

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE
AREQUIPA**

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

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**“CLIMA LABORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL POLICIAL
QUE LABORA EN EL DEPARTAMENTO DE CRIMINALÍSTICA DE LIMA Y
AREQUIPA”**

Tesis presentada por las Bachilleres:

**MILAGROS KARINA COAGUILA
VALDIVIA**

**ELIZABETH DEL CARMEN
VELASQUEZ GUTIERREZ**

Para optar el Título Profesional de Psicólogas

AREQUIPA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

DEDICO ESTA TESIS A:

- A DIOS, POR HABERME PERMITIDO LLEGAR HASTA ESTE PUNTO Y HABERME DADO SALUD PARA LOGRAR MIS OBJETIVOS.
- MI PADRE GENARITO QUE DESDE EL CIELO ME DIO LA FORTALEZA QUE NECESITE.
- A MI MADRE MARTHITA, POR SER EL PILAR FUNDAMENTAL EN TODO LO QUE SOY, ELLA QUIEN ME INCENTIVO Y FUE MI REFERENTE DE LA PERSERVERANCIA Y A NO RENDIRME JAMAS.
- A MI HIJO ADORADO YAMIRCITO, QUE CON SU LLEGADA ENTENDI QUE NO HABIA OBSTACULOS PARA CULMINAR MIS METAS.
- A MI HERMANA ANGELITA, POR AMARME Y POR SU ADMIRACION, VIRTUD QUE NUNCA DEFRAUDARE.
- A MI PAREJA, AMIGO, CONFIDENTE ALBERTITO; QUIEN CON SU AMOR, COMPRENSION Y PACIENCIA ME FORTALECE CADA DIA.
- A MIS SOBRINAS, AMELIE Y KATHERINE; PARA QUE VEAN EN MI UN EJEMPLO A SEGUIR.

MILAGROS KARINA COAGUILA VALDIVIA

DEDICATORIA

ESTA TESIS ESTA DEDICADA A:

- MI PADRE JUAN VELÁSQUEZ QUE DESDE EL CIELO GUÍA CADA UNO DE MIS PASOS;
- MI MADRE HAYDEE PORQUE SIEMPRE ESTÁS CONMIGO, EN LO BUENOS Y MALOS MOMENTOS, POR TU PERSEVERANCIA E INSISTENCIA Y PORQUE NUNCA DEJASTE DE CREER EN MI.
- A MIS HERMANOS CLAUDIA Y JUAN PABLO POR SIEMPRE ESTAR A MI LADO, POR SUS CONSEJOS Y SU AMOR
- A MIS TIAS... DIGO “MIS MADRES” MARIA, AMELIA, DINA, POR ENSEÑARNOS QUE CUANDO ESTAMOS UNIDOS TODO SE PUEDE LOGRAR.
- A MI HIJA VALERY MARIANA, QUIEN CON SU SONRISA ILUMINA MI MUNDO Y POR QUIEN CADA DÍA SOY ALGUIEN MEJOR.
- A MI FAMILIA POR SIEMPRE... SIEMPRE ESTAR UNIDOS.

ELIZABETH DEL CARMEN VELÁSQUEZ GUTIÉRREZ

AGRADECIMIENTOS

- AL PERSONAL PNP DE LA OFICINA DE CRIMINALISTICA DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU DE AREQUIPA COMO A LOS DE LA DIRECCION DE CRIMINALISTICA DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU – LIMA QUE COLABORARON CON LA PRESENTE INVESTIGACION.
- A NUESTROS CATEDRATICOS A QUIENES LES DEBEMOS GRAN PARTE DE NUESTROS CONOCIMIENTOS, GRACIAS POR SUS ENSEÑANZAS Y EL PROFESIONALISMO QUE LOS CARACTERIZA.
- UN ETERNO AGRADECIMIENTO A ESTA PRESTIGIOSA UNIVERSIDAD LA CUAL NOS PREPARO PARA UN FUTURO COMPETITIVO Y FORMANDONOS COMO PERSONAS DE BIEN.

MILAGROS KARINA COAGUILA VALDIVIA

ELIZABETH DEL CARMEN VELÁSQUEZ GUTIEREREZ

PRESENTACIÓN

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

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN.

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR

SEÑORES CATEDRATICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Tengo el honor de dirigirme a ustedes con el propósito de presentar a vuestra consideración el trabajo de investigación titulado “**CLIMA LABORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL POLICIAL QUE LABORA EN EL DEPARTAMENTO DE CRIMINALÍSTICA DE LIMA Y AREQUIPA**” estudio realizado en policías que laboran en el área de criminalista en las ciudades de Arequipa y Lima, con el mismo que esperamos obtener el título profesional de Psicólogas.

Así mismo, pretendemos que el presente trabajo contribuya de alguna manera en realizar la participación del Psicólogo en la prevención y promoción de la salud mental.

Arequipa, setiembre del 2017

Las bachilleres

MILAGROS KARINA COAGUILA VALDIVIA

ELIZABETH DEL CARMEN VELÁSQUEZ GUTIÉRREZ

RESUMEN

El presente estudio busca determinar la relación que existe entre el clima laboral y la presencia de síndrome de Burnout en personal policial del área de criminalística de las ciudades de Arequipa y Lima. La muestra estuvo constituida por 69 suboficiales del Departamento de Criminalística de Arequipa, de los cuales el 52.2% son varones, para el caso de la Dirección Ejecutiva de Criminalística de Lima se contó con la participación de 94 suboficiales, de los cuales el 55.3% eran varones. Los instrumentos utilizados fueron el Inventory de Burnout de Maslach (MBI) y la Escala de Clima Laboral (CLSPC). Hallamos como resultados que los evaluados de Arequipa (42%) y Lima (50%) perciben un clima laboral de rango medio; así mismo, el 24.5% de policías evaluados en Lima y 23.2% de policías en Arequipa presentan síndrome de Burnout. Además encontramos que hay una relación estadísticamente significativa entre el clima laboral y el síndrome de Burnout ($\chi^2 = 14.004$; $p < .05$), es así que el 39% de los policías que sufren de síndrome de Burnout perciben un clima laboral desfavorable y el 50% como muy desfavorable en su institución. Por lo que concluimos que un clima laboral desfavorable se asocia con una mayor presencia del síndrome de Burnout en la muestra de policías evaluados.

Palabras clave: *Síndrome de Burnout, clima laboral, policía, criminalística*

ABSTRACT

The present study seeks to determine the relationship that exists between the work environment and the presence of Burnout syndrome in police personnel in the area of criminalistics in the cities of Arequipa and Lima. The sample consisted of 69 noncommissioned officers of the Department of Forensic Science of Arequipa, of which 52.2% are male, for the case of the Criminal Investigation Directorate of Lima was attended by 94 non-commissioned officers, of which 55.3% are males. The instruments used were the Maslach Burnout Inventory (MBI) and the Labor Climate Scale (CLSPC). We find, as results, that those evaluated in Arequipa (42%) and Lima (50%) mostly perceive a mid-range labor climate; likewise, 24.5% of policemen evaluated in Lima and 23.2% of police officers in Arequipa have Burnout syndrome. We also found that there is a statistically significant relationship between the work climate and Burnout syndrome ($\chi^2 = 14.004$, $p < 0.05$), so that policemen suffering from Burnout syndrome perceive mostly an unfavorable work environment (39%) or very unfavorable (50%) in your institution. Therefore, we conclude that an unfavorable work environment is associated with a greater presence of Burnout syndrome in the sample of policemen evaluated.

Keywords: *Burnout syndrome, work climate, police, criminalistics*

INDICE

DEDICATORIA	1
AGRADECIMIENTOS.....	3
PRESENTACIÓN	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
INDICE	7
LISTA DE TABLAS.....	9
INTRODUCCIÓN	10

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
2. OBJETIVOS.....	15
3. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	16
4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	16
6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	17
7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	18

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

1. ESTRÉS.....	19
1.1. ORIGEN DEL TÉRMINO Y CARACTERÍSTICAS DEL ESTRÉS.....	19
1.2. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE ESTRÉS	20
1.3. DEFINICIÓN DE ESTRÉS	22
1.4. EL ESTRÉS EN LOS PROBLEMAS DE SALUD.....	24
1.5. EL SÍNDROME DE BURNOUT	27
1.5.1. <i>Las primeras aproximaciones al concepto</i>	28
1.5.2. <i>El camino hacia la estandarización</i>	29
1.5.3. <i>La definición del síndrome</i>	30
1.5.4. <i>Dimensiones del síndrome de Burnout</i>	31
1.5.5. <i>Modelos teóricos</i>	33
1.5.6. <i>Factores de riesgo del síndrome de Burnout</i>	34
A. <i>Factores personales</i>	34
B. <i>Factores predisponentes</i>	36
1.5.7. <i>Estrés y Burnout en la Policía</i>	39
1.5.8. <i>Los estresores del entorno laboral del policía y sus efectos</i>	40
2. CLIMA LABORAL	44
2.1. CONCEPTO	45
2.2. DIMENSIONES	47
2.3. ENFOQUES	48
2.4. INVESTIGACIONES SOBRE EL CLIMA LABORAL	50

CAPÍTULO III

METODOLOGIA.....	53
1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	53
1.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	53
1.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	54
1.4. MATERIALES E INSTRUMENTOS	55
1.5. PROCEDIMIENTO	58
1.6. ANÁLISIS DE DATOS	58

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	59
--	-----------

CAPITULO V

DISCUSIÓN	72
CONCLUSIONES	76
RECOMENDACIONES	77
REFERENCIAS	78
ANEXOS.....	83
CASOS CLÍNICOS.....	88

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Autorrealización en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa.....	60
Tabla 2. Involucramiento laboral en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa	61
Tabla 3. Supervisión en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa	62
Tabla 4. Comunicación en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa	63
Tabla 5. Condiciones laborales en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa	64
Tabla 6. Clima laboral en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa	65
Tabla 7. Agotamiento emocional en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa	66
Tabla 8. Despersonalización en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa	67
Tabla 9. Realización personal en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa	68
Tabla 10. Síndrome de Burnout en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa	69
Tabla 11. Correlación entre el clima laboral y el síndrome de Burnout en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa	70
Tabla 12. Correlación entre las dimensiones del clima laboral y del síndrome de Burnout en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa.....	71

INTRODUCCIÓN

El trabajo es un elemento muy importante en el desarrollo del ser humano, ya que, a través del mismo, se pueden satisfacer muchas necesidades. El hombre no sólo transforma la sociedad en la que vive, sino que también resulta transformado. Además de que el trabajo le permite poner en práctica sus conocimientos y actitudes, relacionarse y sentirse útil como individuo.

Ahora hablando de los efectos del trabajo y su entorno sobre el ser humano, desde el punto de vista psicológico, unos son positivos como generadores de bienestar, autorrealización y solidaridad, y otros son fuente también de efectos negativos como el estrés, la depresión y el Síndrome de *Burnout*. Precisamente es este síndrome, el que se describe en diferentes tipos de profesionales, como los médicos, administradores, docentes y también en las fuerzas armadas y policiales.

Es por esto que se considera que es de suma importancia que dentro de las fuerzas policiales se conozca el ambiente que predomina, y como es percibido por el personal, como un factor intrínseco que podría repercutir directamente en la salud física y mental del individuo. A través de la investigación, se puede examinar, fortalecer o corregir diferentes situaciones que afectan positiva o negativamente al individuo, que de alguna manera u otra se les puede sacar el máximo provecho para lograr resultados fructíferos tanto en los policías como en las unidades de criminalística.

Lo más importante del estudio de estas dos variables (Síndrome de Burnout y Clima Organizacional) es que permite a la organización policial identificar, categorizar y analizar mediante la aplicación de cuestionarios, una visión rápida, eficaz y fiel de las percepciones de los individuos respecto a su trabajo en las unidades de criminalística, y a su vez determina una aproximación a la salud física y mental de los mismos; ya que, hay que tomar en cuenta que para una organización como la policial es muy importante que su personal se encuentre en óptimas condiciones para realizar sus labores, ya que esto repercute directamente en la resolución de diversos crímenes.

Por lo tanto, el estudio que se presenta a continuación, consiste en establecer la relación entre el Síndrome de Burnout y la percepción sobre el clima laboral en el personal policial que trabaja en los departamentos de criminalística de las ciudades de Arequipa y Lima.

Para el desarrollo de este trabajo, en un primer capítulo se hace la delimitación del estudio, haciendo hincapié en los fundamentos para la realización del mismo, en el segundo capítulo se recoge el marco teórico general sobre el clima laboral y sus dimensiones; además del síndrome de Burnout y las consecuencias que éste tiene sobre las personas, basándonos en una amplia revisión de material bibliográfico, donde se explican los aspectos esenciales de estas variables objeto de investigación,

En el tercer capítulo se hace mención a la metodología usada en el estudio. En el cuarto capítulo se consignan los resultados de la investigación y por último en el quinto capítulo se presenta la discusión, así como las conclusiones y sugerencias. Finalmente se recogen las referencias bibliográficas citadas en los capítulos anteriores y se incluye un último apartado con los anexos nombrados a lo largo del trabajo con la finalidad de aclarar determinados aspectos.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La institución que se ocupada de garantizar, mantener y restablecer el orden interno, prestando protección y ayuda a las personas y a la comunidad, es la Policía Nacional del Perú. Ésta se divide tradicionalmente en dos grandes campos profesionales: la policía de acción y la policía de investigaciones. La primera, opera principalmente mediante el efecto disuasivo de su sola presencia física, fortaleciendo las conductas de los ciudadanos acordes con la ley; sin embargo, también tienen capacidad para intervenir en situaciones peligrosas y disponen de equipos especializados en la lucha contra diversas formas de crimen organizado y narcoterrorismo. La segunda tiene como misión reunir con discreción la información relevante para los funcionarios que autorizan la persecución de un delito, manteniéndose separada de toda intervención o situación violenta y evitando incluso la divulgación de sus actividades, dentro de este grupo se halla la especialidad de criminalística (Acha & Diez Canseco, 2004).

La profesión policial ha sido descrita en la literatura científica como una ocupación inherentemente estresante (Corredor & Marín, 2013; Queirós, Kaiseler & Da Silva, 2013) e incluso algunos investigadores plantean que es una de las que más estrés produce (Goria & Torres, 2003). Ello se debe al roce continuo que el desarrollo de su

función implica en relación con la sociedad. Asimismo, se debe tomar en cuenta que el policía desarrolla su labor en un entorno conflictivo, en el límite de la marginalidad y criminalidad, lo que implica un riesgo genérico y se añade como factor de estrés. Además de estos factores puramente laborales, existen otros de carácter organizativo (Sánchez, Sanz, Apellaniz & Pascual, 2001). De esta manera, se puede apreciar que la actividad policial involucra un elevado nivel de estrés que afecta, moldea y marca a estos sujetos y a sus familias. El carácter complejo de esta labor supeditada al riesgo físico, al vínculo con el poder y al juicio de los ciudadanos, parece constituir un entorno favorable para la aparición del síndrome de Burnout (Corredor & Marín, 2013; Durán, Montalbán & Stangeland, 2006). Es importante investigar los efectos nocivos del estrés que se presentan en esta población teniendo en cuenta la cantidad de oficiales de policía que existen en nuestro país, así como la función que cumplen en la sociedad.

A pesar de los más de 25 años del estudio formal del Burnout parece que no existe una definición plenamente compartida por la comunidad científica internacional (Moreno, Trujillo, Rivas y Lámbarry, 2014), no obstante en la presente investigación se optará por definir el Burnout como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas” (Maslach y Jackson, 1981). Dentro de sus causas pueden señalarse la falta de autonomía en el trabajo, trato con el público, conflicto de rol, ambigüedad de rol, disminución de oportunidades de realización personal, retroalimentación inadecuada, falta de control sobre el trabajo, situaciones poco satisfactorias, sobrecarga de trabajo y continuos factores estresantes del ambiente físico de trabajo (Patlán, 2013), muchos de los cuales se presentan en el personal policial. Ello aunado a la dependencia política, a la pertenencia a una organización compleja y jerarquizada donde priman los principios de obediencia y autoridad, y a las difíciles relaciones con los ciudadanos obstaculizan el logro de las expectativas vocacionales de ayuda y servicio, convirtiendo al policía en el blanco de un proceso de desgaste profesional o Burnout (Durán et al., 2006).

El estudio del síndrome de Burnout se ha hecho en muchos países alrededor del mundo y también en los de habla hispana, no obstante podría decirse que en España es

donde se halla una mayor cantidad de antecedentes sobre estrés y policías (Delgado, 2009; García, Pérez y Albacete, 2013) y en el fenómeno Burnout en policías (Blasco, Llor, García, Sáez y Sánchez, 2002; de la Fuente, Aguayo, Vargas y Cañas de la Fuente, 2013). Brasil destaca en la región latinoamericana con una amplia variedad de estudios realizados sobre estés laboral con cuerpos policiales ya sea utilizando el MBI (Guimarães, Mayer, Bueno, Minari y Martins, 2014; Queirós, Kaiseler y Silva, 2013), otros instrumentos (Lipp, 2009; Melo, Cascaes da Silva, Valdeni, Gonçalves, Barbosa y da Silva, 2014) o por medio de técnicas cualitativas (Coleta y Coleta, 2008). Aunque también Colombia presenta varios estudios de estrés laboral en policías como el trabajo teórico y cualitativo de Corredor y Marín (2013) quienes implementaron el MBI en su versión general (MBI-GS).

Así mismo, en México últimamente se han llevado a cabo varios estudios sobre *burnout* en diferentes poblaciones, destacándose las investigaciones realizadas principalmente en Guadalajara y el Distrito Federal y con poblaciones relativas a profesionales de la salud (Juárez-García, Idrovo, Camacho-Ávila y Placencia-Reyes, 2014). En el caso de muestras con agentes encargados de conservar el orden público y hacer cumplir las leyes se puede observar un número creciente, pero aún limitado de trabajos. Así, pueden citarse los estudios con agentes viales (Aranda, Pando, Salazar, Torres y Aldrete, 2010) y policías de la ciudad de México (Sánchez-Nieto, 2012). Pese al gradual aumento del número de investigaciones sobre Burnout en policías, consideramos que aún es una población que no ha sido suficientemente estudiada en términos de salud laboral en el Perú.

Se considera que las condiciones laborales están muy relacionadas en que se presente en síndrome de Burnout en el trabajo. Dentro de las condiciones laborales, varios investigadores refieren que el clima organizacional es un elemento fundamental en las percepciones que el trabajador tiene de las estructuras y procesos que ocurren en un ambiente laboral, este enfoque tiene su importancia, en el sentido de que el comportamiento de un trabajador no es una resultante de los factores organizacionales existentes, sino que se origina de las percepciones que tenga el trabajador de estos factores (Sarsosa *et al.*, 2013; Delgado, 2009). En el contexto peruano, se ha encontrado

que la Policía Nacional tiene que enfrentar la carencia de recursos de todo tipo y una marcada falta de credibilidad y confianza por parte de la población en tanto es percibida como corrupta e incompetente (Acha, 2004; Ciudad Nuestra, 2012; Costa & Neild, 2007; Costa & Romero, 2010; Costa, Briceño & Romero, 2008). Así como también problemas de identidad y de organización, los cuales obstaculizan los fines de seguridad y protección para los que fue creada (Acha & Diez Canseco, 2004).

Diversos autores consideran que las organizaciones policiales al ser organizaciones burocráticas se caracterizan por poseer límites consistentes y firmes en cuanto a la división del trabajo, la cadena de mando, las comunicaciones, promociones o ascensos, entre otros, de manera que puede decirse que éstas tienden a estandarizar el comportamiento de sus empleados, de manera de permitir el mínimo de variación, debido fundamentalmente a que poseen reglamentados sus procedimientos, de acuerdo con los propósitos de la misma (García, Pérez, & Albacete, 2013).

Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre la percepción del clima laboral y el síndrome de Burnout en el personal policial que labora en el Departamento de Criminalística de Arequipa y en la Dirección Ejecutiva de Criminalística de Lima de la Policía Nacional del Perú?

2. OBJETIVOS

A. Objetivo general

Conocer la relación entre la percepción del clima laboral y síndrome de Burnout en personal policial que labora en el Departamento de Criminalística de Lima y Arequipa de la Policía Nacional del Perú.

B. Objetivos específicos:

- a)** Evaluar la percepción del clima laboral por parte del personal policial que labora en el Departamento de Criminalística de Lima y Arequipa de la Policía Nacional del Perú.
- b)** Determinar el nivel del síndrome de Burnout en personal policial que labora en el Departamento de Criminalística de Lima y Arequipa.
- c)** Correlacionar el clima laboral y síndrome de Burnout en personal policial que labora en el Departamento de Criminalística de Lima y Arequipa.

3. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Primeramente, si bien hay investigaciones que estudian el síndrome de Burnout en policías en Latinoamérica, son pocos los estudios hechos en el Perú, además que no se reporta ninguno que haya vinculado el clima laboral con el síndrome de Burnout, es por ello que el presente estudio aportará nuevos datos a la comunidad psicológica (psicólogos organizacionales y policiales) y policial que permitirá entender mejor este problema, siendo estos últimos los principales beneficiarios de los resultados que podamos aportar.

Así mismo, se hace de vital importancia, intervenir de manera preventiva en el factor humano y administrativo de la unidad, pues presenta riesgos en el ambiente laboral cotidiano lo que puede agravar los riesgos que de por sí y en razón de su oficio, los agentes deben enfrentar. Con la información recolectada se podrá elaborar programas y estrategias de mejora del clima laboral y reducción del estrés laboral. Por tales motivos el tema resulta de interés, como modelo de investigación, dado que evidencia una problemática que se presenta realmente pero que se puede solucionar.

4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal limitación está referida al recojo de los datos; que depende de la accesibilidad que se tenga a las unidades de criminalística; por lo que se tendrán que hacer diversos tipos de gestiones para conseguir los permisos necesarios.

En segundo lugar y ligado a la primera limitación, se encuentra que el tamaño muestral, a pesar de ser aceptable teniendo en cuenta las características de la investigación, es en realidad relativamente pequeño, lo que puede afectar la generalización de los resultados aquí obtenidos a otras unidades policiales.

5. HIPÓTESIS

Existe relación entre el clima laboral y síndrome de Burnout en personal policial que labora en el Departamento de Criminalística de Lima y Arequipa.

6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

A. Síndrome de Burnout: Respuesta inadecuada a una condición de estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son un agotamiento físico y/o psicológico, una actividad fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar (Pando, Bermúdez y Pérez, 2000).

B. Clima laboral: Se refiere a una serie de atributos que pueden percibirse acerca de una organización y/o sus subsistemas y que puede inducirse del modo en que la organización y/o sus subsistemas se relacionan con sus miembros y ambiente (García, 2006).

C. Criminalística: Es la ciencia en la que se aplica conocimientos, métodos y técnicas de investigación científica de las ciencias naturales en el examen del material sensible significativo relacionado con un presunto hecho delictuoso con el fin de determinar, en auxilio de los órganos encargados de administrar justicia, su existencia cierta, reconstruirlo o señalar y precisar la intervención de uno o varios sujetos en el mismo (Cano, 2009).

7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables		Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Variables interviniéntes	Variable secundaria			
	Síndrome de Burnout	La respuesta inadecuada a una condición de estrés emocional crónico por parte de los efectivos policiales de la unidad de criminalística.	Agotamiento emocional Despersonalización Realización personal	Vivencia de estar exhausto a nivel emocional por las demandas del trabajo El grado en que pueden reconocerse en uno mismo actitudes de frialdad y de distanciamiento relacional Los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo
	Clima laboral	Percepción por parte de los policías acerca de las unidades de criminalística de Lima y Arequipa, así de cómo estas se relacionan con sus miembros y ambiente.	Involucramiento Laboral: Supervisión Comunicación Condiciones Laborales Autorrealización	Identificación y compromiso con los valores y desarrollo de la organización. Las apreciaciones de funcionalidad y significado que asignan los superiores al monitorizar y controlar la actividad laboral de sus subordinados Percepción del nivel de fluidez, celeridad, claridad, coherencia y precisión de la información relativa al funcionamiento interno de la organización. Reconocimiento que los empleados tienen sobre la organización. Apreciación que tiene el trabajador en relación a las posibilidades del entorno organizacional.
Género			Masculino Femenino	
Edad			30 a 55 años	
Ciudad			Lima Arequipa	

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A través del marco teórico, se pretende analizar y exponer algunas teorías, investigaciones y antecedentes en general que se consideran válidos para el correcto manejo de esta investigación. Además de esto, ayudará a prevenir errores que se han cometido en otros estudios, orientará sobre cómo habrá de realizarse y ampliará el horizonte del mismo para evitar desviarnos del planteamiento del problema.

El marco teórico se basó en profundizar las variables de estudio, el Síndrome del Burnout y la percepción del clima laboral en el personal policial de los departamentos de criminalística de Arequipa y Lima.

1. ESTRÉS

1.1. Origen del Término y Características del Estrés

Antes de abordar la controvertida definición del concepto resulta interesante rastrear el origen del término estrés. La genealogía perfilada por Selye (1975), de quien

se dice ayudó a iniciar una floreciente industria: la producción de estudios sobre el estrés

(Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo, 1987), señala que la palabra inglesa stress (tensión) llegó al habla corriente de este idioma como distress (angustia), a través del francés antiguo y del inglés medieval, si bien la primera sílaba se perdió por el uso. El término ha estado presente en el idioma inglés al menos desde el siglo XV, puntualizan Guillén, Guil y Mestre (2000), aunque procede del latín (Kahn y Byosiere, 1992), evolución ilustrada en la Figura III (Levi: 1996). Selye (1975; p. 29) apunta que el significado de ambas palabras se tornó diferente a pesar de su origen común: "la actividad asociada con la tensión puede ser agradable o desagradable; la angustia es siempre desagradable".

Siguiendo este recorrido, Prieto (1995) estima que el verbo latino *stringere* sustentó la evolución de ambas variantes inglesas, compartiendo los términos castellanos *estrés*, *estriicto* y *estrechez*, un origen latino común, *strictus*, participio pasado del citado verbo. En la actualidad, la definición del término se vincula al síndrome general de adaptación, tras su inclusión en el Diccionario de la Real Academia Española (1984). Para este autor a la palabra *agobio* podrían corresponder las connotaciones propias del término *strain*, asociado con *agotamiento*, *angustia*, *extenuación*, *fatiga*, *hastío*, etc.

Por último, el refranero también da cuenta del conocimiento *tradicional* en la materia y atesora contenidos cercanos a la fábula griega que introduce el capítulo. Así, la sabiduría popular enseña a no forzar a las personas hasta la extenuación y destaca la importancia del descanso para lograr buenos resultados (Campos y Barella, 1993).

1.2. Evolución del concepto de estrés

El concepto, como es aplicado en el ámbito de las ciencias biológicas y de la salud, inicia su andadura de la mano de la fisiología y la medicina. Será Hans Selye quien, en el intento de identificar una nueva hormona ovárica, se convierta en *autor* del concepto biológico de estrés al establecer la existencia de un síndrome inespecífico en

respuesta a diferentes estímulos. El síndrome fue *presentado en sociedad* en 1936, al publicar sus observaciones en la revista *Nature*, si bien ese primer artículo, *A syndrome produced by diverse noxious agents*, no incluía el término estrés.

Pero trepar al árbol genealógico del estrés supone vislumbrar aportaciones más lejanas en el tiempo y de origen diverso. Aunque a juicio de Selye (1993) en la prehistoria el ser humano debió reconocer un elemento común en el agotamiento que experimentaba en distintas situaciones y acaso descubrió la naturaleza trifásica de esa respuesta al esfuerzo prolongado e intenso, la enunciación del concepto ha recorrido un largo y soterrado camino a través de múltiples senderos disciplinares, entre ellos, la física y la ingeniería parecen haber sido con frecuencia transitados.

De este modo, Lazarus (1993) indica que pocos años atrás la definición del término desde las ciencias sociales evocaba un modelo implícito basado en los principios de ingeniería de Hooke (Hinkle, 1973): la razón entre la presión creada por la carga (fuerza externa) sobre un objeto y el tamaño del área afectada; mientras la tensión hacía referencia a la deformación del objeto. El predominio de esta concepción se sustentó en la predilección de las ciencias sociales por el estudio de lo observable y cuantificable, y en el valor de la noción de elasticidad como analogía de la resistencia al estrés.

Con relación a antecedentes más remotos en el ámbito de la medicina, aunque Hipócrates reconoció la existencia de una *vis medicatrix naturae*, no fue hasta el siglo XIX cuando el fisiólogo C. Bernard (1867) indicó que el *milieu intérieur* de un organismo ha de permanecer constante, a pesar de los cambios en el medio externo. Su legado estimuló trabajos interesados en los cambios adaptativos que mantienen esa constancia y a sus estudios se suman los realizados por Pflüger (1877) y Fredericq (1885). También desde la arena médica, y ya en la primera década del siglo XX, Osler (1910) consideró al estrés y la tensión como un factor importante en numerosos casos de *angina pectoris*, al explorar la relación entre ésta y un *ritmo de vida frenético*.

