

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

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

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**“SÍNDROME DE BURNOUT Y SU RELACIÓN CON EL
AUSENTISMO Y PRESENTISMO LABORAL EN TRABAJADORES
DE UNA EMPRESA INDUSTRIAL DE AREQUIPA 2015”**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Giovanna Fabiola Calloapaza Gomez

Joseline Lisseth Macedo Tavera

Para optar el título profesional de

PSICÓLOGAS

AREQUIPA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios por el privilegio de la vida. A mis padres por ser mi orgullo y motivación para ser mejor, por su incondicional apoyo que me han llevado a realizar una de mis más anheladas metas. Por su eterno sacrificio y ejemplo. A mi amiga y compañera que durante este proceso fue mi aliento y estímulo, y que a la fecha compartimos esta hermosa realidad.

G.F.C.G.

A Dios por permitirme lograr este sueño. A mis padres y hermanos, pilares fundamentales en mi vida; sin ellos jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora. A mi amiga y compañera porque en esta armonía grupal lo hemos logrado. Y a todas aquellas personas que confiaron en mí.

J.L.M.T

AGRADECIMIENTO

“El agradecimiento es la memoria del corazón”

Queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento a nuestra Alma Mater la Universidad Nacional de San Agustín, por habernos brindado las herramientas que nos conducirán en el camino del éxito y permitirnos terminar de construir los cimientos y poder a partir de hoy elevar el castillo.

A los Docentes de la Escuela Profesional de Psicología por compartir sus principios y conocimientos, los cuales nos orientaron en el desarrollo de nuestra carrera.

Y finalmente a todos aquellos que colaboraron e hicieron posible esta investigación.

RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito conocer la relación que existe entre el síndrome de burnout, el ausentismo y presentismo laboral, los cuales son fenómenos organizacionales emergentes que influyen en el desempeño de los trabajadores; la población estuvo compuesta por 305 trabajadores, de los cuales fueron seleccionados 283, siendo los varones 275 y mujeres 8, entre 22 y 63 años de edad, con grados de instrucción de secundaria, técnico y superior; que tienen entre 1 a 47 años de servicio. Se aplicó el Inventario de Burnout de Maslach MBI con validez factorial de 0.52 y el Cuestionario de Salud y Desempeño en el Trabajo HPQ con un alfa de Cronbach de 0,74. La aplicación de dichos instrumentos se realizó en tres períodos, luego se calificó y procesó los datos obtenidos, de lo cual se halló que la mayoría de trabajadores no presentan síndrome de burnout a nivel global, sin embargo se observa una relación significativa entre la dimensión de despersonalización del burnout en relación con las variables edad y estado civil, encontrándose que los trabajadores mayores de 50 años y los trabajadores divorciados presentan actitudes negativas hacia otras personas, también hay relación significativa entre la dimensión de realización personal y presentismo laboral. En referencia al ausentismo, este no se presenta de manera significativa y no evidencia relación directa con el síndrome de burnout y el presentismo laboral. Por último se encontró que un gran porcentaje de trabajadores tienen presentismo laboral en niveles bajos, siendo las mujeres las que presentan en su mayoría dicho fenómeno. Estos resultados sugieren que el síndrome de burnout, ausentismo y presentismo laboral surgen por factores de contexto laboral y estructura organizativa.

Palabras clave: *Síndrome de Burnout, Agotamiento Emocional, Despersonalización y Falta de realización personal, Ausentismo, Presentismo.*

ABSTRACT

The present research aims to know the relationship between burnout syndrome, absenteeism and labor presentism, which are emerging organizational phenomena that influence the performance of workers; The population consisted of 305 workers, of whom 283 were selected, with males 275 and females 8, between 22 and 63 years of age, with secondary, technical and higher education degrees; Which have between 1 to 47 years of service. The Maslach Burnout Inventory MBI with a factorial validity of 0.52 and the HPQ Work Health and Performance Questionnaire with a Cronbach's alpha of 0.74 was applied. The application of these instruments was carried out in three periods, then the data obtained were qualified and processed, which was found that the majority of workers do not present burnout syndrome at a global level, however a significant relationship is observed between the dimension of Depersonalization of burnout in relation to the variables age and marital status, it being found that workers over 50 and divorced workers present negative attitudes towards other people, there is also a significant relationship between the dimension of personal fulfillment and work performance. In reference to absenteeism, this does not present in a significant way and does not show a direct relationship with the burnout syndrome and the labor presentism. Finally, it was found that a large percentage of workers have low labor levels, with the majority of women presenting this phenomenon. These results suggest that the burnout syndrome, absenteeism and labor presentism arise from factors of work context and organizational structure.

Keywords: *Burnout syndrome, Emotional exhaustion, Depersonalization, Lack of personal fulfillment, Absenteism, Preseenteism.*

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÍNDICE.....	v
LISTA DE TABLAS.....	x

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN	12
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
3. ANTECEDENTES.....	17
4. OBJETIVOS.....	179
5. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.....	20
6. HIPÓTESIS	22
7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	22
8. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	23
9. VARIABLES.....	24

CAPITULO II

MARCO TEORICO

SINDROME DE BURNOUT

1. ORIGEN DEL SÍNDROME DE BURNOUT	26
2. DEFINICIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	27
3. MODELOS SOBRE EL PROCESO DEL SÍNDROME DE BURNOUT	30
A. Modelos etiológicos elaborados desde la teoría sociocognitiva del Yo	30
1. Modelo de competencia social de Harrison	30
2. Modelo de Pines.....	31
3. Modelo de Cherniss	32
4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper.....	33
B. Modelos etiológicos elaborados desde la teoría del intercambio social	34
1. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.....	34
2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy.....	35

C.	Modelos etiológicos elaborados desde la teoría organizacional.....	36
1.	Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter	36
2.	Modelo de Cox, Kuk y Leiter	37
3.	Modelo de Winnubst.....	38
D.	Modelo etiológico elaborado desde la teoría estructural	40
1.	Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel.....	40
4.	CAUSAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT	40
5.	VARIABLES ASOCIADAS AL SÍNDROME DE BURNOUT	41
A.	Edad	41
B.	Sexo:.....	42
C.	Personalidad:	42
6.	FACTORES DE RIESGO	42
A.	Variables individuales	42
B.	Variables sociales	44
C.	Variables sociales extra- laborales.	44
D.	Variables organizacionales.	45
7.	SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT	46
A.	Síntomas Emocionales:	47
B.	Síntomas Cognitivos:.....	47
C.	Síntomas Conductuales:	47
D.	Síntomas Sociales:.....	48
E.	Síntomas Psicosomáticos:	48
8.	DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT	48
A.	Agotamiento Emocional:.....	48
B.	Despersonalización:.....	48
C.	Realización Personal:	49
9.	CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT	49
A.	Es Insidioso	49
B.	Se tiende a Negar.....	49
C.	Existe una Fase Irreversible.....	49
10.	CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	49
A.	Consecuencias para el trabajador	50
1.	Consecuencias físicas	50

2. Consecuencias psicológicas	50
B. Consecuencias para la organización	52
11. FASES DEL PROCESO DE BURNOUT	54
A. Fase inicial de Entusiasmo:	54
B. Fase de estancamiento:	54
C. Fase de frustración:.....	54
D. Fase de apatía:	54
E. Fase de quemado:	55
12. TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT	55
A. A Nivel Individual:.....	55
B. A Nivel Socio laboral:	56
C. A Nivel Organizacional:.....	56

AUSENTISMO LABORAL

1. ANTECEDENTES	58
2. DEFINICIÓN	58
3. CAUSAS DEL AUSENTISMO LABORAL.....	59
4. COSTES Y CONSECUENCIAS DEL AUSENTISMO LABORAL	64
5. TIPOS DE AUSENTISMO	65
A. Ausentismo parcial.	65
B. Ausentismo general (mixto).	65
C. El ausentismo previsible y justificado	65
D. Ausentismo no previsible y sin justificación.	66
6. VARIABLES RELACIONADAS CON EL AUSENTISMO LABORAL	66
A. El Género	66
B. La Edad.....	67
C. La Antigüedad en la Empresa.....	68
D. La base reguladora del trabajador (salario).	68
E. El tamaño de la empresa.	69
F. El sector económico de la empresa y la actividad del trabajador.	70
7. LOS MODELOS PSICOSOCIALES EXPLICATIVOS DEL AUSENTISMO LABORAL	70
A. Los Modelos de Evitación Laboral.....	71

B. Los Modelos de Ajuste Laboral	72
C. Los Modelos de Decisión	72
D. Los Modelos de Personalidad.....	73
8. ENFOQUES DEL AUSENTISMO LABORAL	74
A. El Enfoque Psicológico	74
B. El Enfoque Sanitario.....	75
C. Enfoque legal	76
D. Enfoque económico	77
9. EL AUSENTISMO COMO INDICADOR DEL BIENESTAR LABORAL.....	77
10. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DEL AUSENTISMO LABORAL	77
11. AUSENTISMO Y SÍNDROME DE BURNOUT	79
12. INTERVENCIÓN PARA REDUCIR EL AUSENTISMO	81

PRESENTISMO LABORAL

1. ANTECEDENTES	84
A. Ocupaciones y ambientes de trabajo	84
B. Facilidad de sustitución	85
C. La carga en el trabajo y demandas en el trabajo.....	85
D. Autoestima basada en la performance	86
E. Los factores de salud	86
2. DEFINICIÓN	87
3. CAUSAS.....	89
4. CONSECUENCIAS	89
A. Pérdida de productividad	89
B. La mala salud y agotamiento	90
5. ELEMENTOS ASOCIADOS AL PRESENTISMO LABORAL.....	90
6. MEDICIÓN DE PRESENTISMO Y SU IMPACTO EN LA PRODUCTIVIDAD	92
7. EL PRESENTISMO Y SU RELACIÓN CON EL AUSENTISMO	93
8. GESTIÓN DEL PRESENTISMO LABORAL	93

CAPITULO III

METODOLOGIA

1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	96
--------------------------------	----

2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	96
3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	96
4. MUESTRA	96
5. INSTRUMENTOS	97
6. PROCEDIMIENTOS	101

CAPITULO IV

RESULTADOS.....	103
-----------------	-----

CAPITULO V

DISCUSION.....	147
CONCLUSIONES.....	153
RECOMENDACIONES.....	156

BIBLIOGRAFIA

CASOS

ANEXOS

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Recuento general de la presencia del Síndrome de Burnout en la muestra total.....	104
Tabla 2: Recuento por niveles de las dimensiones del Síndrome de Burnout en la muestra total.....	105
Tabla 3: Recuento general de la presencia del Ausentismo laboral en la muestra total	107
Tabla 4: Recuento por niveles del ausentismo laboral en la muestra total.....	108
Tabla 5: Recuento general de la existencia de presentismo laboral en la muestra total	109
Tabla 6: Recuento por niveles del presentismo laboral en la muestra total	110
Tabla 7: Correlación de Pearson entre el Síndrome de Burnout por dimensiones y a nivel global con el Ausentismo Laboral.....	111
Tabla 8: Correlación de Pearson entre el Síndrome de Burnout por dimensiones y a nivel global con el Presentismo Laboral	113
Tabla 9: Correlación de Pearson entre el ausentismo y presentismo laboral	116
Tabla 10: Correlación mediante Prueba T entre el Síndrome de Burnout y el sexo de la muestra total	117
Tabla 11: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el Síndrome de Burnout y la edad de la muestra total	119
Tabla 12: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el Síndrome de Burnout y el grado de instrucción de la muestra total	121
Tabla 13: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el Síndrome de Burnout y los años de trabajo de la muestra total.....	123
Tabla 14: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el Síndrome Burnout y el estado civil de la muestra total	125
Tabla 15: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el Síndrome de Burnout y el área de trabajo de la muestra total	127
Tabla 16: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el Síndrome de Burnout y la remuneración de la muestra total.....	129

Tabla 17: Correlación mediante Prueba T entre el ausentismo laboral y sexo de la muestra total	131
Tabla 18: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el ausentismo laboral y edad de la muestra total	132
Tabla 19: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el ausentismo laboral y grado de instrucción de la muestra total.....	133
Tabla 20: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el ausentismo laboral y años de trabajo de la muestra total	134
Tabla 21: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el ausentismo laboral y el estado civil de la muestra total	135
Tabla 22: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el ausentismo laboral y el área de trabajo de la muestra total	136
Tabla 23: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el ausentismo laboral y la remuneración de la muestra total	137
Tabla 24: Correlación mediante prueba T entre el presentismo laboral y sexo de la muestra total	138
Tabla 25: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el presentismo laboral y la edad de la muestra total	139
Tabla 26: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el presentismo laboral y el grado de instrucción de la muestra total	140
Tabla 27: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el presentismo laboral y los años de trabajo de la muestra total.....	141
Tabla 28: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el presentismo laboral y el estado civil de la muestra total	142
Tabla 29: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el presentismo laboral y el área de trabajo de la muestra total	143
Tabla 30: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el presentismo laboral y la remuneración de la muestra total.....	144
Tabla 31: Correlación entre el síndrome de burnout, ausentismo y presentismo laboral.....	145

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

Como sabemos, el trabajo ocupa un lugar primordial en nuestras vidas, nos da un sentido de propósito e identidad, y nos permite obtener ingresos para satisfacer nuestras necesidades, se trata de una responsabilidad individual y de una actividad social, que a menudo requiere la colaboración en el seno de un equipo, en el que se conjugan aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales de los individuos, que si bien ha permitido la humanización del ser humano, en palabras de Rocha: “también es una actividad generadora de enfermedades, alteraciones psíquicas o psicotrastornos y de expresiones de la alienación de los sujetos”; que hoy en día se ha incrementado por el crecimiento acelerado de la industria y la tecnología, y a su vez a dado lugar a la aparición de nuevos síndromes y trastornos; siendo uno de ellos el síndrome de Burnout que a la actualidad es un fenómeno en expansión y por tanto es objeto de atención y estudio por parte de las organizaciones ya que es en ellas donde surge dicho síndrome.

La necesidad de estudiar el síndrome de Burnout, entendido como una patología derivada del trabajo, viene unida a la necesidad de estudiar el estrés laboral como precursor del deterioro de la salud mental, así como al hincapié que las organizaciones han hecho sobre la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados. (Gil Monte, 2005)

El síndrome de Burnout surge como consecuencia a la exposición de situaciones estresantes constantes y al fracaso de los mecanismos de adaptación ante ellas; produce un desequilibrio físico, emocional y psicosocial reduciendo la capacidad de rendimiento en el trabajo, generando altos costos a nivel personal y organizacional, al provocar incapacidad física y mental, debido al bajo rendimiento, al ausentismo y a los gastos sanitarios.

Además cabe señalar que las tendencias actuales en las condiciones de contratación pueden menoscabar en los niveles de satisfacción laboral y dañar directamente la salud física y mental de los empleados (Kenny et al, 2000). Junto a ello, la creciente crisis

económica y las escasas oportunidades laborales han hecho que en los últimos años las personas traten de conservar su trabajo a fin de cubrir sus necesidades, tomando diversas medidas para aliviar los malestares que puedan presentarse en su entorno de trabajo, surgiendo así fenómenos como el ausentismo y presentismo laboral, tal es así que haciendo referencia al primer fenómeno hablamos de que el trabajador al presentar problemas relacionados con su salud física y mental, opta muchas veces por ausentarse del trabajo con la idea de que esto mejorará su estado y así poder reponerse y volver a laborar. Sin embargo, aun cuando la persona toma esta medida, el malestar no desaparece, siendo muchas veces contraproducente.

El ausentismo laboral hace referencia a los periodos de tiempo en que un empleado se ausenta de su puesto dentro del horario de trabajo por causas justificadas reconocidas legalmente (incapacidad temporal, permisos relacionados con la actividad sindical) o injustificadas (retrasos, salir a fumar, recados, cuidado de los hijos o de personas mayores, etc.).

Este fenómeno se ha convertido en un problema particularmente grave, ya que es una de las situaciones que con más intensidad altera la relación laboral debido a la alta frecuencia con que se presenta. La magnitud problemática del ausentismo es un síntoma que no solo revela problemas del trabajador sino también de la organización. Un elevado ausentismo laboral puede contribuir a reducir la productividad de una empresa, provocar problemas organizativos y generarle altos costes, ya que hay que cubrir el puesto del ausentista.

Durante estos últimos años las investigaciones, como la realizada por Adecco (2014) hacen referencia a la disminución del ausentismo, no obstante esto no ha mejorado la productividad y el rendimiento laboral, estas investigaciones también señalan que en realidad ha incrementado el presentismo, el cual consiste en que se está en el trabajo como si se trabajara pero sin hacerlo realmente, afectando el desempeño del trabajador y ocasionando una amenaza aún más inquietante para la empresa, ya que es difícil su reconocimiento y afecta de manera gradual y creciente la productividad.

Estos tres fenómenos tienen consecuencias colectivas y organizacionales, ocasionando un impacto económico y social en la empresa y al trabajador, ya que la eficiencia económica y la competitividad de una empresa dependen cada vez más de las

habilidades mentales y cognitivas de sus trabajadores, tales como la creatividad, las relaciones y habilidades emocionales, autonomía y el intercambio de conocimientos, que son factores clave en la eficiencia individual y colectiva, y están estrechamente relacionados con el bienestar psicológico de las personas.

Es por ello que el interés de realizar esta investigación radica en conocer en nuestra realidad la existencia de estos fenómenos, a la vez pretendemos identificar la relación entre el síndrome de burnout, el ausentismo y el presentismo laboral, por ser una problemática emergente y en aumento en las organizaciones, de allí la importancia de profundizar el conocimiento de este tema.

El presente trabajo de investigación consta de cinco capítulos, el primer capítulo contiene la introducción, así como los objetivos e hipótesis del tema de estudio, en el capítulo dos se consigna la revisión bibliográfica del síndrome de Burnout, del ausentismo y del presentismo laboral; en el capítulo tres se trata acerca del marco operativo empleado, en el penúltimo capítulo se dan a conocer los resultados obtenidos y finalmente el capítulo cinco contiene la discusión, conclusiones y recomendaciones. Cinco capítulos que engloban los méritos de esta investigación.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La situación actual en el mercado de trabajo se caracteriza por un entorno competitivo que está en constante cambio, la tendencia a la desaparición de trabajos poco calificados por la necesidad de manipular tecnologías con cierto nivel de complejidad, el dominio de técnicas de trabajo complejas y con una alta especialización tecnológica, son aspectos que caracterizan el estado de las exigencias actuales del mercado laboral en nuestro entorno. Lo que a su vez está produciendo consecuencias sociales como la generalización de los contratos precarios, despidos masivos a empleados, desigualdades y exigencias profesionales, que traen como consecuencia el aumento de estrés laboral en los trabajadores.

Según la Organización Internacional del Trabajo en el 2001, uno de cada diez trabajadores sufría estrés o cansancio. Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el síndrome de Burnout ocupan un lugar destacado, pues son una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo, fuente de accidentabilidad y ausentismo laboral.

El fenómeno del Burnout constituye uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importantes en la actualidad, con un amplio recorrido teórico y miles de estudios de investigación durante los más de 30 años que lleva siendo estudiado como constructo científico.

Las aproximaciones originales al fenómeno del Burnout de Freudemberger y Maslach consideraban que el síndrome únicamente aparecía en profesiones que prestaban asistencia a personas o profesiones de servicios, que implican trato con personas. Posteriormente el constructo se ha ampliado a todo tipo de profesiones, incluyendo ocupaciones no profesionales, como estudiantes o amas de casa (Garcés de los Fayos, 1998)

La presencia de este síndrome se ha considerado una consecuencia de trabajar intensamente hasta el límite de no tomar en cuenta necesidades personales. Esta situación se acompaña de sentimientos de falta de ayuda, de impotencia, de actitudes negativas y de una posible pérdida de autoestima que sufre el trabajador. (Caballero & Millán, 1999).

El Burnout nos ayuda a explicar fenómenos laborales que pueden perjudicar en gran parte tanto al sujeto como a la misma empresa, ya que de acuerdo a sus tres indicadores principales: Agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo, el Burnout es una causa común no siempre explícita de frecuentes problemas en las empresas, pues sus tres indicadores pueden manifestarse de distintas maneras y si el Burnout no es detectado a tiempo puede causar grandes pérdidas tanto de salud en sus trabajadores como económicas para la empresa.

Para este caso se revisarán el ausentismo y presentismo laboral como principales manifestaciones del Síndrome de Burnout en trabajadores ya que este es un problema visible y frecuente que afecta a las empresas.

El ausentismo es una de las formas en que puede manifestarse el síndrome de Burnout, pero este no ha sido estudiado de manera específica. El agotamiento excesivo de los trabajadores, tanto físico por las jornadas laborales; así como psicológico, por las demandas y exigencias en la producción, se deja de lado las relaciones interpersonales que son necesarias para realizar cualquier actividad. Lo que puede suponer un alto nivel de estrés o convertirse en Burnout, trayendo como consecuencia una serie de faltas, tardanzas y permisos constantes.

El ausentismo daña especialmente la productividad de las empresas al suponer un coste cuantificable en su componente de percepción por incapacidad temporal y por las cotizaciones obligatorias relativas a las contingencias comunes. Pero además, el ausentismo produce otros costes, más difíciles de cuantificar, relativos al tiempo perdido en el propio lugar de trabajo y al deterioro del clima laboral en la empresa.

Un estudio realizado en España en el año 2009 revela que los porcentajes de ausentismo se han conseguido reducir por debajo de la media europea. Pero esta reducción del ausentismo no ha ido aparejada de una mejora de la productividad y del rendimiento laboral, porque lo ocurrido en realidad es que hemos cambiado el ausentismo laboral por el presentismo.

El presentismo es el término que describe la situación de estar en el trabajo como si se trabajara pero sin hacerlo realmente, e incluso asistir al trabajo a pesar de tener

problemas de salud o agotamiento mental. En concreto, implica estar físicamente en el trabajo pero sin tener la productividad normal que se espera.

Y es que el miedo a perder el trabajo en la situación actual de crisis económica ha hecho que se reduzca de un modo muy significativo el índice de ausentismo laboral. Las bajas laborales continuadas, la ausencia en el trabajo por unas horas, entre otras se están reduciendo cada vez más, ya que los trabajadores saben de la difícil situación del mercado laboral y ya no se arriesgan a ser despedidos por estos motivos. Sin embargo, del presentismo laboral, surge una amenaza aún más inquietante para la empresa por su difícil detección y por la merma de la productividad.

En realidad, en muchas ocasiones, este tipo de trabajadores están más horas presenciales que sus compañeros, con lo cual aparentan que tiene más trabajo que el que pueden abarcar en su horario normal. En época de crisis económica, es algo que se está convirtiendo en situación de alarmante frecuencia empresarial, ya que los empleados pierden varias horas de su jornada laboral en distracciones y problemas personales y están más propensos a cometer errores que afectan la productividad durante el tiempo que utilizan para dar salida a lo más urgente de sus tareas.

Es por ello que la presente investigación nos lleva a plantearnos la siguiente interrogante:

¿Qué relación existe entre el síndrome de burnout, el ausentismo y presentismo laboral en los trabajadores de la empresa industrial de Arequipa?

3. ANTECEDENTES

Según el estudio "Efectos del Síndrome de Burnout y el presentismo en los trabajadores" que realizó el Dr. M. H (Yildirim, 2014) de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad de Aksaray, Turquía; nos dice que a pesar de que los empleados de una organización se ven obligados a ir a trabajar, a veces estos no pueden trabajar adecuadamente debido a la falta de su bienestar físico y psicológico.

El hecho de trabajar físicamente y estar presentes en su medio de trabajo no implica que los trabajadores estén realmente listos para desempeñar tareas de organización mental, por lo que su eficiencia y rendimiento en el trabajo disminuyen, denominando este fenómeno como presentismo. Otra situación que impide la eficiencia en el trabajo se conoce como síndrome de Burnout. Este síndrome, visto con frecuencia en todo tipo de organizaciones, es un trastorno conocido en los empleados, que hace referencia a un agotamiento a largo plazo. Por lo tanto, las organizaciones sólo pueden permanecer fuertes, siempre y cuando proporcionen un clima de trabajo adecuado y recluten empleados sanos y bien entrenados.

Este estudio analizó los efectos del síndrome de Burnout en los niveles de presentismo de los empleados. Con el fin de recoger los datos requeridos usaron la escala Stanford para presentismo y la escala de Maslach; en 136 empleados de dos bancos públicos y privados en la provincia de Konya.

Los resultados de la prueba t han demostrado que existe una relación significativa entre el síndrome de Burnout y el presentismo. Por lo tanto, se puede entender que el presentismo y el síndrome de Burnout se encuentran en la misma dirección y se apoyan mutuamente. En consecuencia, tanto el Burnout y el presentismo son términos vitales para las organizaciones.

Por otro lado el estudio titulado "Burnout y su relación con la ambigüedad de rol, conflicto de rol y ausentismo laboral en trabajadores de la salud" realizado por Pedro Gil-Monte y Hugo Figueiredo-Ferraz (UNIPSICO, 2014), en una muestra integrada por 142 trabajadores de la salud en el que se analizó la influencia de algunos factores de riesgo psicosociales en el desarrollo del burnout y a la vez la influencia de este en el ausentismo laboral. El análisis de los datos se efectuó considerando estadística descriptiva y modelos de regresión lineal múltiple. Los resultados de esta investigación no validan la influencia del síndrome de burnout sobre el ausentismo laboral. No obstante, se evidencia una relación significativa y positiva entre la dimensión agotamiento emocional y ausentismo laboral ($\beta = 0.197$; $p < .05$). Se concluye que el agotamiento emocional sostenido pudiese favorecer el ausentismo laboral.

Como vemos solo se han encontrado investigaciones que analizan los fenómenos de Burnout y ausentismo, y de síndrome de Burnout y presentismo por separado, sin embargo estos tres fenómenos no han sido estudiados de manera conjunta.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer la relación que existe entre el síndrome de Burnout, el ausentismo y presentismo laboral en los trabajadores de la empresa industrial de Arequipa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la presencia y los niveles de las dimensiones del síndrome de Burnout en los trabajadores de la empresa industrial de Arequipa.
- Determinar la presencia y los niveles del ausentismo laboral en los trabajadores de la empresa industrial de Arequipa.
- Señalar la presencia y los niveles del presentismo laboral en los trabajadores de la empresa industrial de Arequipa.
- Establecer la relación entre el síndrome de Burnout y el ausentismo laboral en los trabajadores de la empresa industrial de Arequipa.
- Relacionar el síndrome de Burnout y el presentismo laboral en los trabajadores de la empresa industrial de Arequipa.
- Analizar la relación entre el ausentismo y presentismo laboral de los trabajadores de la empresa industrial de Arequipa.
- Determinar las diferencias significativas entre el resultado global y las dimensiones del síndrome de Burnout con las variables socio demográficas (sexo, edad, grado de instrucción, años de trabajo, estado civil, área de trabajo, remuneración) de los trabajadores de la empresa industrial de Arequipa.
- Definir las diferencias significativas del ausentismo laboral con las variables socio demográficas (sexo, edad, grado de instrucción, años de trabajo, estado civil, área de trabajo, remuneración) de los trabajadores de la empresa industrial de Arequipa.

- Mencionar las diferencias significativas del presentismo laboral con las variables socio demográficas (sexo, edad, grado de instrucción, años de trabajo, estado civil, área de trabajo, remuneración) de los trabajadores de la empresa industrial de Arequipa.

5. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Los tiempos han cambiado de forma significativa, pero las condiciones laborales siguen siendo preocupantes, en estos momentos de crisis, las empresas se olvidan de conceptos como la responsabilidad social corporativa o el equilibrio vida laboral y vida personal. Piensan en la rentabilidad, para ello exigen mayor productividad, la urgencia les hace decantarse por la reducción de personal, la bajada de sueldos y salarios, la disminución de la jornada o conceptos parecidos. Se trata de reducir costes. La razón de este fenómeno es que la empresa se ha ocupado de lo urgente, no de lo importante. No ha pensado con anterioridad sobre las causas de su improductividad que lleva al desastre. Lo importante es que crezca la productividad por aumento de producción por persona contratada, no que ocurra al revés; que cada vez se produzca menos, aunque sea con menos personas; todo ello puede llevar a una serie de consecuencias negativas que en vez de favorecer a la organización tiene como consecuencia resultados dañinos y perjudiciales, tales como el estrés que es cada vez más frecuente entre los individuos, lo que afecta su salud y desempeño laboral.

En el XVIII Congreso sobre Seguridad y Salud en el Trabajo en Seúl Corea en el 2008, los participantes firmaron la “*Declaración de Seúl sobre Seguridad y Salud en el trabajo*”, que afirma específicamente que un ambiente de trabajo seguro y saludable es un derecho humano fundamental. Cuando los empleados están enfermos, la productividad en el trabajo descende. Si el empleado enfermo no puede ir al trabajo, se generarán costes relacionados con el ausentismo. Y si el trabajador acude al trabajo, a pesar de estar enfermo, se produce un fenómeno recientemente denominado “presentismo”, y la productividad se resiente. Con el fin de medir el impacto de la salud de los empleados en estas variables (ausentismo, productividad, etc.), se han realizado algunos estudios empíricos, uno de los estudios más interesantes, sobre todo por su dimensión (realizado sobre un millón de trabajadores, lo que aporta una más

que considerable robustez estadística) es el realizado por el “The National Institute for Occupational Safety and Health” (NIOSH). Los resultados del mismo ofrecen datos fiables sobre el impacto de los programas de salud y bienestar en las empresas y la mejora de los indicadores de ausentismo y productividad, así como un descenso notable en los costes medios del “Health and Productivity Management” (HPM).

Venimos evidenciado una reacción en cadena, por culpa de la cual los efectos individuales del síndrome de Burnout, como el ausentismo o el presentismo, tienen consecuencias colectivas y organizacionales: sobrecarga de trabajo de los demás compañeros debida a la ausencia, menor ayuda a los trabajadores con dificultades, disminución del espíritu de cooperación y de la solidaridad, etc.

Este deterioro tiene un impacto en los resultados económicos de la empresa en términos de cantidad y calidad de producción, de relaciones entre la dirección y los trabajadores y, en última instancia, de rendimiento comercial. El deterioro de distintos aspectos corre el riesgo de generar malestar psicológico entre los demás empleados, lo que, a su vez, puede conducir a más ausentismo o presentismo.

Un empleado ausente o un empleado que deja la empresa definitivamente generan costes «humanos» en el colectivo. Cuando un empleado ausente no se sustituye, su carga de trabajo se distribuye entre sus compañeros, lo que genera trabajo extra y puede aumentar el estrés entre los compañeros e incrementar la probabilidad de ausentismo en el departamento. Así mismo, la sustitución temporal de un trabajador ausente o la incorporación de un nuevo compañero también altera el funcionamiento del equipo durante el período de integración. Por consiguiente, esta disminución temporal de la producción debe incluirse en los costes para la empresa. Por último, no deben pasarse por alto los efectos de un paro o la salida de un trabajador en el ambiente laboral global, así como en la productividad y la calidad.

Por otro lado, el presentismo es un fenómeno difícil de medir, pero varios estudios científicos destacan su impacto económico: Un estudio norteamericano mostró que la productividad de un empleado puede reducirse en un 33% o más debido al presentismo. Según un estudio reciente llevado a cabo en el Reino Unido, la pérdida de productividad debida al presentismo puede ser casi el doble de los costes de los trastornos de salud mental con incapacidad.

Si las organizaciones de hoy en día anhelan altos niveles de productividad y rendimiento, se deben de tomar medidas, previamente y con anticipación; cultivando un ambiente adecuado de trabajo, por supuesto que para ello se necesitan políticas que mantengan motivados y productivos a los trabajadores, políticas que a corto plazo parecen menos importantes, pero que resultan vitales a mediano y largo plazo. Dentro de ello están las prácticas que hacen de la empresa un lugar saludable en el que sus componentes pueden cuidar de su salud corporal, intelectual y emocional.

Teniendo pleno conocimiento de que estos fenómenos han aparecido en nuestra realidad y que repercuten en la vida laboral de los trabajadores, no siendo ajeno su estudio a la psicología organizacional e intervención del psicólogo como una de las labores fundamentales.

Es por eso que con esta investigación buscamos aperturar y motivar posteriores estudios de estos fenómenos organizacionales, para que a partir de ello se pueda tener un conocimiento más amplio y holístico y así se puedan realizar programas de intervención, que busquen la mejora continua de salud de los trabajadores y calidad de vida laboral, para que a partir de ello se mantenga niveles elevados de desempeño y rendimiento dentro de la organización, ya que el capital humano es pieza fundamental en el desarrollo constante de la organización.

6. HIPÓTESIS

H: Existe relación entre el síndrome de Burnout, el ausentismo y presentismo laboral en trabajadores de la empresa industrial de Arequipa.

H₁: No existe relación entre el síndrome de Burnout, el ausentismo y presentismo laboral en trabajadores de la empresa industrial de Arequipa.

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Algunas limitaciones del presente estudio son:

- a) Utilización de pruebas psicológicas no estandarizadas; la prueba que se utilizó para evaluar el ausentismo y presentismo laboral aún no está estandarizada en nuestro país, sin embargo existe una versión en español que es aplicada por la OMS.
- b) Sesgo en la evaluación por parte del sujeto, al haber sido realizada en las instalaciones de la empresa durante las horas de trabajo y de manera grupal.
- c) La muestra fue elegida de manera intencional teniendo en cuenta como criterio de inclusión a aquellos trabajadores con más de un año de trabajo.
- d) Escasas investigaciones sobre el presentismo y ausentismo laboral en nuestro país.

8. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- a. **Ausentismo laboral:** Es el término empleado para referirse a las faltas o inasistencias de los empleados al trabajo. En sentido más amplio es la suma de los períodos en que, por cualquier motivo los empleados se retardan o no asisten al trabajo en la organización. Faltas o ausencias de los empleados al trabajo. Es decir, es la suma de los períodos en que los empleados de la organización están ausentes del trabajo, ya sea por falta o por tardanza, debido a la mediación de algún motivo. Es decir es el conjunto de ausencias por parte de los trabajadores de un Determinado centro de trabajo, justificadas o no. (Chiavenato 2003)
- b. **Presentismo laboral:** Definido como el deterioro en el propio desempeño actual con relación al posible desempeño que un individuo puede tener en el trabajo, que afecta la productividad y rendimiento. (Kessler, et al., 2004).
- c. **Síndrome de Burnout:** Es la respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actividades y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actividades de despersonalización), y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional.

El Burnout se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por el *Agotamiento Emocional*, que se define como cansancio y fatiga física, psíquica o como una combinación de ambos. Es la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás. La *Despersonalización*, es la segunda dimensión y se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y

frías hacia otras personas, especialmente hacia los clientes, compañeros de trabajo, pacientes, usuarios, etc. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación. El sujeto trata de distanciarse no sólo de las personas destinatarias de su trabajo sino también de los miembros del equipo con los que trabaja, mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando a veces etiquetas despectivas para referirse a los usuarios, clientes o pacientes tratando de hacerles culpables de sus frustraciones y descenso del rendimiento laboral. La tercera dimensión denominada *Falta de realización personal*, surge cuando se verifica que las demandas que se le hacen, exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima. La falta de logro personal en el trabajo se caracteriza por una dolorosa desilusión y fracaso al darle sentido a la actividad laboral. Se experimentan sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencias de expectativas y horizontes en el trabajo y una insatisfacción generalizada. Como consecuencia se da la impuntualidad, la evitación del trabajo, el ausentismo y el abandono de la profesión, siendo síntomas habituales y típicos de esta patología laboral. (Maslach y Jackson 1981).

9. VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR
Síndrome de Burnout	Agotamiento Emocional	0-16 (Alto)
		17-26 (Medio)
		27 (Bajo)
	Despersonalización	0-8 (Alto)
		9-13 (Medio)
		14 (Bajo)
	Falta de realización personal	37-999 (Alto)
		31-36(Medio)
		30 (Bajo)
Ausentismo laboral	Presencia	0 – 33 (Alto)
		43 – 67 (Medio)
		68 – 99 (Bajo)
	Ausencia	100
Presentismo laboral	Presencia	0 – 20 (Alto)
		30 – 60 (Medio)

		70 – 90 (Bajo)
	Ausencia	100
Variables socio_ demográficas	Sexo	Femenino
		Masculino
	Edad	22 a 35 años
		36 a 49 años
		Más de 50 años
	Grado de instrucción	Primaria
		Secundaria
		Técnico
		Superior
	Años de trabajo	1 a 20 años
		21 a 40 años
		Más de 40 años
	Estado civil	Soltero
		Casado
		Conviviente
		Divorciado
	Área de trabajo	Gerencia
		Ejecutiva
		Administrativa
		Operativa
	Remuneración	S/. 700 a 5100
		S/. 5100 a 9500
		Más de S/. 9500

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

SÍNDROME DE BURNOUT

1. ORIGEN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Es imprescindible hacer referencia al estrés, para poder comprender el síndrome de Burnout. El estrés es una relación particular entre la persona y el entorno valorada por la persona como una situación que le sobrepasa y pone en peligro su bienestar. (Lazaruz & Folkman, 1984). Partiendo de esta premisa podemos evidenciar y comprender lo que sucede muchas veces en el ámbito laboral, cuando se dan sobrecargas de trabajo; y cómo es que impactan en la salud y bienestar.

Walker (1986) citado por (Rubio, 2003) resalta que Grahan Greene utilizó en 1960 el termino burnout para describir el estado de “vaciamiento existencial” que una persona sentía como consecuencia del padecimiento de una enfermedad incurable.

En 1974 Herbert Freudenberger, que trabajaba como asistente voluntario en la *Free Clinic* de Nueva York para toxicómanos, al igual que otros voluntarios jóvenes e idealistas, observó que al cabo de un periodo más o menos largo, entre uno y tres años, la mayoría sufría una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión (Mingote, Moreno, Gonzalez, & Garrosa, 2001).

Starrin, Larsson y Styrborn (1990) citado por Rubio (2003) indica que ya en los años sesenta el termino burnout se había utilizado para describir los efectos crónicos del abuso de drogas.

Ginsburg, también en 1974, trabaja sobre el Síndrome. Sin embargo, este autor, ha sido escasamente citado, porque no tuvo una producción científica tan abundante como Freudenberger.

Otra pionera en el estudio del Síndrome fue Cristina Maslach (1982), quien tomó el término por la forma en que coloquialmente se nombraba en Estados Unidos a las personas que padecían abuso crónico de alguna droga y también era usado por los abogados para referirse a manifestaciones similares al fenómeno investigado en ambientes de pobreza. (Mercado & Noyola, 2011)

2. DEFINICIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT

No existe una definición unánimemente aceptada de este síndrome. Las traducciones más adecuadas para el termino anglosajón “Burnout” serían las de “estar o sentirse quemado” o “quemarse”. En Muchos lados se encuentra como “Síndrome de desgaste profesional” o “Síndrome de quema profesional”, también como “desmoralización”. (Da Silva, 2001).

"Es una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador" (Freudenberger, 1974).

Maslach y Jackson (1981) citado por Carlin & Garces de los Fayos Ruiz (2010, pág. 170) lo definieron como respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actividades y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actividades de despersonalización), y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional. Entienden que el burnout se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por: a) agotamiento emocional, b) despersonalización y c) reducida realización personal.

Smith y Nelson (1983) concluyeron que no es posible ofrecer una definición concisa del fenómeno, reseñando la complejidad del síndrome que se intenta concretar.

Brill (1984) citado por Fidalgo (2006) entiende el Síndrome de Burnout, como un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica significativa. Una vez que está afectado el trabajador, si no es con una intervención externa de cambio de las condiciones que han motivado esa alteración, de protección, de ayuda o mediante un reajuste laboral, no

conseguirá recuperar su salud. El Síndrome de Burnout, no se da como consecuencia de un salario insuficiente, o de incompetencia por falta de conocimientos, o debido a las dificultades físicas, ni es consecuencia de cualquier trastorno mental existente. Lo que se deriva de estos aspectos no se debe interpretar como Burnout.

Brill (1984) citado por Fidalgo, M (2006), considera que el desarrollo de Síndrome de Burnout puede tener lugar en cualquier trabajo, y no solo en los que existe un trato directo con el usuario receptor de los servicios laborales.

Garden (1987) citado por Carlin & Garces de los Fayos Ruiz (2010, pág. 170) muestra la idea de que una definición de burnout es prematura pues existe una ambigüedad en la realidad del síndrome que la investigación hasta el momento no ha permitido esclarecer. Shirom (1989) citado por Carlin & Garces de los Fayos Ruiz (2010), lo define como consecuencia de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, de manera que al descender los recursos personales aumenta el síndrome, por lo que la variable de afrontamiento sería determinante en la comprensión del burnout.

Hiscott y Connop (1989 y 1990) citado por Carlin & Garces de los Fayos Ruiz (2010), entienden el burnout como un indicador de problemas de estrés relacionados con el trabajo. Moreno, Oliver y Aragonese (1991) citado por Carlin & Garces de los Fayos Ruiz (2010), hablan de un tipo de estrés laboral que se da principalmente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficios del propio trabajo. Leiter (1992) citado por Carlin & Garces de los Fayos Ruiz (2010), lo asemeja a una crisis de autoeficacia. Distanciando así el burnout del estrés laboral.

Burke y Richardsen (1993) citado por Carlin & Garces de los Fayos Ruiz (2010) proponen un proceso que ocurre a nivel individual como una experiencia psicológica envuelta de sensaciones, actitudes, motivos y expectativas, y es una experiencia negativa que da lugar a problemas de discomfort. Leal Rubio (1993) citado por Carlin & Garces de los Fayos Ruiz (2010) resalta una sintomatología depresiva que surge ante lo que el individuo siente como fracaso de sus intervenciones, pérdida de autoestima por la vivencia de que su trabajo y esfuerzo no son útiles.

En 1998 Pines y Aronson citados por Fidalgo (2006), proponen una definición más amplia, no restringida a los profesionales de ayuda. “Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por el involucramiento crónico de trabajo

emocionalmente demandantes”. El agotamiento físico se caracteriza por baja energía, fatiga crónica, debilidad general y una amplia variedad de manifestaciones psicosomáticas. El agotamiento emocional incluye sentimiento de incapacidad, desesperanza o de alienación con el trabajo, se refiere al desarrollo de actitudes negativas hacia uno mismo, hacia el trabajo y hasta hacia la vida misma. Las excesivas demandas psicológicas no se dan únicamente en el servicio directo al público, sino que pueden darse también en otros ámbitos laborales, como en puestos directivos, en el trabajo comercial, en la política, etc. Pines destaca la importancia, desde la prevención, de la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, del modo de supervisión y de las oportunidades de aprendizaje continuo y desarrollo de la carrera con las que cuente el trabajador.

Gil-Monte y Peiró (2000) citado por Carlin & Garces de los Fayos Ruiz (2010), desde la perspectiva psicosocial, consideran el síndrome de burnout como un proceso en el que intervienen componentes cognitivo-aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización). Peris (2002) citado por Carlin & Garces de los Fayos Ruiz (2010), enfatiza un trastorno caracterizado por la sobrecarga, y/o desestructura de tareas cognitivas por encima del límite de la capacidad humana. Cuando el estrés laboral sobrepasa las capacidades del individuo a la hora de afrontarlas, puede llegar un periodo de agotamiento extremo que impida realizar las tareas asignadas de un modo correcto. Si además de este bajo rendimiento ocurre un agotamiento emocional, un aumento del sentimiento de despersonalización o cinismo, y baja el sentimiento de eficacia profesional, estaríamos ante el denominado síndrome de burnout, “estar quemado” o “desgaste psíquico”.

Más recientemente, el burnout se ha descrito como un síndrome defensivo (mecanismo de defensa) que se manifiesta en las profesiones de ayuda. El riesgo en estas profesiones es que suelen tener una misión ambiciosa y un ideal utópico. La confrontación entre los ideales (conscientes o no) y la realidad laboral pueden conducir a burnout. Jaoul, Kovess y Mugen (2004) citado por Carlin & Garces de los Fayos Ruiz (2010).

Según Aranda (2006) citado por Carlin & Garces de los Fayos Ruiz (2010), la palabra burnout es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto, donde se pierde la ilusión por el trabajo. Actualmente, Molina Linde y Avalos

Martínez (2007) citado por Carlin & Garces de los Fayos Ruiz (2010), definen el síndrome de burnout como la paradoja de la atención en salud: el profesional de salud se enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes.

Maslach y Leiter (2008) relacionan el burnout especialmente con las características del trabajo, incluyendo el alto volumen de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, baja previsibilidad, falta de participación y apoyo social, y experiencia de injusticia.

3. MODELOS SOBRE EL PROCESO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

La necesidad de explicar el síndrome de burnout e integrarlo en marcos teóricos más generales, que permitiesen explicar su etiología de manera satisfactoria, ha dado lugar a la aparición de diversos modelos teóricos. La característica fundamental de estos modelos es que han sido elaborados para explicar la etiología del síndrome de burnout desde marcos teóricos más amplios o diferentes a la propia teoría del síndrome. Estos modelos agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome, y discuten a través de qué procesos los trabajadores llegan a sentirse quemados. (Mansilla, 2009)

A. Modelos etiológicos elaborados desde la teoría sociocognitiva del Yo

1. Modelo de competencia social de Harrison

Harrison (1983) citado por Mansilla (2009), asume que el síndrome de burnout es fundamentalmente una función de la competencia percibida y en base a ello elabora el modelo de competencia social.

Para este autor, la mayoría de los trabajadores que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un elevado de altruismo. En su entorno laboral se encuentran con factores de ayuda, que facilitan la actividad o con factores barrera que la dificultan. Entre estos factores están la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del trabajador y los valores de la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad de rol, disponibilidad de los recursos, la retroalimentación recibida, la sobrecarga laboral, etc.

Según este modelo, la motivación para ayudar va a predeterminar la eficacia del trabajador en la consecución de los objetivos laborales, de forma que a mayor motivación del trabajador mayor eficacia laboral. Además, si en el entorno existen factores de ayuda, esta efectividad crecerá y redundará en un aumento de los sentimientos de competencia social del trabajador. Dado que estos sentimientos son altamente reforzantes para estos profesionales, pueden ser considerados como un gran factor de ayuda, de manera que mantendrán y aumentarán los sentimientos de eficacia e influirán de forma positiva en la motivación para ayudar.

Por el contrario, cuando los trabajadores encuentran en el entorno factores barrera, los sentimientos de eficacia disminuyen, porque el trabajador no acaba de conseguir sus objetivos, y esto afecta negativamente a la esperanza de conseguirlos. Al mantenerse esta situación en el tiempo se origina el síndrome de burnout, que por retroalimentación facilita el desarrollo de los factores barrera, disminuye los sentimientos de eficacia percibida y la motivación para ayudar. Harrison (1983) señala que el modelo de competencia social es especialmente aplicable a los trabajadores que han desarrollado expectativas muy elevadas sobre la consecución de sus objetivos laborales, e intentan ayudar a los demás en situaciones que requieren algo más que la simple motivación para alcanzar el éxito.

2. Modelo de Pines

Pines (1993) citado por Mansilla (2009), incorpora la idea de que sólo los trabajadores que intentan darle un sentido existencial a su trabajo llegarán al burnout, es decir, los profesionales que justifican su existencia por la labor de carácter humanitario y de ayuda que desarrollan en su trabajo. Esta justificación hace que la vida tenga sentido para el trabajador, pues las cosas que hace son útiles e importantes. Señala que el síndrome de burnout se desarrollará en los trabajadores que se fijen altos objetivos en su vida profesional y mantengan grandes expectativas. Así, los trabajadores muy motivados por su labor y plenamente identificados con su trabajo, de significado existencial, cuando fracasan en la consecución de sus objetivos, se frustran esas expectativas, y sienten que no es posible realizar una contribución significativa a la vida, desarrollando el síndrome de burnout. Pero, un trabajador que no esté

inicialmente muy motivado puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no el síndrome de burnout.

El síndrome de burnout es el resultado de un proceso de desilusión, un fallo en la búsqueda de sentido para su vida, en trabajadores altamente motivados hacia su trabajo.

3. Modelo de Cherniss

El modelo elaborado por Cherniss (1993) citado por Mansilla (2009), señala que las características del ambiente que facilitan que el trabajador desarrolle sentimientos de éxito se corresponden con las características de las organizaciones que ayudan a prevenir el síndrome de Burnout: un alto nivel de desafío, autonomía, control, retroalimentación de los resultados y apoyo social del supervisor y de los compañeros.

En este modelo es posible establecer una relación causal desde la incapacidad del trabajador para desarrollar sentimientos de competencia o éxito personal y el síndrome de burnout. Para ello, el autor incorpora la noción de autoeficacia percibida de Bandura (1989), entendida como las creencias que las personas tienen sobre sus capacidades para ejercer un control sobre las situaciones que les afectan.

Cherniss (1992) citado por Rubio (2003), describió tres fases evolutivas del desarrollo del síndrome: En la primera fase tiene lugar un balance negativo entre las demandas y los recursos, presentándose un contexto de estrés psicosocial. En la segunda se produce un estado de tensión psicofisiológica. Y en la tercera transcurren una serie de cambios conductuales que son respuestas de afrontamiento desadaptativas, como la predisposición a tratar a los clientes de forma distanciada, cínica; que considera una respuesta de afrontamiento defensivo-evitativa.

Los trabajadores con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida experimentan menos estrés en las situaciones de amenaza, y las situaciones son menos estresantes cuando los trabajadores creen que pueden afrontarlas de manera positiva. El éxito y el logro de los objetivos personales por uno mismo aumenta los sentimientos de autoeficacia, mientras que el fallo en alcanzar los objetivos conlleva sentimientos de

fracaso, baja autoeficacia y puede dar lugar al desarrollo del síndrome de burnout. (Cherniss, 1993, citado por Mansilla, 2009)

Burke (1987), Burke, Shearer y Deszca (1984); Burke y Greenglass (1989 a y b, 1994. 1995) citado por Rubio (2003), han puesto el modelo de Cherniss a prueba con distintos perfiles profesionales (docentes y policías) alcanzando un estable apoyo empírico.

4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper

Thompson, Page y Cooper (1993) citado por Mansilla (2009), circunscriben la etiología del síndrome a cuatro variables: las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del trabajador, el nivel de autoconciencia del trabajador, sus expectativas de éxito, y sus sentimientos de autoconfianza.

La autoconciencia es fundamental en la etiología del síndrome. Esta variable es considerada un rasgo de personalidad, y se conceptualiza como la capacidad del trabajador de autorregular sus niveles de estrés percibido durante el desarrollo de una tarea dirigida a la consecución de un objetivo. Los trabajadores con alta autoconciencia se caracterizan por una tendencia exagerada a autoperibirse y a concentrarse en su experiencia de estrés, por lo que perciben mayores niveles de estrés que los trabajadores con baja autoconciencia.

Se propone que el reconocimiento de las discrepancias percibidas o anticipadas entre demandas y recursos pueden intensificar el nivel de autoconciencia en algunos trabajadores, lo que afectará negativamente a su estado anímico que consecuentemente, redundará en una falta de confianza percibida para resolver esas discrepancias, y en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo.

Cuando la consecución de los objetivos aparece continuamente frustrada, los trabajadores que puntúan alto en el riesgo de autoconciencia y pesimismo tienden a resolver las dificultades retirándose mental o conductualmente de la situación problemática.

El retiro conductual de los profesionales denota una tendencia a abandonar progresivamente los intentos de reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos profesionales. Las conductas de despersonalización son consideradas en este

modelo como un patrón de retiro conductual. Pero además, cuando los profesionales no pueden desarrollar estas conductas de abandono experimentan sentimientos de desamparo profesional y de agotamiento emocional.

La existencia de rasgos intensos de autoconciencia y pesimismo en los profesionales de servicios de ayuda que permanecen en sus profesiones, potencia el retiro del esfuerzo que deberían invertir para resolver las discrepancias, lo que supone una forma de distanciamiento frente a la experiencia o al riesgo de experimentar emociones negativas. Se señala también que altos niveles de autoconciencia aumentan la experiencia de desilusión, frustración o pérdida. Por otra parte, la predisposición a adoptar unas expectativas optimistas de éxito en la resolución de las discrepancias puede reforzar la confianza de los trabajadores en su habilidad para reducirlas, y así promover su persistencia en los intentos de reducir la discrepancia.

B. Modelos etiológicos elaborados desde la teoría del intercambio social

1. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli

Buunk y Schaufeli (1993) citado por Mansilla (2009), desarrollan su modelo para explicar la etiología del síndrome de burnout en profesionales de enfermería, y señalan que dentro de este campo profesional el síndrome tiene una doble etiología: por un lado, los procesos de intercambio social con los pacientes y, por otro, los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros.

En relación a los procesos de intercambio social con los pacientes, los profesionales de enfermería identifican tres variables estresoras relevantes para el desarrollo del síndrome: la incertidumbre, la percepción de equidad, y la falta de control. La incertidumbre, se refiere a la falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar. La percepción de equidad alude al equilibrio percibido entre lo que los trabajadores dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones y la falta de control, tiene que ver con la posibilidad del trabajador de controlar los resultados de sus acciones laborales.

El rol de enfermería genera bastante incertidumbre con relativa frecuencia, pues se duda sobre su implicación con los pacientes, sobre cómo tratar sus problemas y sienten inseguridad sobre si hacen las cosas de manera adecuada. Además, las expectativas de recompensa y equidad de los profesionales aparecen frustradas frecuentemente, pues los pacientes suelen estar ansiosos y preocupados, y la interacción con ellos no resulta gratificante.

En relación a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, los profesionales de enfermería no buscan apoyo social en situaciones de estrés, por el contrario, en estas situaciones evitan la presencia de compañeros y rehúyen su apoyo por miedo a ser criticados o tachados de incompetentes.

2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy

Hobfoll y Fredy (1993) citado por Mansilla (2009), afirman que el estrés surge cuando los individuos perciben que aquello que les motiva está amenazado o frustrado. Los estresores laborales amenazan los recursos de los trabajadores al generar inseguridad sobre sus habilidades para alcanzar el éxito profesional. Subrayan la importancia de las relaciones con los demás (supervisores, compañeros y personas hacia las que se dirige el trabajo) y de sus consecuencias como fuente de estrés en la percepción de situaciones de pérdida o ganancia.

En este modelo, los trabajadores se esfuerzan continuamente por protegerse de la pérdida de recursos, dado que es más importante tener unos niveles mínimos que conseguir recursos extras. La pérdida de recursos se considera más importante que la ganancia para el desarrollo del síndrome de burnout. No obstante, la ganancia de recursos es también importante dado que disminuye la posibilidad de pérdida.

El tipo de estrategia de afrontamiento que empleen los trabajadores también influirá sobre el síndrome de burnout. Dado que el modelo está basado en una teoría de corte motivacional, los autores señalan que el empleo de estrategias de afrontamiento de carácter activo disminuirá los sentimientos de Burnout pues conllevan una ganancia de recursos. Se señala que para prevenir el síndrome hay que enfatizar la consecución de recursos que permitan un desempeño eficaz del trabajo y, en menor medida, cambiar las percepciones y cogniciones de los trabajadores. Si los trabajadores consiguen evitar la pérdida de recursos o aumentar los que ya posee, cambiarán sus

percepciones y cogniciones de manera positiva y, consecuentemente, disminuirán los niveles de estrés percibido y del síndrome de Burnout.

C. Modelos etiológicos elaborados desde la teoría organizacional

1. Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter

Para Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) citado por Mansilla (2009), el síndrome es un proceso en el que los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión que les genera.

El estrés laboral, en relación al síndrome de burnout, está generado básicamente por situaciones de sobrecarga laboral (cuando existe demasiada estimulación en el puesto de trabajo), y por pobreza de rol (cuando hay escasa estimulación en el puesto de trabajo). En ambos casos los trabajadores sienten una pérdida de autonomía y de control que conlleva una disminución de su autoimagen, y sentimientos de irritabilidad y fatiga. En una segunda fase del proceso de estrés laboral el trabajador desarrolla estrategias de afrontamiento que pasan necesariamente por un distanciamiento del profesional de la situación laboral estresante. Ahora bien, este distanciamiento puede tener un carácter constructivo (cuando el profesional no se implica en el problema del usuario aunque le atiende sin eliminar la empatía) o, por el contrario, un carácter contra productivo (cuando el distanciamiento conlleva indiferencia emocional, cinismo, rigidez en el trato, o ignorar a la persona). En este segundo caso se habla de síndrome de burnout, pues el distanciamiento contra productivo se corresponde con la variable conceptualizada como actitudes de despersonalización.

