sentimiento	Expresión Física	Expresión Verbal	ESTADO	Temperamento	Reacción de Ira	RASGO	E. Ext.	E. Int.	C. Ext.	C. Int.		IEI
1	5	6	5	16	5	5	10	6	6	6	6	10	1
3	5	6	5	16	5	5	10	6	6	6	6	10	3
5	5	6	5	16	5	5	10	6	7	6	6	10	5
7	5	6	5	16	5	5	10	6	7	6	6	10	7
10	5	6	5	16	5	8	15	6	9	8	6	15	10
15	5	6	5	16	5	8	15	6	9	11	9	15	15
20	5	6	5	16	6	8	16	7	9	11	9	15	20
25	5	6	5	16	6	8	17	8	9	11	9	17	25
30	5	6	5	16	7	9	17	8	9	13	9	21	30
35	5	6	5	16	7	9	17	9	10	14	10	23	35
40	5	6	5	16	8	10	18	9	10	14	13	27	40
45	5	6	5	17	9	11	18	9	10	17	13	27	45
50	5	6	5	17	10	12	19	10	10	17	14	28	50
55	6	6	5	18	10	14	23	10	10	17	15	28	55
60	6	6	5	19	11	14	23	10	10	17	15	31	60
65	7	6	6	20	11	14	24	11	10	17	16	31	65
70	7	7	6	22	13	14	27	11	11	18	17	31	70
75	8	7	6	22	14	15	29	11	12	19	17	31	75
80	11	8	8	24	14	15	29	11	13	21	24	32	80
85	13	9	10	30	14	15	29	11	13	22	24	33	85

90	14	10	11	37	16	16	31	12	14	22	24	40	90
93	14	12	11	37	16	17	31	12	15	24	24	40	93
95	20	15	17	42	17	20	36	13	16	24	24	41	95
97	20	20	17	44	17	20	36	13	16	24	24	41	97
99	20	21	17	49	17	20	36	13	16	24	24	41	99
N	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	N
Media	7.40	7.34	6.46	21.20	9.85	11.73	21.58	9.29	10.58	15.51	14.31	26.04	Media
Mediana	5	6	5	17	9.5	11.5	19	9.5	10	17	14	28	Mediana
Desv. típ.	4.005	3.044	2.972	7.986	3.819	3.917	7.031	2.130	2.326	5.136	6.102	8.855	Desv. típ.
Mínimo	5	6	5	16	5	5	10	6	6	6	6	10	Mínimo
Máximo	20	21	17	49	17	20	36	13	16	24	24	41	Máximo

ANEXO N° 8

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD MEDIANTE EL PAQUETE ESTADÍSTICO DEL ALFA DE CROMBACH DE L INSTRUMENTO SÍNDROME DE BOURNOUT

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0,981	0,981	103

INTERPRETACIÓN

Una vez sometido el presente cuestionario a análisis del alfa de Cronbach nos da el siguiente resultado

CRITERIOS DE CONFIABILIDAD DE VALORES

- No es confiable si sale -1 a 0
- Baja confiabilidad 0.01 a 0.49
- Moderada confiabilidad de 0.5 a 0.75
- Fuerte confiabilidad 0.76 a 0.89
- Alta confiabilidad 0.9 a 1

El instrumento de la escala confiabilidad de satisfacción se aprecia que si existe una alta confiabilidad, es decir que este instrumento si funciona y medirá bien los niveles de la calidad de vida y su posterior tabulación darán resultados más que esperados ya que su índice de confiabilidad es de 0.981.

Síndrome de burnout

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Pre1	83,7	887,567	0,841	0,98
Pre2	83,5	895,611	0,955	0,98
Pre3	83,8	877,289	0,872	0,98
Pre4	84	904,667	0,752	0,98
Pre5	83,5	895,611	0,869	0,98
Pre6	83,5	893,167	0,836	0,98
Pre7	84,7	883,567	0,841	0,98
Pre8	83,3	910,233	0,876	0,98
Pre9	84,8	917,956	0,586	0,981
Pre10	84,1	887,656	0,83	0,98
Pre11	84	864,444	0,948	0,979
Pre12	84	878,444	0,876	0,98
Pre13	83,9	870,544	0,871	0,98
Pre14	84,1	872,989	0,91	0,979
Pre15	84,1	892,544	0,821	0,98
Pre16	84	900,444	0,75	0,98
Pre17	84,4	888,267	0,76	0,98
Pre18	84,6	923,822	0,639	0,981
Pre19	84,3	900,233	0,632	0,981
Pre20	85,1	915,656	0,675	0,981
Pre21	84,1	902,322	0,607	0,981
Pre22	84,2	894,844	0,761	0,98

Si se desea quitar algún ítem la escala en si sigue manteniendo un alto porcentaje de confiabilidad, es decir se mantienen homogénea su estructura y su confiabilidad del 0.981, es decir una confiabilidad casi perfecta.

ANÁLISIS MEDIANTE EL ALFA DE CROMBACH DEL INVENTARIO DE EXPRESIÓN DE IRA ESTADO-RASGO

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0,882	0,881	103

INTERPRETACIÓN

Una vez sometido el presente cuestionario a análisis d alfa de Cronbach nos da el siguiente resultado

CRITERIOS DE CONFIABILIDAD DE VALORES

- No es confiable si sale -1 a 0
- Baja confiabilidad 0.01 a 0.49
- Moderada confiabilidad de 0.5 a 0.75
- Fuerte confiabilidad 0.76 a 0.89
- Alta confiabilidad 0.9 a 1

El instrumento de la escala confiabilidad de satisfacción se aprecia que si existe una confiabilidad perfecta, es decir que este instrumento si funciona y medirá bien los niveles hábitos saludables y su posterior tabulación dará resultados más que esperados ya que su índice de confiabilidad es de 0.8821 la cual está dentro del rango de fuerte confiabilidad.

INVENTARIO DE EXPRESIÓN DE IRA ESTADO-RASGO

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
pre1	84,7	883,567	0,841	0,88
pre2	83,3	910,233	0,876	0,88
pre3	84,8	917,956	0,586	0,881
pre4	84	904,667	0,752	0,88
pre5	83,5	895,611	0,869	0,88
pre6	83,5	893,167	0,836	0,88
pre7	84,7	883,567	0,841	0,88
pre8	83,3	910,233	0,876	0,88
pre9	84,8	917,956	0,586	0,881
pre10	84,1	887,656	0,83	0,88
pre11	84	864,444	0,948	0,878
pre12	84	878,444	0,876	0,88
pre13	83,9	870,544	0,871	0,88
pre14	84,1	872,989	0,91	0,878
pre15	84,1	892,544	0,821	0,88
pre16	84	900,444	0,75	0,88
pre17	84,4	888,267	0,76	0,88
pre18	84,6	923,822	0,639	0,881
pre19	83,7	887,567	0,841	0,88
pre20	83,5	895,611	0,955	0,88
pre21	83,8	877,289	0,872	0,88
pre22	84	904,667	0,752	0,88
pre23	83,5	895,611	0,869	0,88
pre24	83,5	893,167	0,836	0,88
pre25	84,7	883,567	0,841	0,88
pre26	83,3	910,233	0,876	0,88
pre27	84,5	867,167	0,95	0,878
pre28	84,1	865,433	0,952	0,878
pre29	83,7	878,9	0,851	0,88
pre30	83,9	869,656	0,88	0,88
pre31	84	904,667	0,752	0,88
pre32	83,5	895,611	0,869	0,88
pre33	83,5	893,167	0,836	0,88
pre34	84,7	883,567	0,841	0,88
pre35	83,3	910,233	0,876	0,88

pre36	84,6	923,822	0,639	0,881
pre37	83,7	887,567	0,841	0,88
pre38	83,5	895,611	0,955	0,88
pre39	83,8	877,289	0,872	0,88
pre40	84	904,667	0,752	0,88
Pre41	83,3	910,233	0,876	0,88
Pre42	84,5	867,167	0,95	0,878
Pre43	84,1	865,433	0,952	0,878
Pre44	83,7	878,9	0,851	0,88
Pre45	83,9	869,656	0,88	0,88
Pre46	84	904,667	0,752	0,88
Pre47	83,5	895,611	0,869	0,88
Pre48	83,3	910,233	0,876	0,88
Pre49	84,5	867,167	0,95	0,878

Si se desea quitar algún ítem la escala en si sigue manteniendo un alto porcentaje de confiabilidad, es decir se mantienen homogénea su estructura y su confiabilidad del 0.882, es decir una confiabilidad casi perfecta

CASO 1

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

ANAMNESIS

I. DATOS DE PERSONALES

Nombres y Apellidos	: ACG
Edad	: 36 años
Sexo	: Femenino
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior
Estado Civil	: Casada
Ocupación	: Docente
Religión	: Católica
Informante	: Paciente
Fecha de evaluación	: Del 02 de octubre al 15 de noviembre del 2014
Lugar de evaluación	: Servicio de Psicología
Examinador	: Luis Alberto Quispe Toribio

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta por constantes problemas de pareja, situación que la tiene muy preocupada ya que teme que su relación fracase.

III. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La paciente refiere que su relación poco a poco se va deteriorando cada día manifiesta que cuando se conocieron ambos tenían muchos deseos de superación y que constantemente conversaban, ya que ambos laboraban en el mismo centro de trabajo, años después de conocerse decidieron iniciar una relación, ella indica que su pareja siempre fue coqueto y juguetón, no solo con ella, sino también con sus compañeras de trabajo.

Sin embargo aun así eran más las cosas positivas que le veía que las cosas negativas, por lo que decidieron casarse, luego de 2 años de matrimonio ambos decidieron tener un hijo es así que nace Fabián, el cual por referencia de la madre lleno su hogar de amor, a partir de ese momento centraron toda su atención al bebe ya que este nació con un ligero problema a la piel. Para la pareja no fue algo muy traumático ya que se supero con tratamiento, sin embargo la paciente piensa que esto comenzó a alejar a su pareja ya que ella luego del embarazo dejo de trabajar y se dedicó a la crianza de su hijo.

La paciente siente que su esposo pasa gran parte del tiempo en su trabajo y que además el sale con sus compañeros de trabajo, siendo pocas veces las que le ha pedido salir juntos.

Luego de dos años nació su segundo hijo. Actualmente la paciente ve pocas horas a su esposo y las horas que puede pasar con él constantemente tienen discusiones y han llegado al grado de incluso ofenderse cada vez que tienen que salir de paseo ya que siente que su esposo no la ayuda con las cosas de casa, es muy distante y ya no es cariñoso como al inicio de la relación, ella se siente sola y muy preocupada porque es consciente que de seguir así su relación podría terminar; es por ello que acude a consulta para poder mejorar su relación de pareja.

IV. HISTORIA PERSONAL

Etapas Prenatales

Según los comentarios que la paciente recibe de sus familiares, tuvo una etapa gestacional adecuada sin amenazas de aborto.

Etapas Natas

Por referencia de sus padres la paciente indica que el parto fue llevado al término de los 9 meses siendo asistida por una obstetra en un hospital.

Etapas post natal

Según referencia de la paciente por comentarios de su mamá, la alimentación fue lactancia materna y artificial aproximadamente hasta 1 año y 6 meses no habiendo problemas con el destete.

Desarrollo Psicomotor

Según referencias de los padres y abuelos no presentó ningún atraso en su desarrollo, por lo que este fue dentro de los parámetros normales.

Síntomas neurológicos

A referencia de la paciente por comentarios de sus padres ella dejó de orinarse en la cama aproximadamente a los 2 años y 11 meses.