En un ámbito más popular, a lo largo de estos años y en décadas posteriores vieron la luz numerosos libros orientados hacia la *autoayuda* e interesados por los efectos estresantes de la *vida moderna* sobre el individuo, entre los que destacan títulos como *American Nervousness: Its Causes and Consequences* (Beard, 1881). El estrés como tema central de algunas publicaciones actuales heredará muchos de los motivos claves de esta preocupación de origen novecentista (Brown, 1999).

De igual modo, durante los últimos años del XIX y los albores del siglo XX, el interés por el estudio del estrés, agobio, y apatía estuvo presente en el ámbito laboral. Si en 1888 Mosso y Maggiora estudiaron en Italia la fatiga física y psíquica y se fundó, un año después, el primer laboratorio experimental de psicología del trabajo, durante la Primera Guerra Mundial, en las fábricas de armamento inglesas se analizaron los nexos entre fatiga, productividad y accidentes laborales, creándose en 1921 el *Instituto Nacional de Psicología Industrial* (Spaltro 1982; Hollway, 1991). En España, el *Institut d'Orientació Professional* y el *Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo* permitieron el estudio de la fatiga laboral y compaginaron enfoques preventivos y rehabilitadores (Carpintero, 1994). Por último, los resultados obtenidos por E. Mayo (1933) destacaron también el rol de las emociones en la aparición de la fatiga y su incidencia en la productividad, reflejando una concepción más psicosocial.

1.3. Definición de estrés

Hace más de setenta años, Janis (1958; p. 11) realizó una afirmación, cuyo contenido ha sido reiterado con insistencia y aún permanece vigente:

"Aunque el término 'estrés psicológico' es con frecuencia utilizado por psicólogos y psiquiatras, no hay hasta el momento un acuerdo general sobre la definición".

El transcurso de estas décadas no ha esclarecido el panorama, pero tampoco parece haber repercutido negativamente. Como afirma Levi (1996: 3) "desde 1936 se han realizado muchos intentos de abandonar el concepto de estrés. Aún está vivo y florece por todo el mundo". Así, con frecuencia la introducción de publicaciones sobre

estrés laboral se limita a comentar la escasa claridad del concepto y la diversidad de sus definiciones. De hecho, parece que lo más notable en torno al término es que haya subsistido y evolucionado hacia una amplia aplicabilidad, a pesar de casi no existir acuerdo sobre su significado (Ivancevich y Matteson, 1989), y mientras su popularidad ha ido en aumento, algunos autores defienden posturas escépticas respecto a la posibilidad de delimitar su significado. En este marco equívoco, Holt (1993) prefiere no definir el estrés más que como indicador *del lado oscuro del trabajo*.

No obstante, Fleming y cols. (1984) concluyen que hay formas de integrar la investigación previa y razones para defender el concepto de estrés, ya que se trata de un marco conceptual valioso que permite explicar una amplia variedad de eventos.

Con el fin de comprender los orígenes de esta diversidad de perspectivas, Cohen y Kessler (1995) apuntan la existencia de, al menos, tres modelos que enmarcan el segundo ámbito de debate: la formulación de las propiedades definitorias del concepto.

- a) **Modelo epidemiológico:** Establece una definición basada en el estímulo y se operativizan las propiedades definitorias de los estresores mediante la enumeración de condiciones ambientales específicas consideradas estresantes, siendo su objetivo la identificación de las variables ambientales que incrementan el riesgo de resultados negativos para la salud.
- b) **Modelo biológico:** Postula la existencia de un patrón de respuesta biológico y selecciona algunos aspectos específicos del mismo como características críticas para denotar la presencia o ausencia de estrés, orientándose hacia reacciones patofisiológicas (principalmente las derivadas de la activación del sistema *simpático-adrenal* y el eje *hipotalámico-pituitarioadrenocortical*) como posibles antecedentes o factores de riesgo para la salud.
- c) **Modelo psicológico:** Mantiene una definición transaccional y los atributos definitorios del estrés se equiparan a la identificación de las características únicas de esta transacción. Los procesos de evaluación y la capacidad de respuesta son cruciales en la comprensión de los procesos mediadores entre exposición y salud. Una definición muy

influente en este ámbito ha sido la formulada por McGrath (1976; p. 135), quien considera que:

"... hay un potencial para el estrés cuando se percibe que una situación ambiental plantea una demanda que amenaza exceder las capacidades y recursos de la persona para satisfacerla, bajo condiciones en las que espera una diferencia substancial entre los beneficios y costes de satisfacer la demanda *versus* no lograrlo".

No obstante, todos estos modelos presentan dificultades y carencias, que incluyen desde la falta de precisión y uso de términos (demanda, p.e.) tan necesitados de definición como el de estrés, hasta la dificultad que conlleva la determinación de ciertos patrones biológicos como factores de riesgo.

1.4. El estrés en los problemas de salud

De todos los tópicos de la Psicología de la Salud, quizás sea el estrés el que mejor ejemplifica la integración mente-cuerpo (Bishop, 1994). Siempre se ha venido sospechando que las experiencias aversivas pueden dañar nuestra salud, pero se sigue especulando sobre cuál puede ser exactamente la naturaleza de la relación entre el estrés y salud. Todavía no se conoce si el estrés lleva a la enfermedad a través del principio de la generalidad o de un principio de la especificidad. El principio de generalidad es que cualquier clase de estrés aumenta la vulnerabilidad para toda enfermedad (Selye, 1960). Si es así, aún quedaría por explicar las diferencias individuales entre las distintas clases de enfermedades que la gente contrae bajo la influencia del estrés. Una explicación podría ser la presencia de sistemas de órganos vulnerables distintos en diversas personas, dando lugar a diferentes enfermedades (Buendía y Ramos, 2001). Por otra parte, el principio de especificidad tiene sus orígenes en la doctrina psicoanalítica de que los conflictos o las emociones específicas generan como consecuencia enfermedades específicas. Cada enfermedad tendría su origen en un conflicto o emoción intrapsíquica específica. Actualmente existen versiones de la especificidad que parecen dominar ciertas corrientes en el campo de la investigación sobre la salud, como el caso de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer u otras enfermedades crónicas (Friedman, 1990).

Las demandas psicosociales a las que se enfrentan las personas, en interacción con los recursos de que disponen para acometerlas, pueden originar una serie de consecuencias fisiológicas, cognitivas y motoras sobre su estado de salud (Kivimäki, Vahtera, Elovainio, Lillrank y Kevin, 2002; Batear et al., 2006). Muchos investigadores destacan que el estrés se relaciona con numerosos problemas de salud, entendida esta, siguiendo la definición de la Organización Mundial de la Salud (United Nations Department of Public Information, 1948), como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad. La OMS creada tras la finalización de la segunda Guerra Mundial en 1946 y ratificada el 7 de abril de 1948, recoge el concepto de salud en este sentido en el preámbulo de su constitución.

Los efectos negativos del estrés pueden afectar a diferentes áreas de los individuos: efectos físicos como tensión muscular, cefalea tensional, malestar, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, temblores o envejecimiento de la piel (Nater et al., 2007), emocionales como irritabilidad, impaciencia, ansiedad, depresión o negativismo (Heim y Nemeroff, 2001) o comportamentales como abuso de drogas, recaídas en periodos de abstinencia, abandono de hábitos saludables, trastornos del apetito o malas relaciones interpersonales (Bilkei-Gorzo et al., 2007; Gianoulakis, 1998) entre otros.

Diversos estudios apuntan que existe una relación entre el estrés y enfermedades somáticas como hipertensión arterial, dolor de cabeza, úlcera péptica, colon irritable, alergias, artritis, colitis, diarrea, asma, enfermedades respiratorias, diabetes mellitus, arritmias cardíacas, trastornos circulatorios, enfermedades cardiovasculares, aterosclerosis, infecciones, enfermedad de Graves, alteraciones del sistema inmune e incluso cáncer (Cohen, Hamrick y Rodríguez, 2002; KiecoltGlaser, Robles, Heffner, Loving y Glaser, 2002; Labrador y Crespo, 1993).

Es evidente que las personas sanas reaccionan de forma diferente a los estímulos estresantes (Berger, Bossert y Krieg, 1987) y que tanto las respuestas atenuadas como sobredimensionadas son desadaptativas. Una mala regulación crónica del eje HPA se

asocia con el desarrollo de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Sherwood, Varghese y McEwen, 2004).

La mayoría de los sistemas biológicos que conforman un organismo se ven afectados por el estrés. El sistema nervioso central no sólo tiene un papel esencial en la regulación de la respuesta general al estrés, sino que es una de las principales dianas. La exposición a ciertos estímulos estresantes puede desencadenar un proceso neuroinflamatorio, que, en exceso, contribuye decisivamente al daño funcional y estructural observado en numerosas enfermedades neurológicas y neuropsiquiátricas relacionadas con el estrés, como síndrome de estrés postraumático, depresión, isquemia cerebral, Alzheimer, Parkinson y esquizofrenia. El proceso inflamatorio generado por la exposición a estrés se caracteriza por una compleja liberación en cadena de diferentes mediadores celulares, tales como citocinas, factores de transcripción, prostaglandinas o radicales libres. Paralelamente, se ha demostrado que la vía antiinflamatoria de las deoxiprostaglandinas se activa después de estrés en el sistema nervioso central, activación que podría constituir un mecanismo endógeno regulador del propio proceso inflamatorio (García-Bueno y Leza, 2008).

Pero no sólo el estrés afecta a las personas que lo sufren sino que también se ha comprobado que el estrés sufrido por las mujeres durante el embarazo podría tener consecuencias en la salud del bebé y en su desarrollo intelectual. El estrés durante el embarazo podría aumentar el riesgo del bebé a desarrollar asma en la infancia, mujeres que están estresadas durante el embarazo pueden tener hijos con una mayor sensibilidad a la exposición a los alérgenos y posiblemente en un mayor riesgo de asma en el futuro. El estrés de la madre durante el embarazo puede también influir en el sistema inmune de los bebés en desarrollo. Se han encontrado niveles elevados de expresión de Inmunoglobulina E (IgE) en la sangre umbilical de los bebés cuyas madres habían sufrido altos niveles de estrés incluso cuando estuvieron expuestas a niveles bajos de ácaros del polvo durante el embarazo. También el estrés sufrido por la mujer embarazada, incluso durante el primer trimestre, influye en que los bebés nazcan con bajo peso o prematuramente, e igualmente se ha encontrado que la exposición a severos eventos estresantes en los 6 meses anteriores a la concepción aumentan el riesgo de

nacimientos pretérmino y da lugar a alteraciones del sueño en la infancia (Khashan et al., 2009; Vrijkotte, van der Wal, van Eijsden y Bonsel, 2009).

Incluso se ha estudiado el efecto que tiene el estrés materno sobre los hijos en la primera infancia y se ha encontrado una asociación entre el aumento del riesgo de padecer asma en los niños pequeños y la convivencia con madres que sufren estrés (Kozyrskyj et al., 2008).

1.5. El síndrome de Burnout

Aunque el origen del estudio del *síndrome de estar quemado* puede emplazarse a mitad de los años setenta, la literatura ya había ofrecido descripciones bastante ajustadas a lo que más tarde será denominado *burnout*.

A pesar del creciente número de publicaciones científicas y del interés social, no es habitual encontrar datos porcentuales sobre la incidencia general del síndrome de *burnout* en diversas profesiones (Golembiewski, Munzenrider y Stevenson, 1986). En este sentido, los datos parecen señalar que estamos ante un problema relativamente frecuente (Deckard, Meterko y Field, 1994; Huebner, 1993; Ngai, 1993) y, si extrapolamos cifras, podría asumirse que una minoría importante de empleados se ve afectada, en torno a un 20 o 25% (Shirom, 1989). En esta línea, autores como Grosch y Olsen (1995) y Maslach y Leiter (1997) realizan afirmaciones más ambiguas, e inquietantes, que apuntan las proporciones epidémicas del fenómeno, al tiempo que diversos estudios longitudinales destacan su gran estabilidad temporal.

Parece pues que no se trata de un problema individual, sino consecuencia de cambios fundamentales producidos en el medio laboral y en la naturaleza de los puestos. El ambiente laboral ha devenido un entorno hostil, exigente, tanto en un nivel económico como psicológico, y las demandas diarias erosionan la energía y entusiasmo del trabajador, le agotan emocional, física y espiritualmente. Con ello se desvanecen la dedicación y el compromiso hacia el trabajo y toman su lugar actitudes cínicas, distanciamiento y escasa implicación. El término *burnout* evoca un conjunto de

características que refleja las peculiaridades de una sociedad, si bien resulta evidente que no todas las personas que realizan idéntico trabajo, incluso en el mismo ambiente, padecen este síndrome (Saranson, 1983).

1.5.1. Las primeras aproximaciones al concepto

Los primeros artículos sobre *burnout* (Freudenberger, 1974, 1975; Maslach, 1976) aportaron descripciones iniciales del fenómeno al tiempo que subrayaban su carácter de respuesta común en ciertos entornos laborales. Registradas de manera oficial en 1974, las observaciones de Freudenberger en una institución de salud mental alternativa permitieron identificar una respuesta de agotamiento emocional, experimentada por muchos voluntarios, que conllevaba la pérdida de su motivación y compromiso. Generalmente, el proceso se extendía a lo largo de un año y se acompañaba de síntomas mentales y físicos. De ese modo, este psiquiatra de formación psicoanalítica fue el primero en utilizar el término *burnout*, ya aplicado en los sesenta para aludir coloquialmente a los efectos del abuso de drogas crónico, en su sentido actual: un estado de agotamiento físico y emocional resultado de las condiciones de trabajo. No obstante, Seisdedos (1997) indica el uso del vocablo en el ámbito deportivo para hacer referencia a situaciones en las que no se consiguen resultados satisfactorios a pesar del entrenamiento.

Un análisis más específico de esta evolución nos lleva al trabajo realizado por Maslach, junto a Ayala Pines y Susan Jackson. Si en el capítulo anterior se apuntó que para Lazarus el concepto de estrés debía ser entendido en el marco de las emociones, esta autora recorre una ruta que va desde la emoción al *burnout*. Emerge así una perspectiva más psicosocial que enfatiza la relación entre factores individuales y ambientales. A través de entrevistas y cuestionarios se investiga de forma sistemática la etiología y sintomatología del síndrome, y se examinan tanto las reacciones de los profesionales hacia su trabajo como los factores situacionales que contribuyen a ellas. En cualquier caso, como apunta Farber (1983), las aproximaciones clínica y empírica han resultado complementarias, y en general, sus hallazgos han sido mutuamente corroborados.

Las primeras impresiones de Maslach sobre el fenómeno, de carácter muy exploratorio, fueron presentadas en 1973 (Maslach, 1982), aunque su primer artículo sobre el tema, en el que se discuten algunos correlatos del síndrome de estar quemado y se analizan características que favorecían su desarrollo, no fue publicado hasta 1976. En un marco socio-cognitivo, el interés inicial de la autora se orientaba tanto hacia los procesos mediante los que se etiqueta y da significado a una experiencia de activación ambigua, como hacia los efectos de procesos de atribuciones erróneas, y dos conceptos marcarán la primera fase de su investigación en el ámbito médico: el distanciamiento (*detached concern*, Lief y Fox, 1963), combinación ideal del interés en el bienestar del paciente y cierta objetividad o distancia emocional; y la *deshumanización como autodefensa* (Zimbardo, 1970), proceso protector frente a una fuerte activación emocional que lleva a responder a los otros más como objetos que como personas. Numerosas cuestiones surgían con relación a cómo eran utilizados ambos en situaciones diarias y cómo afectaban la relación *profesional-paciente*. Para darles respuesta se llevaron a cabo entrevistas con personal médico y de enfermería, ampliándose más tarde la muestra al *staff* de salud mental.

1.5.2. El camino hacia la estandarización

La década de los ochenta constituyó un periodo de carácter más constructivo y empírico: se proponen modelos explicativos e hipótesis y se diversifican las fuentes de datos, se trató de identificar los principales factores de riesgo y sus consecuencias, y perfilar estrategias preventivas y de tratamiento. El desarrollo de medidas estandarizadas corrió paralelo a una mayor precisión en las definiciones y la difusión del *MBI* (Maslach y Jackson, 1981a; 1981b; 1986) y del *Tedium Measure* (Pines, Aronson y Kafry, 1981) propició una investigación más sistemática.

En estos años también se expandió el estudio del síndrome desde Estados Unidos hacia otras áreas geográficas. No obstante, la aceptación del constructo operacionalizado en las medidas *importadas* dio lugar a un menor debate conceptual.

En opinión de Maslach (1993) el énfasis sobre factores laborales y el uso de marcos teóricos organizacionales, el tránsito al *burnout laboral*, ha favorecido cierto olvido de la interacción social *proveedor-receptor*, ésta se desdibuja y aunque las aportaciones han resultado enriquecedoras, podrían alejarnos de las raíces relacionales e interpersonales del concepto y reducirlo a un fenómeno laboral más.

En esta línea, la literatura ha incluido un número cada vez mayor de estudios centrados en profesiones en las que, en ocasiones, resulta difícil encontrar ese equivalente de relación de cuidado o relación continua entre personas. Frente a los trabajos que incluyen muestras tradicionales de personal médico o de enfermería, trabajadores sociales y profesores, otros estudios se han interesado por el desarrollo del síndrome en el ámbito de los negocios. El problema de esta extensión radicaría en la ausencia de análisis específicos que permitan conocer la forma que adopta el síndrome en diferentes contextos. Así, por ejemplo, se ha sugerido que el agotamiento emocional podría ser generalizado a distintos grupos profesionales, pero la despersonalización sería una manifestación específica del estrés en profesiones de servicios humanos (Evans y Fischer, 1993).

1.5.3. La definición del síndrome

Junto a la tradicional clasificación que distingue entre aproximaciones clínicas y aquellas que responden a una perspectiva psicosocial, las múltiples definiciones que del síndrome de estar quemado encontramos en la literatura científica pueden ser agrupadas en función de su consideración como un *estado* o como un *proceso*.

Diversas en ámbito y grado de precisión, las definiciones *estado* se caracterizan por el predominio de síntomas disfóricos, como cansancio emocional o mental, fatiga y depresión, y el acento en síntomas conductuales y mentales más que físicos, aunque también se mencionan ese tipo de quejas. Asimismo, suelen enfatizar el vínculo entre los síntomas y la actividad laboral, el hecho de que éstos se manifiesten en personas sin psicopatología previa y que los efectos del *burnout* se reflejen en un descenso de la efectividad y del desempeño laboral (Maslach y Schaufeli, 1993).

Buen ejemplo de este tipo de definiciones es la ofrecida por Freudenberger en diversas publicaciones. En su descripción inicial (Freudenberger, 1974) caracteriza al *burnout* como una sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en profesionales, particularmente en aquellos dedicados a atender o ayudar a otras personas. A estas apreciaciones, el autor añadirá la consideración del síndrome como efecto del agotamiento en la persecución de expectativas imposibles (Freudenberger, 1975). Cinco años más tarde, Freudenberger y Richeldson (1980; p. 13) detallan los síntomas clínicos del síndrome (agotamiento, indiferencia, aburrimiento y cinismo, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, de no ser apreciado o reconocido, desorientación, negación de sentimientos y quejas psicosomáticas) y lo definen como "estado de fatiga o frustración ocasionado por la devoción a una causa, forma de vida, o relación que fracasa en ofrecer la recompensa esperada". Se trata de "agotar los propios recursos mentales y físicos; quedar rendido por esforzarse excesivamente en alcanzar algunas expectativas irreales impuestas por uno mismo o por los valores de la sociedad" (Freudenberger y Richeldson, 1980; p. 16).

En publicaciones recientes, Maslach y Leiter (1997; p. 17) señalan, adoptando un discurso más *existencial*, que el *burnout*:

"es el índice de separación entre lo que la gente es y lo que ha de hacer. Representa una erosión en valores, dignidad, espíritu y voluntad -una erosión del alma humana. Es una enfermedad que se extiende gradual y continuamente a través del tiempo, envolviendo al individuo en una espiral descendente de la que es difícil recobrarse. [...] implica trabajar en una situación de desequilibrio crónico en la cual el trabajo demanda más de lo que puedes dar y ofrece menos de lo que necesitas."

1.5.4. Dimensiones del síndrome de Burnout

Según Maslach et al. (2001) las dimensiones clave de esta respuesta de estrés son tres, conceptualmente distintas aunque empíricamente relacionadas. Esta estructura

de tres dimensiones se ha corroborado posteriormente en distintos tipos de profesiones (Bakker, Demerouti y Schaufeli, 2002; Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996):

- a) **El cansancio emocional (CE)**, que se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento físico y psicológico abrumador, la fatiga, etc. El sujeto tiene la sensación de estar “hecho polvo” y de tener demasiadas exigencias a partir del contacto con otras personas. La persona no responde a la demanda laboral y generalmente está irritado y deprimido. Representa la dimensión individual y tiene un carácter emocional. Se relaciona con sentimientos de intentar abarcar demasiadas cosas y de que los recursos emocionales y físicos están agotados. Es la manifestación primaria del síndrome y su dimensión central, es la que más comúnmente se declara y la que más se ha estudiado.
- b) **La despersonalización (DP)**, manifestada por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías, impersonales e insensibles hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva a que les culpen de sus problemas y dificultades. Las personas se perciben como objetos insensibles. Aparecen manifestaciones de insolencia, abuso y distanciamiento respecto al trabajo. Es la dimensión contextual interpersonal del burnout. Es una reacción tan inmediata al agotamiento que, en toda la investigación sobre el burnout, aparece constantemente la relación entre estas dos dimensiones. En posteriores investigaciones desarrolladas en profesiones no relacionadas con servicios humanos, a esta dimensión se la denomina cinismo y se refiere al distanciamiento de la persona de su trabajo y al desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo en general.
- c) **La falta de realización personal (RP)**, está caracterizada por respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Representa la dimensión de autoevaluación. El profesional se siente cada vez menos competente, cada vez menos eficaz y exitoso. Empieza a valorarse negativamente, sobre todo en relación con su trabajo, pero también se puede extender a otros ámbitos privados. Se sienten infelices con ellos mismos e insatisfechos con su rendimiento en el trabajo y baja su autoestima. Además tienen un sentimiento de inadecuación a las tareas profesionales, de incompetencia y de falta de productividad en

el trabajo (Ramos, 1999). A esta dimensión también se le denomina falta de eficacia profesional.

Inicialmente el trabajador se siente emocionalmente incapaz de seguir encontrando satisfacción en su trabajo, a ello reacciona distanciándose de las fuentes de malestar y desarrollando actitudes negativas y deshumanizadas hacia sus clientes, finalmente, ante el fracaso adaptativo al trabajo, experimenta sentimientos de baja realización personal y profesional. Ramos y Buendía (2001) entienden el burnout como un proceso que supone la interacción de variables emocionales (cansancio emocional, despersonalización), cognitivas (falta de realización en el trabajo) y sociales (despersonalización). Estas variables aparecen de manera secuencial y articulada entre sí dentro de un proceso más amplio de estrés laboral.

1.5.5. Modelos teóricos

La necesidad de explicar cómo se desencadena el síndrome ha dado lugar a la aparición de diversos modelos. Estos consideran una serie de variables e intentan explicar el proceso por el cual los sujetos llegan a manifestar los síntomas del Burnout. Las variables más directamente implicadas en la génesis del síndrome de Burnout pueden ser de tipo individual, social u organizacional.

Se pueden distinguir tres tipos de modelos (Schaufeli, Maslach y Marek, 1993). El primero se refiere a los modelos que destacan la importancia de las variables personales en la etiología del síndrome. El segundo tipo aglutina los modelos que se centran en los procesos de interacción social y sus consecuencias. Por último se encuentra el tercer tipo que comprende los modelos que resaltan la importancia de las variables organizacionales.

Si bien inicialmente la mayoría de los modelos teóricos enfatizaron la relevancia de los aspectos organizacionales (Maslach, 1982) en la explicación del burnout, progresivamente se ha ido destacando la necesidad de tomar en consideración la interacción persona-ambiente (Cherniss, 1980) como un factor fundamental para su

adecuada comprensión (González-Roma, Hernández, Peiró y Muñoz, 1995), a la vez que se ha confirmado cada vez con más fuerza el valor causal de las variables organizacionales dentro del síndrome. En el modelo interaccionista, las variables relativas a la persona gozan de un lugar privilegiado en la explicación del burnout. El locus de control, la percepción de control, la personalidad resistente) y el sentido de coherencia (Fiorentino y Pomazal, 1994) son constructos que influyen en la aparición y mantenimiento del burnout.

Buendía y Ramos (2001) resaltan que una única perspectiva no parece dar una explicación completa y satisfactoria sobre la etiología del síndrome, la cual pasa por integrar variables recogidas en las tres perspectivas (individual, social y organizacional). Gil-Monte y Peiró (1997) elaboraron un modelo sobre la etiología, proceso y consecuencias del síndrome de burnout, desde un enfoque transaccional en el que se recogen variables organizacionales, individuales y estrategias de afrontamiento. Según estos autores el síndrome se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen a estos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales, que a pesar de no ser eficaz en el trabajo, evita implicaciones personales que pueden agravar la sensación de agotamiento. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales. Es decir, los resultados dependerán en gran medida de la interpretación que haga la persona de la situación estresante y de los recursos que dispone para afrontarla.

1.5.6. Factores de riesgo del síndrome de Burnout

A. Factores personales

Como se ha comentado anteriormente, los factores individuales juegan un papel muy importante en el desarrollo del síndrome, efecto que se constató desde los primeros momentos del estudio del burnout. Las personas no llegan al ambiente laboral libres de

toda influencia, muy al contrario, llevan consigo todas sus experiencias, sus vivencias, su aprendizaje y su forma de ser. Las personas deben aprender a integrar todo esto en su ambiente laboral, esto parece que no siempre resulta fácil. No se puede aceptar el hecho de que “sentirse quemado” pueda deberse únicamente a las variables de carácter organizacional que están presentes en el ambiente laboral.

Se han realizado numerosos estudios que relacionan las variables o tipos de personalidad con el burnout (Byrne, 1994, Buendía y Riquelme, 1995; Morán, 2005b; Moreno-Jiménez, Morett, Rodríguez-Muñoz y Morante, 2006), los análisis de regresión muestran que aproximadamente un tercio de la varianza del burnout se explica por la personalidad. La tendencia más consistente en los últimos años se ha orientado a vincular el burnout y las variables de personalidad propias del enfoque activo y positivo de la salud, el llamado modelo salutogénico de salud. Este enfoque propone considerar la salud como una variable dinámica entre los polos de la enfermedad y el bienestar de la persona (Ballester, 1998). La ubicación de la persona a lo largo del continuo sería dinámica, en continua modificación, dependiendo tanto de las variables organísmicas como de las variables contextuales y personales. Los modelos salutogénicos han enfatizado la relevancia de las variables personales del sujeto, especialmente las variables activas y positivas que identifican un estilo de conducta ante los factores de estrés (Moreno, Morante, Rodríguez y Rodríguez, 2008).

La personalidad tipo A (Otero-López et al., 2008) se caracteriza por manifestar impaciencia, urgencia temporal, competitividad, hostilidad y compromiso excesivo con el trabajo. Estas características la predisponen a sobrecargarse de trabajo y a percibir las situaciones y los eventos como más estresantes, factores ambos, favorecedores de burnout. La personalidad resistente (Moreno, Morett, Rodríguez y Morante, 2006; Otero-López et al., 2008) se caracteriza por creencias acerca de las propias capacidades y la importancia que tiene lo que uno hace (compromiso), creencia en que puede influir en los eventos y sus resultados (control) y creencia de que el cambio, más que la estabilidad, es la norma de la vida (reto). Estas características de la personalidad resistente van unidas a sentimientos de autoconfianza, autoestima y autoeficacia. Variables todas ellas que previenen el burnout. El locus de control es la creencia

generalizada de que los eventos de la vida y sus consecuencias son controlados por las propias decisiones (locus interno) o por fuerzas externas (locus externo). Desde esta perspectiva, las personas con locus de control externo, son más propensas a sentirse quemadas por el trabajo (Mazur y Lynch, 1989).

B. Factores predisponentes

Es un síndrome clínico que afecta a profesionales que trabajan en servicios humanos, directamente con personas que se encuentran en situaciones problemáticas (profesores, políticos, trabajadores sociales, personal sanitario, funcionarios de prisiones, etc.) (Arbelo, Sotolongo, Hernández, Iglesias y Santander, 2008; Clausi, Torales, Czenik y Almirón, 2007; Hernández-Martín, Fernández-Calvo, Ramos y Contador, 2006). En la actualidad se aplica a un amplio colectivo de profesiones, independientemente de que impliquen trato directo con personas (Bakker, Dermerout y Schaufeli, 2002; Moreno, Garrosa, Benevidez-Pereira y Gálvez, 2003; Schutte, Toppinen, Kalimo y Schaufelli, 2000).