Aunque, inicialmente el trabajador busca resolver las situaciones de forma constructiva, la persistencia de las condiciones de sobrecarga o pobreza de rol le llevan a tratar a los demás como objetos. El resultado es el desarrollo de actitudes de despersonalización que corresponden a la primera fase del episodio del síndrome. Posteriormente el trabajador desarrollará una experiencia de baja realización personal en el trabajo y a más largo plazo agotamiento emocional. Cuando el trabajador se encuentra en las fases avanzadas del síndrome, y como consecuencia de éste, disminuye su satisfacción, implicación en el trabajo y realización laboral, con la

consiguiente pérdida de la productividad. Asimismo, el trabajador experimenta más tensión psicológica y problemas psicosomáticos (Golembiewski, Hills y Daly, 1987 citado por Mansilla, 2009).

Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) citado por Rubio (2003), proponen que el desarrollo del burnout discurre por ocho fases. Esta propuesta surge a partir de la dicotomización que realizan de las puntuaciones obtenidas en el MBI en altas y bajas en las tres dimensiones, obteniendo ocho fases consecutivas de burnout que ordenan desde la Primera (bajas puntuaciones de burnout en todas las dimensiones) hasta la Octava (elevadas puntuaciones en todas sus dimensiones). Consideran afectados de burnout leve a los individuos que se encuentran en las tres primeras fases, afectados de burnout medio a los que se sitúan en las fases cuarta y quinta, y afectados por un burnout elevado a los individuos que se encuadran en las tres últimas fases. Proponen, por tanto, un continuo, que comienza por una fase de menor gravedad, caracterizada por un aumento de la despersonalización (percibe al cliente como el culpable de sus problemas), continua con un descenso en los sentimientos de Autoestima Profesional y finalmente aparece el Cansancio emocional.

Golembiewski et al (1983) consideran que el desarrollo del burnout puede manifestarse con un inicio agudo o tener una evolución crónica más paulatina. Mantienen que para poder adecuar mejor las estrategias de intervención, es necesario analizar el inicio y la evolución que a seguido el síndrome, ya que según la fase y tipo de burnout en qué se encuentre la persona, las consecuencias negativas serán significativamente distintas.

2. Modelo de Cox, Kuk y Leiter

El modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) citado por Mansilla (2009), aborda el síndrome de burnout desde la perspectiva transaccional del estrés laboral que se da específicamente entre profesionales de los servicios humanos.

Para Cox, Kuk y Leiter (1993) citado por Mansilla (2009), el síndrome de burnout es entendido como una respuesta al estrés laboral que se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por el trabajador no resultan eficaces para manejar el estrés laboral y sus efectos. En el modelo transaccional se incluyen como variables

'sentirse gastado' (sentimientos de cansancio, confusión y debilidad emocional) y 'sentirse presionado y tenso' (sentimientos de amenaza, tensión y ansiedad). Estas variables son una parte de la respuesta al estrés laboral. Están en relación directa con los procesos de evaluación de los estresores, con la respuesta emocional que desarrolla el trabajador, y con las respuestas de afrontamiento y sus efectos sobre la situación y el trabajador.

Señalan que la experiencia de agotamiento emocional, para ellos es la dimensión central del síndrome de burnout. Está teórica y empíricamente relacionada con 'sentirse gastado', y es una respuesta general que engloba variables emocionales y de bienestar. La despersonalización es vista como una estrategia de afrontamiento que surge frente a los sentimientos de agotamiento emocional, mientras que los sentimientos de baja realización personal en el trabajo son un resultado de la evaluación cognitiva del trabajador sobre su experiencia de estrés, y tienen que ver con el significado del trabajo o con las expectativas profesionales frustradas.

Hipotetizan que la salud de la organización puede ser una variable moduladora de la relación estrés-síndrome de burnout. Esta variable viene determinada por el ajuste, la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización, y por la forma en que su estructura, sus políticas y procedimientos, son percibidos coherentemente por sus miembros. Este constructo ha sido identificado como antecedente de los niveles de estrés percibidos y de la intensidad de la respuesta desarrollada por los trabajadores ante el estrés. Asimismo, apuntan que la realización personal en el trabajo podría tener una acción moduladora en los efectos que los sentimientos de agotamiento emocional ejercen sobre las actitudes de despersonalización.

3. Modelo de Winnubst

Winnubst (1993) citado por Mansilla (2009), considera que el síndrome de burnout afecta a todo tipo de profesionales y no sólo a los de organizaciones de servicios de ayuda.

Este modelo se centra en las relaciones entre la estructura organizacional, la cultura, el clima organizacional y el apoyo social en el trabajo como variables antecedentes del síndrome de burnout. Este autor señala que los diferentes tipos de estructura dan lugar a culturas organizacionales diferentes. Por ejemplo, una burocracia mecánica, que se caracteriza por la estandarización del trabajo y la formalización, refuerza el perfeccionismo y la conformidad a las normas. Sin embargo, una burocracia profesionalizada, que se caracteriza por la estandarización de habilidades y la baja formalización, refuerza la creatividad y la autonomía.

Los antecedentes del síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social.

En las burocracias mecánicas, el síndrome de burnout es causado por el agotamiento emocional diario consecuencia de la rutina, la monotonía y la falta de control derivada de la estructura. Pero, en las burocracias profesionalizadas, el síndrome está causado por la relativa laxitud de esa estructura que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales.

Por otra parte, los sistemas de apoyo social están íntimamente relacionados con el tipo de estructura organizacional. En una burocracia mecánica, la jerarquía y la autoridad juegan un papel importante, por lo que la mayoría de la comunicación es vertical. El apoyo social es en su mayor parte de tipo instrumental. Sin embargo, en las burocracias profesionalizadas el trabajo en equipo y la dirección son más importantes, y el flujo de comunicación horizontal es mayor que el de la comunicación vertical. El apoyo social en las burocracias profesionalizadas es, en mayor medida, de tipo emocional e informal. Por tanto, el apoyo social en el trabajo afecta de manera significativa la percepción que el trabajador tiene de la estructura organizacional.

Al hilo de lo señalado, Winnubst (1993) elabora su modelo sobre cuatro supuestos:

Todas las estructuras organizacionales tienen un sistema de apoyo social que se ajusta óptimamente a ese tipo de estructura.

Los sistemas de apoyo social surgen en interdependencia con el clima laboral por lo que pueden ser mantenidos y mejorados optimizando el clima.

Tanto la estructura organizacional como la cultura y el apoyo social se rigen por criterios éticos derivados de los valores sociales y culturales de la organización.

Estos criterios éticos hacen posible predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros tensión y el síndrome de burnout. Dado que a través del apoyo social es posible influir sobre las diversas disfunciones que se derivan de cualquier tipo de estructura organizacional, esta variable es considerada en el modelo una variable central de cara a su influencia sobre el síndrome.

D. Modelo etiológico elaborado desde la teoría estructural

1. Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel

Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995) citado por Mansilla (2009), elaboraron un modelo estructural sobre la etiología, proceso y consecuencias del síndrome de burnout.

El síndrome de burnout puede ser conceptualizado como una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad de rol) que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales (estrategias de afrontamiento activo o de evitación) no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (falta de salud, baja satisfacción laboral, intención de abandonar la organización, etc.).

Gil-Monte y Peiró (1999), citado por Rubio (2003), consideran la despersonalización como una estrategia de afrontamiento ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y cansancio emocional.

Esta configuración del burnout integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales (Gil-Monte y Peiró, 1997b; Gil-Monte *et al.*, 1998).

4. CAUSAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El origen del síndrome reside en el entorno laboral y en las condiciones de trabajo. La exposición a factores de riesgo psicosocial, a fuentes de estrés en dosis nocivas y, en concreto, a variables relacionadas con la organización de la empresa, el diseño del puesto de trabajo y las relaciones interpersonales. (Fidalgo, 2006)

Algunas de éstas variables son:

- Falta de control y autonomía para tomar decisiones.
- Falta de claridad en las funciones y tarea.
- Escasez de personal, que supone sobrecarga laboral.
- Falta de refuerzo o de recompensa.
- Falta de desarrollo profesional.
- Exigencias emocionales en la interacción con el cliente, paciente, usuario...etc.
- Presión de tiempo
- Trato con usuarios, alumnos, pacientes, difíciles o problemáticos.
- Contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte.
- Relaciones tensas y competitivas, con conflictos entre compañeros y con usuarios.
- Falta de apoyo social.

El síndrome de burnout suele producirse en trabajos de prestación de servicios humanos: enseñanza, sanidad, servicios sociales etc. Caracterizados por presentar elevadas demandas emocionales.

5. VARIABLES ASOCIADAS AL SÍNDROME DE BURNOUT

Según Fuentes Rocañin (2007), Las variables principales son:

A. Edad:

Cuanto más años tiene el profesional normalmente también adquiere mayor seguridad en su quehacer laboral, pero también cuando la edad aumenta, existe un mayor desgaste que podría ser considerado como un factor negativo en cuanto al burnout.

B. Sexo:

En cuanto al sexo son las mujeres las que parecen ser más resistentes a quemarse en el trabajo, pero dada la acumulación de tareas que tienen (profesional, madre, esposa, ama de casa, etc.) el riesgo de burnout puede aumentar.

C. Personalidad:

Las personas cuya personalidad tiene rasgos de rigidez mental, inmadurez, inseguridad, inestabilidad emocional y necesidad de estimación ajena, pueden facilitar o disminuir el riesgo de padecer burnout.

6. FACTORES DE RIESGO

A. Variables individuales

Según Edelwich y Brodsky (1980) citado por Martinez A. (2010), el Burnout aparece cuando el deseo del sujeto de marcar una diferencia en la vida del otro se ve frustrado, ya que las razones por la que las personas se dedican a ayudar a los demás tienen por objeto confirmar su sentido de poder. También señalan que el tener muy alto entusiasmo inicial, baja remuneración económica independientemente del nivel jerárquico y educación, no tener apoyo ni refuerzo en la institución, el uso inadecuado de los recursos, y ser empleado joven son variables que aumentan la probabilidad de desarrollar el síndrome de Burnout. Estas características se dan, por ejemplo, en el personal de enfermería, que es donde se ha centrado la mayor parte de las investigaciones, y en el que se encuentra que el desfase existente entre el espíritu altruista, la formación recibida y la realidad laboral es más alto. Además, un alto porcentaje del personal tiene pocos años de experiencia y su situación laboral no es estable. Como ha demostrado Manzano, el ser fijo en un trabajo aumenta el grado de satisfacción personal (Manzano, 1998). La misma autora observa que el nivel de educación se asocia con mayor frecuencia e intensidad al cansancio emocional.

En el orden de la estructura familiar que engloba al trabajador, las personas que tienen hijos parecen ser más resistentes al Burnout debido a que la implicación del sujeto con la familia hace que tengan mayor capacidad para afrontar los problemas y conflictos emocionales, pero también a ser más realistas. Manzano (1998), por el contrario,

argumenta que frecuentemente, a mayor número de hijos, mayor nivel de estrés ocupacional.

En relación al sexo se observa que las mujeres son más vulnerables al desgaste profesional que los hombres, pero se debe advertir que el análisis de la relación de estas variables se complica por varios factores distorsionadores: por ejemplo, las mujeres pueden estar contratadas en trabajos con baja libertad de decisión a diferencia de los hombres; influyen también las demandas familiares, la educación y los ingresos.

También parece importante incluir el nivel de implicación del sujeto. Específicamente, la implicación aparece como predictor significativo de desgaste profesional junto con estrategias de afrontamiento y balance de afectos. También influye la personalidad. Así, se habla de "Personalidad resistente al estrés", ya que aunque el origen del desgaste profesional se relaciona con el tipo de trabajo y sus condiciones, las variables individuales ejercen una fuerte influencia en las respuestas y, por lo tanto, en las consecuencias.

Así pues, la relevancia de las variables personales implican que exista un "estilo de conducta ante el estrés", que ha dado lugar a dos explicaciones globales: la "personalidad resistente" de Kobassa (1982) y el "sentido de coherencia" de Antonovsky (1987). Entre estos dos modelos, el modelo de personalidad de Kobassa denominado "*hardy personality o hardiness*", que ha tenido mayor repercusión académica e investigadora, plantea que las dimensiones que constituyen la personalidad resistente son formas de acción y compromiso a partir de las situaciones reales. Las dimensiones que constituyen la personalidad resistente son, pues: el compromiso, el control y el reto.

El compromiso hace referencia a la implicación e identificación personal con lo que se hace, reconociendo los propios valores, las metas que guían a la conducta y la confianza interpersonal con los otros. El sujeto está convencido de que al intervenir provocará un impacto en el curso de los acontecimientos para su propio beneficio, aunque sea parcialmente. El reto implica que el sujeto percibe el cambio como una oportunidad para mejorar la situación actual y/o las propias competencias; es decir que incluye flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad. Así pues, este tipo de personalidad utiliza estrategias de afrontamiento eficaces ante el estrés, como la

modificación perceptiva de los estresores concibiéndolos como oportunidades, la búsqueda de apoyo social, el desarrollo de estilos de vida saludables, entre otros.

El otro modelo, el “sentido de coherencia”, se basa en los aspectos activos de la conducta que llevan al desarrollo de la salud e implica todos aquellos medios que facilitan la conducta activa y llevan al sujeto a desarrollar acciones adaptativas y positivas frente a los factores de estrés: apoyo social, formación, medios económicos, familia, creencias, etc. Dichos componentes están compuestos por tres dimensiones: comprensibilidad (componente cognitivo), manejabilidad (componente instrumental) y significatividad (componente motivacional). Según Antonovsky (1979), el sentido de coherencia no es un rasgo de la personalidad ni un estilo de afrontamiento, sino un conjunto de "competencias básicamente cognitivas que proporcionan una orientación disposicional generalizada" (Buendía & Ramos, 2001; 71)

B. Variables sociales

En general, se considera que las relaciones sociales dentro y fuera del lugar de trabajo pueden amortiguar el efecto de los estresores o pueden ser fuentes potenciales de estrés. Los efectos positivos de las relaciones sociales sobre el trabajador han sido clasificados en emocionales, informativos y instrumentales. En cualquier caso, es básico que exista un apoyo social, que redunde en la integración social, la percepción de la disponibilidad de otros para informar o comprender y la prestación de ayuda y asistencia material. (Manassero & cols, 2003, Hombrados, 1997) citado por Martinez, A. (2010). House (1981) ha clasificado varias fuentes de apoyo social: pareja, familiares, vecinos, amigos, compañeros, superiores o supervisores, grupos de autoayuda, profesionales de servicio y cuidadores. (Manassero & cols., 2003), citado por Martinez, A. (2010).

C. Variables sociales extra- laborales.

Relaciones familiares y/o amigos. Los estudios del Burnout hacen hincapié en la importancia del apoyo de estas De las demandas cualitativas se ha estudiado los efectos estresantes de los trabajos de riesgo y peligros muy superiores a otros (bomberos, policías, etc.) y los efectos adversos de la monotonía y simplicidad del trabajo. El trabajo de tareas fragmentadas y repetitivas (operarios industriales) se ha asociado con insatisfacción, ansiedad, y problemas somáticos. También se ha concluido que el control industrial y las tareas de control demandan continua atención y son

potencialmente estresantes. Dicho control se relaciona con los niveles de responsabilidad, es decir que los excesos de responsabilidad son fuentes de estrés, por ejemplo, si los errores de control incluyen la calidad o coste del producto, o incluso la muerte de los trabajadores. En síntesis, el grado de peligro ambiental, la presión y la excesiva responsabilidad son estresores potenciales.

La posibilidad de uso y desarrollo de habilidades y capacidades en el trabajo, sin llegar al exceso, promueven la satisfacción laboral. Por lo tanto, se concluye que en general un trabajo activo con alta demanda y alto control promueve nuevas habilidades y conductas de afrontamiento. Pero se recomienda analizar las preferencias personales y recursos personales en relación con las demandas del puesto de trabajo cuando se trata de prevenir el estrés laboral

Otro elemento importante como desencadenante de Burnout son las condiciones horarias de trabajo: trabajos a turnos, altas rotaciones, trabajo nocturno, largas jornadas de trabajo o gran cantidad de horas extraordinarias, jornadas de horas indeterminadas. La duración de los turnos y la rotación se relacionan positivamente con calidad de sueño, ajuste cardiaco, quejas de salud, satisfacción laboral, atención, rendimiento cognitivo y accidentes. A grandes rasgos, en la implantación de un sistema de horario y rotaciones en particular es necesario considerar los factores sociales, ambientales y características laborales junto con factores demográficos y características individuales cuando se analizan las respuestas al trabajo, ya que le permiten al sujeto sentirse querido, valorado y cuidado. Según Repeti (1989), el apoyo familiar, en el hogar, mitiga los efectos estresores menores de la vida diaria. En general se acepta que la falta de apoyo social puede ser un factor de estrés e incluso puede acentuar otros estresores; ya que la presencia de éste rebaja o elimina los estímulos estresantes, modifica la percepción de los estresores, influye sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado de ánimo, la motivación y la autoestima de las personas.

D. Variables organizacionales.

Entre los factores de riesgo organizacionales se distinguen estresores relacionados con la demanda laboral, el control laboral, el entorno físico laboral, los contenidos del

puesto, los aspectos temporales de la organización, la inseguridad laboral, el desempeño del rol, las relaciones interpersonales laborales, el desarrollo de la carrera, las políticas y clima de la organización. Las características de las demandas laborales y el estrés laboral han sido muy estudiadas. Se distinguen dos tipos: las cuantitativas y cualitativas. El primero se refiere a la carga laboral, y el segundo al tipo y contenido de las tareas laborales (naturaleza y complejidad de las demandas laborales). Tanto el exceso de trabajo como la carga laboral excesivamente baja tienden a ser desfavorables a diferencia de los niveles moderados. Los niveles altos de sobrecarga laboral objetiva y presión horaria disminuyen el rendimiento cognitivo, aumentan el malestar afectivo y aumentan la reactividad fisiológica.

Uno de los temas laborales que más se han estudiado es la definición de roles laborales como el resultado de la interacción social del trabajador en el ambiente laboral. Estas interacciones pueden llevar a una ambigüedad (por falta de información) y conflicto del rol (demandas contradictorias entre sí), que desemboca en estrés del rol. Dicho estrés causa tensión, ansiedad, insatisfacción y la tendencia a abandonar el trabajo. Existen determinados tipos de trabajo que son más vulnerables al estrés de rol como aquellos de roles limítrofes, de niveles jerárquicos intermedios y los puestos poco definidos. La preocupación por el desarrollo profesional puede ser fuente de estrés, ya que las personas aspiran a progresar y a alcanzar ciertas metas y expectativas.

7. SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Según Gil Monte (2005) estos son los principales síntomas psicológicos:

Síntomas cognitivos	Síntomas afectivo-emocionales	Síntomas actitudinales	Otros síntomas
Sentirse contrariado. Sentir que no valoran tu trabajo. Percibirse incapaz para realizar tareas.	Nerviosismo. Irritabilidad y mal humor. Disgusto y enfado. Frustración. Agresividad. Desencanto.	Falta de ganas de seguir trabajando. Apatía. Irresponsabilidad. Pasar de todo. Estar harto. Intolerancia.	Conductuales Aislamiento. No colaborar. Contestar mal. Enfrentamientos.

Pensar que no puede abarcarlo todo. Pensar que trabaja mal. Falta de control. Verlo todo mal. Todo se hace una montaña. Sensación de no mejorar. Pensar que el trabajo no vale la pena. Pérdida de la autoestima.	Aburrimiento. Agobio. Tristeza y depresión. Desgaste emocional. Angustia. Sentimientos de culpa.	Impaciencia. Quejarse por todo. Evaluar negativamente a compañeros. Romper con el entorno laboral. Ver al paciente como un enemigo. Friedad hacia los pacientes. No aguantar a los pacientes. Indiferencia. Culpar a los demás de su situación.	Físicos Cansancio
--	---	---	---------------------------------

Carlin & Garces de los Fayos Ruiz (2010) hace referencia a síntomas que en el contexto organizacional se han propuesto y dividido como:

A. Síntomas Emocionales:

Depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes/pacientes, supresión de sentimientos.

B. Síntomas Cognitivos:

Pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación de autoconcepto, pérdida de autoestima, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción cinismo, criticismo generalizado.

C. Síntomas Conductuales:

Evitación de responsabilidades, ausentismo laboral e intenciones de abandonar la organización, desvalorización, auto-sabotaje, desconsideración hacia el propio trabajo, conductas inadaptadas, desorganización, sobre-implicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.

D. Síntomas Sociales:

Aislamiento y sentimientos de fracaso, evitación de contactos, conflictos interpersonales, mal-humor familiar, formación de grupos críticos, evitación profesional.

E. Síntomas Psicosomáticos:

Cefaleas, dolores osteomusculares, quejas psicosomáticas, pérdida de apetito, cambios de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales, aumento de ciertas determinaciones analíticas (colesterol, triglicéridos, glucosa, ácido úrico, etc.).

8. DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT

En 1986 Maslach y Jackson citados por Torres (2003), redefine el término como Síndrome de agotamiento emocional con deshumanización e insatisfacción personal que aparece en individuos que trabajan con personas”, también lo describían como “una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son, un agotamiento físico y/o psicológico, una actividad fría y despersonalizada en relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar.

A. Agotamiento Emocional:

Maslach (2001) citada por Buzzetti (2005), describe como la fatiga o falta de energía y la sensación de que los recursos emocionales se han agotado. Puede darse en conjunto con sentimiento de frustración y tensión, en la medida que ya no se tiene motivación para seguir lidiando con el trabajo.

B. Despersonalización:

Maslach (2001) citada por Buzzetti (2005), alude al intento de las personas que proveen servicios a otros, de poner distancia entre sí misma y al usuario por medio de ignorar activamente las cualidades y necesidades que los hace seres humanos únicos.

C. Falta de Realización Personal:

Maslach (2001) citada por Buzzetti (2005), describe la tendencia a auto evaluarse negativamente, declinando el sentimiento de competencia en el trabajo. En otras palabras, los individuos sienten que no se desempeñan tan bien como lo hacían en un comienzo.

9. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT:

Según Almendro & Pablo (2001), se caracteriza por:

A. Es Insidioso:

Se impregna poco a poco, uno no está libre un día y al siguiente se levanta quemado, va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona (se sale y se entra). Con Frecuencia es difícil establecer hasta qué punto se padece el síndrome o simplemente sufre el desgaste propio de la profesión y donde está la frontera entre una cosa y la otra.

B. Se tiende a Negar:

Ya que se vive como un fracaso profesional y personal. Son los compañeros los primeros que notan; lo que presenta una baza importante para el diagnóstico precoz.

C. Existe una Fase Irreversible:

Entre un 5% y 10% adquiere tanta virulencia que resulta irreversible y hoy por hoy, la única solución es el abandono de la asistencia. Durante el desarrollo de la profesión hay bajas. Por esta razón merece la pena realizar medidas preventivas, ya que con frecuencia el diagnóstico precoz es complicado y la diferencia entre un simple desgaste y el síndrome es muy sutil.

10. CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Hemos venido evidenciando que el síndrome de burnout está asociado con una amplia gama de situaciones y circunstancias, que lo ponen de manifiesto, cabe resaltar la complejidad de ello para poder pre fijar sus consecuencias de manera absoluta, puesto que como bien menciona Rubio (2003), tropezamos con el obstáculo de que las consecuencias señaladas como específicas del burnout, en muchos casos son similares a las recogidas como propias de otros trastornos, resultando redundante su identificación.

A. Consecuencias para el trabajador

Según Rubio (2003), resaltan las siguientes:

1. Consecuencias físicas

La persona afectada el burnout tiene un riesgo elevado de desarrollar molestias y trastornos psicosomáticos. Estos síntomas suelen aparecer en primer lugar y pueden manifestarse en forma de diversas disfunciones de la salud que no tienen unos síntomas físicos claros. Las correlaciones más intensas se han obtenido entre la dimensión Cansancio emocional y la falta de salud. Entre las consecuencias físicas del Burnout que recoge la literatura revisada destacan: las cefaleas, jaquecas, dolores musculares, molestias gastrointestinales, úlceras, problemas diarreicos, disminución de peso, insomnio, hipertensión arterial, pinchazos, sensaciones de ahogo, palpitaciones y alteraciones menstruales (Freudenberger, 1980 y 1986; Pines, Aronson y Kafry, 1981; Maslach y Jackson, 1981; Golembiewski, Munzenrider y Stevenson, 1984 y 1986; Quick y Quick, 1984; Kahill, 1988; Lemkau, Purdy, Rafferty y Rudisill 1988; Greenglass, Burke y Ondrack, 1990; García Izquierdo, 1991a; Burke, 1993; y Ross, 1993).

En nuestro entorno García Izquierdo (1991) encuentra relaciones positivas significativas entre el burnout y los problemas físicos presentados por profesionales de enfermería de centros hospitalarios. Manassero et al (1994), exponen que la consecuencia física del burnout en la enseñanza considerada más importante por los profesores es el cansancio y la fatiga.

2. Consecuencias psicológicas

La salud mental del individuo que padece el síndrome es el ámbito más afectado, a juzgar por el amplio abanico de consecuencias psíquicas señaladas en los estudios revisados. Se ha encontrado que los sujetos que padecen el síndrome de burnout

presentan actitudes negativas hacia sí mismo (Burke y Richardsen, 1991; Friedman, 1991), y actitudes negativas hacia los demás (Jackson y Maslach, 1982; Faber, 1983; Smith y Nelson, 1983a; Burke y Deszca, 1986; Freudenberger, 1986; Burke y Greenglass, 1989b; y García Izquierdo, 1991a). También se han señalado como consecuencias psicológicas del burnout los sentimientos de culpabilidad (Pines, Aronson y Kafry, 1981; Burke y Richardsen, 1991; Friedman, 1991), la baja tolerancia a la frustración (Freudenberger, 1986), la irritabilidad y las reacciones de ira (Freudenberger, 1986; Friedman, 1991), la baja motivación generalizada (Friedman, 1991), y la ansiedad (Gold y Michael, 1985; Fimian y Cross, 1986; Lemkau et al, 1988; Greenglass, Burke y Ondrack, 1990; Fiedman, 1991).

Manassero, Vázquez, Ferrer, Fornés, Fernández, y Queimaledos (1994), recogen que los efectos psíquicos del burnout considerados más importantes por los profesores son: el nerviosismo, la preocupación, la irritabilidad y las ideas obsesivas. Huebner (1993) resalta la importancia del deterioro de las interacciones personales como consecuencia del padecimiento del síndrome de burnout.

Revicki y May (1989) encuentran en un estudio realizado en personal de enfermería que el estrés ocupacional está directamente relacionado con el desarrollo de síntomas depresivos. También numerosos autores han señalado la depresión como una consecuencia del burnout (Jayaratne y Chess, 1983; Kahill, 1988; Lemkau et al, 1988; Greenglass, Burke y Ondrack, 1990; Revicki, May y Whitley, 1991; Huebner, 1993). Cordeiro (2001) analiza la prevalencia del síndrome de burnout en el profesorado de primaria. Este estudio revela una alta prevalencia del burnout (40% de los sujetos) y un porcentaje considerable de depresión (22%). Las conclusiones apuntan que los sujetos quemados se corresponden con los que presentan depresión.

Lemkau et al (1988) mantienen que las personas que sufren el síndrome pueden presentar un consumo abusivo de sustancias tóxicas (café, alcohol, tabaco y otras drogas consideradas duras). Más específicamente, Burke (1993) señala que las personas que presentan una reducida realización personal en el trabajo tienden a presentar un consumo abusivo de sustancias tóxicas.

B. Consecuencias para la organización

Rubio (2003), menciona que el burnout, además de producir graves efectos psicológicos y sociales, tiene una enorme repercusión en la organización en la que el afectado trabaja.

Edelwich y Brodsky (1980) enfatizan la necesidad de analizar las repercusiones que el burnout tiene sobre la organización, sobre el rendimiento laboral, y sobre la atención a los clientes (enfermos, alumnos, etc.). Ya que la aparición del síndrome en una organización comporta un claro deterioro en la calidad del servicio, y todo el funcionamiento de la organización se resiente tremendamente.

Se ha encontrado que el profesional quemado infringe las normas establecidas por la organización, se retrasa con frecuencia, alarga las pausas en los descansos, y se ausenta del puesto excesivamente (Maslach y Jackson, 1981; Smith, Bybee y Raish; 1988; Firth y Britton, 1989 y Seidman y Zager, 1991).

Se han hallado correlaciones significativas entre el burnout y la disminución o depreciación del rendimiento profesional (Jones, 1981; Maslach y Jackson 1982; Belcastro, Gold y Hays, 1983; Burke, Shearer y Deszca, 1984; Kahill, 1988; Smith, Bybee y Raish, 1988; Garden, 1991a; Huebner, 1988 y Yaniv, 1995).

Se ha advertido que los profesionales afectados por el síndrome muestran una clara disminución de su motivación laboral, y manifiestan actitudes negativas hacia su trabajo (Cherniss, 1980a; Jackson y Schuler, 1983; García Izquierdo, 1991a).

Miller, Birkholt, Scott y Stage (1995) defienden que niveles altos de burnout están asociados a un bajo compromiso laboral.

También han señalado que existen relaciones significativas entre el burnout y el compromiso laboral (Marshall y Kasman, 1980; Ursprung, 1986; Topf, 1989; Pretorius, 1993 y Reilly, 1994).

En un estudio realizado con profesores de primaria Montalbán, Bonilla e Iglesias (1996) encuentran que la implicación laboral incide de manera causal sobre el síndrome de burnout, considerando esta variable como facilitadora del síndrome y no como una consecuencia.

Leiter (1988b) encuentra una asociación significativa entre la dimensión cansancio emocional y la pérdida del compromiso con los objetivos y finalidades de la organización.

Se ha señalado pródigamente que una de las consecuencias del burnout es el ausentismo laboral y abandono del puesto (Gold, Bachelor y Michael, 1989; Maslach, 1992; Yaniv, 1995). Sin embargo, Matrunola (1996) no confirma esta asociación entre burnout y el ausentismo laboral, considerando que en épocas de precariedad de empleo los profesionales quemados permanecen en el puesto, aunque con un rendimiento bastante menor y alterado.

En el examen realizado por Lee y Asforth (1996) encuentran relaciones significativas entre la satisfacción laboral y la propensión al abandono con las dimensiones del síndrome de burnout.

En la revisión de Gil-Monte y Peiró (1999) de sus propios estudios obtienen que la satisfacción laboral se relacione significativamente con las tres dimensiones del MBI, aunque de manera más intensa con el cansancio emocional.

Los resultados longitudinales del estudio de Gil-Monte y Peiró (1997a) les llevan a concluir que la tendencia al ausentismo es una consecuencia del síndrome de quemarse por el trabajo y no viceversa. Gil-Monte, Peiró, y Valcárcel (1998) encuentran que la variable propensión al abandono de la organización también se relaciona significativamente con las tres dimensiones del MBI, y de manera más intensa con el cansancio emocional.

Freudenberger (1977) expone que el burnout es "contagioso", ya que los trabajadores que padecen el síndrome pueden afectar a los demás de su letargo, cinismo y desesperación. Savicki (1979) igualmente admite esta posibilidad de contagio indicando que el burnout es similar al "sarampión", en cuanto a sus efectos epidémicos. Asimismo, Olabarriá (1997) afirma que el burnout se puede presentar de forma colectiva, a modo de contagio.

En esta misma dirección, Seidman y Zager (1986, 1991) aceptan la posibilidad de contagio del burnout entre los trabajadores de una misma organización. Smith, Bybee y Raish (1988) indicaban incluso que el contagio era especialmente virulento cuando

la causa del síndrome está en la dirección organizativa, o cuando el agravamiento de la situación tiene que ver con carencia de comprensión y se está poco dispuesto a pactar con los problemas que van surgiendo.

Gil-Monte y Peiró (1999) señalan que sería útil para la intervención psicosocial identificar cómo se contagia el síndrome entre los profesionales de una unidad organizacional o de toda una organización, y analizar que indicadores nos pueden permitir hablar de una organización quemada por el trabajo. Queremos dedicar un último apartado al análisis del ámbito de la prevención y el tratamiento del síndrome de burnout.

11. FASES DEL PROCESO DE BURNOUT

Según Fidalgo (2006), el Síndrome se desarrolla en cinco fases evolutivas:

A. Fase inicial de Entusiasmo:

Se experimentan, ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alarga la jornada laboral.

B. Fase de estancamiento:

No se cumple las expectativas profesionales. Se empieza a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lograr un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés); por tanto, definitiva de un problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz de dar una respuesta eficaz.

C. Fase de frustración:

Se puede describir una tercera fase en la que la frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo, La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicas y conductuales.

D. Fase de apatía:

En la cuarta fase, suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales (enfrentamiento defensivo) como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada

y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y por un afrontamiento defensivo - evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal. Estos son mecanismos de defensa de los individuos.

E. Fase de quemado:

Colapso emocional y cognitivo, fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

Esta descripción de la evolución del Síndrome de Burnout, tiene carácter cíclico. Así, se puede repetir en el mismo o en diferentes trabajos y en diferentes momentos de la vida laboral (Fidalgo, M., 2006).

12. TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Según Da Silva, F (2010), junto con la descripción del *Burnout* aparecen las primeras propuestas de prevención y tratamiento, culminando en las intervenciones orientadas a la reducción del estrés laboral de la OIT en el año 1992. Se plantea un modelo de intervención con varios componentes integrados de forma complementaria que utiliza técnicas orientadas al individuo, al grupo social y a la organización laboral.

A. A Nivel Individual:

El objetivo es mejorar los recursos de protección individual para afrontar adecuadamente los estresores propios del rol laboral. Para esto se utilizan técnicas cognitivo conductuales (afrontamiento del estrés, reestructuración cognitiva y ensayo conductual), relajación, autorregulación, control de gestión del tiempo, mejora de habilidades sociales, etc. Para los nuevos profesionales existen durante la formación curricular programas de afrontamiento y manejo del estrés laboral y sobre todo han demostrado ser muy eficientes los programas de tutoría y orientación profesional. Cursos específicos de formación continua que incluyan el tema con el objetivo de aumentar la competencia y el manejo durante la tarea diagnóstica y terapéutica. Durante el ejercicio de la profesión se debe evitar el aislamiento, riesgo evidente ya que la medicina es una profesión liberal de trabajo independiente a la vez que generar creencias y actitudes positivas frente al trabajo cotidiano sin la necesidad patológica

de reconocimiento o apoyo Da Silva, F (2001). El sano y solidario apego al paciente; la concepción de psicoterapia de R. Laing (1971) c.p Da Silva, F (2001) como el denodado esfuerzo de dos individuos por recuperar la dignidad de uno de ellos y el reconocimiento de que tanto tenemos deberes con nuestros pacientes como derecho a bregar por nuestro propio bienestar, son bases sólidas de una estrategia de prevención.

La Asociación de Psicología Americana trata el problema del *Burnout* desde 1983, lo consideró entonces como diestrés, es decir, un estrés negativo en los profesionales del área de la salud mental. Las primeras investigaciones mostraron alcoholismo, adicción a drogas, desórdenes mentales y problemas personales (Da Silva, F., 2001).

B. A Nivel Socio laboral:

El soporte social es aquel que satisface la necesidad humana básica de pertenencia y comunicación además de proporcionar información técnica y supervisión. Una buena calidad de relaciones interpersonales en el trabajo modera el nivel de Burnout y media en la satisfacción laboral aumentando la calidad de vida del trabajador. Se debe fomentar el trabajo en equipo interdisciplinario (que hace al técnico, entre otras cosas, más flexible ante el error ajeno y las críticas a los propios), la psiquiatría de enlace puede contribuir a la calidad de vida laboral del médico y del resto del personal sanitario al potenciar los recursos disponibles para hacer frente a las demandas psicológicas que se experimentan en el desempeño del rol profesional Mingote (1998) citado por Da Silva, F (2001). Un fenómeno interesante que se ha dado en los últimos años es el del desprestigio social de la clase médica con idealización de la tecnología (Da Silva, F., 2001).

C. A Nivel Organizacional:

Definición clara y explícita de objetivos sanitarios e indicadores para su evaluación, establecimiento de incentivos económicos y profesionales, aumento de la participación de los profesionales. Debemos aquí recordar que el estrés laboral en el área asistencial puede llegar a comprometer la eficacia de las organizaciones sanitarias por lo que estas deben protagonizar la intervención psicosocial en la formación y el control del estrés laboral. Mejorar la comunicación en el sistema sanitario a todos los niveles, mantener una continuidad en la línea de gestión, respaldar a los técnicos por parte de los superiores son factores descritos en la bibliografía como preventivos del Burnout. También se citan la mejora del modelo de relación jurídico laboral de los médicos con

los empleadores. En la actualidad existen, en otros medios, los recursos científicos y técnicos para mejorar la calidad asistencial en beneficio del usuario, así como la calidad de vida laboral del personal sanitario lo que repercute en la satisfacción de ambos y en la eficiencia del sistema sanitario (Da Silva, F.,2001).

Más allá de que la realidad socioeconómica repercuta sobre sus prácticas, incluida la psicoterapia, presionando sobre ellas de manera negativa, el médico no debe ser un espectador pasivo y cansado del juego sanitario; debe proteger su profesión, recuperar su vocación y sus ideales sin perder su salud.

AUSENTISMO LABORAL

1. ANTECEDENTES

La palabra ausentismo comenzó a utilizarse para describir al propietario rural o terrateniente que vivía lejos de sus tierras, descuidando su explotación o dejándolas directamente ociosas. El ausentismo ha sido fuente de conflictos sociales en el campo, especialmente en aquellas sociedades en las que una masa importante de personas no poseía tierras cultivables o sólo tenían acceso a parcelas muy reducidas, incapaces de sostener explotaciones económicamente viables. Durante la época de la revolución industrial en Inglaterra se extendió este concepto a los trabajadores de las fábricas que faltaban a su trabajo. (Sanchez, 2012-2013)

2. DEFINICIÓN

El término de absentismo fue utilizado por primera vez en 1957 por la Asociación Internacional de Medicina del Trabajo. Tres años más tarde, esta misma institución, en su congreso de Nueva York, definió el absentismo como “las ausencias al trabajo que se consideran debidas a enfermedades o accidentes”. (Chulvi, 2010)

Chiavenato (1988) define el ausentismo laboral como "la ausencia del trabajador a la empresa no ocasionada por enfermedad o licencia legal". Como se observa, para el autor; las enfermedades y otras inasistencias, pero justificadas no son consideradas como ausentismo, así como también los que piden permisos por razones diferentes a sus vacaciones. Sin embargo, para nuestro estudio el ausentismo laboral; representa la ausencia por parte de los trabajadores a su centro de trabajo, justificadas o no. Debido al gasto que genera el pago de un suplente para ese puesto, pérdida de tiempo, retraso en las tareas, desmejoras en la calidad del servicio, interrupción en las labores, y un patrón de inasistencias o permisos que hacen suponer una insatisfacción del trabajador en su puesto de trabajo, el cual lo oculta bajo esta modalidad.

En este sentido Taylor (1989), citado por Villaplana (2012), Nos dice hay que tener presente que el ausentismo implica la no asistencia al trabajo de una persona de la que

se esperaba que asistiese, con independencia del motivo y la justificación de dicha ausencia.

Una definición que sirve de referencia, dado que especifica con claridad la condición de no presencia, es la de Ribaya (1995) quién describe el ausentismo como “toda ausencia de una persona de su puesto de trabajo, en horas que corresponden a un día laborable, dentro de la jornada legal de trabajo; en este caso, lo que se pretende cuantificar es la no asistencia al trabajo (las faltas físicas)”. En esta misma línea Ruiz nos dice: “la ausencia del empleado al lugar de trabajo en períodos de trabajo normales, sean estos por faltas, por atrasos y/o permisos podrían tener su origen ya sea en un problema personal como en un problema laboral”. (Ruiz, 1997, citado por Borda & Sanchez, 2008).

Según Samaniego (1998), el abandono laboral de los empleados tiene su origen en experiencias de presión y tensión, provenientes del puesto de trabajo y de la organización, que no se resuelven satisfactoriamente, dando lugar a conductas de inadaptación en las que se pierde una gran cantidad de energía laboral. Además afirma que el ausentismo se distribuye ubicuamente entre organizaciones, grupos y países muy diversos, es costosa para la organización y para el individuo, está influenciado y se ocasiona por una constelación de diferentes factores interrelacionados entre sí y está asociado a un número importante de consecuencias, tanto positivas como negativas.

La Norma Técnica Colombiana NTC 3793 del ICONTEC de marzo 15 de 1996, define como Ausentismo Laboral, la suma de los períodos en los que los empleados de una organización no están en el trabajo según lo programado, con o sin justificación (ICONTEC, 1996, citado por Borda, Sánchez, 2008).

3. CAUSAS DEL AUSENTISMO LABORAL

Para Muchinsky (2007) citado por (Tito, 2013) El ausentismo tiene causas sociales, individuales y organizacionales, y afecta a individuos, compañías e incluso a sociedades industriales. Al provenir el ausentismo de factores relacionados al trabajador y el ambiente laboral, estos repercutirán en la productividad de la empresa y en la sociedad. De allí que no solo afecta al individuo sino también a la organización.

Algunas causas de ausentismo son involuntarias, como los problemas médicos, las obligaciones legales o familiares, y otras, por el contrario, son voluntarios. El ausentista, habitualmente, disfraza las razones auténticas de su ausencia bajo diversos ropajes para hacerlo socialmente deseable, lo que enmascara el fenómeno y dificulta enormemente su estudio. Samaniego (1998).

Desde el punto de vista psicológico, cuando no se consigue un buen entendimiento entre el individuo y la organización, el contrato psicológico” que de modo natural se establece entre ambos, suele romperse, pudiendo utilizar el primero un repertorio de conductas de abandono, huida o escape, que le permitirán reequilibrar y dar sentido a su ruptura psicológica con la organización. (Sanchez, 2012-2013)

Así también Sánchez (2012-2013) refiere que una de las principales causas por la que los empleados faltan regularmente al trabajo, son los problemas de salud. Sin embargo, muchos simulan dolencias falsas para faltar al trabajo. La simulación es un fenómeno común en muchos trabajadores, siendo muy difícil su comprobación y control. Esto hace que se diagnostiquen más dolencias de las que en realidad existen. Pero este importante problema, bien conocido por la literatura científica y por la clase médica, se escuda en la relación médico-paciente, sustentada en el principio de confianza, protección y lealtad mutua entre ambos actores.

Además, el origen psicosocial de ciertas patologías, como la ansiedad, el estrés, depresión, etc., no siempre son fáciles de detectar, inducen a retirar al paciente de ese entorno desencadenante de esa patología y el criterio de cada profesional de la medicina es diferente. Esto unido a los tópicos que se han extendido entre la población en relación a la facilidad con que se adquieren y se prolongan las bajas, han provocado el desencanto de los empresarios ante la laxitud del control y emisión de esas bajas, propiciando actitudes generales de desconfianza hacia los trabajadores poco favorecedoras de un clima laboral apropiado basado en la confianza y colaboración mutua.

Si a esto añadimos otras patologías de origen psicoambiental que generan importantes niveles de estrés y ansiedad en ciertos sectores y estratos laborales, el facultativo

terminará concediendo ciertas bajas laborales, al considerar que “retirando” al paciente durante temporadas cortas del ambiente nocivo y estresante del contexto de trabajo, mejorará su salud por el simple hecho de no asistir, eliminando por esta vía los estímulos desencadenantes de estrés. Estas ausencias laborales producirán alivios temporales y mejoras transitorias y, aunque no consigan resolver el problema de fondo, al menos lo mitigarán en alguna medida.

Así pues, problemas que nacen de inadecuados diseños de trabajo (normalmente de corte mecanicista), relaciones interpersonales basadas en la competición desenfrenada y en la desconfianza mutua, y otros problemas organizativos, terminan al final volviéndose contra la organización donde se han originado, y cristalizando en forma de un ausentismo incontrolable, aunque amparado legalmente.

Salvo excepciones, las personas, desean trabajar y realizar bien su trabajo. Sin embargo, cuando las condiciones en que se trabaja no son las idóneas, existe percepción de inseguridad, y el clima se vuelve insoportable, por lo que los trabajadores se transforman en absentistas como única salida para preservar su dignidad y no deteriorar su salud mental.

La unificación de criterios debería ser un hecho, ya que con ello se esclarecería y agilizaría tanto la información ya existente, como los trabajos futuros que puedan realizarse.

Para ello se propone como posible solución la elaboración de un listado en el que figuren, con todo detenimiento, el máximo posible de hechos concretos que motiven las ausencias, con los que, después, se formarán grupos afines. Todo ello con el fin de obtener una normalización del tema y que en cada estudio sectorial pueda elegirse la clasificación que más convenga, desagregada según las exigencias y necesidades características. De este modo, no se obstruyen posteriores comparaciones y asimilaciones. De ahí que se haya elaborado la siguiente lista de posibles causas del Ausentismo Laboral:

- **Maternidad:**

La duración de la maternidad es de 16 semanas ampliables a 18, si el parto es múltiple.

- **Enfermedad normal:**

Ausencias debidas a enfermedad común, accidente no laboral, justificados con el correspondiente parte de baja médica.

- **Accidente laboral:**

Ausencias por accidente de trabajo tanto en el propio centro como “in itinere”, y sea o no causa de baja laboral.

- **Licencias o derechos legales:**

Ausencias recogidas en las siguientes referencias:

- **Permisos particulares:**

Ausencias Concedidas por el empresario a petición expresa del interesado.

- **Ausencias no autorizadas:**

Ausencias sin justificar por el motivo que sea, bien sea de jornada parcial como las faltas de puntualidad o completa. No son objeto de retribución.

- **Ausencias por sanciones:**

Ausencias por motivo de sanción, cuando ésta lleva aparejada la suspensión de empleo y sueldo.

- **Conflictos laborales:**

Ausencias debidas a paros, huelgas, asambleas no autorizadas, ocasionadas por motivos de carácter laboral (reivindicaciones salariales, por ejemplo) y huelgas de carácter no laboral (motivos políticos, por ejemplo).

- **Enfermedad profesional:**

Ausencias contraídas a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifican en el Cuadro de Enfermedades Profesionales que se aprueba por las disposiciones de aplicación y desarrollo de la ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho Cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.

- **Imprevistos involuntarios:**

Ausencias o retrasos que se producen por situaciones inesperadas que imposibilitan la llegada al puesto de trabajo o paradas a lo largo de la jornada debidos a inclemencias del tiempo, catástrofes, etc.

Otros:

Aunque no estén englobados en ningún grupo anterior, no son por ello menos importantes.

Por simulación.

- Aparenta el padecimiento de una patología.
- Exagera el padecimiento alargando el periodo de recuperación.

Por otro lado, según la revista Forbes, las causas del ausentismo laboral son:

- **La intimidación y el acoso:** Los empleados que son intimidados o acosados por sus compañeros de trabajo y / o jefes son más propensos a "padecer una enfermedad" para evitar la situación.
- **Burnout, el estrés y la baja moral:** Cargas de trabajo pesadas, reuniones estresantes / presentaciones y sentimientos de ser poco apreciado pueden causar a los empleados la necesidad de evitar ir al trabajo. Además el estrés personal (fuera del trabajo) también puede conducir al ausentismo.
- **Cuidado de niños y ancianos:** Algunos trabajadores pueden verse obligados a faltar al trabajo con el fin de quedarse en casa y cuidar de un niño / anciano enfermo.
- **Depresión** - Según el Instituto Nacional de Salud Mental, la principal causa de ausentismo en los Estados Unidos es la depresión. Esta conclusión es apoyada por la investigación reciente de Gallup.
- **Desconexión** - Los empleados que no están comprometidos con su trabajo, con los compañeros de trabajo y / o la empresa son más propensos a faltar al trabajo, simplemente porque no tienen la motivación para ir.
- **Lesiones y Enfermedades** - Lesiones, enfermedades y citas médicas son las razones más comúnmente reportadas para inasistencias al trabajo (aunque no siempre es la razón real). No en vano, cada año durante la temporada de resfriados y gripe, hay un aumento dramático en los índices de ausentismo tanto a tiempo completo y los trabajadores a tiempo parcial.

Además de las lesiones agudas, lesiones crónicas tales como problemas de espalda y cuello son una causa común de ausentismo.

- **Cambios parciales** - Llegar tarde, salir temprano y tomar descansos más largos de las permitidas se consideran formas de ausentismo y pueden afectar la productividad y la moral de trabajo. (Investopedia, 2013)

4. COSTES Y CONSECUENCIAS DEL AUSENTISMO LABORAL

Sahler, Dubois, Journoud, & Pelletier, (2008) refiere que inicialmente, un empleado que se siente incapaz de trabajar puede abstenerse de ir al trabajo.

Si esta situación se produce repetidamente y las condiciones laborales para asegurar un ambiente laboral más positivo no mejoran, podría conllevar una incapacidad a largo plazo o un abandono del trabajador. Este ausentismo comporta unos costes para la empresa que pueden dividirse en dos categorías: costes relacionados con los días perdidos y costes relacionados con los días de sustitución.

Los costes se evalúan en función de:

- Datos cuantitativos: beneficios pagados, contratación de salud laboral, etc.
- Datos cualitativos: soporte para integrar a los sustitutos, reducción de la calidad e innovación, etc.

Un empleado ausente o un empleado que deja la empresa definitivamente generan costes «humanos» en el colectivo. Cuando un empleado ausente no se sustituye, su carga de trabajo se distribuye entre sus compañeros, lo que genera trabajo extra y puede aumentar el estrés entre los compañeros e incrementar la probabilidad de ausentismo en el departamento. Así mismo, la sustitución temporal de un trabajador ausente o la incorporación de un nuevo compañero también altera el funcionamiento del equipo durante el período de integración. Por consiguiente, esta disminución temporal de la producción debe incluirse en los costes para la empresa. Por último, no deben pasarse por alto los efectos de un paro o la salida de un trabajador en el ambiente laboral global, así como en la productividad y la calidad.

5. TIPOS DE AUSENTISMO

Según (Chiavenato, 2007) los tipos de ausentismo laboral que se presentan en las organizaciones son:

A. Ausentismo parcial.

En este tipo de ausentismo solo se considera el personal en actividad normal y únicamente las faltas y retardos convertidas en horas, pero relacionadas con faltas injustificadas por certificados médicos, faltas por motivos médicos no justificados, retrasos por motivos justificados o no justificados.

B. Ausentismo general (mixto).

Este tipo de ausentismo se refiere todo lo relacionado con el personal ausente durante un periodo prolongado de tiempo, a su vez, incluye ausencias amparadas legalmente, tales como vacaciones, licencias de toda clase, ausencias por enfermedad, maternidad y accidentes de trabajo.

Por otro lado (Garcia, 2011) menciona dos tipos de ausentismo:

C. El ausentismo previsible y justificado

Es aquel que puede ser controlado porque la empresa está informada previamente de la ausencia, y se produce por causas reconocidas legalmente: Incapacidad temporal (I.T.), los relacionados con la actividad sindical, etc.).

C1. El coste empresarial puede ser muy elevado: Como costes directos, citemos el del complemento salarial, el del sustituto, el de la seguridad social y el que implican los accidentes de trabajo y como costes indirectos, enumeremos el tiempo que implica el buscar a la persona adecuada para sustituir al empleado, la formación que hay que darle a esa persona, la adaptación del sustituto al puesto de empleo, la aceptación del sustituto por parte de sus compañeros y la recarga de tareas que implica para el resto de los empleados, entre otras cosas.

C2. Control de la situación de I.T. por parte del empresario: Junto con la posibilidad del empresario de instar la actuación de las inspecciones de los servicios

médicos públicos, a través de emisión de informes, o denuncias respecto a la actuación del trabajador que está en situación de incapacidad temporal IT.

D. Ausentismo no previsible y sin justificación.

Se trata del abandono del puesto de trabajo sin autorización de la empresa (retrasos, salir a fumar, recados, cuidado de los hijos o de personas mayores, etc.).

En general estos tipos de ausentismos pueden contribuir a reducir la productividad de una empresa, provocarle serios problemas organizativos y generarle elevados costes, ya que hay que cubrir el puesto del absentista, su ausencia puede provocar que haya maquinaria que cese su actividad, etc.

6. VARIABLES RELACIONADAS CON EL AUSENTISMO LABORAL

A. El Género

En referencia al género, los resultados de los estudios coinciden en identificar un mayor ausentismo entre las mujeres. Barmby, Ercolani y Treble (2002) examinaron los datos de las bajas por enfermedad de diferentes países, entre otras, según el género y la edad, y encontraron que, en la mayoría de los países, las mujeres presentan tasas de ausentismo (tiempo de trabajo perdido) más elevadas.

K. Kristensen, Juhl, Eskildsen, Nielsen et al. (2006), con el objetivo de validar un modelo explicativo de ausentismo basado en la combinación de los enfoques psicológicos y económicos, efectuaron una revisión de la literatura publicada sobre el sector bancario. Destacaron la influencia del género y advirtieron un *efecto reductor*, que provoca que en los departamentos y unidades de las empresas con una elevada proporción de hombres haya menor ausentismo. La explicación a estos resultados la atribuyeron, por una parte, a que el papel de la mujer al cuidado de los niños justifica la mayor frecuencia de las ausencias de mujeres y, por otra, que estas todavía tienen

situaciones de trabajo objetivamente menos favorables. Sin embargo, también recogieron otros resultados (Alexandersson, Leijon, Akerlind, Rydh y Bjurulf, 1994) que señalaban que las mujeres presentan mayores ausencias que los hombres incluso haciendo el mismo trabajo. El mayor ausentismo de la mujer cuando se tiene hijos a cargo (Martínez, 1990) o, como apunta Álvarez (1999), el mayor porcentaje de mujeres que se ausentan por motivos familiares, es el resultado no solo de las responsabilidades que estas asumen en el hogar, sino de las diferentes condiciones de trabajo establecidas en sus contratos.

B. La Edad

La relación entre la edad y el ausentismo también ha sido avalada por las conclusiones de diferentes estudios (Gellatly, 1995; Kivimaki et al. 1997) y es un predictor significativo de la frecuencia de la ausencia (Baba, 1990). Álvarez (1999) identifica la edad como una variable importante y justifica que la mayor probabilidad de ausentismo entre los jóvenes que desempeñan trabajos con mayor riesgo, o a la mayor valoración del ocio a esas edades. En una línea similar, Markussen et al. (2011) mantienen que se debe a que a los empleados más jóvenes les cuesta menos solicitar una baja por enfermedad que al resto de empleados, incluso plantean que puede ser una respuesta al diferente tratamiento que realizan los gestores sanitarios en la concesión de las bajas por enfermedad en función a la edad.

Sin embargo, la relación entre la edad y la frecuencia de la ausencia siempre se ha encontrado. Frente a los que señalan una relación entre ambas, como se ha expuesto, otros, como Hoque e Islam (2003), indican la existencia de un efecto, pero no significativo. Nielsen (2008) resume ambas posturas y presenta las aportaciones de quienes, por un lado, respaldan que el ausentismo aumenta con la edad como resultado de una mayor exposición a condiciones estresantes (Kivimäki et al., 1997), el deterioro general de la salud y una mayor propensión a enfermedades a largo plazo (Martocchio, 1989) y, por otro lado, los que señalan una relación inversa (Martocchio, 1989; Voss et al., 2001; K. Kristensen et al., 2006), dado que si se concibe el ausentismo como un resultado de la experiencia ante una situación de trabajo insatisfactorio, al conseguir

con la edad una mayor adaptación al trabajo esta sería menor. Esto justifica que los empleados con posiciones jerárquicas superiores tengan menos ausencias (Martocchio, 1989). K. Kristensen (2006) y añade que la influencia de la edad es todavía superior en el caso de los hombres, sobre todo en los jóvenes que tienden a presentar mayor frecuencia de ausentismo que las mujeres.