Etapas escolares

Su etapa escolar fue tranquila sin problemas importantes, ella siempre fue una niña aplicada que desarrollaba sus labores con normalidad, mencionan sus padres, según referencia de la paciente, que no lloró o hizo pataletas los primeros días de clases.

Por referencias familiares comenta la paciente que siempre fue una niña líder que gustaba de organizar a sus compañeros para que ellos realizaran determinadas acciones en los juegos del recreo.

Su rendimiento académico fue adecuado, sin ser ella necesariamente la que mas destacaba en el salón.

Educación Secundaria:

Durante esta etapa su conducta continuaba siendo la misma, sin embargo comenzaron algunos problemas dentro de casa por lo que sus padres tuvieron que vivir distanciados. Debido al trabajo de su padre ella comenzó a vivir más tiempo con su abuela, lo que hizo que su rendimiento académico baje ligeramente.

Las relaciones interpersonales las describe como adecuadas ya que contaba con varios amigos.

Aspectos Fisiológicos desarrollo sexual

Tuvo su menarquía a los 11 años contando con buena orientación por parte de su madre y su abuelita. A los 15 años comenzó a tener

enamorado, aunque nunca pensaba tener un esposo necesariamente para tener un hijo.

Aspecto Psicosexual

En casa recibía de su madre el ejemplo de que la mujer atiende al esposo, así como que el esposo suele gritar o dominar, sin embargo luego mamá también recomendaba que estudiara para que no dependa de su esposo. Tiene su primera relación sexual a los 18 años y finalmente a los 27 años decide casarse con su actual esposo.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

Composición familiar

Paciente de 36 años pertenece a una familia nuclear constituida por su padre de 69 y su madre 64 años respectivamente a quienes considera Trabajadores. En cuanto a los hermanos solo tiene un hermano menor actualmente ella tiene un hijo de 8 años y un hijo de 6 años de edad.

Dinámica familiar

La paciente refiere contar con apoyo de sus padres ya que ambos paran en casa, pues son jubilados, suele visitarlos constantemente para que sus hijos también desarrollen confianza en ellos la relación con su hermano es buena.

Condición socioeconómica

La paciente procede de una familia que cuenta con recursos económicos, por lo que siempre tuvo lo que necesito materialmente hablando. Pero siente que no pudieron darle el afecto que ella necesitaba.

La paciente cuenta con casa propia, la cual por el espacio que tiene también la utiliza como un negocio adicional para aumentar sus ingresos personales.

VI. RESUMEN

Paciente con desarrollo peri y pos natal sin complicaciones, con un desarrollo psicomotor adecuado y control de esfínteres dentro del tiempo correcto, de niña participaba activamente en su educación tenía rendimiento académico regular, durante la etapa de inicial y primaria mostros características de líder al dirigir y luego orientar a sus compañeros de clase culminó su secundaria y estudios superiores de manera satisfactoria.

Solía ser una persona alegre y activa en sus relaciones sociales, gustaba salir y divertirse con su pareja constantemente, lo cual se ha visto afectado de manera gradual luego que dejó el trabajo por el nacimiento de su hijo, pues ahora su esposo pasa más tiempo con sus compañeros de trabajo que con ella.

Es la hija mayor de dos hijos, tiene dos hijos uno de 9 años y el menor de 7.

A pesar de proceder de una familia económicamente estable la paciente refiere que su economía no es muy buena, hace unos años puso un colegio esperando poder mejorar con la ayuda de su esposo, sin embargo manifiesta que al no contar con el apoyo de él le es complicado cubrir los gastos familiares, por ello experimenta una profunda sensación de soledad.

Vive en una casa de material noble junto a sus hijos y esposo, al ser la casa grande también funciona allí su pequeño jardín.

EXAMEN MENTAL

I.-DATOS DE PERSONALES

Nombres y Apellidos	: ACG
Edad	: 36 años
Sexo	: Femenino
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior
Estado Civil	: Casada
Ocupación	: Docente
Religión	: Católica
Informante	: Paciente
Fecha de evaluación	: Del 02 de octubre al 15 de noviembre del 2014
Lugar de evaluación	: Servicio de Psicología
Examinador	: Luis Alberto Quispe Toribio

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta por constantes problemas de pareja, situación que la tiene muy preocupada ya que teme que su relación fracase.

I. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

La Paciente acude a la consulta adecuadamente vestida, es de contextura delgada con cabello largo y castaño de estatura promedio, por lo que aparenta la edad que tiene.

Su expresión facial expresa preocupación y pena, su hablar es lento y pausado con respiración profunda por momentos.

Manifiesta preocupación por los problemas que atraviesa actualmente su relación y tiene una adecuada disposición a realizar lo necesario para que esta mejore, lo que indicaría que hay voluntad para la realizar una terapia.

En ocasiones durante el dialogo agacha la cabeza y derrama algunas lágrimas al recordar el dolor por el que atraviesa debido a su situación familiar.

IV. ESTADOS DE CONCIENCIA

Atención:

La paciente es capaz de concentrar su atención y sostener la mirada durante la conversación, sin embargo en algunos momentos esta podría experimentar un estrechamiento y concentrarse solo en sus problemas de pareja sin percatarse de los problemas que podían estar experimentando sus hijos.

Conciencia o estado de alerta

No muestra variaciones a nivel de su conciencia que pasen desde una hipervigilancia hasta la inconciencia completa.

Orientación

La paciente ante las preguntas realizadas contesto correctamente por lo que se puede decir que se encuentra ubicada en espacio, tiempo y persona.

V. FUNCIONES COGNITIVAS

LENGUAJE

Presenta un lenguaje claro, coherente, en cuanto a la fluidez en momentos se detiene a pensar las cosas que está queriendo decir.

PENSAMIENTO

Su pensamiento esta conservado.

PERCEPCIÓN

No presenta ilusiones o alucinaciones, de ninguna modalidad sensorial, ni visuales, auditivas, gustativas o olfativas.

MEMORIA

La memoria a corto plazo se encuentra conservada, al igual que su memoria de largo plazo, recuerda números que se le dictaron y actividades realizadas con anterioridad.

VI. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

La capacidad de resolver problemas en la paciente se encuentra conservada, principalmente en torno a su memoria realizando con eficacia operaciones aritméticas.

ESTADO DE ANIMO Y AFECTOS

Encontramos que la paciente, expresa tristeza; preocupación y angustia al comentar de sus hijos

La paciente no presenta una estabilidad emocional adecuada, lo cual se ve reflejado entre lo que dice y su expresión facial.

VII. COMPRESION Y GRADO DE INCAPACIDAD DE LA ENFERMEDAD

Es consciente de los problemas que tiene en su relación y también que es necesario que los cambios sean de ambos cónyuges, así que ella está dispuesta a realizar los cambios que sean necesarios.

VIII. RESUMEN

Paciente de, contextura delgada, estatura promedio y cabello largo, su aseo y arreglo personal correctos, Su expresión facial sugiere tristeza y preocupación.

Manifiesta incertidumbre al describir lo que siente, suele reaccionar con llanto ante la frustración y el miedo de que su relación se termine. Su atención suele estrecharse concentrándose solo en los problemas de pareja, descuidando por ello la relación con sus hijos.

Se orienta bien en espacio, tiempo y persona, su lenguaje es claro comprensible pero de fluidez lenta.

No presenta ilusiones o alucinaciones de ninguna modalidad sensorial, visuales, olfativas, auditivas o gustativas, no presenta dificultades en su memoria o en la claridad de sus pensamientos. En cuanto a su capacidad intelectual, esta se encuentra conservada, el principal problema que presenta es a nivel de su estabilidad emocional, ya que refleja dolor y angustia en su

expresión facial y corporal llegando en muchas ocasiones al llanto por la impotencia de no poder manejar correctamente su relación de pareja.

INFORME PSICOMÉTRICO

DATOS DE PERSONALES:

Nombres y Apellidos	: ACG
Edad	: 36 años
Sexo	: Femenino
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior
Estado Civil	: Casada
Ocupación	: Docente
Religión	: Católica
Informante	: Paciente
Fecha de evaluación	: Del 02 de octubre al 15 de noviembre del 2014
Lugar de evaluación	: Servicio de Psicología
Examinador	: Luis Alberto Quispe Toribio

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta por constantes problemas de pareja, situación que la tiene muy preocupada ya que teme que su relación fracase.

III. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

Durante la evaluación la paciente mantenía su atención concentrada en la resolución de las pruebas, conversando y contando sobre cómo se sentía a realizarlas, en algunas ocasiones se reía de sus respuestas o de las situaciones que las preguntas le hacían recordar, así mismo esa alegría se podía reflejar a través del llanto, sus dudas fueron aclaradas cada que ella preguntaba sobre algún punto de la prueba que no entendía.

IV. PRUEBAS PSICOLÓGICAS UTILIZADAS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas Psicometrías
 - Escala de auto evaluación de Ansiedad – ZUNG
 - Inventario de personalidad de Eysenck

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A. EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA

La evaluación fue de tipo cualitativa, ya que la paciente tiene estudios universitarios podemos decir que tiene una inteligencia normal alta.

B. EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

- Inventario de personalidad de Eysenck

Interpretación Cuantitativa

ESCALA L Puntuación 9

ESCALA E Puntuación 7

ESCALA N Puntuación 19

Interpretación Cualitativa.

Para la escala L el puntaje obtenido refiere poca veracidad en las respuestas de la paciente, es decir no le gusta darse a conocer tal cual es, manipula sus respuestas para ocultar rasgos de personalidad que puedan parecerle desfavorables, no es sincera en su entrevista.

Para la escala E refleja introversión siendo caracterizada por ser una persona seria, pesimista, intranquila, reservada, distante excepto para los amigos íntimos con los cuales podría ser más expresiva e incluso llegar a

dar consejos, por lo que ella misma se sorprende de no poder controlar lo que está sucediendo en su relación.

Para la escala N la puntuación la ubica dentro de una tendencia a la inestabilidad emocional y caracterizan a individuos ansiosos malhumorados y que suelen ser explosivos reaccionando muchas veces motivados únicamente por emociones.

EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD

- **Escala de Ansiedad de ZUNG**

Interpretación Cuantitativa

Puntaje total : 51 puntos

Índice de ansiedad : 64

Interpretación Cualitativa

La evaluada logró un índice de valoración correspondiente a la presencia de ansiedad marcada lo cual se manifiesta por síntomas de preocupación; angustia y miedo.

VI. RESUMEN

La paciente suele ser una persona desconfiada de los demás, lo cual podría generar celos constantes en ella y sentirse engañada, así mismo tiene dificultades para adaptarse con facilidad a situaciones laborales y sociales nuevas donde tenga que confiar o delegar funciones, así mismo gusta de dominar las actividades a realizar, tanto en el aspecto familiar como laboral.

Por otro lado presenta indicadores de depresión y ansiedad en un nivel moderado, caracterizado por reducción de la energía, falta de motivación, perdida de interés así como la aparición de sentimientos de culpa la cual es consecuencia de la marcada ansiedad que presenta la paciente.

INFORME PSICOLOGICO

I. DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos	: ACG
Edad	: 36 años
Sexo	: Femenino
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior
Estado Civil	: Casada
Ocupación	: Docente
Religión	: Católica
Informante	: Paciente
Fecha de evaluación	: Del 02 de octubre al 15 de noviembre del 2014
Lugar de evaluación	: Servicio de Psicología
Examinador	: Luis Alberto Quispe Toribio

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta por constantes problemas de pareja, situación que la tiene muy preocupada ya que teme que su relación fracase.

III. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas Psicometrías
- Escala de auto evaluación de Ansiedad y depresión – ZUNG
- Inventario de personalidad de Eysenck

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente que según lo referido nació luego de un embarazo sin complicaciones, sus primeras años de vida fue presentando un desarrollo psicomotor y del lenguaje adecuado, es la mayor de dos hijos sus primeros años de vida los vivió junto con sus padres, sin embargo por motivos laborales ella y su mamá tuvieron que venir a Arequipa y vivir en casa de los abuelos paternos, refiere que siempre fue una niña inquieta y protegida por sus abuelos.

Su infancia y niñez fueron agradables, en esta etapa ella en muchas ocasiones se hizo cargo de su hermano ya que ella era la mayor, por lo que su relación con él es muy buena. Su adolescencia estuvo marcado por las discusiones entre sus padres, por lo cual la relación en alguna ocasión, según lo que recuerda, estuvo a punto de terminar, esto produjo en ella un gran sentimiento de dolor y abandono.

Sus relaciones sociales siempre fueron buenas, siendo ella desde pequeña líder en los grupos a los que pertenecía, esto incluso durante su etapa universitaria.

Sus relaciones de pareja aunque no muchas, fueron agradables en su mayoría ya que una de ellas le causo mucho dolor debido a una traición, sin embargo la paciente refiere haberlo superado rápidamente.

Actualmente se encuentra casada y tiene dos hijos los cuales fueron planificados y esperados, conoció a su pareja en su centro laboral con el cual salían y disfrutaban de su etapa de enamoramiento por lo que decidieron casarse, sin embargo años después del nacimiento de su primer hijo, el cual nació con un ligero problema en la piel, la relación se fue enfriando, según lo que refiere la paciente, ya que las salidas y los detalles disminuyeron y fueron menos constantes por parte de ambos, ella siente que su esposo le dedica más tiempo a sus actividades laborales que a las actividades familiares, esto está perjudicando su relación, pasando la mayor parte del tiempo discutiendo por diferentes motivos, lo cual teme que vaya terminando con el amor que existe entre ellos y tenga como consecuencia la ruptura de la relación.

V. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

La paciente se presenta adecuadamente vestida y alineada, es de contextura delgada, con cabello largo y de imagen acorde con su edad.

Durante las sesiones se contó con un estado de atención adecuado, realizando las pruebas psicológicas con interés pero siempre con un estado de ánimo decaído denotando angustia y desesperación por la solución de sus problemas.

VI. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Por los resultados obtenidos en las evaluaciones podemos decir que la paciente muestra inseguridad, la paciente se manifiesta dominante en la relación por lo que es posible que cosas que siente que no puede controlar le generen inseguridad y fastidio. Cabe señalar que esta conducta siempre ha estado presente en ella, pues ha sido formada por sus padres y abuelos desde pequeña.

Asimismo, la paciente presenta un estado de ánimo ansioso y depresivo, mostrando inmadurez emocional para enfrentar los problemas y aceptar responsabilidades.

Enfrenta sus problemas de tal forma que siempre domine la situación y cuando siente que esto no funciona a su modo podría descontrolarse aunque luego busque culpar a los demás por las consecuencias. Es posible que su estado de ánimo ansioso depresivo sea consecuencia de la dependencia familiar que siempre ha mantenido.

Se encontraron también indicadores de depresión que se acompaña de ansiedad, ataques de angustia. Presenta además énfasis en preocupaciones y notable reducción de energía, falta de motivación.

VII. DIAGNÓSTICO

Por lo evaluado la paciente posee una personalidad dependiente. Por ello nos muestra a una persona ansiosa y dependiente, inestable de temperamento melancólico, la cual se caracteriza primordialmente por tensión emocional y preocupaciones constantes lo que podría traer somnolencia, notable reducción de la energía, enlentecimiento motriz y cambios en sus hábitos de sueño, alimentación y aseo.

Por lo expuesto anteriormente a través de la historia psicológica así como de los exámenes psicopatológicos y psicométrico, tomando como referencia la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE 10°), la paciente presenta **Trastorno depresivo leve.(F32.0).**

VIII. PRONOSTICO

El pronóstico es favorable, ya que la paciente es consiente que debe modificar algunos hábitos, mostrando así una disposición de recibir ayuda.

IX. RECOMENDACIONES

- Aplicar Terapia de Reestructuración Cognitiva. Para mejorar autoestima.
- Administrar terapias personales que ayuden a modificar su estado de ánimo y comunicación con la pareja.
- Psicoterapia de Apoyo para que consiga más seguridad e independencia socio emocional.
- Acudir a terapia de pareja.
- Psicoterapia de Relajación progresiva con el objeto de atenuar la ansiedad, depresión y tensión.
- Reforzar y preparar las habilidades Sociales que presenta para hacer frente ante una situación laboral.

Luis Alberto Quispe Toribio

Bachiller de Psicología – UNSA

PLAN E INFORME PSICOTERAPEUTICO

I. DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos	: ACG
Edad	: 36 años
Sexo	: Femenino
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior
Estado Civil	: Casada
Ocupación	: Docente
Religión	: Católica
Informante	: Paciente
Fecha de evaluación	: Del 02 de octubre al 15 de noviembre del 2014
Lugar de evaluación	: Servicio de Psicología
Examinador	: Luis Alberto Quispe Toribio

II. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Paciente que presenta rasgos de una personalidad dependiente. Su personalidad en estos momentos y frente a estas situaciones por las que está pasando nos muestra a una persona ansiosa, deprimida, dependiente, la cual se caracteriza primordialmente por pesimismo, preocupaciones constantes trayendo consigo sentimientos de soledad.

En lo evaluado y por las características de su conducta presenta rasgos que tipifican un **Trastorno depresivo leve. (F32.0), según el CIE 10.**

III. OBJETIVO

Lograr reducir los síntomas ansiosos depresivos y trabajar a nivel del autoestima, para así conseguir una estabilidad emocional, mejorar sus habilidades sociales y modificar las creencias erróneas de la paciente lo cual le permitirá hacer frente a su problemática actual y así desenvolverse con la mayor eficacia posible dentro de su medio ambiente.

IV. DESCRIPCION DEL PLAN PSICOTERAPEUTICO

La acción terapéutica se basará en entrenamiento en relajación, entrenamiento asertivo y podría emplearse una Terapia Cognitivo Conductual donde haremos uso del Modelo A-B-C que es una herramienta heurística desarrollada inicialmente por Albert Ellis, teórico cognitivo-conductual, y ampliamente usado en la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). El cambio terapéutico en la TREC, distingue varios focos y niveles de cambio (Ellis, 1981, 1989 y 1990), En cuanto a los focos del cambio, estos pueden estar en:

- a- Aspectos situacionales o ambientales implicados en el trastorno emocional (cambio en el punto A).
- b- Consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas o sintomáticas del trastorno emocional (cambio en el punto C).
- c- En las evaluaciones cognitivas del sujeto implicadas en el trastorno emocional. Aquí se distinguirían a su vez dos focos (cambios en el punto B):
 - c.1. Distorsiones cognitivas o inferencias anti-empíricas
 - c.2. Creencias irracionales.

Para Ellis (1981, 1989 y 1990) los tres focos pueden, y suelen producir modificaciones emocionales, cognitivas y conductuales. Y de hecho los tres focos se suelen trabajar conjuntamente en una terapia del tipo TREC Pero el foco más relevante para el cambio está en el punto B del modelo A-B-C, sobretudo en la modificación de creencias irracionales.

La terapia R.E.T. en suma, recorre secuencialmente varios niveles; soliendo ser muy directiva (aunque no siempre) en los primeros niveles y permitiendo convertirse en un método de autoayuda, más cercano al fin.

Nº de SESIÓN	TECNICA EMPLEADA	OBJETIVO	ACTIVIDADES
1	Entrenamiento en relajación y respiración profunda	<p>Ayudar a la paciente a manejar sus niveles de ansiedad.</p> <p>Reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad.</p>	Enseñar ejercicios de respiración y técnica de relajación progresiva, tensando grupos de músculos durante unos segundos, para luego descansar y posteriormente percibir la sensación de relajación.
Terapia Racional Emotiva			
2	Detección – Tareas Cognitivas para casa.	Identificar las creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Se utilizan los autoregistros de eventos.	Este procedimiento puede variar desde anotar en un diario sin límite fijo, hasta el registro o clasificación puntual y sistemática de pensamientos, sentimientos, manifestaciones físicas y comportamientos específicos.
3	Refutación – Discriminación.	El terapeuta enseña al paciente a contrastar y diferenciar entre las creencias racionales o irracionales.	Tener en cuenta que las creencias irracionales: No son consistentes con la realidad, producen emociones perturbadoras(demasiado intensas),, se expresan en lenguaje absolutista, demandante(ej. Debería, absolutamente, terrible, etc.)
4	Inversión del rol racional – auto instrucciones – exposición a situaciones evitadas.	<p>Que el paciente aprenda el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.</p> <p>Que el paciente haga uso de frases racionales a modo de auto instrucciones para poder ser utilizadas, por</p>	Se anima al paciente a asumir riesgos calculados (p.e hablar a varias persona desconocidas para superar el miedo al rechazo).

		ejemplo en situaciones antes evitadas.	
5	Uso de recompensas y castigos.	Que el paciente aprenda a reforzar sus afrontamientos racionales y a castigar sus conductas irracionales.	Esta Técnica permite al paciente a ser su propio terapeuta, le ayuda a desarrollar un mejor estado de autoconciencia de lo que hace y administrador de las recompensas y castigos para aumentar conductas adecuadas y eliminar las inadecuadas.
Entrenamiento asertivo			
6,7 y 8	Entrenamiento Asertivo:	<p>Identificar los estilos básicos de la conducta interpersonal (pasivo-agresiva, asertiva). Distinguir entre cada uno de los estilos, Reconociendo la mejor forma de actuar de acorde con el estilo asertivo.</p> <p>Identificar las situaciones en las cuales queremos ser más asertivos. Se trata de identificar en qué situaciones fallamos, y cómo deberíamos actuar en un futuro.</p> <p>Describir las situaciones problemáticas. Se intenta poner por escrito las situaciones problema y clarificar lo que queremos conseguir.</p>	<p>Entrenamiento en la forma de expresar sus ideas de forma asertiva, así como frente a las críticas.</p> <p>Incentivar su participación en actividades sociales para lograr que se integre a su grupo social y poder así contar con otra forma de apoyo en su vida cotidiana.</p>

		<p>Escribir un guión para el cambio de nuestra conducta</p> <p>Desarrollo de lenguaje corporal adecuado.</p> <p>Aprender a identificar y evitar las manipulaciones de los demás</p>	
--	--	---	--

Autoestima

1. Convierte lo negativo en positivo:	Invertir los pensamientos negativos y ponerlos en positivo.	
	Pensamientos negativos <p>"No hables"</p> <p>"¡No puedo hacer nada!"</p> <p>"No esperes demasiado"</p> <p>"No soy suficientemente bueno"</p>	Pensamientos alternativos <p>"Tengo cosas importantes que decir"</p> <p>"Tengo éxito cuando me lo propongo"</p> <p>"Haré realidad mis sueños"</p> <p>"¡Soy bueno!"</p>
2. No generalizar	A partir de las experiencias negativas que podamos tener en ciertos ámbitos de nuestra vida. Debemos aceptar que podemos haber tenido fallos en ciertos aspectos; pero esto no quiere decir que en general y en todos los aspectos de nuestra vida seamos "desastrosos".	
3. Centrarnos en lo positivo	En conexión con lo anterior, debemos acostumbrarnos a observar las características buenas que tenemos. Todos tenemos algo bueno de lo cual podemos sentirnos orgullosos; debemos apreciarlo y tenerlo en cuenta cuando nos evaluemos a nosotros mismos.	
4. Hacernos conscientes de los logros o éxitos	"observar lo bueno" consiste en hacernos conscientes de los logros o éxitos que tuvimos en el pasado e intentar tener nuevos éxitos en el futuro. Pedir al paciente que piensen en el mayor éxito que han tenido durante el pasado año. Ayudar a entender que todos tenemos la capacidad de hacer cosas bien en determinados ámbitos de nuestra	

	vida y que debemos esforzarnos por lograr los éxitos que deseamos para el futuro.
5. No compararse	Todas las personas somos diferentes; todos tenemos cualidades positivas y negativas. Aunque nos veamos “peores” que otros en algunas cuestiones, seguramente seremos “mejores” en otras; por tanto, no tiene sentido que nos comparemos ni que, nos sintamos “inferiores” a otras personas.
6. Confiar en nosotros mismos	Confiar en sí mismos, en sus capacidades y en sus opiniones. Actuar siempre de acuerdo a lo que pensamos y sentimos, sin preocuparse excesivamente por la aprobación de los demás.
7. Aceptarnos a nosotros mismos	Es fundamental que siempre nos aceptemos. Debemos aceptar que, con nuestras cualidades y defectos, somos, ante todo, personas importantes y valiosas.
8. Esforzarnos para mejorar	Una buena forma de mejorar la autoestima es tratar de superarnos en aquellos aspectos de nosotros mismos con los que no estemos satisfechos, cambiar esos aspectos que deseamos mejorar. Para ello es útil que identifiquemos qué es lo que nos gustaría cambiar de nosotros mismos o qué nos gustaría lograr, luego debemos establecer metas a conseguir y esforzarnos por llevar a cabo esos cambios.