Las variables estudiadas como posibles desencadenantes o facilitadoras del burnout provienen de fuentes diversas que, en general, suelen estar relacionadas con la situación social y demográfica del sujeto, con el ambiente y condiciones en que desarrolla su trabajo y con su propia disposición y características personales (Garrosa et al., 2008; Schaufeli et al., 1993; Topa Cantisano y Morales-Domínguez, 2007).

Dentro de las características podemos destacar:

- El burnout aparece en profesiones que requieren de una formación rigurosa para desarrollar las habilidades y capacidades específicas de la profesión.
- El burnout se da en profesionales que trabajan con un contacto emocional intenso ofreciendo ayuda a personas necesitadas de la misma.
- El burnout se da en profesionales muy motivados, que empiezan a trabajar con iniciativa y dedicación.

Las profesiones de ayuda cuentan con un alto componente emocional, no sólo porque la implicación emocional es imprescindible, sino también porque la competencia profesional se corrobora a partir de la sensación de satisfacción. El profesional de ayuda se siente cuestionado cuando, a pesar de su implicación emocional en la relación, los resultados indican fracasos reiterados.

Existen una serie de factores de riesgo que influyen en su aparición (Anaya, Ortiz, Panduro y Ramírez, 2006; Arbelo et al., 2008; Bakker et al., 2002; Clausi et al., 2007):

- a) La edad. Muchos trabajos han encontrado que a mayor edad, menor es la presencia del síndrome. Lo atribuyen a que con la edad, las personas han desarrollado mejores estrategias de afrontamiento del estrés y tienen expectativas profesionales más reales. También se ha encontrado que a mayor edad el trato es más frío y desconsiderado.
- b) El sexo. Las mujeres serían más vulnerables. Se han encontrado muchos trabajos en que los varones puntúan más alto en despersonalización y las mujeres en agotamiento emocional (Gil-Monte, 2002). Se atribuye en gran parte a los diferentes procesos de socialización para los roles masculino (el hombre no debe expresar emociones) y femenino (cuidar, educar, etc.).
- c) El estado civil. No existe un acuerdo. Para algunos autores las personas que no tienen una pareja estable parecen más propensas ya que no pueden compartir sus vivencias y emociones con otra persona y para otros se manifestaría más en las personas casadas o con una pareja estable con existencia de hijos pequeños.
- d) La turnicidad laboral y el horario laboral pueden conllevar a la presencia del síndrome, sobre todo cuando es intenso.
- e) Sobre la antigüedad profesional no existe acuerdo. Los trabajadores con mayor antigüedad en la profesión tenían puntuaciones más elevadas en despersonalización,

sin embargo a menor antigüedad mayor falta de realización personal. En los primeros años de carrera profesional la persona es más vulnerable, pero el síndrome aparece después de pasados unos diez años en la profesión.

- f) La sobrecarga laboral produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por los trabajadores tanto cualitativa como cuantitativamente.
- g) El salario es otro factor que afectaría al desarrollo del burnout.
- h) La evaluación estresante del trabajo predispone a sufrir burnout.
- i) El apoyo social percibido en el trabajo. El apoyo social y la retroalimentación obtenida por el trabajo realizado ayudan a la persona a superarse profesionalmente, a sentirse útil, válida y querida. Por consiguiente, cuando falta este apoyo, ya sea de superiores o compañeros, hay que considerarlo como una variable de riesgo o como un elemento facilitador de los efectos que tiene el estrés laboral sobre el síndrome de quemarse.
- j) La percepción por parte del individuo de la ruptura del contrato psicológico y la comparación social son dos variables que también predisponen a sufrir burnout.
- k) Los conflictos entre los valores personales y organizacionales. Existe una fuerte correlación entre la incongruencia de valores y el desarrollo de burnout (Leiter, Gascón y Martínez-Jarreta, 2008; Verplanken, 2004).
- l) El conflicto y la ambigüedad del rol son aspectos relevantes en el desarrollo del burnout (López-Araujo, Osca-Segovia y Rodríguez, 2008).
- m) La identificación psicológica con el trabajo está relacionada en negativo con el cansancio emocional y el cinismo y en positivo con la realización profesional (López-Araujo et al., 2008).

- n) Además la presencia de profesionales con burnout determina altamente la probabilidad de que sus compañeros también lo desarrollem (Bakker, Westman y Schaufeli, 2007).

1.5.7. Estrés y Burnout en la Policía

No resulta fácil construir un acercamiento libre de sesgos o prejuicios a la Policía como institución. Su ubicación intersticial, entre la ósmosis con el poder y la defensa de los derechos y libertades de los ciudadanos, no favorece un emplazamiento cómodo para esta compleja organización en la red social contemporánea.

Si bien en la actualidad los modelos policiales predominantes tienden a destacar el vínculo armónico entre la Policía y *su* comunidad, no es posible obviar el carácter de aquélla como agente de *control social*. Entendido de forma genérica como aquellos métodos que la sociedad utiliza para asegurar que sus integrantes se ciñen al orden social establecido, una definición más específica del concepto hace referencia a las respuestas sociales a comportamientos etiquetados como problemáticos, peligrosos, enfermos o desviados. A través de esta segunda aproximación se desvelan tres aspectos que resultan básicos en el análisis de los procesos de control: quién define al desviado, quién es éste y qué comportamientos desviados se definen (Torrente, 1997).

Dentro de este ámbito, y como introducción al análisis del rol de la Policía en la sociedad, es imprescindible delimitar también el concepto de *control formal* que, frente al informal derivado del sistema de valores y costumbres dominantes, supone la institucionalización del control social. Este tipo de control es llevado a cabo por agentes oficiales especializados y legitimado en sistemas normativos complejos y formalizados; mediante el desarrollo de normas, reglamentos y leyes se van a definir las relaciones sociales (Goffman, 1979).

Si desde una perspectiva sistémica, el ambiente de la organización policial lo constituye la sociedad, dentro del dominio organizacional de la policía la noción imperante de control social va a condicionar el ambiente social donde se desarrolla su

trabajo. De este modo, el tipo de servicio, cómo se realiza y, sobre todo, a quién se dirige, es consecuencia directa a lo largo de la historia de la evolución del concepto de control social existente en el medio donde se inserta la organización policial (Fernández, 1990).

En el caso de la Policía, a la incertidumbre propia del ambiente de cualquier organización se suma la inherente al concepto de control social; ello implica un medio lleno de ambigüedades y contradicciones, en el que las ideas de seguridad ciudadana, orden público, calidad de vida o justicia social, están condicionadas por la concepción de control social predominante en un contexto socio-cultural específico (Fernández, 1990).

Por otra parte, la solidez del vínculo entre Policía y sociedad puede verse también puesta en cuestión. En ocasiones, el ciudadano se siente decepcionado ante una institución que no cumple las expectativas, a veces equívocas o excesivas, sobre ella establecidas. Esta discrepancia entre la lógica policial y las demandas del público puede venir ocasionada por una visión no coincidente de los problemas, la identificación policial con el concepto de orden propio de las capas medias de la población, y el choque entre el ideal ciudadano de un *buen policía*, una persona cortés que presta un servicio personalizado, y lo que éste entiende por hacer bien su trabajo (mostrar desconfianza y no dejarse llevar por las apariencias, Torrente, 1997).

1.5.8. Los estresores del entorno laboral del policía y sus efectos

Como se ha señalado con anterioridad, buena parte de los esfuerzos en este ámbito de investigación se centran en el análisis de una de las dimensiones del proceso de estrés: los estresores. Las demandas del trabajo, el sistema judicial, la administración, la imagen pública y el riesgo son ejemplos de tales factores (Kroes, 1976).

En general, la literatura ha identificado dos fuentes básicas de estrés policial: por una parte, las situaciones relacionadas con peligro, riesgo, etc., y por otra, factores

relacionados con las características organizacionales y las condiciones de trabajo (apoyo de los supervisores, escasa claridad de rol, relaciones con otras instituciones, etc.). Entre éstas últimas se incluirían políticas organizacionales y escasez de apoyo administrativo (Kroes, Margolis, y Hurrell, 1974a), escasa participación en toma de decisiones (Kroes, Margolis, y Hurrell, 1974a; French, 1975), y estilo de supervisión (Aldag y Brief, 1978).

Con relación a la idea de riesgo y peligro, Cullen, Lemming, Link y Wozniak (1985) señalan que este sentimiento correlaciona en sentido positivo con las escalas de estrés laboral y vital utilizadas en su estudio; sin embargo, estresores como el cambio de turno y problemas con los tribunales concentran su efecto únicamente en el estrés vital general. De igual manera, los autores destacan la importancia del apoyo interno en el ámbito policial al constatar que el apoyo del supervisor mitiga el estrés laboral.

Un estudio llevado a cabo por White y Marino (1983) apoya la importante influencia de la estructura organizacional y las medidas de clima en el estrés policial. Específicamente, las medidas de influencia, observación de normas, y confianza en la dirección estuvieron negativamente relacionadas con el estrés percibido, y la formación de estas actitudes precede al estrés en un sentido de orden temporal. Los autores también señalan que el estrés policial se intensifica debido a la no participación en decisiones sobre los métodos y procedimientos utilizados en su trabajo. Por su parte, Violanti (1981) indica que en el trabajo policial las influencias estructurales conducen a una percepción de escasa capacidad de respuesta.

Por su parte, Violanti y Aron (1994) en el intento de establecer una clasificación de las fuentes de estrés más importantes dentro de la profesión policial encuentran que de los 20 estresores valorados con puntuaciones más elevadas, siete corresponden a aspectos organizacionales y administrativos y otros tantos son inherentes a las funciones policiales. Entre los primeros destaca el turno de trabajo, apoyo inadecuado por parte del departamento, incompatibilidad con el compañero de patrulla, escasez de personal, excesiva disciplina y apoyo inadecuado por parte de los supervisores.

Aunque muchas otras clasificaciones de estresores pueden ser comentadas (Eisenberg, 1975; Moyer, 1986; Perrier y Toner, 1984), a continuación describimos algunas propuestas representativas de los hallazgos en esta área. De modo general, la mayoría de los estresores del ámbito policial podrían ser agrupados en cuatro amplias categorías: 1) actuaciones y características organizacionales, 2) actuaciones y características del sistema de justicia penal, 3) actuaciones y características del público, y 4) el trabajo policial en sí mismo (Territo y Vetter, 1981).

Por su parte, Terry (1981) establece una doble distinción entre estrés externo e interno. Según el autor, la mayoría de los policías experimentan estrés externo producido por las frustraciones implicadas en el trabajo con el sistema judicial. El estrés interno resultaría de la consideración negativa de las políticas departamentales.

Otra propuesta más actual recoge una clasificación extraída por Crowe y Stradling (1993) mediante análisis factorial:

- Bajo Ataque (*Under attack*): El factor más estresante de los identificados hace referencia a una ciudadanía verbal y, a veces, físicamente agresiva, que muestra poco respeto/consideración, combinado con un alto nivel de responsabilidad interna respecto a la forma en que han de tratarles durante su servicio.
- Escasez de recursos: escasez percibida de material y respuestas aprendidas para afrontar las demandas diarias del rol policial. Estas presiones eran sentidas de modo más agudo por los jóvenes.
- Promoción y Supervisión. Sentirse poco valorado: escasez percibida de oportunidades concretas de desarrollo de carrera, junto con una devaluación del rol de supervisor al que los policías podrían aspirar.
- Estrés del rol policial (tareas rutinarias y repetitivas).
- Inestabilidad en las condiciones laborales (turno, escaso apoyo de supervisores, variaciones en las tareas).
- Responsabilidad externa (injerencias políticas e informes adversos de los medios de comunicación).

En cuanto a la intensidad del estrés que generan diversas situaciones en el desempeño del rol laboral, la intervención en disturbios y desórdenes públicos se clasificó como la tarea más estresante, mientras que en la clasificación de estresores obtenida por Violanti y Aron (1995) la situación valorada como primer estresor de la lista es matar a alguien en el cumplimiento del deber.

Asimismo, emerge como un aspecto importante la percepción que el policía mantiene sobre sí mismo como profesional. El policía, que se percibe como un experto que ofrece un servicio vital a la comunidad, con frecuencia es tratado como si fuese un enemigo de su bienestar y esta discrepancia entre su percepción y la que mantienen otros resulta amenazante y desagradable. Ejemplo de ello es su relación con los tribunales, si tras detener a un sospechoso éste es puesto en libertad, de alguna forma, parece ponerse en cuestión su habilidad como profesional.

Dentro del marco laboral, el apoyo administrativo deviene fundamental. Un policía afronta mejor el estrés si percibe que sus superiores conocen sus problemas y empatizan con él. Pero el estudio revela la decepción de estos profesionales respecto a sus mandos. En vez de eliminar algunas presiones, con frecuencia les generan otras nuevas, o no se ocupan de cuestiones importantes para el policía como las políticas de sustitución y mantenimiento del equipo. A ello se añade el hecho de que al policía no se le permite participar en decisiones y políticas que le afectan directamente. Así, de formas diversas, el policía percibe que su propia administración no le trata como un profesional. Decepcionado, una de sus mayores fuentes de apoyo son sus compañeros, con ellos forma un grupo hermético a través del cual refuerza el sentido de competencia.

En contraste con este interés por los estresores laborales que afectan el trabajo del policía, Lawrence (1984) considera que se ha prestado poca atención a la influencia de las características de personalidad en el estrés policial; si bien, además de la posible influencia de variables tradicionalmente asociadas al estrés laboral, diversos autores han identificado características de la *personalidad policial*: suspicacia, aislamiento, (Skolnick, 1966), cinismo, sentimientos de odio y hostilidad (Niederhoffer, 1967), o alienación. La investigación sobre la personalidad policial, insiste el autor, tiende a

revelar rasgos de personalidad que parecen útiles para aislar al policía de condiciones estresantes o ayudarle a afrontar el estrés.

No obstante, la importancia de los estresores organizacionales y los propios de la tarea en el desarrollo del estrés policial, por encima de los factores de personalidad, aparece apoyada por gran cantidad de estudios: inadecuada guía y apoyo de los superiores, escasa consulta y comunicación, discriminación y favoritismo (Kirkcaldy y cols., 1995); estructura organizacional y clima, relación entre la vida laboral y el hogar y relaciones con otras personas (Kirkcaldy, 1993); recorte de personal y tasas de rotación, insuficiente financiación, falta de consulta y comunicación, tareas administrativas y papeleo y características de la estructura de la organización (Brown, Cooper y Kirkcaldy, 1996). De forma similar a otras ocupaciones, parece evidente que las prácticas interdepartamentales son una continua fuente de estrés en el trabajo policial. Entre los factores organizacionales que originan ese problema se identifican la estructura autoritaria, falta de participación en toma de decisiones que afectan a tareas del trabajo diario, falta de apoyo administrativo, filosofía centrada en el castigo y disciplina injusta. Los policías con frecuencia consideran que la organización no les apoya y no responde a las necesidades del empleado (Violanti y Aron, 1995).

2. CLIMA LABORAL

Desde principios del siglo XIX, se ha puesto en evidencia el papel de los componentes físicos y sociales sobre el comportamiento humano. Entonces podemos decir que el clima laboral es el medio ambiente humano y físico en el que se desarrolla el trabajo cotidiano. Un tema de gran importancia hoy en día para casi todas las organizaciones en la búsqueda del mejoramiento continuo, de ahí el valor que reviste el estudio sistemático del comportamiento del mismo; el clima organizacional determina la forma en que un individuo percibe su trabajo, su rendimiento, su productividad, su satisfacción, etc.

El clima laboral como factor intrínseco en toda organización ya sea grande o pequeña, tiene un impacto significativo en el comportamiento y rendimiento de cada uno de los colaboradores, por esta razón, día con día los encargados de recursos humanos o en su defecto el gerente general de la organización, le prestan la atención necesaria. Esto derivado a las nuevas tendencias de considerar a los trabajadores como clientes internos.

Para toda organización lo más importante es alcanzar un margen de utilidades cada día mayor al anterior, esto no sería posible sin el involucramiento total, la colaboración, esfuerzo y trabajo en equipo de todos los que la conforman, y es por ello que se les debe de dar un trato justo que incentive y motive el esfuerzo diario.

2.1. Concepto

Existen varios conceptos sobre el clima laboral, algunos de los cuales hemos adoptado para este estudio. El estudio del clima laboral proporciona una valiosa información acerca de los procesos que determinan los comportamientos, permitiendo además, introducir cambios planificados tanto en las actitudes y conductas de los miembros, como en la estructura organizacional o en uno o más de los subsistemas que la componen.

Según Chiavenato (2010), “el clima organizacional es un fenómeno que interviene entre los factores del sistema organizacional y las tendencias motivacionales que se traducen en un comportamiento que tiene consecuencias sobre la organización (productividad, satisfacción, rotación, etc.)”.

En la Resolución No. 01748 (Policía Nacional, 2006; p. 23), por la cual se reglamenta el Sistema de Intervención para la Medición y el Mejoramiento del Clima Institucional de la Policía Nacional, se define clima laboral como:

“El conjunto de percepciones y sentimientos compartidos que los servidores manifiestan en relación con las características de la Institución, tales como políticas,

prácticas y procedimientos formales e informales y las condiciones de la misma Institución, como por ejemplo el estilo de dirección, horarios, jornadas de trabajo, facilitación de toma de decisiones, calidad de la capacitación, relaciones interpersonales, trabajo en equipo, estrategias institucionales, estilos de comunicación, procedimientos administrativos, condiciones físicas del lugar de trabajo, ambiente laboral en general; elementos que la distinguen de otras entidades y que influyen en su comportamiento”.

Guillén y Guil (2000) Explican que es la percepción de un grupo de personas que forman parte de una organización y establecen diversas interacciones en un contexto laboral. No obstante la consideración de clima como beneficio o perjudicial por parte de los integrantes de la organización, va a depender de las percepciones que realicen los miembros de la misma quienes suelen valorar como adecuado al permitir y ofrecer posibilidades para el desarrollo del desempeño laboral, y de esta forma aporta estabilidad e integración entre sus actividades en la organización y sus necesidades personales. Por otra parte, se considera perjudicial al momento de que las percepciones de los individuos manifiestan un desequilibrio entre sus necesidades, la estructura y los procedimientos del sistema.

Las definiciones de clima laboral hacen referencia a procesos perceptivos que cada colaborador considera como elemento esencial de su ambiente organizacional, tratándose así de una realidad subjetiva. Por lo cual, para la presente investigación se adoptará la definición de Palma (2004) quien menciona que: “...la percepción del trabajador con respecto a su ambiente laboral y en función de aspectos vinculados como posibilidades de realización personal, involucramiento con la tarea asignada, supervisión que recibe, acceso a la información relacionada con su trabajo en coordinación con sus demás compañeros y condiciones laborales que facilitan su tarea”. Estas percepciones dependen de las diversas actividades, interacciones y otras experiencias que cada miembro tenga con la empresa. De ahí que, el clima laboral refleje la interacción entre características personales y organizacionales.

2.2. Dimensiones

Según Palma (2004) son cinco los factores que se determinan en el clima laboral en función al análisis estadístico y cualitativo realizado para la “Escala Clima Laboral CL - SPC”; estos son:

- A. Autorrealización:** Es la apreciación que tiene el colaborador con respecto a las posibilidades de que el medio laboral favorezca el desarrollo personal y profesional contingente a la tarea y con perspectiva de futuro, de tal modo que les permita avanzar y sentirse realizados.

Escudero (2011) haciendo mención a la pirámide de Maslow, refiere la autorrealización como un deseo de las personas por superarse y satisfacer el potencial que cada uno tiene, es por eso que cuando cada uno siente que llegó a este nivel, tiene la capacidad de poder salir adelante y dejar huella en todo lo que realiza; siendo este factor uno de los más provechosos para la organización, ya que el colaborador mejora su rendimiento laboral.

- B. Involucramiento laboral:** Es la identificación que tiene el colaborador con los valores organizacionales y el compromiso con la empresa para cumplir y lograr el desarrollo de la organización, contribuyendo así al logro de metas establecidas por la empresa y el desempeño laboral adecuado, que permitirá brindar un mejor servicio.

Frías (2001) sostiene que el colaborador muestra involucramiento laboral si conoce y adhiere para sí mismo la misión y los objetivos de la empresa, demostrando el compromiso del colaborador con su equipo, su oficio y con la misión de su respectiva organización para lograr un mejor resultado en su labor dentro de ella.

- C. Supervisión:** En esta dimensión se dan apreciaciones del colaborador sobre la funcionalidad y significación de superiores en la supervisión dentro de la actividad laboral, en tanto relación de apoyo y orientación para las tareas que forman parte de su desempeño diario, mejorando la producción y la calidad de servicio. La presencia de

una supervisión crea en muchos de los colaboradores grados de tensión que mejoran su desempeño laboral.

D. Comunicación: Es la percepción del grado de fluidez, celeridad, claridad, coherencia y precisión de la información relativa y pertinente al funcionamiento interno de la empresa, como con la atención a usuarios y/o clientes de la misma, teniendo así una mejor relación con los demás.

Cuadrado (2007) refiere que el desarrollo de la productividad de la organización es efectivo, debido a la comunicación que se ejecuta entre colaboradores, pero hay un bajo rendimiento cuando se trata de una comunicación con diferentes direcciones de mando, ya que muchos de ellos no tienen un contacto cercano con otras áreas o jefes de sección.

E. Condiciones laborales: En esta última dimensión, se obtiene información sobre el reconocimiento de que la institución provee los elementos materiales, económicos y psicosociales necesarios para el cumplimiento de las tareas encomendadas, de tal modo que haya facilidad para poder desempeñar el trabajo de la mejor manera. Al hablar de condiciones laborales, no solo se habla de remuneración económica, sino también de los diversos elementos que se necesitan para realizar un buen trabajo, los cuales la organización está obligada de brindar, ya que favorece a la producción y mejora de ella. Sin embargo, Cuadrado (2007) sostiene que el sistema de remuneración es un factor muy importante para un colaborador, ya que los salarios medios y bajos con carácter fijo, no contribuyen al buen clima laboral, porque no permiten al colaborador mejorar ni mucho menos obtener buenos resultados, pero eso no quiere decir que los salarios que sobrepasan los niveles medios por ser motivadores, mejoran el rendimiento laboral.

2.3. Enfoques

Ruiz (2008) sostiene que el clima laboral ha sido analizado, a lo largo de la historia desde tres enfoques distintos, aunque complementarios, que permiten un estudio más específico y detallado.

A. Conjunto múltiple de atributos organizacionales

En este enfoque se destacan aquellas características estructurales de la organización, como la estabilidad que tiene para influir de cierto modo en la conducta de los colaboradores, ya sea por su tamaño, organigrama, estilo de dirección, entre otros; éstas definen la estructura y condicionan las interacciones que puedan darse dentro de ella, de tal modo que, el análisis estadístico de estas variables, permite formar conjuntos organizativos en categorías, que pueden ser denominadas como tipos de clima. Este concepto coincide con lo dicho por Gan y Traginé (2006) quienes expresan que el clima laboral es un indicador fundamental de la vida de la organización, que está condicionado por múltiples cuestiones; desde las normas internas de funcionamiento hasta la identificación y satisfacción de cada persona con la labor que realiza, sin dejar de lado los factores que inciden y focalizan el clima o ambiente laboral.

B. Conjunto de atributos individuales de los sujetos miembros de la organización

Este enfoque define al clima laboral partiendo del conjunto de elementos individuales del colaborador que están relacionados con los valores, las aspiraciones y las demandas que cada uno de ellos tiene, partiendo del ambiente y trato adecuado o inadecuado que reciban de la misma empresa. Esta perspectiva relaciona el clima laboral con la identificación de la satisfacción individual o grupal que se tenga dentro de una entidad, por lo cual se puede decir que más que por las características propias de la empresa, el clima laboral se define de acuerdo a las aspiraciones que tiene cada uno de los individuos que la conforman. Gan y Berbel (2007) refieren del mismo modo, que el clima laboral está compuesto por factores que envuelven al individuo y su ambiente, tales como, la cultura, el entorno moral y la situación laboral, sumados a factores psicológicos.

C. Conjunto de características organizativas subjetivamente percibidas

Este enfoque sigue el planteamiento de Lewin, que concuerda con la denominada por los sociólogos como “definición de la situación”. Esta es el resultado de ciertos atributos objetivos de una empresa, las cuales están enlazadas a la percepción subjetiva individual, como los valores, las necesidades y las aspiraciones de cada

colaborador. Este paradigma tiene como elemento central la interacción intersubjetiva de los sujetos que se relacionan entre sí, por lo cual, denota la importancia de la interacción entre los individuos y la experiencia personal, creando así un constructo intersubjetivo denominado clima.

A pesar de la discrepancia existente entre los tres enfoques sobre el clima laboral, también poseen algunos puntos de coincidencia, los cuales denotan que el clima laboral es distinto entre las organizaciones, ya que pueden existir y detectarse microclimas dentro de cada una de ellas; pueden tener alteraciones momentáneas, pero en sí, es una condición que luego retorna a la situación y es de carácter estable y perdurable; pero afecta de modo inconsciente, en mucho de los casos, al comportamiento de los socios, ya que no lo perciben de manera directa.

2.4. Investigaciones sobre el clima laboral

A continuación se mencionan estudios de análisis de clima organizacional aplicados a entidades públicas a nivel internacional, que despiertan la relevancia del tema de investigación en sectores similares.

El clima laboral desde su perspectiva multidimensional según sus diversas circunstancias, Oliveros (2010) resalta en su artículo Clima Laboral y Estado Actual de su Abordaje en la Policía de Investigación de Chile, que “Son las políticas de la dirección, el estilo de liderazgo o los modos de comunicación en el interior de la organización los que constituyen en particular los componentes del clima laboral”, (p.43). Lo anterior sin quitarle valor a las demás dimensiones relacionadas con anterioridad, toda vez que hacen parte de las diferentes percepciones de la población objeto de estudio.

Dentro de los antecedentes consultados en la Policía Nacional de Colombia para los años 2006 y 2008 respectivamente se tiene la aplicación de una Encuesta de Clima Institucional en forma virtual, la cual fue enviada al correo personal, siendo aplicada y

contestada en forma voluntaria por 15.000 funcionarios; posteriormente para el año 2010 se aplicó nuevamente la encuesta a 57.000 miembros de la Institución, logrando un mayor cubrimiento, correspondiente al 45% de la población policial, como resultado de las mismas en el año 2008 se obtiene un 59.99% de satisfacción, para el año 2010 un 76.30%, con una variación del 16.31% (Policía Nacional de Colombia, 2011).

Palma (1998) investigó la motivación y el clima laboral en personal de entidades universitarias, en la ciudad de Lima. La muestra estuvo conformada por 473 trabajadores a tiempo completo entre profesores y empleados administrativos de tres universidades privadas de Lima, teniendo como objetivo general: describir y comparar las características de clima y motivación laboral en el personal de entidades universitarias de gestión particular comparándolas en relación al sexo, grupo ocupacional y tiempo de servicios. Los instrumentos empleados fueron escalas de motivación y clima laboral, bajo el enfoque de McClelland y Litwing, cuyo análisis de correlación entre motivación y clima laboral del grupo estudiado permite afirmar que no existe una directa asociación entre las mismas; ambos aspectos, evidencian un funcionamiento promedio y una baja relación entre sí, sin llegar a presentar niveles óptimos de motivación. Presentan mejor puntuación los docentes y los trabajadores con más de cinco años de servicios, personal con características relacionadas con la autorrealización e internalización de una cultura de trabajo.

Hernández y Monsanto (2005), en su tesis titulada “Estudio del Clima Organizacional en la Policía Metropolitana (Comisarías: Antonio José de Sucre y Francisco de Miranda)”, estudio realizado en Venezuela tienen como objeto realizar un diagnóstico comparativo del clima organizacional entre las comisarías en mención, donde se determinan las semejanzas y diferencias de la percepción del clima en ambas unidades, lo cual nos da fundamento no sólo teórico sino práctico.

Duque (2008), en su tesis “Recomendaciones para el Mejoramiento del Clima Laboral en el Cuerpo Técnico de Investigación de la Fiscalía General de la Nación Seccional Pereira”, estudio realizado en Colombia; pretenden determinar las causas de tipo laboral y personal que conllevan a la desmotivación y un notorio sentimiento de

resistencia al cambio experimentado por la gran mayoría de los servidores del CTI, a raíz del Proceso de Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad que se adelanta actualmente en la Entidad. Permiten observar en sus conclusiones que la ausencia de los procesos del área de talento humano debidamente formalizados y estandarizados impacta negativamente en la percepción de los funcionarios deteriorando el ambiente laboral y entorpeciendo sobremanera la adaptación al cambio organizacional.