C. La Antigüedad en la Empresa

En cuanto a la antigüedad del trabajador en su empresa, los datos apuntan a una menor frecuencia de las ausencias entre los trabajadores de mayor antigüedad. Nielsen (2008) señala que determinados estudios corroboran una relación negativa entre ambos, de modo que, a mayor antigüedad menor ausentismo, aunque mantiene que este no es un efecto simple, dado que puede estar influenciado por el salario, que también es menor al inicio del empleo, justificando así el mayor número de ausencias.

Del mismo modo, planteaba Martocchio (1989) que la asociación entre estas variables es limitada si se interpreta el ausentismo como resultado de un trabajo insatisfactorio, dado que en tal caso, hay un claro efecto de la edad que permite un mayor ajuste con el trabajo. Por tanto, se espera que con mayor edad se de mayor satisfacción, y también con mayor antigüedad resulte menor el ausentismo. Además, habría que añadir que los empleados insatisfechos tienden a abandonar la organización antes, por ello, los que se quedan, tienen mayor antigüedad y satisfacción, y por tanto, mejores resultados organizacionales.

D. La base reguladora del trabajador (salario).

La relación entre el salario y el ausentismo ha sido ampliamente abordada en la literatura. Suele existir un consenso generalizado en admitir la influencia de este en la frecuencia y el índice de ausentismo manifestado en una correlación positiva entre ambos.

En esta línea, se mantiene que, en las empresas que tienen los salarios vinculados a la producción, el ausentismo es menor que en aquellas que no lo está, como ocurre en el sector público (Romay y Santín, 2003). K. Kristensen et al. (2006) señalan un efecto positivo de la congelación salarial sobre el ausentismo, al contrario de lo que sucede con los programas del bono de presencia, que lo disminuye. El modelo elaborado por Steers y Rhodes (1990) propone que la organización emplea el sistema de incentivos como una fórmula de presión laboral, de modo que el ausentismo de los empleados está influenciado por los incentivos y el sistema de recompensa utilizado por la organización. Por ello, a un salario elevado corresponde un nivel bajo de ausencia (Ortíz, 2003 y Nielsen, 2008) y se justifica la relación negativa entre el salario, los ingresos y los incentivos económicos con el ausentismo.

Las propuestas realizadas por Allen (1981a) presentan al empleado como la persona que, al interactuar con la empresa y en función de sus incentivos económicos, determina el grado de ausentismo, lo que justifica que con mejor sueldo haya un menor ausentismo. También Lambert et al. (2005) describen el ausentismo como una herramienta de compensación empleada por aquellos que cobran menos y corroboran que una adecuada distribución de incentivos económicos lo reduciría.

E. El tamaño de la empresa.

Buena parte de los estudios analizados confirman una relación positiva entre el tamaño de la empresa y el ausentismo, aunque se debe especificar, como apuntan Romay y Santín (2003: 46), si es el tamaño del grupo o el de la organización el que ejerce el efecto sobre la ausencia laboral. Algunas de las explicaciones a esta asociación son, por una parte, como apunta Martínez (1990), que las empresas más grandes tienen capacidad para remplazar el puesto de un trabajador ausente y, por otra parte, según expone Oliviera (2001) en las micropymes (1-9 trabajadores) es probable que se produzca menos ausentismo laboral dado que a los trabajadores se les proporciona más tiempo para realizar las tareas, tienen más autonomía y tienen menor control directo del jefe.

F. El sector económico de la empresa y la actividad del trabajador.

Al analizar la relación entre el sector económico y el ausentismo laboral destacan las investigaciones centradas en hallar diferencias entre el sector privado y el público, fundamentalmente debidas al efecto de variables como la política socio-laboral, la estabilidad y la seguridad en el puesto, e incluso la cultura y los sistemas de gestión del ausentismo, más permisivos para el personal de empresas públicas (Eskildsen y Jensen, 2007). Barmby et al. (2002) apuntan que, en general, son las actividades sanitarias y las de servicios sociales las que presentan mayor tasa, y las actividades financieras la menor; por otra parte, se asocian menos ausencias por enfermedad con las ocupaciones de mayor responsabilidad en el trabajo.

7. LOS MODELOS PSICOSOCIALES EXPLICATIVOS DEL AUSENTISMO LABORAL

Entre los modelos del ausentismo por enfermedad destacan los propuestos por los sanitarios y los psicólogos, si bien es cierto que los primeros también explican el proceso de enfermar-recuperarse-reincorporarse al trabajo como un proceso decisional en el que no solo interviene el factor salud, sino variables multinivel (persona, organización y entorno) que determinarán la decisión de coger o no la baja por incapacidad temporal IT y el alta para la reincorporación al trabajo. Los factores que inciden en este proceso, la autopercepción de salud del trabajador, la capacidad para asistir y la motivación para ausentarse, son los componentes básicos de los modelos psicosociales y los modelos integradores de presencia, como se expone a continuación

(Nicholson, 1977) Apunta que una premisa básica para el desarrollo de un modelo de ausentismo es considerar la definición de la que se parte y sus causas. Este autor, que marcó decisivamente las investigaciones posteriores a los años 70, elaboró un modelo explicativo que, en la primera parte, diferencia en un continuo entre el ausentismo *A*, inevitable e integrado por las ausencias involuntarias, y el *B*, una elección voluntaria controlada por el trabajador consecuencia de factores psicológicos; y en la segunda, analiza los factores que influyen en el ausentismo discrecional (voluntario), cuyo fin es poder motivar a los trabajadores para que finalicen las faltas “prescindibles”

(evitables). Finalmente, introduce uno de los elementos que resultarán fundamentales en el desarrollo del *modelo integrado de presencia* ya que no solo justifica el comportamiento absentista en las motivaciones individuales, sino por el intercambio social entre el empleado y la organización y de este con el resto de compañeros, en el cual las normas del grupo imponen los límites. Basados en los trabajos elaborados por Hill y Trist en los años 50, posteriormente Nicholson y Johns (1985) desarrollan la tipología de las *culturas de ausentismo*, que describen las creencias y prácticas que influyen en la totalidad de ausencias del grupo de empleados de una organización, tanto en su frecuencia como en su duración.

Para elaborar esta primera clasificación de las teorías de ausentismo, Nicholson efectúa una revisión de la literatura publicada desde los planteamientos de la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones y las agrupa en tres grandes modelos, los de Evitación Laboral, los de Ajuste Laboral y los de Decisión. Esta agrupación de las teorías del ausentismo en tres grandes “vectores” (Agulló et al., 2005, p.213) ha resultado determinante en las propuestas que desde entonces se han publicado y constituye la guía que en este estudio se emplea para ordenar los modelos de ausentismo laboral.

A. Los Modelos de Evitación Laboral

Describen el ausentismo como una conducta de abandono o huida del trabajo resultado de una situación que se valora negativamente. La ausencia es una conducta de defensa y escape (*withdrawal*) ante la exposición a determinadas condiciones de trabajo amenazadoras del equilibrio, el bienestar o la salud personal. Estos modelos se basaron en las aportaciones realizadas por las investigaciones de la satisfacción laboral, que justificaban que la insatisfacción en el trabajo era causa fundamental de la ausencia laboral. Sin embargo, para Ortiz (2003), existen evidencias que descartan la insatisfacción como causa básica del ausentismo y muestra resultados contradictorios en torno a esta relación (satisfacción/ausentismo), por lo cual no se pueden basar los estudios en la asunción de tal relación como única explicación de este fenómeno.

Considerar el ausentismo como una respuesta o estrategia de afrontamiento a las vivencias del estrés laboral, no es novedoso. Kristensen (1991) señalaba que la

exposición a situaciones de trabajo muy estresantes podía desencadenar la decisión de solicitar la baja por parte de los trabajadores en caso de enfermedad, convirtiéndose la IT en una conducta de afrontamiento. Recientemente, autores como Johansson y Lundberg (2009) proponen modelos como el de la *flexibilidad de la enfermedad* desde el que se identifican los factores y procesos psicosociales (un conflicto o una situación estresante) como precedentes inmediatos e incentivos para solicitar una baja por IT y que empujan a los trabajadores a la decisión de declararse enfermos.

B. Los Modelos de Ajuste Laboral

Estos modelos son también conocidos como *Modelos de Adaptación-Inadaptación* (Hill y Trist, 1955) y son los que han predominado en la literatura de ausentismo. Se basan en los conceptos de la Escuela de Relaciones Humanas y conciben el ausentismo como una conducta integrada en el proceso de socialización que está compuesto de diferentes etapas en las que la ausencia sería la última, y entre las que aparecen otras conductas de abandono como la rotación y las ausencias permitidas, en las cuales el empleado debe ir asumiendo este proceso e integrarse hasta que resulte definitivamente adaptado, o no, a su puesto de trabajo y empresa.

El ausentismo es una respuesta a los cambios establecidos en esta relación persona-trabajo fruto de la historia laboral propia, en la que además puede producirse un desajuste del empleado con sus propias demandas (ej. expectativas). Entre los modelos de ajuste laboral, caben destacar las aportaciones desarrolladas por Chadwick-Jones et al. (1982) y Nicholson y Johns (1985), y que, como ya se ha expuesto, permitieron confirmar la influencia de la cultura de ausentismo.

C. Los Modelos de Decisión

Como expone Ortíz (2003, p.63), tras la revisión de los trabajos de Vroom (1964) y Lawer y Porter, (1967), “dos corrientes han contribuido al desarrollo de los modelos de decisión sobre ausentismo. Estas son, por una parte, la corriente que proviene de la Economía y de la Sociología, que ha dado lugar a los modelos racionales de decisión

y, por otra, la corriente propuesta desde la Psicología de las Organizaciones, que ha dado lugar al sistema de expectativa-valencia” desde la que se interpreta que al decidir sobre una determinada conducta, la persona considera la valoración que de la misma se haga externamente.

Se concibe esta conducta como una respuesta racional a la valoración comparativa que realiza el empleado en términos de coste/beneficio sobre la alternativa de acudir o ausentarse.

La ausencia es, por tanto, la respuesta consecuente de un análisis del trabajador que sopesa esfuerzo-recompensa, decantándose por la asistencia o la ausencia en función de la que le reporte mayor compensación según lo que él mismo aporta y lo que aportan otros.

Posteriormente (Ortíz, 2003) completa estos modelos con el de personalidad, el cual detallamos a continuación:

D. Los Modelos de Personalidad

Estos modelos incorporan el estado de ánimo y los tipos de personalidad de los empleados como variables fundamentales en la explicación de la conducta de ausencia. El estudio de estas variables ha ido acaparando cada vez mayor atención en el estudio del ausentismo, aunque como apuntan Iverson y Deery (2001, p.856) son estudio con un largo bagaje dado que “durante casi tres décadas, los investigadores han utilizado conceptos tales como la propensión a la ausencia (Froggatt, 1970; Garrison y Muchinsky, 1977) y la inestabilidad emocional (Porter y Steers, 1973) para explicar estos tipos de comportamiento retirada temporal”.

Judge, Thoresen y Martocchio (1997) analizan el grado en que las dimensiones de la personalidad, los cinco grandes factores (neuroticismo, extraversión, responsabilidad, amabilidad y apertura) están relacionadas con la ausencia; sus resultados muestran que la extroversión y la escrupulosidad (responsabilidad) pronostican el ausentismo. En

realidad la mayor parte de la investigación que relaciona la personalidad y el ausentismo se basa en estas cinco dimensiones (L. R. Goldberg, 1990 y Costa y McCrae, 1990); sin embargo, los trabajos desarrollados por Iverson y Deery (2001), enfocan la atención a otros factores tales como la afectividad positiva y la negativa, y analizan su relación con tres conductas de abandono laboral: los retrasos, las salidas anticipadas y el ausentismo.

8. ENFOQUES DEL AUSENTISMO LABORAL

A. El Enfoque Psicológico

El estudio del ausentismo desde el enfoque psicológico se remonta a 1932, año en el que se fechan los primeros trabajos de investigación realizados por Kornhauser y Sharp sobre la relación de las actitudes de los empleados y el ausentismo (Johns, 2007).

(Harrison & Martocchio, 1998) Enumeran algunas de las aportaciones realizadas por otros autores en esta disciplina, entre las que destacan la revisión de la literatura de ausentismo presentada en 1997 por Muchinsky y los estudios iniciales ordenados cronológicamente de Johns y Nicholson (1982), Goodman y Atkin (1984), Brooke (1986), Rhodes y Steers (1990), Hackett y Guion (1985).

Otros autores que, tras revisar la bibliografía publicada, analizan las aportaciones de la psicología al estudio de esta conducta son (Allegro & Veerman, 1998), quienes concluyen que las teorías que inicialmente se emplearon para explicar el ausentismo por enfermedad fueron las de la psicología organizacional, y distinguen además los tres planteamientos que en aquella época “competían para demostrar los factores o grupos de factores que mejor lo explicaban: (a) la Teoría del Cambio (Chadwick-Jones, Nicholson y Brown, 1982), (b) la Teoría de la Equidad (Dittrich y Carrell, 1979) y (c) la Teoría de Valor-Expectativa (Morgan y Herman, 1976)”.

Finalmente, añaden las contribuciones de otras teorías influyentes como la teoría del Rol (Gupta y Beehr, 1979), las teorías del Liderazgo (Johns, 1978), las de los Sistemas Sociotécnicos (Allegro, 1973) y el modelo de las Características del Trabajo (Hackman y Lawler, 1971)”.

Sin embargo, Allegro y Veerman consideran que cada una de estas teorías iniciales tan solo poseían un valor parcial y que resultaban escasas en la explicación global del ausentismo, pues enfatizaban la motivación y la satisfacción en el trabajo, lo que dio lugar a que se incluyeran las aportaciones de la psicología, que posibilitaron el desarrollo de teorías de gran valor para la explicación de ciertos aspectos del ausentismo por enfermedad, especialmente la frecuencia.

Los psicólogos organizacionales, han ido acumulando un cuerpo de conocimientos durante las últimas cuatro décadas, que ha permitido consensuar de algún modo una serie de axiomas básicos bien fundamentados empíricamente, que resumen el estado en que se encuentra en fenómeno del ausentismo laboral. (Rhodes & Steers, 1990)

El ausentismo laboral es un indicador en la calidad de atención. Existen factores asociados a su alta incidencia. La satisfacción laboral es un factor importante que condiciona la actitud del individuo respecto a su trabajo.

Peiro (1995) citado por Sánchez (2012- 2013), refiere que desde el punto de vista psicológico y sociológico, el ausentismo se puede definir como una disfunción organizativa bien sea vinculada al trabajador por la tensión a la que se siente sometido, bien sea vinculada a la propia cultura de la empresa o a sus métodos de organización del trabajo

B. El Enfoque Sanitario

Este es el enfoque desde el que más se ha abordado el estudio del ausentismo justificado por enfermedad, si bien es cierto que se centra fundamentalmente en el estudio de la morbilidad y el diagnóstico de los procesos con el propósito de determinar su etiología y el pronóstico de las enfermedades y accidentes, así como de registrar estadísticas que permitan un mayor conocimiento y control de las mismas. Apunta (Alvarez, 1999) que Vernon y Bedford (1923), como especialistas en medicina del trabajo, realizaron uno de los estudios considerados pioneros desde este enfoque; en España, se señalan los trabajos de Gili (1977) y Úbeda y López (1986).

Una limitación de este enfoque según North, Syme, Feeney, Head et al., (1993, p. 365) es que la tradición dominante en la investigación de salud pública centrada en factores de riesgo, tales como el tabaquismo o la obesidad, ha obviado la presencia de otros factores relevantes, y por tanto, “las diferentes teorías no eran capaces de explicar completamente los gradientes observados en el ausentismo por enfermedad”. Estos autores, ante la falta de consideración de la amplia gama de factores causales probablemente necesarios, señalan la necesidad de adoptar enfoques holísticos que incorporen el estudio de los actores psicosociales así como profundizar en el estudio de otros menos conocidos, como las diferencias socioeconómicas de la ausencia por enfermedad.

Por otra parte, (Alexanderson, 1998), añade el hecho de que “pocas teorías sobre las bajas por enfermedad han empleado modelos médicos, ni siquiera teorías nosológicas, quizá como respuesta a la inexistencia de un marco teórico claro”.

C. Enfoque legal

Las aportaciones realizadas por (Ribaya, 1995) sirven para describir el concepto de ausentismo que adopta este enfoque y según el cual se entiende como el incumplimiento del deber de prestar un desempeño a cambio del salario previamente pactado entre las partes. Se parte del compromiso empleado-empendedor para la realización de una determinada tarea, en un tiempo y horario laboral establecido, de modo que cualquier conducta de abandono, ya sea un retraso, la salida antes de tiempo o la no asistencia al trabajo, supone un incumplimiento de la jornada de trabajo que, en función del motivo alegado para su justificación, conllevará un tratamiento diferente.

Se clasifica en función de lo contemplado en el derecho laboral por el que se rige y diferencia entre el ausentismo legal o involuntario, durante el cual el empleado continuaría percibiendo su remuneración (enfermedad, accidente, licencias legales, maternidad y adopción, etc.) y que además representa un coste para la empresa; y el ausentismo personal o voluntario, debido a permisos particulares, ausencias no

autorizadas o conflictos laborales, que, aun no retribuido, supone un coste de oportunidad para la empresa.

D. Enfoque económico

El enfoque económico se basa en el supuesto de que el tiempo fuera del trabajo tiene un valor positivo para la persona, quien finalmente toma la decisión racional de estar ausente para lograr ciertas recompensas (Nielsen, 2008). Así, los empleados cuya utilidad del ocio supera los ingresos salariales, maximizan su beneficio aumentando su tiempo de ocio frente al de trabajo. Se concibe el ausentismo como resultado del binomio ocio/trabajo, de modo que, como propone Kaiser (1998, p.88), se entiende que en un momento determinado un trabajador manifestara un comportamiento absentista, siempre y cuando el beneficio marginal percibido de la ausencia supere al de su coste marginal percibido.

9. EL AUSENTISMO COMO INDICADOR DEL BIENESTAR LABORAL

Uno de los argumentos que justifica el estudio del ausentismo laboral es el elevado coste que ocasiona y de ahí la necesidad de intervenir en la mejora del conocimiento sobre un fenómeno que se percibe como falta de control por parte de los gestores. Sin embargo, no todas las experiencias de gestión europeas que se han emprendido a lo largo de los últimos años se han dirigido al control del gasto, sino que algunos países, fundamentalmente en el norte de Europa, han desarrollado estrategias de gestión con el fin de mejorar las condiciones de trabajo y potenciar la calidad de vida y el bienestar, al entender que el ausentismo laboral es una consecuencia secundaria a este, y que en última instancia ocasiona un incremento del gasto y la reducción de la eficacia empresarial.

10. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DEL AUSENTISMO LABORAL

Las organizaciones en la época actual, necesitan imperiosamente por tanto, que el personal de su plantilla se implique sin reservas en el trabajo, y se comprometa

psicológicamente con los objetivos y las metas trazadas, reduciendo al mínimo las conductas de abandono laboral.

Es un problema complejo y difícil de abordar

Es un fenómeno que se da en todo tipo de empresas, tanto públicas como privadas, pequeñas y grandes, y que resulta costoso para la organización, para el individuo, para las Mutuas, para el Sistema Público de Salud y para la Seguridad Social Benavides et.al (1990) citado por Sánchez (2012- 2013)

El ausentismo, en consecuencia, es una conducta en parte generada por las contradicciones del propio sistema económico-social imperante, que no potencia ni estimula la experiencia del trabajador para que se implique y pueda ser un agente creativo, y sí, por el contrario, un conjunto de conductas rutinarias, competitivas y, a veces, humillantes. Por eso debe ser analizado como un problema relacionado con el comportamiento de las personas (trabajadores) dentro de una organización (empresa). (Briner, 1997)

El ausentismo es un fenómeno que tiende a la opacidad y a la ocultación, por lo que las variables psicosociales serán las que nos van a proporcionar las mejores vías de aproximación a su estudio y comprensión. (Sanchez, 2012-2013)

El ausentismo laboral es un fenómeno complejo -síntoma de otros problemas que puede tener una organización en diferentes ámbitos: laboral, organizativo, comunicacional de ajuste de procesos- que reduce la competitividad de las empresas e incrementa sus costes de producción. La profundización en el conocimiento de sus causas, y no exclusivamente en su control, supone una oportunidad de reducción de su tasa y de los costes directos, indirectos y de oportunidad de la organización. (Sanchez, 2012-2013)

Una de las conductas de abandono que mayor incidencia tiene y más pérdidas ocasionan en casi todas las organizaciones del mundo, es el ausentismo laboral o inasistencia al trabajo del personal contratado. El ausentismo hace referencia a las conductas de ausencia del puesto de trabajo de los empleados durante el período de actividad laboral establecido por la organización. (Sanchez, 2012-2013)

Dada la relevancia y la actualidad que presenta el tema del Ausentismo Laboral, los objetivos del estudio se centran en:

- a) Profundizar en el conocimiento que requiere el tratamiento del Ausentismo Laboral para determinar las líneas de acción a seguir, que han de ser generales y con participación de los mandos.
- b) Observar la influencia del entorno; es decir, ver en qué medida la existencia de mecanismos psicológicos, sociológicos, jurídicos, económicos y culturales contribuyen a reducir el Ausentismo Laboral.

11. AUSENTISMO Y SÍNDROME DE BURNOUT

Según Sanchez,(2012-2013) Para la psicología, el sujeto siempre ha sido el actor principal en el que se centra el trabajo terapéutico desde el ámbito que desee verse, clínico, educativo, social y laboral; este último ha retomado fuerza en estos últimos tiempos con nuevas aportaciones a la psicología además de echar mano de las que ya tienen más tiempo en el campo de la aplicación. En este caso hay que tener en cuenta que el trabajo forma parte importante de la vida de los seres humanos, y estos a su vez aportan en gran medida a la empresa o trabajo del que son parte.

Es por estas razones que este apartado se centra en la importancia que tiene la salud en los trabajadores para que puedan desempeñarse bien tanto en su trabajo como en los demás ámbitos de su vida familiar, amigos y compañeros de trabajo entre otras, por lo que retoma una de las aportaciones de la psicología laboral, el “Burnout” o el “Síndrome de estar quemado por el trabajo”, lo mismo que significa en términos de inversión un gran costo para las empresas al igual que a nivel personal puede comprometer la salud del individuo.

El Burnout es un tema relativamente nuevo, sin embargo no menos importante, ya que es un tema que se centra principalmente en la salud de los trabajadores y es un apoyo para responder a problemáticas de la empresa también.

No importando que sea nuevo el término, éste nos ayuda a explicar fenómenos laborales que pueden perjudicar en gran parte tanto al sujeto como a la misma empresa,

ya que de acuerdo a sus tres indicadores principales: Agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo, el “Burnout” es una causa común no siempre explícita de frecuentes problemas en las empresas, pues sus tres indicadores pueden manifestarse de distintas maneras y si el “Burnout” no es detectado a tiempo puede causar grandes pérdidas tanto de salud en sus trabajadores como económicas para la empresa.

Según Gil-Monte y Peiró, el “Burnout” debe ser entendido como una respuesta al estrés laboral que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suele emplear el sujeto.

Concretamente, hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante, directa e intensa con otras personas, máxime cuando estos son los beneficiarios del trabajo (profesores, trabajadores sociales, médicos, enfermeros, policías), aunque no queda restringido únicamente a los profesionales de los servicios humanos. (Sánchez, 2012-2013)

Sánchez (2012-2013), refiere que si bien la definición que ofrece Gil-Monte (2006) nos habla de profesionales de la Salud, nos dice también que este no está restringido a esta población lo que nos hace suponer que cualquier persona puede padecer este síndrome ¿Por qué no pensar que los trabajadores de la industria joyera, debido a la sobrecarga de trabajo padecen de altos niveles de estrés o “Burnout”?

Sin embargo es Cristina Maslach (1976) quien primero empleó públicamente este término para referirse a una situación cada vez más frecuente entre trabajadores de los servicios humanos que por la naturaleza de su trabajo debían mantener un contacto directo y continuado con la gente "quemándose" profesionalmente después de meses o años de dedicación.

Se cree que el “Burnout” no es exclusivo de profesionales de la Salud y de personas que trabajan en interacción con otras, sino que puede tener otros factores causales hasta ahora desconocidos. El Síndrome de “Burnout” tiene tres componentes característicos; como el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal. (Sánchez, 2012-2013)

Como ya hemos visto, el ausentismo es una de las formas en que se ve manifestado el síndrome de “Burnout”, sin embargo no se ha estudiado de manera específica. Por lo que se puede dar cuenta del agotamiento excesivo de los trabajadores, tanto físico por las jornadas de trabajo como psicológico, ya que el trabajo se tiene que hacer sin parar lo que deja de lado las relaciones interpersonales que son necesarias para realizar cualquier trabajo. Lo que puede suponer un alto nivel de estrés o convertirse en “Burnout” o mismo que pudiese manifestarse en faltas, retardos y/o permisos constantes.

El Ausentismo laboral puede ser visto desde cuatro puntos de vista: Empresarial/directivo y económico, Psicológico, Sociológico y Pedagógico. En este caso se tomará en cuenta el punto de vista Psicológico: "La ausencia en el trabajo abarca la enfermedad, los motivos certificados o no y es comprendida como un acto individual de elección entre actividades posibles o como conducta habitual y rutinaria que sigue unas normas para escapar del control o como resistencia individual y grupal hacia el sistema inflexible" (Gil Monte. 2006).

De acuerdo a Quiroz, Valdivia y Santiago Saco (SITUA XXIII) citado por Sánchez (2012-2013), cuando los profesionales de salud se ven afectados por el Síndrome Burnout empiezan a sentirse irritables, aumentan las ausencias laborales, baja la calidad de atención, presentan disturbios del sueño y otros síntomas, que pueden inducirlos al consumo de alcohol, a la automedicación con psicofármacos o al consumo de drogas ilegales. Esta problemática no está limitada al centro laboral, sino también repercute en el entorno familiar y en las relaciones interpersonales en general

12. INTERVENCIÓN PARA REDUCIR EL AUSENTISMO

Según Samaniego (1998), El ausentismo laboral, como hemos visto, no solo tiene consecuencias negativas, sino que, en algunos casos, cumple funciones adaptativas, dependiendo de la óptica que se adopte para efectuar el análisis.

Por lo tanto conviene tener presente que las intervenciones que pueden realizarse para el control y reducción del ausentismo, han de partir de una concepción de la organización como sistema abierto, en el que todos los subsistemas influyen en todos,

de forma que las actuaciones deben ser preferentemente globales más que puntuales para que sean efectivas.

De acuerdo con el modelo de Steers y Rhodes, dos variables condicionan la asistencia del empleado: La motivación de asistencia y la capacidad o habilidad de asistencia.

En cuanto a la motivación de asistencia, habría que señalar que es influida por la SL proveniente del puesto de trabajo que desempeña el empleado, por la supervisión que recibe de sus superiores, por las relaciones interpersonales que tiene, por las recompensas económicas que percibe, por el desarrollo profesional de su carrera, y por el grado de satisfacción que tiene con el funcionamiento global de la organización.

Por tanto, una forma básica de intervenir sobre el ausentismo, consiste en mejorar las condiciones anteriores, para que el trabajo sea una experiencia enriquecedora y motivadora. En esta línea, caben las intervenciones de enriquecimiento del trabajo, rediseño de puestos, estudios de clima y formación de grupos y equipos operativos. La implicación en el trabajo y el compromiso con la organización son dos dimensiones relevantes que también deben cuidarse de manera especial, favoreciéndolas al máximo para que los empleados puedan realizar sus actividades laborales de forma constructiva. Asimismo, las limitaciones que imponen la economía y el mercado de trabajo en cada momento también son importantes, como ya se ha señalado anteriormente, en la determinación de los niveles de ausentismo.

Muchas compañías aplican con éxito sistemas de control y reducción de ausentismo, en función de sus características intrínsecas y el mercado donde operan. Los sistemas más utilizados consisten en la aplicación, individual y combinada, de métodos de refuerzo y castigo, tanto para incentivar como para extinguir las conductas de ausencia. Junto a éstos, también se aplican con éxito otros programas basados en modelar conductas sociales mediante aprendizaje vicario, tomando como modelos a los empleados que más asisten al trabajo regularmente.

La cultura absentista es otra vía de intervención, a través de la cual se puede actuar sobre el ausentismo. Para ello, la organización a de investigar y prestar atención a los

procesos informales de funcionamiento de los grupos, tratando de incorporar pautas y normas, culturalmente adecuadas, en un contexto de participación auténtica de los empleados.

Por último las características individuales también condicionan las conductas de ausentismo, por lo que es necesario tenerlas en cuenta para poder intervenir racionalmente sobre éste a partir de un conocimiento exacto de las necesidades humanas que se asocian a factores socio-demográficos y a procesos de ciclo vital individual.

Junto a las características individuales, se deben considerar también otras dimensiones que, sin incidir directamente sobre la motivación de asistencia, ocasionan en muchos casos conductas de ausencia por dificultades materiales de asistencia, debidas a responsabilidades familiares por cuidado de enfermos, salud propia, transporte desde el domicilio al lugar de trabajo y otros factores similares.

PRESENTISMO LABORAL

El presentismo se ha convertido en un problema grave para el entorno empresarial, tanto para el empleador como para el empleado, pues afecta a la productividad, la calidad de vida y la salud de los empleados (Saarvala, 2006). Además, este problema es considerado como una amenaza significativa a la eficiencia laboral y a la seguridad en el trabajo (Baker-McClearn, 2010).

Los empleados afectados por el presentismo no se encuentran totalmente concentrados en su trabajo; por eso están más propensos a cometer errores, son menos productivos, brindan baja calidad en el servicio y se vuelven menos innovadores. Todo ello tiene una gran repercusión dentro de la organización, tomando en cuenta que se es juzgado dentro de una empresa por los resultados obtenidos. Los errores accidentales por ausencias mentales pueden resultar extremadamente costosos (Gilbreath, 2012)

1. ANTECEDENTES

A. Ocupaciones y ambientes de trabajo

Las personas que trabajan en ciertas ocupaciones pueden ser más propensas a tener presentismo. En un estudio realizado en Suecia, Aronsson et al. Encontraron que los servicios de bienestar social y de enseñanza ofrecen mayores tasas de presentismo (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000). Los autores señalaron que estos empleados trabajaban a menudo con las poblaciones más vulnerables, como los ancianos. Fuera de la educación y la asistencia sanitaria, la mayoría de las ocupaciones tenían menores tasas de presentismo. Sin embargo, los resultados sugirieron que los riesgos de presentar mayor nivel de presentismo aumentaron en los puestos de trabajo que tenían más carga física de trabajo y de estrés, concluyendo así que ciertos ambientes de trabajo pueden estimular el presentismo.

Para explorar este tema Dew y col. examinaron cualitativamente un hospital privado, un hospital público, y una pequeña fábrica. En el hospital privado, había poca presión de gestión para exhibir presentismo; sin embargo, un 'sentido de familia' que parecía

existir entre el personal, y una fuerte lealtad a los compañeros de trabajo empujó a los empleados para que asistieran a trabajar mientras estaban enfermos. El hospital público tenía una gestión distante, pero el presentismo fue fomentado por la "lealtad a la imagen profesional, a los colegas, y a la institución en su conjunto". Por último, en la fábrica, se produjo una fuerte presión de la gestión para que los empleados exhiban presentismo. Además, los trabajadores a menudo tenían pocas opciones de empleo, lo que a menudo se tradujo en un aumento de presentismo. (Dew, Keefe, & Small, 2005)

B. Facilidad de sustitución

La facilidad con la que uno puede ser sustituido en el trabajo también afecta a los niveles de presentismo. En concreto, si uno siente que no puede ser sustituido, ese individuo es más propenso a asistir al trabajo mientras está enfermo. (Aronsson & Gustafsson, 2005) Los médicos a menudo son examinados en este sentido, por ejemplo, Jena et al. En un estudio con médicos residentes en formación, observaron tasas altas de presentismo, que se concluyeron fueron el resultado de sentirse irremplazable. (Jena, Baldwin, Daugherty, Meltzer, & Arora, 2010).

Otras investigaciones también en el campo de la medicina, encontraron que más del 80 por ciento de los encuestados había trabajado mientras estaba enfermo. Los individuos enumeran algunas de las razones por las que no habían tomado licencia por días de enfermedad, y muchos citan el hecho de que sentían gran presión para ir a trabajar. En algunos casos, los médicos generales no querían ser una carga para sus socios, y muchos sintieron un fuerte compromiso con el trabajo que les impedía tomar licencia por enfermedad. (McKevitt, Morgan, Dundas, & Holland, 1997).

C. La carga en el trabajo y demandas en el trabajo

Los puestos de trabajo que tienen grandes cargas laborales y muchas demandas a menudo se asocian con mayores niveles de presentismo. Caverley y col. estudiaron las firmas canadienses y señalaron que el presentismo a menudo no fue el resultado de la precariedad laboral. (Caverley, Cunningham, & MacGregor, 2009). En lugar de ello, los individuos sintieron que tenían que ir a trabajar aun estando enfermos, ya que creían que tenían altas cargas de trabajo, muchos plazos y a menudo muy poco apoyo de sus compañeros de entorno laboral. Como complemento de este hallazgo, McKevitt

et al. También encontraron que las personas temían que su trabajo se acumulase si no van a su centro de labores. (McKevitt, Morgan, Dundas, & Holland, 1997).

Por otra parte, Demerouti y col. examinaron las demandas de empleo y encontraron que tenían una relación positiva con el presentismo. En este estudio los autores definen la exigencia como aspectos del trabajo que requieren de esfuerzo físico y/o psicológico. (Demerouti, Le Blanc, Bakker, Schaufeli, & Hox, 2009).

D. Autoestima basada en la performance

La autoestima basada en la performance (PBSE) también se ha considerado otro antecedente de presentismo. Este término describe la idea de que la autoestima de los individuos puede depender de su rendimiento en el trabajo.

Love y col. encontraron que la PBSE predijo positivamente el presentismo. Sin embargo, los autores también descubrieron que la relación entre PBSE y presentismo se fortaleció cuando los trabajadores experimentaron altas exigencias laborales físicas y psicológicas. Este hallazgo sugiere que los entornos exigentes de trabajo podrían interactuar con los estilos de trabajo excesivamente ambiciosos de los empleados, lo que podría dar lugar a una sobreexigencia en el rendimiento y al aumento de los niveles de presentismo. (Love, Grimby-Ekman, Eklof, Hagberg, & Dellve, 2010)

E. Los factores de salud

Ciertos factores de salud sirven como factores de riesgo para el presentismo en lugar de ausentismo. Boles, Pelletier, y Lynch examinaron una variedad de síntomas de salud física y emocional, y señalaron que las probabilidades de informar el presentismo fueron mayores para las personas con alto estrés en comparación con aquellos sin estrés. (Boles, Pelletier, & Lynch, 2004). Los que tienen mala alimentación y menos realización emocional también reportaron mayores niveles de presentismo que aquellos sin estas condiciones. Los investigadores observaron que las personas con diabetes tienden a reportar niveles más altos de ausentismo en comparación con aquellos que no tienen la condición. Así también las personas que no realizaban ninguna actividad física eran más propensos a reportar mayores niveles de ausentismo

y presentismo, tanto en comparación con aquellos que practicaban algún deporte o hacían actividad física.

2. DEFINICIÓN

El término de presentismo (“presenteeism”, proveniente del inglés), se le atribuye al profesor Cary Cooper, psicólogo especialista en administración organizacional de la Universidad de Manchester en Reino Unido. Este término fue acuñado para describir la relación entre enfermedad y pérdida de productividad, consecuencia del trabajo excesivo y el sentimiento de inseguridad laboral resultado del reajuste y estructuración de la década de los noventa, por lo que se puede decir que el presentismo como fenómeno no es nuevo.

El presentismo laboral ha sido definido de diversas formas. De acuerdo a Schultz, Chin-Yu & Edington (2009) y Aronsson & Gustafsson (2005) citado por España (2013), el presentismo es la disminución de la productividad de los trabajadores debida a problemas de salud o personales; es el decrecimiento de la productividad antes del periodo de ausentismo.

Otros autores Terry & Xi, (2010) miden al presentismo, diferenciándolo en dos conceptos: el presentismo absoluto y el presentismo relativo. El presentismo absoluto señala cómo el trabajador califica su desempeño laboral con su desempeño habitual; mientras que el presentismo relativo se refiere a cómo se considera el desempeño laboral en comparación con el desempeño de sus compañeros de trabajo.

El presentismo definido por Shamansky (2002) “es cuando se está, pero no se está, es decir, las personas se encuentran de cuerpo presente en el trabajo pero no pueden cumplir con sus funciones adecuadamente”

Por otro lado, Levin y Epstein (2005) definen al presentismo como “la pérdida de productividad que ocurre cuando los empleados se presentan a trabajar pero se desempeñan por debajo de lo normal debido a cualquier tipo de enfermedad”

Al mismo tiempo, Durán (2007), menciona que el presentismo sería más bien, “la evaluación del impacto económico o productivo que tiene el hecho de que un trabajador acuda a sus labores con alguna condición anómala de salud (sean estas físicas o psicológicas)”.

Otra definición según Yamashita y Arakida, se refiere “al deterioro autoevaluado del desempeño en el trabajo debido a problemas de salud en el lugar de trabajo”.

Rojas (2007) Cita a Hu et al. (2004), Stevens (2005), Cullen y MacLaughlin (2006). Y dice estas definiciones relacionan la causa de la disminución de la productividad con problemas de salud; sin embargo, las siguientes descripciones dejan abierta la posibilidad de otras causas (problemas sociales, dificultades en el entorno de trabajo, incapacidad posterior a enfermedades crónicas, problemas familiares, preocupación por el cuidado de niños y ancianos, condiciones y características del mercado laboral, aspectos culturales locales o regionales, entre otros:

Mattke et al. (2007) definen el presentismo como estar presente en el trabajo, pero con una capacidad reducida. En esa misma dirección (Sanderson et al. 2006) lo definen como la pérdida de productividad estando en el trabajo.

Por otro lado Uegaki et al. (2007) definen el presentismo en términos de disminución en el rendimiento estando en el trabajo, coincidiendo con (Burton et al. 2005).que hacen alusión al presentismo como la baja en la productividad en el empleo (Burton et al. 2005).

Barreto (2003) citado por Raycik (2012) indica que la persona trabaja incluso enfermo por miedo a ser despedido o que aumente la dependencia en relación a la organización, haciendo que trabaje silenciando su dolor. También esta definición incluye el hecho de trabajar persistentemente por más horas y renunciar a su periodo de vacaciones en razón de la inseguridad de perder el empleo.

3. CAUSAS

El presentismo laboral puede ser causado por diferentes motivos, no solo relacionados a la salud.

Aronsson & Gustafsson (2005) citado por (Valera, 2015) indican tres motivos:

- a. Inseguridad laboral, cuando el empleado se siente obligado a asistir a su trabajo aun estando enfermo o teniendo una urgencia personal.
- b. Responsabilidad, cuando el empleado asiste a su trabajo para no perjudicar a su equipo de trabajo
- c. Gestión de recursos humanos, cuando la empresa tiene dificultades para reemplazar al trabajador ausente.

Medibank (2011) identificó cuatro causas principales del presentismo:

- a. Estilo de vida poco saludable.
- b. Asistencia al trabajo de los empleados con enfermedades.
- c. Alergias y asma.
- d. Conciliación de vida personal pobre y altos niveles de estrés en el trabajo.

4. CONSECUENCIAS

A. Pérdida de productividad

Una consecuencia fundamental del presentismo es la pérdida de productividad. Al examinar disminuciones de productividad, sin embargo, se da a entender que las pérdidas se miden en relación a no tener un problema de enfermedad o de salud en particular. Además, en comparación a estar ausente en un puesto de trabajo, los que presentan presentismo pueden ser mucho más productivos.

Sin embargo, según un estudio de Goetzel et al. Se estima que, en promedio, en los Estados Unidos, los costos de productividad que se pierden por el presentismo de un trabajador son \$ 255. Goetzel, y otros, (2004) Por otra parte, los autores concluyeron que de todos los costos relacionados con la salud que enfrentan los empresarios, las tres quintas partes de esos gastos podrían ser atribuibles a las pérdidas de productividad en el puesto de trabajo.

B. La mala salud y agotamiento

El agotamiento y futuros problemas de salud suelen ser otras de las consecuencias del presentismo. En un estudio realizado por (Bergström, Bodin, Hagberg, Aronsson, & Josephson, 2009) encontraron que el presentismo era un factor de riesgo para que en un futuro los trabajadores pidan licencia por enfermedad. Por otra parte, en su estudio de las demandas y presentismo trabajo, Demerouti Encontraron que el presentismo produjo un aumento de agotamiento, siendo un predictor de la disminución de rendimiento por agotamiento en el trabajo.

5. ELEMENTOS ASOCIADOS AL PRESENTISMO LABORAL

Es necesario comprender que los empleadores apoyen conductas saludables que proporcionen una oportunidad de gran alcance que pueda reducir el presentismo.

El presentismo puede provenir de un problema fuera del lugar de trabajo, y que involuntariamente es llevado al trabajo, o un problema que el empleado encuentra dentro de su centro laboral; o podrían presentarse ambos casos (Saarvala, 2006).

El profesionalismo exige que los problemas originados en casa se queden en el hogar, y los empleados se ven obligados a cumplir con esta exigencia. Sin embargo, desvincular los conflictos relacionados con el estrés y la vida laboral resulta complicado.

El presentismo es considerado un “drenaje silencioso”, pero significativo, de la productividad. Los actos de presentismo pueden resultar imprudentes, pues darán lugar al deterioro de la salud. (Demerouti & Le Blanc, 2009).

Sin embargo Saarvala (2006) diferencia los factores ligados al presentismo:

1. La depresión. En una investigación llevada a cabo en la Universidad de Yale, en el 2001, se determinó que la depresión crónica hace que los empleados se encuentren siete veces más propensos a mostrar una disminución en la productividad.

2. Factores físicos. Disfuncionalidades físicas como el agotamiento y los trastornos de dolor crónico (cuello y espalda) son factores que no permitirán al empleado realizar sus actividades con plena productividad.

En ambos casos la energía cognitiva del empleado no se encuentra enfocada en sus labores; es decir, se encuentran físicamente presentes, pero mentalmente ausentes (Gilbreath & Karimi, 2012).

Las enfermedades mentales no pueden ser abordadas de la misma manera que las enfermedades físicas. O'Donnell (2009) puntualiza que la depresión tiene mayor impacto sobre la reducción de productividad, pues afecta en gran medida la capacidad de completar el trabajo, ya que el empleado se encuentra distraído.

Gran parte de los empleadores ha afrontado los síntomas físicos de las enfermedades de sus empleados, dejando de lado la salud mental, que no ha sido ampliamente abordada. Esta actitud crea en el empleado, temor a ser estigmatizado, ante la incapacidad de los empleadores de intervenir en el problema y ofrecer apoyo (Medibank, 2011). El temor de los empleados puede deberse a que la tasa de desempleo se está incrementando.

El presentismo también puede deberse a la falta de solidaridad en el medio ambiente laboral, en cuestiones tales como inseguridad laboral, aburrimiento, asilamiento, intimidación y acoso. El estrés también es considerado como un factor común del presentismo (Wellbeing, 2012). Las demandas laborales pueden convertirse en un tema de estrés, y cuando los empleados se sienten enfermos se encuentran en la necesidad de seguir trabajando en la misma forma que cuando se encuentran sanos,

pues ven su producción en peligro. Por ello, harán uso de estrategias para seguir produciendo igual (Demerouti & Le Blanc, 2009).

6. MEDICIÓN DE PRESENTISMO Y SU IMPACTO EN LA PRODUCTIVIDAD

Los estudiosos han medido a menudo el presentismo en cuanto a la frecuencia con que uno asiste a trabajar enfermo. Por ejemplo, Aronsson y col. Preguntaron a los participantes en qué medida en el último año se habían ido a trabajar a pesar de sentir que deberían haber tomado licencia por enfermedad. Los encuestados podían elegir Nunca, una vez, entre dos y 5 veces, y más de 5 veces.

Aparte de la medición de la frecuencia de presentismo, los investigadores suelen buscar medir los efectos de la mala salud en la productividad del trabajo. (Lerner, y otros, 2001) El Work Limitations Questionnaire (WLQ) se utiliza a menudo para realizar esta tarea. Con 25 ítems, se examina el grado en que los encuestados pueden manejar el tiempo, las demandas mentales e interpersonales y las salidas físicas.

Además, la Stanford Presenteeism Scale SPS-6 busca determinar los efectos de la salud sobre la productividad. Mide las habilidades de los participantes para concentrarse y realizar un trabajo a pesar de tener un problema de salud primaria. Mediante seis ítems, los encuestados determinan el grado en que están de acuerdo con las declaraciones que describen cómo su estado de salud puede o no afectar a su trabajo. La escala mide dos factores: como completar el trabajo y evitar la distracción. (Koopman, y otros, 2002)

Por último, otra medida utilizada frecuentemente es el World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). Este cuestionario de autoinforme adquiere información sobre las condiciones de salud de los encuestados y se les proporcionan percepciones de su desempeño en el trabajo. (Kessler, y otros, 2003)

En la actualidad el WLQ y el HPQ se han convertido en los dos instrumentos más populares; que se han creado para estimar los efectos de la salud sobre la productividad.

7. EL PRESENTISMO Y SU RELACIÓN CON EL AUSENTISMO

En algunos casos, los estudiosos se refieren al presentismo en relación al ausentismo, que es la tendencia programada de no presentarse a trabajar. Además, Johns describió la idea de que algunos creen que los factores que reducen el ausentismo aumentarán el presentismo. (Johns, 2010). Sin embargo, Aronsson afirmó que esto es plausible, pero no siempre es así porque señaló que se han encontrado altas tasas de presentismo en las industrias donde el ausentismo también fue alto. (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000)

Además, la investigación sobre ausentismo a veces es utilizada para sacar conclusiones sobre el presentismo. Por ejemplo, Virtanen y Col. encontraron que los empleados mostraron tasas mucho más altas de ausentismo, una vez que se convirtieron en trabajadores permanentes. (Virtanen, Kivimaki, Elovainio, Vahtera, & Ferrie, 2003). Los autores pensaron que este aumento podría haber sido debido a la disminución de los niveles preexistentes de presentismo. Sin embargo, no se midió directamente el presentismo. Al comentar sobre tal comportamiento en su investigación, dijo Johns que los investigadores en su revisión de la literatura no deben inferir presentismo a partir de datos obtenidos en el ausentismo. En lugar de ello, el autor observó que ambas construcciones deben medirse al mismo tiempo (Johns, 2010).

8. GESTIÓN DEL PRESENTISMO LABORAL

Debido a las consecuencias negativas del presentismo laboral en la productividad de la empresa, se han desarrollado diversos mecanismos para evitar y erradicar este problema.

Duran, (2007) Afirma que aquellas empresas que desarrollan políticas y estrategias para asegurar el bienestar de los trabajadores, tanto en el ambiente laboral como en el familiar, contribuyen enormemente a la mejora de su calidad de vida, ambiente laboral y productividad laboral.

Asimismo, algunos autores recomiendan la aplicación de una adecuada política de motivación. Para ello deben detectarse las acciones que incrementan la satisfacción de los empleados; por ejemplo la flexibilidad de horarios, conexión a objetivos de la empresa, posibilidades de crecimiento, entre otros. (Garcia, 2011, pág. 116).

Teniendo en conocimiento que el presentismo es un problema complejo, y que con el transcurso del tiempo tendrá mayores implicancias para las personas y las empresas, es necesario que los gestores adopten las medidas necesarias para aplacar este problema. (Saarvala, 2006).

En este sentido la incorporación y necesidad de un psicólogo organizacional posibilita la realización de programas y técnicas que logren una buena calidad de vida laboral, además de promover el bienestar laboral y mental de los trabajadores y la empresa.

Duran (2007) citado por (Salazar, 2011), en relación a la importancia que tiene el psicólogo en cuanto al diseño de programas que protejan al trabajador de este fenómeno y de demás afecciones comenta que: “se deben realizar programas preventivos con enfoques multidisciplinario, en los que se interviene para gestionar los problemas. Pero en este tema no hay “recetas únicas”, sino que se requieren diagnósticos específicos por cada empresa y trabajador, y luego, a partir de dichos resultados, realizar acciones concretas”. De esta manera se intenta dar a conocer como los estudios interdisciplinarios, permiten que las diferentes disciplinas se relacionen y encuentren objetivos comunes entre sí, como en este caso es el cuidado y la preservación del bienestar laboral y la calidad de vida del empleado en la organización.

Según las investigaciones realizadas sobre el presentismo en donde se generan estrategias de acción para controlar este fenómeno, (Stevens, 2005; & Hemp, 2004), consideran y resaltan la integración de los esfuerzos del departamento de Gestión

humana en relación a la creación y utilización de programas de apoyo al empleado, con el fin de que las empresas puedan conocer al trabajador en sus habilidades laborales como también en su vida familiar, con el único objetivo de mejorar la calidad de vida del empleado fuera y dentro de la organización; de esta manera se reduciría el presentismo. Respecto a estos programas impartidos por el departamento de Gestión humana, (Stevens, 2005) plantea la integración de esquemas que van en el análisis del trabajador en su dimensión física, mental y emocional, “dichos sistemas de gestión deben incorporar en sus políticas relacionadas con la gestión del recurso humano el compromiso de la alta gerencia para enfrentar el problema; y un primer paso para desarrollar una política efectiva es reconocer en el presentismo un problema actual que es necesario enfrentar”

Saarvala (2006) Propone que los empleadores aún tienen suposiciones erróneas en cuanto al bienestar del empleado; pues si se atendieran adecuadamente las necesidades de los empleados, estos comenzarían a sentirse identificados con la cultura, valores y objetivos de la empresa. El compromiso de la empresa hacia la buena gestión de la mano de obra permitirá un efecto positivo sobre la productividad y la mejora de la calidad del servicio al cliente.

Es por ello que es necesario tener acciones preventivas para que el presentismo no se convierta en un problema. Para que el empleado retorne al “juego”, es necesario que sea escuchado y sepa que hay preocupación por parte del empleador para que se encuentre una solución para todos los involucrados. Es recomendable mantener una línea abierta de comunicación entre el empleador y el empleado, y equilibrar el liderazgo con la capacidad de escuchar a los subalternos.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó una investigación cuantitativa

2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es transversal porque la recolección de datos se da en un único momento.

También es descriptivo-correlacional porque buscamos indagar los niveles de las variables y determinar el grado de relación que existe entre ellas.

3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método es de tipo cuantitativo ya que los resultados contienen magnitudes numéricas, las cuales serán obtenidas a través de una metodología estadística.

4. MUESTRA

La población está compuesta por 305 trabajadores de una empresa industrial dedicada al rubro de alimentos de la ciudad de Arequipa.

Fueron seleccionados como muestra 283 trabajadores de los cuales 275 son varones y 8 son mujeres, con edades que oscilan entre los 22 y 63 años de edad, con grados de instrucción de secundaria, técnico y superior; que tienen entre 1 a 47 años de servicio en la empresa, quienes se desempeñan en diferentes áreas como: gerencia, ejecutiva, administrativa y operativa; que perciben una remuneración que va desde el mínimo vital a más.

El muestreo fue de tipo no probabilístico y de carácter intencional porque fue tomada mediante un proceso que no brinda las mismas probabilidades de ser seleccionados a todos los trabajadores de la empresa.

Criterios de inclusión:

- Trabajadores que tienen como mínimo un año de permanencia dentro de la organización.
- Se consideran a trabajadores de ambos sexos.
- Se incluyen todas las áreas de la empresa.

Criterios de exclusión:

- Trabajadores con menos de un año de permanencia dentro de la empresa.
- Trabajadores considerados dentro del programa de capacitación laboral juvenil.
- Trabajadores bajo contrato de locación de servicios.
- Trabajadores que no completaron los cuestionarios en el día de evaluación establecido

5. INSTRUMENTOS**INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH MBI**

Nombre : Maslach Burnout Inventory (MBI)

Autores : C. Maslach Y S.E Jackson, 1981

Procedencia : Consultyng Psychologists Press, Inc, Palo Alto, California

Aplicación : Individual o colectiva, en adultos

Duración : 10 a15 minutos

Finalidad : Evaluar el síndrome de Burnout y sus dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal

Descripción : El cuestionario está constituido por 22 ítems, con formato de tipo likert, de siete puntos de calificación en forma de afirmaciones personales referidas a las actitudes, emociones, sentimientos y pensamientos del trabajador.

El MBI tiene tres dimensiones:

Agotamiento Emocional (AE): Esta dimensión abarca el nivel personal valorando la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, y la sensación de no poder dar más de sí a nivel emocional.

Consta de 9 preguntas. 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 dimensión mayor es el agotamiento emocional y el nivel de Burnout experimentado por el sujeto.

Despersonalización (D): Esta dimensión abarca el nivel social valorando el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad, distanciamiento y cinismo, tomando comportamientos distantes ante el trabajo y a los compañeros de trabajo.

Está conformada por 5 ítems. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta dimensión mayor es la despersonalización y el nivel de Burnout experimentado por el sujeto.

Realización Personal (RP). Esta dimensión abarca el nivel profesional y evalúa los sentimientos de auto eficacia profesional y realización personal en el trabajo a partir de la sensación de hacer adecuadamente las tareas y ser competente en el trabajo.

Se compone de 8 ítems. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta dimensión 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 dimensiones tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. 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 bajas en Realización Personal definen el síndrome.

Instrucciones: Al sujeto se le presenta una serie de preguntas y se le pide indicar la frecuencia con la que ha experimentado ese sentimiento con un valor de 0 a 6, donde

(0) nunca, (1) alguna vez al año, (2) una vez al mes o menos, (3) algunas veces al mes, (4) una vez por semana, (5) algunas veces por semana, (6) todos los días.

Luego de obtener la puntuación total para cada dimensión se establece el nivel en el que se manifiesta de acuerdo a los siguientes criterios:

DIMENSIONES DEL BURNOUT	NIVELES		
	BAJO	MODERADO	ALTO
Agotamiento Emocional	≤ 18	19-26	≥ 27
Despersonalización	≤ 5	6-9	≥ 10
Falta de Realización Personal	≤ 33	34-39	≥ 40

Interpretación: Puntuaciones elevadas en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización y puntuaciones bajas en la dimensión realización personal corresponden a una persona con Síndrome de Burnout.

Confiabilidad: La consistencia interna estimada por las autoras, a partir de una muestra de 1316 sujetos con el coeficiente de alfa de Cronbach es de 0.90 para el agotamiento emocional, de 0.79 para la despersonalización y de 0.71 para la falta de realización personal.

Validez: Para analizar la estructura interna de la escala se ha utilizado el análisis factorial en una muestra de 1025 sujetos, la correlación es positiva entre agotamiento emocional y despersonalización de 0.52, mientras la dimensión de falta de realización personal se relaciona negativamente con las otras dos (-0.22 y -0.26).

En cuanto a la validez convergente y apoyándose en otros trabajos anteriores, las autoras indican que las puntuaciones obtenidas en el MBI, correlacionan positivamente con:

- Las evaluaciones del comportamiento hechas por una persona que conoce bien al sujeto examinado (su pareja o compañero de puesto de trabajo).
- La presencia de algunas características del trabajador que contribuyen a experimentar Burnout.
- Las medidas en otras variables que por hipótesis, están relacionadas con el Burnout.

La validez discriminante queda demostrada en tanto que las autoras presentan evidencias de bajas correlaciones entre las escalas del MBI y otros constructos como la satisfacción laboral.

CUESTIONARIO DE SALUD Y DESEMPEÑO EN EL TRABAJO

Nombre : World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ).

Autores : Ronald Kessler, María Petukhova, Keith McInnes, 2008

Procedencia : Universidad de Harvard, Estados Unidos

Aplicación : Individual o colectiva, en adultos

Duración : 15 minutos

Finalidad : Evaluar la presencia del ausentismo y presentismo laboral, en términos de desempeño.

Descripción : El cuestionario está constituido por 17 ítems, y a su vez está dividido en dos partes; la primera denominada 'Su trabajo' (parte A) compuesta por dos escalas.

La escala de Ausentismo está conformada por 5 ítems, que hacen referencia a la cantidad de horas que el empleador espera que trabaje, y a las horas realmente trabajadas durante la semana y los últimos 28 días. También incluye un ítem diseñado como una pre-quest, para ayudar al entrevistado a dar una información más precisa.