1. Convierte lo negativo en positivo:	Invertir los pensamientos negativos y ponerlos en positivo.	
	Pensamientos negativos "No hables" "¡No puedo hacer nada!" "No esperes demasiado" "No soy suficientemente bueno"	Pensamientos alternativos "Tengo cosas importantes que decir" "Tengo éxito cuando me lo propongo" "Haré realidad mis sueños" "¡Soy bueno!"
2. No generalizar	A partir de las experiencias negativas que podamos tener en ciertos ámbitos de nuestra vida. Debemos aceptar que podemos haber tenido fallos en ciertos aspectos; pero esto no quiere decir que en general y en todos los aspectos de nuestra vida seamos “desastrosos”.	
3. Centrarnos en lo positivo	En conexión con lo anterior, debemos acostumbrarnos a observar las características buenas que tenemos. Todos tenemos algo bueno de lo cual podemos sentirnos orgullosos; debemos apreciarlo y tenerlo en cuenta cuando nos evaluemos a nosotros mismos.	
4. Hacernos conscientes de los logros o	“observar lo bueno” consiste en hacernos conscientes de los logros o éxitos que tuvimos en el pasado e intentar tener nuevos éxitos en el futuro. Pedir al paciente que piensen en el mayor éxito que han tenido	

éxitos	durante el pasado año. Ayudar a entender que todos tenemos la capacidad de hacer cosas bien en determinados ámbitos de nuestra vida y que debemos esforzarnos por lograr los éxitos que deseamos para el futuro.
5. No compararse	Todas las personas somos diferentes; todos tenemos cualidades positivas y negativas. Aunque nos veamos “peores” que otros en algunas cuestiones, seguramente seremos “mejores” en otras; por tanto, no tiene sentido que nos comparemos ni que, nos sintamos “inferiores” a otras personas.
6. Confiar en nosotros mismos	Confiar en sí mismos, en sus capacidades y en sus opiniones. Actuar siempre de acuerdo a lo que pensamos y sentimos, sin preocuparse excesivamente por la aprobación de los demás.
7. Aceptarnos a nosotros mismos	Es fundamental que siempre nos aceptemos. Debemos aceptar que, con nuestras cualidades y defectos, somos, ante todo, personas importantes y valiosas.
8. Esforzarnos para mejorar	Una buena forma de mejorar la autoestima es tratar de superarnos en aquellos aspectos de nosotros mismos con los que no estemos satisfechos, cambiar esos aspectos que deseamos mejorar. Para ello es útil que identifiquemos qué es lo que nos gustaría cambiar de nosotros mismos o qué nos gustaría lograr, luego debemos establecer metas a conseguir y esforzarnos por llevar a cabo esos cambios.

V. LOGROS OBTENIDOS

- Pensamientos más claros y adecuados.
- Mejor toma de decisiones.
- Control de la ansiedad.
- Mejor comunicación de pareja.

Luis Alberto Quispe Toribio

Bachiller de Psicología - UNSA

PRUEBAS APLICADAS

Test Zung

1. Me siento más nervioso y ansioso que de costumbre	2
2. Me siento con temor sin razón	2
3. Despierto con facilidad o siento pánico	3
4. Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos	1
5. Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme	2
6. Me tiemblan los brazos y las piernas	3
7. Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura	3
8. Me siento débil y me canso fácilmente	3
9. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente	3
10. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón	2
11. Sufro de mareos	2
12. Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar	3
13. Puedo inspirar y expirar fácilmente	2
14. Se me adormecen o hincan los dedos de las manos y pies	2
15. Sufro de molestias estomacales o indigestión	3
16. Orino con mucha frecuencia	2
17. Generalmente mis manos están secas y calientes	3
18. Siento bochornos	4
19. Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante la noche	3
20. Tengo pesadillas	3

RESULTADOS AUTOEVALUACION EAA ZUNG

Nombre	ana
Edad	36
Fecha de Ev.	29/05/2006
Derivado por	psicologia
Evaluado por	luis uispe
Derivado a	

PUNTAJE TOTAL	INDICE EAA	DIAGNOSTICO EAA
51	64	Grado Máximo

luis uispe

TABLA DE CONVERSION DE PUNTAJES TOTALES A INDICES EAA

Dentro de Límites Normales. No hay Andiedad presente

Total	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
Indice EAA	25	26	28	29	30	31	33	34	35	36	38	39	40	41	43	44

Presencia d Ansiedad en Grado Máximo

Total	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	
Indice EAA	45	46	48	49	50	51	53	54	55	56	58	59	

Presencia de Ansiedad Marcada a severa

Total	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	
Indice EAA	60	61	63	64	65	66	68	69	70	71	73	74	

Presencia de Ansiedad en Grado Máximo

Total	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
Indice EAA	75	76	78	79	80	81	83	84	85	86	88	89	90	91	92	94

[illegible]

APELLIDOS Y NOMBRES:

EDAD 36 FECHA 00/01/1900

OCUPACION docente

GRADO 0

EXAMINADO POR: Luis Quispe

INVALIDO

ESCALA	
L	9

Si L>4 = INVALIDO; Si L < 4 = VALIDO

INVALIDO

DIMENSION

INESTABLE

N	19
E	7

N

MELANCOLICO

COLERICO

Altamente

Altamente

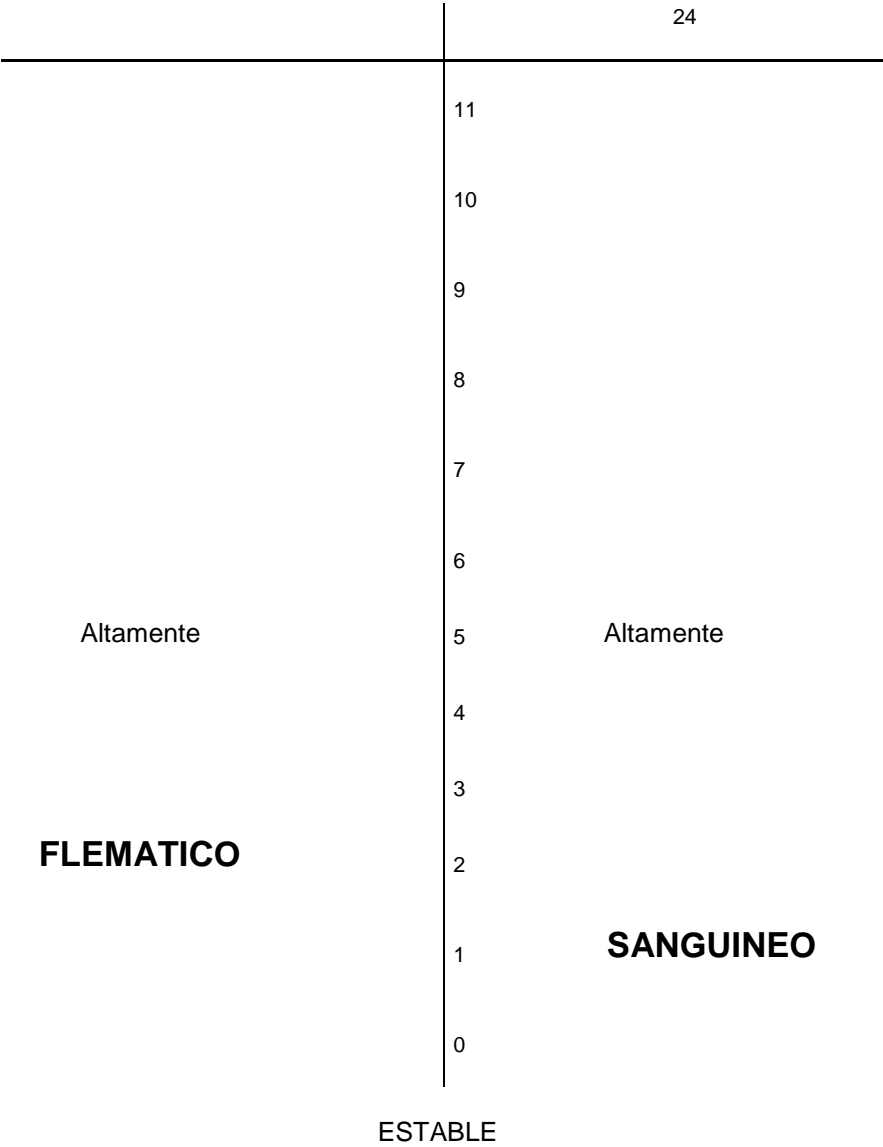
Tendiente

EX
TR
OV
ER
SI
ON

E

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

15 16 17 18 19 20 21 22 23



TEST EYSENCK

AQUÍ TIENE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL MODO COMO USTED SE COMPORTA, SIENTE Y ACTUA DESPUES DE CADA PREGUNTA COLOQUE UN 1 DEBAJO DE "SI" O "NO", SEGÚN SEA SU RESPUESTA Trate de decidir lo más rápidamente. No hay contestaciones correctas ni incorrectas.