Garza (2010), en su tesis “Clima Organizacional en la Dirección General de Ejecución de Sanciones de la Secretaría de Seguridad Pública en Tamaulipas”, este estudio realizado en México. El autor llega a la conclusión que el clima organizacional influye en el comportamiento manifiesto de los miembros, a través de percepciones estabilizadas que filtran la realidad y condicionan los niveles de motivación laboral y rendimiento profesional, entre otros.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

1.1. Tipo de investigación

La presente investigación se enmarca dentro de los estudios empíricos con metodología cuantitativa, pues presentaremos datos empíricos originales recolectados, procesados y analizados por los autores y enmarcados dentro de la lógica epistemológica de tradición objetivista ya que se sustenta en la estadística (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

1.2. Diseño de investigación

El diseño que utilizamos es descriptivo, correlacional y transversal. Es descriptivo pues presentamos la prevalencia de las variables estudiadas en términos de porcentajes. Es correlacional porque se determinó la relación entre la percepción del clima laboral y el síndrome de Burnout en una muestra de policías. Es transversal porque los datos se recolectaron en un solo momento en el tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

1.3. Población y muestra

La población de la presente investigación es de 200 suboficiales en el Departamento de Criminalística de Arequipa y 600 en la Dirección Ejecutiva de Criminalística de Lima. El muestreo utilizado para seleccionar la muestra fue no probabilístico intencional.

La muestra estuvo constituida por 69 suboficiales del Departamento de Criminalística de Arequipa, y por 94 suboficiales de la Dirección Ejecutiva de Criminalística de Lima. A continuación se presentan la descripción de la muestra según el sexo, edad y tiempo de servicio.

		Sexo		
		Varón	Mujer	Total
Departamento criminalístico	Lima	Frecuencia	52	42
	%		55.3%	44.7%
Arequipa		Frecuencia	36	33
	%		52.2%	47.8%
Total		Frecuencia	88	75
	%		54.0%	46.0%
		100.0%		

		Edad			
		20 a 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	Total
Departamento criminalístico	Lima	Frecuencia	1	42	51
	%		1.1%	44.7%	54.3%
Arequipa		Frecuencia	3	21	45
	%		4.3%	30.4%	65.2%
Total		Frecuencia	4	63	96
	%		2.5%	38.7%	58.9%
		100.0%			

	Lima	Frecuencia	Tiempo de servicio				Total
			1 a 5 años	5 a 10 años	10 a 20 años	20 a más años	
Departamento criminalístico	Lima	Frecuencia	8	22	51	13	94
	%		8.5%	23.4%	54.3%	13.8%	100.0%
Arequipa	Arequipa	Frecuencia	11	16	29	13	69
	%		15.9%	23.2%	42.0%	18.8%	100.0%
Total		Frecuencia	19	38	80	26	163
		%	11.7%	23.3%	49.1%	16.0%	100.0%

1.4. Materiales e instrumentos

A. Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

Para evaluar el síndrome de burnout se utilizó el Inventario Burnout de Maslach en su versión para servicios humanos (MBI-HSS, por sus siglas en inglés), el cual fue creado por Christina Maslach y Susan Jackson en Estados Unidos en 1981 y cuenta con una adaptación española (Seisdedos, 1997) y una adaptación a la población peruana (Llaja, Sarriá & García, 2007).

El inventario comprende tres dimensiones: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal en el trabajo (RP); y está compuesto por 22 ítems valorados con una escala de frecuencia tipo Likert de siete puntos. Nueve de los ítems pertenecen a la escala de CE, cinco corresponden a la escala de DP y ocho forman parte de la escala de RP. La puntuación de las escalas resulta de la suma de todos los puntos anotados en los ítems correspondientes a cada una de ellas (Llaja et al., 2007).

La versión original del MBI fue aplicada a una muestra de 1,025 profesionales de tipo asistencial (policías, enfermeras, administradores, profesores, asistentes sociales, médicos, psicólogos, psiquiatras, abogados, entre otros), cuyas respuestas fueron sometidas a análisis factoriales exploratorios de componentes principales de tipo ortogonal dando lugar a cuatro factores. De estos, los primeros tres obtuvieron

saturaciones superiores a 1, dando lugar a la estructura tridimensional que se conoce en la actualidad. El 41% de la varianza total se explicó por todos los elementos en su conjunto, el 20% se explicó por la dimensión CE, el 10% por DP y el 11% por RP (como se citó en Seisdedos, 1997).

Además de la validez factorial, el MBI cuenta con validez convergente a partir de correlaciones entre éste y una amplia variedad de experiencias personales, laborales y resultados personales con niveles de confianza de 5% y 1%. Adicionalmente, posee validez discriminante evidenciada en los resultados del MBI obtenidos en diversos grupos clínicos. Por ejemplo, en profesionales médicos en los que se sospechaba la presencia de burnout se encontraron niveles altos en CE ($\beta z = .53$) y DP ($\beta z = .60$), y bajo en RP ($\beta z = -.52$); mientras que en el personal policial se encontró una estructura algo distinta, ya que estos presentaron una elevada DP ($\beta z = .36$), una buena RP ($\beta z = .11$) y en CE ($\beta z = -.40$) un descenso significativo comparativamente (como se citó en Seisdedos, 1997), lo que cuestiona la posibilidad de obtener un perfil integrado del síndrome de burnout.

En cuanto a la adaptación del inventario a la población peruana ($N = 312$, entre profesionales de salud y no salud) se confirmaron las propiedades psicométricas encontradas en los estudios previos. Además de las correlaciones inter-ítem, se obtuvieron niveles adecuados de confiabilidad por consistencia interna, cuyos coeficientes alfa fueron de .80 para CE, .56 para DP y .72 para RP. Adicionalmente a la validez discriminativa, cuyas correlaciones aseguraron la independencia de las subescalas, el instrumento evidenció validez de constructo a través del análisis factorial exploratorio de componentes principales, donde la extracción del porcentaje de la varianza explicada fue de 39.97% para CE, 37.59% para DP y 34.90% para RP. El manual, además de proveer baremos para la población peruana, establece un algoritmo que permite clasificar a las personas evaluadas que presentan riesgo, tendencia y el síndrome de burnout propiamente dicho (Llaja et al., 2007).

B. Escala de Clima Organizacional

Se utilizó la Escala de Clima Laboral (CLSPC) elaborada por la psicóloga Sonia Palma (1999), profesora e investigadora de la Universidad Ricardo Palma de Lima, Perú. La escala seleccionada mide 5 dimensiones:

- a) Involucramiento Laboral: Hace referencia a la identificación y compromiso con los valores y desarrollo de la organización.
- b) Supervisión: Describe las apreciaciones de funcionalidad y significado que asignan los superiores al monitorizar y controlar la actividad laboral de sus subordinados. También registra la relación de apoyo y guía que reciben los trabajadores para las tareas y funciones que forman parte de su rendimiento diario.
- c) Comunicación: Se refiere a la percepción del nivel de fluidez, celeridad, claridad, coherencia y precisión de la información relativa al funcionamiento interno de la organización, también evalúa lo implicado en el proceso de atención a usuarios y/o clientes de la institución.
- d) Condiciones Laborales: Alude al reconocimiento que los empleados tienen sobre la organización, es decir aceptan o no que dicha entidad, brinda los elementos materiales, económicos y/o psicosociales requeridos para el cumplimiento de las tareas y funciones delegadas.
- e) Autorrealización: Se refiere a la apreciación que tiene el trabajador en relación a las posibilidades del entorno organizacional, básicamente se evalúa si el centro laboral favorece el desarrollo profesional y personal, contingente a la tarea y con miras a futuro.

El instrumento que evalúa clima laboral, cuenta con 50 reactivos y utiliza una escala de respuesta en formato Likert que presenta 5 opciones: nunca; poco; regular; mucho; siempre. La calificación fluctúa entre 1 a 5 puntos siguiendo la escala de respuesta mencionada, en donde 1 representa la opción “nunca” y 5 “siempre”; el puntaje máximo para la escala total es de 250 puntos y para cada dimensión es 50. Se considera como criterio de evaluación que a mayor puntuación, se tendrá una mejor percepción del ambiente laboral, mientras que menores puntuaciones indican un clima organizacional adverso (Palma, 1999).

En cuanto a la confiabilidad reportada, la escala presenta correlaciones de .97 (Alfa de Cronbach) y de .90 (Split Half de Guttman), lo cual indica una alta consistencia

interna de los datos, por lo que se puede considerar que el instrumento es confiable. Por otro lado, respecto a su validez, se determinaron correlaciones positivas y significativas en las 5 dimensiones del clima organizacional (mayores a 0.6). Se aplicó un análisis factorial exploratorio y rotación Varimax, lo cual confirma su validez (Palma, 1999).

1.5. Procedimiento

Primeramente, se procedió a coordinar las fechas y horarios de evaluación con los jefes del Departamento de Criminalística de Arequipa y de la Dirección Ejecutiva de Criminalística de Lima.

Luego de ello se aplicaron los instrumentos de forma grupal, asegurando el anonimato y la confiabilidad de los datos brindados en un solo día de aplicación. Se les explicó a los evaluados sobre los temas a medir y se les pidió su participación sincera. Así mismo, durante la aplicación se resolvieron las dudas que los participantes pudieron tener.

Después de la aplicación se procedió a la calificación de las pruebas y su posterior tabulación en una hoja de cálculo de Excel, en la cual se colocaron los datos sujeto por sujeto como paso previo al análisis estadístico.

1.6. Análisis de datos

Una vez aplicadas y calificadas las encuestas, éstas se analizaron haciendo uso del paquete estadístico SPSS 24.0 sirviéndonos del análisis descriptivo de los datos y de gráficos a través del análisis de frecuencias y porcentajes.

Así mismo, utilizamos el coeficiente de correlación de Pearson para determinar la asociación lineal entre el clima laboral y el síndrome de Burnout.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente capítulo analizamos los resultados orientados a despejar las interrogantes acerca de la relación entre el clima organizacional y el síndrome de Burnout en una muestra de policías de Arequipa y otra de Lima que laboran en la división de criminalística de ambas ciudades.

CLIMA LABORAL

Tabla 1. Autorrealización en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa

Ciudad		Autorrealización						Total
		Muy desfavorable		Desfavorable	Media	Favorable	Muy favorable	
		Lima	Frecuencia	18	26	25	18	7
	%			19.1%	27.7%	26.6%	19.1%	7.4%
Arequipa	Frecuencia			14	21	24	9	1
	%			20.3%	30.4%	34.8%	13.0%	1.4%
Total	Frecuencia			32	47	49	27	8
	%			19.6%	28.8%	30.1%	16.6%	4.9%
								100.0%

Observamos que los policías evaluados tanto de Lima como Arequipa perciben su autorrealización de forma similar, los policías de Lima perciben la autorrealización mayormente como desfavorable (27.7%), además el 26.6% de ellos la ve como de nivel medio, el 19.1% como muy desfavorable y el 19.1% como favorable. Mientras que los policías de Arequipa perciben su autorrealización mayormente como medio (34.8%), además el 30.4% de ellos la ve como desfavorable, el 20.3% como muy desfavorable y el 13% como favorable.

Estos resultados nos indican que los policías de ambas ciudades aprecian que sus centros laborales no favorecen mucho su desarrollo profesional y personal, contingente a la tarea y que tienen pocas miras a futuro.

CLIMA LABORAL

Tabla 2. Involucramiento laboral en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa

Ciudad			Involucramiento laboral						Total
			Muy desfavorable		Desfavorable	Media	Favorable	Muy favorable	
			Frecuencia	%					
Lima			2	3.4%	37	39.4%	12	6.4%	94
		%							100.0%
Arequipa			0	0.0%	19	27.5%	17	7.2%	69
		%							100.0%
Total			2	1.2%	56	34.4%	29	17.8%	163
		%							100.0%

Observamos que los policías evaluados tanto de Lima como Arequipa perciben su involucramiento laboral de forma similar, los policías de Lima perciben el involucramiento laboral mayormente como medio (39.4%), además el 39.4% de ellos lo ve como desfavorable y el 12.8% como favorable. Mientras que los policías de Arequipa perciben el involucramiento laboral mayormente como medio (40.6%), además el 27.5% de ellos lo ve como desfavorable y el 24.6% como favorable.

Estos resultados nos indican que los policías evaluados de ambas ciudad tienen una regular identificación y compromiso con los valores y desarrollo de la organización.

CLIMA LABORAL

Tabla 3. Supervisión en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa

Ciudad			Supervisión						Total
			Muy desfavorable		Desfavorable	Media	Favorable	Muy favorable	
			Lima	Frecuencia	4	47	27	13	
		%			4.3%	50.0%	28.7%	13.8%	3.2% 100.0%
	Arequipa	Frecuencia			1	28	24	14	2 69
		%			1.4%	40.6%	34.8%	20.3%	2.9% 100.0%
	Total	Frecuencia			5	75	51	27	5 163
		%			3.1%	46.0%	31.3%	16.6%	3.1% 100.0%

Observamos que los policías evaluados tanto de Lima como Arequipa perciben su supervisión de forma similar, los policías de Lima perciben la supervisión mayormente como desfavorable (50%), además el 28.7% de ellos la ve en un nivel medio y el 13.8% como favorable. Mientras que los policías de Arequipa perciben la supervisión mayormente como desfavorable (40.61%), además el 34.8% de ellos la ve en un nivel medio y el 20.3% como favorable.

Estos resultados nos indican que los policías de ambas ciudades perciben una mala la relación de apoyo y guía que reciben para realización de sus tareas y funciones que forman parte de su rendimiento diario.

CLIMA LABORAL

Tabla 4. Comunicación en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa

Ciudad		Comunicación						Total
		Muy desfavorable	Desfavorable	Media	Favorable	Muy favorable		
		Frecuencia						
Lima	Frecuencia	2	40	26	20	6	94	
	%	2.1%	42.6%	27.7%	21.3%	6.4%	100.0%	
Arequipa	Frecuencia	0	24	28	14	3	69	
	%	0.0%	34.8%	40.6%	20.3%	4.3%	100.0%	
Total	Frecuencia	2	64	54	34	9	163	
	%	1.2%	39.3%	33.1%	20.9%	5.5%	100.0%	

Observamos que los policías evaluados tanto de Lima como Arequipa perciben su comunicación de forma similar, los policías de Lima perciben la comunicación mayormente como desfavorable (42.6%), además el 27.7% de ellos la ve de un nivel medio y el 21.3% como favorable. Mientras que los policías de Arequipa perciben la comunicación mayormente como media (40.6%), además el 34.8% de ellos la percibe en un nivel desfavorable y el 20.3% como favorable.

Estos resultados nos indican que los policías de ambas ciudades perciben que el nivel de fluidez, celeridad, claridad, coherencia y precisión de la información relativa al funcionamiento interno de la organización es pobre.

CLIMA LABORAL

Tabla 5. Condiciones laborales en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa

Ciudad		Condiciones laborales						Total
		Muy desfavorable		Desfavorable	Media	Favorable	Muy favorable	
		Lima	Frecuencia	3	16	21	50	4
	%			3.2%	17.0%	22.3%	53.2%	4.3%
	Arequipa	Frecuencia		0	26	27	15	1
	%			0.0%	37.7%	39.1%	21.7%	1.4%
	Total	Frecuencia		3	42	48	65	5
		%		1.8%	25.8%	29.4%	39.9%	3.1%
								100.0%

Observamos que los policías evaluados tanto de Lima como Arequipa perciben sus condiciones laborales de forma distinta, los policías de Lima perciben las condiciones laborales mayormente como favorables (53.2%), además el 22.3% de ellos las ve como de nivel medio y el 17% como desfavorables. Mientras que los policías de Arequipa perciben sus condiciones laborales mayormente como de nivel medio (39.1%), además el 37.7% de ellos las ve como desfavorables y el 21.7% como favorables.

Estos resultados indican que los policías de ambas ciudades sienten que son reconocidos en la organización, es decir aceptan que dicha entidad, brinda los elementos materiales, económicos y/o psicosociales requeridos para el cumplimiento de las tareas y funciones delegadas.

CLIMA LABORAL

Tabla 6. Clima laboral en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa

Ciudad			Clima laboral						Total	
			Muy desfavorable		Desfavorable		Media			
			Frecuencia	%						
Lima			2	31	47	12	2	94		
		%		2.1%	33.0%	50.0%	12.8%	2.1%	100.0%	
Arequipa			0	28	29	9	3	69		
		%		0.0%	40.6%	42.0%	13.0%	4.3%	100.0%	
Total			2	59	76	21	5	163		
		%		1.2%	36.2%	46.6%	12.9%	3.1%	100.0%	

Observamos que los policías evaluados tanto de Lima como Arequipa perciben su clima laboral de forma similar, los policías de Lima perciben el clima laboral mayormente como de un nivel medio (50%), además el 33% de ellos lo ve como desfavorable y el 12.8% como favorable. Mientras que los policías de Arequipa perciben su clima laboral mayormente de un nivel medio (42%), además el 40.6% de ellos lo ve como desfavorable y el 13% como favorable.

SINDROME DE BURNOUT

Tabla 7. Agotamiento emocional en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa

		Agotamiento emocional			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Ciudad	Lima	Frecuencia	9	21	64	94
	%	9.6%	22.3%	68.1%	100.0%	
Arequipa	Arequipa	Frecuencia	8	28	33	69
	%	11.6%	40.6%	47.8%	100.0%	
Total		Frecuencia	17	49	97	163
		%	10.4%	30.1%	59.5%	100.0%

Observamos que el agotamiento emocional tanto en los policías evaluados de Lima como de Arequipa es muy similar. Los policías de Lima mayormente presentan un alto agotamiento emocional (68.1%), además el 22.3% presenta un nivel medio y solo el 9.6% un nivel bajo. Mientras que policías de Arequipa mayormente presentan un alto agotamiento emocional (47.8%), además el 40.6% presenta un nivel medio y solo el 11.6% un nivel bajo. Estos resultados nos indican que la mayoría de policías de ambas ciudad tienen la sensación de estar emocionalmente exhaustos y agotados por las situaciones que los rodean.

SINDROME DE BURNOUT

Tabla 8. Despersonalización en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa

Ciudad		Despersonalización				Total
		Bajo	Medio	Alto		
		Frecuencia				
Lima	Frecuencia	21	24	49	94	
	%	22.3%	25.5%	52.1%	100.0%	
Arequipa	Frecuencia	11	21	37	69	
	%	15.9%	30.4%	53.6%	100.0%	
Total	Frecuencia	32	45	86	163	
	%	19.6%	27.6%	52.8%	100.0%	

Observamos que la despersonalización tanto en los policías evaluados de Lima como de Arequipa es muy similar. Los policías de Lima mayormente presentan una alta despersonalización (52.1%), además el 25.5% presenta un nivel medio y el 22.3% un nivel bajo. Mientras que policías de Arequipa mayormente presentan una alta despersonalización (53.6%), además el 30.4% presenta un nivel medio y el 15.9% un nivel bajo. Estos resultados nos indican que los policías de ambas ciudades presentan indiferencia y actitudes distantes respecto a los objetivos y utilidad del trabajo que desempeñan; es decir, no hay una implicación personal positiva en el proceso de la tarea.

SINDROME DE BURNOUT

Tabla 9. Realización personal en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa

Ciudad		Realización personal				Total
		Bajo	Medio	Alto		
		Frecuencia				
Lima	Frecuencia	33	46	15	94	
	%	35.1%	48.9%	16.0%	100.0%	
Arequipa	Frecuencia	22	33	14	69	
	%	31.9%	47.8%	20.3%	100.0%	
Total	Frecuencia	55	79	29	163	
	%	33.7%	48.5%	17.8%	100.0%	

Observamos que la realización personal tanto en los policías evaluados de Lima como de Arequipa es muy similar. Los policías de Lima mayormente presentan una realización personal media (48.9%), además el 35.1% presenta un nivel bajo y el 16% un nivel alto. Mientras que policías de Arequipa mayormente presentan una realización personal media (47.8%), además el 31.9% presenta un nivel bajo y el 20.3% un nivel alto. Cabe resaltar que los policías de ambas ciudades sienten regularmente que su trabajo es lo que quieren hacer por sus vidas y que pueden tener una línea de carrera en la institución.

SINDROME DE BURNOUT

Tabla 10. Síndrome de Burnout en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa

Ciudad		Burnout			Total
		No presenta burnout	Presencia de burnout		
Lima	Frecuencia	71	23		94
	%	75.5%	24.5%		100.0%
Arequipa	Frecuencia	53	16		69
	%	76.8%	23.2%		100.0%
Total	Frecuencia	124	39		163
	%	76.1%	23.9%		100.0%

Respecto al síndrome de Burnout observamos que el 24.5% de policías evaluados en Lima y 23.2% de policías en Arequipa lo presentan. Es importante indicar que los policías que presentan este problema mostrarán diversos síntomas que dificultarán la realización de sus tareas.

Tabla 11. Correlación entre el clima laboral y el síndrome de Burnout en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa

Clima laboral		Burnout			Total
		No presenta burnout		Presencia de burnout	
		Frecuencia	%		
Muy desfavorable	Frecuencia	1		1	2
	%	50.0%		50.0%	100.0%
	Frecuencia	36		23	59
	%	61.0%		39.0%	100.0%
Desfavorable	Frecuencia	63		13	76
	%	82.9%		17.1%	100.0%
Media	Frecuencia	19		2	21
	%	90.5%		9.5%	100.0%
Favorable	Frecuencia	5		0	5
	%	100.0%		0.0%	100.0%
Total	Frecuencia	124		39	163
	%	76.1%		23.9%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

			Significación asintótica
	Valor	gl	(bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14.004	4	.007
N de casos válidos	163		

Hallamos una relación estadísticamente significativa entre el clima laboral y el síndrome de Burnout ($\chi^2 = 14.004; p < .05$), se puede observar que los policías que sufren de síndrome de Burnout perciben mayormente un clima laboral desfavorable (39%) o muy desfavorable (50%) en su institución.

Tabla 12. Correlación entre las dimensiones del clima laboral y del síndrome de Burnout en el personal policial de los departamentos de Criminalística de Lima y Arequipa

		Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Autorrealización	Correlación de Pearson	-.216**	-.216**	.276**
	Sig. (bilateral)	.006	.006	.000
	N	163	163	163
Involucramiento laboral	Correlación de Pearson	-.282**	-.141	.244**
	Sig. (bilateral)	.000	.072	.002
	N	163	163	163
Supervisión	Correlación de Pearson	-.185*	-.150	.169*
	Sig. (bilateral)	.018	.056	.031
	N	163	163	163
Comunicación	Correlación de Pearson	-.298**	-.269**	.264**
	Sig. (bilateral)	.000	.001	.001
	N	163	163	163
Condiciones laborales	Correlación de Pearson	-.158*	-.148	.168*
	Sig. (bilateral)	.045	.059	.032
	N	163	163	163

**. La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

Encontramos que hay una relación estadísticamente significativa entre las dimensiones del clima laboral y del síndrome de Burnout en el personal policial evaluado tanto de Lima como de Arequipa. Es así que la autorrealización ($r = -.216$; $p < .05$), involucramiento laboral ($r = -.282$; $p < .05$), supervisión ($r = -.185$; $p < .05$), comunicación ($r = -.298$; $p < .05$) y condiciones laborales ($r = -.158$; $p < .05$) se relacionan de forma inversamente proporcional con el agotamiento emocional. Además la autorrealización ($r = -.216$; $p < .05$) y la comunicación ($r = -.269$; $p < .05$) se relacionan de forma inversamente proporcional con la despersonalización. Por último, la autorrealización ($r = .276$; $p < .05$), involucramiento laboral ($r = .244$; $p < .05$), supervisión ($r = .169$; $p < .05$), comunicación ($r = .264$; $p < .05$) y condiciones laborales ($r = .168$; $p < .05$) se relacionan de forma directamente proporcional con la realización personal.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Luego de presentados los resultados en el capítulo anterior, conviene hacer una comparación con estudios previos realizados que tienen relación con el mismo, a fin de presentar la siguiente discusión de resultados:

Primeramente hallamos que el personal policial de Arequipa percibe la autorrealización, comunicación y condiciones laborales mayormente de un nivel medio. Por otro lado, el personal policial de Lima percibe la autorrealización y comunicación mayormente como desfavorables; mientras que las condiciones laborales son percibidas en su mayoría como favorables. Así mismo, ambos grupos perciben el involucramiento laboral mayormente de un nivel medio, la supervisión como desfavorable y el clima laboral en general de un nivel medio. Nuestros resultados coinciden con los hallados en la Policía Nacional de Colombia que obtuvieron que el 59.9% de satisfacción en el año 2008 y para el año 2010 un 76.30% (Policía Nacional de Colombia, 2011). También nuestros datos se asemejan a los encontrados por Duque (2008), que permiten observar

en sus conclusiones que la ausencia de los procesos del área de talento humano debidamente formalizados y estandarizados impacta negativamente en la percepción de los funcionarios deteriorando el ambiente laboral y entorpeciendo sobremanera la adaptación al cambio organizacional.

Respecto al síndrome de Burnout nuestros resultados indican que el agotamiento emocional y la despersonalización tanto de los policías de Arequipa y de Lima son mayormente de un nivel alto; por otro lado, la realización personal de los policías de ambas ciudades es mayormente de un nivel medio. Así mismo, cerca de un tercio de los policías de ambas ciudades presentan síndrome de Burnout. Estos resultados se pueden explicar porque en el caso de la Policía, a la incertidumbre propia del ambiente de cualquier organización se suma la inherente al concepto de control social; ello implica un medio lleno de ambigüedades y contradicciones, en el que las ideas de seguridad ciudadana, orden público, calidad de vida o justicia social, están condicionadas por la concepción de control social predominante en un contexto socio-cultural específico (Fernández, 1990). Otro puntos del trabajo policial que generan un gran estrés son: las demandas del trabajo, el sistema judicial, la administración, la imagen pública y el riesgo son ejemplos de tales factores (Kroes, 1976).

En general, la literatura ha identificado dos fuentes básicas de estrés policial: por una parte, las situaciones relacionadas con peligro, riesgo, etc., y por otra, factores relacionados con las características organizacionales y las condiciones de trabajo (apoyo de los supervisores, escasa claridad de rol, relaciones con otras instituciones, etc.). Entre éstas últimas se incluirían políticas organizacionales y escasez de apoyo administrativo (Kroes, Margolis, y Hurrell, 1974), escasa participación en toma de decisiones y estilo de supervisión (Aldag y Brief, 1978) los cuales podrían ser los causantes de la sobrecarga en el personal policial.

En contraste con este interés por los estresores laborales que afectan el trabajo del policía, Lawrence (1984) considera que se ha prestado poca atención a la influencia de las características de personalidad en el estrés policial; si bien, además de la posible influencia de variables tradicionalmente asociadas al estrés laboral, diversos autores han

identificado características de la personalidad policial: suspicacia, aislamiento, (Skolnick, 1966), cinismo, sentimientos de odio y hostilidad (Niederhoffer, 1967), o alienación. La investigación sobre la personalidad policial, insiste el autor, tiende a revelar rasgos de personalidad que parecen útiles para aislar al policía de condiciones estresantes o ayudarle a afrontar el estrés.

No obstante, la importancia de los estresores organizacionales y los propios de la tarea en el desarrollo del estrés policial, por encima de los factores de personalidad, aparece apoyada por gran cantidad de estudios: inadecuada guía y apoyo de los superiores, escasa consulta y comunicación, discriminación y favoritismo (Kirkcaldy y cols., 1995); estructura organizacional y clima, relación entre la vida laboral y el hogar y relaciones con otras personas (Kirkcaldy, 1993); recorte de personal y tasas de rotación, insuficiente financiación, falta de consulta y comunicación, tareas administrativas y papeleo y características de la estructura de la organización (Brown, Cooper y Kirkcaldy, 1996). De forma similar a otras ocupaciones, parece evidente que las prácticas interdepartamentales son una continua fuente de estrés en el trabajo policial. Entre los factores organizacionales que originan ese problema se identifican la estructura autoritaria, falta de participación en toma de decisiones que afectan a tareas del trabajo diario, falta de apoyo administrativo, filosofía centrada en el castigo y disciplina injusta. Los policías con frecuencia consideran que la organización no les apoya y no responde a las necesidades del empleado (Violanti y Aron, 1995).

Respecto a nuestros objetivos inferenciales, encontramos que hay una relación estadísticamente significativa entre las dimensiones del clima laboral y del síndrome de Burnout en el personal policial evaluado tanto de Lima como de Arequipa. Es así que la autorrealización, involucramiento laboral, supervisión, comunicación y condiciones laborales se relacionan de forma inversamente proporcional con el agotamiento emocional. Además la autorrealización y la comunicación se relacionan de forma inversamente proporcional con la despersonalización. Así mismo, la autorrealización, involucramiento laboral, supervisión, comunicación y condiciones laborales se relacionan de forma directamente proporcional con la realización personal. Al respecto Ivancevich (2005) afirma que la carga de trabajo de una persona puede causar estrés, la carga de trabajo se relaciona con la cantidad de trabajo o la calidad de la actividad que

hay que realizar. La carga insuficiente causa problemas al igual que el exceso, la sobrecarga hace que una persona trabaje más horas para cumplir sus tareas, lo que se traduce en fatiga y accidentes.