La escala de Presentismo está conformada por 4 ítems, la primera pregunta es tipo likert en la que se pide a los encuestados responder con qué frecuencia tuvieron disminuciones en la cantidad y calidad del trabajo en su jornada laboral, y las otras tres preguntas denominadas de auto anclaje, piden al entrevistado que califique el desempeño habitual de la mayoría de trabajadores en puestos similares al suyo, luego se pide que haga una evaluación de sí mismo en términos de su desempeño usual y finalmente para evaluarse a sí mismo en los últimos 28 días.

La segunda parte (parte B) denominada 'Información demográfica', está compuesta por 8 ítems los cuales hacen referencia al sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, años de trabajo, área de trabajo, remuneración y horario de trabajo.

Instrucciones: Al sujeto se le presenta una serie de preguntas con diferentes opciones de respuestas numeradas y de tipo likert, así también se les pide completar algunas preguntas con números o breves descripciones, de manera honesta y precisamente posible.

Interpretación: El ausentismo laboral se expresa en términos de horas perdidas por mes, mientras que el presentismo es conceptualizado como una medida del desempeño, en la que una mayor puntuación indica una menor cantidad de desempeño.

NIVELES							
AUSENTISMO	ALTO		MEDIO		BAJO		NO AUSENTISMO
	0	33	34	67	68	99	100
PRESENTISMO	ALTO		MEDIO		BAJO		NO PRESENTISMO
	0	20	30	60	70	90	100

Confiabilidad y validez: Las propiedades psicométricas analizadas fueron: la validez de forma y contenido (grupo de especialistas), la confiabilidad por el Alfa de Cronbach y la estabilidad por test y retest. En la evaluación de las propiedades psicométricas la consistencia interna de la versión adaptada del HPQ, alfa de Cronbach fue de 0,74 para la sección A del instrumento, indicando alta consistencia interna. En el análisis de las concordancias de la estabilidad test-retest las concordancias fueron positivas y estadísticamente significativas.

6. PROCEDIMIENTOS

Para realizar esta investigación se solicitó la autorización pertinente a la institución encargada de realizar la evaluación ocupacional de los trabajadores de la organización.

Una vez aceptada la solicitud, se procedió a una entrevista con el encargado del área de recursos humanos para establecer las fechas de evaluación y aplicación de los cuestionarios.

Luego se preparó los cuestionarios a aplicar de acuerdo a la cantidad de trabajadores de la empresa.

La evaluación se realizó en tres momentos; el primer día se evaluó a 87 trabajadores, el segundo día a 101 trabajadores y el tercer día se evaluó a 102 trabajadores.

Una vez concluida la evaluación se procedió a la calificación de los cuestionarios, invalidando aquellos que no fueron llenados en su totalidad.

Posteriormente se procesaron los datos obtenidos con los programas Microsoft Excel y SPSS 22.

Por último, se elaboraron los cuadros y graficas de resultados con su respectivo análisis e interpretación.

CAPITULO IV

RESULTADOS

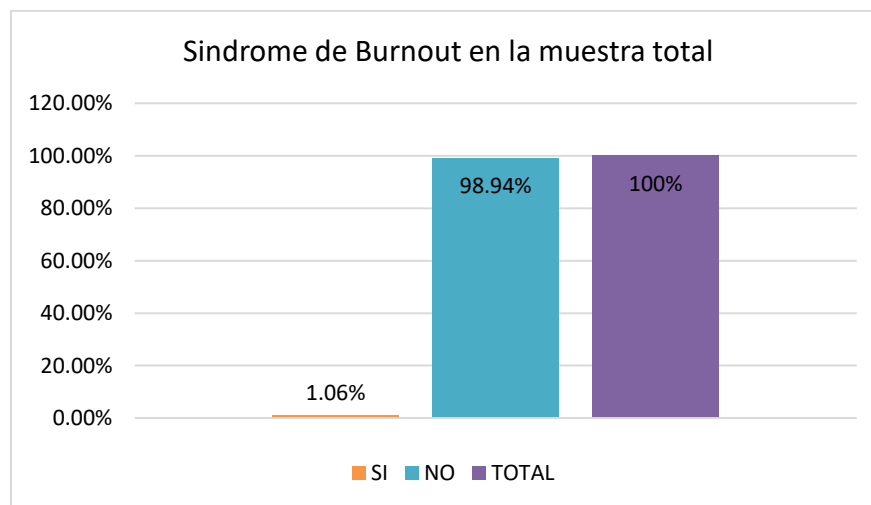
En el presente capítulo se exponen los resultados de la aplicación del Inventario de Burnout de Maslach MBI y el Cuestionario de Desempeño en el Trabajo HPQ; que miden el síndrome de burnout, y el ausentismo y presentismo laboral respectivamente. Además para la investigación se tomó en cuenta las siguientes variables socio demográficas: sexo, edad, grado de instrucción, años de trabajo, estado civil, área de trabajo y remuneración.

Las unidades de estudio y análisis fueron integradas por los trabajadores que llevan laborando más de un año en la empresa industrial; la aplicación de los instrumentos se realizó en coordinación con la institución encargada de las evaluaciones a dicha organización.

Los datos obtenidos se objetivizan mediante tablas estadísticas, obtenidas a través de la aplicación del programa SPSS, que a continuación presentamos. Así también se describirán los resultados estadísticos de los datos obtenidos.

Tabla 1: Recuento general de la presencia del Síndrome de Burnout en la muestra total

Síndrome de Burnout	Presencia		Total
	Si	No	
Recuento	3	280	283
%	1.06%	98.94%	100%



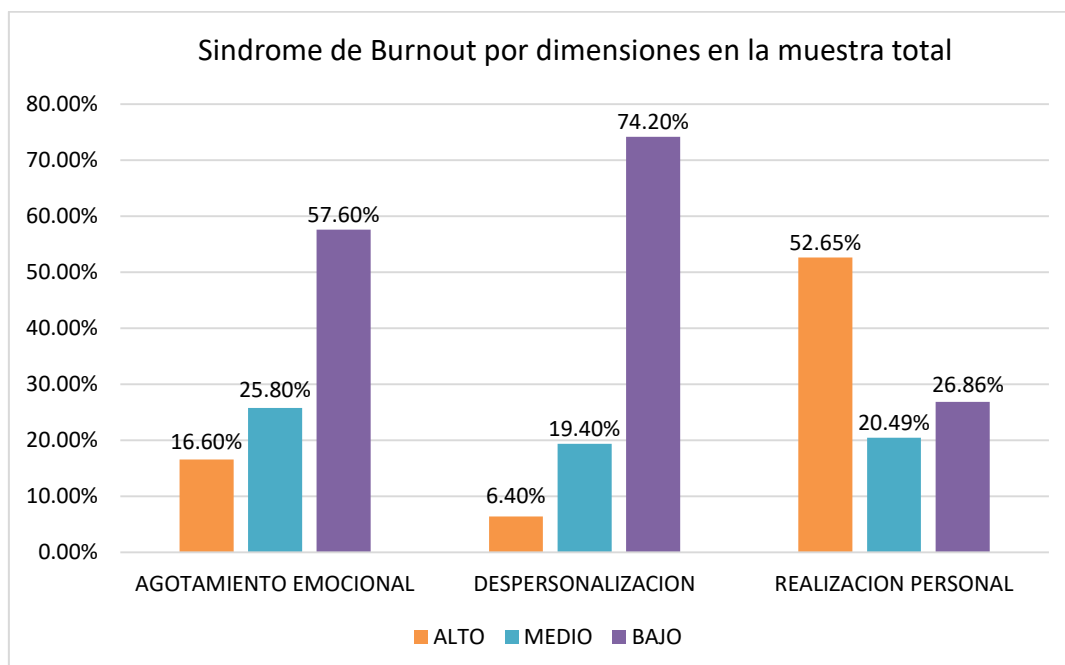
INTERPRETACIÓN

El cuadro muestra de manera general, que existe un mayor porcentaje de sujetos que no presentan Síndrome de Burnout (98.94%), lo que indica que la mayor parte de los trabajadores poseen una calidad de vida laboral adecuada desarrollando su trabajo con motivación, buen humor, teniendo control laboral y buenas relaciones con sus compañeros y superiores; además tienen en claro sus roles favoreciéndoles en el desempeño y la obtención de resultados y la consecuente satisfacción con su trabajo.

También observamos que el 1,06% de trabajadores presentan síndrome de Burnout, no por ser un número menor debemos de ignorarlo, ya que es un indicio de que en la empresa hay algunos factores como: la sobrecarga laboral, pobreza de rol, conflicto de rol, horarios de trabajo, políticas organizacionales las que podrían estar generando el surgimiento de dicho síndrome en los trabajadores.

Tabla 2: Recuento por niveles de las dimensiones del Síndrome de Burnout en la muestra total

Dimensiones del Síndrome de Burnout		Niveles			Total
		Alto	Medio	Bajo	
Agotamiento Emocional	Recuento	47	73	163	283
	%	16.6%	25.8%	57.6%	100%
Despersonalización	Recuento	18	55	210	283
	%	6.4%	19.4%	74.2%	100%
Realización Personal	Recuento	149	58	76	283
	%	52.65%	20.49%	26.86%	100%



INTERPRETACIÓN

El cuadro muestra por escalas que existe un mayor porcentaje de sujetos que presentan niveles bajos de agotamiento emocional (57.6%), despersonalización (74.2%) y alta realización personal (52.65%).

Lo que evidencia el hecho de que la mayoría de los trabajadores responden de manera adecuada a las demandas de su trabajo, sus relaciones laborales son favorables y se encuentran satisfechos en su ambiente de trabajo.

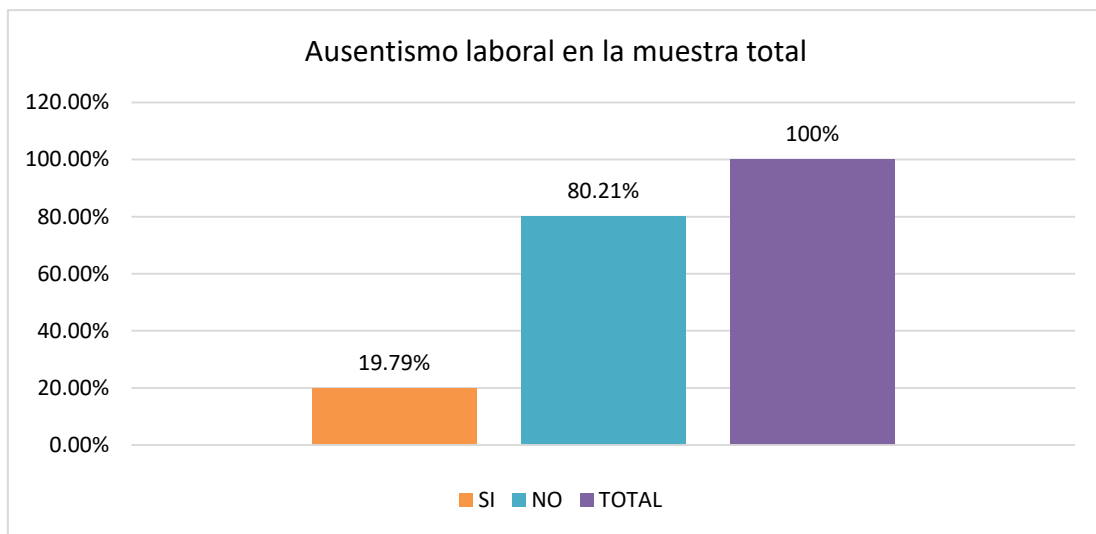
Si bien es cierto que la mayoría de los trabajadores presentan bajo agotamiento emocional esto no indica ausencia total de dicha dimensión, ya que el 16.6 % equivalente a 47 personas si presentan agotamiento; reflejándolo como falta de ganas

de seguir trabajando, apatía, aburrimiento y fatiga. También vemos que el 6.4% de los trabajadores presentan despersonalización, adoptando conductas de aislamiento con los compañeros de trabajo, mostrándose indiferentes y rompiendo con su entorno laboral. Por último se observa que el 26.86% equivalente a 76 trabajadores, manifiesta poca realización personal, presentando dificultades en la resolución de problemas y desvalorización a nivel personal y laboral.

Como hemos analizado, los trabajadores en su mayoría se desenvuelven de manera adecuada, manteniendo a la empresa en un estado de salud laboral favorable, no obstante en un futuro esta tendencia podría variar, sino se toman las medidas preventivas en relación con el menor número de trabajadores que si presentan predisposición a desarrollar el síndrome de Burnout.

Tabla 3: Recuento general de la presencia del Ausentismo laboral en la muestra total

Ausentismo laboral	Presencia		Total
	Si	No	
Recuento	56	227	283
%	19.79%	80.21%	100%



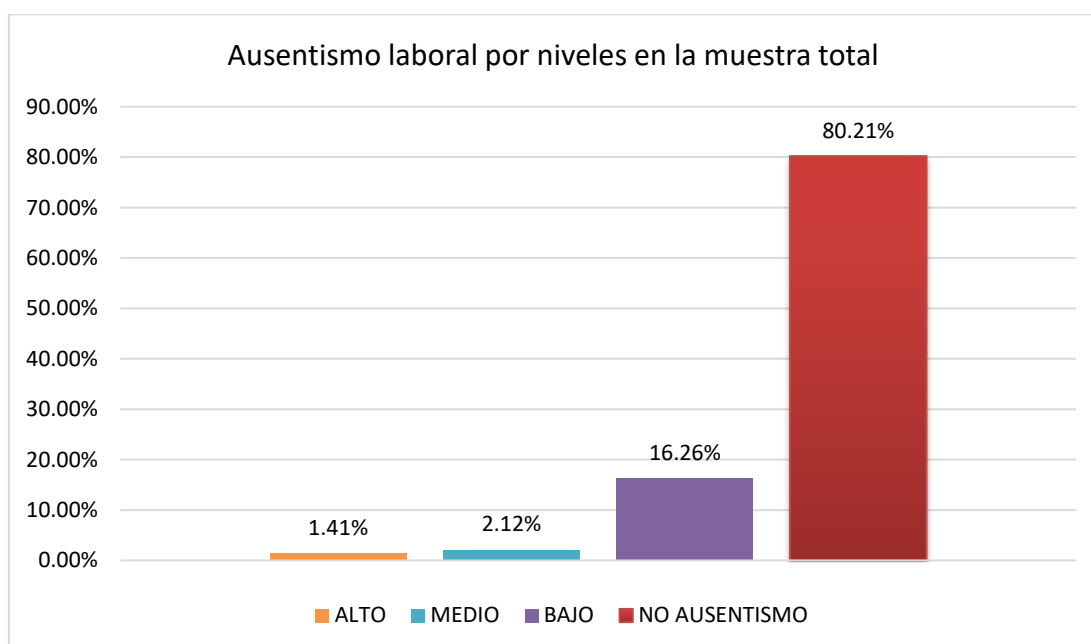
INTERPRETACIÓN

El cuadro muestra que existe un mayor porcentaje de sujetos que no presentan ausentismo laboral (80.21%). Por lo que podríamos decir que los trabajadores dentro de su espacio laboral en su mayoría no se ausentan o abandonan el trabajo, mostrando compromiso con su trabajo y con sus compañeros, así también presentando bienestar físico y emocional.

Por otro lado observamos que el 19.79% de los trabajadores se ausentan de sus puestos de trabajo por motivos de salud física o mental, tratamientos, tensión en el trabajo, problemas familiares u otros motivos como la evasión a algunas actividades de trabajo o confrontación con compañeros, fatiga laboral, que muchas veces están enmascaradas y justificadas por otros motivos, afín de aminorar el malestar y reequilibrar su relación con el entorno laboral.

Tabla 4: Recuento por niveles del ausentismo laboral en la muestra total

Ausentismo laboral	Niveles				Total
	Alto	Medio	Bajo	No Ausentismo	
Recuento	4	6	46	227	283
%	1,41%	2.12%	16.26%	80.21%	100%



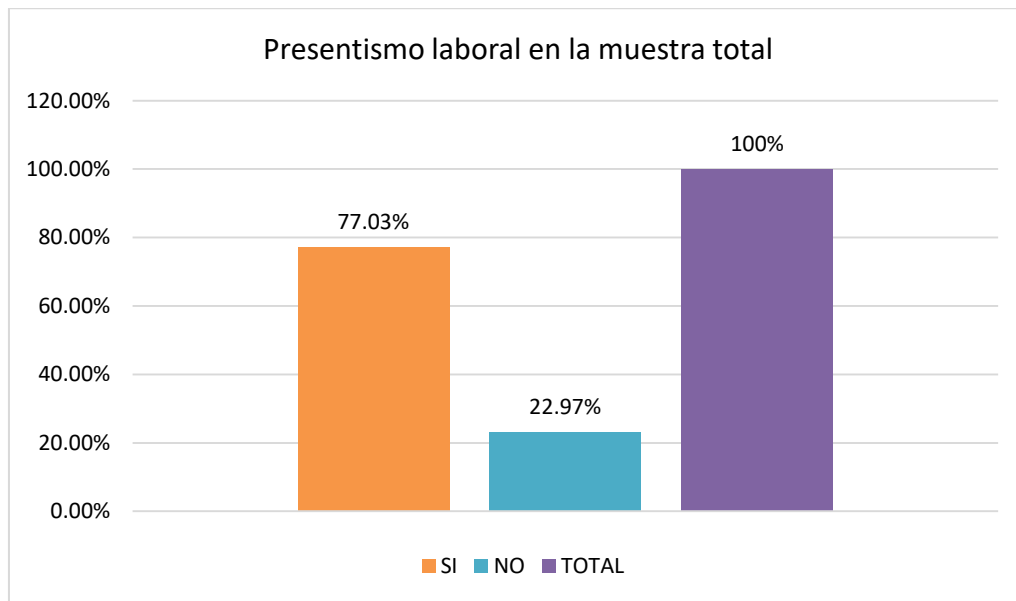
INTERPRETACIÓN

El cuadro muestra que existe un mayor porcentaje de sujetos que no presentan ausentismo (80.21%). Esto se debe al sistema de trabajo que tienen en la empresa ya que los trabajadores pueden hacer horas extras reconocidas aumentando sus horas trabajadas frente a las horas que espera su empleador que trabaje. Además estos trabajadores se encuentran motivados y comprometidos con su trabajo

Por otra parte podemos observar un 16,26% de los trabajadores presenta un nivel bajo de ausentismo, el 2,12% evidencia ausentismo medio y en un número menor siendo 1,41% presenta ausentismo alto, indicándonos que estos trabajadores podrían estar faltando o perdiendo horas de trabajo por motivos de salud física o mental, problemas familiares o laborales, esto podría estar perjudicando la productividad de la empresa y ocasionándole pérdidas económicas, a su vez afectaría el bienestar del trabajador dando como resultado la separación y desvinculación de la organización.

Tabla 5: Recuento general de la existencia de presentismo laboral en la muestra total

Presentismo laboral	Presencia		Total
	Si	No	
Recuento	218	65	283
%	77.03%	22.97%	100%



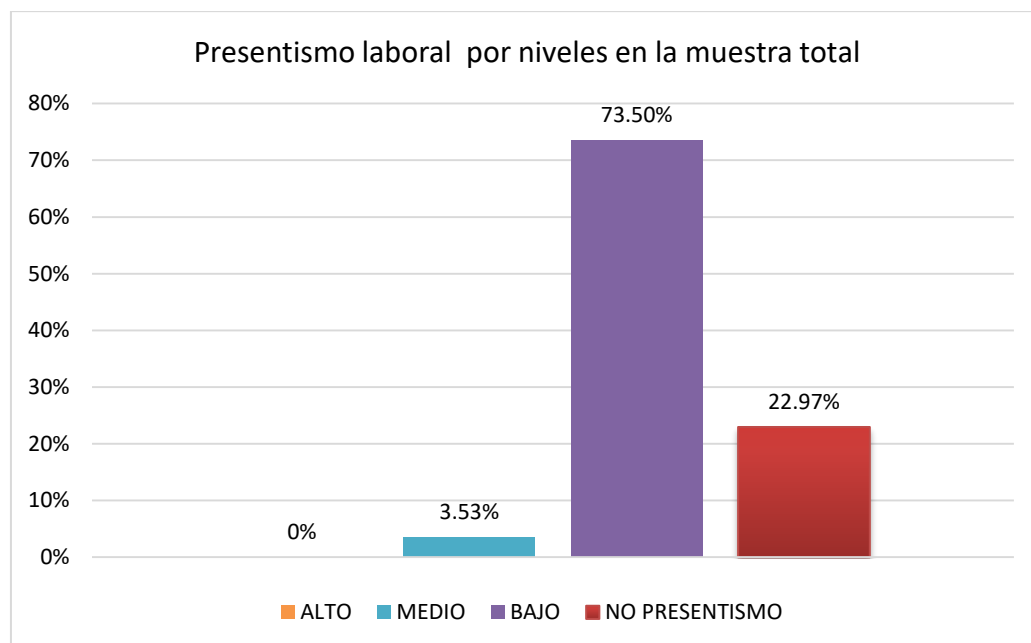
INTERPRETACIÓN

El cuadro muestra que existe un mayor porcentaje de sujetos que manifiestan presentismo laboral (77.03%), es decir que la mayoría de trabajadores están presentes en su trabajo sin estarlo realmente, no desempeñando sus labores de manera óptima, ya sea por problemas de salud, problemas sociales, distracciones y dificultades en el trabajo, ocasionando una disminución en la productividad y pérdidas a la empresa.

Por otra parte observamos que el 22.97% de los trabajadores realizan sus funciones de manera eficaz, manteniendo una productividad adecuada y constante.

Tabla 6: Recuento por niveles del presentismo laboral en la muestra total

Presentismo laboral	Niveles				Total
	Alto	Medio	Bajo	No Presentismo	
Recuento	0	10	208	65	283
%	-	3.53%	73.50%	22.97%	100%



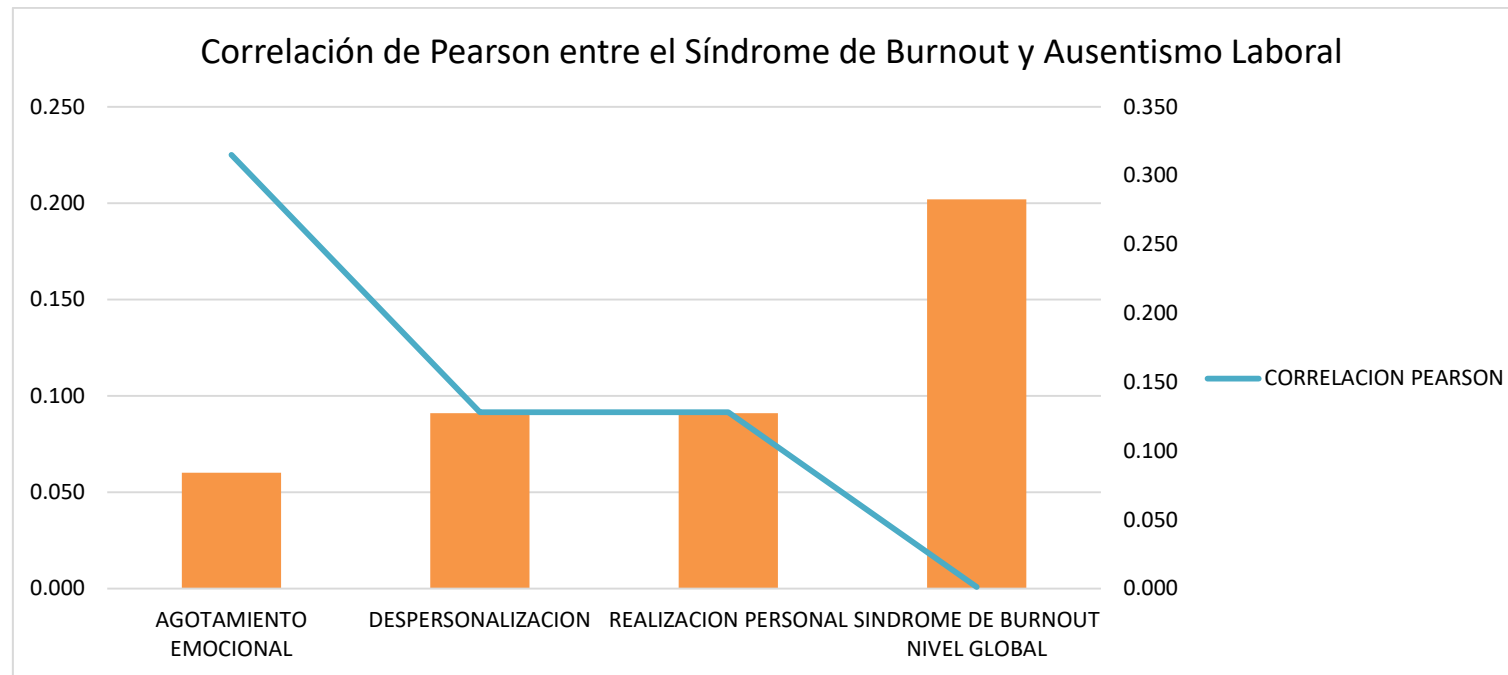
INTERPRETACIÓN

El cuadro muestra que el 22.97% de trabajadores cumple con sus funciones de manera responsable y su desempeño es óptimo dentro de la organización. Por otra parte existe un mayor porcentaje de trabajadores que presentan niveles bajos de presentismo laboral (73.5%), coligiendo que la mayoría de trabajadores disminuyen su desempeño durante su jornada laboral, mostrando distraibilidad, malestar por motivos de salud, u otros motivos, perjudicando la productividad de la empresa. Mientras un 3.53% presentan un presentismo medio teniendo una disminución mayor de su rendimiento y cumplimiento de funciones en comparación con los anteriores, generando mayores consecuencias negativas en la empresa.

Tabla 7: Correlación de Pearson entre el Síndrome de Burnout por dimensiones y a nivel global con el Ausentismo Laboral

	Dimensiones del Síndrome de Burnout									Nivel global del Síndrome de Burnout		
	Agotamiento Emocional			Despersonalización			Realización personal					
Ausentismo Laboral	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N
	,060	,315	283	,091	,128	283	-,021	,730	283	,202**	,001	283

** Significancia de correlación al 0,01 (bilateral).



INTERPRETACIÓN

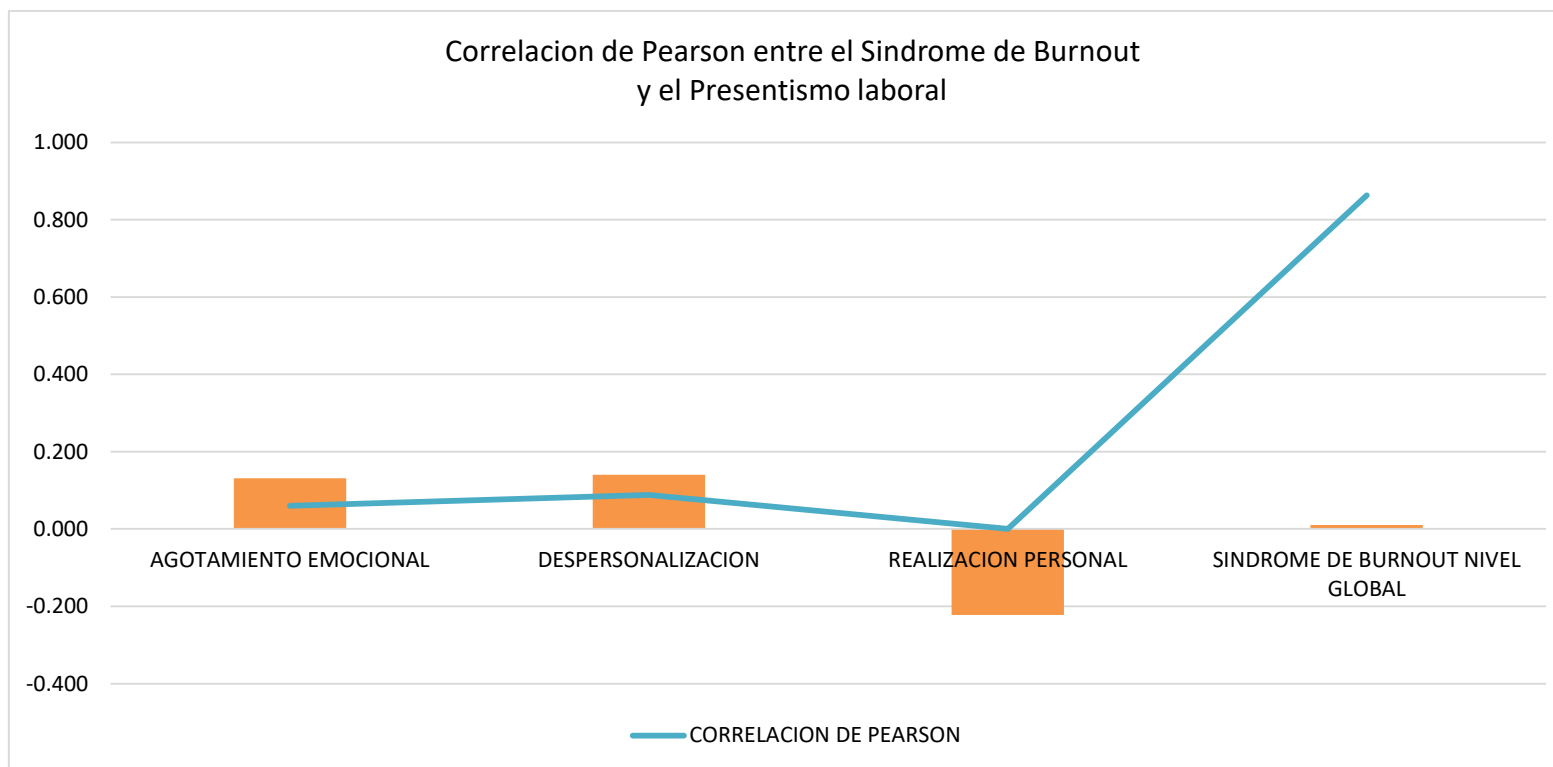
En el cuadro se observa que existe correlación significativa entre las variables síndrome de Burnout (a nivel global) y el ausentismo ($r=,202$; $p>0.01$) pero no muestra una correlación significativa entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y el ausentismo. ($r= .060$, $p>0.05$; $r= .091$, $p>0.05$; $r= -.021$, $p>0.05$). Por lo que colegimos que la presencia del síndrome de Burnout de manera global es causa del ausentismo laboral; sin embargo ninguna de sus dimensiones guarda relación directa con el fenómeno de ausentismo laboral. Es así que los trabajadores que tienen cargas de trabajo pesadas y sentimientos de ser poco apreciados pueden causar en ellos la necesidad de evitar ir al trabajo.

Tabla 8: Correlación de Pearson entre el Síndrome de Burnout por dimensiones y a nivel global con el Presentismo Laboral

Presentismo Laboral	Dimensiones del Síndrome de Burnout									Nivel global del Síndrome de Burnout		
	Agotamiento emocional			Despersonalización			Realización Personal					
	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N
	,131*	,027	283	,088	,140	283	-,222**	,000	283	,010	,863	283

(*) Significancia de correlación al 0.05

(**) Significancia de correlación al 0.01



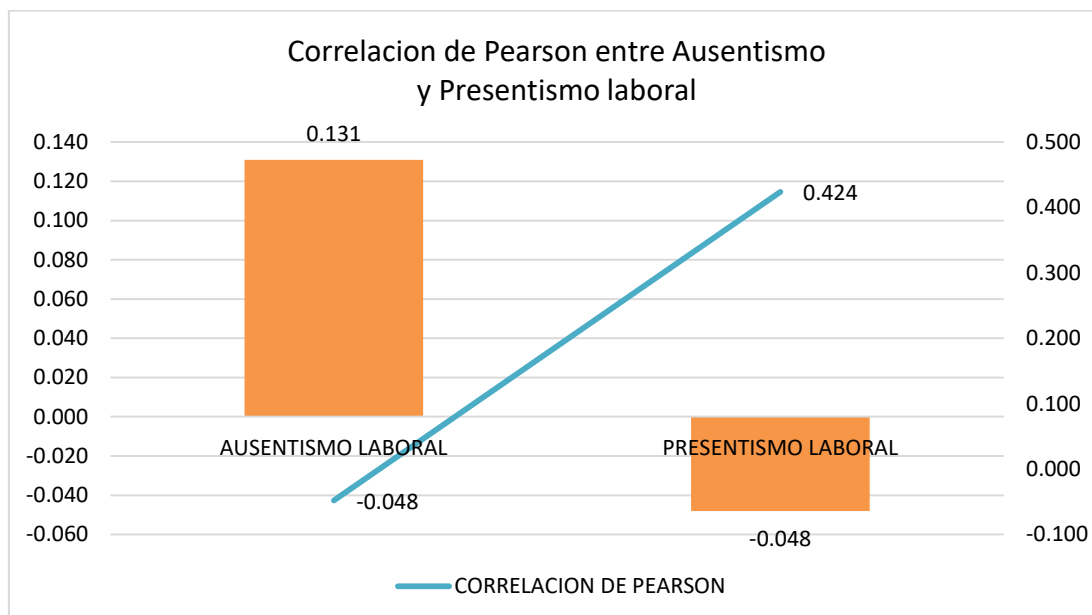
INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observa que no existe correlaciones significativas entre las variables Síndrome de Burnout y Presentismo a nivel global ($r = .010$, $p > 0.05$). Mientras que por dimensiones, se observa que solo existe una correlación significativa débil en la dimensión agotamiento emocional ($r = .131$, $p < 0.05$) y una correlación negativa significativa débil en la dimensión de realización personal ($r = -.222$, $p < 0.01$). Por lo que inferimos

que el síndrome de Burnout a nivel global, no es una causa del presentismo laboral. Sin embargo el síndrome de burnout en su dimensión de agotamiento emocional guarda correlación débil con el presentismo laboral, mostrando que los trabajadores que presentan fatiga en el trabajo, cansancio y apatía en el momento de realizar sus labores tienden a mostrar conductas presentistas disminuyendo así su rendimiento; por otro lado vemos que la dimensión realización personal guarda una relación negativa débil, infiriendo que los trabajadores que se sienten menos realizados laboralmente tienden a hacer presentismo.

Tabla 9: Correlación de Pearson entre el Ausentismo y Presentismo laboral

		AUSENTISMO	PRESENTISMO
AUSENTISMO	Correlación de Pearson	1	-,048
	Sig. (bilateral)		,424
	N	283	283
PRESENTISMO	Correlación de Pearson	-,048	1
	Sig. (bilateral)	,424	
	N	283	283



INTERPRETACIÓN

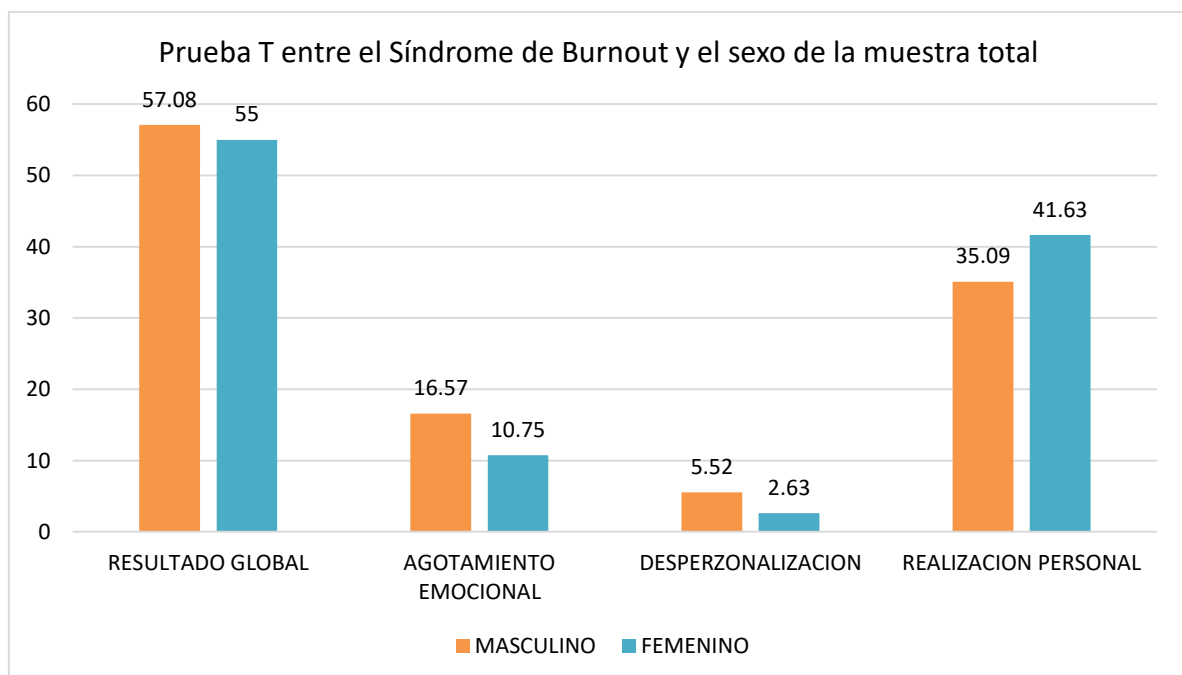
En el cuadro se observa que no existe correlación significativa entre las variables ausentismo y presentismo laboral ($r = -.048$, $p > 0.05$).

Lo que nos indica que dentro de la organización, dichos fenómenos no se relacionan de manera directa, por lo tanto un trabajador que muestra conductas ausentistas no necesariamente hace presentismo.

VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS

Tabla 10: Correlación mediante Prueba T entre el Síndrome de Burnout y el sexo de la muestra total

Síndrome de Burnout	Sexo	N	Media	Desviación estándar	T	gl	Sig. (bilateral)
Resultado Global	Masculino	275	57.08	15.220	.385	281	.700
	Femenino	8	55.00	7.211			
Agotamiento Emocional	Masculino	275	16.57	11.262	1.450	281	.148
	Femenino	8	10.75	7.741			
Despersonalización	Masculino	275	5.52	5.093	1.595	281	.112
	Femenino	8	2.63	3.662			
Realización Personal	Masculino	275	35.09	9.517	1.931	281	.054
	Femenino	8	41.63	5.605			



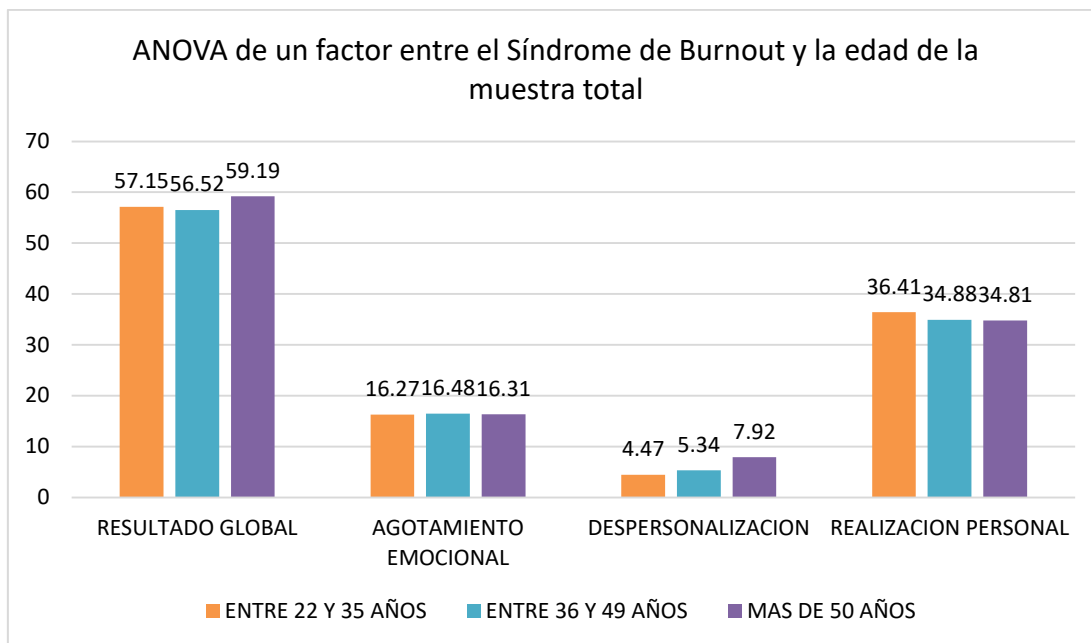
INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observa que no existen diferencias significativas entre el sexo y la presencia de Síndrome de Burnout, tanto a nivel general como por dimensiones ($p>0.05$).

Debido a que la mayoría de trabajadores no manifiestan el síndrome de burnout y por ello el género no es un factor que determina la existencia de dicho síndrome en la muestra estudiada.

Tabla 11: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el Síndrome de Burnout y la edad de la muestra total

Síndrome de Burnout	Edad	N	Media	Desviación Estándar	gl	f	Sig.
Resultado Global	Entre 22 y 35 años	74	57.15	13.470	2	.472	.624
	Entre 36 y 49 años	173	56.52	15.935			
	Más de 50 años	36	59.19	13.870			
	Total	283	57.02	15.050			
Agotamiento Emocional	Entre 22 y 35 años	74	16.27	11.339	2	.011	.990
	Entre 36 y 49 años	173	16.48	11.020			
	Más de 50 años	36	16.31	12.142			
	Total	283	16.40	11.210			
Despersonalización	Entre 22 y 35 años	74	4.47	4.714	2	5.860	.003
	Entre 36 y 49 años	173	5.34	5.003			
	Más de 50 años	36	7.92	5.469			
	Total	283	5.44	5.076			
Realización Personal	Entre 22 y 35 años	74	36.41	8.347	2	.715	.490
	Entre 36 y 49 años	173	34.88	10.141			
	Más de 50 años	36	34.81	8.393			
	Total	283	35.27	9.485			

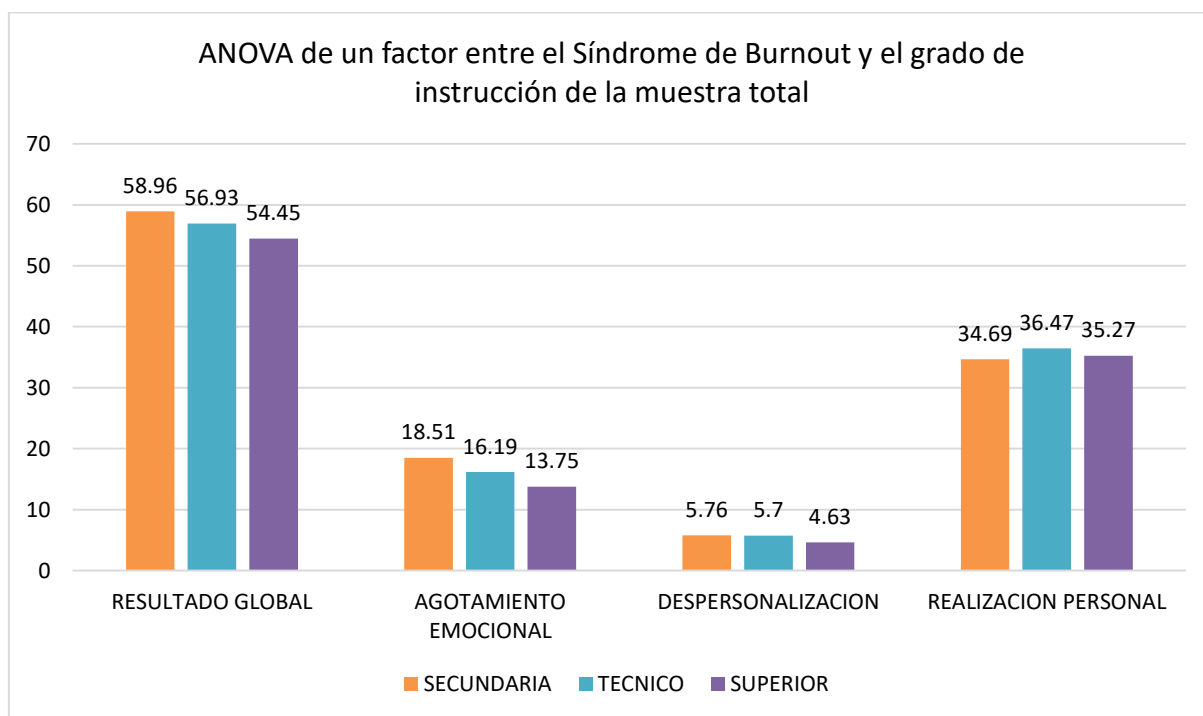


INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observa que solo existen diferencias significativas entre edad y la dimensión despersonalización; donde los sujetos que tienen más de 50 años, puntúan más alto a diferencia de los sujetos más jóvenes ($f= 5.860$, $p<0.05$). Se infiere que dichos resultados pueden deberse al desgaste que producen los años continuos de trabajo; haciendo que estos trabajadores muestren frialdad, indiferencia y mal humor con sus compañeros de trabajo, además que no disfrutan de sus actividades laborales lo que afecta su desempeño en su lugar de trabajo.

Tabla 12: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el Síndrome de Burnout y el grado de instrucción de la muestra total

Síndrome de Burnout	Grado de instrucción	N	Media	Desviación estándar	gl	F	sig.
Resultado Global	Secundaria	106	58.96	17.028	2	2.009	.136
	Técnico	101	56.93	13.715			
	Superior	76	54.45	13.521			
	Total	283	57.02	15.050			
Agotamiento Emocional	Secundaria	106	18.51	12.700	2	4.107	.017
	Técnico	101	16.19	10.569			
	Superior	76	13.75	9.181			
	Total	283	16.40	11.210			
Despersonalización	Secundaria	106	5.76	5.385	2	1.319	.269
	Técnico	101	5.70	4.925			
	Superior	76	4.63	4.800			
	Total	283	5.44	5.076			
Realización Personal	Secundaria	106	34.69	10.531	2	.857	.425
	Técnico	101	34.98	8.865			
	Superior	76	36.47	8.726			
	Total	283	35.27	9.485			



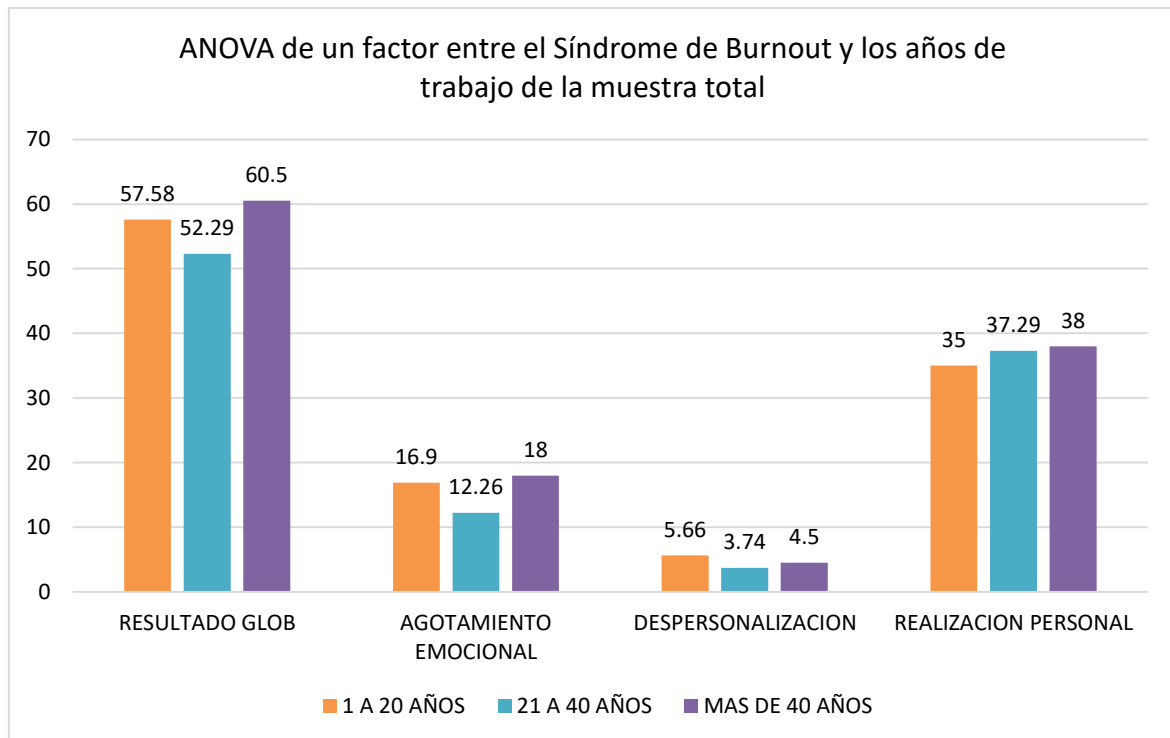
INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observa que solo existen diferencias significativas entre el grado de instrucción y la dimensión agotamiento emocional; donde los sujetos que solo tienen educación secundaria puntúan más alto a diferencia de los sujetos con educación técnica y superior ($f= 4.107$, $p<0.05$).

Los trabajadores con educación secundaria tienden a presentar fatiga con mayor facilidad, debido al poco desarrollo y formación educativa, por lo que los cambios en las tareas que se pueden presentar en su puesto de trabajo les generan tensión y dificultades en su adaptación.

Tabla 13: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el Síndrome de Burnout y los años de trabajo de la muestra total

Síndrome de Burnout	Años de trabajo	N	Media	Desviación estándar	gl	f	sig.
Resultado global	Entre 1 año a 20 años	250	57.58	15.164	2	1.769	.172
	Entre 21 a 40 años	31	52.29	13.922			
	Más de 40 años	2	60.50	.707			
	Total	283	57.02	15.050			
Agotamiento Emocional	Entre 1 año a 20 años	250	16.90	11.502	2	2.413	.091
	Entre 21 a 40 años	31	12.26	7.925			
	Más de 40 años	2	18.00	2.828			
	Total	283	16.40	11.210			
Despersonalización	Entre 1 año a 20 años	250	5.66	5.158	2	2.010	.136
	Entre 21 a 40 años	31	3.74	4.235			
	Más de 40 años	2	4.50	.707			
	Total	283	5.44	5.076			
Realización Personal	Entre 1 año a 20 años	250	35.00	9.628	2	.887	.413
	Entre 21 a 40 años	31	37.29	8.415			
	Más de 40 años	2	38.00	1.414			
	Total	283	35.27	9.485			

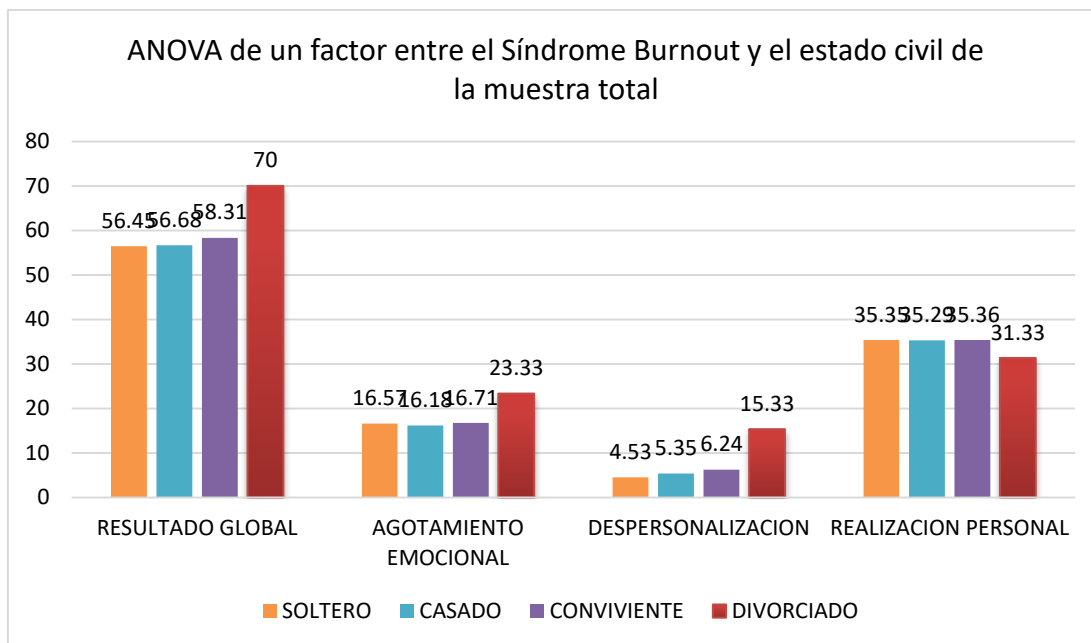


INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observa que no existen diferencias significativas entre los años de trabajo y el síndrome de Burnout, a nivel general como por dimensiones ($p > 0.05$). Lo que indica que el tiempo de trabajo no determina la presencia o ausencia de Síndrome de Burnout.

Tabla 14: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el Síndrome Burnout y el estado civil de la muestra total

Síndrome de Burnout	Estado Civil	N	Media	Desviación Estándar	gl	F	Sig.
Resultado Global	Soltero	51	56.45	13.855	3	.901	.441
	Casado	187	56.68	14.619			
	Conviviente	42	58.31	17.810			
	Divorciado	3	70.00	21.284			
	Total	283	57.02	15.050			
Agotamiento Emocional	Soltero	51	16.57	11.131	3	.420	.739
	Casado	187	16.18	11.122			
	Conviviente	42	16.71	11.744			
	Divorciado	3	23.33	14.468			
	Total	283	16.40	11.210			
Despersonalización	Soltero	51	4.53	4.351	3	4.909	.002
	Casado	187	5.35	4.830			
	Conviviente	42	6.24	6.176			
	Divorciado	3	15.33	5.132			
	Total	283	5.44	5.076			
Realización Personal	Soltero	51	35.35	7.835	3	.174	.914
	Casado	187	35.29	9.469			
	Conviviente	42	35.36	11.523			
	Divorciado	3	31.33	8.021			
	Total	283	35.27	9.485			

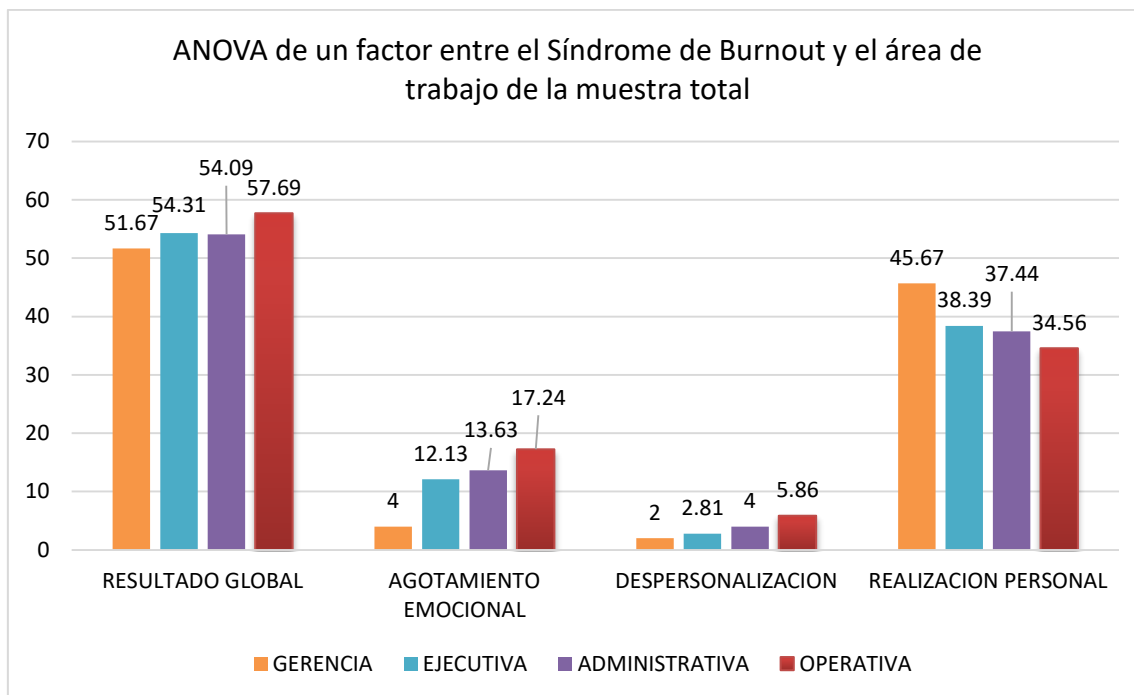


INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observa que solo existen diferencias significativas entre el estado civil y la dimensión despersonalización ($f= 4.909$; $p<0.05$), así los sujetos divorciados tienen una mayor predisposición a experimentar despersonalización. Lo que significa que las personas divorciadas pueden experimentar sentimientos de inadecuación en su entorno laboral, insensibilidad hacia los demás y sentimientos de culpa; evidenciando que los problemas personales y la falta de apoyo de la pareja influyen en el desenvolvimiento laboral y el posible padecimiento del síndrome de burnout.