Nº		Si	No
1	Le gusta la abundancia de excitación y bullicio a su alrededor?		1
2	Tiene a menudo un sentimiento de intranquilidad, como si quisiera algo, pero sin saber qué?	1	
3	Tiene casi siempre una contestación lista "a la mano" cuando se le habla?		1
4	Se siente algunas veces feliz, otras triste sin una razón real?	1	
5	Permanece usualmente retraído (a) en fiestas y reuniones?	1	
6	Cuando niño (a) hacía siempre inmediatamente lo que le decían sin renegar?	1	
7	Se enfada a menudo?	1	
8	Cuando lo (a) meten en una pelea, prefiere "sacar los trapos al aire" de una vez por todas, en vez de quedar callado (a) esperando que las cosas se calmen solas?		1
9	Es usted triste, melancólico (a)?	1	
10	Le gusta mezclarse con la gente?		1
11	Ha perdido a menudo el sueño por sus preocupaciones?	1	
12	Se pone a veces malhumorado (a)		1
13	Se catalogaría a sí mismo(a) como despreocupado(a) o confiado a su suerte?		1
14	Se decide a menudo demasiado tarde?	1	
15	Le gusta trabajar solo (a)?		1
16	Se ha sentido a menudo apático (a) y cansado (a) sin razón?	1	
17	Es por el contrario animado (a) y jovial?	1	
18	Se ríe a menudo de chistes groseros?		1
19	Se siente a menudo hastiado (a)?	1	

20	Se siente incómodo (a) con vestidos que no son del diario?	1	
21	Se distrae (fantasea) a menudo cuando trata de prestar atención a algo?	1	
22	Puede expresar en palabras fácilmente lo que piensa?		1
23	Se abstrae (se pierde en sus pensamientos) a menudo?	1	
24	Está completamente tibre de prejuicios de cualquier tipo?	1	
25	Le gustan las bromas?	1	
26	Piensa a menudo en su pasado?		1
27	Le gusta la buena comida?	1	
28	Cuando se fastidia, necesita de algún(a) amigo(a) para hablar sobre ello?		1
29	Le molesta vender cosas o pedir dineroa la gente para alguna buena causa?		1
30	Alardea (se jacta) un poco a veces?		1
31	Es usted muy susceptible por algunas cosas?		1
32	Le gusta más quedarse en casa que ir a una fiesta aburrida?		1
33	Se pone a menudo inquieto que no puede permanecer sentado durante mucho rato en una silla?	1	
34	Le gusta planear las cosas cuidadosamente con mucha anticipación?	1	
35	Tiene a menudo mareos (vértigos)?	1	
36	Contesta siempre una carta personal, tan pronto como puede, después de haberla leído?.	1	
37	Hace usted usualmente las cosas mejor resolviéndolas solo(a) que hablando a otros sobre ellas?	1	
38	Le falta frecuentemente aire, sin haber hecho un trabajo pesado?	1	
39	Es usted generalmente una persona tolerante, que no se molesta si las cosas no estan percfectas?		1
40	Sufre de los "nervios"?		1
41	Le gustaría más planear que hacer cosas?	1	
42	Deja algunas veces para mañana, lo que debería hacer hoy día?		1
43	Se pone nervioso(a) en lugares tales como ascensores, trenes o túneles?		1
44	Cuando hace nuevos amigos, ¿es usted quien inicia la relación o invita a que se produzca?		1

45	Sufre fuertes dolores de cabeza?	1	
46	Siente generalmente que las cosas se arreglarán por sí solas y que terminarán bien de algún modo?		1
47	Le cuesta trabajo coger el sueño al acostarse en las noches?	1	
48	Ha dicho alguna vez mentiras en su vida?		1
49	Dice algunas veces lo primero que se le viene a la cabeza?	1	
50	Se preocupa durante un tiempo demasiado largo, después de una experiencia embarazosa?	1	
51	Se mantiene usualmente hermético (a) o encerrado (a) en sí mismo (a), excepto con amigos muy íntimos?	1	
52	Se crea a menudo problemas por hacer cosas sin pensar?	1	
53	Le gusta contar chistes y referir historias graciosas a sus amigos?		1
54	Se le hace más difícil ganar que perder un juego?		1
55	Se siente a menudo demasiado consciente de sí mismo(a) o poco natural cuando está con superiores?	1	
56	Cuando todas las probabilidades están contra usted, ¿piensa aún usualmente que vale la pena probar suerte?		1
57	Siente "sensaciones" raras en el abdomen, antes de algún hecho importante?	1	

CASO 2

ANAMNESIS

I.- DATOS DE FILIACIÓN.

Nombres y apellidos : A.S.CH

Edad : 34 años.

Sexo : Masculino.

Fecha de Nacimiento : 1980/10/16.

Lugar de nacimiento : Arequipa.

Grado de instrucción : Secundaria Incompleta.

Ocupación : Desocupado (meses).

Estado Civil : Soltero.

Religión : Católica.

Informantes : El paciente.

Lugar de Evaluación : Cayma.

Fechas de Evaluación : 12, 17, 18,19 de agosto del 2015

Evaluator : Jhon Paul Vilca Santibáñez.

II.- MOTIVO DE CONSULTA.

El Paciente acude en compañía de su hermana, la misma que refiere buscar apoyo para A.S.CH. Ya que desde hace años consume alcohol, no pudiendo controlar su consumo, siendo varias veces internado, actualmente se encuentra con tratamiento médico, por lo que acuden en busca de soporte psicológico para una mejor atención y recuperación del paciente.

III.- HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL.

Paciente que desde los 10 años de edad empieza a consumir alcohol, motivado por la influencia de amistades, vivía en la casa con sus padres y 9 hermanos siendo el penúltimo hijo, el padre no cumplía plenamente con sus responsabilidades, teniendo problemas de alcohol según refiere el entrevistado, por lo que desde pequeños tuvo que trabajar vendiendo golosinas o limpiando carros, con el dinero que ganaba solventaba sus gastos, en la calle conoce a varias personas de su edad que pasaban por similar necesidad, es ahí donde empieza a consumir alcohol, tomaban hasta embriagarse, acompañado este consumo con varias cajetillas de cigarrillo. Posteriormente a la muerte de la madre entra en una profunda depresión, incrementando su consumo durante este tiempo, e incluso intentando suicidarse. Al pasar este episodio depresivo, ingresa al cuartel donde permanece un par de años, es durante este tiempo que el consumo de alcohol si bien se mantuvo, ya no fue tan constante, bebiendo solo los fines de semana. Al salir del cuartel desempeña diversas actividades, cambiando de empleos con regularidad. Viaja constantemente a diversas ciudades del interior del país. Pero es durante estos años que vuelve a consumir en exceso incluso en algunas ocasiones expresa el paciente haber consumido marihuana. A los 24 años de edad el paciente bebía de 4 a 5 días a la semana, se juntaba con delincuentes, robaba, siendo detenido en una oportunidad por la policía y llegando a estar encerrado en el calabozo durante 2 días. Durante estos años el paciente a continuado bebiendo y realizando algunos trabajos ocasionales. Llega a consulta en compañía de su hermana, encontrándose en estado de abstinencia, refiriendo que ya ha sido internado anteriormente, y actualmente requiere de acompañamiento psicológico.

IV.- ANTECEDENTES PERSONALES

1.- ETAPA PRENATAL Y NATAL.

La madre al momento del parto según refiere el paciente, no tuvo complicaciones, sin embargo emocionalmente durante la gestación se encontraba afectada por la falta de compromiso de su pareja. Al preguntar sobre la duración de la gestación, peso y talla en el momento del nacimiento el paciente no supo responder, Sin embargo señala que acorde a lo que su madre le contó el nacimiento se dio en el hospital Regional Honorio Delgado.

2.- ETAPA POS NATAL.

Primera infancia:

Refiere el paciente que antes de cumplir los 6 años de edad observaba las constantes discusiones de sus padres, llegando incluso a existir violencia, su madre trabajaba vendiendo comida, y quien asumía los gastos en casa era la hermana mayor, considerándola como una segunda madre. Al tratar de indagar aspectos sobre el desarrollo del lenguaje como son las primeras palabras, frases, psicomotricidad, edad en la que controló esfínteres tanto anal como vesical, edad del destete y otros aspectos del desarrollo. El paciente no pudo contestar ya que desconocía dicha información.

3.- ETAPA PRE ESCOLAR Y ESCOLAR.

Infancia Media:

Ingreso al colegio a los 6 años de edad, en un colegio nacional para varones, llegando a cursar únicamente hasta el tercero de secundaria. Su rendimiento académico era el de un alumno promedio, sin embargo tuvo que dejar el colegio ya que en casa existían muchas necesidades, refiere que el padre le pegaba constantemente, resolviendo el paciente dicha situación, escapándose de casa por días, estando afuera, vendiendo caramelos y cigarrillos, limpiando y cuidando autos. Con el dinero que ganaba regresaba a casa a visitar a sus hermanos y madre. El paciente recuerda estos momentos de encuentro con sus hermanos como los mejores de su vida, ya que conversaba y jugaba con ellos.

4.- ADOLESCENCIA:

Ya estando en la secundaria y como producto del consumo de alcohol y las malas juntas. En el colegio sus notas empiezan a bajar llegando a jalar algunas materias como lenguaje, ciencias naturales y matemáticas. Por lo que solo cursa hasta el Tercer año de educación secundaria, periodo en el que empieza a trabajar en una agencia de viajes, ayudando en un inicio como cargador, para luego pasa a ser ayudante del chofer. Gran parte del dinero que ganaba lo gastaba en el alcohol, ingiriendo cerveza y pisco generalmente. En una ocasión en uno de estos viajes sufre un accidente, llegando a perder la conciencia y presentando además diversos golpes y un corte en la pierna.

Al regresar en uno de sus viajes a la ciudad de Arequipa se entera de la muerte de su madre señala que en un principio debido a la lejanía que siempre tuvo con ella, no sintió dolor ni pena.

Como hijo y con la finalidad de hacer los trámites tuvo que acudir a la morgue y a la funeraria para los preparativos del entierro, es en dicha ocasión donde motivado por su curiosidad, ingresa a una habitación de la morgue, lugar en el que se encontraban los cadáveres y observa a varios cuerpos en estado de descomposición y otros abiertos, y dentro de ellos observó el cadáver de su madre, este hecho lo dejó pasmado, saliendo a los pocos segundos corriendo de dicha habitación, por lo que tuvieron que ponerle una inyección para poder tranquilizarlo. Al pasar los efectos del calmante y estando en el velatorio se encuentra con su padre, al verlo arremete contra esta persona, siendo separado por familiares y hermanos.

Se retira de ese lugar, dirigiéndose a un lugar descampado donde empieza a tomar solo. El paciente saca un cuchillo e intenta suicidarse. Es encontrado por su hermana y un tío, el cual después de un forcejeo llega a quitarle el cuchillo. Después de algunas semanas y haber pasado por un episodio depresivo grave, Su tío lo incentiva para que ingresara al cuartel, en la modalidad de servicio voluntario, es así que a los 18 años ingresa al ejército peruano como voluntario desempeñándose en dicha institución castrense durante aproximadamente 2 años.

5.- JUVENTUD:

A los 18 años, encontrándose ya en el cuartel empieza a pasar por un régimen de amplia disciplina, donde eran frecuente los castigos, los malos tratos. En palabras del propio paciente señala que le “sacaron la mierda”. Pero dentro de todo pudo adaptarse a este medio llegando incluso a sentirse después de un tiempo cómodo en dicha institución, luego de un año de servicio pide su traslado a la selva el cual le fue concedido. En esos años recibía una propina de 80 soles el cual se gastaba con mujeres y en beber alcohol. Dentro de las actividades que desempeñaba, era la erradicación y lucha contra el narcotráfico, así como el buscar nuevos reclutas, los cuales eran subidos al porta tropas en contra de su voluntad.

Al terminar el servicio Militar vuelve a su trabajo de ayudante en las empresas de transporte, volviendo a consumir alcohol con mayor regularidad.

6.- ETAPA ADULTA.

Producto de algunos problemas que el paciente no quiso revelar al entrevistador, deja el trabajo en las empresas de transporte para dedicarse a diversos oficios, como carpintería metálica donde un tío suyo, ayudante de pintura en la tienda de su hermano, o como mozo en una discoteca.

Actividades que realizaba periódicamente. Durante los últimos años estuvo viviendo en la casa de unos amigos a los que aprecia como si fuesen su familia. En esta casa existen algunas personas de su edad con las cuales frecuentemente consume bebidas alcohólicas siendo el consumo 3 veces a la semana, llegando incluso a dejar el trabajo ante la adicción que evidencia.

7.- DESARROLLO Y FUNCION SEXUAL.