Confirmando nuestra hipótesis en nuestro estudio hallamos que los policías que sufren de síndrome de Burnout perciben mayormente un clima laboral desfavorable o muy desfavorable en su centro laboral. En la misma vía que nosotros, Garza (2010) llega a la conclusión que el clima organizacional influye en el comportamiento manifiesto de los miembros, a través de percepciones estabilizadas que filtran la realidad y condicionan los niveles de motivación laboral y rendimiento profesional, entre otros. Pero el estudio revela la decepción de estos profesionales respecto a sus mandos. En vez de eliminar algunas presiones, con frecuencia les generan otras nuevas, o no se ocupan de cuestiones importantes para el policía como las políticas de sustitución y mantenimiento del equipo. A ello se añade el hecho de que al policía no se le permite participar en decisiones y políticas que le afectan directamente. Así, de formas diversas, el policía percibe que su propia administración no le trata como un profesional. Decepcionado, una de sus mayores fuentes de apoyo son sus compañeros, con ellos forma un grupo hermético a través del cual refuerza el sentido de competencia.

Como una solución al problema del estrés extremo, Torres-Ivarez, San Sebastián, Ibarretxe y Zumalabe (2002) recomiendan, mantener un clima laboral en donde la comunicación sea abierta, de tal forma que permita a los colaboradores expresarse y decir a tiempo que presentan síntomas de sobrecarga laboral para que con el apoyo de los altos oficiales se creen programas integrales que vayan en pro de la salud física, mental y emocional de los mismos colaboradores. Así mismo, dentro del marco laboral, el apoyo administrativo es fundamental. Un policía afronta mejor el estrés si percibe que sus superiores conocen sus problemas y empatizan con él.

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** El personal policial de Arequipa percibe la autorrealización, comunicación y condiciones laborales mayormente de un nivel medio. Por otro lado, el personal policial de Lima percibe la autorrealización y comunicación mayormente como desfavorables; mientras que las condiciones laborales son percibidas como favorables. Así mismo, ambos grupos perciben el involucramiento laboral de un nivel medio, la supervisión como desfavorable, y el clima laboral en general de un nivel medio.
- SEGUNDA:** El agotamiento emocional y la despersonalización tanto de los policías de Arequipa y de Lima son mayormente de un nivel alto; por otro lado, la realización personal de los policías de ambas ciudades es mayormente de un nivel medio. Así mismo, cerca de un tercio de los policías de ambas ciudades presentan síndrome de Burnout.
- TERCERA:** Encontramos que hay una relación estadísticamente significativa entre las dimensiones del clima laboral y del síndrome de Burnout en el personal policial evaluado tanto de Lima como de Arequipa. Es así que la autorrealización, involucramiento laboral, supervisión, comunicación y condiciones laborales se relacionan de forma inversamente proporcional con el agotamiento emocional. Además la autorrealización y la comunicación se relacionan de forma inversamente proporcional con la despersonalización. Así mismo, la autorrealización, involucramiento laboral, supervisión, comunicación y condiciones laborales se relacionan de forma directamente proporcional con la realización personal.
- CUARTA:** Hallamos que los policías que sufren de síndrome de Burnout perciben mayormente un clima laboral desfavorable o muy desfavorable en su centro laboral.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Continuar con una serie de estudios sistemáticos acerca de la relación del clima laboral y el síndrome de Burnout, con diferentes grupos de policías y de otras dependencias para precisar definitivamente las interacciones y diferencias, además de tener en cuenta el género y edad de los evaluados.
- SEGUNDA:** Considerar otras variables a estudiar como por ejemplo, cultura organizacional, comunicación, liderazgo, etc., para precisar si influyen en la presencia del síndrome de Burnout.
- TERCERA:** Utilizar, en futuras investigaciones, instrumentos que evalúen las variables de estudio no de manera global, sino atendiendo a su naturaleza multidimensional.
- CUARTA:** Utilizar la información sobre la relación entre el clima organizacional y el síndrome de Burnout, para implementar programas de intervención dirigidos a reducir el estrés laboral y enfrentarlo adecuadamente.

REFERENCIAS

- Abdel-Halim, A.A. (1982). Social support and managerial affective responses to job stress. *Journal of Occupational Behavior*, 3, 281-295.
- Aber, J. (1985). Social and Policy Issues in the Prevention of Burnout: A case study. En B.A. Farber (ed.), *Stress and Burnout in the Human Services Professions*. (pp. 213-226). New York: Pergamon Press.
- Achúcarro, C. y Torres, B. (1995). *Versión española del Maslach Burnout Inventory*. San Sebastián: Centro LAUKA de estudios e Intervención Familiar y Comunitaria.
- Aldag, R.J. y Brief, A.P. (1978). Supervisory Style and Police Role Stress. *Journal of Police Science and Administration*, 6, 362-367.
- Alexander, C. (1999). Police psychological burnout and trauma. En J.M. Violanti y D. Paton (eds.), *Police trauma: Psychological aftermath of civilian combat*. (pp. 54-64). Springfield, IL: Charles C. Thomas Publishers.
- Alexander, D.A. y Wells, A. (1981). Reactions of police officers to body-handling after a major disaster: A before-and-after comparison. *British Journal of Psychiatry*, 159, 547-555.
- Anson, R. y Bloom, M. (1988). Police stress in an occupational context. *Journal of Police Science and Administration*, 16 (4), 229-235.
- Anson, R., Johnson, B. y Anson A. (1997). Magnitude and Source of General and Occupation-Specific Stress Among Police and Correctional Officers. *Journal of Offender Rehabilitation*, 25 (1/2), 103-113.
- Belcastro, P. Gold, R. y Hays, L. (1983). Maslach Burnout Inventory: Factor structures for samples of teachers. *Psychological Reports*, 53, 364-366.
- Boles, J., Dean, D., Ricks, J., Short, J. y Wang, G. (2000). The dimensionality of the Maslach Burnout Inventory across small business owners and educators. *Journal of Vocational Behavior*, 56 (1), 12-34.
- Burke, R.J. (1993b). Toward and understanding of psychological burnout among police officers. *Journal of Social behavior and Personality*, 8 (3), 425-438.
- Burke, R.J. (1997). Toward an Understanding of Psychological Burnout Among Police Officers. *International Journal of Stress Management*, 4 (1), 13-27.

- Burke, R.J. y Deszca, E. (1986). Correlates of psychological burnout phases among police officers. *Human Relations*, 39 (6), 487-501.
- Cannizo, T.A. y Liu, P. (1995). The Relationship Between Levels of Perceived Burnout and Career Stage Among Sworn Police Officers. *Police Studies*, 18 (3-4), 53-68.
- Cano, J. (2009). *Computación Forense: Descubriendo los Rastros Informáticos*. México DF: Alfaomega
- Cooper, C.L., Davidson, M.J. y Robinson, P. (1982). Stress in the police service. *Journal of Occupational Medicine*, 24, 30-36.
- Crank, J., Regoli, R., Hewitt, J. y Culbertson, R. (1993). An Assessment of Work Stress among Police Executives. *Journal of Criminal Justice*, 21 (2), 313-324.
- Crank, J., Regoli, R., Hewitt, J. y Culbertson, R. (1995). Institutional and Organizational antecedents of Role Stress, Work Alineation, and Anomie among Police Executives. *Criminal Justice and Behavior*, 22 (2), 152-171.
- Enzmann, D., Schaufeli, W.B., Janssen, P. y Rozeman, A. (1998). Dimensionality and validity of the Burnout Measure. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71, 331-351.
- Evans, B., Coman, G., Stanley, R. Y Burrows G. (1993). Police Officers coping strategies. An Australian police survey. *Stress Medicine*, 9 (4), 237-246.
- Freudenberger, H.J. (1975). The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12, 72-83.
- Freudenberger, H.J. y Richeldson, G. (1980). *Burnout: the high cost of high achievement*. Garden City, NY: Doubleday.
- Garrido, E. (1995). Los inspectores de policía: su formación. En M. Clemente (Ed.), *Fundamentos de Psicología Jurídica*. (pp. 121-146). Madrid: Pirámide.
- Garrido, V., Stangeland, P. y Redondo, S. (1999). *Principios de Criminología*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1999). Validez factorial del *Maslach Burnout Inventory* en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11 (3), 679-689.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 135-149.

- Hernández, G.L. y Olmedo, E. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome de “estar quemado” (burnout) y su relación con la personalidad. *Apuntes de Psicología*, 22(1), 121-136.
- Hernández, G.L., Olmedo, E. e Ibáñez, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 323-336.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México DF: Mc Graw-Hill.
- Länsisalmi, H., Peiró, J., & Kivimäki, M. (2000). Collective stress and coping in the context of organizational culture. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 527-559.
- Labrador, F.J. (1992). *El estrés: nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de hoy.
- Labrador, F.J. y Crespo, M. (1993). *Estrés y trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones para la salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer. (Traducción, Barcelona, Martínez Roca, 1986).
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 147-169.
- Meyerson, D. (1994). Interpretations of stress in intitutions: The cultural production of ambiguity and burnout. *Administrative Science Quarterly*, 628-653.
- Moscoso, M. (1992) Estrés y Enfermedad: Un enfoque terapéutico cognitivo a través de EMG – Biofeedback– Relajación. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. Vol. V, N° 02, 129 – 146.
- Moscoso, M. (1994) La Psicología de la Salud. Un Enfoque Multidisciplinario Acerca del Estrés y Cambio Conductual. *Revista de Psicología*. Vol. XII, 47-71.
- Osca, A., & Martínez-Pérez, M. D. (2002). Avance profesional y género: variables personales, familiares y organizacionales. *Revista de Psicología Social*, 193-205.

- Pérez, P., & Caputo, J. (2000). Patrón de Conducta Tipo A: Nuevos interrogantes para Antiguos Conflictos. *Revista de la Asociación Argentina de Psicología*.
- Ramos, F. (1999). *El síndrome de burnout*. Madrid: UNED-FUE.
- Ramos, F. y Buendía, J. (2001). El síndrome de burnout: concepto, evaluación y tratamiento. En J. Buendía y F. Ramos (coor.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 33-57). Madrid: Pirámide.
- Salanova, M., Grau, R.M. y Martínez, I.M. (2005). Job demands and coping behaviour: the moderating role of professional self-efficacy. *Psicothema*, 17(3), 390-395.
- Salvador, A. y González-Bono, E. (1995). Trastornos psicofisiológicos asociados al estrés laboral. *Ansiedad y Estrés*, 1, 157-171.
- Sánchez-Elvira, A. (2000). Perspectiva biopsicosocial del estrés en el marco de la psicología de la salud. En C. Sandi y J.M. Calés (coord.), *Estrés: consecuencias psicológicas, fisiológicas y clínicas*. Madrid: Sanz y Torres.
- Sánchez-Elvira, A. (2003). *Introducción al estudio de las diferencias individuales*. Madrid: Sanz y Torres.
- Sandin, B. (1995) *El estrés*. En Belloch, A. y Cols. Manual de Psicopatología. Volumen 2. Madrid: Mac Graw Hill.
- Sandin & Cols. (1995) *Trastornos psicosomáticos*. En Belloch, A y cols. Manual de Psicopatología. Volumen 2. (pp 401-472). Madrid: Mc Graw Hill.
- Schaufeli, W.B., Martínez, I.M., Marqués-Pinto, A., Salanova, M. y Bakker, A. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33(5), 464-481.
- Schaufeli, W.B., Maslach, C. y Marek, T. (1993). *Professional Burnout. Recent developments in theory and research*. Londres: Taylor y Francis.
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida (el estrés)*. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora.
- Smith, C.A. y Lazarus, R. (1990). Emotion and adaptation. En L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 609-637). Nueva York: Guilford.
- Smith, C.S., Sulsky, L.M. y Uggerslev, K.L. (2002). Effects of job stress on mental and physical health. En J.C. Thomas y M. Hersen (Eds.), *Handbook of mental health in the workplace* (pp. 61-83). California: Sage, Thousand Oaks.

- Sonnentag, S., & Frese, M. (2003). Stress in Organizations. En W. C. Borman, D. R. Ilgen, & R. J. Klimoski (Edits.), *Handbook of Psychology* (Vol. 12). New Jersey: John Wiley & Sons. Inc.
- Torres-Ivarez, E., San Sebastián, X., Ibarretxe, R., & Zumalabe, J. M. (2002). Autopercepción de estrés laboral y distrés: un estudio empírico en la policía municipal. *Psicothema*, 215-220.

ANEXOS

ANEXO A: Escala de Clima laboral

ESCALA CLIMA LABORAL CL-SPC

DATOS PERSONALES:

Apellidos y Nombres: _____ Edad: _____ Cargo: _____

Sexo: Masculino() Femenino() Empresa: _____ Fecha: _____

A continuación encontrará proposiciones sobre aspectos relacionados con las características del ambiente de trabajo que usted frecuenta. Cada una de las proposiciones tienen cinco opciones para responder de acuerdo a lo que describa mejor su Ambiente Laboral. Lea cuidadosamente cada proposición y marque con un aspa (X) sólo una alternativa, la que mejor refleje su punto de vista al respecto. Conteste todas las preguntas. No hay respuestas buenas ni malas.

	Ninguno o nunca (1)	Poco o algo (2)	Regular (3)	Mucho (4)	Todo o siempre (5)
1. Existen oportunidades de progresar en la institución.					
2. Se siente comprometido con el éxito en la organización.					
3. El superior brinda apoyo para superar los obstáculos que se presentan.					
4. Se cuenta con acceso a la información necesaria para cumplir con el trabajo.					
5. Los compañeros de trabajo cooperan entre sí.					
6. El jefe se interesa por el éxito de sus empleados.					
7. Cada trabajador asegura sus niveles de logro en el trabajo.					
8. En la organización, se mejoran continuamente los métodos de trabajo.					
9. En mi oficina, la información fluye adecuadamente.					
10. Los objetivos de trabajo son retadores.					
11. Se participa en definir los objetivos y las acciones para lograrlo.					
12. Cada empleado se considera factor clave para el éxito de la organización.					
13. La evaluación que se hace del trabajo, ayuda a mejorar la tarea.					
14. En los grupos de trabajo, existe una relación armoniosa.					
15. Los trabajadores tienen la oportunidad de tomar decisiones en tareas de sus responsabilidades					
16. Se valora los altos niveles de desempeño.					
17. Los trabajadores están comprometidos con la organización.					
18. Se recibe la preparación necesaria para realizar el trabajo.					
19. Existen suficientes canales de comunicación.					
20. El grupo con el que trabaja, funciona como un equipo bien integrado.					
21. Los supervisores expresan reconocimiento por los logros.					
22. En la oficina, se hacen mejor las cosas cada día.					
23. Las responsabilidades del puesto están claramente definidas.					
24. Es posible la interacción con personas de mayor jerarquía.					
25. Se cuenta con la oportunidad de realizar el trabajo lo mejor que se puede.					
26. Las actividades en las que se trabaja permiten aprender y desarrollarse.					
27. Cumplir con las tareas diarias en el trabajo, permite el desarrollo del personal.					
28. Se dispone de un sistema para el seguimiento y control de las actividades.					
29. En la institución, se afrontan y superan los obstáculos.					
30. Existe buena administración de los recursos.					

31. Los jefes promueven la capacitación que se necesita.				
32. Cumplir con las actividades laborales es una tarea estimulante.				
33. Existen normas y procedimientos como guías de trabajo.				
34. La institución fomenta y promueve la comunicación interna.				
35. La remuneración es atractiva en comparación con la de otras organizaciones.				
36. La empresa promueve el desarrollo del personal.				
37. Los productos y/o servicios de la organización, son motivo de orgullo del personal.				
38. Los objetivos del trabajo están claramente definidos.				
39. El Supervisor escucha los planteamientos que se le hacen.				
40. Los objetivos de trabajo guardan relación con la visión de la institución.				
41. Se promueve la generación de ideas creativas o innovadoras.				
42. Hay clara definición de visión, misión y valores en la institución.				
43. El trabajo se realiza en función a métodos o planes establecidos.				
44. Existe colaboración entre el personal de las diversas oficinas.				
45. Se dispone de tecnología que facilite el trabajo.				
46. Se reconocen los logros en el trabajo.				
47. La organización es buena opción para alcanzar calidad de vida laboral.				
48. Existe un trato justo en la institución.				
49. Se conocen los avances en las otras áreas de la organización.				
50. La remuneración está de acuerdo al desempeño y los logros.				

ANEXO B: Inventario de Burnout de Maslach

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)	
<p>A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.</p>	
<p>A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:</p>	
Nunca:..... 1	Algunas veces al año:..... 2
Algunas veces al mes:..... 3	Algunas veces a la semana:..... 4
Diariamente:..... 5	
<p>Por favor, señale el número que considere más adecuado:</p>	
1. AE Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.	
2. AE Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	
3. AE Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	
4. RP Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	
5. D Siento que estoy tratando a algunos beneficiarios de mí como si fuesen objetos impersonales.	
6. AE Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	
7. RP Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.	
8. AE Siento que mi trabajo me está desgastando.	
9. RP Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	
10. D Siento que me he hecho más duro con la gente.	
11. D Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12. RP Me siento muy enérgico en mi trabajo.	
13. AE Me siento frustrado por el trabajo.	
14. AE Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	
15. D Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.	

- | |
|--|
| 16. AE Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa. |
| 17. RP Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo. |
| 18. RP Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender. |
| 19. RP Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo. |
| 20. AE Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades. |
| 21. RP Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada. |
| 22. D Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas. |

AE: Agotamiento Emocional; **D:** Despersonalización; **RP:** Realización Personal.

CASOS CLÍNICOS

**ELIZABETH
VELÁSQUEZ
GUTIERREZ**

ANAMNESIS

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	:	A. I. R.
Edad	:	4 años 5 meses
Sexo	:	Masculino
Fecha de Nacimiento	:	10-05-13
Lugar de Nacimiento	:	Arequipa
Dirección	:	Av. Zamacola 215, Umacollo
Idioma	:	Castellano
Número de Hermanos	:	1
Inicio de Estudio	:	2017-03-04
Tiempo de Duración	:	5 meses
Informante	:	La madre y paciente
Evaluadora	:	Elizabeth Velásquez Gutiérrez

II. MOTIVO DE CONSULTA

El niño es traído por la madre al presentar cuadros nerviosos, presenta mala pronunciación para la edad; hay presencia de berrinches es muy caprichoso.

III. PROBLEMA ACTUAL

El niño en ocasiones se pone muy ansioso presentando espasmos tipo aleteo frente a situaciones en las que se emociona y cuando se le quita algo a lo cual se aferra se tira al piso, grita, pega y se autolesiona.

IV. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Alexis desde que nació presentaba ansiedad caracterizada por movimientos involuntarios de sus brazos como aleteos, los cuales se hacían más pronunciados cuando se ponía contento, de igual forma cuando deseaba algo presentaba llanto pronunciado, desde los 3 meses presentó balbuceo. A la edad de 8 meses su madre dejó de darle de lactar debido a que estaba embarazada de su hermano pequeño, hecho que afectó a Alexis ya que la madre refiere que su llanto y aleteos se incrementaron, y empezó a hacer berrinches. Cuando nació su hermano a la edad de 1 año su comportamiento se

hizo más evidente al mostrar celos de su hermano y un rechazo hacia la madre e incrementando sus berrinches caracterizados por llanto, gritos golpes y autolesiones. A esta edad empezó a pronunciar monosílabos y palabras sin sentido, presentando parloteo y cuando quería algo sus padres se lo daban deduciendo que es lo que quería decir. Tras estos acontecimientos ambos padres optaron por permitirle muchas cosas no estableciendo normas debido a que los berrinches eran muy pronunciados. Cuando tenía 2 años empezó a aferrar a muchos objetos en especial juguetes, mostrando su aleteo cada vez que los conseguía, a la edad de 3 años fue llevado a terapias psicológicas y de lenguaje, donde empezó a articular bien las palabras pero los berrinches permanecían a ferrándose persistentemente a los juguetes. De igual forma cuando adquirió un mejor lenguaje opta por repetir palabras e Ideas de manera constante para tranquilizarse.

Alexis ha mejorado su lenguaje y ha disminuido los berrinches pero sigue aferrándose a juguetes y a situaciones que tranquilizan su ansiedad, de igual forma tiende a repetir palabras. En ocasiones, según menciona la madre empieza apilar objetos y a organizados no deseando que nadie perturbe este hecho.

V. HISTORIA PERSONAL

A. Gestación

La madre durante el segundo mes de gestación tuvo infección urinaria por lo que recibió tratamiento, también se le detectó que tenía placenta previa. Nació a las 39 semanas por parto distóxico debido a triple circular, con un peso de 4500 gr, una talla de 53 cm y una puntuación Apgar de 9. Cuando nació, la madre tenía 31 años y el padre 30 años.

B. Niñez

En cuanto a su desarrollo motor, levantó la cabeza a los 3 meses, se sentó solo a los 6 meses, gateó a los 8 meses, se paró solo sin ayuda al año un mes y caminó solo al año y medio.

Se alimentó de leche materna hasta los 8 meses, iniciando la alimentación sólida a los 6 meses, come de todo según referencia de la madre y suele tener buen apetito. Tomó biberón hasta los 3 años. Actualmente come solo, llevando adecuadamente los alimentos del plato a la boca.

El empezó a balbucear a los tres meses, silabas sueltas a los 8 meses, dijo sus primeras palabras cuando tenía un año, parloteo y palabras sin sentido, hubo fluidez del lenguaje pero no claridad, por lo que a los 3 años fue llevado a terapias de lenguaje, teniendo una mejora no muy notoria en la articulación y pronunciación de las palabras, ahora suele repetir las palabras para calmarse.

En cuanto a sueño y vigilia la madre refiere que es un niño que duerme tarde, tiene mucha energía dice ella, y tiene el sueño algo inquieto, no despierta por las noches.

Alexis siempre ha sido un niño berrinchoro, ansioso, que se aferra a las cosas, no suele obedecer y es travieso.

C. Escolaridad

Su escolaridad empezó a los 3 años, cuando asistió al jardín, la madre refiere que no presentó problemas de desapego con la madre pero si problemas de adaptación dentro del aula, pues no obedecía las indicaciones de la maestra, con los compañeros del aula suele tener reacciones disruptivas cuando se le niega o se le quita algún juguete, esta conducta de berrinches persiste hasta hoy pero en menor medida.

D. Antecedentes Médicos

Cuando tuvo un año le dio rotavirus, permaneciendo en cama alrededor de 8 días. El niño presentó varias caídas pero no de gran relevancia, y en ocasiones ha presentado fiebre por gripes.

G. Hábitos Intereses y Actitudes

Le gusta mucho los juguetes en especial los que observa de la televisión, también le gusta pelar alimentos pequeños. Presenta un constante aleteo sobretodo en situaciones en que se encuentra muy contento. Es berrinchoro en especial cuando no le entregan algo, le quitan o alguna situación le sale mal.

VI. HISTORIA FAMILIAR

En su casa vive con sus padres y hermano. Su madre tiene 35 años y junto con su padre dirigen una tienda, la madre es ama de casa y se dedica al cuidado de sus dos hijos, ella es ansiosa, alegre, cariñosa y paciente; refiere que al principio fue difícil

criar a sus hijos por que la diferencia de edad no era considerable, exigiendo ambos la misma atención. La madre se preocupa bastante por la situación de Alexis temiendo que no pueda tener cura su trastorno. Refiere que trata de establecer normas en la casa pero su esposo la desautoriza en varias ocasiones.

Su padre de 34 años, tiene trabajo independiente y en ocasiones apoya en la tienda, es serio, cariñoso y tranquilo. Se preocupa mucho por sus hijos, lo negativo de él es que permite que los niños hagan lo que quieran para evitar que hagan berrinches en especial a Alexis, impidiendo que tenga la necesidad de hablar y que pueda controlar su ansiedad. El prefiere que sus hijos no lloren y estén tranquilos a que puedan llorar, gritar o hacer berrinches pasando por la autoridad de la madre.

Su hermano menor de 3 años es más tranquilo que Alexis según refiere la madre actualmente hace berrinches pero se le pasan al poco tiempo en comparación con Alexis. Ambos hermanos juegan juntos y se quieren mucho pero en ocasiones se pelean por los juguetes.

VII DINÁMICA FAMILIAR

Alexis desde que nació fue muy nervioso hecho que no fue preocupante para los padres, alegando que en la familia de la madre también son un poco nerviosos. Siempre ha tenido una buena relación con sus padres, pero desde que nació su hermano menor presento rechazo tanto a él como a su madre, y mostró más apego al padre y esto fue reforzado debido a que le padre no le imponía normas. Posteriormente fue aceptando poco a poco a su hermano y aceptaba más a su madre. La relación con su hermano es amical y se llevan bien aunque en ocasiones pelean por los juguetes pero se quieren mucho. La comunicación que tiene dentro de la familia es muy limitada debido a sus problemas de lenguaje, pero en ocasiones muestra un lenguaje espontáneo tanto en casa como en el aula, el padre limita su lenguaje tratando de deducir lo que el niño quiere decir no creándole la necesidad de hablar. Ambos padres tratan de brindarles las mismas atenciones a ambos niños para que ninguno de esto muestre celos. Cuando Alexis presenta sus berrinches el padre opta por tranquilizarlo dándole lo que quiere y la madre intenta que se extinga dicho berrinche no haciéndoles caso, es así que ambos padres no se ponen de acuerdo a como corregir y controlar sus berrinches. Actualmente ambos padres tratan de

ponerse de acuerdo para controlar a Alexis y tratan de hablarle para que no se ponga más ansioso frente a situaciones estresantes.

Dentro de la dinámica familiar han observado que Alexis se habla constantemente solo repitiendo palabras para calmar su ansiedad, de igual forma esta razonando mejor y entiende cuando se le explica las consecuencias de sus acciones pese a esto no puede controlar las situaciones que el generan mucha ansiedad.

VIII. HISTORIA SOCIOECONÓMICA

La familia vive en casa propia pero esta es construida en el mismo terreno de los padres maternos, es de material noble y posee los servicios de luz, agua, desagüe, teléfono, cable e internet.

Tiene como propiedad privada una tienda, y los ingresos del negocio alcanzan para sobrevivir.

IX. RASGOS DISTINTIVOS

Ansioso, obsesivo, perspicaz, emocionalmente inestable, irritable, dependiente, inseguro, voluble, desafiante, sensible al rechazo y a la crítica, perfeccionista poca tolerancia a la frustración, berrinchoso.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : A. I. R.
Edad : 4 años 5 meses
Sexo : Masculino
Fecha de Nacimiento : 10-05-13
Lugar de Nacimiento : Arequipa
Dirección : Av. Zamacola 215, Umacollo
Idioma : Castellano
Número de Hermanos : 1
Inicio de Estudio : 2017-03-04
Tiempo de Duración : 5 meses
Informante : La madre y paciente
Evaluadora : Elizabeth Velásquez Gutiérrez

II. MOTIVO DE CONSULTA

El niño es traído por la madre al presentar cuadros nerviosos, presenta mala pronunciación para la edad; hay presencia de berrinches es muy caprichoso.

III. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

Paciente de 4 años de edad de contextura delgada, mide 120 cm, pesa 18 Kg. No aparenta la edad referida, parece mayor como de 5 años, es de piel blanca, cabellos claros y rizados, lo lleva corto; usa vestimenta apropiada y arreglada, es evidente que muestra ansiedad ya que constantemente mira a los alrededores para encontrar un objeto de su interés, cuando está contento presenta un aleteo en ambos brazos e inquietud motora. No camina en forma erguida, en ocasiones camina de puntas y realizando pequeños saltos, evita mirar directamente a los ojos, se observó que durante la entrevista buscaba algún objeto, y si no lo encontraba optaba por morderse las uñas.

Habla con tono moderado, con pronunciación clara, presenta dificultades en su expresión debido a que no sabe que palabras utilizar para dar sus respuestas, tomándose su tiempo antes de responder; constantemente preguntaba "¿Qué es esto?

¿Por qué?. Su rostro es pálido con ojeras que demuestran decaimiento como si estuviera preocupado, también su rostro por momentos parece inexpresivo. En cuanto a su actitud hacia la examinadora fue de mucha disponibilidad y confianza, en todo momento cooperó en hacer caso, realizar las tareas y contestar todas las preguntas.

a. Atención

Durante la entrevista su atención fue voluntaria pero dispersa, no fija la mirada a excepción que se lo pida y constantemente busca con la mirada algún juguete. En cuanto a su concentración esta es buena siempre y cuando le interese la tarea. Su atención se distribuye inadecuadamente frente a los diversos estímulos ambientales.

b. Conciencia

Paciente lúcido, respondió con coherencia a las preguntas de acuerdo a su edad cronológica. Sin conciencia de enfermedad cabe resaltar que cuando se le pedía que respire preguntaba ¿Por qué?

c. Orientación

El paciente está orientado en el tiempo, espacio y persona. En el tiempo; ¿Es de día o de noche? ¿Vamos a dormir o a comer?, etc. Sobre su propia persona, se preguntó sus datos personales, se le pregunta quién es el, ¿Si es niño o niña? ¿Con quién estas? Información general, se preguntó ¿Tienes hermanos? ¿Cómo se llama tu mama? ¿Vas al colegio? Etc.

d. Percepción

Sus funciones perceptivas como auditivas y cenestésicas no se encuentran alteradas, reconoce con claridad los diferentes estímulos presentados.

e. Memoria

Durante el examen el paciente recuerda hechos pasados, que constantemente repite mientras realiza las tareas, en especial aquellos que son para él de gran relevancia vinculados a su persona, a su familia y en el medio en que ha actuado.