Tabla 15: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el Síndrome de Burnout y el área de trabajo de la muestra total

Síndrome de Burnout	Área de Trabajo	N	Media	Desviación Estándar	gl	F	Sig.
Resultado Global	Gerencia	3	51.67	4.726	3	.852	.466
	Ejecutiva	16	54.31	9.329			
	Administrativa	32	54.09	13.780			
	Operativa	232	57.69	15.577			
	Total	283	57.02	15.050			
Agotamiento Emocional	Gerencia	3	4.00	4.583	3	3.160	.025
	Ejecutiva	16	12.13	6.407			
	Administrativa	32	13.63	9.026			
	Operativa	232	17.24	11.601			
	Total	283	16.40	11.210			
Despersonalización	Gerencia	3	2.00	3.464	3	3.364	.019
	Ejecutiva	16	2.81	3.331			
	Administrativa	32	4.00	4.135			
	Operativa	232	5.86	5.219			
	Total	283	5.44	5.076			
Realización Personal	Gerencia	3	45.67	3.215	3	3.273	.022
	Ejecutiva	16	39.38	7.117			
	Administrativa	32	37.44	8.195			
	Operativa	232	34.56	9.680			
	Total	283	35.27	9.485			



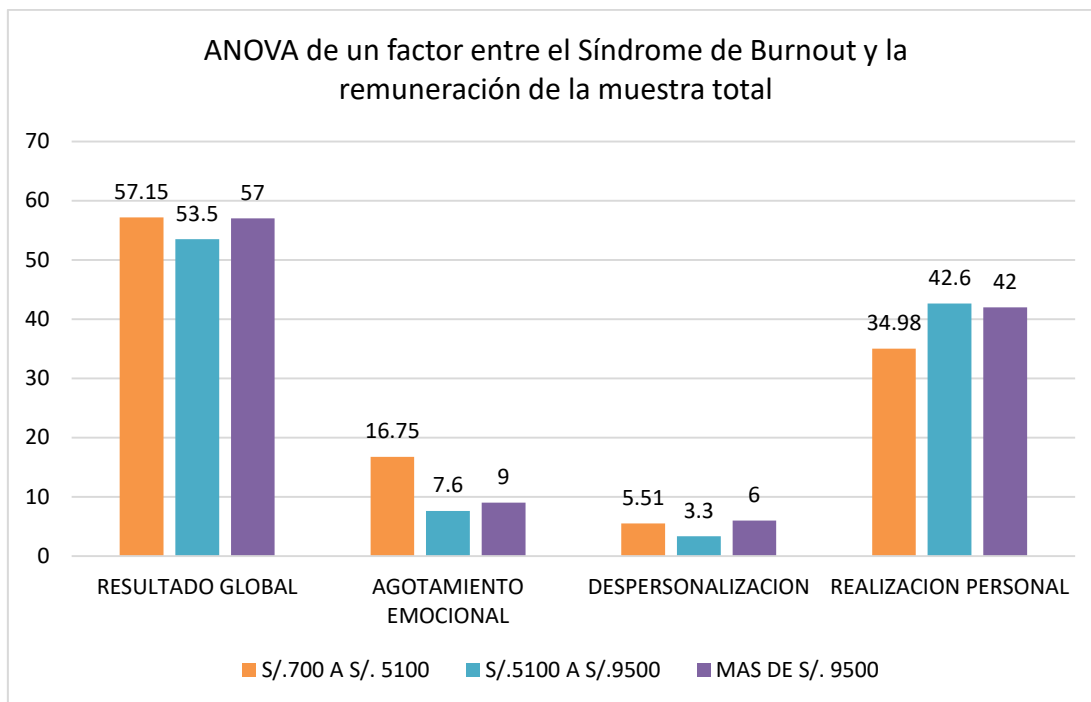
INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observa que existen diferencias significativas en las dimensiones agotamiento emocional ($F= 3.160$; $p<0.05$), despersonalización ($F= 3.364$; $p<0.05$) y falta de realización personal ($F= 3.273$; $p<0.05$), respecto al área de trabajo, así los sujetos que trabajan en el área operativa tienden a experimentar un mayor agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal y no a nivel global en síndrome de Burnout.

De estos resultados se evidencia que los trabajadores del área operativa presentan pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga, frustración y aburrimiento; manifiestan cambios negativos de actitudes y respuestas sociales inadecuadas hacia las personas de su entorno laboral mostrando respuestas negativas hacia el trabajo y a sí mismos; debido a la naturaleza de sus tareas y a las funciones que exigen mayor demanda física y emocional al ser la muestra estudiada en una empresa industrial.

Tabla 16: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el Síndrome de Burnout y la remuneración de la muestra total

Síndrome de Burnout	Remuneración	N	Media	Desviación Estándar	gl	F	Sig.
Resultado Global	Entre S/.700 a S/.5100	272	57.15	15.252	2	.283	.754
	Entre S/.5100 a S/.9500	10	53.50	8.847			
	Más de S/.9500	1	57.00	-			
	Total	283	57.02	15.050			
Agotamiento Emocional	Entre S/.700 a S/.5100	272	16.75	11.250	2	3.495	.032
	Entre S/.5100 a S/.9500	10	7.60	5.542			
	Más de S/.9500	1	9.00	-			
	Total	283	16.40	11.210			
Despersonalización	Entre S/.700 a S/.5100	272	5.51	5.102	2	.924	.398
	Entre S/.5100 a S/.9500	10	3.30	4.270			
	Más de S/.9500	1	6.00	-			
	Total	283	5.44	5.076			
Realización Personal	Entre S/.700 a S/.5100	272	34.98	9.516	2	3.425	.034
	Entre S/.5100 a S/.9500	10	42.60	4.993			
	Más de S/.9500	1	42.00	-			
	Total	283	35.27	9.485			



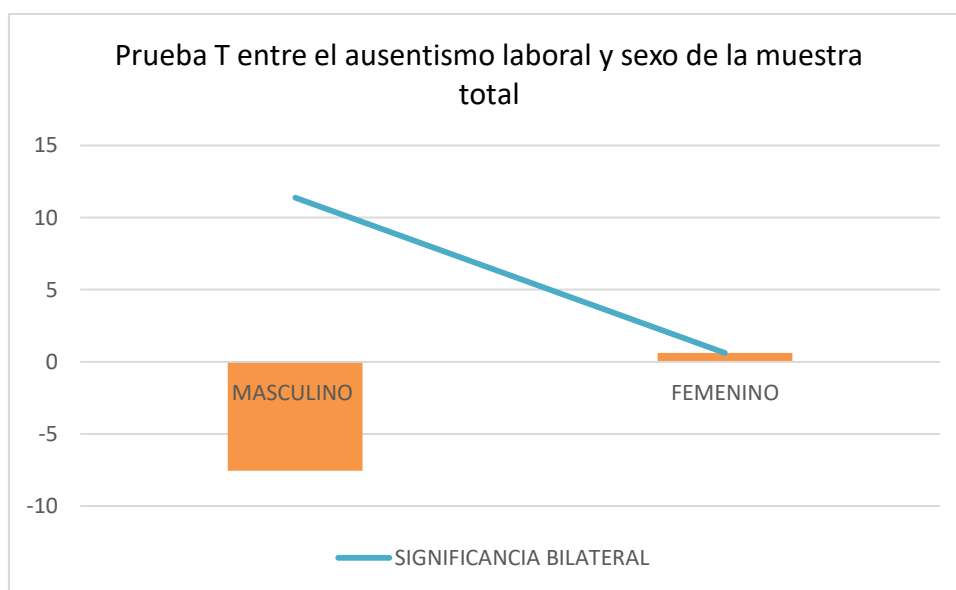
INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observa que existen diferencias significativas en las dimensiones agotamiento emocional ($f= 3.495$; $p<0.05$) y realización personal ($f= 3.425$; $p<0.05$), respecto a la remuneración recibida, así los sujetos que perciben ingresos más bajos tienden a experimentar un mayor agotamiento emocional y menos realización personal.

En consecuencia los trabajadores que perciben menor remuneración presentan mayor fatiga y desgaste emocional, al igual que pesimismo en relación a su situación actual y su visión acerca del futuro. Siendo la remuneración un elemento básico para cubrir las necesidades de los trabajadores y la de sus familias.

Tabla 17: Correlación mediante Prueba T entre el ausentismo laboral y sexo de la muestra total

Sexo	N	Media	Desviación estándar	t	gl	Sig. (bilateral)
Masculino	275	-7.55	103.781	-.515	28	.607
Femenino	8	11.38	19.733		1	

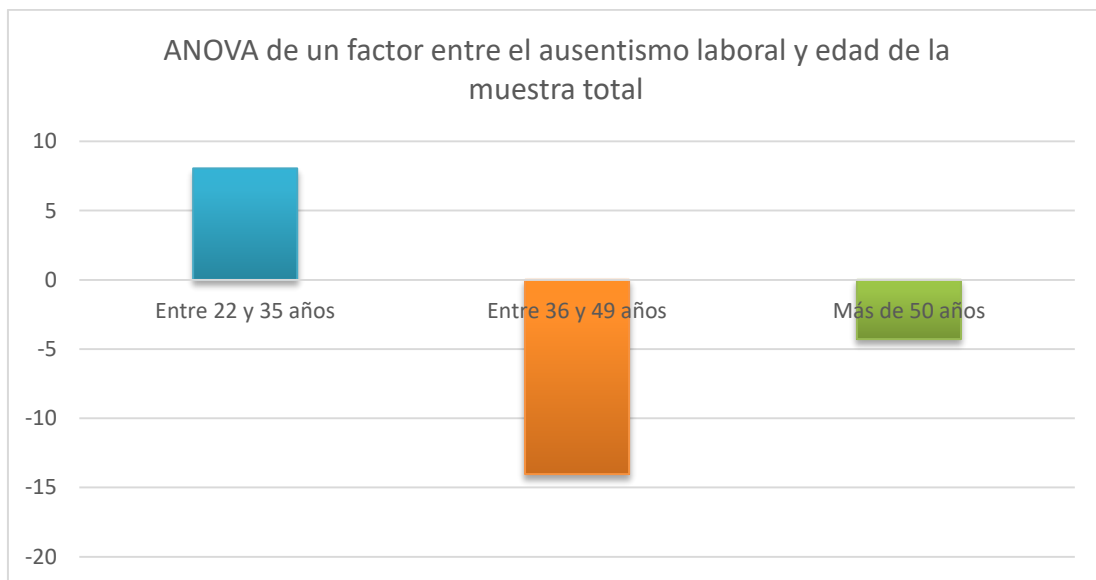


INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observan que no existen diferencias significativas entre varones y mujeres respecto a la presencia de ausentismo. ($p > 0.05$).

Tabla 18: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el ausentismo laboral y edad de la muestra total

Edad	N	Media	Desviación estándar	gl	f	Sig.
Entre 22 y 35 años	74	8.05	43.995	2	1.223	.296
Entre 36 y 49 años	173	-14.03	126.815			
Más de 50 años	36	-4.28	25.976			
Total	283	-7.02	102.393			

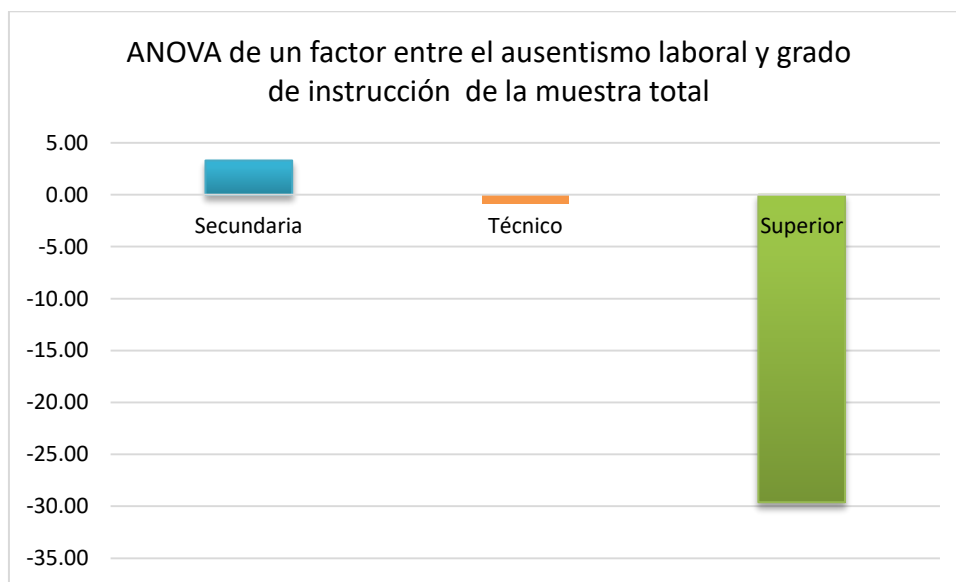


INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observa que no existen diferencias significativas entre las edades de los sujetos y la presencia de ausentismo. ($p > 0.05$).

Tabla 19: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el ausentismo laboral y grado de instrucción de la muestra total

Grado de instrucción	N	Media	Desviación estándar	gl	f	Sig.
Secundaria	106	3.30	32.383	2	2.600	.076
Técnico	101	-.85	36.005			
Superior	76	-29.61	188.431			
Total	283	-7.02	102.393			

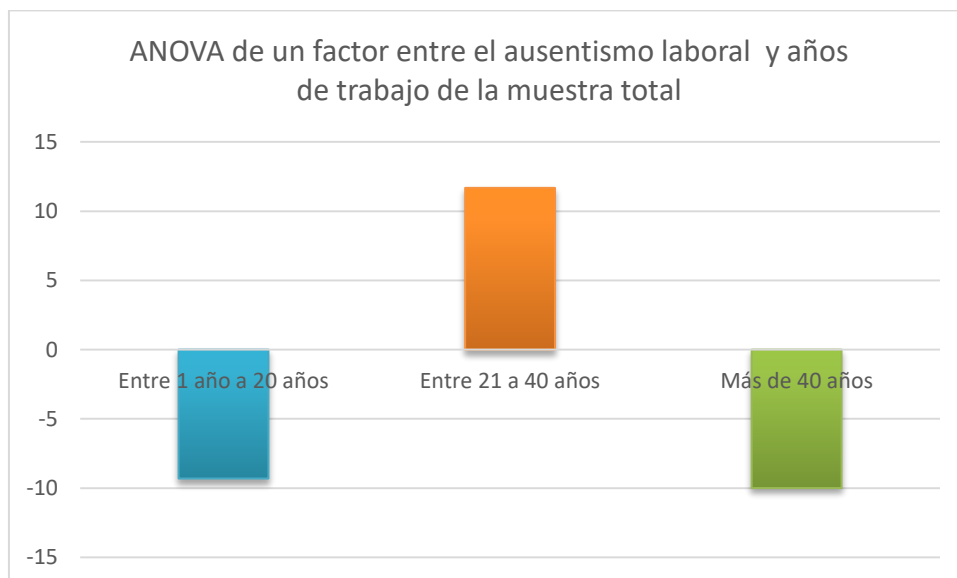


INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observa que no existen diferencias significativas entre el grado de instrucción de los sujetos y la presencia de ausentismo. ($p > 0.05$).

Tabla 20: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el ausentismo laboral y años de trabajo de la muestra total

Años de trabajo	N	Media	Desviación estándar	Gl	f	Sig.
Entre 1 año a 20 años	250	-9.31	108.010	2	579	.561
Entre 21 a 40 años	31	11.68	36.321			
Más de 40 años	2	-10.00	2.828			
Total	283	-7.02	102.393			

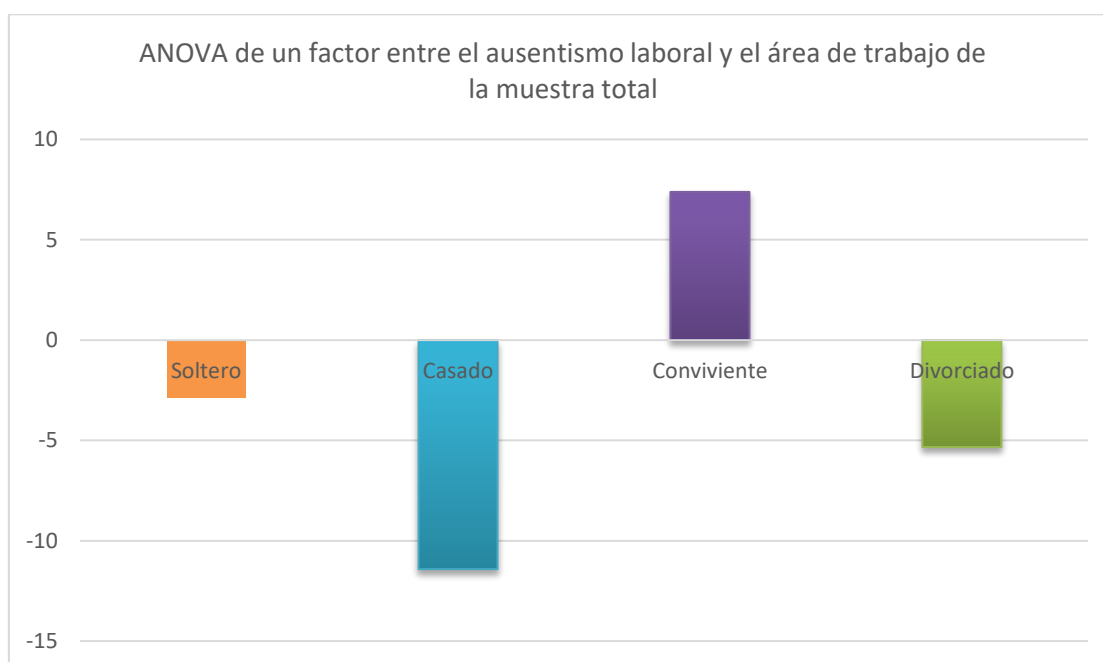


INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observan que no existen diferencias significativas entre los años que llevan trabajando los sujetos y la presencia de ausentismo. ($p > 0.05$).

Tabla 21: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el ausentismo laboral y el estado civil de la muestra total

Estado Civil	N	Media	Desviación estándar	gl	F	Sig.
Soltero	51	-2.86	29.582	3	.417	.741
Casado	187	-11.41	123.548			
Conviviente	42	7.38	38.409			
Divorciado	3	-5.33	4.619			
Total	283	-7.02	102.393			

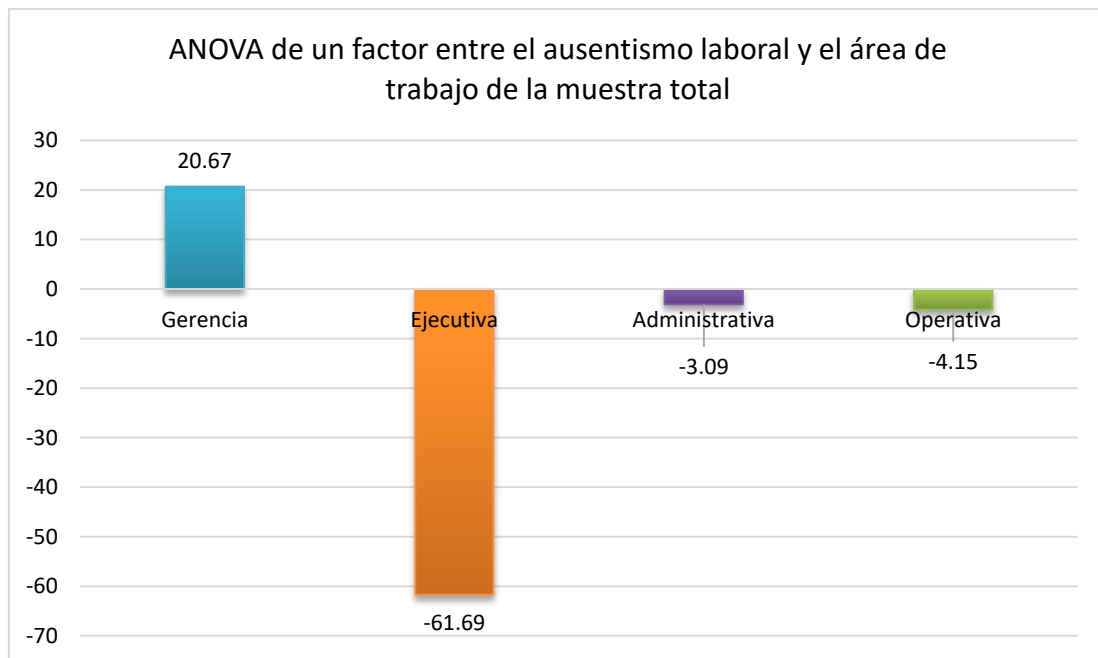


INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observan que no existen diferencias significativas entre el estado civil de los sujetos y la presencia de ausentismo. ($p > 0.05$).

Tabla 22: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el ausentismo laboral y el área de trabajo de la muestra total

Área de trabajo	N	Media	Desviación estándar	gl	f	sig.
Gerencia	3	20.67	17.926	3	1.682	.171
Ejecutiva	16	-61.69	231.910			
Administrativa	32	-3.09	37.288			
Operativa	232	-4.15	94.287			
Total	283	-7.02	102.393			

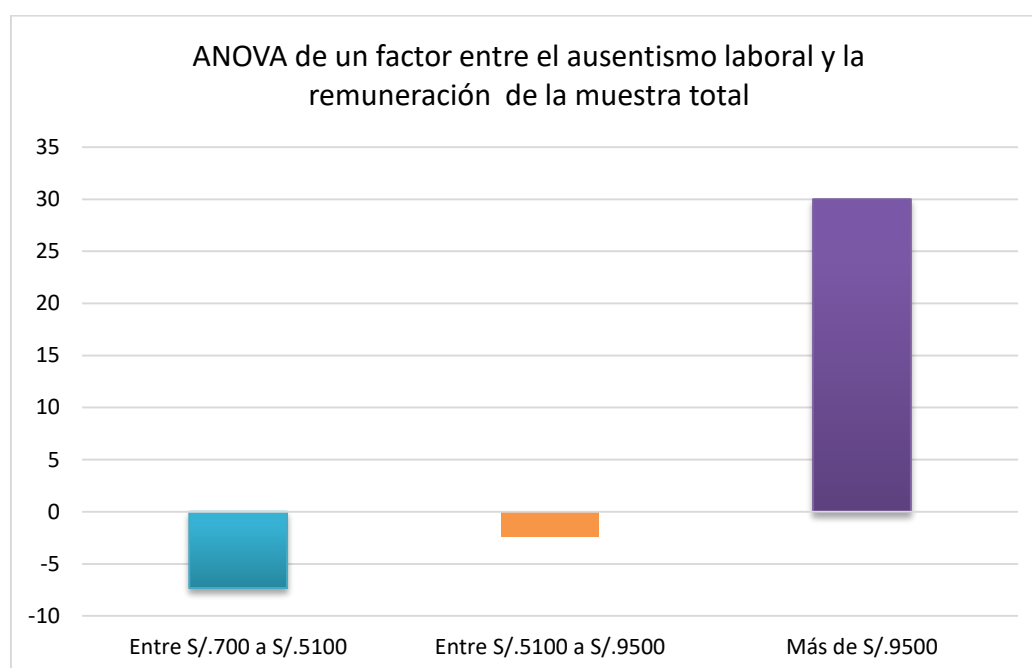


INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observan que no existen diferencias significativas entre las áreas de trabajo de los sujetos y la presencia de ausentismo. ($p > 0.05$).

Tabla 23: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el ausentismo laboral y la remuneración de la muestra total

Remuneración	N	Media	Desviación estándar	gl	f	Sig.
Entre S/.700 a S/.5100	272	-7.32	104.383	2	.076	.927
Entre S/.5100 a S/.9500	10	-2.40	15.686			
Más de S/.9500	1	30.00	-			
Total	283	-7.02	102.393			

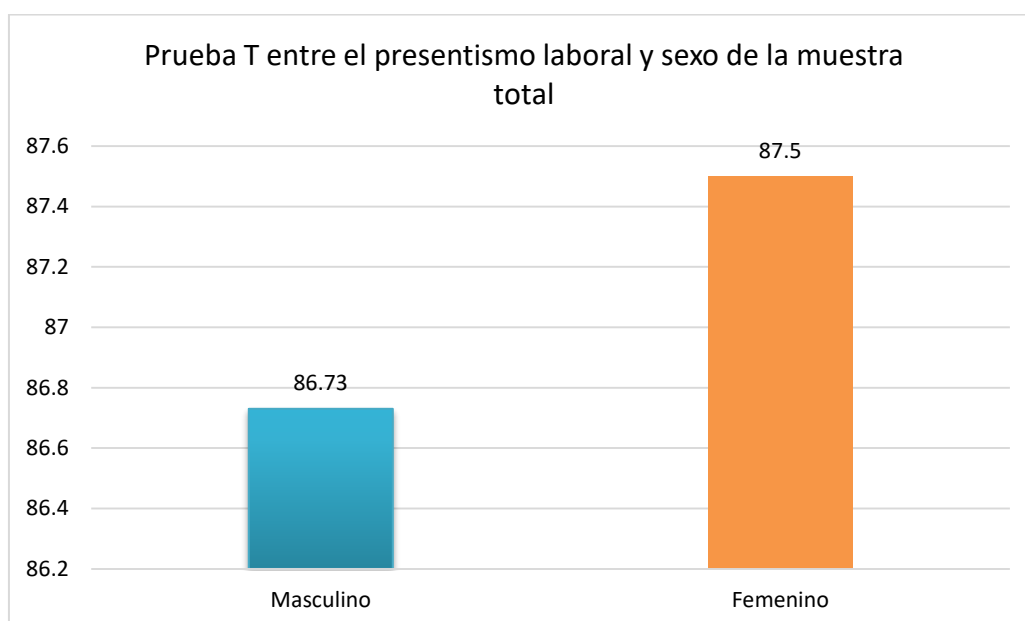


INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observan que no existen diferencias significativas entre la remuneración de los sujetos y la presencia de ausentismo ($p > 0.05$).

Tabla 24: Correlación mediante prueba T entre el presentismo laboral y sexo de la muestra total

Sexo	N	Media	Desviación estándar	T	gl	Sig. (bilateral)
Masculino	275	86.73	10.917	-.198	281	.843
Femenino	8	87.50	8.864			

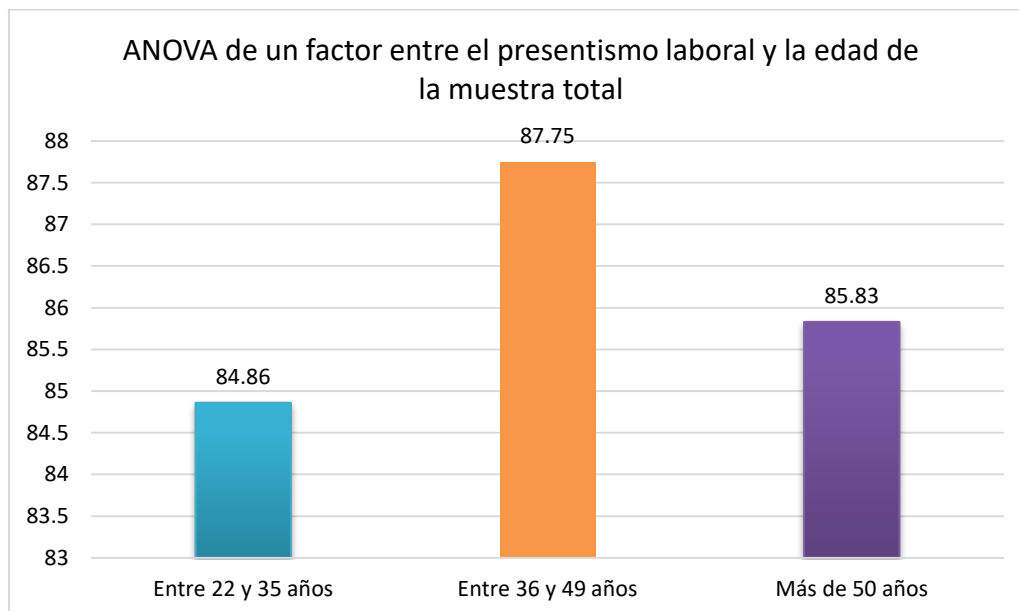


INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observan que no existen diferencias significativas entre varones y mujeres respecto al presentismo ($p > 0.05$).

Tabla 25: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el presentismo laboral y la edad de la muestra total

Edad	N	Media	Desviación estándar	gl	F	Sig.
Entre 22 y 35 años	74	84.86	9.543	2	1.987	.139
Entre 36 y 49 años	173	87.75	10.735			
Más de 50 años	36	85.83	13.390			
Total	283	86.75	10.852			

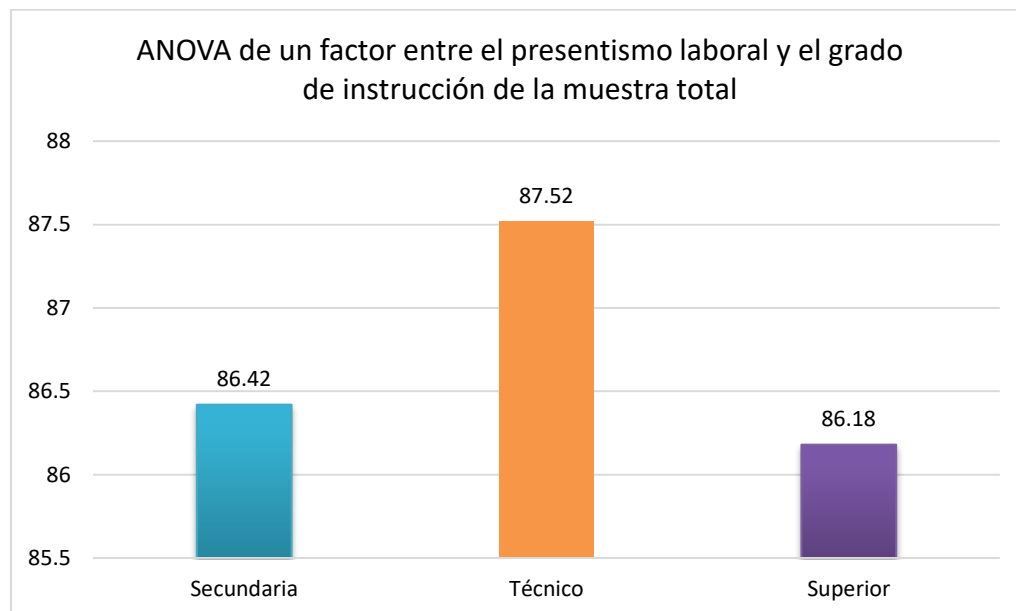


INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observan que no existen diferencias significativas entre la edad de los sujetos y el presentismo ($p > 0.05$).

Tabla 26: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el presentismo laboral y el grado de instrucción de la muestra total

Grado de instrucción	N	Media	Desviación estándar	gl	f	Sig.
Secundaria	106	86.42	10.707	2	.409	.664
Técnico	101	87.52	10.431			
Superior	76	86.18	11.658			
Total	283	86.75	10.852			

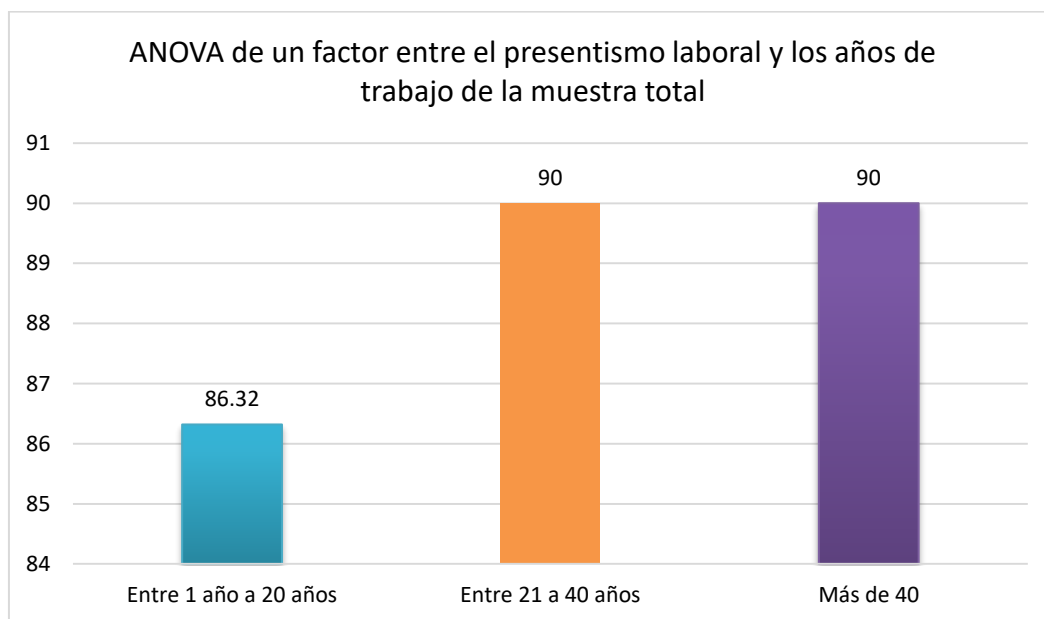


INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observan que no existen diferencias significativas entre el grado de instrucción de los sujetos y el presentismo ($p > 0.05$).

Tabla 27: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el presentismo laboral y los años de trabajo de la muestra total

Años de trabajo	N	Media	Desviación estándar	gl	f	Sig.
Entre 1 año a 20 años	250	86.32	10.942	2	1.684	.187
Entre 21 a 40 años	31	90.00	10.000			
Más de 40	2	90.00	0.000			
Total	283	86.75	10.852			

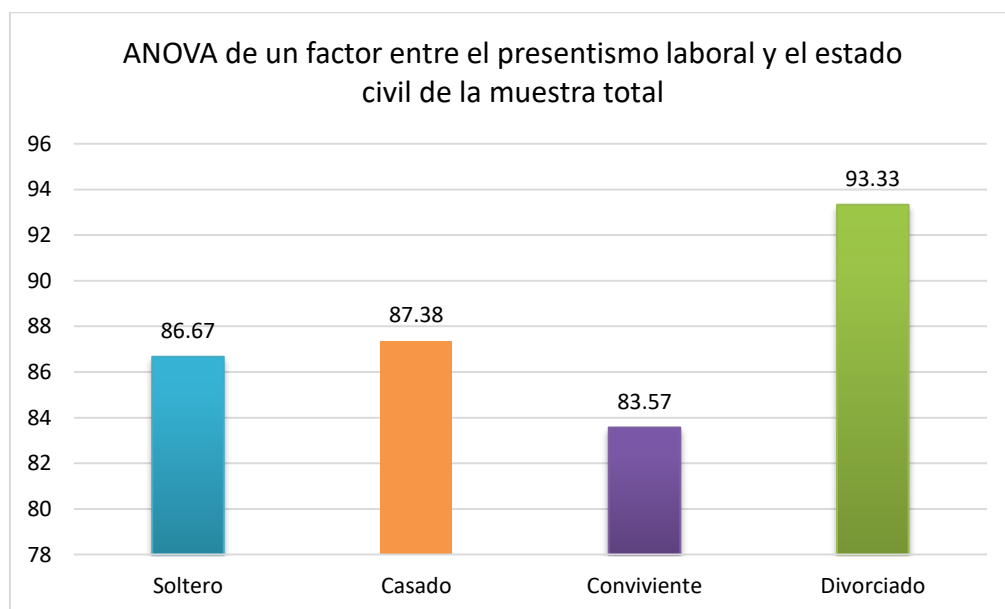


INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observan que no existen diferencias significativas entre los años de trabajo y el presentismo ($p > 0.05$).

Tabla 28: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el presentismo laboral y el estado civil de la muestra total

Estado Civil	N	Media	Desviación estándar	gl	f	Sig.
Soltero	51	86.67	9.933	3	1.795	.148
Casado	187	87.38	10.880			
Conviviente	42	83.57	11.650			
Divorciado	3	93.33	5.774			
Total	283	86.75	10.852			

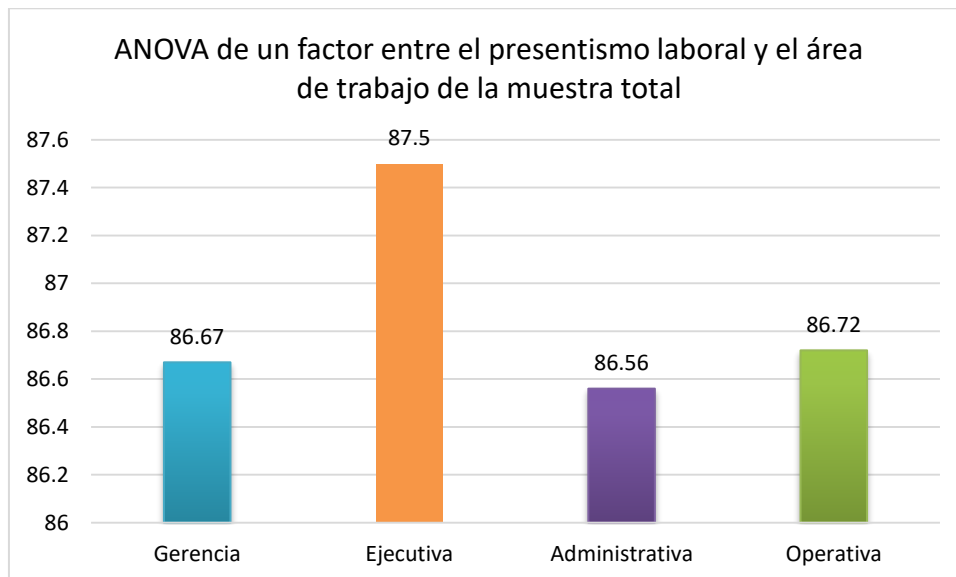


INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observan que no existen diferencias significativas entre el estado civil de los sujetos y el presentismo ($p > 0.05$).

Tabla 29: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el presentismo laboral y el área de trabajo de la muestra total

Área de trabajo	N	Media	Desviación estándar	gl	f	Sig.
Gerencia	3	86.67	5.774	3	.029	.993
Ejecutiva	16	87.50	12.383			
Administrativa	32	86.56	8.654			
Operativa	232	86.72	11.110			
Total	283	86.75	10.852			

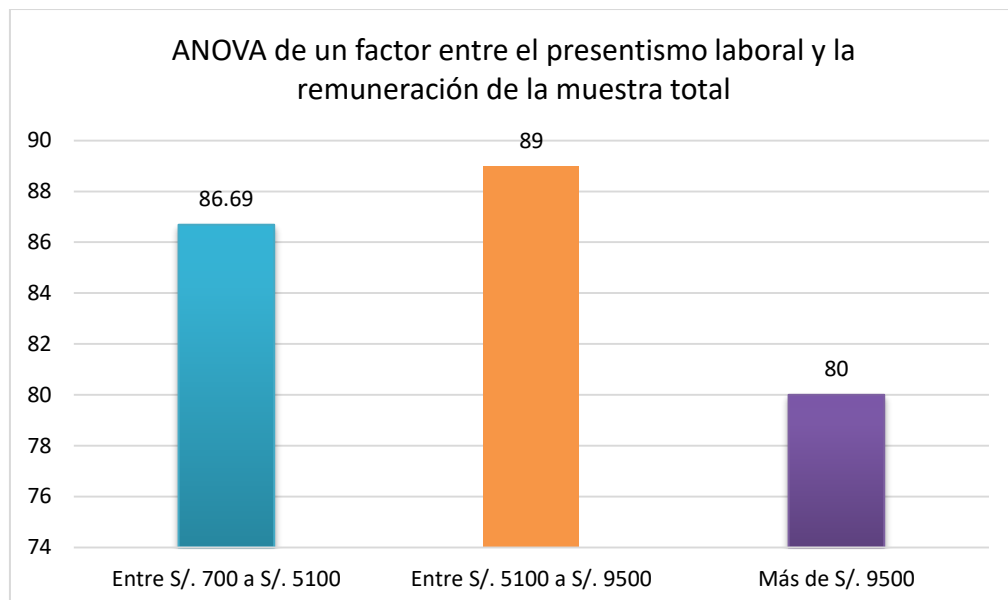


INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observan que no existen diferencias significativas entre las áreas de trabajo de los sujetos y el presentismo ($p > 0.05$).

Tabla 30: Correlación mediante ANOVA de un factor entre el presentismo laboral y la remuneración de la muestra total

Remuneración	N	Media	Desviación estándar	gl	f	Sig.
Entre S/. 700 a S/. 5100	272	86.69	10.836	2	.411	.664
Entre S/. 5100 a S/. 9500	10	89.00	11.972			
Más de S/. 9500	1	80.00	-			
Total	283	86.75	10.852			



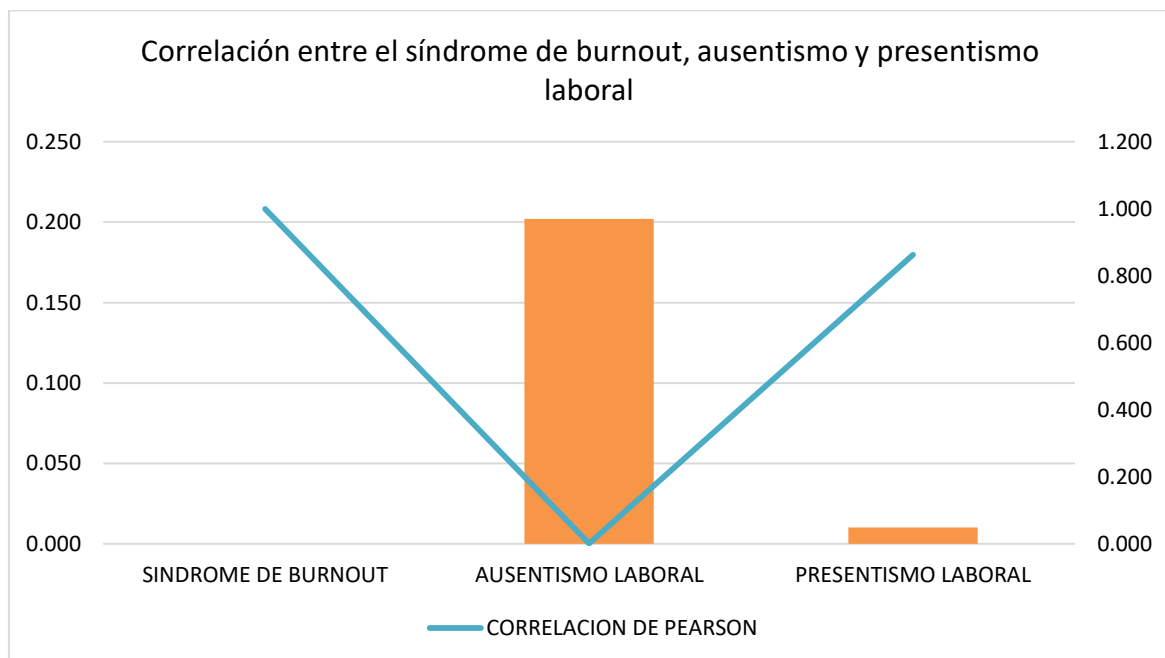
INTERPRETACIÓN

En el cuadro se observan que no existen diferencias significativas entre la remuneración de los sujetos y el presentismo laboral ($p > 0.05$).

Tabla 31: Correlación entre el síndrome de burnout, ausentismo y presentismo laboral

		SÍNDROME DE BURNOUT	AUSENTISMO	PRESENTISMO
SÍNDROME DE BURNOUT	Correlación de Pearson	1	,202**	,010
	Sig. (bilateral)		,001	,863
	N	283	283	283
AUSENTISMO	Correlación de Pearson	,202**	1	-,048
	Sig. (bilateral)	,001		,424
	N	283	283	283
PRESENTISMO	Correlación de Pearson	,010	-,048	1
	Sig. (bilateral)	,863	,424	
	N	283	283	283

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).



INTERPRETACIÓN

En el cuadro podemos observar que el síndrome de Burnout tiene correlación significativa con el ausentismo ($r=.202$; $p>0.01$) mas no guarda correlación directa con el presentismo ($r=.010$; $p>0.05$).

De lo cual podemos inferir que los trabajadores de la empresa industrial que sienten agotamiento, frustración, apatía, aislamiento y que el trabajo no vale la pena, tienden a evitar ir a su centro de labores o buscan motivos para ausentarse del trabajo.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

De acuerdo a la literatura y a las investigaciones revisadas sobre Síndrome de Burnout y su relación con el ausentismo y presentismo laboral; no se evidencian estudios anteriores de este tema, no obstante han sido analizados por separado. Cabe resaltar que el Síndrome de Burnout presenta mayores estudios en comparación con el Ausentismo y Presentismo Laboral, que son fenómenos recientemente investigados, en el campo de la psicología organizacional.

En el presente estudio encontramos que los valores obtenidos en el Síndrome de Burnout sobre el total de la muestra y puntajes por dimensiones, indican que la mayor parte de los trabajadores no presentan Burnout, dichos resultados coinciden con la investigación realizada por Sigcha (2012-2013), quien a su vez encontró que la mayoría de trabajadores de la empresa industrial de ELEPCO S.A. no presentan Burnout, lo que significa que los trabajadores se encuentran en un estado de bienestar y satisfacción laboral.

Respecto a la relación entre el Síndrome de Burnout y el ausentismo laboral podemos afirmar que hay una relación significativa a nivel global y mas no por dimensiones; en concordancia con los estudios realizados por Rangel, y otros (2008), quienes afirman que si existe relación entre dichas variables; además ellos resaltan en su estudio resultados de significancia altos en las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización. Por otro lado en la investigación realizada por Gil-Monte y Hugo Figueiredo-Ferraz (UNIPSICO, 2014) mencionan que el ausentismo no establece relación significativa con el síndrome de burnout a nivel global, sin embargo indican la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre la dimensión agotamiento emocional y el ausentismo laboral.

Con relación al síndrome de burnout y presentismo laboral, en nuestra investigación no se evidencia una correlación significativa a nivel global, sin embargo existe correlación significativa débil entre la dimensión de realización personal y

presentismo; a diferencia del estudio realizado por Halit Yildirim (2014) quien encontró relación significativa entre las puntuaciones de Burnout y presentismo, por lo tanto, si un empleado no puede trabajar debido a sus condiciones físicas, no puede enfocarse en las tareas de organización con regularidad.

Además, la teoría menciona que hay una reacción en cadena a causa de la cual los efectos individuales del estrés que conllevan al Burnout en relación con el presentismo, tienen consecuencias colectivas y organizacionales, tales como la disminución del rendimiento generando malestar psicológico entre los demás empleados.

En cuanto al ausentismo y presentismo laboral vemos que dichos fenómenos no se relacionan de manera directa, por lo tanto un trabajador que muestra conductas ausentistas no necesariamente hace presentismo. Mientras que Gosselin et al (2013) hipotetizan que ausentismo y presentismo pueden estar conectados en algún sentido, y se hallan positivamente correlacionados, es decir, que aquellos trabajadores que más ponen en marcha una conducta inadecuada también realizan más la otra. Además Gosselin afirma que tanto el presentismo como el ausentismo laboral se encuentran relacionados con aspectos de salud física y mental de los trabajadores así como con factores organizacionales.

Respecto al síndrome de Burnout y su relación con las variables socio demográficas encontramos que no existen diferencias significativas entre el sexo y éste, lo que significa que tanto varones como mujeres pueden o no presentar dicho síndrome de manera indistinta, a diferencia de los resultados que se hallaron en la investigación realizada por Madero, Ulibarri, Pereyra, Paredes, & Briceño (2013), quienes si encontraron resultados significativos en varones.

En cuanto a la edad y el síndrome de Burnout se observa una relación significativa con la dimensión Despersonalización, en la que los trabajadores con más de 50 años de edad tienden a presentar mayor probabilidad de desarrollar Burnout. A diferencia de la investigación realizada por Madero, Ulibarri, Pereyra, Paredes, & Briceño (2013), quienes hallaron que el Síndrome de Burnout se presenta en su mayoría en los trabajadores con edades que oscilan entre los 37 y los 42 años.

Al hacer referencia al grado de instrucción, podemos afirmar que no guarda relación con el Síndrome de Burnout en su resultado global; no obstante se observa que en la dimensión, de agotamiento emocional los trabajadores con grado de instrucción secundaria muestran mayor tendencia a padecer síndrome de Burnout, coincidiendo con los resultados de Arteaga, Junes, & Navarrete (2014).

Podemos afirmar que la variable años de trabajo, no guarda relación directa con el padecimiento del Síndrome de Burnout a comparación con los resultados hallados en el estudio de Rangel (2008), quienes reportaron la presencia de Síndrome de Burnout entre los trabajadores con mayor antigüedad en su centro de labores.

Según la relación entre el estado civil y el Síndrome de Burnout, hallamos que en la dimensión de despersonalización, los trabajadores divorciados tiene mayor probabilidad de presentar Burnout, resultados que coinciden con los obtenidos por Palmer, Gomez, Velez, & Searcy (2005), quienes encuentran que las personas divorciadas presentan riesgos de padecer el Síndrome.

Con respecto a la relación entre la remuneración y el Síndrome de Burnout, hallamos una correspondencia significativa en las dimensiones agotamiento emocional y Realización Personal en los trabajadores que perciben salarios entre los 700 y 5100 soles, a diferencia de los que perciben mayor cantidad que estos. Concordando con los estudios realizados por Arias & Jimenez (2013).

En cuanto a los resultados hallados en relación al Ausentismo Laboral en la muestra total, se observa un bajo índice del mismo, en comparación con otras investigaciones como las de Adecco (2015), en la que se indica que el ausentismo es un problema que actualmente está presente y va en crecimiento.

Los resultados obtenidos del análisis entre el ausentismo y el sexo, afirman que no existen diferencias significativas, entre varones y mujeres respecto a la presencia de ausentismo, a diferencia de los resultados encontrados en el estudio realizado por Adecco (2009), quienes encontraron que según el sexo, el 59,26% son las empleadas con responsabilidades familiares las que más faltan, frente al 40,74% que opina lo mismo sobre los hombres con idéntica situación personal. Sin embargo, cuando se analiza el ausentismo según el sexo en el caso de los trabajadores sin cargas familiares,

la mujer se ausenta menos del trabajo: un 9,3% frente al 14,8% de los hombres sin responsabilidades familiares.

Al analizar el ausentismo y su relación con la edad, no evidenciamos diferencias significativas y determinantes, a pesar de que en otros estudios como el de Adecco (2009), si encontraron que los trabajadores y trabajadoras entre los 26 y 35 años son los más ausentistas, puesto que pueden ser el colectivo con más motivos para ausentarse del trabajo por razones familiares (justificadas o no), ya que otorgan mucha importancia a la conciliación de la vida laboral y personal y asumen una mayor carga de responsabilidades fuera del trabajo.

Con relación a las variables ausentismo y grado de instrucción en nuestro estudio no se observan diferencias significativas, sin embargo el estudio realizado por Blasco de Luna, y otros (2012) muestra una creciente tendencia de ausentismo en relación con el grado de instrucción superior, en los países de España, Suiza, Finlandia, Dinamarca, Canadá, Australia y Estados Unidos, que se atribuye a factores socioeconómicos y a condiciones de trabajo menos gratas.

En tanto en el caso de las variables de ausentismo y años de trabajo, no se encontró una diferencia significativa, en comparación al estudio que realizó Adecco (2009), en el que afirman que los trabajadores con una antigüedad en la empresa de entre 2 y 5 años parecen ser los más reincidentes a la hora de ausentarse de su puesto trabajo.

Al analizar las variables de ausentismo y estado civil, no se hallaron diferencias significativas, lo que difiere de los resultados presentados por Adecco (2009), en los cuales mencionan que los empleados con cargas familiares son los que más se ausentan del trabajo, especialmente si son mujeres.

En el caso de la relación entre las variables de ausentismo y áreas de trabajo, no se hallaron diferencias significativas, lo que va en contraposición con los resultados del estudio realizado por Adecco (2009), donde se muestra mayor ausentismo en los trabajadores del área operativa.

No se observan diferencias significativas entre las variables remuneración y ausentismo, sin embargo la literatura señala que a menor salario recibido, mayor ausentismo pueden presentar los trabajadores.

En lo que se refiere al Presentismo Laboral en la muestra total, un gran porcentaje de trabajadores evidencian dicho fenómeno pero en niveles bajos; esto coincide con los estudios realizados por Adecco (2014), quienes hallaron que más de la mitad de los trabajadores, realizan presentismo laboral.

En cuanto a la relación de presentismo laboral y las variables socio demográficas, respecto a la distribución de la muestra por sexo no se evidencia una relación significativa entre dichas variables, sin embargo podemos ver que las mujeres tienden a presentar mayor presentismo, resultados que concuerdan con los hallados en la investigación de Vera, Carrasco, da Costa, & Paez (2015), como señala la revisión teórica, es probable que las mujeres hagan mayor presentismo debido a las obligaciones que tienen fuera del hogar, cumpliendo su rol de madre o esposa.

En la variable socio demográfica edad se encontró que no existen diferencias significativas entre la edad de los sujetos y el presentismo contrastado con los resultados obtenidos por Vera, Carrasco, da Costa, & Paez (2015) quienes señalan que los trabajadores más jóvenes tienden a mostrar altos niveles de presentismo laboral.

Por otra parte en el análisis de la variable grado de instrucción en relación con el presentismo, la presente investigación no halló diferencias significativas entre estas, sin embargo el estudio de Vera, Carrasco, da Costa, & Paez (2015) dice que los trabajadores con grado de instrucción superior muestran niveles altos de presentismo y aquellos con estudios técnicos inconclusos o menos presentan niveles muy bajos de presentismo, esto puede deberse a que las personas con grado de instrucción superior suelen tener mayor responsabilidad en sus puestos de trabajo.

En el análisis del estado civil y el presentismo en este estudio no se encontraron diferencias significativas, lo que se corrobora con los resultados hallados por Gosselin, Lemyre, & Corneil (2013) quienes mencionan que el estado civil no presenta relación alguna con el presentismo.

Asimismo en los resultados obtenidos para la variable área de trabajo, no se encontraron diferencias significativas, sin embargo en un estudio con trabajadores de salud realizado por Vera, Carrasco, da Costa, & Paez (2015), hallaron que los enfermeros(as) y matronas(es) manifiestan niveles de presentismo más altos; así también en la encuesta sobre presentismo laboral realizada por Adecco mencionan que la mitad de las empresas encuestadas identifican que menos del 10 por ciento de sus empleados con cargos directivos son presentistas.

Por último, respecto a la variable remuneración de los trabajadores se observa que no existen diferencias significativas entre ésta y el presentismo laboral, a diferencia del estudio realizado por Vera, Carrasco, da Costa, & Paez (2015) en donde se indica que los trabajadores del sector salud con mayores ingresos salariales reflejan niveles más altos de presentismo.

El análisis y la interpretación de los resultados hallados en esta investigación instan la necesidad de seguir estudiando estos fenómenos siendo un punto de partida para investigaciones futuras, donde se pueda realizar un estudio pormenorizado y en conjunto.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Encontramos relación significativa entre el síndrome de Burnout y el ausentismo laboral mas no con el presentismo; por lo que podemos decir que los trabajadores que presentan síntomas de burnout también muestran conductas ausentistas, y mucho más débilmente conductas presentistas. En este sentido el síndrome de burnout tiene efectos negativos sobre la salud física y psicológica del trabajador, y también sobre los comportamientos de asistencia y ausencia laboral.

SEGUNDA: La mayoría de los trabajadores de la empresa industrial no presenta síndrome de burnout como resultado general; en cuanto al análisis de los resultados por dimensiones, se puede observar que la mayoría de los trabajadores tienen bajo agotamiento emocional y despersonalización, realizando sus labores con energía, motivación y dinamismo. En cuanto a la dimensión de realización personal la mayoría de trabajadores presenta alta realización personal, por lo que su desenvolvimiento y sus relaciones laborales son adecuados, creando un buen clima laboral.