No recibió información sobre temas sexuales de parte de sus padres ni de ningún otro familiar. La información la recibe por parte de amigos y de personas ajenas a su hogar. Tiene su primera enamorada a la edad de 13 años. El paciente recuerda dicha relación con mucho agrado. Después de ella a tenido algunas enamoradas, con las cuales no le ha ido muy bien. Al ingresar al ejército refiere que tenía relaciones sexuales con prostitutas. Además el paciente señala que siempre se ha relacionado favorablemente con el sexo opuesto.

8.- HÁBITOS E INFLUENCIAS NOCIVAS O TOXICAS.

Durante el periodo de adicción consumía frecuentemente alcohol, no existiendo un control sobre esas actividades, descuidaba su trabajo y se daba al abandono, todo ello trayéndole problemas a nivel personal y social.

9.- ENFERMEDADES Y ACCIDENTES.

Durante su adolescencia tuvo un accidente automovilístico perdiendo el conocimiento y presentando diversos cortes en la pierna. Actualmente el paciente se queja frecuentemente de dolores de cabeza y problemas a nivel estomacal.

10.- PERSONALIDAD.

El paciente, ya desde muy temprana edad mostró cierta rebeldía, pasando durante la adolescencia por periodos de depresión, se relacionaba con bastantes personas, es desconfiado e inseguro, reacciona con agresividad, y por momentos se torna irritable,

es una persona que no le agrada someterse a las reglas, trata de buscar siempre su independencia.

V.- ANTECEDENTES FAMILIARES.

1. COMPOSICIÓN FAMILIAR.

Creció con su familia, el padre es de carácter autoritario, violento y enérgico, frecuentemente lo maltrataba y además consumía alcohol. La relación con su madre biológica siempre fue distante, tiene 8 hermanos, Julia de 33, Gloria de 38, Patricia 40 años, Pedro de 41, Juan de 42 años, Desire de 45 años, Miguel 50 y María 52. Siendo en la actualidad la relación distante, ya que no tiene comunicación con ellos. A excepción de su hermana Julia la cual lo trae a consulta.

2.-DINAMICA FAMILIAR.

La relación en su hogar nunca fue buena. El paciente creció en un ambiente alejado de sus padres, criado en un ambiente hostil y teniendo que salir a trabajar desde muy pequeño. El paciente expresa sentir resentimiento hacia sus hermanos por olvidarse todos estos años de él. No brindándole atención ni apoyo cuando mas los necesito.

3.- CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS.

No posee vivienda propia, el lugar donde vive cuenta con los servicios básicos de agua y luz. El sueldo que recibía el paciente por su trabajo solo cubría las necesidades básicas del paciente, sin embargo en los últimos meses se encuentra desempleado refugiándose en la bebida.

4.- ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS.

El paciente no tiene conciencia de ninguna enfermedad existente en su familia. Sin embargo se tiene el antecedente que el padre también consumía alcohol.

RESUMEN.

Paciente que desde los 10 años de edad empieza a consumir alcohol y hace 15 años atrás consume PBC, al inicio esporádicamente, volviéndose el consumo desde hace aproximadamente 5 años mas frecuente, motivo por el cual ya fue internado en 2 ocasiones y actualmente acompañado del tratamiento médico, requiere soporte psicológico.

La madre al momento del parto según refiere la paciente, no tuvo complicaciones, Aparentemente el desarrollo de su lenguaje y psicomotricidad se da dentro de los límites de normalidad,

Ingreso al colegio a los 6 años, llegando a cursar únicamente hasta el cuarto grado de secundaria ya que refiere que no le gustaba estudiar, su rendimiento escolar era promedio.

El padre era alcohólico y le pegaba constantemente, por lo que se escapaba de casa por días, estando afuera, vendiendo caramelos y cigarrillos, limpiando y cuidando autos

Durante toda su juventud refiere el paciente tuvo bastantes parejas ocasionales.

En cuanto a su personalidad el paciente, ya desde niño se mostró activo, alegre aunque por periodos pasaba por estados depresivos, se relacionaba con bastantes personas, es de trato cordial y agradable.

Jhon Paul Vilca Santibáñez.

Bachiller de Psicología.

EXAMEN MENTAL

I.- DATOS DE FILIACIÓN.

Nombres y apellidos : A.S.CH

Edad : 34 años.

Sexo : Masculino.

Fecha de Nacimiento : 1980/10/16.

Lugar de nacimiento : Arequipa.

Grado de instrucción : Secundaria Incompleta.

Ocupación : Desocupado (meses).

Estado Civil : Soltero.

Religión : Católica.

Informantes : El paciente.

Lugar de Evaluación : Cayma.

Fechas de Evaluación : 12, 17, 18,19 de agosto del 2015

Evaluator : Jhon Paul Vilca Santibáñez.

II.- MOTIVO DE CONSULTA.

El Paciente acude en compañía de su hermana, la misma que refiere buscar apoyo para A.S.CH. Ya que desde hace años consume alcohol, no pudiendo controlar su consumo, siendo varias veces internado, actualmente se encuentra con tratamiento médico, por lo que acuden en busca de soporte psicológico para una mejor atención y recuperación del paciente.

III.- ACTITUD PORTE Y COMPORTAMIENTO.

El paciente refiere tener 35 años, evidenciando una mayor edad de la que posee, de correcto vestir y pulcritud, al momento de la evaluación, estatura baja, contextura delgada, tez mestiza y ojos oscuros.

Actitud desafiante y desconfiada, su tono de voz es adecuado, el examinado en un inicio mostró poca colaboración y desagrado pero a medida que se fue desarrollando la entrevista el paciente mostró un mayor interés en la realización de la evaluación, brindando información íntima sin mayor resistencia lográndose establecer un adecuado report.

IV.- ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN.

Atención: El paciente presenta una buena atención voluntaria, su conversación tiene una adecuada secuencia lógica, mostrando interés por manifestar su problema, resaltando sobre todo aquellas experiencias difíciles que le toco pasar en su vida.

Conciencia: el paciente se encuentra lucido y con un estado de alerta óptimo.

Orientación: Se encuentra orientado parcialmente en su espacio, tiempo y persona.

V.- LENGUAJE.

Se comunica con un lenguaje claro, fluido y coherente, con un tono de voz adecuado, guardando una relación con el estado emocional mostrado. Tiende a usar un lenguaje corriente, valiéndose de jergas y palabras soeces en su comunicación.

Dentro de los ítems aplicados para evaluar esta área se intentó que el paciente leyera un texto, comprensión de lectura, completamiento de frases y oraciones. Pudiendo contestar cada uno de los ítems.

VI.- PENSAMIENTO.

En cuanto al curso y contenido del pensamiento no presenta mayores dificultades, no habiendo presencia de ideas patológicas.

Durante la evaluación el paciente nos mostró un pensamiento estructurado, con un contenido coherente.

No presenta problemas evidentes; en cuanto a los ítems, los respondió correctamente pero demostró tener dificultad en el ordenamiento de secuencias lógicas.

VII.- FUNCIONES SENSITIVAS Y PERCEPTIVAS

No refiere ni manifiesta ninguna alteración perceptiva.

VIII.- MEMORIA.

El paciente presenta dificultad en su memoria inmediata, ya que evidencia ciertos problemas para recordar algunas instrucciones del examinador, presentándose cierta dificultad para retener oraciones simples y complejas.

En cuanto a su memoria a mediano y largo plazo esta se encuentra conservada, ya que el paciente es capaz de recordar hechos pasados, como experiencias y diversos acontecimientos, siendo muy minucioso al narrarlos.

IX.- FUNCIONES INTELECTUALES.

El paciente no presenta dificultad en la comprensión y resolución de algunos de los problemas que se le presentaron, Realizo los ejercicios de semejanza y diferencia correctamente.

X.- AFECTIVIDAD Y ESTADO DE ANIMO.

Su estado de ánimo generalmente es sereno y aparentemente tranquilo y relajado, sin embargo al tratar temas relacionados con su padre y anteriores parejas tiende a reaccionar con rechazo, cólera, apatía, señalando que es algo que siempre lo ha recordado con fastidio.

XI.- CONCIENCIA DE ENFERMEDAD.

El paciente no tiene conciencia de lo que le está pasando, señalando que el si tiene un control sobre su consumo y no comprendiendo el porqué de su problema, expresa que él no está enfermo y que solo se descuidó un poco.

RESUMEN.

Antonio de 35 años, evidenciando una mayor edad de la que posee, de correcto vestir y pulcritud, Actitud desafiante y desconfiada, su tono de voz es adecuado, el examinado en un inicio mostró poca colaboración y desagrado pero a medida que se fue desarrollando la entrevista el paciente mostró un mayor interés en la realización de la evaluación, El examinado brindo información íntima sin mayor resistencia.

El paciente se encuentra orientado en las tres esferas, En cuanto al curso y contenido del pensamiento no presenta mayores dificultades, no habiendo presencia de ideas patológicas. En cuanto al nivel de percepción este no presenta ninguna alteración

El paciente presenta dificultad en su memoria inmediata, ya que evidencia ciertos problemas para recordar las instrucciones del examinador, presentándose cierta dificultad para retener oraciones simples y complejas.

En cuanto a su nivel intelectual alcanzado, no presento dificultades en la comprensión y resolución de los problemas que se le presentaron, Su estado de ánimo generalmente es sereno y aparentemente tranquilo y relajado. El paciente no tiene conciencia del problema que está pasando.

Jhon Paul Vilca Santibáñez.

Bachiller de Psicología.

INFORME PSICOMETRICO.

I.- DATOS DE FILIACIÓN.

Nombres y apellidos : A.S.CH

Edad : 34 años.

Sexo : Masculino.

Fecha de Nacimiento : 1980/10/16.

Lugar de nacimiento : Arequipa.

Grado de instrucción : Secundaria Incompleta.

Ocupación : Desocupado (meses).

Estado Civil : Soltero.

Religión : Católica.

Informantes : El paciente.

Lugar de Evaluación : Cayma.

Fechas de Evaluación : 12, 17, 18,19 de agosto del 2015

Evaluador : Jhon Paul Vilca Santibáñez.

II.- MOTIVO DE CONSULTA:

El Paciente acude en compañía de su hermana, la misma que refiere buscar apoyo para A.S.CH. Ya que desde hace años consume alcohol, no pudiendo controlar su consumo, siendo varias veces internado, actualmente se encuentra con tratamiento médico, por lo acuden en busca de soporte psicológico para una mejor atención y recuperación del paciente.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS.

1.- Observación.

2.- Entrevista.

3.- Pruebas Psicológicas.

A.- Test de Inteligencia: Escala General Raven

B.- Test Proyectivo de Karen Machover: Figura humana.

C.- Inventarió Multifasico de la personalidad – Mini Mult

D.- Test de Bender.

III.- OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA.

Ante las respectivas evaluaciones el paciente se muestra con una actitud inicialmente desconfiada pero posteriormente colaboradora, su escucha es activa y participativa, realizando las diferentes tareas con atención proporcionando la información requerida por el evaluador, sin llegar a la verborrea. Sin embargo hay algunos hechos de su vida que el paciente voluntariamente omite, expresando sentirse incomodo al tratarlos.

IV.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

1.- TEST DE INTELIGENCIA.

En el Test de inteligencia el paciente ha obtenido un puntaje directo de 48 correspondiéndole un percentil de 50 y una categoría de término medio.

Si bien el paciente no concluyo la educación secundaria, supo aprender diversos trabajos como pintor, carpintería metálica, mozo, entre otros, lo que denota que el paciente es capaz de desempeñarse en diversas actividades, siendo posible el comprenderlas y ejecutarlas.

2.- TEST PROYECTIVO DE KAREN MACHOVER: FIGURA HUMANA.