En la memoria inmediata se detectó cierta dificultad para retener algunos ejercicios sencillos.

f. Pensamiento.

En la exploración de su pensamiento en cuanto a su contenido se evidenció ideas obsesivas; considera que no puede dejar de pensar en lo que estaba haciendo anteriormente en especial si esto le generaba placer, de igual forma cuando se le quitaba algún juguete persistía con esa idea en su cabeza por más que se le explicara; por eso presenta compulsiones caracterizadas por palabras repetitivas dirigidas a la explicación por la que no puede estar haciendo lo que le gusta.

En cuanto al curso no hay fuga de ideas o incoherencias cuando realiza la asociación lógica de su pensamiento.

g. Inteligencia

Su capacidad de análisis, síntesis, generalización, abstracción se evaluó a través de proverbios, similitudes, capacidad de comprensión, vocabulario además de considerar su edad, problemas de lenguaje y antecedentes escolares; se observó una adecuada capacidad de comprensión y razonamiento de acuerdo al término medio.

h. Afectividad

Se observa preocupación, intranquilidad y ansiedad, al relatar los hechos importantes para él encontrándose concordancia con lo que dice y siente, por ejemplo, cuando relata que no puede tener ese juguete se repite a sí mismo que no es hora de jugar mostrándose preocupado por que después no pueda jugar.

i. Comprensión de la Enfermedad

No hay una real comprensión de su enfermedad debido a la edad del niño más su actitud es de indiferencia. No es consciente de que sufre un trastorno por aferrarse mucho a los objetos o situaciones placenteras.

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	:	A. I. R.
Edad	:	4 años 5 meses
Sexo	:	Masculino
Fecha de Nacimiento	:	10-05-13
Lugar de Nacimiento	:	Arequipa
Dirección	:	Av. Zamacola 215, Umacollo
Idioma	:	Castellano
Número de Hermanos	:	1
Inicio de Estudio	:	2017-03-04
Tiempo de Duración	:	5 meses
Fecha de Evaluación	:	17 de abril del 2017
		24 de abril del 2017
Informante	:	La madre y paciente
Evaluadora	:	Elizabeth Velásquez Gutiérrez

II. MOTIVO CONSULTA.

El niño es traído por la madre al presentar cuadros nerviosos, presenta mala pronunciación para la edad; hay presencia de berrinches es muy caprichoso.

III. PRUEBAS PSICOLÓGICAS

- DAYC Evaluación del Desarrollo en Niños Pequeños
 - Test de Inteligencia Stanford Binet
 - Test de Figuras Geométricas de Gessel
 - Escala de Maduración Social de Vineland
 - Test de la Figura Humana.

IV. OBSERVACIONES GENERALES

Durante las evaluaciones, el paciente realizó los test con buena disposición, más permanecía con una constante insistencia el que se le dé un juguete, pese a esto estuvo tranquilo.

V. RESULTADOS DE LA PRUEBA PSICOLÓGICA

DAYC Evaluación del Desarrollo en Niños Pequeños:

- Cognitivo 40 meses
- Comunicación 29 meses
- Socio emocional 47 meses
- Desarrollo físico 45 meses
- Conducta Adaptativa 44 meses

ED : 3 años 5 meses

CD : 79

DX : Desarrollo Bajo

Interpretación

Alexis presenta una edad de desarrollo de 3 años 5 meses mostrando un retraso de 1 año de acuerdo a su edad cronológica, mostrando más dificultades en el área de desarrollo comunicación, esto quiere decir que Alexis presenta un Desarrollo Bajo

Test de Inteligencia Stanford Binet presenta:

EM : 3 años 11 meses

CI : 90

XD : Inteligencia por debajo del promedio.

Interpretación

Alexis presenta una edad mental de 3 años 11 meses mostrando un retraso de 6 meses de acuerdo a su edad cronológica, en dichos resultados se evidencia que su problema de lenguaje influye en su CI, pese a esto presenta una Inteligencia Por debajo del Promedio.

Test de Figuras Geométricas de Gessel

El niño realiza trazos circulares, aspas, y hasta cuadrado obteniendo una edad mental aproximada de 4 años.

Escala de Maduración Social de Vineland

Alexis alcanzó una Edad Social equivalente a 3 años 8 meses con un Cociente Social de 85 catalogado como Normal Inferior.

Figura Humana

El niño presenta en sus trazos impulsividad, inseguridad, ansiedad y agresividad reprimida, así como constantes preocupaciones que se centran en su cabeza.

VI. CONCLUSIONES

Alexis es un niño de 4 años que fue evaluado en el mes de setiembre los resultados que ofrece muestra un claro retraso de desarrollo y una inteligencia tanto mental como social por debajo del promedio, en sus trazos muestra ansiedad e impulsividad y poca organización perceptual, en conclusión el niño presenta inteligencia inferior con problemas de conducta relacionados con una excesiva ansiedad. Cabe resaltar que la evaluadora controló la conducta del niño para que no se presentara berrinches.

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	:	A. I. R.
Edad	:	4 años 5 meses
Sexo	:	Masculino
Fecha de Nacimiento	:	10-05-13
Lugar de Nacimiento	:	Arequipa
Dirección	:	Av. Zamacola 215, Umacollo
Idioma	:	Castellano
Número de Hermanos	:	1
Inicio de Estudio	:	2017-03-04
Tiempo de Duración	:	5 meses
Fecha de Evaluación	:	17 de abril del 2017
		24 de abril del 2017
Informante	:	La madre y paciente
Evaluadora	:	Elizabeth Velásquez Gutiérrez

II. MOTIVO DE CONSULTA

El niño es traído por la madre al presentar cuadros nerviosos, presenta mala pronunciación para la edad; hay presencia de berrinches es muy caprichoso.

III. TÉCNICAS PSICOLÓGICAS EMPLEADAS

- Entrevista psicológica
 - Examen mental
 - Observación
 - Pruebas psicométricas.
 - DAYC Evaluación del Desarrollo en Niños Pequeños
 - Test de Inteligencia Stanford Binet
 - Test de Figuras Geométricas de Gessel
 - Escala de Maduración Social de Vineland

- Test de la Figura Humana.

IV. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

Durante las sesiones se mostró poco colaborador, desea realizar la actividad que le gusta y se niega a dejarla. Presenta constantes movimientos y aleteos cuando está excitado, no puede permanecer quieto. Su lenguaje es poco claro, presentando un poco de ecolalia. Comprende instrucciones sencillas más no las complejas. No obedece todas las indicaciones y a veces hace berrinche. Muestra interés cuando se lo elogia.

En la evaluación del área ejecutiva muestra mejor habilidad que en el área verbal. Su atención y concentración presenta bajo desarrollo debido a la agitación que presenta. Es impulsivo e inquieto. Al no entender lo que se le pide presenta ecolalia tratando de expresar lo que quiere.

En el hogar llora por que la mamá se va, posteriormente se tranquiliza y realiza berrinches cuando no se le da lo que quiere o se le quita el objeto de su agrado. Los berrinches se caracterizan por presentar gritos y tirarse al suelo. No socializa mucho con otros niños y trata de comunicarse pero aun no acomoda correctamente las palabras y confunde un poco su vocabulario.

V. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Alexis es el primero de dos hijos. Durante la gestación la madre tuvo un estado de ánimo inestable. Alexis nació a las 39 semanas y el parto fue distócico por presentar triple circular. Nació con un peso de 4500kg y una talla de 53 cm. Apgar. 9.

En cuanto al desarrollo de sus habilidades y destrezas, a los tres meses aproximadamente ya balbuceaba, a los 7 meses se sentó sin apoyo, lactó hasta los 8 meses, gateó a los 11 meses y al año y medio caminó, desde esa edad Alexis quería hablar pero las palabras las decía sin sentido ni orden lógico, recién el año pasado empezó a decir sus primeras palabras a raíz de sus terapias. Actualmente no controla esfínteres.

El año pasado acudió a jardín de tres años y la profesora refería que era movido y distraído, de igual forma los berrinches que presentaba llegaban al extremo de las autolesiones.

Alexis fue evaluado en el año 2016 y se le dio un diagnóstico de Fronterizo. Por este motivo el niño ingresa a una cuna de transición para realizar terapias de lenguaje, psicológicas, físicas y de aprendizaje. Actualmente viene recibiendo estos servicios aproximadamente 7 meses y en la última evaluación que se le realizó en el mes de Junio obtuvo nuevamente el diagnóstico de Fronterizo. Alexis muestra mejoras en el área de motricidad, lenguaje, adaptativa y personal social, pero en cuanto a su conducta muestra rasgos de ansiedad excesiva y las mejoras son significativas. Pese a los avances aún no puede controlar sus ideas obsesivas que generan su ansiedad. Actualmente la familia está conformada por ambos padres, y un hermano menor con los cuales se lleva bien, ambos padres difieren de la forma como corregir al niño no poniéndose de acuerdo y no logrando establecer autoridad sobre el niño. Alexis es inquieto y ansioso. Difícilmente obedece y realiza muchos berrinches.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Paciente de 4 años, sexo masculino, no sostiene su mirada ni una conversación clara y coherente; se encuentra orientado en el tiempo, espacio y persona. Sin conciencia de enfermedad, su atención y comprensión no son adecuadas, debido a sus problemas de lenguajes; es inquieto, ansioso e impaciente en solucionar un problema en especial cuando dese algo y no se lo dan.

Su tendencia al berrinche origina una serie de comportamientos impresionantes que años anteriores ya era evidente en especial su dificultad en adaptarse a situaciones nuevas, dependiente de la familia en especial del padre que es quien consiente sus caprichos, reforzando su conducta, además de no existir una disciplina, que ha llevado a formar rasgos de excesiva ansiedad, inseguridad e impulsividad; ante cualquier situación compleja exacerba su importancia manifestando una alta emotividad que conlleva a mantenerlo ansioso, tenso, nervioso y por ende a realizar el berrinche (gritos, llantos, golpes y autolesiones); aunque de acuerdo a su capacidad intelectual que está por debajo del término medio y conjuntamente con sus problemas de lenguaje, estos no justifican su comportamiento obsesivo y que busque excesivamente se complazca su pedido.

VII. CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA.

Paciente de 4 años con periodos de ansiedad excesiva, con inteligencia por debajo del promedio y problemas del lenguaje, impulsivo, inseguro e inestable, presenta rasgos obsesivos compulsivos.

VIII. PSICOTERAPIA

Terapia cognitiva conductual. Técnicas de relajación.

IX. PRONOSTICO

Reservado.

X. RECOMENDACIONES

Consulta psiquiátrica.

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	:	A. I. R.
Edad	:	4 años 5 meses
Sexo	:	Masculino
Fecha de Nacimiento	:	10-05-13
Lugar de Nacimiento	:	Arequipa
Dirección	:	Av. Zamacola 215, Umacollo
Idioma	:	Castellano
Número de Hermanos	:	1
Inicio de Estudio	:	2017-03-04
Tiempo de Duración	:	5 meses
Fecha de Evaluación	:	17 de abril del 2017
		24 de abril del 2017
Informante	:	La madre y paciente
Evaluadora	:	Elizabeth Velásquez Gutiérrez

II. DIAGNOSTICO

Desorden Obsesivo Compulsivo.

III. OBJETIVO GENERAL

- Lograr disminuir la ansiedad e intentar desaparecer la idea obsesiva de aferrarse a los juguetes y situaciones placenteras.
 - Problema de Fondo del Paciente excesivos berrinches caracterizados por, gritos llanto, golpes, tirar cosas y autolesionarse.
 - Su Mayor Temor: Le quiten el objeto o lo saquen de la situación a la cual se aferró y malograr algo que él está haciendo.

IV. TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS

1. Terapia racional

Objetivo:

- Eliminar la ilógica que utiliza el paciente para calmar su ansiedad (se le otorgue el juguete a toda costa).
- Disminuir la ansiedad.
- Controlar sus berrinches.

Acciones Terapéuticas:

Primera Parte:

- Se explica al niño que no siempre que desee algo se le va a poder ser otorgado, debido a que hay objetos que no le pertenecen y de igual forma no siempre es momento de jugar, por lo cual no podrá tener el objeto que desea si es hora de comer, dormir o hacer tareas, etc. También si el niño no devuelve el objeto que se le fue dado no se le volverá a dar en otra ocasión, además él podrá tener los objetos que quiere en otro momento y no es necesario que lo tenga todo el tiempo, ya que hay otras cosas divertidas que puede hacer.
- Se le debe explicar porque no puede presenciar o permanecer en situaciones importantes para él, como una fiesta de adolescentes, dándole razones de igual forma para que entienda que no es igual a una fiesta de niños donde podrá encontrar objetos de su agrado.
- Cuando el niño está con una persona y no desea dejarla se le explica que posteriormente esta persona podrá estar con el que no debe preocuparse por estar en ese preciso momento con esa persona.

Segunda Parte:

- Explicar que sus aleteos no son adecuados ya que podría lastimar a alguien y que la situación excitada en la que se encuentra el niño puede ser expresada de otras formas sea hablando de sus sentimientos o aplaudiendo, mas no exageradamente. También es necesario recordarle que cuando sienta estos movimientos involuntarios respire y trate de tranquilizarse.

Tercera Parte

- Adelantarnos al berrinche del niño para controlar su estado de ansiedad mediante palabras que puedan relajarlo y enfrentar a la situación que va a enfrentar explicándole que posteriormente podrá hacer lo que estaba haciendo o que es hora de hacer otra cosa, etc.
- Cuando el niño está realizando el berrinche desviar su atención hacia otros estímulos que pueda sacarlo del estado de euforia en el que se encuentra evitando que llegue a lastimarse o que lastime a otros, en caso que no funcionara esta conducta debe ser ignorada. Cabe resaltar que no se debe reforzar la conducta obsesiva exponiéndolo nuevamente al estímulo al cual se obsesionó

2. Técnicas de Relajación:

- Objetivo: Eliminar la ansiedad.

Acciones Terapéuticas:

- Se le enseña al niño como respirar correctamente.
- Inspirar aire lentamente, llenando los pulmones al máximo (dependiendo de la capacidad pulmonar los segundos que dure la inspiración variarán de unos niños a otros) suele durar entre cuatro y ocho segundos. En la primera inspiración se le permitirá tomar aire por los dos orificios nasales, pero en las siguientes habrá que ir alternando la toma de aire por cada uno de los orificios cada vez, tapando con un dedo el otro.
- Hacerles soplar en un silbato tratando de que no emita ningún sonido, así lograremos que expiren el aire lentamente, el tiempo de expiración dependerá igualmente de la capacidad pulmonar.
- En lugar de utilizar un silbato, podemos proponerles que soplen sobre un molinillo de viento y repetir la operación, esta vez el objetivo será que el molinillo de vueltas lentamente.
- Cuando el niño presente sus aleteos o empiece a entrar en un estado de excitación se le pide que respire.
- Cada sesión se realizó dos veces por semana, durando tres meses.

3. Terapia Conductual:

Objetivo: Terapia de exposición.

Acciones Terapéuticas:

A. Se le expuso al paciente a la situación que le causa la ansiedad. Un juguete de su agrado

- Debe permanecer sentado mientras lo tiene
- Solo se le prestará unos minutos, si no es de esta forma no se le presta.
- No debe presentar aleteos, debe respirar y controlarse.

B. Se le expuso al paciente a la situación que le causa la ansiedad. Una experiencia placentera

- No debe presentar sus aleteos.
- Recordarle que en algún momento acabara, antes de exponerlo a la situación.
- Debe de seguir las instrucciones al pie de la letra.
- Debe respirar cada vez que se sienta excitado.

C. En la Prevención de la Respuesta

- Disminuir la frecuencia con que realiza los aleteos controlándola con la respiración
- Adelantarse a la situación que le va a generar berrinche, tranquilizándolo con las técnicas antes mencionadas.
- Disminuir el tiempo que utiliza para repetir palabras o ideas que calman su ansiedad.

4. Orientación y Consejería Familiar.

Es necesario que la familia intervenga en el tratamiento del niño por lo que después de cada terapia se hablar con los padres explicándoles cómo es que deben comportarse con el niño, explicándoles en primer ámbito tienen que entender en qué consiste el problema, sino no podrán ayudar suficientemente. Dado que en la mayoría de los casos la familia suele intervenir y participar activamente en las compulsiones, en los rituales del niño, tiene que saber que eso no lo puede hacer en

absoluto porque puede estar, sin darse cuenta, reforzando y potenciando sus rituales. Tendrá que entender que este niño no es un niño que se porta mal y que no le da la gana hacer las cosas de otro modo, sino que se siente impulsado a hacerlo por su ansiedad.

V. INFORME PSICOTERAPÉUTICO

- Se le enseñó técnicas de relajación que disminuyeron la ansiedad.
- Al lograr una óptima estabilidad emocional a las dos semanas fue efectiva realizar la terapia cognitiva. Que permitió brindar adecuadamente información sobre la causa de sus berrinches y aleteos, el paciente ante una aparente aceptación de la explicación lógica intenta controlarlos.
- Disminuyó los actos compulsivos de repetir palabras o ideas relacionadas a su obsesión.
- Se logró que permaneciera sentado cuando se le otorga algo y que respete los objetos ajenos. También el aferro disminuye no siendo tan largo este periodo.
- La terapia conductual llevada a cabo por el colegio durante tres meses continuó
- De tal manera que acepta más el alejamiento a la situación placentera.
- Se redujo el tiempo que presentaba su berrinche al igual que las características de este, ya no llegando a autolesionarse.
- El éxito en el entrenamiento para reducir la ansiedad tuvo como consecuencia una notable pérdida de interés por buscar juguetes; a los tres meses de iniciada las técnicas de relajación.
- Al finalizar los tres meses y medio de psicoterapia se le enfrentó a la situación que le provoca ansiedad, previo control de su estado emocional.
- Si bien es cierto, puede lograrse controlar el estado emocional, las ideas obsesivas conjuntamente con la compulsión y sus problemas de conducta no permite que se controle al cien por ciento su conducta. Siguiendo con el tratamiento.

Recomendaciones:

- La paciente debe realizar los ejercicios de autorelajación para mantener estable su comportamiento.

- Los familiares y profesores deben continuar con la terapia conductual que se ha establecido.
- La familia debe evitar reforzar sus conductas obsesivas para que no haga berrinche.
- Se recomienda a los familiares que la apoyen para que pueda desempeñar alguna actividad o tarea, el cual esté acorde con su capacidad y habilidades propias de su edad.

ANEXOS

DAYC

Evaluación del Desarrollo en Niños Pequeños

PERFIL / EXAMINADOR HOJA RESUMEN

Sección II. Registro de Puntajes				
	Ptje. Bruto	Edad Equiv	% il	Ptje. Estan.
Cognitivo	34	40	—	—
Comunicación	38	44	—	—
Social Emocional	57	41	—	—
Desarrollo Físico	33	29	—	—
Conducta Adaptativa	36	41	—	—
Suma de Puntaje Estándar	198			
Cociente de Desarrollo General	79			

Sección I. Datos de Identificación			
Nombre del niño:	A.I.R.		
Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>		
Padre/Tutor: <u>Josica Rodríguez</u>			
Escuela/Encargado:			
Nombre del informante: <u>J.R.</u>			
Relación con el niño: <u>Madre</u>			
Período que el Informante conoce al niño:			
Nombre del Examinador y profesión: <u>E.V.G.</u>			
Fecha Evaluación	Año <u>17</u>	Mes <u>03</u>	Día <u>09</u>
Fecha Nacimiento	<u>13</u>	<u>05</u>	<u>10</u>
Edad	<u>4</u>	<u>10</u>	<u>29</u>
Edad en meses	<u>59</u>		
Sección III. Resumen de los Resultados de otros Tests			
DAYC			
Nombre Test	Fecha	Ptje Test	Ptje.Equiv.
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Sección IV. Perfil de los Puntajes Estándar												
Puntajes DAYC				Otros Puntajes de Tests								
Cociente	Cognitivo	Comunicación	Social-Emocional	Desarrollo Físico	Cociente General de Desarrollo							Cociente
150	150
145	145
140	140
135	135
130	130
125	125
120	120
115	115
110	110
100	100
95	95
90	90
85	85
80	80
75	75
70	70
65	65
60	60
55	55

Sección V. Información Referencial

Ejemplo: Sandy fue referida en Marzo para una investigación médica porque ella nació prematura en dos meses. Su profesora necesitaba información para la programación. El Test Battelle Screen indicaba posible retraso. Se le administró los Test de Battelle y DOCS en su totalidad. Se notaron retrasos en algunas habilidades. Esta evaluación se completó porque su profesora había notado mejora en algunas áreas.

Sección VI. Interpretación y Recomendaciones

Ejemplo: Sandy parece desarrollarse normalmente. Se debería tomar atención en las áreas social-emocional y conducta adaptativa.

DAYC

Evaluación del Desarrollo en Niños Pequeños

SUBTEST COGNITIVO FORMATO DE CALIFICACION

Sección II. Registro de Puntajes

Puntaje Directo _____
 Edad Equivalente _____
 Percentil _____
 Puntaje Estándar _____
 Clasificación _____

Sección I. Datos de Identificación

Nombre del niño: _____
 Masculino _____ Femenino _____
 Padre/Tutor: _____
 Escuela/Encargado: _____
 Nombre del informante: _____
 Relación con el niño: _____
 Periodo que el Informante conoce al niño: _____
 Nombre del Examinador y profesión: _____

Fecha Evaluación	Año	Mes	Día
Fecha Nacimiento	_____	_____	_____
Edad	_____	_____	_____
Edad en meses	_____	_____	_____

Sección III. Resumen de los Resultados de otros Tests.

DAYC
 Nombre Test Fecha Ptje Test P.Equiv.
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____

Sección IV. Condiciones de Administración

A. Condición de la Evaluación en:
 una sesión Tiempo de Administración 95
 dos sesiones Tiempo de Administración 45
 tres o más Tiempo de Administración _____

D. Características ambientales
 Interfiere _____ No interfiere _____
 Nivel de Ruido _____
 Interrupciones _____
 Distracciones _____
 Iluminación _____
 Temperatura _____
 Otro: _____

B. Lugar de la Evaluación: _____

E. Características Personales o Físicas que puedan afectar los resultados del test del niño.

C. Describir la Administración (individual, grupal, observación, entrevista, y/o dirección) en detalle.
Individual

Ansiedad

Sección V. Interpretación y Recomendaciones

Sección VI. Subtest Cognitivo

Instrucciones: Los puntos de inicio son determinados por la edad del niño. Se da 1 Punto para los ítems que el niño está empezando a hacerlos, o los hizo cuando él o ella fueron más pequeños. El puntaje 0 es para aquellos ítems que el niño no puede realizar.

Base y límite: Comenzar en el punto de inicio sugerido. Continúe los ítems (mediante la observación, entrevista, o administración directa) hasta que en 3 de 5 ítems reciba un puntaje de 0 (límite). Si el niño no recibe un puntaje de 1 en 3 ítems consecutivos, administrar (mediante la observación, entrevista, o administración directa) los ítems hacia atrás hasta que se alcance una base de 3 aciertos seguidos.

Item #	Puntaje 1 o 0	Ítem
Edad de Inicio: Nacimiento		
1		mueve la mano hacia la boca
2		observa un objeto que se mueve lentamente dentro de su línea de visión.
3		mira de acá para allá entre dos objetos.
4		sostiene juguete en la mano de 10 a 15 seg. (que se le da)
5		alternativamente echa una mirada de la mano a un objeto o de una mano a la otra.
6		repite movimientos del brazo o pierna para causar que una acción ocurra nuevamente (ej. mueve el brazo con sonajero que tiene atado a la muñeca; da patadas con la pierna para mover los móviles que están atados a la cuna)
7		se pone los juguetes a la boca.
8		explora los objetos de diversas maneras; visualmente; volteándolos; sintiendo toda la superficie; golpeando y sacudiendo.
9		retira la ropa de su cara.
10		imita acciones familiares después de observar que su cuidadora hace esa acción (ej. aplaude con las manos).
11		encuentra un objeto que está parcialmente oculto.
12		intencionalmente deja caer un objeto y observa como cae.
13		recupera un objeto que ha visto esconder debajo o detrás de una sola barrera.
14		toca al adulto para que inicie o continúe un juego o una acción interesante.
Edad de inicio: 12 meses		
15		transfiere un objeto de una mano a otra para recoger un segundo objeto.
16		da un objeto a un adulto para que inicie una acción deseada (ej. dar cuerda a un juguete)
17		imita el garabato.
18		demuestra entendimiento de las relaciones funcionales (ej. coloca un muñeco en el carro y empuja el carro; peina el cabello con el peine)
19		intenta hacer funcionar un juguete si ha visto a alguien hacerlo (ej. dar cuerda a un juguete)
Edad de inicio: 24 meses		
20		hace demostraciones de acciones cotidianas (ej. pretende tomar de una taza)
21		coloca un objeto pequeño dentro de un depósito pequeño (ej. una uva dentro de una botella pequeña)
22		hace rodar los juguetes que tienen ruedas.
		Total Página 2

Item #	Puntaje 1 o 0	Item
23		maneja 3 a 4 juguetes ubicándolos a un lado cuando se le da un nuevo juguete.
24		mira las figuras del libro de cuentos con un adulto, nombrando o señalando los objetos simples cuando se le pregunta.
25		espontáneamente nombra objetos
26		parea un objeto con su figura
27		realiza de manera secuenciada acciones relacionadas de un juego (ej. alimenta a la muñeca con el biberón, le da una palmadita en la espalda, la pone en la cama)
28		usa objetos simbólicos en el juego
29		comprende el concepto de "uno" (ej. "dame un cubo") y "todo" (ej. "dame todos los cubos").
Edad de inicio: 36 meses		
30	1	apila de 6 a 7 cubos
31	1	parea formas simples, tales como el círculo, cuadrado, triángulo.
32	1	responde a "uno" y "uno más" (ej. "dame un cubo". "Dame uno más")
33	0	coloca objetos en orden de tamaño (ej. encaja cuatro cajas de diversos tamaños o apila anillos en una estaca de acuerdo al tamaño)
34	1	parea objetos por el color, forma y tamaño
35	1	repite juegos de manos, con palabras y acciones.
36	0	cuenta de memoria hasta 5
37		parea objetos que tienen la misma función (ej. peine y cepillo)
38		dice si un objeto es "pesado" o "liviano"
39		cuenta más de 5 objetos
40		construye un puente usando 3 cubos; según modelo 
41		comprende "igual" y "diferente" (ej. "Son estos dos colores iguales o diferentes?")
42		clasifica los objetos mediante un criterio (Dé al niño figuras u objetos por lo menos en dos categorías -ej. forma, color- y diga: "Pon juntos todos los que sean iguales.")
43		comprende el concepto del número 3 (ej. "dame tres cubos")
44		comprende "más," "menos," "igual" (ej. "Cuál torre tiene más?")
Edad de inicio: 48 meses		
45		imita el dibujo de una cara
46		clasifica objetos dentro de categorías (Dé al niño figuras u objetos -ej. juguetes, animales- y diga, "Pon juntos todos los que sean iguales.", puede no ser capaz de nombrar las categorías.)
47		identifica objetos que no pertenecen a un grupo (ej. reconoce que el perro no pertenece al grupo de alimentos)
48		conoce la secuencia de lectura de un libro, de izquierda a derecha; de arriba hacia abajo.
49		clasifica grupos de objetos considerando más de una manera (Dé al niño figuras u objetos que tengan dos categorías por lo menos -ej. color, tamaño, forma- y diga, "Pon juntos todos los que sean iguales.", Ahora ponlos de otra forma.")
50		construye una pirámide de 6 cubos; según modelo. 
51		identifica "primero", "último", "al medio" (ej. "Señala al niño cual está primero en la fila")
		Total Página 3

Item #	Puntaje 1 o 0	Item
52		escucha una historia del libro de figuras y vuelve a narrarla con razonable exactitud.
53	✓	identifica el más grande de dos números (ej. "Cuál es más, 2 ó 3?")
54		dibuja una figura de palotes (simple)
55		identifica características abstractas (ej. lo real y lo imaginario; lo vivo y lo no viviente; ej. "¿El camión está vivo?")
56		copia su propio nombre; puede usar letras grandes e irregulares.
57		predice lo que puede ocurrir próximamente (ej. el niño predice lo que ocurrirá después en la historia).
58		señala objetos a la "mitad" o "completos" ¿Cuál es la mitad de la manzana y cuál es toda la manzana? (Mostrar un dibujo)
59		nombra varias letras del abecedario
60		coloca tres figuras en una secuencia para contar una historia
61		para el número de ítems dentro de un conjunto con su correspondiente número cardinal.
62		comprende el concepto de "cero" (ej. "Qué depósito tiene cero cubos?")
63		dibuja una persona con 6 partes reconocibles
64		escribe su primer nombre en forma legible sin un modelo
65		dibuja objetos identificables sin tener modelo
66		cuenta hasta 20 objetos
67		dice el mes y día de su nacimiento
68		ordena cartas numeradas en una secuencia apropiada
69		dice el nombre de su calle y localidad
70		nombra los días de la semana en orden
71		sabe los días de la semana que anteceden y los que siguen (ej. "Qué día viene después del domingo?")
72		señala el nombre de las monedas (10 céntimos)
73		sabe los números que anteceden y los que siguen (ej. "Qué número está antes del 19?")
74		escribe su nombre y apellido de memoria
75		calcula problemas de adición y sustracción de un solo dígito.
76		cuenta de memoria del 1 al 100
77		escribe números del 1 al 19 sin modelo
78		lee diez palabras impresas.
		Total Página 4
		Total Página 3
		Total Página 2
		Total del Puntaje Directo del Subtest (Páginas 2 + 3 + 4)

DAYC

Evaluación del Desarrollo en Niños Pequeños

SUBTEST DE COMUNICACION FORMATO DE CALIFICACION

Sección II. Registro de Puntajes

Puntaje Directo _____
 Edad Equivalente _____
 Percentil _____
 Puntaje Estándar _____
 Clasificación _____

Sección I. Datos de Identificación

Nombre del niño: _____

Masculino _____ Femenino _____

Padre/Tutor: _____

Escuela/Encargado: _____

Nombre del informante: _____

Relación con el niño: _____

Periodo que el Informante conoce al niño: _____

Nombre del Examinador y profesión: _____

Fecha Evaluación	Año	Mes	Día
Fecha Nacimiento			
Edad			
Edad en meses			

Sección III. Resumen de los Resultados de otros Tests

Nombre Test	Fecha	Ptje Test	P.Equiv.
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Sección IV. Condiciones de Administración

A. Conducción de la Evaluación en:
 una sesión _____ Tiempo de Administración _____
 dos sesiones _____ Tiempo de Administración _____
 tres o más _____ Tiempo de Administración _____

D. Características ambientales

Interfiere	No interfiere
Nivel de Ruido _____	_____
Interrupciones _____	_____
Distracciones _____	_____
Iluminación _____	_____
Temperatura _____	_____
Otro: _____	_____

B. Lugar de la Evaluación: _____

C. Describir la Administración (individual, grupal, observación, entrevista, y/o dirección) en detalle.

E. Características Personales o Físicas que puedan afectar los resultados del test del niño.

Sección V. Interpretación y Recomendaciones

Sección VI. Subtest de la Comunicación

Instrucciones: Los puntos de inicio son determinados por la edad del niño. Se da 1 Punto para los ítems que el niño está empezando a hacerlos, o los hizo cuando él o ella fueron más pequeños. El puntaje 0 es para aquellos ítems que el niño no puede realizar.