TERCERA: En la empresa industrial la mayoría de trabajadores no presentan ausentismo laboral a nivel general; sin embargo existe un 19.79% de trabajadores que si manifiestan ausentismo laboral, que hace referencia a que dicho fenómeno afecta a la organización y puede aumentar en un futuro si no se toman las medidas de intervención adecuadas.

CUARTA: Se evidencia que un gran porcentaje de la muestra manifiesta niveles bajos de presentismo laboral, es decir que hay ciertos periodos de tiempo en que los trabajadores no cumplen con sus labores como deberían, disminuyendo así su rendimiento y con ello afectando a la productividad de la empresa.

QUINTA: Existe relación significativa entre el síndrome de burnout (a nivel global) y el ausentismo laboral, ya que los trabajadores que demuestran aburrimiento, irritabilidad, apatía, pesimismo, hostilidad entre otros

tienden a mostrar conductas ausentistas, como faltas y permisos constantes justificados o no.

SEXTA: No existe relación significativa entre el síndrome de burnout y el presentismo laboral a nivel global, mientras que en el análisis por dimensiones encontramos que el agotamiento emocional guarda una relación significativa débil y la dimensión de realización personal tiene correlación negativa débil con el presentismo laboral.

SÉPTIMA: No se halló relación significativa entre el ausentismo y presentismo laboral dentro de la organización, sin embargo debemos tener en cuenta que ambos comportamientos tienen consecuencias sobre la productividad en la organización y la integridad laboral de los trabajadores.

OCTAVA: La relación entre el síndrome de burnout y las variables sociodemográficas como años de trabajo y sexo no son determinantes de la presencia de dicho síndrome a nivel global ni por dimensiones. La edad y el estado civil tampoco muestran ser un factor de la aparición del síndrome de burnout de manera global, no obstante se evidencia una relación entre estos y la dimensión de despersonalización, pudiendo afirmar que los trabajadores que tienen más de 50 años y las personas divorciadas, muestran actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas y hacia su trabajo. En cuanto a las variables grado de instrucción y remuneración estas no son causas en la aparición de este síndrome, no pudiendo afirmar lo mismo en cuanto a la dimensión de agotamiento emocional, que puntúa alto en las personas con estudios de secundaria completa, y que perciben una remuneración baja. Por otro lado en la variable área de trabajo a nivel operativo, los trabajadores puntúan alto en las dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.

NOVENA: La relación entre el ausentismo y las variables socio demográficas como sexo, edad, grado de instrucción, años de trabajo, estado civil, área de trabajo y remuneración no se halló una relación estadísticamente

significativa, ya que en la empresa industrial no hay niveles altos de ausentismo.

DECIMA: En cuanto a la relación del presentismo laboral y las variables socio demográficas como el sexo, edad, grado de instrucción, estado civil, área de trabajo, y remuneración no existe una relación significativa, ya que el presentismo viene determinado fundamentalmente por características generales propias del tipo de empresa o cultura del trabajo que esta tenga, demostrando que esta poco determinado por las características individuales de los trabajadores.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Realizar una continua medición y evaluación del Burnout, ausentismo y presentismo laboral, ya que partir de esta información recogida podremos contar con un diagnóstico de la situación y salud de los trabajadores y tomar decisiones en función de los mismos.
- SEGUNDA:** Realizar programas de capacitación en temas como burnout, ausentismo y presentismo laboral, como posibles factores que influyen en el desempeño laboral de los trabajadores y la productividad de la empresa.
- TERCERA:** Se recomienda la implementación de programas de motivación, buscando qué medidas pueden contribuir a aumentar la satisfacción de los empleados, y a partir de estas implantar acciones concretas como la flexibilidad horaria, que ayuda a compaginar la vida familiar y laboral.
- CUARTA:** La promoción de formación e implementación de medidas de conciliación que permitan una mayor vinculación del trabajador con la empresa.
- QUINTA:** Es conveniente que, a partir de los datos encontrados, se realicen nuevos estudios que permitan dar mayor información de estos temas emergentes, y que cada empresa pueda realizar su diagnóstico individual, para observar en qué situación se encuentra y así elaborar estrategias de prevención para el síndrome de burnout, ausentismo y presentismo laboral.
- SEXTA:** Implementar políticas organizacionales proactivas protectoras de la salud de los trabajadores que disminuyan los problemas en el lugar de trabajo promoviendo el bienestar y la salud individual y organizacional de los trabajadores.

SÉPTIMA: Realizar un estudio piloto para validar los instrumentos en nuestra localidad y así pueda tener un mayor alcance, con el fin de determinar con más exactitud esta problemática.

BIBLIOGRAFÍA

- Adecco. (16 de Marzo de 2009). Encuesta Ausentismo Laboral. *Creade*, 1-6. Recuperado el 08 de Octubre de 2015, de http://www.adecco.es/_data/Estudios/pdf/450.pdf
- Adecco. (13 de Octubre de 2014). *Adecco España*. Recuperado el 05 de Octubre de 2015, de http://www.adecco.es/_data/NotasPrensa/pdf/707.pdf
- Adecco. (16 de Junio de 2015). *Adecco España*. Recuperado el 05 de Octubre de 2015, de http://www.adecco.es/_data/NotasPrensa/pdf/675.pdf
- Alexanderson, K. (1998). Sickness absence: a review of performed studies with focused on levels of exposures and theories utilized. . *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 241-249.
- Almendo, C., & Pablo, R. (2001). *Síndrome de Burnout*. Recuperado el 9 de Setiembre de 2015, de <http://www.diezminutos.org/Burnout.html>
- Alvarez, B. (08 de Julio de 1999). *e-Archivo Universidad Carlos de Madrid*. Obtenido de e-Archivo Universidad Carlos de Madrid: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/exttes?codigo=2161>
- Allegro, J., & Veerman, T. (1998). *Sickness absence*. (Segunda edición ed.). Inglaterra: P. J. D. Drenth y H. Thierry y C. J. d. Wolff.
- Arias, W., & Jimenez, N. (Marzo de 2013). Síndrome de Burnout en docentes de educación básica regular de Arequipa. *Revistas PUCP*, 53-76.
- Aronsson, G., & Gustafsson, K. (2005). Enfermedad y presentismo: Prevalencia, factores de asistir a presión, y un esbozo de un modelo para la investigación. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 958-966.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Enfermo, pero aún en el trabajo. Un estudio empírico del presentismo por enfermedad. *Revista de Epidemiología y Salud Comunitaria*, 502-509.
- Arteaga, A., Junes, W., & Navarrete, A. (7 de 4 de 2014). Factores Asociados al Síndrome de Burnout en el Personal de Salud del Hospital Santa María del Socorro. *Investigacion en Salud*.
- Baker-McCleary, D. G. (2010). Absence management and presenteeism: the pressures on employees to attend work and the impact of attendance on performance. . *Human Resource Management* , 311-328.

- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Aronsson, G., & Josephson, M. (2009). Un estudio prospectivo sobre presentismo enfermedad y futuro absentismo por enfermedad. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 629-638.
- Blasco de Luna, F., Blázquez, E., Ordás, E., Durán, F., Gallifa, Á., Guada, J., Robles, B. (25 de Abril de 2012). Informe Adecco sobre absentismo. 1-176. Recuperado el 8 de Octubre de 2015, de http://www.adecco.es/_data/Estudios/pdf/667.pdf
- Boles, M., Pelletier, B., & Lynch, W. (2004). *La relación entre los riesgos para la salud y la productividad del trabajo*. Journal of Occupational and Environmental Medicine.
- Borda, J., & Sanchez, L. (2008). *Factores Psicosociales que Influyen en el Ausentismo Laboral del Personal Administrativo Gamma Ingenieros*. Bogota.
- Briner, R. (1997). Absence from work. (S. D. Editor, Ed.) *ABC of work related disorders*, 43-46.
- Buzzetti, M. (2005). *cybertesis*. Obtenido de cybertesis web site: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/buzzetti_m/sources/buzzetti_m.pdf
- Caverley, N., Cunningham, J., & MacGregor, J. (2009). Presentismo por enfermedad, absentismo por enfermedad y la salud después de la reestructuración en una organización de servicio público. *Journal of Management Studies*, 304-319.
- Chiavenato, I. (2007). *Administración de los recursos humanos*. Mexico DF: Mc Graw Hill.
- Chico, M. (30 de Abril de 2014). El Presentismo Laboral . *El Lado Humano del Periodismo* . (J. Arismendi, Entrevistador) Anunciación Tv. Mexico D.F. Recuperado el 08 de Octubre de 2015, de <https://www.youtube.com/watch?v=tdTeNJyGr2A>
- Chulvi, B. (2010). ¿Quién tiene un problema de ausentismo? *Crisis económica y salud laboral*.
- Da Silva, F. (2001). *El Síndrome del Burn Out*. Recuperado el 17 de Setiembre de 2015, de El Síndrome del Burn Out Web site: www.castalia.org.uy/docs/libros/DrograsyEtica/FreddyDaSilva.pdf
- Demerouti, E., Le Blanc, P., Bakker, A., Schaufeli, B., & Hox, J. (2009). Presente pero enfermo:.. Un estudio de tres formas de demandas del trabajo, presentismo y el síndrome de quemarse por el trabajo. *Career Development International*, 50-68.

- Dew, K., Keefe, V., & Small, K. (2005). La elección de 'trabajar cuando se está enfermo': Lugar de Trabajo y Presentismo. *Social Science & Medicine*, 2273-2282.
- Duran, V. (2007). Presentismo ocasionaría millonarias pérdidas en Chile. *Revista Ciencia*, 24.
- España, P. (2013). *Percepcion del presentismo y comportamiento de la morbilidad en trabajadores de una industria papelera*. Valencia.
- Fidalgo, M. (2006). *Sindrome de estar quemado por el trabajo "burnout"*. Obtenido de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701/ntp_704.pdf
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social*(30), 159-165.
- Fuentes Rocañin, J. C. (2007). *La salud mental en los tribunales*. Madrid: Aran Ediciones S.L.
- Garcia, M. (2011). Problemática multifactorial del absentismo laboral, el presentismo y la procrastinación en las estructuras en que se desenvuelve el trabajador. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 111-120.
- Gil Monte, P. (2005). *El Sindrome de Quemarse por el trabajo*. Madrid: Edicines Piramide.
- Gilbreath, B. &. (2012). Supervisor Behavior and Employee Presenteeism. . *International Journal of Leadership Studies*, 114-131.
- Goetzel, R., Long, S., Ozminkowski, R., Hawkins, K., Wang, S., & Lynch, W. (2004). Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 398-412.
- Gosselin, E., Lemyre, L., & Corneil, W. (2013). Presenteeism and absenteeism: Differentiated understanding of related phenomena. *Journal of Occupational Health Psychology*, 75-86.
- Halit, M. (2014). Efectos del síndrome de Burnout y el presentismo en trabajadores. *International Journal of social sciences and humanity studies*, 6(1).
- Harrison, D., & Martocchio, J. (1998). Time for absenteeism: A 20-year review of origins, offshoots, and outcomes. *Journal of Management*, 305.
- Investopedia. (10 de Julio de 2013). *Forbes / Personal finance*. Recuperado el 20 de octubre de 2015, de Forbes / Personal finance:

<http://www.forbes.com/sites/investopedia/2013/07/10/the-causes-and-costs-of-absenteeism-in-the-workplace/2/>

- Jena, A., Baldwin, D., Daugherty, S., Meltzer, D., & Arora, V. (2010). Presentismo en los médicos residentes. *Revista de la Asociación Médica de Estados Unidos*, 1166-1168.
- Johns, G. (2010). El presentismo en el trabajo: Un programa de revisión y de investigación. *Diario de Comportamiento Organizacional*, 519-542.
- Kessler, R., C, B., A, B., Berglund, P., Clearly, P., McKenas, D., Wang, P. (2003). The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *Journal Of Occupational and Environmental Medicine*, 156-174.
- Koopman, C., Pelletier, K., Murray, J., Sharda, C., Berger, M., & Turpin, R. (2002). Stanford Presenteeism Scale: Health status and employee productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 14-20.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York : Springer.
- Lerner, D., Amick, B., Rogers, W., Malspeis, S., Bungay, K., & Cynn, D. (2001). The work limitations questionnaire. *Medical Care*, 72-85.
- Love, J., Grimby-Ekman, A., Eklof, M., Hagberg, M., & Dellve, L. (2010). "Autoexigirse demasiado duro": la autoestima basada en la performance como un predictor de presentismo enfermedad entre las mujeres adultas jóvenes y hombres de un estudio de cohorte. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 603-609.
- Madero, J., Ulibarri, H., Pereyra, A., Paredes, F., & Briceño, M. (2013). Burnout en Personal Administrativo de una Institucion de Educacion Superior Tecnologica de Yucatan. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 741-763. Recuperado el 06 de Octubre de 2015
- Mansilla, F. (2009). *El Síndrome de Burnout o Síndrome de Quemarse por el Trabajo*. Recuperado el 08 de Octubre de 2015, de www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml
- Martinez, A. (Setiembre de 2010). *El Síndrome de Burnout. Evolución Conceptual y Estado Actual de La Cuestión*. Recuperado el 10 de Octubre de 2015, de Vivat Academia: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Martinez, V. (25 de Junio de 2013). ¿Que es el Presentismo Laboral? *Arriba Bogota*. (A. Alvarado, Entrevistador) cityt Tv. Bogota. Recuperado el 10 de Octubre de 2015, de www.multiarchivo.com.co

- McKevitt, C., Morgan, M., Dundas, R., & Holland, W. (1997). Ausencia por enfermedad y 'trabajar a través de' enfermedad: Una comparación de dos grupos profesionales. *Diario de Medicina de Salud Pública*, 295-300.
- Mercado, A., & Noyola, V. (2011). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en Educación Básica*. Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Mingote, J., Moreno, B., Gonzalez, J., & Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y Salud percibida. (J. Buendía, & F. Ramos, Edits.) *Empleo, Estrés y Salud percibida*, 59-83.
- Nicholson, N. (1977). Absence Behavior and Attendance Motivation: A Conceptual Synthesis. *The Journal of Management Studies*, 231.
- Núñez, F. (2012). *Variables de las Indisposiciones Laborales: Análisis en una empresa Sociosnitaria Pública de Belares*. Belares: Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud.
- Ortíz, Y. (24 de Julio de 2003). *Factores Psicosociales del Absentismo Laboral en la Administración Pública*. Recuperado el 19 de Octubre de 2015, de TESEO: <https://www.educacion.es/teseo/mostrarRef.do?ref=282618>
- Palmer, Y., Gomez, A. C., Velez, R., & Searcy, R. (Febrero de 2005). Factores de Riesgo organizacionales Asociados al Síndrome de Burnout en Médicos Anestesiólogos. *Salud Mental*.
- Rangel, V., Barragán, C., Flores, S., Ramírez, L. M., Rivas, M., Martínez, C., & Pérez, M. d. (2008). Relación entre el absentismo del personal de Enfermería y el Síndrome de Burnout. *Psiquis*, 2(17), 48-56. Obtenido de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=54948&id_seccion=3011&id_ejemplar=5567&id_revista=180
- Raycik, L. (2012). *Percepções de gestores e geridos sobre O presentismo do trabalhadores*. Florianópolis.
- Rhodes, S., & Steers, R. (1990). *Managing employee absenteeism*. (Addison-Wesley, Ed.) Reading, M.A.:
- Ribaya, F. (1995). *La gestión del absentismo laboral en la empresa (medición, valoración y control)*. Madrid.
- Rojas, R. (2007). Enfoque del Presentismo en Empresas de Salud. *Ciencia y trabajo*(24), 64.

- Rubio, J. (2003). *Fuentes de estres, Sindrome de Burnout y Actitudes Disfuncionales en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria*. Badajoz: Universidad de Extremadura. Obtenido de www.unex.s/publicaciones
- Saarvala, E. (1 de Noviembre de 2006). *Supporting Advancement*. Recuperado el 22 de Octubre de 2015, de Supporting Advancement: http://www.supportingadvancement.com/employment/general/saarvala_presenteeism.pdf
- Sahler, B., Dubois, A., Journoud, S., & Pelletier, J. (2008). *Guia Laboral sobre salud mental*. (D. R. Secretariat, Ed.) Recuperado el 15 de Setiembre de 2015
- Salazar, J. (2011). *Presentismo: Un problema que afecta la salud labora. Analisis desde la psicologia organizacional y del trabajo*. Pereira.
- Samaniego, C. (1998). Absentismo, Rotacion y Productividad. *Introduccion a la Psicologia del Trabajo y las Organizaciones*, 247-256. Recuperado el 10 de Octubre de 2015
- Sanchez, D. (2012-2013). *El Absentismo Laboral en España del Ordenamiento Juridico a la Realidad Empresarial*. Madrid. Recuperado el 04 de Octubre de 2015
- Sigcha, F. (2012-2013). *El Sindrome de Burnout (Deterioro Porfesional) y su Impacto en el Rendimiento Laboral de los colaboradores de la empresa electrica provincial de Cotopaxi S.A. Ambato, Ecuador : Universidad Tecnica de Ambato .*
- Stevens, M. (2005). Presenteeism: taking an integrated approach: by integrating the efforts of disability management and employee assistance programs, employers can form a solid foundation for an early-return-to-work program that reduces the impact of presenteeism. *The Journal of Employee Assistance*, 8.
- Tito, P. (2013). Rotacion y ausentismo laboral en el parque industrial de Villa El Salvador. *Gestión en el Tercer Milenio*, 16(31), 81-98.
- Torres, G. (2003). *Dramaterapia*. Recuperado el 7 de Setiembre de 2015, de Dramaterapia Web Site: <http://www.dramaterapia.cl/dt/?action=show&type=story&id=1>
- UNIPSICO. (Julio de 2014). Burnout y su relacion con la ambigüedad de rol, conflicto de rol y ausentismo laboral en trabajadores de la salud. *Terapia Psicologica*, 32(02).
- Valera, D. H. (2015). *Los costos ocultos del presentimo laboral en la empresas manufactureras del Perú*. Lima.

- Vera, A., Carrasco, C., da Costa, S., & Paez, D. (2015). Factores psicosociales del presentismo en trabajadores del Sistema de Salud Chileno. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 119-128.
- Villaplana, M. (2012). *El Absentismo Laboral por Incapacidad Temporal derivada de Contingencias Comunes en el periodo 2005-2010*. Murcia.
- Virtanen, M., Kivimaki, M., Elovainio, J., Vahtera, J., & Ferrie, J. (2003). Del empleo inseguro al empleo seguro: Los cambios en el trabajo, la salud, los comportamientos relacionados con la salud y ausencia por enfermedad. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 948-953.

CASOS CLÍNICOS

CASO 1

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y apellidos : A. V.A.
Edad : 35 años
Fecha de nacimiento : 05/01/79
Lugar de nacimiento : Huánuco
Grado de instrucción : Secundaria completa
Estado civil : Soltera
Procedencia : Pucallpa
Ocupación : Trabajo independiente
Religión : Católica
Referente : Centro de emergencia mujer
Informantes : La paciente
Lugar de evaluación : Casa de la Mujer
Fechas de evaluación : 24/11/2014
Examinadora : Giovanna Calloapaza Gomez

II. MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente que viene al servicio de psicología refiriendo “tengo problemas con la tercera de mis hijas ya que ella ha sido ingresada a un albergue, porque ha sufrido abuso sexual por parte de mi ex pareja y las encargadas del albergue me han dicho que es muy probable que no me la entreguen”, refiere haber perdido la esperanza y sentirse totalmente sola, así mismo se le observa triste, con presencia de llanto, su voz es entrecortada y de tono bajo.

III.HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL:

La paciente vivía en Pucallpa, a los 13 años se enamora y sale embarazada de su primer compromiso, fruto de esta unión nace Sheyla y posteriormente Juan. Durante cuatro años convive con Jaime, de quien refiere recibía maltratos tanto físicos como psicológicos, un día cansada de estas situaciones decide abandonarlo y regresar a la casa de sus padres llevándose a sus dos hijos.

A los 20 años conoce a su segundo compromiso con quien tiene 2 hijas (Doris y Digna), durante este tiempo el padre de las menores la engaña con la media hermana

de la paciente y decide marcharse con ella llevándose a sus hijas; ante este hecho la paciente intenta localizar a sus hijas, pero al no encontrar resultados favorables en la comunicación y al enterarse por familiares que sus hijas estaban bien, ella decide irse a trabajar. En el año 2009 viene a vivir a Arequipa por trabajo, en ese mismo año establece una relación con una tercera pareja, fruto de esta tiene 3 hijos varones (Martin, Julián y Andrés). En el año 2011 ella se entera de que la mayor de sus hijas, Sheyla, va a tener un bebe de su tercer compromiso, ante esta situación ella le reclama a su pareja por el engaño y él la echa de la casa aduciendo que no cumple con su rol de mujer y que ya no la quiere, es así que decide viajar donde su madre a un centro poblado en Pucallpa, cuando llega se da con la sorpresa de que su madre está internada en Lima; posteriormente se traslada a Lima para verla y también aprovecha de visitar a sus hijas Doris y Digna, cuando logra tener contacto con sus menores hijas, ella refiere que no querían hablarle, ya que su padre les había dicho que no le hicieran caso, y que era una mala madre, que las había abandonado para marcharse con otro hombre. La paciente trató de sobrellevar esta situación; hasta que un día su hijo Juan le pregunta "mami ¿un padre puede besar en la boca su propia hija?", ante esta pregunta Anusca queda pensativa y no sabe que responder; la inquietud sigue por varios días hasta que ella le pregunta directamente a su hijo a quien ha visto hacerlo, a lo que él refiere que al padre de sus hermanas (su segundo compromiso), por lo que decide ir a pedirle consejo a su tío, y posteriormente la paciente hace la denuncia respectiva y las menores pasan por médico legista, la mayor sale con desfloración antigua y la hija menor con rasguños, después de este incidente la paciente logra recuperar a sus hijas de su segunda pareja y obtiene la patria potestad. Por el lapso de un año convive con las menores, en esta convivencia las relaciones con su hija Doris, son distantes y conflictivas, porque la culpaba de que su padre este en la cárcel, posterior a esto Doris decide marcharse a vivir con su tía (a la vez pareja de su padre) a quien dice querer como a una madre, ya que la consentía y protegía.

Anusca al quedarse solo con Digna, recibe una llamada de su tercera pareja quien le dice que quiere retomar la relación con ella, por lo que regresa a Arequipa, al estar presente se da cuenta de que eso no es así y él sigue conviviendo con la hija mayor de la paciente, al ver esto decide marcharse nuevamente, pero no contaba con los medios económicos. Sheyla la mayor de sus hijos le pide que Rubí su hermana se quede bajo su cuidado, es así que Anusca vuelve a viajar nuevamente sola a trabajar, dejando a su menor hija.

Hace un mes atrás recibe una llamada de su hija mayor, quien le pide que le firme una autorización de viaje, de su nieta y de Digna, cuando ella pregunta la causa su hija mayor, refiere que su hermana menor ha sufrido abuso sexual por parte de su pareja, al tratar de escapar Sheyla decide salir con las dos menores fuera de

Arequipa siendo intervenida por la policía, quienes la llevan a un albergue, Anusca decide regresar inmediatamente a ver esta situación.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES:

1) ETAPA PRE-NATAL

La paciente es la sexta hija de 8 hermanos, de los cuales ella y sus dos hermanos menores son de ambos padres, tiene 5 hermanos mayores por parte de la madre. El embarazo duro 9 meses, no presentando problemas de salud. El estado psíquico y emocional de la madre no fue favorable, ya que su esposo presentaba problemas de alcoholismo, lo que le generaba angustia y preocupación.

2) ETAPA NATAL

El parto fue de manera normal, no presentando aparentemente ninguna complicación.

ETAPA POST – NATAL:

A. PRIMER AÑO:

Bajo el cuidado de su madre, durante los primeros cuatro años. Su alimentación fue a base de leche materna la cual duro hasta el año y medio. Empieza a controlar esfínteres a los 2 años aproximadamente. La relación de parte de la madre es cercana, no obstante por parte de su padre es un poco distante, ya que muchas veces se ausentaba de casa por los problemas de alcoholismo que presentaba. Paciente que de niña era callada y tranquila, a partir de los 4 años queda en cuidado de sus hermanos mayores, ya que su madre tiene que ir a trabajar, en ocasiones ellos le pegaban y gritaban.

DESARROLLO PSICOMOTOR:

Sus primeros pasos fueron a la edad de año y dos meses, y al año y medio empezó a hablar.

B. RASGOS NEUROPATICOS:

La paciente no refiere.

3) INFANCIA MEDIA

A. ETAPA PRE ESCOLAR Y ESCOLAR:

Asistió a partir de los 5 años a jardín de manera normal. Ingreso al colegio a los 6 años de edad, era una alumna de promedio regular. En Primaria en su salón de clases habían compañeras que la molestaban, e insultaban,

diciéndole “chola”, “fea”, motivo por el cual ella se sentía triste y apenada. Tenía pocas amigas, era callada y tímida. Hasta el segundo año de secundaria asistió con normalidad, posterior a esto tuvo que dejar los estudios porque salió embarazada, retomando a los 18 años sus estudios.

B. DESARROLLO Y FUNCIÓN SEXUAL

Anusca percibe la diferencia de sexo a los 5 años, sus cambios en la pubertad se iniciaron a los 11 años y aparece su menarquia, a los 13 años se enamora por primera vez e inicia su vida sexual con Jaime su primera pareja que era mayor que ella por 5 años.

Es de orientación heterosexual y se identifica como mujer.

4) EDAD ADULTA

A. ASPECTO PSICOSEXUAL Y MATRIMONIO

A los 13 años tuvo su primera pareja sentimental, con Jaime quien tenía 18 años de edad, después de un año de relación queda embarazada, motivo por el cual abandona los estudios y empieza a convivir con su pareja, con el cual tuvo dos hijos. En un principio la convivencia fue tranquila, pero posteriormente se torna violenta y agresiva, ya que Jaime empieza a maltratarla con insultos y luego la golpea, culpándola de la situación por la que pasaban y la falta de dinero, ante esto la paciente refiere que tolera el maltrato ya que se siente culpable y no tiene a donde ir; situación que dura 4 años, hasta que Anusca cumple la mayoría de edad.

Posteriormente Anusca conoce a Gonzalo su segunda pareja, con quien tiene dos hijas, Doris y Digna. La paciente refiere que su relación era armoniosa, se llevaba bien con su pareja, posteriormente él se vuelve demandante, celoso y agresivo, la paciente refiere “Gonzalo no quería que hable con otros hombres” y discutían por ese motivo; en el año 2005 Gonzalo decide marcharse con la hermanastra de ella, llevándose a sus dos menores hijas (Doris y Digna).

Después de esto ella conoce a Guido quien sería su tercera pareja y con quien tendría 3 hijos varones. Él también la maltrataba psicológicamente, diciéndole que estaba “descuidada y vieja”, que era “una aburrida”. En el año 2011 Guido tiene una hija con Sheyla (la hija mayor de Anusca); ante esta situación la paciente le reclama y su pareja dice sentirse confundido y

arrepentido por lo que pasó, sin embargo Anusca asume la patria potestad de su nieta, a fin de que no haya mayores problemas, ya que Guido la convence de que no lo denuncie, mostrando miedo y tristeza, pasado cierto tiempo él la bota de la casa, por lo que Anusca regresa a Pucallpa con el mayor de sus hijos.

B. ACTIVIDAD LABORAL:

En relación con su ámbito laboral, Anusca trabajó desde los 16 años como ayudante de cocina y moza, luego continuo trabajando vendiendo comida, actualmente tiene un disco-bar y un puesto de venta de anticuchos.

C. RELIGIÓN:

Es católica de nacimiento, pero no participa en actividades religiosas.

5) ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES:

A. ENFERMEDADES Y ACCIDENTES:

La paciente refiere no haber sufrido ningún Accidente ni enfermedad.

B. PERSONALIDAD PRE MÓRBIDA:

De niña Anusca era tímida e introvertida, las compañeras de clase la molestaban y le decían que era “serrana”, por lo que lloraba y se sentía triste. La paciente refiere: “aguantaba todo, no decía nada, no hablaba”, tenía pocos amigos, solo una compañera con la que pasaba mayor tiempo, posteriormente la cambian de colegio, por lo que la paciente refiere sentía miedo, tristeza y un vacío profundo, de que “no iba a encontrar a nadie que me comprenda” y de que se iba a quedar sola. Durante su adolescencia empezó a relacionarse más con varones y fue ahí donde conoció a su primera pareja y refiere que se sentía protegida, amada y segura; que lo que hacía y decía su pareja era correcto y por su bien.

6) ANTECEDENTES FAMILIARES:

A. COMPOSICIÓN FAMILIAR:

Nombres	Parentesco	Edad	Grado de instrucción	Ocupación	Relación
Sheyla	Hija mayor	21	Secundaria completa	Ama de casa	Buena, pero fría
Juan	2do hijo	20	3ro de secundaria	Estudiante	Buena
Doris	3ra hija	14	3ro de secundaria	Estudiante	Fría

Digna	4ta hija	12	1ro de secundaria	Estudiante	Fría
Martin	5to hijo	8	3ro de primaria	Estudiante	Cordial
Julián	6to hijo	6	1ro de primaria	Estudiante	Cordial
Andrés	7mo hijo	5	Jardín	Estudiante	Cordial

B. DINÁMICA FAMILIAR:

La paciente afirma que la relación con su hijo mayor Juan es cercana y de confianza; la relación con su hija Sheyla es un poco distante pero cordial; por otro lado la relación con su tercera hija Doris es distante, la paciente refiere que su hija constantemente le reclama afirmando que ella la ha abandonado y que no la quiere, lo mismo afirma su 4ta hija Digna. La relación con sus tres menores hijos actualmente es distante, ya que no los visita y están al cuidado de su padre.

C. CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA:

Anusca, es de condición socioeconómica media, en la ciudad de Pucallpa tiene una casa propia de material noble, que cuenta con los servicios básicos de agua, luz y desagüe. El sostenimiento del hogar se encuentra a cargo de la paciente, siendo ella la única aportante de su familia.

Sin embargo actualmente vive en el albergue para mujeres maltratadas "La casa de la mujer".

D. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

No se refiere información.

RESUMEN:

Es la sexta hija de 8 hermanos, por parte de su padre y madre refiere tener 3 hermanos, y 5 hermanos mayores solo de parte de la madre, el embarazo duro 9 meses y se desarrolla dentro de la normalidad. El parto fue de manera normal, no presentando ninguna complicación. Su alimentación fue a base de leche materna. Caminó y habló a la edad de 1 año y 6 meses estando el cuidado de su madre hasta los 4 años de edad.

Asistió a partir de los 5 años a jardín de manera normal. Ingreso al colegio a los 6 años de edad, era una alumna de promedio regular, hasta el segundo año de secundaria asistió con normalidad, posterior a esto tuvo que dejar los estudios porque salió embarazada, retomando a los 18 años sus

estudios. Anusca percibe la diferencia de sexo a los 5 años, sus cambios en la pubertad se iniciaron a los 11 años, a los 13 años se enamora por primera vez y establece una relación con Jaime su primera pareja quien tenía 18 años de edad, con el cual tuvo dos hijos, después llega a separarse por el maltrato que sufría por su pareja. Posteriormente ella conoce a la que sería su segunda pareja, con quien tiene dos hijas, Doris y Digna, en el año 2005 Gonzalo decide marcharse con la hermanastra de Anusca, llevándose a las dos menores.

Después de esto ella conoce a Guido quien sería su tercera pareja y con quien tendría 3 hijos varones. En el año 2011 Guido tiene una hija con Sheyla la hija mayor de Anusca quien asume la patria potestad de su nieta a fin de que no haya mayores problemas, pasado cierto tiempo él la bota de la casa, por lo que Anusca regresa a Pucallpa con el mayor de sus hijos.

En relación con su ámbito laboral, ella trabajo desde los 16 años como ayudante de cocina y moza, luego continuo trabajando vendiendo comida, actualmente tiene un discobar y un puesto de venta de anticuchos. Es católica de nacimiento, pero no participa en actividades religiosas.

De niña Anusca era tímida e introvertida, las compañeras de clase la molestaban, ella lloraba y se sentía triste, no hablaba ni decía nada por temor a quedarse sola.

Arequipa, 23 de Diciembre del 2014

Giovanna Fabiola Calloapaza Gomez
Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACION:

Nombres y apellidos : A. V.A.
Edad : 35 años
Fecha de nacimiento : 05/01/79
Lugar de nacimiento : Huánuco
Grado de instrucción : Secundaria completa
Estado civil : Soltera
Procedencia : Pucallpa
Ocupación : Trabajo independiente
Religión : Católica
Referente : Centro de emergencia mujer
Informantes : La paciente
Lugar de evaluación : Casa de la Mujer
Fechas de evaluación : 24/11/2014
Examinadora : Giovanna Calloapaza Gomez

II. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD:

Paciente aparenta mayor edad de la que tiene, de contextura gruesa, tez trigueña, cabello rizado, ojos marrón oscuros, la mayor parte del tiempo mantiene contacto visual pero en ocasiones baja la mirada, tono de voz bajo, además presenta una postura encorvada, marcha estable pero lenta, con adecuado arreglo y aliño personal, su expresión facial denota tristeza y desgano. Paciente que colabora con la evaluación, al inicio de la misma se muestra temerosa, pero gracias al buen rapport de la evaluadora logra establecer confianza.

III. ATENCION, CONCIENCIA Y ORIENTACION:

Paciente lucida, orientada en las tres esferas, sus niveles de atención y concentración se encuentran conservadas, puesto que demuestra un interés en la evaluación.

IV. LENGUAJE:

Su lenguaje comprensivo esta conservado, ya que comprende y entiende las preguntas e indicaciones planteadas por la evaluadora durante la realización del examen. En cuanto a su lenguaje expresivo es pausado, coherente y de tono bajo.

V. PENSAMIENTO:

El curso de su pensamiento esta conservado, ya que la paciente realiza tareas de razonamiento apropiadas, manifestados durante la exposición de imágenes, con secuencias de acciones, ordenándolas de acuerdo con las figuras que se le muestra. El contenido de su pensamiento presenta ideas de desesperanza, culpa y que todo le va ir mal, y que sus problemas no tienen solución.

VI. PERCEPCIÓN:

Su percepción esta conservada, al momento de la evaluación, la paciente presenta niveles adecuados de discriminación perceptiva. Su percepción visual esta conservada, ya que reconoce formas y colores, de igual manera su análisis sensorial es óptimo ya que al presentarle sabores y olores distintos los identifica.

VII. MEMORIA:

Su memoria a largo plazo se encuentra conservada, puesto que recuerda acontecimientos cronológicos de su vida personal, su memoria a corto plazo esta conservada porque evoca palabras con exactitud después de unos minutos de su presentación.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL:

Su función psicológica superior está dentro de lo esperado, ya que responde acertadamente preguntas de cultura general, referida a fechas, personajes y lugares.

IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS:

Su estado de ánimo frecuente es de abatimiento, se torna angustiada cuando habla acerca de su situación, llora y se muestra afligida al terminar de narrar sus problemas, además presenta sentimientos persistentes de tristeza de desesperanza desamparo. La mayor parte del tiempo se muestra callada, mostrándose en ocasiones inexpresiva, apática, baja el tono de voz cuando habla de sus problemas.

X. COMPRENSION Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD:

Anusca es consciente de sus problemas, por lo que actualmente asiste de manera puntual a sus consultas y participa de las actividades que se le indica.

XI. RESUMEN:

Paciente aparenta mayor edad de la que tiene, de contextura gruesa, tez trigueña, cabello rizado, ojos marrón oscuros, mantiene contacto visual, tono de voz bajo, presenta una postura encorvada, marcha estable, pero lenta, con adecuado arreglo y aliño personal, su expresión facial denota tristeza, paciente que colabora con la evaluación, al inicio de la misma se muestra temerosa, pero gracias al buen rapport de la evaluadora logra establecer confianza.

Paciente lucida, orientada en las tres esferas, sus niveles de atención y concentración se encuentran conservadas, puesto que demuestra un interés en la evaluación, su lenguaje comprensivo esta conservado, ya que comprende y entiende las preguntas e indicaciones planteadas por la evaluadora durante la realización del examen; en cuanto a su lenguaje expresivo es lento, coherente y de tono bajo. El curso de su pensamiento esta conservado, ya que la paciente realiza tareas de razonamiento apropiadas, el contenido de su pensamiento presenta ideas de desesperanza y culpa. Su percepción esta conservada, al momento de la evaluación, la paciente presenta niveles adecuados de discriminación perceptiva. Su percepción visual esta conservada, ya que reconoce formas y colores, de igual manera su análisis sensorial es óptimo. Su memoria a largo plazo se encuentra conservada, puesto que recuerda acontecimientos cronológicos de su vida personal, su memoria a corto plazo esta conservada porque evoca palabras con exactitud después de unos minutos de su presentación.

Arequipa, 23 de Diciembre del 2014

Giovanna Fabiola Calloapaza Gomez
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMETRICO

I. DATOS DE FILIACION:

Nombres y apellidos : A. V.A.
Edad : 35 años
Fecha de nacimiento : 05/01/79
Lugar de nacimiento : Huánuco
Grado de instrucción : Secundaria completa
Estado civil : Soltera
Procedencia : Pucallpa
Ocupación : Trabajo independiente
Religión : Católica
Referente : Centro de emergencia mujer
Informantes : La paciente
Lugar de evaluación : Casa de la Mujer
Fechas de evaluación : 24/11/2014
Examinadora : Giovanna Calloapaza Gomez

II. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA:

La paciente al inicio se mostró un poco temerosa e insegura, pero poco a poco se fue calmando, y tomo confianza con la evaluadora, en ocasiones no entendía algunas preguntas, por lo que pedía que se le explique para su debida contestación.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

Pruebas psicológicas:

- ✓ Inventario clínico multiaxial de Millon - III
- ✓ Test de la figura humana (Karen Machover)

IV. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Escala de patrones clínicos de la personalidad

Se evidencia indicadores elevados en las escalas esquizoide, masoquista, paranoide, ansioso, depresivo.

RESULTADOS:

Total sin contestar	0					
Errores(doble marca)	0					
Anusca						
	Total Verdaderas Proto	Total Verdaderas No Proto	Total Falsas	Total Crudo	Puntajes BR (Base Rate)	Puntajes BR (Base Rate) Finales
Escalas de Validez						
V - Validity			0	0	E10 Debe siempre estar en "0"	
"X" Ajuste de Apertura				141	0	0
"Y" Deseabilidad	9		3	12	55	55
"Z" Alteración	15			15	70	70
	Total Verdaderas Proto	Total Verdaderas No Proto	Total Falsas	Total Crudo		
Escalas Clínicas de los Patrones de Personalidad EJE-II						
1 Trastorno Esquizoide EZQ.	12	3	0	15	85	85
2A. Trastorno Evitativo EV	8	5	0	13	80	80
2B. Trastorno Depresivo DPS	14	2		16	87	85
3 Trastorno Dependiente DPD	8	2	0	10	68	68
4 Trastorno Histriónico HIS	8		2	10	46	46
5 Trastorno Narcisista NAR	12	3	4	19	88	82
6A Trastorno Antisocial ANT	4	3	0	7	64	64
6B Trastorno Sadista SAD	6	6		12	70	70

7 Trastorno Compulsivo OC	16		6	22	78	78
8A Trastorno Negativista NEG	10	4		14	76	76
8B Trastorno Masoquista MAS	4	5		9	83	83
Patología de Personalidad Severa EJE-II						
S Trastorno Esquizotípico EZT	10	3		13	71	70
C Trastono Límite LIM	4	2		6	45	43
P Trastorno Paranoide	14	6		20	100	100
Escalas Síndromes Clínicos EJE-I.						
A-Ansiedad ANS	8	5		13	89	89
H-Somatomorfo SOM	2	4		6	51	51
N- Bipolar -Maníaco	8	3		11	72	72
D-Distimia DIS	2	5		7	47	47
B-Dependencia Alcohol OH	0	3	0	3	62	62
T-Dependencia Drogas DX	0	4		4	63	63
R-Trast EstrésPos TrumaTSPT	6	6		12	70	70
						0
Escalas Síndromes Clínicos EJE-I.Severos						
SS Trast del Pensamiento	6	2		8	62	62
CC Depresión Mayor	6	4		10	66	66
PP Trastorno delirante	2	6		8	78	78

PATRONES CLINICOS DE PERSONALIDAD

ESQUIZOIDE (escala 1)

Esta escala se corresponde con el trastorno de personalidad esquizoide del DSM-IV. Son Individuos Que Se Caracterizan por su carencia de deseo y su incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor intenso. Tienden a ser apáticos,

desganados, indiferentes, distantes y asociales. Sus emociones y necesidades afectivas son mínimas y el individuo funciona como un observador pasivo indiferente a las recompensas y afectos, así como a las demandas de relaciones con los demás.

DEPRESIVO (escala2 B)

Hay cosas comunes en los tres primeros patrones clínicos de personalidad, especialmente tristeza, pesimismo, falta de alegría, incapacidad para experimentar placer y aparente retardo motor. Para el eje II del DSM, en el trastorno esquizoide de la personalidad, hay una incapacidad tanto para sentir alegría como tristeza. En el patrón de evitación existe una hipervigilancia hacia el dolor anticipado y consecuentemente una falta de atención hacia el disfrute y la alegría. En el patrón depresivo ha habido una pérdida significativa, una sensación de rendición y una pérdida de esperanza en la recuperación de la alegría. Ninguno de estos tipos de personalidad experimenta placer, pero por razones diferentes. La personalidad depresiva experimenta dolor como algo permanente. El placer ya no se considera posible, qué experiencias o factores bioquímicos.

PATOLOGIA SEVERA DE PERSONALIDAD

ESCALA P PARANOIDE:

Muestran una desconfianza vigilante respecto a los demás y una defensa anticipada contra la decepción y las críticas. Hay una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás. Frecuentemente expresan un temor a la pérdida de independencia, lo que conduce a estos pacientes a resistirse al control y las influencias externas. Los paranoides se distinguen por la inmutabilidad de sus sentimientos y la rigidez de sus pensamientos.

SINDROMES CLINICOS

ESCALA A ANSIEDAD

Estos pacientes informan de sentimientos aprensivos o fóbicos, son típicamente tensos, indecisos e inquietos y tienden a quejarse de una gran variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos y náuseas. La mayoría muestra un estado generalizado de tensión, manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Los trastornos somáticos son característicos. También se muestran notablemente excitados y tienen un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

Conclusión:

En la evaluación clínica de la personalidad a través del inventario clínico de personalidad encontramos que Anusca se caracteriza por su carencia de deseo y su incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor intenso. Tiende a ser apática, desganada, indiferente, distante y en ocasiones se muestre asocial. Sus emociones y necesidades afectivas son mínimas y funciona como una observadora pasiva indiferente a las recompensas y afectos, así como a las demandas de relaciones con los demás.

A su vez se evidencia una pérdida significativa, sensación de rendición y pérdida de esperanza en la recuperación de la alegría, experimentando dolor como algo permanente, el placer ya no lo considera posible; muestra una desconfianza vigilante respecto a los demás y una defensa anticipada contra la decepción y las críticas. Hay una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás, expresa un temor a la pérdida de independencia por lo que tiende a resistirse al control, muchas veces se muestra inmutable en relación con sus sentimientos.

Por otra parte es indecisa e inquieta, muestra un estado generalizado de tensión, manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. También se muestra notablemente excitada y tienen un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

Test de la figura humana Karen Machover

Aspectos generales y estructurales:

- ✓ Colocación de la figura: Debajo de la mitad de la hoja, al lado izquierdo.
- ✓ Tamaño: Pequeño
- ✓ Secuencia: Tronco, piernas, pies, cabeza, brazos y manos
- ✓ Con borradura: Indicativo de una expresión de ansiedad.
- ✓ Cara: Oval
- ✓ Brazos: Cortos
- ✓ Dedos: Forma de pétalo
- ✓ Piernas: Abiertas
- ✓ Pies: Pequeños y en dirección opuesta
- ✓ Cintura: Énfasis
- ✓ Zapatos: Pequeños

Aspectos de interpretación:

Persona emotiva y sensible que denota inseguridad, falta de ambición, sensación de debilidad e inmadurez emocional, por lo que se encuentra en la búsqueda de

estabilidad, así también muestra preocupación sobre cómo manejar las situaciones problemáticas en su vida, manifestando posible dependencia en otros y su poca capacidad para tomar decisiones; pone mucho énfasis en el pasado sintiéndose insegura y con falta de ambición hacia el futuro. También se evidencia signos de baja autoestima y depresión.

V. RESUMEN:

En la evaluación clínica de la personalidad encontramos que Anusca se caracteriza por su carencia de deseo y su incapacidad para experimentar en profundidad placer. Tiende a ser apática, desganada y distante, en ocasiones se muestra asocial. Sus emociones y necesidades afectivas son mínimas y funciona como una observadora pasiva indiferente a las recompensas y afectos, así como a las demandas de relaciones con los demás.

A su vez se evidencia una pérdida significativa, sensación de rendición y pérdida de esperanza en la recuperación de la alegría, experimentando dolor como algo permanente, el placer ya no lo considera posible; muestra una defensa anticipada contra la decepción y las críticas. Hay una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás, expresa temor a la pérdida de independencia por lo que tiende a resistirse al control, muchas veces se muestra inmutable en relación con sus sentimientos.

Por otra parte es indecisa e inquieta, muestra un estado generalizado de tensión, manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. También se muestran notablemente excitada y tienen un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

Es emotiva y sensible, denota inseguridad, falta de ambición, sensación de debilidad e inmadurez emocional, por lo que se encuentra en la búsqueda de estabilidad, así también muestra preocupación sobre cómo manejar las situaciones problemáticas en su vida, manifestando posible dependencia en otros y su poca capacidad para tomar decisiones; pone mucho énfasis en el pasado sintiéndose insegura y con falta de ambición hacia el futuro. También se evidencia signos de baja autoestima y depresión.

Arequipa, 23 de Diciembre del 2014

Giovanna Fabiola Calloapaza Gomez
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLOGICO

I. DATOS DE FILIACION:

Nombres y apellidos : A. V.A.
Edad : 35 años
Fecha de nacimiento : 05/01/79
Lugar de nacimiento : Huánuco
Grado de instrucción : Secundaria completa
Estado civil : Soltera
Procedencia : Pucallpa
Ocupación : Trabajo independiente
Religión : Católica
Referente : Centro de emergencia mujer
Informantes : La paciente
Lugar de evaluación : Casa de la Mujer
Fechas de evaluación : 24/11/2014
Examinadora : Giovanna Calloapaza Gomez

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que viene al servicio de psicología refiriendo “tengo problemas con la tercera de mis hijas ya que ella ha sido ingresada a un albergue, porque ha sufrido abuso sexual por parte de mi ex pareja y las encargadas del albergue me han dicho que es muy probable que no me la entreguen”, refiere haber perdido la esperanza y sentirse totalmente sola, así mismo se le observa triste, con presencia de llanto, su voz es entrecortada y de tono bajo.

III. TECNICA E INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicológicas

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Es la sexta hija de 8 hermanos, por parte de su padre y madre refiere tener 3 hermanos, y 5 hermanos mayores solo de parte de la madre, el embarazo duro 9 meses y se desarrolla dentro de la normalidad. El parto fue de manera normal,

no presentando ninguna complicación. Bajo el cuidado de su madre, durante los primeros cuatro años. Su alimentación fue a base de leche materna. Caminó y habló a la edad de 1 año y 6 meses estando el cuidado de su madre hasta los 4 años de edad.

Asistió a partir de los 5 años a jardín de manera normal. Ingreso al colegio a los 6 años de edad, era una alumna de promedio regular, hasta el segundo año de secundaria asistió con normalidad, posterior a esto tuvo que dejar los estudios porque salió embarazada, retomando a los 18 años sus estudios. Anusca percibe la diferencia de sexo a los 5 años, sus cambios en la pubertad se iniciaron a los 11 años, a los 13 años se enamora por primera vez y establece una relación con Jaime su primera pareja quien tenía 18 años de edad, con el cual tuvo dos hijos, posteriormente llega a separarse por el maltrato que sufría por su pareja. Posteriormente ella conoce a la que sería su segunda pareja, con quien tiene a dos hijas, Doris y Digna, en el año 2005 Jaime decide marcharse con la hermanastra de Anusca, llevándose a las dos menores.

Después de esto ella conoce a Guido quien sería su tercera pareja y con quien tendría 3 hijos varones. En el año 2011 Guido tiene una hija con la hija mayor de Anusca; ante ello Anusca no sabe qué hacer y el la bota de la casa. Ella decide marcharse con el mayor de sus hijos e irse a trabajar a Pucallpa. En relación con su ámbito laboral, ella trabajo desde los 16 años como ayudante de cocina y moza, luego continuo trabajando vendiendo comida, actualmente tiene un discobar y un puesto de venta de anticuchos. Es católica de nacimiento, pero no participa en actividades religiosas.

De niña era una tímida e introvertida, las compañeras de clase la molestaban y le decían que era “serrana”, por lo que lloraba y se sentía triste. La paciente refiere: “aguantaba todo, no decía nada, no hablaba”.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES:

Paciente aparenta mayor edad de la que tiene, de contextura gruesa, tez trigueña, cabello rizado, ojos marrón oscuros, mantiene contacto visual, tono de voz bajo, presenta una postura encorvada, marcha estable, pero lenta, con adecuado arreglo y aliño personal, su expresión facial denota tristeza, paciente que colabora con la evaluación, al inicio de la misma se muestra temerosa, pero gracias al buen rapport de la evaluadora logra establecer confianza.

Paciente lucida, orientada en las tres esferas, sus niveles de atención y concentración se encuentran conservadas, puesto que demuestra un interés en la evaluación, su lenguaje comprensivo esta conservado, ya que comprende y entiende las preguntas e indicaciones planteadas por la evaluadora durante la realización del examen; en cuanto a su lenguaje expresivo es lento, coherente y de tono bajo. El curso de su pensamiento esta conservado, ya que la paciente

realiza tareas de razonamiento apropiadas, el contenido de su pensamiento presenta ideas de desesperanza y culpa. Su percepción esta conservada, al momento de la evaluación, la paciente presenta niveles adecuados de discriminación perceptiva. Su percepción visual esta conservada, ya que reconoce formas y colores, de igual manera su análisis sensorial es óptimo. Su memoria a largo plazo se encuentra conservada, puesto que recuerda acontecimientos cronológicos de su vida personal, su memoria a corto plazo esta conservada porque evoca palabras con exactitud después de unos minutos de su presentación.

VI. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS:

Paciente que desde su niñez mostro rasgos de introversión, además se mostraba sumisa y no reaccionaba ante las agresiones que recibía de su entorno. Era callada, discreta, y a la evaluación evidencia su carencia de deseo y su incapacidad para experimentar en profundidad placer. Se muestra apática, desganada y distante. Sus emociones y necesidades afectivas son mínimas, manifiesta una sensación de rendición y una pérdida de esperanza en la recuperación de la alegría y la solución de sus problemas, ha experimentado dolor como algo permanente, llegando al punto de pensar en que ya no volverá a ser feliz. Expresa temor a la pérdida de sus hijas por lo que se acentúan sus sentimientos de vacío y desamparo.

Por otra parte es indecisa, muestra un estado de preocupación constante, tiene incapacidad para tomar decisiones, mostrándose confundida y culpable por la situación que vive. Es emotiva y sensible, denota inseguridad, falta de ambición, sensación de debilidad e inmadurez emocional, por lo que se encuentra en la búsqueda de estabilidad, así también muestra preocupación sobre cómo manejar las situaciones problemáticas en su vida, manifestando posible dependencia en otros; pone mucho énfasis en el pasado sintiéndose insegura y con falta de ambición hacia el futuro. También se evidencia signos de baja autoestima y depresión

VII. DIAGNOSTICO O CONCLUSIÓN:

Paciente de 35 años de edad, que se caracteriza por presentar sentimientos de tristeza, pérdida de confianza en sí misma y sentimientos de inferioridad, además denota perdida de interés de la capacidad de disfrutar de las cosas y de la vida; tiene ideas de culpa, y pensamientos sombríos acerca de su futuro y el de su

familia. Debido a los datos obtenidos en la entrevista, examen mental y evaluación psicológica la paciente es diagnosticada con un trastorno depresivo leve F (32.0), según el CIE 10.

EVALUACION MULTIAxIAL

EJE I : Trastorno Depresivo Leve F (32.0)

EJE II: Trastorno dependiente de la personalidad F (60.7)

Eje III: No presenta

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

EJE V: EAG= 60% (actual)

VIII. PRONOSTICO:

Favorable, porque la paciente es consciente de su enfermedad y muestra disposición para superar su problema, además cuenta con apoyo de los profesionales del centro donde se encuentra.

IX. RECOMENDACIONES:

- ✓ Psicoterapia individual
- ✓ Psicoterapia grupal
- ✓ Grupos de ayuda

Arequipa, 23 de Diciembre del 2014

Giovanna Fabiola Calloapaza Gomez
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACION:

Nombres y apellidos : A. V.A.
Edad : 35 años
Fecha de nacimiento : 05/01/79
Lugar de nacimiento : Huánuco
Grado de instrucción : Secundaria completa
Estado civil : Soltera
Procedencia : Pucallpa
Ocupación : Trabajo independiente
Religión : Católica
Referente : Centro de emergencia mujer
Informantes : La paciente
Lugar de evaluación : Casa de la Mujer
Fechas de evaluación : 24/11/2014
Examinadora : Giovanna Calloapaza Gomez

II. DIAGNOSTICO:

Paciente de 35 años de edad, que se caracteriza por presentar sentimientos de tristeza, pérdida de confianza en sí misma y sentimientos de inferioridad, además denota pérdida de interés de la capacidad de disfrutar de las cosas y de la vida; tiene ideas de culpa, y pensamientos sombríos acerca de su futuro y el de su familia. Debido a los datos obtenidos en la entrevista, examen mental y evaluación psicológica la paciente es diagnosticada con un trastorno depresivo leve F (32.0), según el CIE 10.

III. ANTECEDENTES TERAPEUTICOS

No presenta antecedentes terapéuticos.

IV. RECURSOS PSICOTERAPEUTICOS

Generar que la paciente controle y modifique sus ideas sobre sí misma, modificando situaciones y conductas que le producen depresión, logrando el remplazo por conductas positivas.

V. DESCRIPCION DEL PLAN PSICOTERAPEUTICO

Para este caso se utiliza la terapia gestáltica con los siguientes pasos:

- a. Producir la relajación mediante la fantasía, mimética y la explicación de la terapia
- b. Ubicar a la paciente en el presente, “aquí y ahora”, para generar el sentido de actualidad
- c. Se realizara el proceso de autorregulación o cierre de asuntos pendientes del pasado, presente, del paciente para generar el darse cuenta.
- d. Aumentar la conciencia o el darse cuenta, de sus asuntos inconclusos para lograr el crecimiento del mismo, el darse permiso para la gratitud, el reconocimiento, el perdón y la aceptación.
- e. Generar crecimiento personal mediante el auto apoyo, es decir que la paciente por si misma pueda crecer, solucionar los problemas de su vida, con sus propios recursos, con sus propias herramientas de solución.

A continuación se describirán las sesiones terapéuticas

PRIMERA SESIÓN

Objetivo

Explicación de la terapia y principios de la terapia Gestalt, relajación mediante el “ir y venir”, “mimética”.

Descripción

Se le explicara a la paciente que la terapia gestáltica es un enfoque humanista-existencial ya que pone énfasis en el modo de ser peculiarmente humano, en la existencia humana individual ya que le interesa las experiencias y vivencias subjetivas de la persona como tema central, además que en esta terapia se trabaja con asuntos inconclusos o experiencias pasadas que no se cerraron y que afectan emocionalmente a la persona; su objetivo es poder regular y cerrar estos asuntos inconclusos, producir el crecimiento personal, el auto apoyo y el darse cuenta de los problemas.