Existen indicadores que manifiestan cierto desorden de carácter sexual, como también se observa que la anchura y el volumen de los dibujos son considerables, ello es expresión de poder y de perfeccionamiento físico, es un individuo evasivo, en cuanto al carácter de sus relaciones interpersonales. La superficialidad, la cautela y la hostilidad pueden caracterizar los contactos sociales de este individuo. Se aprecia que psicosexualmente es inmaduro, mostrando hostilidad hacia la mujer. Es una persona superficial, sociable y extrovertida, con amplios deseos de conseguir dominio y aprobación social.

Realizo un trazo grueso y pesado indicador de agresión y ansiedad, observado ello en pacientes alcohólicos crónicos.

Finalmente la figura se encuentra flotando en el aire, esto también observado en pacientes alcohólicos crónicos.

Además acorde a este test proyectivo podemos observar algunos indicadores de daño orgánico como una cabeza desproporcionadamente grande, figura pobremente proporcionada, cabeza de perfil y tronco de frente, línea gruesa y pesada.

3.- INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD – MINI MULT

ESCALA	PUNTAJE DIRECTO CORREGIDO	GRADO
Corrección K	6	baja
Hipocondría HS	15	leve
Depresión D	8	baja
Histeria HI	18	normal
Person. psicopatía DP	11	baja
Paranoide PA	10	normal
Obsesivo compulsión PT	10	baja
Esquizofrenia ES	17	baja
Manía MA	7	baja

El paciente puede estar presentando una baja autoestima, producto de algunos problemas emocionales, presenta cierta rigidez, por momentos se observa cierto conformismo, probablemente no se preocupa por las cosas que le suceden, tiende a relajarse en sus responsabilidades. Sin embargo evidencia interés hacia las situaciones sociales y prácticas. Presenta un bajo nivel de energía y actividad. Difícil para ser motivado mostrando cierta apatía.

4.- TEST DE BENDER.

El paciente presenta madurez viso perceptiva inadecuada ya que se ha registrado distorsiones, existiendo posibles indicadores de lesión cerebral.

RESUMEN

Ante las respectivas evaluaciones el paciente se muestra con una actitud colaboradora, su escucha es activa y participativa, realizando las diferentes tareas con atención proporcionando la información requerida por el evaluador, sin llegar a la verborrea. Sin embargo hay algunos hechos de su vida que el paciente voluntariamente omite, expresando sentirse incomodo al tratarlos. En el Test de Inteligencia: Escala General Raven el paciente se ubica en una categoría de término medio.

En cuanto a personalidad en el Test Proyectivo de Karen Machover: Figura humana. Existen indicadores que manifiestan cierto desorden de carácter sexual, expresiones de poder y de perfeccionamiento físico, es un individuo evasivo, en cuanto al carácter de sus relaciones interpersonales. Es una persona superficial, sociable y extrovertida, con amplios deseos de conseguir dominio y aprobación social. Realizo un trazo grueso y pesado indicador de agresión y ansiedad, así como una figura que se encuentra flotante esto observado en pacientes alcohólicos crónicos. Además acorde a este test proyectivo podemos observar algunos indicadores de daño orgánico como una cabeza desproporcionadamente grande, figura pobremente proporcionada, cabeza de perfil y tronco de frente, línea gruesa y pesada. En el Inventarió Multifasico de la personalidad – Mini Mult el paciente evidencia una baja autoestima, bajo nivel de energía y cierta rigidez y conformismo. Siendo difícil para ser motivado, constante apatía. En el Test de Bender A.S.CH. Presenta madurez viso perceptiva inadecuada ya que se ha registrado distorsiones, existiendo posibles indicadores de lesión cerebral.

Jhon Paul Vilca Santibáñez.

Bachiller de Psicología.

INFORME PSICOLÓGICO.

I.- DATOS PERSONALES:

Nombres y apellidos : A.S.CH

Edad : 34 años.

Sexo : Masculino.

Fecha de Nacimiento : 1980/10/16.

Lugar de nacimiento : Arequipa.

Grado de instrucción : Secundaria Incompleta.

Ocupación : Desocupado (meses).

Estado Civil : Soltero.

Religión : Católica.

Informantes : El paciente.

Lugar de Evaluación : Cayma.

Fechas de Evaluación : 12, 17, 18,19 de agosto del 2015

Evaluador : Jhon Paul Vilca Santibáñez.

II.- MOTIVO DE CONSULTA:

El Paciente acude en compañía de su hermana, la misma que refiere buscar apoyo para A.S.CH. Ya que desde hace años consume alcohol, no pudiendo controlar su consumo, siendo varias veces internado, actualmente se encuentra con tratamiento médico, por lo acuden en busca de soporte psicológico para una mejor atención y recuperación del paciente.

III.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS.

1.- Observación.

2.- Entrevista.

3.- Pruebas Psicológicas.

A.- Test de Inteligencia: Escala General Raven

B.- Test Proyectivo de Karen Machover: Figura humana.

C.- Inventarió Multifasico de la personalidad – Mini Mult

D.- Test de Bender.

IV.- OBSERVAIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

Paciente que responde al nombre de A.S.CH de 34 años de edad, natural y procedente de Arequipa. Estado civil soltero, estatura mediana, contextura delgada, tez mestiza, de actitud desafiante y desconfiada inicialmente. Sin embargo ante las respectivas evaluaciones se llega establecer un adecuado raport logrando que el paciente muestre una actitud colaboradora, su escucha es activa y participativa, realizando las diferentes tareas con atención proporcionando la información requerida por el evaluador.

V.- ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES.

Paciente que desde los 10 años de edad empieza a consumir alcohol, motivado por la influencia de amistades. Refiere el paciente que tuvo que escaparse en varias ocasiones de su casa ya que su padre lo maltrataba, tanto física como psicológicamente, todo ello le causo mucho daño, tuvo que trabajar desde muy pequeño vendiendo golosinas, con el dinero que ganaba solventaba sus gastos, en la calle conoce a varias personas de su edad que pasaban por similar problemática, amistades con los que tomaba hasta embriagarse, acompañado este consumo con varias cajetillas de cigarrillo. Posteriormente a la muerte de la madre entra en una profunda depresión, incrementando su consumo durante este tiempo, e incluso intentando suicidarse. Al pasar este episodio depresivo, ingresa al cuartel donde permanece un par de años, es durante este tiempo que el consumo de alcohol si bien

se mantuvo, ya no fue tan constante, bebiendo solo los fines de semana. Al salir del cuartel desempeña diversas actividades, cambiando de empleos con regularidad. Viaja constantemente a diversas ciudades del interior del país. Pero es durante estos años que vuelve a consumir en exceso incluso en algunas ocasiones expresa el paciente haber consumido marihuana. A los 24 años de edad el paciente bebía de 4 a 5 días a la semana, se juntaba con delincuentes, robaba, siendo detenido en una oportunidad por la policía y llegando a estar encerrado en el calabozo durante 2 días. Durante estos años el paciente ha continuado bebiendo y realizando algunos trabajos ocasionales. Llega en compañía de su hermana, encontrándose en estado de abstinencia, señalando que necesita soporte psicológico con la finalidad de no recaer.

VI.- RESULTADOS:

Conforme a las distintas evaluaciones se obtiene, que respecto a su capacidad intelectual el paciente se ubica en una categoría de término medio. En cuanto a su personalidad, existen indicadores que manifiestan cierto desorden de carácter sexual, expresiones de poder y de perfeccionamiento físico, es un individuo evasivo, en cuanto al carácter de sus relaciones interpersonales. Es una persona superficial, sociable y extrovertida, con amplios deseos de conseguir dominio y aprobación social. Muestra cierta agresividad y ansiedad, así como evidencias claras de ser un alcohólico crónico. Además podemos observar algunos indicadores de lesión cerebral, esto quizá sea como producto del accidente de tránsito que sufrió en su juventud, Así mismo el paciente evidencia una baja autoestima, bajo nivel de energía y cierta rigidez y conformismo. Siendo difícil para ser motivado, constante apatía.

VII.- DIAGNOSTICO:

De acuerdo a todas las evaluaciones, observaciones, entrevista y la aplicación de las distintas pruebas, podemos determinar que el paciente presenta un Síndrome de Dependencia al Alcohol (F10.2). Lo que le genera un deseo intenso a consumir la sustancia, además de existir una disminución de la capacidad para controlar dicho consumo. Por lo que el paciente requiere un aumento progresivo de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas, Ello ha llevado que el paciente abandone el trabajo, viéndose afectado sus relaciones interpersonales.

VIII.- EVALUACIÓN MULTIAXIAL.

Al considerar los distintos ejes tenemos:

Eje I Síndrome de Dependencia al Alcohol (F10.2).

Eje II Trastorno Disocial de la Personalidad (F60.2)

Eje III cicatrices y dolores de cabeza.

Eje IV Pérdida de los estudios y del trabajo

Eje V EEAG =65 (actual)

IX.- PRONOSTICO:

De acuerdo a las características observadas y resultados de las pruebas, se puede dar un pronóstico reservado. Ya que no existe aún conciencia del paciente sobre su enfermedad, así como también la sintomatología y cronicidad del trastorno por el que cursa el paciente, sin embargo cuenta con el apoyo de un familiar que de ser sostenible en el tiempo, podría favorecer la recuperación del paciente.

X.- RECOMENDACIONES.

- Deberá continuar con el tratamiento médico y psicológico que le permita enfrentar la dependencia.
- Realizar una evaluación neurológica a fin de descartar posible lesión cerebral.
- Participación de la familia para un mayor soporte emocional del paciente que le permita sentirse lo suficientemente capaz para continuar con el tratamiento.
- Invertir el tiempo del paciente en actividades laborales que le permita mantenerse ocupado y asumir responsabilidades

Jhon Paul Vilca Santibáñez.

Bachiller de Psicología.

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

1.-DATOS GENERALES:

Nombres y apellidos : A.S.CH

Edad : 34 años.

Sexo : Masculino.

Fecha de Nacimiento : 1980/10/16.

Lugar de nacimiento : Arequipa.

Grado de instrucción : Secundaria Incompleta.

Ocupación : Desocupado (meses).

Estado Civil : Soltero.

Religión : Católica.

Informantes : El paciente.

Lugar de Evaluación : Cayma.

Fechas de Evaluación : 12, 17, 18,19 de agosto del 2015

Evaluador : Jhon Paul Vilca Santibáñez.

2.-DIAGNOSTICO PSICOLOGICO:

- De acuerdo a todas las evaluaciones, observaciones, entrevista y la aplicación de las distintas pruebas, podemos determinar que el paciente presenta un Síndrome de Dependencia al Alcohol (F10.2).

3.- ANTECEDENTES TERAPEUTICOS:

Médicos:

- Recibió atención Médica producto de un accidente automovilístico en Hospital Regional Honorio Delgado (HRHD).

OBJETIVO GENERAL:

- Lograr en el paciente la abstinencia a las sustancias perjudiciales mediante el descubrimiento de sus fortalezas, permitiendo a la vez que el paciente logre manejar los problemas que se le puedan presentar, para no caer en la frustración. Modificar creencias que se tenga respecto al consumo

4.- DESCRIPCION DEL PLAN PSICOTERAPEUTICO.