Base y límite: Comenzar en el punto de inicio sugerido. Continúe los ítems (mediante la observación, entrevista, o administración directa) hasta que en 3 de 5 ítems reciba un puntaje de 0 (límite). Si el niño no recibe un puntaje de 1 en 3 ítems consecutivos, administrar (mediante la observación, entrevista, o administración directa) los ítems hacia atrás hasta que se alcance una base de 3 aciertos seguidos.

Item #	Puntaje 1 o 0	Item
Edad de Inicio: Nacimiento		
1		reacciona a los ruidos fuertes parpadeando, moviendo los brazos o piernas, o quedándose quieto
2		voltea su cabeza hacia la voz cuando alguien le habla
3		hace otros ruidos además de llorar (ej. arrullar, balbucear)
4		sonríe a la persona quien está hablando o haciendo gestos
5		produce gorgoteo vocal en respuesta a la voz tranquilizante
6		tiene diferentes llantos para dolor, hambre e incomodidad
7		produce sonidos de vocales aisladas (ej. ah, eh, uh)
8		ríe en alta voz
9		produce algunas consonantes como /k/,/g/
10		voltea a mirar hacia el ruido
11		produce el sonido de dos sílabas, uniendo vocal con una consonante de manera repetida (ej. a-pa)
12		para su actividad cuando se pronuncia su nombre
13		produce consonantes tales como /b/,/m/,/d/,/n/,/t/
14		responde con gestos apropiados a "arriba", "adios" u otras rutinas.
Edad de Inicio: 12 meses		
15		Detiene brevemente su actividad cuando le dicen "no"
16		produce sonidos de consonantes y palabras semejantes a consonantes dobladas (ej. ba-ba, da-da)
17		usa patrones de inflecciones de voz cuando vocaliza (ej. cambia el tono de voz en forma de pregunta)
18		mueve el cuerpo cuando hay música
19		dice "mamá" o "papá" de manera discriminativa
20		localiza objetos familiares cuando se le solicita (ej. "Dónde está tu manta?")
21		sigue órdenes verbales simples (ej. "Dale la taza a la mamá")
22		cuando se le pregunta, identifica a personas familiares, animales y juguetes
23		responde a preguntas sobre "dónde" (ej. "dónde está la pelota?")
Total Página 2		

Item #	Puntaje 1 o 0	Item
24		sigue indicaciones para colocar un objeto "dentro" o "sobre" otro
25		usa una palabra o sonido para beber
26		Dice espontáneamente saludos y despedidas familiares
27		Cumple dos órdenes seguidas que están relacionadas (ej. "Ve a la mesa y tráeme el juguete")
28		señala 3 partes del cuerpo cuando se le solicita
29		dice una palabra que expresa un pensamiento completo; el significado depende del contexto (ej. "galleta" puede significar "quiero más" o "la galleta se rompió")
Edad de Inicio: 24 meses		
30	1	usa por lo menos 5 palabras (el vocabulario es similar a los niños de su edad)
31	1	identifica personajes familiares u objetos vistos en la TV (ej. teletubies)
32	1	rechaza algo diciendo "no"
33	0	indica "sí" o "no" (muyce apropiadamente la cabeza) en respuesta a preguntas
34	0	conoce nombres de sus compañeros de juego
35	0	comprende los posesivos ("mío", "tuyo" y "suyo"; ej. "Dónde está tú pelota?" "De quién es esta pelota?")
36	0	produce algunas frases de dos-palabras (ej. más galleta)
37		señala 6 partes del cuerpo cuando se le pregunta
38		señala 15 o más dibujos de objetos comunes cuando se les nombra
39		usa de 10 a 15 palabras espontáneamente (el vocabulario es similar a los niños de su edad)
40		Susurra
41		nombra 8 o más dibujos de objetos familiares
42		señala objetos comunes descritos por su uso (ej. "muéstrame lo que usas para comer")
43		distingue "grande" y "pequeño" (ej. "Dame la pelota grande")
44		Lleva a cabo dos órdenes no relacionadas (ej. "Pon la pelota en la canasta y después aplaude con tus manos")
Edad de inicio: 36 meses		
45		sigue indicaciones ubicando un objeto "al lado" o "debajo" de otro
46		usa por lo menos 50 palabras diferentes espontáneamente (el vocabulario es similar a los niños de su edad)
47		usa oraciones con tres-palabras
48		demuestra comprensión de oraciones pasivas (ej. "Muéstrame como el tren fue empujado por el carro")
49		describe lo que él o ella está haciendo (ej. responde a "Qué estás haciendo?")
Edad de Inicio: 48 meses		
50		Hace preguntas con "qué" o "dónde" (ej. "Dónde está mi pelota?")
51		usa algunos plurales
Total Página 3		

Item #	Puntaje 1 o 0	Item
52		dice si dos palabras riman
53		responde a preguntas sobre "quién" y "de quién" (ej. "Quién tiene una camisa roja hoy?")
54		da su nombre y apellido cuando se le solicita (ej. "Cuál es tu nombre?")
55		hace preguntas que comienzan con "Cuándo", "Quién", "Por qué", "Cuántos" (ej. "Cuándo comeremos?")
56		comprende "en frente de" y "detrás de" (ej. "Qué está detrás de la pantalla?")
57		cambia la manera de hablar dependiendo del oyente (ej. habla diferente a los bebés y a los adultos)
58		usa de 300 a 1000 palabras espontáneamente (el vocabulario es similar a los niños de su edad)
59		usa las contracciones al y del (ej. voy al parque)
60		sigue 3 indicaciones que no están relacionados (ej. "Coloca la pelota en la mesa, cierra la puerta y mira alrededor.")
61		completa analogías verbales simples (ej. "Papá es un hombre; Mamá es una _____")
62		usa comparativos (ej. "grande", "más grande", "el más grande"; "Cuál es el más grande?")
63		define 2 palabras simples (ej. "Qué es un gato?")
64		hace oraciones de causa y efecto (ej. "Esto no rodará porque no tiene rueda")
65		responde a la pregunta, "Qué pasa si..." (ej. "haces caer el huevo")
66		define 5 palabras simples (ej. "Qué es un cubo?")
67		relata cuentos comunes sin guiarse por figuras
68		responde preguntas de comprensión del cuento que se le ha relatado.
69		define en 10 palabras simples (ej. "Qué es un _____?") (familiares para el niño)
70		comprende las estaciones del año y que es lo que se hace en cada una de ellas (ej. "Qué hacemos en verano-invierno?")
71		usa verbos irregulares comunes (ej. ir)
72		responde a preguntas relacionadas con conceptos de tiempo (ej. "Cuándo almorcamos?")
73		establece semejanzas (ej. "En qué se parecen rueda y pelota?") y diferencias (ej. "En qué se diferencian taza y plato?") entre objetos
74		responde a "Dime lo contrario de _____.": alto, dentro
75		dice "chistes" simples
76		identifica izquierda y derecha en su propio cuerpo (ej. "Levanta tu mano derecha")
77		usa comparativos irregulares correctamente (ej. "bueno", "mejor", "lo mejor")
78		usa "ayer" y "mañana" dándole significado
		Total Página 4
		Total Página 3
		Total Página 2
		Total del Puntaje Directo del Subtest (Páginas 2 + 3 + 4)

DAYC

**Evaluación del Desarrollo en
Niños Pequeños**

**SUBTEST DE SOCIAL-EMOCIONAL
FORMATO DE CALIFICACION**

Sección II. Registro de Puntajes

Puntaje Directo	_____
Edad Equivalente	_____
Percentil	_____
Puntaje Estándar	_____
Clasificación	_____

Sección I. Datos de Identificación

Nombre del niño:	_____	
Masculino	Femenino	
Padre/Tutor:		
Escuela/Encargado:		
Nombre del informante:		
Relación con el niño:		
Periodo que el Informante conoce al niño:		
Nombre del Examinador y profesión:		
Año	Mes	Día
Fecha Evaluación	_____	_____
Fecha Nacimiento	_____	_____
Edad	_____	_____
Edad en meses	_____	_____

Sección III. Resumen de los Resultados de otros Tests

	Nombre Test	Fecha	Ptje Test	P.Equiv.	DAYC
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____

Sección IV. Condiciones de Administración

A. Conducción de la Evaluación en:

una sesión	_____	Tiempo de Administración	_____
dos sesiones	_____	Tiempo de Administración	_____
tres o más	_____	Tiempo de Administración	_____

D. Características ambientales

	Interfiere	No interfiere
Nivel de Ruido	_____	_____
Interrupciones	_____	_____
Distracciones	_____	_____
Iluminación	_____	_____
Temperatura	_____	_____
Otro:	_____	_____

B. Lugar de la Evaluación: _____

C. Describir la Administración (individual, grupal, observación, entrevista, y/o dirección) en detalle.

E. Características Personales o Físicas que puedan afectar los resultados del test del niño.

Sección V. Interpretación y Recomendaciones

Sección VI. Subtest Social Emocional

Instrucciones: Los puntos de inicio son determinados por la edad del niño. Se da 1 Punto para los ítems que el niño está comenzando a hacerlos, o los hizo cuando él o ella fueron más pequeños. El puntaje 0 es para aquellos ítems que el niño no puede realizar.

Base y límite: Comenzar en el punto de inicio sugerido. Continúe los ítems (mediante la observación, entrevista, o administración directa) hasta que en 3 de 5 ítems reciba un puntaje de 0 (límite). Si el niño no recibe un puntaje de 1 en 3 ítems consecutivos, administrar (mediante la observación, entrevista, o administración directa) los ítems hacia atrás hasta que se alcance una base de 3 aciertos seguidos.

Item #	Puntaje 1 o 0	Item
Edad de Inicio: Nacimiento		
1		deja de llorar cuando se le habla, se le levanta, o se le conforta
2		mira la cara del adulto por varios segundos
3		interactúa sonriendo y arrullando
4		reconoce caras y objetos familiares (ej. el padre, el biberón); reacciona moviendo sus brazos y piernas o dando gritos agudos con emoción
5		expresa sentimientos tales como enojo, cansancio, excitación o hambre
6		Se tranquiliza a sí mismo (ej. deja de molestar)
7		conoce la diferencia entre quienes lo cuidan y los extraños (ej. sonríe a quienes ama; mira, se queda quieto o no quiere sonreir con los extraños)
8		juega solo por períodos cortos (ej. 5 a 10 segundos)
9		cuando alguien pronuncia el nombre del niño, éste mira a la persona y vocaliza
Edad de Inicio: 12 meses		
10		extiende los brazos a las personas familiares
11		responde diferentemente a niños y adultos
12		imita expresiones faciales, acciones y sonidos
13		Se reconoce en el espejo
14		juega juegos simples (esconderte del niño)
15		manifiesta ansiedad cuando se le separa de quien lo cuida (ej. rechaza explorar el ambiente, llora)
16		expresa afecto (ej. abrazando, acariciando, apoyando la cabeza)
17		manifiesta dependencia especial en la persona que lo cuida ("cuidador" principal) (ej. quiere que sólo esa persona lo alimente, lo vista, lo cambie y lo conforta)
18		Se ríe ante eventos incongruentes (ej. el ponerte un posillo como sombrero)
19		rechaza terminantemente cumplir las órdenes (ej. dice "no", sacudiendo la cabeza)
Edad de Inicio: 24 meses		
20		comienza a funcionar solo; periódicamente puede recurrir al parentesco para conseguir seguridad y atención
21		trae sus juguetes para compartirlos con su cuidador
22		tiene dificultad para compartir con otros niños
		Total Página 2

Item #	Puntaje 1 o 0	Item
23		tiene rabietas cuando está frustrado
24		insiste en intentar hacer muchas cosas sin ayuda (ej. comer con cuchara, ponerse ropa)
25		manifiesta independencia (ej. corre delante de los padres al salir de casa, no quiere que le agarren de la mano)
26		juega bien por breve tiempo en grupos de dos o tres niños
27		intenta consolar a otros que están angustiados (ej. consuela a un niño que está lastimado o angustiado)
28		disfruta hacer creer (ej. hace asustar a otros rugiendo como un león)
29		dice "por favor" y "gracias"; puede necesitar que se le recuerde.
Edad de Inicio: 36 meses		
30	1	se separa de sus padres en un ambiente familiar sin llorar
31	1	canta canciones familiares con un adulto
32	0	espontáneamente saluda a una persona familiar dándole un abrazo
33	0	usualmente sabe esperar su turno
34	1	cuando está en grupo realiza una actividad solitaria, observando a otros niños.
35	1	se ríe ante combinaciones de eventos incongruentes y uso de palabras (ej. querer darle su biberón al perro)
36	1	pide ayuda cuando tiene dificultad
37	0	se muestra orgulloso de sus realizaciones
38	1	afirma si es niño o niña
39	1	juega en juegos grupales con reglas simples
Edad de Inicio: 48 meses		
40	0	juega a disfrazarse
41	0	llama la atención de otros cuando repite rimas, canciones o bailes
42		habla de sus propios sentimientos
43		cambia de una actividad a otra cuando lo indica su profesor o su parent
44		selecciona sus propios amigos
45		espera su turno cuando juega en juegos grupales
46		conoce y sigue las reglas del salón de clase
47		obtiene la atención de sus compañeros de manera apropiada
48		Comprende y repite las reglas de un juego
49		gusta de los juegos competitivos
50		su mejor amigo es usualmente del mismo sexo
51		explica las reglas de juego a otros
36		Total Página 3

Item #	Puntaje 1 o 0	Item
52		pide antes de usar las pertenencias de otros
53		acepta bromas pequeñas y amigables sin inquietarse demasiado
54		trabaja solo en algún quehacer por 20 a 30 minutos
55		expresa enojo con palabras no-agresivas más que con acción física
56		establece una meta para sí mismo y realiza la actividad respectiva
57		acepta la crítica válida sin llorar, ni hacer berinches ni rehusarse a continuar
58		responde al teléfono y/o recuerda un mensaje simple, y le comunica a la persona correcta.
		Total Página 4
		Total Página 3
		Total Página 2
		Total del Puntaje Directo del Subtest (Páginas 2 + 3 + 4)

DAYC

Evaluación del Desarrollo en Niños Pequeños

SUBTEST DE DESARROLLO FÍSICO FORMATO DE CALIFICACIÓN

Sección II. Registro de Puntajes

Puntaje Directo _____
 Edad Equivalente _____
 Percentil _____
 Puntaje Estándar _____
 Clasificación _____

Sección I. Datos de Identificación

Nombre del niño: _____
 Masculino _____ Femenino _____
 Padre/Tutor: _____
 Escuela/Encargado: _____
 Nombre del informante: _____
 Relación con el niño: _____
 Período que el Informante conoce al niño: _____
 Nombre del Examinador y profesión: _____
 Año _____ Mes _____ Día _____
 Fecha Evaluación _____
 Fecha Nacimiento _____
 Edad _____
 Edad en meses _____

Sección III. Resumen de los Resultados de otros Tests.

	Nombre Test	Fecha	Ptje Test	P.Equiv.
1.	_____	_____	_____	DAYC
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____

Sección IV. Condiciones de Administración

A. Conducción de la Evaluación en:

una sesión _____ Tiempo de Administración _____
 dos sesiones _____ Tiempo de Administración _____
 tres o más _____ Tiempo de Administración _____

D. Características ambientales

Interfiere	No interfiere
Nivel de Ruido _____	_____
Interrupciones _____	_____
Distacciones _____	_____
Iluminación _____	_____
Temperatura _____	_____
Otro: _____	_____

B. Lugar de la Evaluación: _____

C. Describir la Administración (individual, grupal, observación, entrevista, y/o dirección) en detalle.

E. Características Personales o Físicas que puedan afectar los resultados del test del niño.

Sección V. Interpretación y Recomendaciones

Sección VI. Subtest del Desarrollo Físico

Instrucciones: Los puntos de inicio son determinados por la edad del niño. Se da 1 Punto para los ítems que el niño está empezando a hacerlos, o los hizo cuando él o ella fueron más pequeños. El puntaje 0 es para aquellos ítems que el niño no puede realizar.

Base y límite: Comenzar en el punto de inicio sugerido. Continúe los ítems (mediante la observación, entrevista, o administración directa) hasta que en 3 de 5 ítems reciba un puntaje de 0 (límite). Si el niño no recibe un puntaje de 1 en 3 ítems consecutivos, administrar (mediante la observación, entrevista, o administración directa) los ítems hacia atrás hasta que se alcance una base de 3 aciertos seguidos.

Item #	Puntaje 1 o 0	Item
Edad de Inicio: Nacimiento		
1		extiende ambas piernas cuando está echado de estómago (boca abajo)
2		cierra sus dedos cuando se aplica una suave presión sobre la palma abierta
3		patea alternadamente (ej. una pierna, luego la otra) cuando está echado de espaldas
4		rueda de la posición de costado a la posición de espalda
5		cuando se le para, sostiene algo de su peso sobre sus piernas.
6		cuando está echado sobre su estómago, levanta la cabeza con apoyo de los antebrazos
7		cuando se le sienta, mantiene la cabeza en la misma línea que el cuerpo (sostiene la cabeza erguida por segundos)
8		alarga la mano, pero puede no tocar un objeto
9		agarra objetos entre los dedos y la palma de la mano
10		junta las manos cuando está echado de espalda
11		se sienta con apoyo
12		rueda de la posición de espalda a la posición de costado
13		agarra un objeto pequeño en cada mano al mismo tiempo
14		alcanza con la mano y agarra un objeto
15		abre la mano anticipándose al contacto
16		Rueda de la posición de espaldas a la posición de estómago
17		cuando está de estómago, extiende brazos y piernas
18		cuando está de estómago, extiende una mano mientras se apoya sobre el otro antebrazo
19		cuando está de espaldas, lleva sus pies a la boca
20		pasa un objeto de una mano a la otra
21		agarra un objeto utilizando los dedos, el pulgar y la palma de la mano
22		se impulsa como saltando, cuando está parado y lo sostiene un adulto
23		permanece sentado sin apoyo por 30 segundos mientras juega con un juguete
24		se impulsa para sentarse mientras se sujetan los dedos del adulto
25		mueve el cuerpo hacia delante para alcanzar un objeto
26		hace movimientos de rastrillo o de cucharón para recoger un objeto pequeño
		Total Página 2

Item #	Puntaje 1 o 0	Item
27		usa los brazos para avanzar sobre la barriga
28		se sienta solo firmemente, inicialmente sobre una amplia base de apoyo
29		se para solo sosteniéndose sobre algo
30		de la posición sentada, gira 90 grados para recuperar un objeto
31		camina 3 o más pasos con ayudas
32		se impulsa para pararse
33		cuando se está cayendo extiende los brazos para protegerse
34		golpea dos objetos
Edad de Inicio: 12 meses		
35		pasa de la posición de espalda a la posición de sentado sin ayuda
36		recoge un objeto pequeño usando el dedo pulgar e índice
37		camina agarrándose de los muebles
38		se desliza de sentado hacia un objeto
39		pasa de la posición de parado a sentado de manera coordinada
40		empuja con el dedo índice
41		camina sosteniéndose de una mano
42		empuja o jala los juguetes mientras camina
43		camina sin agarrarse, puede caerse fácilmente
44		comienza a caminar y se detiene cuando lo desea
Edad de Inicio: 24 meses		
45		cuando está parado se inclina, luego se para otra vez sin perder el equilibrio
46		agarra la crayola, el lápiz y otros, empuñando la mano, con el dedo pulgar hacia arriba
47		baja las gradas volteando de espaldas
48		se agacha durante el juego
49		corre (o camina rápido)
50		garabatea espontáneamente
51		lanza una pelota (con el brazo levantado) con relativa exactitud
52		sube y baja las gradas colocando ambos pies en cada paso, sin ayuda
53		agarra la crayola con los dedos, luego volteo su antebrazo de tal modo que su pulgar está hacia abajo
54		usa la mano para sostener el papel cuando está dibujando
Edad de Inicio: 36 meses		
55	1	camina hacia atrás
56	1	usa una mano consistentemente en la mayoría de actividades
57	1	sube las gradas, alternando los pies, al modo de un adulto agarrado del pasa manos
Total Página 3		

Item #	Puntaje 1 o 0	Item
58	0	escala un poco con juguetes
59	0	imita trazos circulares, verticales y horizontales
60		sostiene el lápiz entre los dos primeros dedos y el pulgar (igual que el adulto)
61		usa movimientos verticales, horizontales y circulares cuando dibuja
62		camina balanceando brazos y piernas de manera similar a como camina el adulto
63		coge la pelota con los brazos extendidos, atrapándola contra el pecho
64		hace varios recortes de papel usando las tijeras
Edad de Inicio: 48 meses		
65		salta en un pie algunos pasos
66		se da volteretas o volatinés
67		camina hacia adelante empleando el talón y los dedos sin perder el equilibrio
68		copia una cruz
69		se balancea sobre un pie durante 5 a 10 segundos sin apoyo
70		salta sobre objetos por encima de 15 centímetros de alto; aterriza con ambos pies juntos
71		corta con las tijeras siguiendo una línea
72		copia un cuadrado
73		copia un rectángulo
74		camina a prisa, guiándose con un pie y transfiriendo su peso suave y uniformemente
75		se balancea en el columpio manteniendo su propio impetu; usa las piernas para impulsarse
76		da botes y coge la pelota de tenis (o cualquier otra pelota de medida similar)
77		colorea dentro de las líneas
78		Corta figuras geométricas simples con las tijeras
79		salta, alternando los pies, manteniendo el equilibrio
80		toca rápidamente cada dedo con su pulgar
81		salta en un pie sobre una línea recta sin perder el equilibrio
82		coloca los "clips" en el papel
83		da tres volteretas consecutivas
84		engoma con cuidado
85		copia un rombo con líneas rectas conectadas
86		deja caer la pelota y la patea antes de que toque el piso
87		salta la soga solo (con dos personas que mueven la soga)
		Total Página 4
		Total Página 3
		Total Página 2
		Total del Puntaje Directo del Subtest (Páginas 2 + 3 + 4)

DAYC

Evaluación del Desarrollo en
Niños Pequeños

SUBTEST DE CONDUCTA ADAPTATIVA
FORMATO DE CALIFICACIÓN

Sección II. Registro de Puntajes

Puntaje Directo	_____
Edad Equivalente	_____
Percentil	_____
Puntaje Estándar	_____
Clasificación	_____

Sección I. Datos de Identificación

Nombre del niño: _____

Masculino _____ Femenino _____

Padre/Tutor: _____

Escuela/Encargado: _____

Nombre del Informante: _____

Relación con el niño: _____

Periodo que el Informante conoce al niño: _____

Nombre del Examinador y profesión: _____

Fecha Evaluación	Año	Mes	Día
Fecha Nacimiento	_____	_____	_____
Edad	_____	_____	_____
Edad en meses	_____	_____	_____

Sección III. Resumen de los Resultados de otros Tests.