Contiene los siguientes principios:

- El principio del aquí y ahora, el presente

- El principio de concentración en el cuerpo y lenguaje no verbal
- El principio de concentración en el contacto
- El principio de la asunción de la responsabilidad
- El principio del aprendizaje a través de la experiencia – descubrimiento
- El principio del auto apoyo o auto sostenimiento

Como parte de la primera sesión se le enseñara a la paciente a relajarse mediante el ir y venir, es decir el viaje imaginario mediante la fantasía, para esto la terapeuta le indicara que esto le servirá en momentos de tensión, pena, tristeza. Se le pedirá que cierre los ojos y no los abra durante el ejercicio; mediante el uso de la fantasía e imaginación, se le pedirá que salga del aquí y ahora, del presente, se le invitara a que viaje a algún lugar que le produzca felicidad, armonía, tranquilidad sin que mencione a la terapeuta en qué lugar se encuentra, se le pedirá que levante la mano o asiente con la cabeza cuando haya llegado a ese lugar armonioso.

Se le dará la indicación de que entre en contacto con ese lugar lleno de felicidad y observe cada uno de los elementos que hay, que toque lo que hay a su alrededor, que olfatee como es estar en ese lugar que escuche los ruidos que se producen estando ahí, se le invitara a que observe como este su cuerpo, que está haciendo, si está sentada, de pie, que tipo de ropa lleva y se le invitara a que se quede por un momento en ese lugar armonioso.

Ahora mediante el uso de la mimética- identificación que es el arte de convertirse, transformarse en algo o alguien, se le invitará a que escoja un elemento que le produzca felicidad, paz, tranquilidad del lugar en donde se encuentra sin que mencione que elemento escogió, una vez que lo perciba el terapeuta le pedirá que se convierta, que se transforme en ese elemento de la siguiente manera: se le invitará a que hable en primera persona y diga, dependiendo del elemento, por ejemplo: yo soy un río calmado, soy un río grande y doy de beber a mucha gente, soy un río que le gusta la brisa del viento, yo soy un río claro con aguas mansas. Se le pedirá que se quede siendo ese río por un momento, se le preguntara que siente siendo ese río, que entre en contacto con lo que siente y como se relaciona con su forma de ser.

Para finalizar el ejercicio se le pedirá que a su propio ritmo regrese al aquí y al ahora y abra los ojos.

Se le preguntara que siente, según la respuesta se le invitara a que se quede con ese sentimiento y lo guarde en su interior.

Tiempo aproximado: 60 minutos

SEGUNDA SESION

Objetivo

Ubicar al paciente en el presente “aquí y ahora” para generar el sentido de actualidad.

Descripción

La paciente pasa su tiempo mirando al pasado y evita el presente, para que desarrolle sentido de la actualidad o presente se le pedirá que se dé cuenta en que tiempo vive, que se haga preguntas como: ¿Está en contacto con el presente, tiene los ojos abiertos ante la realidad que le rodea, o vaga por el pasado o el futuro?, ¿En qué tiempo, año y realidad se encuentra?, cuando la paciente huya hacia el pasado se le pedirá que observe donde se encuentra actualmente, en que tiempo y año vive, que mencione todos los elementos o características del lugar donde está, que observe por si misma que pasa con su pensamiento, donde se encuentra, que observe que pasa con su cuerpo cuando se va al pasado, que observe si esta estático o si realmente está en el presente, que observe que pasa en su interior, que pasa de su piel hacia dentro que pasa con sus reacciones internas del organismo, al finalizar la concentración en el presente se le dará una pregunta ¿Qué estoy sintiendo aquí y ahora?, se le invitara a que ella misma entre en contacto con lo que siente y se quede con esa emoción por unos segundos, y por último se le brindara una frase “yo me doy cuenta de”.

Se le invitara a que se dé cuenta el cuán importante es el presente ya que el presente es la realidad, es lo que hay, lo que existe en este momento lo que se siente en el aquí y ahora, el presente es el punto cero, siempre en movimiento del cual se puede diferenciar el pasado y el futuro y que la persona bien equilibrada toma en cuenta el pasado y el futuro sin abandonar el presente, sin considerar el pasado o futuro como realidades.

La terapeuta le pedirá que haga un inventario de cuánto tiempo gasta prestando atención a la realidad actual (presente) y cuando en recuerdos (pasado) o anticipaciones.

Se le pedirá también que haga un inventario, una lista de orden de importancia y jerarquía de cuáles son los hechos o acontecimientos más importantes de su pasado que recuerde durante el día o la noche, para que así se puedan identificar cuáles son los asuntos inconclusos de importancia.

Tiempo aproximado: 60 minutos

TERCERA SESIÓN

Objetivo: Autorregular o cerrar el asunto pendiente o experiencia de la paciente con su padre.

Técnica: Silla vacía y la silla caliente.

Descripción

Para el cierre de este asunto pendiente de la paciente se utilizara como técnica la silla caliente y silla vacía para lo cual se necesitan dos cojines, almohadones o dos sillas en el cual se le pedirá a la paciente que se siente en uno de los cojines, cierre los ojos para que pueda concentrarse y que nos los habrá durante la sesión, se le explicara que

en esta parte de la terapia así como un juego de teatro tendrá que hacer una dramatización e interpretación de los roles y que ella misma por sí sola, en relación a su problema tendrá que armar su propio guion existencial.

Formación de la Figura

Se le invitara a que entre en contacto con su cuerpo, que se conecte con su respiración, con lo que siente aquí y ahora, se le pedirá que deje que emerja en su interior la imagen de su padre y que en este encuentro conversara con él.

Regresión

Una vez ya colocada la paciente en la silla caliente, visualizando mentalmente a su padre, la terapeuta le pedirá, que le comente que sucedió cuando vivía con ella y que se identifique con la situación de su niñez sobre la falta de cariño, atención, educación sexual.

Luego se hará la regresión, es decir se le invitara a la paciente a que retorne, regrese a una etapa o acontecimiento de su vida, en este caso se le dirá: ahora vamos a retroceder en el tiempo, vas a regresar a una etapa de tu vida a la niñez en la cual te hace falta cariño, atención, educación sexual, luego se le dirá a la paciente que comente que edad tiene, donde se encuentra, que personas la acompañan, que está pasando, que está sucediendo, que está haciendo, dependiendo de donde este y que edad tenga, se le pedirá que se movilice por el lugar donde se encuentra, que mire lo que hay a su alrededor, que observe que está haciendo ella misma y donde está su padre, el terapeuta le dará la siguiente indicación: toma a tu padre de la mano, llévalo a algún lugar de la casa; vas a conversar con él.

Dialogo

Para empezar el dialogo o guion existencial el terapeuta le dará la siguiente indicación: se le pedirá que inicie el dialogo hablando en primera persona: dile papa soy una niña, tengo la edad de, cuéntale cuando eras niña dile lo que te pasaba hablándole sobre la falta de cariño de atención, comprensión, educación sexual, háblale como si estuviese ocurriendo en este momento aquí y ahora.

Luego se le pedirá que cambie de asiento e imagine ahora que es su padre, le pide que se convierta en ese personaje e interprete ese rol.

Contacto

La terapeuta preguntara a la paciente ¿Que estás sintiendo frente a tu padre?, ¿Qué emoción, sentimiento está sintiendo aquí y ahora? Dependiendo de lo que la paciente sienta: tristeza, pena, cólera, ira, la terapeuta le pedirá que se conecte con la tristeza, que se ponga en contacto con la misma, que la vivencie y la sienta en su interior.

Maximización de la expresión

Después que hizo contacto con su interior, dependiendo de lo que la paciente sienta, la terapeuta le pedirá que exprese su emoción con una frase expresiva: “yo siento tristeza, pena, cólera, ira frente a ti porque”.

Maximización de la implosión

La terapeuta le dará la siguiente indicación a la paciente: se le pedirá que agarre el almohadón, que exprese su emoción de tristeza, cólera, rabia y que golpee muy fuertemente el cojín, se le pedirá que saque su cólera, tristeza como si tuviera la edad correspondiente; mientras va golpeando el cojín se le da una frase expresiva, dependiendo de lo que la paciente sienta, el terapeuta le pedirá que exprese su emoción diciendo “yo siento tristeza, pena, cólera, ira frente a ti porque”; se le pedirá que hable a cerca de lo que le hizo cuando era niña.

Auto-apoyo

En esta etapa el terapeuta le dirá a la paciente “ahora tienes que crecer y madurar”, para esto le pedirá que se apoye y se sostenga en sí misma, se le pedirá que solucione el problema con su padre de manera que le produzca crecimiento personal y le ayude a cerrar su asunto inconcluso del pasado.

Darse cuenta

Se le pedirá a la paciente que habrá los ojos, que respire profundamente, se le preguntara que siente aquí y ahora, según lo que responda se le invitara a que una vez más tranquila, se quede con la emoción que siente en su interior.

Ahora el terapeuta le dará una frase “yo me doy cuenta de” le pedirá a la paciente que manifieste su darse cuenta en relación con su asunto con su padre.

Esta sesión se trabajara en promedio de cuatro veces o más, ya que es necesario que la paciente se libere de lo que siente respecto a la experiencia con su padre, luego reconozca lo positivo de ella, comprenda la historia de vida de su progenitor, le brinde gratitud y por ultimo ya libre de rencor, tristeza o resentimiento le otorgue el perdón.

CUARTA SESION

Objetivo: Autorregular o cerrar el asunto pendiente o experiencia de la paciente con su primera pareja.

Técnica: Silla vacía y la silla caliente.

Descripción

Para el cierre de este asunto pendiente de la paciente se utilizara como técnica la silla caliente y silla vacía para lo cual se necesitan dos cojines, almohadones o dos sillas en el cual se le pedirá a la paciente que se siente en uno de los cojines, cierre los ojos para que pueda concentrarse y que nos los habrá durante la sesión, se le explicara que

en esta parte de la terapia así como un juego de teatro tendrá que hacer una dramatización e interpretación de los roles y que ella misma por sí sola, en relación a su problema tendrá que armar su propio guion existencial.

Formación de la Figura

Se le invitara a que entre en contacto con su cuerpo, que se conecte con su respiración, con lo que siente aquí y ahora, se le pedirá que deje que emerja en su interior la imagen de su primera pareja y que en este encuentro conversara con él.

Regresión

Una vez ya colocada la paciente en la silla caliente, visualizando mentalmente a su primera pareja, la terapeuta le pedirá, que le comente que sucedió cuando vivía con ella y que se identifique con la situación de su convivencia sobre la falta de cariño, atención y comprensión.

Luego se hará la regresión, es decir se le invitara a la paciente a que retorne, regrese a una etapa o acontecimiento de su vida, en este caso se le dirá: ahora vamos a retroceder en el tiempo, vas a regresar a una etapa de tu vida en la cual te hace falta cariño, atención y comprensión, luego se le dirá a la paciente que comente qué edad tiene, donde se encuentra, que personas la acompañan, que está pasando, que está sucediendo, que está haciendo, dependiendo de dónde este y que edad tenga, se le pedirá que se movilice por el lugar donde se encuentra, que mire lo que hay a su alrededor, que observe que está haciendo ella misma y donde está su primera pareja, la terapeuta le dará la siguiente indicación: toma a tu primera pareja de la mano, llévalo a algún lugar de la casa; vas a conversar con él.

Dialogo

Para empezar el dialogo o guion existencial la terapeuta le dará la siguiente indicación: se le pedirá que inicie el dialogo hablando en primera persona: dile “nombre de la pareja” soy tu pareja, tengo la edad de, cuéntale cuando convivías con él, dile lo que te pasaba hablándole sobre la falta de cariño de atención y comprensión háblale como si estuviese ocurriendo en este momento aquí y ahora.

Luego se le pedirá que cambie de asiento e imagine ahora que es su primera pareja, le pide que se convierta en ese personaje e interprete ese rol.

Contacto

La terapeuta preguntara a la paciente ¿Que estás sintiendo frente a tu pareja?, ¿Qué emoción, sentimiento está sintiendo aquí y ahora? Dependiendo de lo que la paciente sienta: tristeza, pena, cólera, ira, la terapeuta le pedirá que se conecte con la tristeza, que se ponga en contacto con la misma, que la vivencie y la sienta en su interior.

Maximización de la expresión

Después que hizo contacto con su interior, dependiendo de lo que la paciente sienta, la terapeuta le pedirá que exprese su emoción con una frase expresiva: “yo siento tristeza, pena, cólera, ira frente a ti porque”.

Maximización de la implosión

La terapeuta le dará la siguiente indicación a la paciente: se le pedirá que agarre el almohadón, que exprese su emoción de tristeza, cólera, rabia y que golpee muy fuertemente el cojín, se le pedirá que saque su cólera, tristeza como si tuviera la edad correspondiente; mientras va golpeando el cojín se le da una frase expresiva, dependiendo de lo que la paciente sienta, la terapeuta le pedirá que exprese su emoción diciendo “yo siento tristeza, pena, cólera, ira frente a ti porque”; se le pedirá que hable a cerca de lo que le hizo cuando estaba con su pareja

Auto-apoyo

En esta etapa el terapeuta le dirá a la paciente “ahora tienes que crecer y madurar”, para esto le pedirá que se apoye y se sostenga en sí misma, se le pedirá que solucione el problema con su primera pareja de manera que le produzca crecimiento personal y le ayude a cerrar su asunto inconcluso del pasado.

Darse cuenta

Se le pedirá a la paciente que habrá los ojos, que respire profundamente, se le preguntara que siente aquí y ahora, según lo que responda se le invitara a que una vez más tranquila, se quede con la emoción que siente en su interior.

Ahora el terapeuta le dará una frase “yo me doy cuenta de” le pedirá a la paciente que manifieste su darse cuenta en relación con su asunto con su pareja.

En esta sesión es necesario que la paciente se libere de lo que siente respecto a la experiencia con su pareja, luego reconozca lo positivo de ella, comprenda la historia de vida de su pareja, le brinde gratitud y por ultimo ya libre de rencor, tristeza o resentimiento le otorgue el perdón.

Tiempo aproximado: 60 minutos

QUINTA SESION

Objetivo: Autorregular o cerrar el asunto pendiente o experiencia de la paciente con su segunda pareja.

Técnica: Silla vacía y la silla caliente

Descripción

Para el cierre de este asunto pendiente de la paciente se utilizara como técnica la silla caliente y silla vacía para lo cual se necesitan dos cojines, almohadones o dos sillas en

el cual se le pedirá a la paciente que se siente en uno de los cojines, cierre los ojos para que pueda concentrarse y que nos los habrá durante la sesión, se le explicará que en esta parte de la terapia así como un juego de teatro tendrá que hacer una dramatización e interpretación de los roles y que ella misma por sí sola, en relación a su problema tendrá que armar su propio guion existencial.

Formación de la Figura

Se le invitara a que entre en contacto con su cuerpo, que se conecte con su respiración, con lo que siente aquí y ahora, se le pedirá que deje que emerja en su interior la imagen de su segunda pareja y que en este encuentro conversara con él.

Regresión

Una vez ya colocada la paciente en la silla caliente, visualizando mentalmente a su primera pareja, la terapeuta le pedirá, que le comente que sucedió cuando vivía con ella y que se identifique con la situación de su convivencia sobre la falta de cariño, atención y comprensión.

Luego se hará la regresión, es decir se le invitara a la paciente a que retorne, regrese a una etapa o acontecimiento de su vida, en este caso se le dirá: ahora vamos a retroceder en el tiempo, vas a regresar a una etapa de tu vida en la cual te hace falta cariño, atención y comprensión, luego se le dirá a la paciente que comente que edad tiene, donde se encuentra, que personas la acompañan, que está pasando, que está sucediendo, que está haciendo, dependiendo de donde este y que edad tenga, se le pedirá que se movilice por el lugar donde se encuentra, que mire lo que hay a su alrededor, que observe que está haciendo ella misma y donde está su primera pareja, la terapeuta le dará la siguiente indicación: toma a tu segunda pareja de la mano, llévalo a algún lugar de la casa; vas a conversar con él.

Dialogo

Para empezar el dialogo o guion existencial la terapeuta le dará la siguiente indicación: se le pedirá que inicie el dialogo hablando en primera persona: dile “nombre de la pareja” soy tu pareja, tengo la edad de, cuéntale cuando convivías con él, dile lo que te pasaba hablándole sobre la falta de cariño de atención y comprensión; háblale como si estuviese ocurriendo en este momento aquí y ahora.

Luego se le pedirá que cambie de asiento e imagine ahora que es su segunda pareja, le pide que se convierta en ese personaje e interprete ese rol.

Contacto

La terapeuta preguntara a la paciente ¿Que estás sintiendo frente a tu pareja?, ¿Qué emoción, sentimiento está sintiendo aquí y ahora? Dependiendo de lo que la paciente sienta: tristeza, pena, cólera, ira, la terapeuta le pedirá que se conecte con la tristeza, que se ponga en contacto con la misma, que la vivencie y la sienta en su interior.

Maximización de la expresión

Después que hizo contacto con su interior, dependiendo de lo que la paciente sienta, la terapeuta le pedirá que exprese su emoción con una frase expresiva: “yo siento tristeza, pena, cólera, ira frente a ti porque”.

Maximización de la implosión

La terapeuta le dará la siguiente indicación a la paciente: se le pedirá que agarre el almohadón, que exprese su emoción de tristeza, cólera, rabia y que golpee muy fuertemente el cojín, se le pedirá que saque su cólera, tristeza como si tuviera la edad correspondiente; mientras va golpeando el cojín se le da una frase expresiva, dependiendo de lo que la paciente sienta, la terapeuta le pedirá que exprese su emoción diciendo “yo siento tristeza, pena, cólera, ira frente a ti porque”; se le pedirá que hable a cerca de lo que le hizo cuando estaba con su pareja

Auto-apoyo

En esta etapa el terapeuta le dirá a la paciente “ahora tienes que crecer y madurar”, para esto le pedirá que se apoye y se sostenga en sí misma, se le pedirá que solucione el problema con su segunda pareja de manera que le produzca crecimiento personal y le ayude a cerrar su asunto inconcluso del pasado.

Darse cuenta

Se le pedirá a la paciente que habrá los ojos, que respire profundamente, se le preguntara que siente aquí y ahora, según lo que responda se le invitara a que una vez más tranquila, se quede con la emoción que siente en su interior.

Ahora el terapeuta le dará una frase “yo me doy cuenta de” le pedirá a la paciente que manifieste su darse cuenta en relación con su asunto con su pareja.

En esta sesión es necesario que la paciente se libere de lo que siente respecto a la experiencia con su segunda pareja, luego reconozca lo positivo de ella, comprenda la historia de vida de su pareja, le brinde gratitud y por ultimo ya libre de rencor, tristeza o resentimiento le otorgue el perdón.

Tiempo aproximado: 60 minutos

SEXTA SESION

Objetivo: Autorregular o cerrar el asunto pendiente o experiencia de la paciente con su tercera pareja.

Técnica: Silla vacía y la silla caliente.

Descripción

Para el cierre de este asunto pendiente de la paciente se utilizara como técnica la silla caliente y silla vacía para lo cual se necesitan dos cojines, almohadones o dos sillas en el cual se le pedirá a la paciente que se siente en uno de los cojines, cierre los ojos para que pueda concentrarse y que nos los habrá durante la sesión, se le explicara que en esta parte de la terapia así como un juego de teatro tendrá que hacer una dramatización e interpretación de los roles y que ella misma por sí sola, en relación a su problema tendrá que armar su propio guion existencial.

Formación de la Figura

Se le invitara a que entre en contacto con su cuerpo, que se conecte con su respiración, con lo que siente aquí y ahora, se le pedirá que deje que emerja en su interior la imagen de su tercera pareja y que en este encuentro conversara con él.

Regresión

Una vez ya colocada la paciente en la silla caliente, visualizando mentalmente a su tercera pareja, la terapeuta le pedirá, que le comente que sucedió cuando vivía con su pareja y que se identifique con la situación de su convivencia sobre la falta de cariño, atención y comprensión.

Luego se hará la regresión, es decir se le invitara a la paciente a que retorne, regrese a una etapa o acontecimiento de su vida, en este caso se le dirá: ahora vamos a retroceder en el tiempo, vas a regresar a una etapa de tu vida en la cual te hace falta cariño, atención y comprensión, luego se le dirá a la paciente que comente que edad tiene, donde se encuentra, que personas la acompañan, que está pasando, que está sucediendo, que está haciendo, dependiendo de donde este y que edad tenga, se le pedirá que se movilice por el lugar donde se encuentra, que mire lo que hay a su alrededor, que observe que está haciendo ella misma y donde está su tercera pareja, la terapeuta le dará la siguiente indicación: toma a tu primera pareja de la mano, llévalo a algún lugar de la casa; vas a conversar con él.

Dialogo

Para empezar el dialogo o guion existencial la terapeuta le dará la siguiente indicación: se le pedirá que inicie el dialogo hablando en primera persona: dile “nombre de la pareja” soy tu pareja, tengo la edad de, cuéntale cuando convivías con él, dile lo que te pasaba hablándole sobre la falta de cariño de atención y comprensión háblale como si estuviese ocurriendo en este momento aquí y ahora.

Luego se le pedirá que cambie de asiento e imagine ahora que es su tercera pareja, le pide que se convierta en ese personaje e interprete ese rol.

Contacto

El terapeuta preguntara a la paciente ¿Que estás sintiendo frente a tu pareja?, ¿Qué emoción, sentimiento está sintiendo aquí y ahora? Dependiendo de lo que la paciente sienta: tristeza, pena, cólera, ira, la terapeuta le pedirá que se conecte con la tristeza, que se ponga en contacto con la misma, que la vivencie y la sienta en su interior.

Maximización de la expresión

Después que hizo contacto con su interior, dependiendo de lo que la paciente sienta, la terapeuta le pedirá que exprese su emoción con una frase expresiva: “yo siento tristeza, pena, cólera, ira frente a ti porque”.

Maximización de la implosión

La terapeuta le dará la siguiente indicación a la paciente: se le pedirá que agarre el almohadón, que exprese su emoción de tristeza, cólera, rabia y que golpee muy fuertemente el cojín, se le pedirá que saque su cólera, tristeza como si tuviera la edad correspondiente; mientras va golpeando el cojín se le da una frase expresiva, dependiendo de lo que la paciente sienta, la terapeuta le pedirá que exprese su emoción diciendo “yo siento tristeza, pena, cólera, ira frente a ti porque”; se le pedirá que hable a cerca de lo que le hizo cuando estaba con su tercera pareja

Auto-apoyo

En esta etapa el terapeuta le dirá a la paciente “ahora tienes que crecer y madurar”, para esto le pedirá que se apoye y se sostenga en sí misma, se le pedirá que solucione el problema con su tercera pareja de manera que le produzca crecimiento personal y le ayude a cerrar su asunto inconcluso del pasado.

Darse cuenta

Se le pedirá a la paciente que habrá los ojos, que respire profundamente, se le preguntara que siente aquí y ahora, según lo que responda se le invitara a que una vez más tranquila, se quede con la emoción que siente en su interior.

Ahora la terapeuta le dará una frase “yo me doy cuenta de” le pedirá a la paciente que manifieste su darse cuenta en relación con su asunto con su tercera pareja.

En esta sesión es necesario que la paciente se libere de lo que siente respecto a la experiencia con su pareja, luego reconozca lo positivo de ella, comprenda la historia de vida de su pareja, le brinde gratitud y por ultimo ya libre de rencor, tristeza o resentimiento le otorgue el perdón.

Tiempo aproximado: 60 minutos

SEPTIMA SESION

Objetivo: Lograr que la paciente se responsabilice de sus percepciones y actos y evitar que vaya echando la culpa de todo lo que le pasa a los demás.

Técnica: Me hago responsable

Descripción

Esta técnica se basa, en alguno de sus elementos, en el que el continuo de conciencia pero en él todas las percepciones se consideran actos.

Se le dirá a la paciente que cuando ella exprese algo añada a esa percepción: “y me hago cargo de ello”- resulta así “me doy cuenta que mi voz es tranquila y me hago responsable de ello”, “me doy cuenta de que me siento triste y me hago cargo de ello”. Con esta fórmula, la paciente deja de echar la culpa de sus estados, y tiene la oportunidad de hacer algo por sí misma para cambiar o disminuir sus consecuencias. Además le permite darse cuenta de cuáles son sus necesidades y como consecuencia satisfacerlas, y si no logra satisfacerlas, responsabilizarse de ello y no responsabilizar al mundo, donde coloca la culpa y el poder.

Esta técnica le permite a la paciente ser más activa en el cambio de su conducta y asumir el poder que esto le proporciona. A partir de esta experiencia tendrá que aceptar que lo que le ocurre es porque hace o deja de hacer algo y el resultado es el producto de sus acciones u omisiones

Tiempo: 45 minutos

OCTAVA SESION

Objetivo: Identificar los deseos, necesidades y potencialidades de la persona y a la vez identificar las excusas, pretextos y obstáculos que esta antepone. (Deseos vs. introyectos)

Técnica: El perro de arriba y el perro de abajo

Descripción

Se le pedirá a la paciente que identifique y haga una lista de las exigencias (deberías) que ella tiene consigo misma. Una vez identificadas se le pedirá que cierre los ojos y se le inducirá a la relajación pidiéndole que entre en contacto consigo misma y con su cuerpo.

Posteriormente el terapeuta empezara a usar diferentes tonos de voz enunciando las exigencias que la paciente escribió, durante la técnica se puede decir a la paciente que si desea contestar o expresar algo puede hacerlo. Una vez terminado el ejercicio se le pedirá que a su propio ritmo regrese y abra los ojos.

Luego la terapeuta le dará la siguiente frase “yo me doy cuenta” para que anteponga a su expresión, y seguidamente se hablara con la paciente a cerca de las exigencias que tenía consigo misma, los limites y que a través de esto logre el darse cuenta.

Tiempo: 50 minutos

VI. TIEMPO DE DURACION

El programa tendrá una duración de aproximadamente 2 meses se dará una sesión por semana, cada sesión tendrá una duración entre 45 a 60 minutos.

VII. AVANCES TERAPÉUTICOS

Se realizó las sesiones terapéuticas logrando que la paciente tome conciencia y resuelva los asuntos inconclusos de su vida.

Arequipa, 23 de Diciembre del 2014

Giovanna Fabiola Calloapaza Gomez
Bachiller en Psicología

CASO 2

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: P. M. D
Edad	: 40 años
Fecha de Nacimiento	: 20/04/1973
Lugar de Nacimiento	: Moquegua
Grado de Instrucción	: Superior
Estado Civil	: Casada
Procedencia	: Moquegua
Ocupación	: Promotora de Ventas
Religión	: Católica
Informantes	: La paciente y la esposa de su padre.
Lugar de Evaluación	: Consultorio de Psicología Hospital II ESSALUD Moquegua
Fechas de Evaluación	: 10 y 11 de abril del 2014
Examinador	: Joseline Lisseth Macedo Tavera

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que viene a consulta refiriendo "me siento preocupada, no sé qué me pasa, no puedo respirar, siento como si el corazón se me fuera a parar y que me voy a morir, tengo mucho miedo" pues recientemente ha presentado episodios de "desesperación" en los cuales siente que le tiemblan las piernas, que le falta el aire y se ahoga, se le acelera el corazón, tiene escalofríos y la sensación de morir; refiere que estos episodios le ocasionan mucho temor pues pensaba que estaba sufriendo de un "ataque al corazón" por lo que decidió visitar un cardiólogo, el cual descarto que la paciente sufriera de alguna afección cardíaca y le recomendó visitar un psicólogo, por eso asiste a consulta psicológica solicitando información y apoyo para solucionar su problema.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

- **Tiempo**

Según refiere la paciente manifestó su problema por primera vez hace 22 años.

- **Forma de Inicio**

El inicio de la enfermedad se dio de forma brusca, pues según la paciente el primer episodio se manifestó horas después de sufrir una fuerte impresión a los 18 años.

- **Síntomas Principales**

Presenta temblores en las piernas, sensación de ahogo o falta de aire, opresión en el pecho, sensación de desmayo, mareos, escalofríos, sofocaciones, aceleración del ritmo cardíaco, miedo a morir o volverse loca.

- **Relato**

Paciente que viene a consulta y manifiesta “me siento preocupada, no sé qué me pasa, no puedo respirar, siento como si el corazón se me fuera a parar y que me voy a morir, tengo mucho miedo”. Estos síntomas según relata la paciente se presentaron por primera vez cuando tenía 18 años, como consecuencia de una fuerte impresión que tuvo al presenciar la explosión de una fábrica clandestina de juegos pirotécnicos que funcionaba a espaldas de su casa, recuerda que se encontraba sola en casa con sus hermanas mayores y escucharon primero el sonido de la explosión el cual les causó una intensa sensación de temor, al asomarse al patio trasero de su casa para conocer lo sucedido las jóvenes observaron restos humanos calcinados regados por el patio, puesto que varias personas fallecieron mutiladas como víctimas del accidente. Al apreciar esta escena la paciente rompió en llanto y relata que se sintió muy nerviosa toda la tarde, hasta que llegada la noche sufrió una “crisis de nervios”, según sus propias palabras, pero que incluía todos los síntomas de los que ahora es víctima: temblores en las piernas, sensación de ahogo o falta de aire, opresión en el pecho, sensación de desmayo, mareos, escalofríos, sofocaciones, aceleración del ritmo cardíaco y miedo a morir; relata que este episodio tuvo una duración aproximada de 15 minutos y que solo la atendieron sus familiares dándole de beber agua e intentando calmarla. Pasada esta primera crisis la paciente no recurrió a ningún especialista puesto que no se volvió a repetir y refiere que las posibilidades económicas de su familia no eran buenas en aquel tiempo.

Pasados varios años tuvo algunos episodios donde manifestaba algunos de los síntomas mencionados, refiere la paciente que, “tenía la sensación de que le quería dar” pero no fueron intensos por lo cual no les brindo importancia y mucho menos recibió apoyo especializado.

Relata que a mediados del mes de julio del año 2013, su madre se fue de la casa donde ella vive con su esposo, el cual se ausenta de la ciudad varios días al mes por motivos de trabajo, y que a raíz de ello empezó sentirse sola y muy nerviosa, pues tenía la sensación de que “alguien estaba en mi casa”, se sentía triste y con mucho miedo en los días que su esposo no estaba con ella. En estas circunstancias las crisis empezaron a manifestarse con más frecuencia e intensidad, hasta llegar a sufrir dos episodios en una sola semana y en diferentes circunstancias y horas del día. Según describe la paciente cuando tiene la sensación de que va a iniciarse

otra crisis se desespera, se pone a llorar y toma agua de azar, siente intenso temor a morir en ese instante y a perder la razón, intenta ignorar los síntomas pero se siente incapaz de controlarlos. Manifiesta que estos episodios tienen una duración aproximada de 10 a 15 minutos y que se desencadenan en cualquier circunstancia y hora del día.

Al sentirse demasiado preocupada y nerviosa por su salud recurre a exámenes médicos, pues tenía sospechas de que su padecimiento fuera una consecuencia de su problema de hiperinsulinismo pero descartó esto al consultarlo con su médico; posteriormente recurre a un cardiólogo el cual descarto que su problema se debiera a alguna afección cardíaca, y es justamente este especialista el que le recomienda visitar a un psicólogo para recibir información y tratamiento para su problema.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

Etapa Pre-natal

- **Embarazo o Gestación:**

La paciente refiere que su madre quedo embarazada a los 34 años de edad y que su padre contaba con 43 años. Según cuenta la paciente sus padres mantenían una relación extramatrimonial por lo cual el embarazo no fue planificado. Ambos padres consumían alcohol de manera habitual antes, durante y después del proceso de gestación. Relata la paciente que su madre sufrió de constantes infecciones urinarias en su periodo de embarazo.

Etapa Natal

- **Parto:**

La paciente nació cumplidos los 9 meses de gestación sin mayores complicaciones. (No refiere mayor información sobre esta etapa)

Etapa Post-natal

- **Primera Infancia:**

A los dos meses de nacida, sus padres la dejan al cuidado de la esposa del padre de la paciente, los cuales se separaron, al enterarse la señora de la infidelidad de su esposo. Por lo que la encargada de criarla desde sus primeros años de vida fue la esposa de su padre. La paciente no refiere mayor información sobre esta etapa de su vida.

- **Desarrollo Psicomotor:**

La paciente no refiere información sobre este aspecto de su desarrollo.

- **Rasgos Neuropáticos:**

Relata que desde pequeña presentó baja tolerancia a la frustración, lloraba y gritaba cuando las cosas no le salían como ella quería, puesto que por ser la menor de las hijas de la familia donde se crió la engreían y protegían mucho.

Etapas Escolares

- **Pre - Escolar:**

Ingresa al jardín a los 5 años, relata que su primer día de clases se puso a llorar por lo que su madrastra tuvo que ingresar con ella y quedarse en el salón hasta que se calmara. Los días posteriores fue perdiendo el temor y llegó a adaptarse adecuadamente en poco tiempo, le agradaba ir al jardín, era una niña sociable y su rendimiento fue bueno en esta primera etapa.

- **Escolar:**

- Ingresa a primaria a un colegio mixto nacional, sus niveles de rendimiento eran muy buenos obteniendo los primeros puestos por varios años. Le agradaba socializar con niños de su edad, en sus primeros años de educación escolar se caracterizó por ser una niña traviesa e inquieta, pero también muy participativa en clase y en actividades que realizaba el colegio.
- Al pasar al nivel secundario es cambiada a un colegio de mujeres, sus niveles de socialización disminuyeron al sentirse la paciente constantemente observada y objeto de burla en alguna oportunidad, pues, le hacían preguntas sobre el aspecto de sus ojos (manifestación física de su enfermedad congénita: Oftalmoplejia), con lo cual su autoestima se vio sumamente afectada. Aun así, su rendimiento durante la permanencia en este colegio fue sobresaliente por lo que se hizo acreedora de una beca para continuar sus estudios en un colegio particular. Durante todo el transcurso de su educación secundaria tuvo participación activa en diversas actividades: danza, poesía, concursos, etc. Culminó sus estudios secundarios satisfactoriamente y con notas sobresalientes. Relata la paciente que en esta etapa se encontraba muy motivada y con grandes expectativas de postular a la universidad para seguir una carrera profesional.

- **Superior:**

- Al culminar sus estudios secundarios no pudo continuar estudiando inmediatamente por los fuertes problemas económicos que pasaba su familia, dedicándose a estudiar en casa y asistir a la parroquia de su comunidad a realizar labores de apoyo por varios años. Según la paciente esto le ocasionó una intensa frustración y tristeza, se sentía menos que los demás y se comparaba constantemente, refiere que sus problemas de baja autoestima se intensificaron en esta etapa.
- A los 22 años inicia estudios técnicos de enfermería en un instituto los cuales deja trancos porque refiere que no le agradaba la carrera.
- Unos meses después de abandonar la carrera de enfermería técnica, decide estudiar mecánica en un instituto, los cuales abandona por motivos de salud, pues se vio sometida a una operación de apéndice.
- A los 27 años ingresa nuevamente a un instituto para estudiar Farmacia, pero se siente incapaz de continuar, pues refiere que no entendía y que la carrera era muy fuerte para ella. Cabe resaltar que en esta etapa la paciente pasaba por un periodo de depresión por las constantes peleas y discusiones que mantenía con su esposo, los cuales se fueron resolviendo en el transcurso del año siguiente con apoyo de un profesional.
- Un año después consigue trabajo como promotora de venta de medicamentos, lo cual le brindó la oportunidad de seguir un diplomado para especializarse como visitador médico, su dedicación y empeño permitió que terminara este diplomado satisfactoriamente y ocupando el primer puesto, gracias a lo cual está próxima a integrarse a una importante empresa de la capital para desempeñarse como visitadora médica.

Desarrollo y Función Sexual

• Aspectos Fisiológicos:

- Comenzó a percibir la diferencia de sexo aproximadamente a los 5 años, cuando ingreso al jardín por explicaciones de la profesora. Refiere la paciente que a los 15 años su madre la llevó a un ginecólogo pues su menstruación aún no se iniciaba, el médico dijo que presentaba un desequilibrio hormonal y presencia de ovario poliquístico, lo cual requería de un caro tratamiento que no se llevó a cabo porque no contaba con las posibilidades económicas para seguirlo, por lo cual la aparición de su menstruación fue a los 18 años.
- Tuvo su primer enamorado a los 17 años, con el cual tuvo una larga relación de amistad, se sentía muy ilusionada y refiere que admiraba su carácter firme y que la hacía sentir segura; es justamente con él con quien a los 18 años mantiene su primera relación sexual, relata que fue en una fecha especial para los dos, pues, cumplían seis meses de relación, fue consentido por ambos.
- Refiere no haber mantenido relaciones homosexuales de ningún tipo.

Aspecto Psicosexual y vida familiar

- Durante sus primeros años de vida, la paciente tuvo poco contacto físico y afectivo con sus padres biológicos, pero la esposa de su padre le brindó seguridad, cariño y afecto; demostrándoselo a través de besos, abrazos y caricias; haciéndola sentirse amada.
- Refiere que durante su niñez, no manifestó mucho interés por explorar su propio cuerpo. Y las inquietudes acerca de temas sexuales que tenía en la adolescencia no las expresaba abiertamente con su familia, puesto que recibió una educación conservadora en cuanto a estos temas.
- Durante su relación de pareja y posterior vida de casada, se ha caracterizado por ser cariñosa y complaciente, se esmera por ser una buena esposa y cumplir los deseos de marido.

Matrimonio

- La paciente contrajo matrimonio a los 24 años, con Rodolfo su primer enamorado, refiere que se casaron muy ilusionados y con el deseo de tener hijos pronto.
- Dentro del primer año de matrimonio su esposo consiguió un nuevo empleo, con lo que mejoró su situación económica, pero el régimen de trabajo implicaba que el esposo de la paciente se ausentara de la ciudad, quedándoles solo algunos días al mes para estar juntos. Esta situación hizo que las inseguridades de la paciente se manifestaran a través de celos excesivos y desconfianza hacia su esposo, lo que inició en su vida matrimonial un periodo de intensas discusiones y peleas, llegando a la agresión física y psicológica por parte de ambos cónyuges. Según manifiesta la paciente, su matrimonio pasó por una fuerte crisis, caracterizada por las constantes críticas y violencia, relata que su esposo le reprochaba el hecho de que pasados varios años ella no pudiera aún quedar embarazada; además de criticar sus constantes fracasos académicos culpándola por ser “poco decidida y dependiente”.
- A los 27 años logró quedar embarazada pero sufrió un aborto espontáneo, lo cual acrecentó las discusiones entre la pareja, pues su esposo la culpaba por no haberse cuidado y la acusaba de haberlo ocasionado intencionalmente para llamar la atención. A consecuencia de esta situación la paciente cayó en un cuadro de depresión, por lo que buscó ayuda profesional a la que asistió por un corto periodo junto con su esposo.
- Después de un tiempo de recibir tanto ayuda profesional como espiritual, la pareja logró superar progresivamente sus problemas de violencia.
- Posteriormente la pareja buscó ayuda profesional para solucionar sus problemas de fertilidad, y decidieron posponer hasta el próximo año el inicio del tratamiento que necesitaría la paciente para poder procrear, mientras ésta logra estabilizarse laboralmente.

Historia de la recreación y de la vida

- La paciente en la niñez se caracterizó por ser muy activa, participaba de todo tipo de juegos y travesuras con niños de su edad, hacia amigos fácilmente, tomando la iniciativa para empezar los juegos.
- En la adolescencia su desenvolvimiento socio-emocional presentó cambios, se volvió tímida y callada, puesto que se sentía constantemente criticada y blanco de las burlas por su aspecto físico.
- En la juventud la paciente gustaba de asistir a la parroquia de su comunidad en la cual compartía con un grupo de jóvenes, con los cuales salía en ocasiones.
- Actualmente comparte actividades de diversión únicamente con su esposo, y conserva un grupo de amigos muy reducido.

Actividad laboral

- Su primer trabajo lo desempeño a los 18 años, como ayudante en la venta de abarrotes, en una tienda propiedad de la madre de su enamorado. Refiere que su desempeño fue eficiente y que mantenía buenas relaciones con sus empleadores, pues la trataban “como a una hija”.
- Años después ingreso a trabajar como promotora de venta de medicamentos, pues contaba con conocimientos básicos en este rubro. Se desempeñó con eficiencia y responsabilidad, lo que le facilitó acceder a una oportunidad de capacitación para desempeñarse posteriormente como visitadora médica.
- Desarrolló con éxito un diplomado para capacitarse como visitadora médica, lo que le ha permitido acceder a un nuevo empleo en este rubro.

Servicio militar

No realizó servicio militar.

Religión

La paciente profesa la religión católica, tuvo participación activa en labores de apoyo en la parroquia de su comunidad participando en grupos de jóvenes. Posteriormente concurrió con su esposo para recibir apoyo espiritual, debido a una fuerte crisis que pasó su matrimonio.

Hábitos e influencias nocivas o tóxicas

- **Alimenticios:** La paciente consume una dieta adecuada para la enfermedad endocrinológica que padece desde joven (hiperinsulinismo), por lo cual su alimentación es balanceada y obedece a las necesidades de su organismo.
- **Sueño:** Refiere que a partir de la intensificación de su problema actual ha presentado dificultades para conciliar el sueño.

- **Alcohol, cigarro y otras sustancias:** La paciente manifiesta no consumir sustancias nocivas de ningún tipo.

Antecedentes Mórbidos Personales

- **Enfermedades:**

- Refiere que cuando tenía 3 años de edad, adquirió una fuerte infección urinaria de la cual se recuperó después de un tiempo de tratamiento.
- La paciente padece de una enfermedad congénita mitocondrial denominada Oftalmoplejia Externa Progresiva Crónica, la cual le fue diagnosticada a los 5 años de edad. Esta enfermedad fue heredada genéticamente de la familia de su padre, en la cual la padecen: su padre, dos de sus tíos, tres de sus primos y su hermana.
- A los 15 años la paciente fue diagnosticada con Ovario Poliquístico, lo cual repercutió en el retraso del inicio de su menstruación la que apareció a los 18 años.
- Fue diagnosticada a los 18 años con Osteoporosis.
- La paciente padece también de un problema de Hiperinsulinismo, para el cual recibe tratamiento y medicación actual.
- A los 22 años sufrió de un cuadro de Apendicitis, por lo que fue sometida a una intervención quirúrgica.
- A los 26 años padeció de una parálisis facial, para lo cual recibió tratamiento adecuado por un tiempo para superar su problema.

- **Accidentes:**

- A los 5 años, la paciente sufrió un fuerte accidente. Saliendo de paseo con sus compañeros de jardín, los niños se encontraban abordando el bus que los llevaría a su destino, la paciente que siempre se caracterizó por ser una niña curiosa y muy traviesa, bajo una palanca que se encontraba en la puerta del bus, lo cual hizo que estando el bus ya en movimiento la puerta se abriera y varios niños cayeron del bus. Esta caída le ocasionó a la paciente una fractura de pie, fractura de nariz y perdió la mayoría de sus dientes delanteros; no tuvo pérdida de conciencia, pero estuvo hospitalizada por varios días.

Personalidad Premórbida

La paciente desde niña presentó baja tolerancia a la frustración, lloraba y gritaba cuando las cosas no salían como ella quería. La esposa de su padre y hermanas mayores la sobreprotegían pues la consideraban una niña frágil, al ser la menor de la casa, haber sufrido un fuerte accidente, y para procurar que no se sintiera mal por el hecho de no ser ellas su familia de sangre. Era meticulosa y perfeccionista en sus quehaceres

escolares, poco tolerante, muy apegada a las normas sociales, poca tolerancia ante las críticas sobre todo a las relacionadas con su aspecto físico, se consideraba “la chica más fea del mundo”, con tendencia marcada a compararse con los demás aumentando la desvalorización que tenía sobre sí misma. Sufrió una gran frustración al no poder seguir estudios superiores, pero no realizó mayores esfuerzos para solucionar esta situación. En su relación de pareja es cariñosa, complaciente y sumisa, demanda excesiva de atención hacia su pareja. Busca aprobación constantemente de las personas, sobre todo para la toma de decisiones importantes sobre su vida; manifiesta un excesivo temor a quedarse sola y hacia la muerte, lo cual hace que necesite constantemente sentirse acompañada y segura. Las situaciones desconocidas le ocasionan altos niveles de estrés, y su poca seguridad en sí misma hace que cele a su pareja excesivamente lo cual ha sido causa de discusión en varias ocasiones. Sufrió un periodo intenso de depresión, por las constantes discusiones con su esposo, lo cual le ocasionó fracasos académicos, sensación de incapacidad e intenso temor de que su esposo la abandone. Sus reacciones emocionales eran explosivas, lloraba y gritaba. Esta situación se intensificó al buscar intensamente quedar embarazada y no poder lograrlo, lo cual agudizó sus problemas de pareja; cuando logró quedar embarazada tuvo un aborto espontáneo inexplicable, tiempo después cuando los problemas se intensificaron sufrió de parálisis facial por un tiempo, después del cual las relaciones con su esposo fueron mejorando al recibir ambos apoyo de un especialista.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

Composición Familiar

- La familia donde se crió la paciente estuvo compuesta por las dos hijas de su padre (hermanas mayores) las cuales ya se encuentran casadas y la esposa de su padre la cual trabajaba independientemente para sostener el hogar. Las relaciones familiares fueron buenas, la paciente se sentía amada y protegida, era muy consentida por ser la hija menor.
- Actualmente la paciente se encuentra casada, su esposo tiene 40 años de edad, y se desempeña como chofer para una empresa que transporta materiales a nivel nacional.

Dinámica Familiar

- La paciente fue la segunda hija de su madre y la tercera hija de su padre, fruto de una relación extramatrimonial entre ambos. Al enterarse la esposa de su padre que había sido víctima de infidelidad decide separarse, por lo que este se muda a vivir con su nueva familia, según relata la paciente, sus padres discutían frecuentemente por motivos económicos llegando incluso a la violencia física. Ambos padres gustaban de asistir a conciertos y fiestas, bebiendo excesivamente incluso por varios días, es así que al nacer la paciente sus padres no le brindaban los cuidados

necesarios, por lo que el padre de la paciente que todavía frecuentaba su antigua vivienda la deja al cuidado de su esposa de la cual se encontraba ya separado. Es desde ese momento que la paciente se cría con sus dos medias hermanas y su madrastra. Pasado algunos años, cuando era niña (7 años) pasaba algunos días al mes con su madre y padre biológicos y su hermana por parte de madre. Durante estos días disfrutaba de jugar con su hermana y a la vez con la que presenciaban constantes discusiones entre sus padres alcohólicos, las niñas eran víctimas de gritos y golpes por lo que la paciente les tenía un gran temor.

- Las relaciones dentro de la familia donde la paciente se crio eran buenas, la niña era consentida por sus hermanas de padre que eran mayores que ella y por la esposa de su padre; refiere que la cuidaban y apoyaban mucho porque su rendimiento académico era muy bueno en el colegio, por motivos de su enfermedad, y porque era la menor en la casa; la joven tenía pocas obligaciones en el hogar a pesar de su situación económica precaria.
- Posteriormente la paciente contrae matrimonio y se muda a vivir con su esposo y con la esposa de su padre. La relación entre la pareja los primeros años fue estable, tiempo después su matrimonio pasó por una crisis caracterizada por constantes discusiones y peleas entre ambos, pues el carácter de su esposo es fuerte y explosivo, en contraste con la paciente que se caracteriza por ser caprichosa e insegura. Los cónyuges han ido superando estos problemas; actualmente su relación ha mejorado, intentan comprenderse y apoyarse más.

Condición Socioeconómica

La joven creció en una familia de bajos recursos económicos. Durante su infancia la familia vivió en una casa propia, que contaba con las condiciones sanitarias mínimas adecuadas para poder vivir, cuando la paciente tenía seis años de edad, su familia fue desalojada de esta vivienda porque su padre, el dueño de la casa, la vendió para cubrir las grandes deudas que tenía. La familia por sus bajos recursos económicos tuvo que mudarse a una precaria vivienda construida en las cercanías de una torrentera.

Cuando la paciente tenía 17 años de edad su padre fallece, dejando a la familia con varias deudas y denuncias por fraude y estafa a cuentas. Esto agudizó los problemas económicos de la familia por lo que no les alcanzó el dinero para apoyar a la paciente a continuar estudios superiores una vez terminado el colegio.

Antecedentes patológicos

- Ambos padres biológicos de la paciente sufrieron de alcoholismo, la madre consumía bebidas incluso en su periodo de gestación. El padre de la paciente sufrió también problemas con el consumo de bebidas alcohólicas, además de dedicarse a la realización de actos deshonestos como estafas y fraudes con terrenos y otros bienes.

- Varios miembros pertenecientes a la familia de la paciente de parte de su padre, padecen de una enfermedad hereditaria denominada oftalmoplejia congénita progresiva mitocondrial, la cual padece: su padre, dos de sus tíos, tres de sus primos y su hermana.

VI. RESUMEN

La paciente nació como resultado de un embarazo no planificado ni deseado, como fruto de una relación extramatrimonial entre sus padres, los cuales llevaban una vida desordenada y padecían problemas con el consumo de alcohol, por lo que dejaron a cargo de la crianza de su hija a la aún esposa del padre de la paciente desde que tenía dos meses de edad. Es así que crece al cuidado de la esposa de su padre y sus dos hermanas por parte de padre, las cuales le brindaron afecto y protección desde sus primeros años de infancia. La paciente inicia la etapa pre-escolar a los 5 años ingresando al jardín, donde muestra buen rendimiento y agrado hacia la interacción con otros niños de su edad, y se caracteriza por ser traviesa y curiosa, motivo por el cual sufre un accidente que le ocasionó algunas fracturas y hospitalización por algunos días. Posteriormente ingresa al nivel primario en un colegio mixto, donde se caracteriza por ser una niña activa y participativa, demostrando altos niveles de rendimiento académico; al iniciar el nivel secundario es cambiada a un colegio de mujeres, en esta etapa sus niveles de adaptación y socialización descienden por sentirse criticada y observada por su aspecto físico. Debido que su rendimiento académico era sobresaliente se hace acreedora de una beca para continuar sus estudios secundarios en un colegio particular donde culmina satisfactoriamente. Por la difícil situación económica que atravesaba su familia, la paciente no puede realizar su deseo de cursar estudios superiores, lo que le ocasiona una gran frustración y tristeza. Años después inicia estudios técnicos en diferentes carreras los cuales deja trancos por diversos motivos, sumando con esto más frustración y culpa sobre sí misma. A los 17 años comienza una relación sentimental con un muchacho que conoce en la parroquia de su comunidad, con el cual tuvo su primera relación sexual a los 18 años y posteriormente se casó a los 24 años. Inicia su vida de casada con mucha ilusión, pero los celos excesivos ejercidos hacia su pareja y falta de comprensión deterioran la relación entre ambos, lo que desencadena en violencia física y psicológica entre la pareja, esto sumado a las constantes críticas de su esposo por que la paciente no podía quedar embarazada, y posteriormente sufre de un aborto espontáneo cuando consigue quedar en cinta. Los problemas del matrimonio se agudizaron por lo que la paciente cae en estado depresivo, esto coincidió con su periodo de constantes fracasos académicos y padecimiento de enfermedades agudas como apendicitis y parálisis facial. Posteriormente y con apoyo de psicológico y espiritual la pareja empieza a superar sus diferencias. La paciente padece una enfermedad hereditaria denominada oftalmoplejia congénita progresiva mitocondrial la cual padecen también varios miembros de su familia por parte la rama paterna, tiene problemas de Osteoporosis e Hiperinsulinismo, para lo cual recibe tratamiento y medicación adecuada. Hace nueve meses

aproximadamente la paciente viene presentando síntomas como temblores en las piernas, sensación de ahogo o falta de aire, opresión en el pecho, sensación de desmayo, mareos, escalofríos, sofocaciones, aceleración del ritmo cardiaco, miedo a morir, por lo cual viene a consulta psicológica.

Moquegua, 17 de Mayo del 2014

Joseline Lisseth Macedo Tavera
Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: P. M. D
Edad	: 40 años
Fecha de Nacimiento	: 20/04/1973
Lugar de Nacimiento	: Moquegua
Grado de Instrucción	: Superior
Estado Civil	: Casada
Procedencia	: Moquegua
Ocupación	: Promotora de Ventas
Religión	: Católica
Informante	: La paciente
Lugar de Evaluación	: Consultorio de Psicología Hospital II ESSALUD Moquegua
Fechas de Evaluación	: 16 de abril del 2014
Examinadora	: Joseline Lisseth Macedo Tavera

II. MOTIVO DE CONSULTA

Evaluación de las funciones psíquicas superiores de la paciente.

III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL COMPORTAMIENTO

Actitud, Porte y Comportamiento

- **Apariencia general y actitud psicomotora:** Paciente que representa la edad que tiene; su forma de vestir se encuentra adecuada a la situación y su apariencia personal es aseada y arreglada. Su expresión facial demuestra preocupación y ansiedad; utiliza un tono de voz adecuado; de postura encorvada y mirada esquiva por momentos.
- **Molestia general y manera de expresarla:** La paciente expresa el malestar por su situación actual de manera emotiva, se le nota angustiada y confundida, eleva el tono de voz por momentos y su rostro es expresivo con lo cual demuestra su desesperación por conocer la causa de su problema y la manera cómo solucionarlo. Existe concordancia entre lo que dice la paciente y su expresión emocional.
- **Actitud hacia el examinador y hacia el examen:** La paciente demostró en todo momento una actitud de colaboración, escuchaba con atención las preguntas formuladas, se mostró interesada y se concentró para desarrollar las tareas encomendadas.

IV. EXPLORACIÓN DE LOS PROCESOS COGNOSCITIVOS

Conciencia, Atención y Orientación

- **Conciencia:** El estado de conciencia de la paciente es adecuado, manteniéndose atenta y demostrando interés en cada tarea asignada. Su estado de alerta ante los estímulos del medio es apropiado.
- **Atención:** Presenta una adecuada habilidad para concentrarse, presta atención a los procedimientos de la evaluación con interés, su atención es sostenida por espacios de tiempo prolongados lo que le permite realizar las tareas asignadas con eficiencia.
- **Orientación:** La paciente se orienta adecuadamente en tiempo, espacio, y con respecto a su persona y a otras personas.

Lenguaje

- El lenguaje de la paciente mantiene una velocidad adecuada, presenta periodos de aceleración que se vinculan con sus estados afectivos (miedo y ansiedad).
- La cantidad de palabras empleadas para transmitir sus ideas es apropiada y se deja entender con claridad. Sus palabras tienen un orden y una asociación lógica adecuada.
- Su lenguaje escrito es entendible, expresa sus ideas con claridad haciendo uso correcto de la ortografía.

Pensamiento

- Su pensamiento mantiene un curso normal y es coherente al expresarlo.
- El contenido de sus ideas se asocia por momentos a preocupaciones irracionales sobre su estado de salud.

Percepción

En cuanto a sus procesos perceptuales, la paciente discrimina y reconoce los estímulos en forma adecuada; percibe los olores y sabores, estímulos térmicos frío - calor; discrimina correctamente formas, colores, ruidos, melodías, tamaños y texturas, hay reconocimiento de objetos, figuras, signos, símbolos, palabras y frases.

Memoria

- **Memoria Remota:** Recuerda adecuadamente hechos cronológicos de su historia personal, mantiene recuerdos de su niñez y adolescencia, anécdotas y travesuras realizadas; y recuerdos acerca de su vida después de su etapa de escolaridad,

problemas familiares, fracasos académicos, periodo de enamoramiento y vida conyugal.

- **Memoria Reciente:** Recuerda con detalle el inicio de su actual problema, las circunstancias en que se desarrolló, las posteriores manifestaciones de este y las sensaciones que experimentó en cada uno de estos episodios.
- **Memoria Inmediata:** Recuerda adecuadamente hechos que hizo durante el momento, su habilidad de fijación es adecuada.

Funcionamiento Intelectual

La paciente posee conocimientos generales adecuados para su edad y grado de instrucción; su capacidad de pensamiento abstracto se encuentra conservada demostrando una eficiente capacidad para solucionar problemas y realizar cálculos; su capacidad de comprensión, razonamiento, juicio y formación de conceptos es adecuada.

V. EXPLORACIÓN DE LA VIDA AFECTIVA

Estado de Ánimo y Afectos

Su estado de ánimo dominante es emotivo e inestable; además se muestra preocupada y temerosa; presenta angustia recurrente y sin causa aparente, siente que va a morir cada vez que pasa por una crisis y se desespera; sus sentimientos son de inquietud e incertidumbre. Se encuentra en situación vigilante con respecto a su problema, así también es insegura en su relación de pareja, celosa y posesiva; sus sentimientos incluso pueden entorpecer sus relaciones personales y con ello coexiste en la paciente una sensación profunda de estar aislada e incomprendida por los demás, mostrándose retraída y apartada o con un comportamiento en estado de alerta.