Primera Sesión: “Motivación”

- Objetivo: Estimular al paciente para modificar el consumo de alcohol, y promover un cambio en él.
- Técnica Conductual
- Exponer los resultados hallados en la evaluación y que son consecuencia directa del consumo, por lo que es necesario reducir o eliminar el consumo de las sustancias. Evaluar los resultados conseguidos y se estimula la motivación del pacien, se continúa con la evaluación de los resultados y se estimula al paciente a continuar en la misma dirección
- Tiempo: 35 minutos

Segunda Sesión: “Entrenamiento en Habilidades”

- Objetivo: Aprender habilidades para mantener la abstinencia; identificar las situaciones de alto riesgo o factores precipitantes, tanto internos como externos, fomentar el manejo de afectos dolorosos, mejorar el funcionamiento interpersonal, cambiar los refuerzos contingentes.
- Técnica cognitivo conductual
- En esta sesión se realiza una revisión de las tareas realizadas en casa y una valoración del estado actual; después se pasa a la explicación y desarrollo de un tema; hay temas cuyo desarrollo es obligatorio y otros son de libre elección del paciente. En el último tercio de sesión se realiza el aprendizaje de habilidades mediante la escenificación de determinadas situaciones.
- Tiempo: 30 minutos por cada tema

Tercera Sesión: “Prevenir recaídas

- Objetivo: Reconocer prevenir y anticipar las recaídas; manejar adecuadamente una recaída de manera que las consecuencias adversas sean mínimas y sacar provecho de la experiencia y buscar un estilo de vida equilibrado así como reducir los peligros que afectan a la salud.
- Técnica cognitivo conductual
- En esta sesión se Se asignan tareas para realizar en casa y se realiza la escenificación de diferentes situaciones de riesgo. Hay dos fases: primero analizar las situaciones de riesgo actuales y/o futuras y aprendizaje de habilidades para enfrentarse mejor a las situaciones de riesgo. Las estrategias que se utilizan son variadas pero todas persiguen aprender habilidades de enfrentamiento, conseguir una reestructuración cognitiva y buscan un equilibrio en el estilo de vida del paciente.
- Tiempo: 25 minutos.

Cuarta Sesión: “Contingencias

- Objetivo: cambio de la conducta alcohólica y conseguir la abstinencia; en segundo lugar, cumplir con el tratamiento y atender a las consultas establecidas.
- Sé realiza mediante la formulación de un contrato en el que se especifica el cambio de conducta deseado, la duración del tratamiento, el tipo de monitorización y control que se va a realizar (determinaciones de alcohol en el aparato respiratorio o sangre, etc,) y tipo de premios y/o castigos que se establecerán.
- Tiempo: 30 minutos

5. LOGROS OBTENIDOS:

- Lograr un plan de vida, donde se establece objetivos a largo y corto plazo

- Hacer que el paciente realice sus actividades sin interferencia de ningún tipo.
- Que asuma los problemas familiares que se presentan en la actualidad.

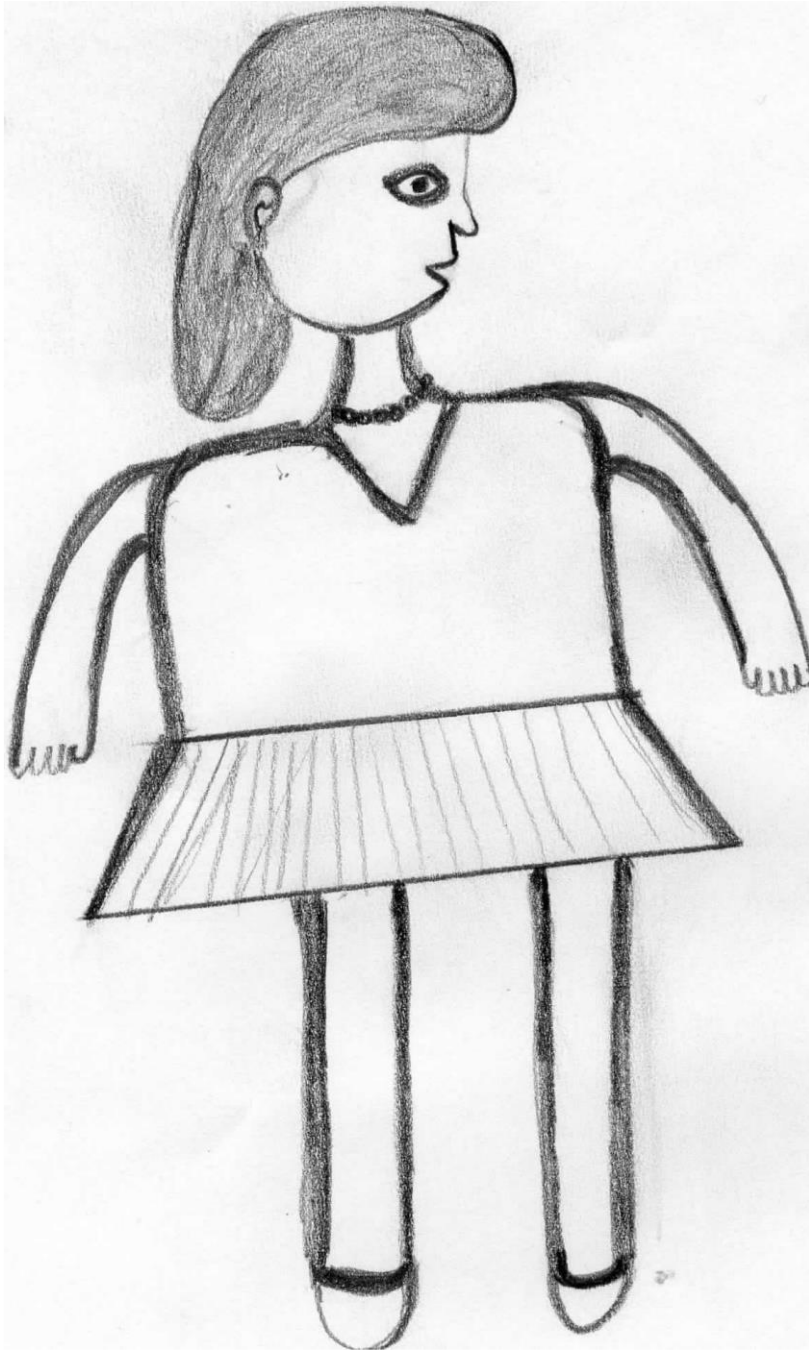
6. REFORZAMIENTO DE CONDUCTAS:

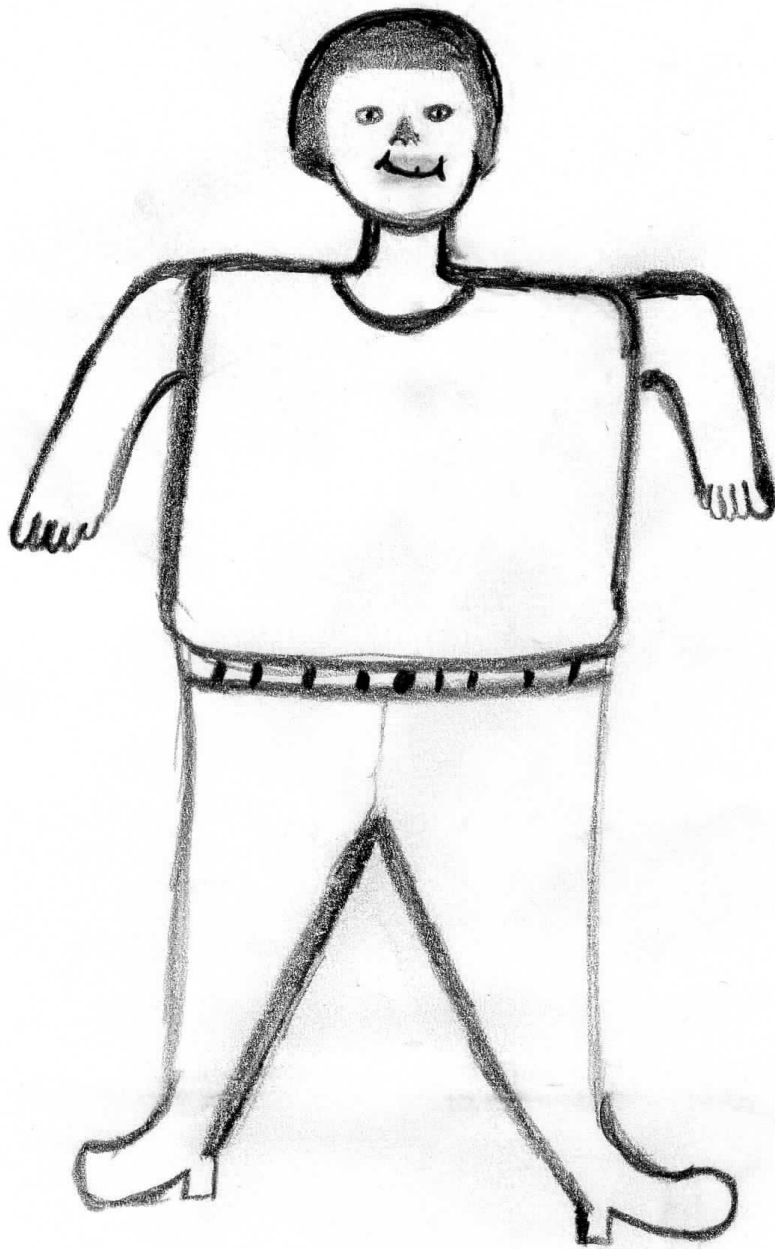
- Autoaceptación positiva.
- Determinación.
- Manejo de la ansiedad
- Buena comunicación.

Jhon Paul Vilca Santibáñez.

Bachiller de Psicología.

PRUEBAS APLICADAS





* PROTOCOLO DE PRUEBA DE RAVEN

© ESCALA GENERAL ©



NOMBRE	A. S. Ch.			SEXO:	M
FECHA EXAMEN	15	08	17	Instituto, Colegio o Clínica:	
FECHA NACIMIENTO	80	10	16	Año o Grado escolar:	3 ^{ro} Sec
EDAD CRONOLÓGICA	34	10	1	Duración:	28 min
				Referido por:	Examinador: Jhon Vilca S.

A				B				C				D				E			
Nº	Tanteos	R	±	Nº	Tanteos	R	±	Nº	Tanteos	R	±	Nº	Tanteos	R	±	Nº	Tanteos	R	±
1		4+		1		2+		1		8+		1		3+		1		7+	
2		3-		2		6+		2		2+		2		4+		2		4-	
3		1+		3		1+		3		7-		3		3+		3		8+	
4		2+		4		2+		4		8+		4		7+		4		2+	
5		6+		5		1+		5		7+		5		8+		5		1+	
6		3+		6		3+		6		4+		6		6+		6		5+	
7		6+		7		6-		7		5+		7		2-		7		2+	
8	1	2+		8		6+		8		1+		8		4+		8		1-	
9		1+		9		4+		9		7+		9		1+		9		6-	
10		3+		10		3+		10		6+		10		2+		10		6+	
11		1-		11		4+		11		4-		11		2-		11		3+	
12		4+		12		5+		12		5-		12		6+		12		3-	
P. PARCIAL				10	P. PARCIAL				11	P. PARCIAL				9	P. PARCIAL				10
																			8

ACTITUD DEL SUJETO			
FORMA DE TRABAJO			
INTUITIVA			REFLEXIVA
LENTA			RAPIDA
TORPE			INTELIGENTE
DISTRAIDA			CONCENTRADA
DISPOSICION			
FATIGADA			DISPUESTA
DESINTERESADA			INTERESADA
INTRANQUILA			TRANQUILA
VACILANTE			SEGURA
PERSEVERANCIA			
IRREGULAR			REGULAR

DIAGNOSTICO			
EDAD CRON.	35 años	PUNTAJE	48
TIEMPO		PERCENTIL	50
DISCREP.		RANGO	III
DIAGNOSTICO DE LA CAPACIDAD INTELECTUAL			
El Paciente se encuentra			
en un nivel de Tercero			
medio.			