Comprensión y Grado de Incapacidad de la Enfermedad

- **Comprensión:** La paciente interpretaba su situación como un problema cardíaco, por lo que busco ayuda en un especialista el mismo que descarto la presencia de un problema de este tipo y le recomendó visitar un psicólogo, por lo que la paciente viene a consulta psicológica.
- **Grado de Incapacidad:** Su problema actual ha venido acrecentándose por lo que el desenvolvimiento de la paciente en sus actividades diarias se ha visto afectado, se siente temerosa y vigilante de que estando en cualquier circunstancia pueda asaltarle una crisis, lo que le ocasiona ansiedad, aun así no ha dejado de realizar sus actividades.

VI. RESUMEN

Paciente que aparenta la edad que tiene, con adecuado aliño y aseo personal, que presenta buena actitud hacia la evaluación y hacia la evaluadora. Su estado de conciencia es adecuado, se encuentra orientada en tiempo espacio y persona; y muestra una adecuada habilidad para concentrarse. Su lenguaje mantiene una velocidad adecuada, expresa sus ideas de manera clara, su pensamiento mantiene un curso normal y es coherente al expresarlo, el contenido de este se asocia por momentos a preocupaciones irracionales sobre su estado de salud. Paciente con procesos perceptuales conservados, discrimina y reconoce estímulos de forma adecuada. Memoria remota, reciente e inmediata conservada; posee un buen nivel de conocimientos generales, capacidad de pensamiento abstracto, comprensión, juicio y razonamiento adecuadas para su edad. Su estado de ánimo es emotivo e inestable, presenta angustia recurrente y sin causa aparente, además la comprensión de su problema es inadecuado, atribuyendo las causas a un problema cardíaco; dicho problema le viene afectando en su vida diaria produciéndole intensa ansiedad y con la sensación de que la crisis se vuelva presentar estando sola y en cualquier situación de su vida diaria.

Moquegua, 17 de mayo del 2014

Joseline Lisseth Macedo Tavera
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: P.M.D
Edad	: 40 años
Fecha de Nacimiento	: 20/04/1973
Lugar de Nacimiento	: Moquegua
Grado de Instrucción	: Superior
Estado Civil	: Casada
Procedencia	: Moquegua
Ocupación	: Promotora de Ventas
Religión	: Católica
Informantes	: La paciente
Lugar de Evaluación	: Consultorio de Psicología Hospital II ESSALUD Moquegua
Fechas de Evaluación	: 29 y 30 de abril del 2014
Examinador	: Joseline Lisseth Macedo Tavera

II. OBSERVACIONES GENERALES

La paciente mostró buena disposición para desarrollar las pruebas aplicadas, su actitud fue amigable y receptiva a las indicaciones de la examinadora. No fue necesario repetirle las instrucciones. Al iniciar el desarrollo de las pruebas se mostró algo ansiosa, lo cual fue disminuyendo en el transcurso de su trabajo; en todo momento mostró interés y se concentró en la tarea. Su tiempo de trabajo fue lento, pues se daba tiempo para pensar y organizar sus respuestas, y las corroboraba con frecuencia. Trabajo en silencio y con tenacidad.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Se realizó la aplicación de las siguientes pruebas psicológicas:

- Test de Matrices Progresivas de Raven – Escala General.
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II (MCMI – II)

IV. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Test de Matrices Progresivas de Raven – Escala General

- Interpretación Cuantitativa

La paciente obtuvo un total de 48 aciertos; los cuales estuvieron distribuidos de la siguiente manera en cada una de las 5 series: Serie A=12 aciertos, Serie B =12 aciertos, Serie C=8 aciertos, Serie D=10 aciertos y Serie E=6 aciertos. Lo que nos brindó un Puntaje Bruto igual a 48.

Se determinó la consistencia de los Puntajes Parciales que componen el puntaje bruto, a través de la comparación de este con la Tabla de Composición de Puntaje Normal, como se muestra a continuación:

	A	B	C	D	E	TOTAL
P. Esperado	12	11	10	9	6	48
P. Obtenido	12	12	8	10	6	48
Discrepancia	0	+1	-2	+1	0	

Obteniendo niveles de discrepancia dentro del rango esperado (+2, +1, 0, -1, -2), por lo cual el puntaje obtenido por la evaluada se estima como Consistente.

Se ubicó el Puntaje Bruto dentro de la Escala de Percentiles correspondiente a la edad de la evaluada, obteniendo como resultado un Percentil=75.

Una vez establecido el percentil (P=75) se estimó el Diagnóstico de Nivel de Capacidad Intelectual de la paciente, correspondiéndole el Diagnóstico: Superior al Término Medio (Rango II).

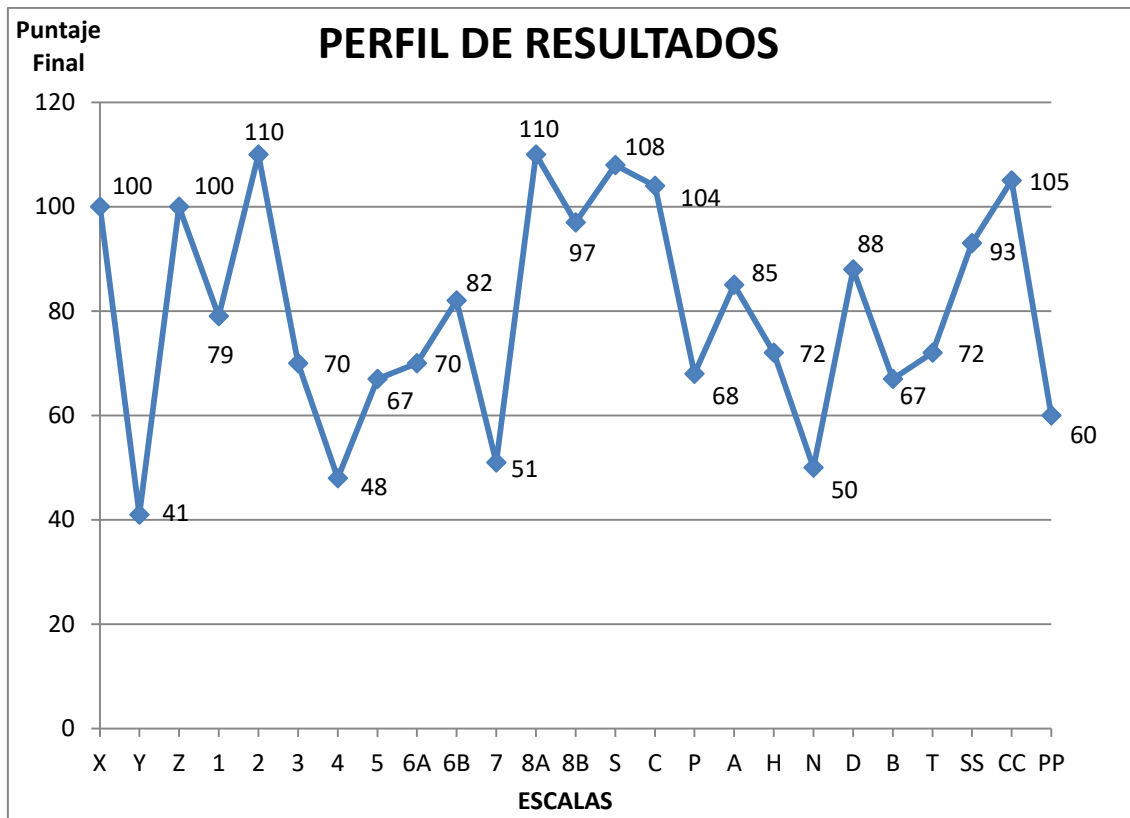
- **Interpretación Cualitativa**

La evaluada ha alcanzado un nivel de Inteligencia superior al término medio, es decir presenta una adecuada capacidad de comprensión de las relaciones para dar sentido a un material desorganizado y confuso. Esto le facilita la captación de una estructura compleja. Así mismo tiende a ser veloz para comprender las ideas, existiendo correlación con el nivel educativo, así también con los procesos de atención y concentración.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II (MCMI – II)

- **Interpretación Cuantitativa**

De la aplicación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon, se obtuvo el siguiente perfil:



En relación a los resultados obtenidos en el área de **“Patrones Clínicos de Personalidad”** se puede observar que la paciente tiene *Indicadores Elevados* (≥ 85) en la escala “Evitativo” con un Puntaje Final =110, de igual manera en “Pasivo – Agresivo” con un Puntaje Final=110, ubicándose ambos como los mayores puntajes obtenidos por la paciente en esta área, seguidos de la escala “Autoderrotista” con un Puntaje Final=97.

Seguidamente observamos que dos escalas se ubican por sus puntajes finales en el *Indicador Moderado* (75 – 84), tenemos así a la escala “Agresivo - sádico” con un Puntaje Final=82, seguido de la escala “Esquizoide” con un Puntaje Final=79.

En cuanto al *Indicador Sugestivo* (60 - 74) se ubican tres de las escalas evaluadas: Escala “Dependiente” con un Puntaje Final=70, de igual forma en la escala “Antisocial” con Puntaje Final=70; seguidamente se ubica la escala “Narcisista” con un Puntaje Final=67.

Por último encontramos dos escalas ubicadas dentro de *Indicadores Bajos* (35 - 59), estas escalas son: “Compulsivo” con un PF=51 y “Histriónico” con un PF=48. No se observan escalas dentro de la evaluación de patrones clínicos de personalidad que se ubiquen en *Indicador Nulo* (0 – 34).

La evaluación en cuanto a “**Patología Severa de la Personalidad**” arrojó los siguientes resultados: en cuanto a la escala “Esquizotípico” la paciente alcanzo a ubicarse en el *Indicador Elevado* con un PF=108, de igual manera en la escala “Borderline” que obtuvo un PF=104. Seguidamente la escala “Paranoide” alcanzo un PF=68, ubicándose en un *Indicador Sugestivo*.

En los resultados obtenidos en “**Síndromes Clínicos**” se puede observar que las escalas de “Distimia” y “Ansiedad” alcanzan un PF de 88 y 85 respectivamente, ubicándose ambos en un *Indicador Elevado*. Le siguen las escalas “Somatomorfo” y “Dependencia de drogas” ambas con un PF=72, ubicándose en el *Indicador Sugestivo*, tenemos también a la escala “Dependencia de alcohol” con un PF= 67. Por último se ubica la escala “Bipolar” con un PF=50 colocándose así dentro de *Indicador Bajo*.

Para concluir tenemos los resultados obtenidos en “**Síndromes Severos**”, en primer lugar se ubica la escala “Depresión mayor” con su PF=105 y seguidamente la escala “Desorden del pensamiento” con PF=93 ambas escalas se ubicaron por sus puntajes en el *Indicador Elevado*. Por último la escala “Desorden Delusional” con un PF=60 se ubico dentro del *Indicador Sugestivo*.

Para la interpretación cualitativa de los resultados se obtuvo el siguiente código:

28A8B (**) 6B1 (*) 36A5+74(“-//SC (**)-(*)//DA (**)-(*)//CCSS(**)-(*)//

- **Interpretación Cualitativa**

- **Patrones Clínicos de Personalidad**

Paciente que experimenta pocos refuerzos positivos, tanto de sí misma como de los otros, cuando acepta recibir apoyo pugna entre seguir los esfuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí misma. Es vigilante, y se encuentra permanentemente en guardia, se distancia siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolorosos de la vida o el reforzamiento de experiencias negativas. Los conflictos que sufre permanecen cerca de su conciencia e invaden su vida cotidiana. Para integrar su dolor y angustia, estados que experimenta como reconfortantes, recuerda activa y repetidamente resultados potencialmente más problemáticos. Sus estrategias adaptativas reflejan el temor y la desconfianza de los demás. Mantiene una actitud de vigilancia constante por miedo a sus impulsos y el anhelo de afecto provoca una repetición del dolor y la agonía que anteriormente había experimentado con otros. A pesar de los deseos de relación ha aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en buena medida la distancia interpersonal. Se mete en discusiones y riñas interminables ya que vacilan entre la deferencia, la obediencia, el desafío y negativismo agresivo. Su

comportamiento muestra un patrón de terquedad o enfado explosivo entremezclado con periodos de culpabilidad y vergüenza.

- **Patología Severa de la Personalidad**

Paciente que prefiere el aislamiento social con las mismas obligaciones y apegos personales. Inclined a ser cognitivamente confusa, piensa de forma tangencial y con frecuencia aparece ensimismada y reflexiva. Muestra una cautela ansiosa e hipersensible, con desconcierto emocional y falta de afecto. Experimenta intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de abatimiento y apatía, entremezclados con periodos de enfado, inquietud o euforia. Además de la inestabilidad y labilidad en su estado de ánimo; muestra una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

- **Síndromes Clínicos**

La paciente se ha visto afectada por sentimientos de desánimo o culpabilidad, carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios auto desvalorativos. Durante los periodos de depresión, hay llanto, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, apetito escaso, agotamiento crónico, pobre concentración y pérdida de interés por actividades lúdicas.

Según los resultados la paciente presenta sentimientos aprensivos, es tensa, indecisa e inquieta y tiende a quejarse de una variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración. Evidencia un estado generalizado de tensión manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Se muestra notablemente excitada y tiene un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

- **Síndromes Severos**

Paciente que se deprime gravemente y expresa temor hacia el futuro, con sentimientos de resignación. Se muestra agitada y lamentando su estado triste. Además manifiesta disminución de apetito, agotamiento, pérdida de peso, insomnio; problemas de concentración, sentimientos de inutilidad o culpabilidad e ideas obsesivas.

La paciente puede mostrar periódicamente un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo, apareciendo con frecuencia confusa y desorientada y ocasionalmente mostrando afectos inapropiados. Su pensamiento es fragmentado.

Sus sentimientos pueden embotarse y existir una sensación profunda de estar aislada e incomprendida por los demás. Se muestra retraída y apartada e incluso muestra un comportamiento vigilante.

V. RESUMEN

Paciente que a los resultados presenta una adecuada capacidad de comprensión de relaciones, captación y organización de estructuras complejas por lo que alcanza un nivel de inteligencia superior al término medio.

Presenta patrones marcados de personalidad de tipo evitativa, pasivo-agresivo y autoderrotista; experimenta pocos refuerzos positivos, es vigilante y se distancia de aspectos dolorosos de la vida; sus estrategias adaptativas se reflejan en temor y desconfianza de los demás. Solo se protege a través de la renuncia activa y a pesar de los deseos de relación ha aprendido que es mejor guardar los sentimientos y guardar distancia interpersonal. Además la incapacidad de resolver el conflicto entre seguir a los demás y lo deseado por si misma puede llevarla a meterse en discusiones; su comportamiento suele ser errático o de terquedad. Para integrar su dolor y angustia recuerda activa y repetidamente percances pasados y transforma otras circunstancias en problemas.

Las patologías de personalidad de tipo esquizotípico y borderline en la paciente se manifiestan en su aislamiento social ya que con frecuencia se encuentra ensimismada, cautelosa y ansiosa. También experimenta intensos estados de ánimo con periodos de abatimiento y apatía, además de la inestabilidad y la ambivalencia cognitiva - afectiva con sentimientos simultáneos de amor, rabia y culpabilidad hacia los otros.

Los síndromes clínicos de distimia, ansiedad, depresión mayor y desorden del pensamiento, se manifiestan en la paciente con sentimientos de desánimo y pesimismo hacia el futuro, apatía en el comportamiento y baja autoestima; es una persona tensa, indecisa y tiende a quejarse de diversos malestares físicos, además de su incapacidad de relajación e hipersensibilidad a cualquier ambiente. En ocasiones se deprime y manifiesta sentimientos de resignación y culpabilidad; asimismo una sensación profunda de estar aislada e incomprendida por los demás.

Moquegua, 17 de Mayo del 2014

Joseline Lisseth Macedo Tavera
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: P.M.D
Edad	: 40 años
Fecha de Nacimiento	: 20/04/1973
Lugar de Nacimiento	: Moquegua
Grado de Instrucción	: Superior
Estado Civil	: Casada
Procedencia	: Moquegua
Ocupación	: Promotora de Ventas
Religión	: Católica
Informantes	: La paciente
Lugar de Evaluación	: Consultorio de Psicología Hospital II ESSALUD Moquegua
Fechas de Evaluación	: 03 de mayo del 2014
Examinadora	: Joseline Lisseth Macedo Tavera

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que viene a consulta refiriendo "me siento preocupada, no sé qué me pasa, no puedo respirar, siento como si el corazón se me fuera a parar y que me voy a morir, tengo mucho miedo" pues recientemente ha presentado episodios de "desesperación" en los cuales siente que le tiemblan las piernas, que le falta el aire y se ahoga, se le acelera el corazón, tiene escalofríos y la sensación de morir; refiere que estos episodios le ocasionan mucho temor pues pensaba que estaba sufriendo de un "ataque al corazón" por lo que decidió visitar un cardiólogo, el cual descarto que la paciente sufriera de alguna afección cardíaca y le recomendó visitar un psicólogo, por eso asiste a consulta psicológica solicitando información y apoyo para solucionar su problema.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicométricas

Test de Matrices Progresivas de Raven – Escala General.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II (MCMI – II)

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

La paciente nació como resultado de un embarazo no planificado ni deseado, como fruto de una relación extramatrimonial entre sus padres, los cuales llevaban una vida desordenada y padecían problemas con el consumo de alcohol, por lo que dejaron a cargo de la crianza de su hija a la aún esposa del padre de la paciente desde que tenía dos meses de edad. Es así que crece al cuidado de la esposa de su padre y sus dos hermanas por parte de padre, las cuales le brindaron afecto y protección desde sus primeros años de infancia. La paciente inicia la etapa pre-escolar a los 5 años ingresando al jardín, donde muestra buen rendimiento y agrado hacia la interacción con otros niños de su edad, y se caracteriza por ser traviesa y curiosa, motivo por el cual sufre un accidente que le ocasionó algunas fracturas y hospitalización por algunos días. Posteriormente ingresa al nivel primario en un colegio mixto, donde se caracteriza por ser una niña activa y participativa, demostrando altos niveles de rendimiento académico; al iniciar el nivel secundario es cambiada a un colegio de mujeres, en esta etapa sus niveles de adaptación y socialización descienden por sentirse criticada y observada por su aspecto físico. Debido a que su rendimiento académico era sobresaliente se hace acreedora de una beca para continuar sus estudios secundarios en un colegio particular donde culmina satisfactoriamente. Por la difícil situación económica que atravesaba su familia, la paciente no puede realizar su deseo de cursar estudios superiores, lo que le ocasiona una gran frustración y tristeza. Años después inicia estudios técnicos en diferentes carreras los cuales deja trancos por diversos motivos, sumando con esto más frustración y culpa sobre sí misma. A los 17 años comienza una relación sentimental con un muchacho que conoce en la parroquia de su comunidad, con el cual tuvo su primera relación sexual a los 18 años y posteriormente se casó a los 24 años. Inicia su vida de casada con mucha ilusión, pero los celos excesivos ejercidos hacia su pareja y falta de comprensión deterioran la relación entre ambos, lo que desencadena en violencia física y psicológica entre la pareja, esto sumado a las constantes críticas de su esposo por que la paciente no podía quedar embarazada, y posteriormente sufre de un aborto espontáneo cuando consigue quedar en cinta. Los problemas del matrimonio se agudizaron por lo que la paciente cae en estado depresivo, esto coincidió con su periodo de constantes fracasos académicos y padecimiento de enfermedades agudas como apendicitis y parálisis facial. Posteriormente y con apoyo de psicológico y espiritual la pareja empieza a superar sus diferencias. La paciente padece una enfermedad hereditaria denominada oftalmoplejia congénita progresiva mitocondrial la cual padecen también varios miembros de su familia por parte la rama paterna, tiene problemas de osteoporosis e hiperinsulinismo, para lo cual recibe tratamiento y medicación adecuada. Hace nueve meses aproximadamente la paciente viene presentando síntomas como temblores en las piernas, sensación de ahogo o falta de aire, opresión en el pecho, sensación de desmayo, mareos, escalofríos, sofocaciones, aceleración del ritmo cardíaco y miedo a morir.

V. OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA

Paciente que aparenta la edad que tiene, con adecuado aliño y aseo personal, que presenta buena actitud hacia la evaluación y la evaluadora. Su estado de conciencia es adecuado, se encuentra orientada en tiempo espacio y persona; muestra una adecuada habilidad para concentrarse. Su lenguaje mantiene una velocidad adecuada, expresa sus ideas de manera clara, su pensamiento mantiene un curso normal y es coherente al expresarlo, el contenido de este se asocia por momentos a preocupaciones irracionales sobre su estado de salud. Paciente con procesos perceptuales conservados, discrimina y reconoce estímulos de forma adecuada. Memoria remota, reciente e inmediata conservada; posee un buen nivel de conocimientos generales, capacidad de pensamiento abstracto, comprensión, juicio y razonamiento adecuados para su edad. Su estado de ánimo es emotivo e inestable, presenta angustia recurrente y sin causa aparente, además la comprensión de su problema es inadecuado, atribuyendo las causas a un problema cardíaco; dicho problema le viene afectando en su vida diaria produciéndole intensa ansiedad y con la sensación de que la crisis se vuelva presentar estando sola y en cualquier situación de su vida diaria.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Paciente que a situación clínica de la entrevista y evaluaciones correspondientes muestra desde el punto de vista cognitivo – productivo un nivel de inteligencia superior al término medio, determinando adecuada capacidad de comprensión de relaciones, captación y organización de estructuras complejas en el ámbito formal; estos resultados se refuerzan con los datos obtenidos de su historia académica los cuales reflejan que el rendimiento de la paciente en sus años de escolaridad fue sobresaliente, llegando a ganar una beca cuando cursaba estudios secundarios. Sin embargo su capacidad para solucionar problemáticas de la vida diaria y responder a situaciones adversas ha sido poco desarrollada.

En la esfera afectiva - emotiva, es una persona con sentimientos de apatía, desánimo y pesimismo hacia el futuro; experimenta intensos estados de ánimo con periodos de abatimiento y apatía, además de la inestabilidad y la ambivalencia cognitiva - afectiva con sentimientos simultáneos de amor, rabia y culpabilidad hacia los otros. Es una persona tensa, indecisa y tiende a quejarse de diversos malestares físicos, además de su incapacidad de relajación e hipersensibilidad a cualquier ambiente. En ocasiones se deprime y manifiesta sentimientos de resignación y culpabilidad; asimismo una sensación profunda de estar aislada e incomprendida por los demás.

Se muestra dependiente de la figura afectiva más próxima en sus diferentes etapas de vida buscando seguridad. En la infancia y adolescencia se caracterizó por ser una niña sobreprotegida por su familia, lo cual obstaculizó el desarrollo adecuado de su

capacidad para tomar decisiones importantes, mostrándose temerosa a las situaciones desconocidas, refugiándose en la seguridad que le brindaba su ambiente familiar para evitar afrontarlas. Posteriormente al contraer matrimonio con su esposo, que se caracteriza por su carácter fuerte y determinación, la paciente busca seguridad en él, llegando al punto de no ser capaz de tomar decisiones por sí misma sin tener que consultarle. Centra toda su atención y admiración en la figura de su esposo. Presenta problemas de baja autoestima devenidos desde la adolescencia, centrados principalmente en su aspecto físico y la comparación constante que realiza la paciente de sí misma con las demás personas, recordando repetidamente sus limitaciones y carencias para sentirse culpable y acentuar su deteriorado autoconcepto. Presenta baja tolerancia a la frustración, miedo a las situaciones nuevas, buscando siempre sentirse acompañada, presencia de ideas irracionales que acentúan la desvalorización que tiene de sí misma.

Desde el punto de vista conativo – volitivo, presenta una actitud hacia sí misma de autocrítica, desvalorización y comparación constante con las demás personas; experimenta pocos refuerzos positivos, es vigilante y se distancia de aspectos dolorosos de la vida; sus estrategias adaptativas se reflejan en temor y desconfianza de los demás. Solo se protege a través de la renuncia activa y a pesar de los deseos de relación ha aprendido que es mejor guardar los sentimientos y guardar distancia interpersonal. Además la incapacidad de resolver el conflicto entre seguir a los demás y lo deseado por sí misma puede llevarla a meterse en discusiones; su comportamiento suele ser errático o de terquedad.

VII.DIAGNOSTICO

Paciente que presenta un nivel de inteligencia superior al término medio, con adecuada capacidad para resolver problemas en el ámbito formal, sin embargo su habilidad para la solución de problemáticas de la vida y situaciones adversas esta poco desarrollada. Es una persona tensa, indecisa y tiende a quejarse de diversos malestares físicos, además de su incapacidad de relajación, tiene sentimientos de apatía, desánimo y pesimismo hacia el futuro; experimenta intensos estados de ánimo con periodos de abatimiento y apatía, temerosa de afrontar situaciones nuevas, buscando la seguridad de la que carece en agentes externos, con tendencia a desvalorizarse y compararse constantemente, acentuando su baja autoestima; además es altamente aprehensiva a temores irracionales e ideas catastróficas sobre los problemas que la aquejan, ocasionándole intensa ansiedad.

Debido a los datos obtenidos en la entrevista, examen mental y evaluación psicológica, la paciente es diagnosticada con Trastorno de Ansiedad Generalizada (F 41.1) según el CIE-10, ya que presenta síntomas como desesperación, palpitaciones, sensación de ahogo y miedo intenso a morir, seguidas de la aparición, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles

implicaciones o consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis.

VIII. PRONOSTICO

Reservado

IX. RECOMENDACIONES

- Iniciar proceso de Psicoterapia Individual.
- Se sugiere complementar la psicoterapia con tratamiento médico.
- Apoyo familiar que le brinde comprensión y soporte emocional para desarrollar eficientemente su proceso de psicoterapia.

Moquegua, 17 de Mayo del 2014

Joseline Lisseth Macedo Tavera
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: P.M.D
Edad	: 40 años
Fecha de Nacimiento	: 20/04/1973
Lugar de Nacimiento	: Moquegua
Grado de Instrucción	: Superior
Estado Civil	: Casada
Procedencia	: Moquegua
Ocupación	: Promotora de Ventas
Religión	: Católica
Informantes	: La paciente
Lugar de Evaluación	: Consultorio de Psicología Hospital II ESSALUD Moquegua
Fechas de Evaluación	: 06, 09, 13 y 15 de Mayo del 2014
Examinador	: Joseline Lisseth Macedo Tavera

II. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Paciente que presenta un nivel de inteligencia superior al término medio, con adecuada capacidad para resolver problemas en el ámbito formal, sin embargo su habilidad para la solución de problemáticas de la vida y situaciones adversas esta poco desarrollada. Es una persona tensa, indecisa y tiende a quejarse de diversos malestares físicos, además de su incapacidad de relajación, tiene sentimientos de apatía, desánimo y pesimismo hacia el futuro; experimenta intensos estados de ánimo con periodos de abatimiento y apatía, temerosa de afrontar situaciones nuevas, buscando la seguridad de la que carece en agentes externos, con tendencia a desvalorizarse y compararse constantemente, acentuando su baja autoestima; además es altamente aprehensiva a temores irracionales e ideas catastróficas sobre los problemas que la aquejan ocasionándole intensa ansiedad.

Debido a los datos obtenidos en la entrevista, examen mental y evaluación psicológica, la paciente es diagnosticada con Trastorno de Ansiedad Generalizada (F 41.1) según el CIE-10, ya que presenta síntomas como desesperación, palpitaciones, sensación de ahogo y miedo intenso a morir, seguidas de la aparición, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis.

III. OBJETIVO GENERAL

Conseguir que la paciente logre comprender la implicancia de su enfermedad, reducir los niveles de ansiedad que las ideas irracionales sobre esta le ocasionan, a través del dominio de técnicas que le brinden una sensación de control sobre su problema.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO

PRIMERA SESIÓN

<u>TÉCNICA</u> “PSICOEDUCACIÓN”	
OBJETIVO	Explicar la enfermedad a la paciente y su esposo, enseñarle a identificar los síntomas y proponer el plan de tratamiento.
TIEMPO	30 minutos
MATERIALES	Material educativo
DESCRIPCIÓN	<p>Estando presentes la paciente y su conyugue, se les invita a tomar asiento y se procede con una sesión de psicoeducación para ambos acerca del problema de la paciente y del soporte que debe brindarle su esposo como el familiar más próximo a la paciente. La sesión incluyó las siguientes partes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Explicación teórica didáctica de acerca del trastorno de angustia:<ul style="list-style-type: none">- ¿Qué es el trastorno de ansiedad?- ¿Cuáles son las causas?- ¿A quién afecta?- ¿Cuándo comienza el trastorno de pánico y cuánto dura la enfermedad?- ¿Puede curarse?- ¿Cómo pueden ayudar los familiares de la persona que lo padece?- ¿Cómo se realizará el tratamiento?• Se procedió a expresar los compromisos de todos los involucrados en relación al tratamiento y al tipo de apoyo que se le brindara a la paciente.

SEGUNDA SESIÓN

<u>TÉCNICA</u> <u>“RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA LENTA”</u>	
OBJETIVO	Proporcionar a la paciente la práctica de una técnica que le brinde una sensación de control y autoeficacia para ayudarla a disminuir la ansiedad anticipatoria y el miedo al miedo.
TIEMPO	30 minutos
MATERIALES	Camilla o colchoneta
DESCRIPCIÓN	<p>Se le pide a la paciente que se recueste boca arriba en la camilla, con las rodillas ligeramente flexionadas, y se le coloca un soporte en la cabeza (almohada), una vez tomada la posición adecuada se le brinda las siguientes instrucciones:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pon una mano en el pecho y la otra sobre el estómago para asegurarte que llevas el aire a la parte de debajo de tus pulmones, sin mover el pecho.- Toma aire lentamente contando de 1 a 5, llévalo a la parte de debajo de tus pulmones hinchando un poco el estómago y barriga sin mover el pecho.- Retiene un momento el aire en esta posición, contando de 1 a 3.- Suelta el aire lentamente hundiendo un poco el estómago y barriga, sin mover el pecho, contando de 1 a 5.- Procura mantenerte relajada y relajarte un poco más al soltar el aire.

TERCERA SESIÓN

<u>TÉCNICA</u> <u>“RELAJACIÓN PROGRESIVA”</u>	
OBJETIVO	Reducción de la tensión fisiológica con el fin de combatir los efectos autonómicos de la ansiedad.
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	Camilla o colchoneta.
DESCRIPCIÓN	

Se le explica a la paciente sobre el contenido de la sesión y los beneficios de la relajación para aportar a la solución de su problema. Se le pide que se acomode en la camilla recostada, y se le dan siguientes instrucciones:

- Póngase en una posición cómoda y relájese. Ahora cierre el puño derecho y apriételo más y más fuerte, observando la tensión que se produce al hacerlo. Manténgalo cerrado y fíjese en la tensión que se ha desarrollado en el puño, en la mano y en el antebrazo. Ahora relájese. Sienta la flacidez de su mano derecha y compárela con tensión que sentía hace algunos segundos. Repita de nuevo el proceso, pero esta vez con la mano izquierda y, por último, hágalo con las dos manos a la vez.
- Ahora doble los codos y tense los bíceps. Ténselos tanto como pueda y repare en la sensación de tensión. Relájese estire los brazos. Déjelos relajados y observe la diferencia.
- Dirija su atención hacia la cabeza, arrugue la frente tanto como pueda. Ahora relájese y desarrúguela. Imagínese como toda la piel de su frente y de su cabeza entera se ha ido estirando hasta ponerse completamente lisa en el momento que se ha sentido relajado. Ahora frunza el entrecejo e intente sentir como las venas se extienden por la frente. Relájese y deje que la frente se ponga de nuevo lisa.
- Ahora cierre los ojos y apriételos fuertemente. Observe la tensión. Relájelos y déjelos cerrados suavemente.
- Ahora cierre la mandíbula, apretando con fuerza; note la tensión que se produce en toda la zona. Relájela. Una vez relajada, notará que los labios están ligeramente separados. Aprecie el contraste real que hay entre el estado de tensión y el de relajación.
- Ahora apriete la lengua contra el techo de la boca, es decir, contra el paladar. Observe el dolor que se produce en la parte posterior de la boca. Relájese. Ahora apriete los labios haciendo con ellos una “O”. Relájelos. Observe como su frente, sus ojos, su mandíbula, su lengua y sus labios están, en este momento, relajados.
- Desplace la cabeza hacia atrás tanto como pueda, sin hacerse daño. Observe la tensión que aparece en el cuello. Gírela hacia la derecha y fíjese en que se ha desplazado el foco de tensión; gírela ahora hacia la izquierda. Endurece la cabeza y muévala ahora hacia adelante, apretando la barbilla contra el pecho. Observe la tensión que siente en la nuca. Relájese dejando que la cabeza vuelva a una posición natural. Ahora encoja los hombros. Encójalos hasta que la cabeza le quede hundida entre ellos. Relájelos. Ahora bájelos y sienta como la relajación se extiende al cuello, nuca y hombros; siéntala relajación profunda.

- De a su cuerpo entero la oportunidad de relajarse. Sienta la comodidad y la dureza. Ahora inspire y llene de aire sus pulmones. Sostenga la respiración. Observe la tensión que se produce. Ahora espire haciendo que el tórax se deshinch y relaje, dejando que el aire vaya saliendo poco a poco. Continúe relajándose haciendo que la respiración se produzca de una forma espontánea y agradable repita esto varias veces observando como la tensión va desapareciendo de su cuerpo a medida que el aire va siendo espirado.
- Ahora tense el estómago y manténgalo así. Note la tensión y luego relájese. Ahora coloque una mano en esta región. Respire profundamente apretando la mano contra la pared del estómago. Aguante y luego relájese. Perciba la diferencia que se produce al soltar el aire.
- Ahora arquee la espalda sin llegar a hacerse daño. Mantenga el resto del cuerpo tan relajado como pueda. Concentre su atención en la parte más baja de la espalda ahora relájese más y más profundamente.
- Tense las nalgas y los muslos. Para ello, contraiga los músculos apretando con los talones hacia abajo, tan fuerte como pueda. Relájese y sienta la diferencia.
- Flexione los dedos de los pies con fuerza para que se tensen las pantorrillas. Estudie la tensión que se produce. Relájese ahora extienda con fuerza los dedos dirigiéndose las puntas hacia arriba y sentirá con ello la contracción de los músculos de las espinillas. Relájese otra vez.
- Sienta la sensación de pesadez en la parte más baja del cuerpo, a medida que la relajación se va haciendo profunda. Relaje los pies, los tobillos, las pantorrillas, las espinillas, las rodillas, los muslos y las nalgas.
- Luego deje que la relajación se extienda hasta el estómago, hasta la región lumbar y el tórax. Deje que se extienda más y más. Siéntala en los hombros, en los brazos y en las manos más y más profundamente. Sienta la sensación de laxitud y relajación en el cuello, en la mandíbula y en todos los músculos de la cara.

Se le recomienda a la paciente que practique estos ejercicios en casa, a razón de una o 2 veces al día, hasta que logre discriminar con facilidad cualquier tensión muscular y a relajarla a voluntad. Una vez dominada esta técnica se le recomienda practicarla en diferentes posiciones y situaciones y combinarla con respiración diafragmática.

CUARTA SESIÓN

<u>TÉCNICA</u>	
<u>“REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA”</u>	
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir que la paciente preste atención, identifique y controle los pensamientos relacionados a la ansiedad, para reatribuir las sensaciones físicas a la ansiedad y no a una enfermedad física grave o a un cuadro psiquiátrico grave. - Trabajar sobre la autoestima y autoconcepto de la paciente.
TIEMPO	60 minutos
MATERIALES	- Hojas para registro
DESCRIPCIÓN	<p>Se inicia la sesión con una exposición de las ideas irracionales más frecuentes que la gente utiliza.</p> <p>A continuación de esto, se seguirán 5 pasos para discutir y eliminar las ideas irracionales. Se le da a la paciente las siguiente instrucción: “Elige una situación que te genere, de forma continuada, emociones estresantes”, a partir de esta instrucción general se trabajaran los 5 pasos, como se describe a continuación:</p> <p><u>Paso 1:</u> Escribe como fue la realidad.</p> <p>Describir la realidad de los acontecimientos en el momento en que le resultaron motivo de distorsión. Asegúrese de que describe solo los hechos objetivos, sin incluir conjeturas, impresiones subjetivas ni juicios de valor.</p> <p><u>Paso 2:</u> Describe tu lenguaje interior.</p> <p>Respecto al acontecimiento. Anota todos tus juicios subjetivos, tus suposiciones, creencias, predicciones y preocupaciones. Después observe cuántas de estas afirmaciones coinciden con las que se han descrito previamente como ideas irracionales.</p> <p><u>Paso 3:</u> Concéntrate en tu respuesta emocional.</p> <p>Elija una o dos palabras claras a modo de etiqueta: mal humor, deprimido, sentimiento de autodesprecio, miedo, etc.</p> <p><u>Paso 4:</u> Discute y varia el lenguaje interior.</p> <p>Discuta y varíe el lenguaje interior que ha descrito en el paso dos.</p> <p><u>Paso 5:</u> Sustituya el leguaje interior por otro.</p>

	<p>Ahora que ha examinado detenidamente la idea irracional que ha originado y ha podido compararla con lo que sería una forma de pensamiento racional.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay nada especial en mí. Puedo aceptar las situaciones dolorosas siempre que surjan. - Afrontar los problemas es más adaptativo que resentirse o huir de ellos. - Me siento de acuerdo con mi forma de pensar. Si no tengo pensamientos negativos, no tengo emociones estresoras, lo máximo que podría pasar es sentirme molesta, arrepentida o enfadada, no ansiosa, deprimida, ni furiosa.
--	--

QUINTA SESIÓN

<p style="text-align: center;"><u>TÉCNICA</u></p> <p style="text-align: center;"><u>“EXPOSICIÓN GRADUAL A SITUACIONES TEMIDAS”</u></p>	
OBJETIVO	Eliminar progresivamente los temores irracionales de la paciente en relación con su problema.
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	- Hoja de registro
DESCRIPCIÓN	<p><u>Primera parte:</u></p> <p>Se le brinda las siguientes instrucciones a la paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Has un listado de situaciones temidas, anotando en cada una el grado de dificultad o ansiedad que crees que te pueden producir. - Ordénalas de menor a mayor dificultad. <p>Una vez anotadas las situaciones temidas en la hoja de registro, se procederá a la visualización de dichas situaciones, en orden gradual de menor a mayor, con todas las modalidades sensoriales: imágenes, sonidos, sesiones, verbalizaciones, etc. Se procurará que sea lo más realista posible.</p> <p><u>Segunda parte:</u></p> <p>Se procede al desarrollar la práctica de la respiración diafragmática lenta combinada con la relajación progresiva ya aprendidas.</p>

	<p>Una vez conseguida la visualización de las escenas temidas se procederá a imaginar que ahora la paciente las afronta sintiéndose tranquila, relajada y muy orgullosa de sí misma por superar su temor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se le recomienda a la paciente realizar una práctica diaria de esta exposición, y se hace entrega de una hoja de registro de la práctica de dicha técnica para realizar el seguimiento de avances.
--	--

SEXTA SESIÓN

<p style="text-align: center;"><u>TÉCNICA</u></p> <p style="text-align: center;"><u>“Control de emociones”</u></p>	
OBJETIVO	Eliminar progresivamente los temores irracionales de la paciente en relación con su problema.
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	- Hoja de registro
DESCRIPCIÓN	<p><u>Primera parte:</u></p> <p>Se le brinda las siguientes instrucciones a la paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Has un listado de situaciones temidas, anotando en cada una el grado de dificultad o ansiedad que crees que te pueden producir. - Ordénalas de menor a mayor dificultad. <p>Una vez anotadas las situaciones temidas en la hoja de registro, se procederá a la visualización de dichas situaciones, en orden gradual de menor a mayor, con todas las modalidades sensoriales: imágenes, sonidos, sesiones, verbalizaciones, etc. Se procurara que sea lo más realista posible.</p> <p><u>Segunda parte:</u></p> <p>Se procede al desarrollar la práctica de la respiración diafragmática lenta combinada con la relajación progresiva ya aprendidas.</p> <p>Una vez conseguida la visualización de las escenas temidas se procederá a imaginar que ahora la paciente las afronta sintiéndose tranquila, relajada y muy orgullosa de sí misma por superar su temor.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Se le recomienda a la paciente realizar una práctica diaria de esta exposición, y se hace entrega de una hoja de registro de la práctica de dicha técnica para realizar el seguimiento de avances.
--	--

SEPTIMA SESIÓN

<u>TÉCNICA</u> “AUTOESTIMA”	
OBJETIVO	Eliminar progresivamente los temores irracionales de la paciente en relación con su problema.
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	- Hoja de registro
DESCRIPCIÓN	<p><u>Primera parte:</u></p> <p>Se le brinda las siguientes instrucciones a la paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Has un listado de situaciones temidas, anotando en cada una el grado de dificultad o ansiedad que crees que te pueden producir. - Ordénalas de menor a mayor dificultad. <p>Una vez anotadas las situaciones temidas en la hoja de registro, se procederá a la visualización de dichas situaciones, en orden gradual de menor a mayor, con todas las modalidades sensoriales: imágenes, sonidos, sesiones, verbalizaciones, etc. Se procurara que sea lo más realista posible.</p> <p><u>Segunda parte:</u></p> <p>Se procede al desarrollar la práctica de la respiración diafragmática lenta combinada con la relajación progresiva ya aprendidas.</p> <p>Una vez conseguida la visualización de las escenas temidas se procederá a imaginar que ahora la paciente las afronta sintiéndose tranquila, relajada y muy orgullosa de sí misma por superar su temor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se le recomienda a la paciente realizar una práctica diaria de esta exposición, y se hace entrega de una hoja de registro de

	la práctica de dicha técnica para realizar el seguimiento de avances.
--	---

V. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Un mes y medio aproximadamente, a razón de una sesión por semana de 30 – 60 minutos cada sesión.

VI. LOGROS OBTENIDOS

Del proceso psicoterapéutico desarrollado con la paciente se pudo observar los siguientes logros:

- Se consiguió que la paciente y su esposo conocieran todos los aspectos de la enfermedad, asumiendo el compromiso de seguir responsablemente el proceso psicoterapéutico necesario.
- Se logró que la paciente consiguiera dominar técnicas de respiración y relajación que le ayudaron a reducir sus niveles de ansiedad.
- Se consiguió que la paciente identificara las ideas irracionales que manifestaba acerca de su problema y sobre sí misma, la evolución de la joven en esta etapa del proceso psicoterapéutico fue lenta, y se utilizó más de una sesión para la práctica, reforzamiento y dominio de la técnica, sin embargo el empeño puesto por la paciente ayudo a conseguir resultados satisfactorios de manera gradual.
- Se obtuvo resultados satisfactorios en la práctica en consultorio de la exposición gradual a las situaciones temidas por la paciente, sin embargo la práctica de la técnica realizada en su hogar no dio buenos resultados en un inicio, teniendo que realizar un seguimiento más específico.
- En líneas generales se ha tenido un avance lento, y en ocasiones con retrocesos, pero el reforzamiento de técnicas le está brindando ya a la paciente resultados satisfactorios.

VII.REFORZAMIENTO DE CONDUCTAS

- Se recomienda reforzar los sentimientos de autocontrol y auto eficacia.
- Aumentar los refuerzos positivos en el hogar en relación a sus avances.

Moquegua, 17 de Mayo del 2014

Joseline Lisseth Macedo Tavera
Bachiller en Psicología

ANEXOS

MASLACH BURNOUT INVENTORY

Señale con una X lo que en este momento percibe en el cuadro correspondiente, únicamente elija una opción.

ITEMS	0 Nunca	1 Alguna vez al año o menos	2 Una vez al mes o menos	3 Algunas veces al mes	4 Una vez por semana	5 Algunas veces por semana	6 Todos los días.
1EE. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2EE. Al final de la jornada me siento agotado							
3EE. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4PA. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis jefes.							
5D Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos.							
6EE. Para mi, trabajar es una tensión casi todos los días.							
7PA Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis jefes y compañeros.							
8EE. Me siento fatigado, desmotivado y/o harto por el trabajo.							
9PA Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10D Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11D Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.							
12PA Me encuentro con mucha vitalidad.							
13EE Me siento frustrado por mi trabajo.							
14EE Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15D Realmente no me importa lo que le ocurrirá a mis compañeros o jefes en el trabajo.							
16EE Trabajar me produce mucho estrés							
17PA Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada en mi trabajo.							
18PA Me encuentro animado después de trabajar todo el día.							
19PA He realizado muchas cosas que merecen la pena este trabajo							

20EE En el trabajo siento que estoy al limite de mis posibilidades.							
21PA Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22D Siento que los demás me culpan de algunos de su problemas en el trabajo.							

CUESTIONARIO HPQ

INSTRUCCIONES

La mayoría de las siguientes preguntas tienen opciones de respuestas numeradas. Para responder, ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO correspondiente a la respuesta elegida. Por ejemplo, si considera que su estado de salud es “Aceptable”, responda de la siguiente manera:

A1. En general, ¿cómo calificaría su estado general de salud actual?

1. Excelente
2. Muy bueno
3. Bueno
4. Aceptable
5. Malo

Si ninguna de las categorías se ajusta a usted exactamente, responda con la categoría más próxima a su experiencia.

Si desea modificar su respuesta, tache con una “X” la respuesta incorrecta y encierre en un círculo la respuesta correcta. Por ejemplo, si desea cambiar su respuesta de “Aceptable” a “Bueno”, realice la corrección como se muestra a continuación:

A1. En general, ¿cómo calificaría su estado general de salud actual?

1. Excelente
2. Muy bueno
3. Bueno
- ☒ 4. Aceptable
5. Malo

Debe completar unas pocas preguntas del folleto con números o breves descripciones. Complételas con letra legible.

C1. ¿Cuántos años tiene?

46 AÑOS

No hay respuestas correctas ni erróneas. Sus respuestas son completamente confidenciales. Responda lo más honesta y precisamente posible.

A. SU TRABAJO

A1. ¿Se encuentra actualmente en alguna de las siguientes situaciones laborales? Para cada respuesta afirmativa, registre cuánto tiempo lleva en esta situación (por ejemplo, 3 semanas, 5 meses o 7 años).

¿Cuánto tiempo lleva en esta situación?

Escriba un

	Sí	No	número	(Encierre en un círculo sólo una respuesta)		
				Semanas	Meses	Años
a. ¿Está desempleado y buscando empleo?	1	2	_____	1	2	3
b. ¿Ha sido temporalmente despedido?	1	2	_____	1	2	3
c. ¿Ausencia por maternidad?	1	2	_____	1	2	3
d. ¿Ausencia por enfermedad de corto tratamiento?	1	2	_____	1	2	3
e. ¿Ausencia extendida por enfermedad o discapacidad?	1	2	_____	1	2	3
f. ¿Está jubilado?	1	2	_____	1	2	3

A2. ¿Realiza alguno de los siguientes tipos de trabajo? Para cada respuesta afirmativa, calcule la cantidad de horas que habitualmente dedica a hacer este tipo de trabajo por semana. Si varía, calcule el promedio.

	Sí	No	Cantidad promedio de horas por semana
a. ¿Está a cargo del cuidado de sus hijos?	1	2	_____
b. ¿Trabaja en un empleo pago de tiempo completo?	1	2	_____
c. ¿Trabaja en un empleo pago de tiempo parcial?	1	2	_____
d. ¿Trabaja por cuenta propia?	1	2	_____
e. ¿Hace trabajo voluntario?	1	2	_____
f. ¿Es estudiante de tiempo completo?	1	2	_____
g. ¿Es estudiante de tiempo parcial?	1	2	_____
h. ¿Hace tareas del hogar o de mantenimiento del hogar?	1	2	_____

A3. Si actualmente trabaja por una paga o beneficio, o está ausente por enfermedad, elija la categoría que mejor describa su empleo principal. Si ninguna de las categorías se ajusta a usted exactamente, responda con la categoría más próxima. Si actualmente no está trabajando y no está ausente por enfermedad, pase directamente a la pregunta B1. (Encierre en un círculo solamente un número.)

1. Ejecutivo, administrador o gerente superior
(p. ej., director ejecutivo, vicepresidente de ventas, gerente de planta)
2. Profesional
(p. ej., ingeniero, contador, analista de sistemas)
3. Asistencia técnica
(p. ej., técnico de laboratorio, asistente legal, programador informático)
4. Ventas
(p. ej., representante de ventas, agente de bolsa, ventas minoristas)
5. Asistencia de oficina y administrativa
(p. ej., secretario, administrativo de facturación, supervisor de oficina)
6. Personal de servicios
(p. ej., oficial de seguridad, empleado de servicios alimenticios, conserje)
7. Producción de precisión y artesanías
(p. ej., mecánico, carpintero, maquinista)
8. Operador u obrero
(p. ej., operador de cadena de montaje, camionero, trabajador de la construcción)

A4. ¿A cuántas personas supervisa personalmente en su empleo principal?

_____ CANTIDAD DE PERSONAS

A5. ¿Cuántas horas espera su empleador que trabaje en una semana típica de 7 días?

Si varía, calcule el promedio. Si trabaja por cuenta propia, calcule la cantidad de horas que considera una semana laboral completa. Si tiene más de un empleo, sume la cantidad total de horas de todos sus empleos.

_____ CANTIDAD DE HORAS

A6. Ahora piense en sus experiencias laborales durante los últimos 28 días. En los espacios provistos a continuación, escriba la cantidad de días que pasó en cada una de las siguientes situaciones laborales.

En las últimas cuatro semanas (28 días), ¿cuántos días...

CANTIDAD DE
DÍAS

a. perdió un día completo de trabajo por problemas de salud física o mental?

- b. perdió un día **completo** de trabajo por algún otro motivo (incluidas vacaciones)? _____
- c. perdió **parte** de un día de trabajo por problemas de salud física o mental? _____
- d. perdió **parte** de un día de trabajo por algún otro motivo (incluidas vacaciones)? _____
- e. llegó temprano, fue a casa tarde, o trabajó en su día libre _____

A7. ¿Alrededor de cuántas horas en total trabajó en los últimos 7 días?

Si tiene más de un empleo, anote la cantidad total de horas de todos sus empleos. Si no trabajó en absoluto en los últimos 7 días, escriba “0” y siga con la pregunta B1.

_____ CANTIDAD DE HORAS

A7.1. ¿Alrededor de cuántas horas en total trabajó en las ultimas 4 semana (28 días)?

Si tiene más de un empleo, anote la cantidad total de horas de todos sus empleos. Si no trabajó en absoluto en las últimas 4 semana (28 días).

_____ CANTIDAD DE HORAS

A8. ¿Tuvo alguna de las siguientes experiencias en el trabajo en los últimos 7 días?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
a. ¿Algún éxito o logro laboral especial?	1	2

- b. ¿Algún fracaso laboral especial? 1 2
- c. ¿Algún accidente que provocó daños, demoras en el trabajo, cuasiaccidentes o un riesgo de seguridad? 1 2
- d. Si respondió “Sí” a alguna de las preguntas A8a, A8b o A8c, describa lo que sucedió.

A9 Las siguientes preguntas son acerca del tiempo que pasó durante sus horas de trabajo en los últimos 7 días. Encierre en un círculo el número de cada pregunta que más se aproxima a su experiencia.

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	A veces	Casi nunca	Nunca
a. ¿Qué tan a menudo fue su desempeño más elevado que el de la mayoría de los trabajadores de su empleo?	1	2	3	4	5
b. ¿Qué tan a menudo fue su desempeño más bajo que el de la mayoría de los trabajadores de su empleo?	1	2	3	4	5
c. ¿Qué tan a menudo no trabajó en momentos en que se suponía que debía estar trabajando?	1	2	3	4	5
d. ¿Qué tan a menudo se percató de que no estaba trabajando tan cuidadosamente como debería?	1	2	3	4	5
e. ¿Qué tan a menudo la calidad de su trabajo fue inferior a lo que debería haber sido?	1	2	3	4	5
f. ¿Qué tan a menudo no se concentró lo suficiente en su trabajo?	1	2	3	4	5
g. ¿Qué tan a menudo los problemas de salud limitaron el tipo o la cantidad de trabajo que usted podía hacer?	1	2	3	4	5

A10. En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa el peor desempeño que cualquiera podría tener en su trabajo y en la que 10 significa el desempeño del mejor trabajador, ¿cómo calificaría el desempeño habitual de la **mayoría** de los trabajadores en puestos similares al suyo? (Encierre el número en un círculo)

Peor
desempeño

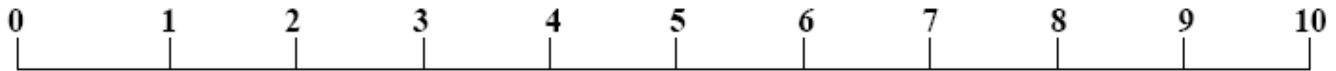
Mejor
desempeño



A11. Con la misma escala de 0 a 10, ¿cómo calificaría su desempeño laboral habitual durante el último año o los últimos dos años? (*Encierre el número en un círculo*)

Peor
desempeño

Mejor
desempeño



A12. Con la misma escala de 0 a 10, ¿cómo calificaría su desempeño en general en los días que trabajó durante los últimas 4 semanas (28 días)? (*Encierre el número en un círculo*)

Peor
desempeño

Mejor
desempeño



A13. ¿Cómo compararía su desempeño laboral general en los días en que trabajó durante los últimos 7 días con el desempeño de la mayoría de los demás empleados que tienen un tipo similar de empleo? (Encierre el número en un círculo)

1. Fue mucho mejor que los demás trabajadores
2. Fue algo mejor que los demás trabajadores
3. Fue un poco mejor que los demás trabajadores
4. Se mantuvo en el promedio
5. Fue un poco peor que los demás trabajadores
6. Fue algo peor que los demás trabajadores
7. Fue mucho peor que los demás trabajadores

B. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

B1. ¿Cuántos años tiene?

_____ años

B2. ¿Es hombre o mujer? (Encierre la letra en un círculo)

- a. Hombre
- b. Mujer

B3. ¿Cuál es su estado civil actual?

- a. Casado/a o conviviente
- b. Separado/a
- c. Divorciado/a
- d. Viudo/a
- e. Soltero/a

B4. ¿Cuántos hijos tiene?

- a. Ninguno
- b. Uno
- c. Dos
- d. Tres
- e. Cuatro o más

B5. ¿Cuál es el grado o nivel de educación más alto que completó? (Encierre la letra en un círculo)

- a. primaria completa
- b. secundaria incompleta
- c. secundaria completa
- d. parte de una carrera tecnica
- e. egresado de una carrera tecnica
- f. Parte de la universidad
- g. Egresado de una carrera universitaria
- h. titulado en una carrera universitaria

B6. ¿Cuál es su ingreso mensual líquido por su empleo?

B7. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?

- a) 1 = una o más personas
- b) 0 = ninguna.

B8. ¿Durante el último año, ¿cuántas veces se presentó a trabajar estando enfermo/a?

- a) 1 = asistió a trabajar enfermo/a durante el último año
b) 0 = no asistió a trabajar enfermo

B9. Durante las últimas 4 semanas (28 días), que cantidad de tiempo te sentiste:

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	1	2	3	4	5
Tan triste que nada podía animarte?					
Nervioso?					
Inquieto o agitado?					
Sin esperanza?					
Que todo era un esfuerzo?					
Sin valor?					
Incapaz de relajarse?					
Impaciente o irritable?					

B10. ¿Durante las últimas 4 semanas (28 días), ¿cuánta molestia sentiste por cada una de las siguientes condiciones?

	Nada	Un poco	Algunas veces	Mucho
	1	2	3	4
Sentirse mareado				
Sentirse cansado o tener poca energía				
Problemas para dormir				
Dolores de cabeza				
Dolor de espalda o cuello				
Dolor en los brazos, las piernas o las articulaciones (Rodillas, caderas, etc.)				
Dolor muscular				
Ojos llorosos, escurrimiento nasal o congestión nasal				
Tos o dolor de garganta				

Fiebre, escalofríos, u otros síntomas de gripe				
Estreñimiento, intestinos flojos, o diarrea				
Náuseas, gases o indigestión				

B11. Marque con una X la alternativa que describa mejor su horario de trabajo

- a. horario regular
- b. horario rotativo
- c. horario irregular