DAYC

Nombre Test	Fecha	Ptje Test	P.Equiv.
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

Sección IV. Condiciones de Administración

A. Conducción de la Evaluación en:

una sesión	Tiempo de Administración
dos sesiones	Tiempo de Administración
tres o más	Tiempo de Administración

D. Características ambientales

Interfiere _____ No interfiere _____

Nivel de Ruido _____

Interrupciones _____

Distracciones _____

Iluminación _____

Temperatura _____

Otro: _____

B. Lugar de la Evaluación: _____

C. Describir la Administración (individual, grupal, observación, entrevista, y/o dirección) en detalle.

E. Características Personales o Físicas que puedan afectar los resultados del test del niño.

Sección V. Interpretación y Recomendaciones

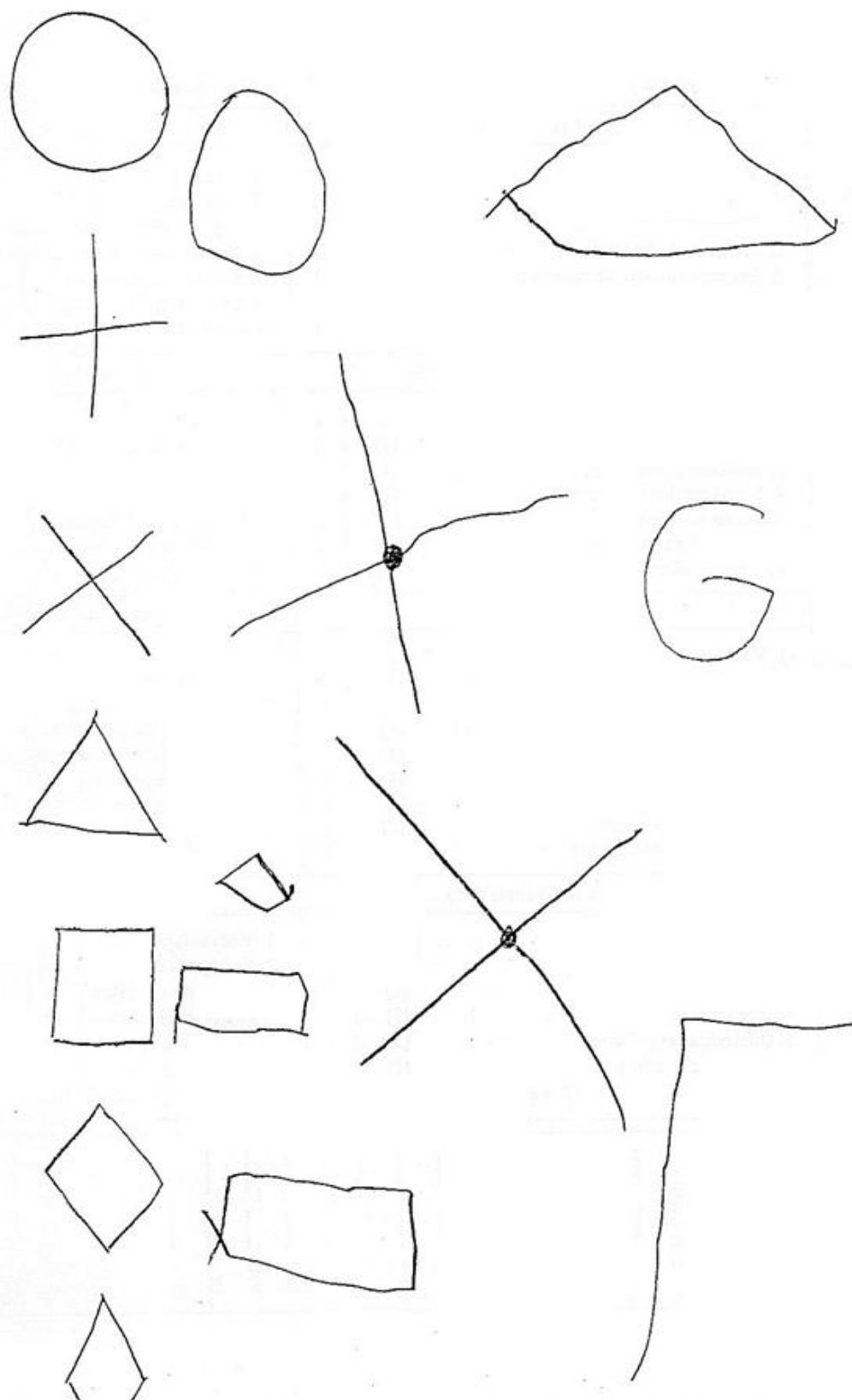
Sección VI. Subtest de la Conducta Adaptativa

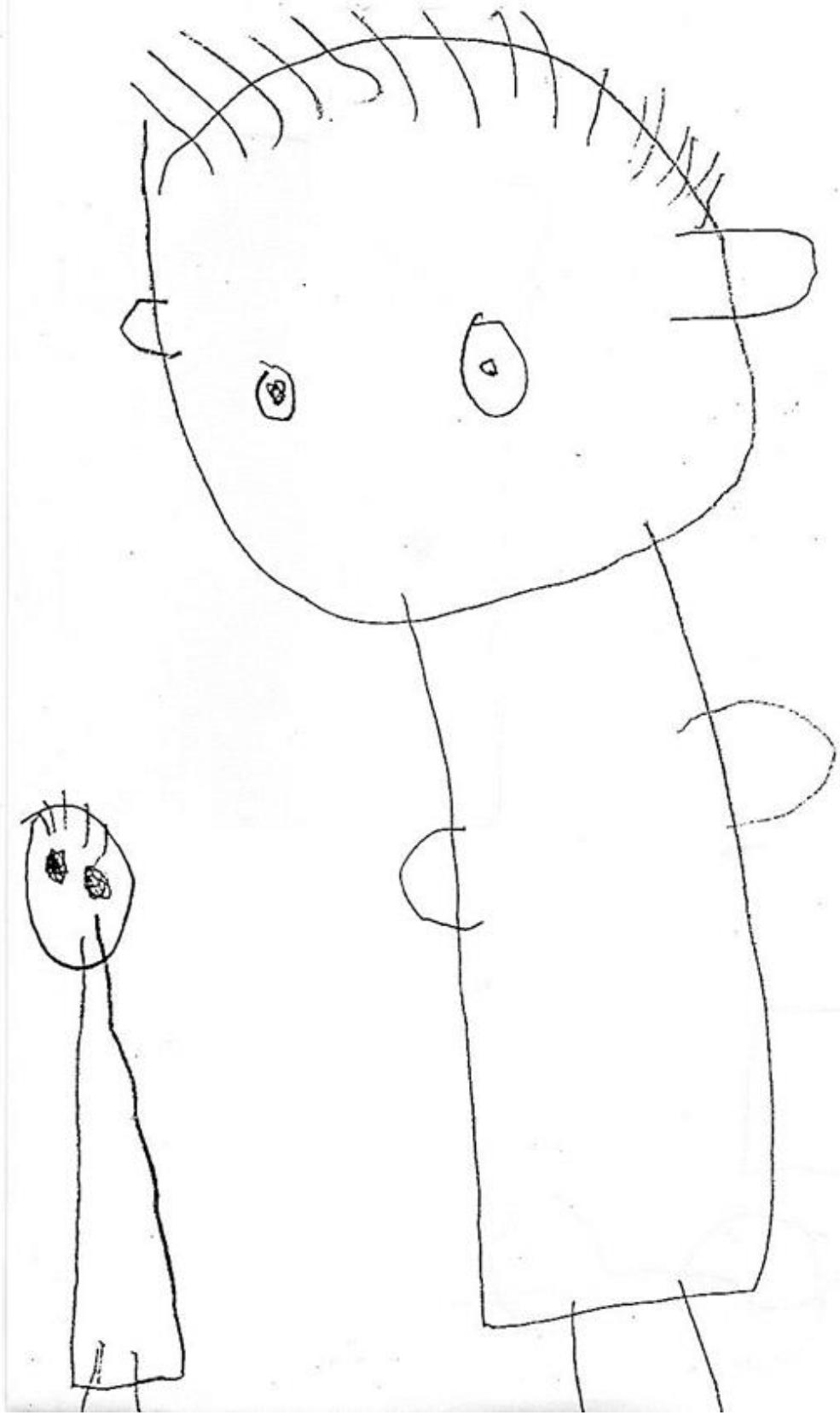
- Instrucciones:** Los puntos de inicio son determinados por la edad del niño. Se da 1 Punto para los ítems que el niño está comenzando a hacerlos, o los hizo cuando él o ella fueron más pequeños. El puntaje 0 es para aquellos ítems que el niño no puede realizar.
- Base y límite:** Comenzar en el punto de inicio sugerido. Continúe los ítems (mediante la observación, entrevista, o administración directa) hasta que en 3 de 5 ítems reciba un puntaje de 0 (límite). Si el niño no recibe un puntaje de 0 en 3 ítems consecutivos, administrar (mediante la observación, entrevista, o administración directa) los ítems hacia atrás hasta que se alcance una base de 3 aciertos seguidos.

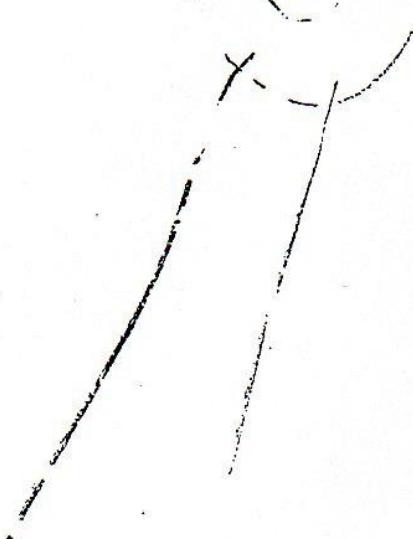
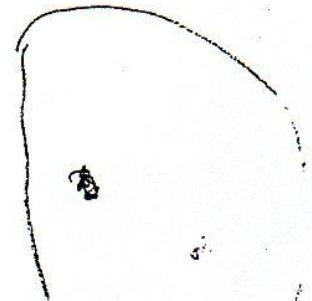
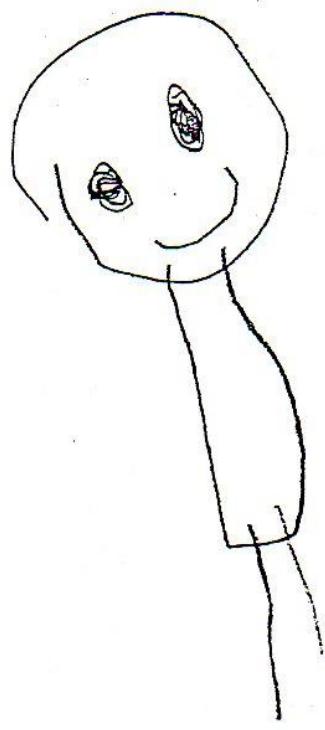
Item #	Puntaje 1 o 0	Item
Edad de Inicio: Nacimiento		
1		le gusta el baño, mantiene los ojos abiertos y manifiesta placer cuando se le coloca en agua tibia
2		abre la boca y saca la lengua anticipándose a la alimentación (cuando ve el pecho o el biberón)
3		expresa disgusto cuando se le saca las ropas por la cabeza
4		duerme por intervalos de 4 a 10 horas
5		duerme durante la noche; toma 2 o 3 siestas durante el día
6		usa la lengua para rechazar alimentos en papilla
7		sostiene el biberón para auto-alimentarse
8		cierre los labios cuando pasa los alimentos
9		se lleva a la boca los alimentos con toda la mano
Edad de Inicio: 12 meses		
10		bobe de la taza con ayuda del adulto
11		manifiesta agrado definido o desagrado por varios alimentos
12		se saca las medias
13		se alimenta con los dedos
14		se incomoda y protesta cuando necesita que le cambien el pañal
15		duerme toda la noche; toma una siesta durante el día
16		coopera para vestirse y desvestirse (ej. ayuda a poner los brazos en las mangas)
17		masticá alimentos sólidos (blandos)
18		voluntariamente deja a la persona que lo cuida, le limpia la nariz
19		se cepilla los dientes con ayuda
Edad de Inicio: 24 meses		
20		intenta lavarse la cara y las manos
21		Absorbe líquido del vaso o taza usando una cañita
22		ayuda con tareas familiares simples (ej. ayuda a poner las cosas en su sitio)
Total Página 2		

Item #	Puntaje 1 o 0	Item
23		se saca las ropas anchas como un saco, pantalones cortos o una camisa sin ayuda
24		se pone ropa sencilla (ej. gorra, zapatos)
25		se agacha, se contiene, o indica que quiere orinar la mayoría de las veces
26		abre la puerta dando vuelta a la manija
27		come toda la comida con la cuchara en forma independiente
28		se sienta en el baño por lo menos un minuto bajo supervisión
29		se limpia su nariz; puede necesitar que se le recuerde
Edad de Inicio: 36 meses		
30	1	cuelga la ropa en el perchero
31	1	duerme toda la noche; no toma siestas durante el día
32	1	avisa a tiempo a los adultos su necesidad de ir al baño
33	1	se lava y seca manos y cara sin ayuda
34	1	Sirve la leche y el jugo con algo de ayuda
35	1	Bebé de la fuente de agua independientemente
36	1	obtiene agua de un recipiente sin ayuda (puede necesitar ayuda para sacar la taza del estante)
37	1	usa el baño solo; puede requerir asistencia para limpiarse
38	0	limpia lo que se ha ensuciado; selecciona su propia ropa
39	1	manipula botones grandes y cierres
Edad de Inicio: 48 meses		
40	0	Pone la mesa con ayuda (platos, vasos, bandejas); puede requerir orientación
41		usa todos los utensilios de comida
42		duerme toda la noche sin mojarse
43		se cepilla los dientes independientemente
44		se viste completamente, excepto amarrarse los zapatos (incluye la ropa interior; las ropas deben ser usadas correctamente, incluyendo todos los "fasteners" (cintas adhesivas))
45		cuando tose y estornuda se tapa la boca y nariz con la mano (puede que use pañuelo u otros)
46		se sirve en la mesa (puede requerir ayuda del adulto para que sostenga el plato que se está sirviendo)
47		se cierra la cremallera eficientemente
48		se pone los zapatos en el pie correcto sin ayuda
49		frecuentemente quiere privacidad en el baño
50		cuando sube a un automóvil se coloca el cinturón de seguridad
51		usa el cuchillo de mesa para esparcir mantequilla y mermelada u otros
Total Página 3		

Item #	Puntaje 1 o 0	Item
52		al cruzar la calle toma ciertas medidas de seguridad
53		planea anticipadamente ir al baño antes de comenzar alguna actividad
54		se suena la nariz en forma independiente; no necesita que le recuerden
55		elige la ropa apropiada según la temperatura y la ocasión
56		cuelga la ropa en un colgador
57		se cepilla o peina el cabello con buenos resultados y sin ayuda
58		arregla su cama; puede necesitar que se le recuerde
59		Se prepara alimentos simple (ej. pan con mantequilla)
60		pone y limpia la mesa sin ayuda
61		se amarra las hileras del zapato sin ayuda
62		regula la temperatura del agua para tomar una ducha o baño
Total Página 4		
Total Página 3		
Total Página 2		
Total del Puntaje Directo del Subtest (Páginas 2 + 3 + 4)		







**MILAGROS
COAGUILA
VALDIVIA**

ANÁMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos	: Diana S. L.
Edad	: 24 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 02-02-1996
Lugar de Nacimiento	: Arequipa-Perú
Procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior universitario
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católica
Informante	: La paciente y el padre
Lugar de evaluación	: Hospital Militar Regional-Arequipa
Fecha de evaluación	: 15 de Febrero del 2018
Examinadora	: Milagros Karina Coaguila Valdivia

II. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente viene a consulta refiriendo se siente “muy nerviosa estos últimos tres meses, viéndose alterado su sueño y no puede estudiar todo esto desde que viajo a Estados Unidos con su mamá el año pasado y le dio mucho miedo el avión, además porque la están presionando para que este año en agosto viaje nuevamente y la sola idea de pensar en eso le produce terror”.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

La paciente refiere que cuando tenía 5 años, su padre viajó a Estados Unidos, para trabajar allí, llevado por su tía la cual radicaba casi 10 años en ese país, quedándose con su mamá y hermano mayor. Pasado 6 meses la madre también viajó a ese país en búsqueda de nuevas oportunidades económicas, ella se quedó con la abuelita y su hermano mayor, sin embargo esta situación le “afectó muchísimo”, sintiéndose sola y con mucho miedo de que sus padres no volvieran “jamás”, refiere que constantemente pensaba en que sus padres la abandonarían para siempre y no volverían con ella, esto empeoró a raíz de que vio una película donde a la protagonista la dejan sus padres al morir en un accidente de avión. Todo esto generó que disminuyera sus notas en el colegio, y en varias ocasiones se orinara en la cama, la abuela que era una persona de avanzada edad era muy “estricta” y “siempre le reñía por todo”, la paciente

continuo con sus notas medias a bajas, sin embargo la abuela no le tomaba importancia, al conversar con sus padres diana prefería decir que todo estaba bien ya que no quería que se preocuparan por ella, es así que al pasar 5 años de la partida de los padres, la madre regresa a Arequipa, en ese entonces la paciente, aparentemente ya había superado su miedo a pensar en la muerte de sus padres, sin embargo, refiere que desde los 7 años aproximadamente “se comía las uñas”, principalmente cuando tenía exámenes o sabía que había hecho algo malo que su abuela le reprocharía o le pegaría. Al regresar la madre , cuan diana tenía 10 años de edad se da con la sorpresa que sus uñas estaban “comidas”, situación por la cual la lleva al psicólogo del colegio, el cual la diagnostica de onicofagia infantil, derivándola al centro de salud cercano al colegio, la madre la llevo durante casi 4 meses seguidos, viéndose una notable mejoría, al pasar los años cuando la paciente cumple los 19 años, reciben la noticia de la muerte del padre en un accidente automovilístico en Estados Unidos, este hecho llevo a la paciente a una profunda “crisis nerviosa”, según refiere la madre, no comía, no dormía, constantemente tenia sobresaltos durante la noche y le costaba mucho concentrarse y estudiar como antes lo hacía, pasado un año de la muerte del papá, la paciente fue mejorando, pese a que no llevo ningún tratamiento médico ni psicológico, poco a poco su vida volvió a ser “como antes”, e incluso a los 21 años ingreso a la carrera de economía en la Universidad Nacional de San Agustín, hasta ese momento su vida la llevo con normalidad, no obstante en ocasiones el insomnio volvía sobre todo frente a situaciones de estrés ante exámenes los trabajos, pero luego de estos se restablecía y seguía su vida con normalidad. Cuando cumplió los 23 años la madre la lleva a estados Unidos ya que allá tenían un tío (hermano de su papá) al cual irían a visitar, en el viaje la paciente refiere empezó a sentir una sensación horrible de que algo malo podría sucederle a ella y a su madre, al cerrar el avión siente una falta de oxígeno, y una sensación fuerte de palpitación del corazón (taquicardia), además se sintió sumadamente sofocada como si le faltara el oxígeno y no podía respirar, dándole la sensación de que se encontraba encerrada en una pesadilla y que debía escapar de allí corriendo, por lo que intentó desabrocharse el cinturón al ver eso su madre la cogió fuertemente del

brazo, pero parecía incontrolable según refiere la madre, entonces para calmarla le apretó con fuerza clavándole las uñas en el brazo y solo ese dolor la hizo calmarse un poco y volver al asiento, sin embargo indica Diana que viajó en completo estado de “choc”, sintiendo que por momentos estaba en una pesadilla y no era ella la persona que estaba sentada en el avión sino otra que miraba desde fuera. Al volver a Perú su miedo se incrementó tanto que se resistía a subir, teniendo que recibir asistencia médica y recibiendo un calmante que le permitió sobrellevar el trayecto del viaje.

Pasado cuatro meses de este hecho, la paciente asistió al gimnasio como lo hacía antes de su viaje a Estados Unidos, sintiendo que su corazón se aceleraba fuertemente y parecía algo que iba empeorando, temiendo lo peor al pensar que le podría dar un ataque cardiaco y “moriría”, desde aquel momento cada vez que se agitaba por cualquier otra circunstancia buscaba inmediatamente asistencia médica pues empezó a sospechar de problemas cardiacos, así mismo esta situación se ha ido agudizando, ya que refiere que en su último viaje a la playa de Mollendo al estar cerca del lugar sintió una sensación de ahogo y sofocamiento, al instante recordó esa misma sensación de aquel hecho ocurrido en el avión , por lo cual desde entonces evita los viajes a lugares lejanos por miedo a sufrir algún ataque al corazón o miedo a morir asfixiada por la falta de oxígeno o a la idea de no recibir apoyo médico en un lugar lejano.

ANTECEDENTES PERSONALES

1. Periodo del Desarrollo

➤ Etapa Pre-Natal

Embarazo o Gestación

La madre de la paciente se embarazó a los 25 años de edad, no fue un hijo planificado pero si deseado por la madre fue su segundo embarazo en el cual no hubo ninguna amenaza de aborto o traumatismo que afectara la gestación, sin embargo debido a que en ese momento atravesaban por una situación económica difícil, la madre discutía constantemente con su esposo, manteniéndose en constante tensión emocional.

➤ **Etapa Natal**

El parto se adelantó en dos semanas, naciendo a los 8 meses con 2 semanas, eutócica, parto normal, sin complicaciones, lloro al nacer, tuvo un peso de 3.800 Kg y talla no recordada por la madre al igual que el APGAR, su coloración de piel normal.

➤ **Etapa Post-Natal**

Primera Infancia

La madre de Diana refiere que su hija creció en un ambiente lleno de discusiones debido a su difícil situación económica, las diferencias con su esposo por su falta de trabajo o trabajo ocasional como pintor de casas llevaba a las constantes discusiones en presencia de sus 2 hijos, esto hasta casi los 5 años donde ambos padres viajan a estados unidos, para intentar mejorar sus situación dejando a Diana con su abuela materna, la cual según la paciente era muy “renegona” y constantemente la castigaba a ella y a su hermano mayor.

La madre recuerda a la paciente como una niña “introvertida y muy poco sociable” desde pequeña, era “miedosa” y muy insegura, ya que lloraba mucho cuando sus padres discutían y no podía dormir sola por lo que la mamá dormía con ella la mayoría de veces.

➤ **Desarrollo Psicomotor**

En el aspecto psicomotor de Diana, la madre no recuerda cuando empezó a controlar la cabeza, se sentó a los 5 meses aproximadamente; gateó a los 7 meses de edad y empezó a caminar al año y medio, dijo su primera palabra a los 6 meses, su primera frase al año y 2 meses.

➤ **Síntomas Neuropáticos**

Durante la niñez de la paciente, presentó trastorno del sueño referido a pavores nocturnos, despertándose alterada y llorando varias veces durante la noche hasta los 4 años, por lo cual la madre dormía constantemente con ella,

también presentó onicofagia, alrededor de los 10 años cuando la madre vuelve de Estados Unidos.

Infancia Media

➤ Etapa Pre-escolar y Escolar

A los 2 años asiste a estimulación temprana en la “I. E. Belén de Jesús” donde le costó adaptarse ya que lloraba mucho las primeras semanas. La madre indica que “desde pequeña fue muy introvertida, aunque le gustaba pintar y dibujar”, llegando incluso a ganar el primer lugar de dibujo en un concurso de niños de 2 hasta los 4 años.

A la edad de 6 años ingresa a la “I. E. Madre del Divino Amor”, su comportamiento era acorde a las normas de la institución educativa, destacaba por sus calificaciones y buen comportamiento, aunque su participación en las actividades extra-académicas como actividades y eventos de la institución era muy escasa debido al poco apoyo de su abuelita, su relación con los profesores y sus compañeras era buena, aunque tenía pocos amigos, aprendió a leer y escribir con rapidez. Era una niña sumamente ordenada y exigente consigo misma sobre sus cuadernos y tareas escolares.

La secundaria la hizo en la “I.E. Santa Dorotea”, la madre señala que la paciente tenía buenas calificaciones y un comportamiento óptimo, sin embargo en el cuarto año de secundaria a raíz de que entabla su primera relación amorosa es que sus notas disminuyen y su comportamiento cambia tornándose “rebelde y caprichosa”, es decir no “hacia caso” a la madre, motivo por el cual hubieron algunas peleas entre la madre y la paciente, llegando la madre a prohibirle la relación con el muchacho, pero Diana continua su relación amorosa, a pesar de las prohibiciones de su madre.

A los 21 años ingresa a la Universidad Nacional de San Agustín a la Facultad de Economía, la madre señala que sus notas eran buenas y pasó al segundo año de universidad con normalidad, aunque actualmente sus notas han bajado debido a su problema de “nervios”, que se dio posterior al viaje a Estados Unidos teniendo el año pasado algunos cursos por recuperar.

Adolescencia

➤ Desarrollo y Función Sexual

En toda su adolescencia Diana tuvo solo un enamorado hasta el momento, siendo su primera relación amorosa a la edad de 15 años, el muchacho era el hermano de una de sus mejores amigas del colegio, el cual se encontraba en un año superior a ella, estuvo con él durante 3 años y con él tuvo su primera relación sexual cuando tenía 18 años de edad, tiempo después el joven viajó a Lima a estudiar en la Universidad de San Martín de Porres, decidiendo por mutuo acuerdo finalizar la relación ya que él no volvería durante 5 años o tal vez más.

➤ Historia de la Recreación y de la Vida

De niña Diana gustaba de pintar y dibujar, era una niña “introvertida y poco sociable”, en la secundaria tuvo dos mejores amigas, una de las cuales tenía un hermano con el que entabló su primera relación amorosa a la edad de 15 años. Gustaba de poner dedicación y esfuerzo en sus trabajos escolares, le agradaba participar en concursos de dibujo y pintura donde desatacababa por su habilidad para dibujar y pintar.

En la actualidad sus hábitos más frecuentes son dibujar y pintar con acuarela, lee cuando está aburrida, escuchar música y no le gusta realizar deporte, salvo correr en las mañanas ocasionalmente.

➤ Aspecto Psicosexual y Vida Familiar

La paciente desde pequeña ha llevado una vida familiar “difícil” por las constantes peleas entre los padres y luego bajo la supervisión constante de la madre, la cual es muy controladora y de “carácter fuerte”, según refiere Diana.

A los 18 años tuvo su primera relación sexual con su primer enamorado con el cual tuvo una relación de 3 años, con el cual termina después de su viaje a Lima.

➤ **Actividad Laboral**

El paciente comenzó hasta el momento no se ha desempeñado en ninguna actividad laboral formal, salvo el apoyo los fines de semana a su tía la cual tiene una librería en el cercado de Arequipa.

➤ **Hábitos e Influencias Nocivas tóxicas**

La paciente refiere no haber consumido hasta el momento cigarro ni sustancias psicoactivas como marihuana o cocaína, más si alcohol a los 18 años en una reunión familiar, no obstante, su consumo es esporádico, es decir solo en reuniones familiares o eventos sociales ocasionales.

➤ **Sueño**

Diana ha tenido un sueño alterado durante la infancia debido a pavores nocturnos que se le presentaron durante esta etapa, actualmente muestra algunas alteraciones para conciliar el sueño principalmente en épocas de examen o situaciones estresantes que le demanden preocupación.

➤ **Religión**

Católica

2. Antecedentes Mórbidos Personales

➤ **Enfermedades y Accidentes**

Diana no ha tenido ninguna enfermedad de consideración más que las típicas y comunes como gripe, tos, etc. ni accidentes.

3. Personalidad

La paciente durante sus primeros años de vida se caracterizó por ser una niña, tranquila, obediente, aunque introvertida y muy poco sociable con sus compañeros, sin embargo a nivel de estudios siempre se caracterizó por destacar en sus calificaciones Ya en la secundaria Diana se volvió “rebelde y

caprichosa”, a raíz de la relación con su primer enamorado, sin embargo al terminar la relación, ella se vuelve más reservada y actualmente se describe a sí misma como “tranquila, alegre amiguera” aunque a veces insegura, ya que le cuesta conversar fluidamente con gente nueva que recién conoce.

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. Composición Familiar

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Estado civil	Grado de Instrucción	Ocupación
Maritza Eliana Lazarte Bengoa	Madre	48	Soltera	Superior incompleta	Independiente
Julio Delfo Cárdenas	Padre	58	Casado	Superior-Técnico	Falleció
Diego Alonso Lazarte	Hermano Materno	26	Soltero	Superior completa	Contador

2. Dinámica Familiar

Diana creció en un ambiente lleno de discusiones debido a su difícil situación económica, las diferencias con su esposo por su falta de trabajo o trabajo ocasional como pintor de casas llevaba a las constantes discusiones en presencia de sus 2 hijos, esto hasta casi los 5 años donde ambos padres viajan a estados unidos, para intentar mejorar sus situación dejando a Diana con su abuela materna, la cual según la paciente era muy “renegona” y constantemente la castigaba a ella y a su hermano mayor.

3. Condición Socio-económica

La paciente vive en la casa de sus abuelos maternos y un espacio independiente para ella, la madre y el hermano cuenta con los servicios básicos de luz, agua y desagüe, teléfono y cable, 3 habitaciones. El ingreso aproximado de la madre

es de 1 200 soles mensuales lo que cubre las necesidades básicas de ambos hijos, además de un apoyo adicional que el padre da a su hija.

4. Antecedentes familiares patológicos

Dentro de la familia no se encuentra antecedentes patológicos, salvo por la vuelta la cual murió de cáncer al estómago el año pasado.

V. RESUMEN

Paciente que no fue un hija planificada pero si deseado por la madre; no hubo ninguna tipo de control pre-natal, sin dificultades durante el embarazo, salvo un ambiente difícil en su infancia por constantes discusiones entre sus padres por causa de las dificultades económicas que atravesaban en esta etapa. Su desarrollo psicomotor dentro de lo esperado, al igual que su desarrollo del lenguaje. No presentó enfermedades graves de pequeño.

Durante sus primeros años de vida se caracterizado por ser una niña “introvertida y poco sociable. Inicia su etapa escolar a los 2 años con dificultades de adaptación al inicio, en la primaria y secundaria sin dificultades y con un buen desenvolvimiento escolar, en la secundaria donde asiste a la I.E. Santa Dorotea”, donde su comportamiento se torna “rebelde y caprichosa”, a raíz de que entabla su primera relación amorosa por la oposición de la madre.

La paciente refiere que la primera vez que tomo licor fue a los 18 años de edad, en una reunión familiar, aparte de ello consume solo en actividades familiares y sociales esporádicas, sin consumo de otras sustancias psicoactivas. A los 21 años ingresa a la Universidad Nacional de San Agustín a la Facultad de economía con notas altas hasta hace un año donde disminuyen a raíz de su viaje a Estados Unidos.

La paciente desde pequeña ha llevado una vida familiar complicada por constante discusiones entre los padres por problemas económicos. En cuanto a su desarrollo sexual a los 18 años tuvo su primera relación sexual con su primer y único enamorado con el cual tuvo una relación de 3 años.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos	: Diana S. L.
Edad	: 24 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 02-02-1996
Lugar de Nacimiento	: Arequipa-Perú
Procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior universitario
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católica
Informante	: La paciente y el padre
Lugar de evaluación	: Hospital Militar Regional-Arequipa
Fecha de evaluación	: 15 de Febrero del 2018
Examinadora	: Milagros Karina Coaguila Valdivia

II. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente viene a consulta refiriendo se siente “muy nerviosa estos últimos tres meses, viéndose alterado su sueño y no puede estudiar todo esto desde que viajo a Estados Unidos con su mamá el año pasado y le dio mucho miedo el avión, además porque la están presionando para que este año en agosto viaje nuevamente y la sola idea de pensar en eso le produce terror”.

III. ACTITUD PORTE Y COMPORTAMIENTO

Apariencia general y actitud psicomotora

La paciente aparece la edad que tiene, de ojos café claros, tez trigueña a clara, cabello claro y ligeramente enroscado, es de contextura delgada, con un peso aproximado de 52 kg. y una talla de 1.60 m.; se aprecia aliñada y asedada, su estado nutricional adecuado para su talla y peso.

Su tono de voz es medio, no muestra inquietud motora o algún tipo de incapacidad para mantenerse sentado con tranquilidad o moverse imperiosamente; ni presencia de tics o movimientos involuntarios, su postura es erguida y tiene una marcha correcta. En cuanto a su expresión facial se observó que al inicio de la consulta expresión era de cólera y frustración, ya que indicaba que estaba “harta de su situación y se sentía cansada de ser así”. Casi a

la mitad de su tratamiento su expresión era de tranquilidad y en algunos días daba apariencia de cansancio y somnolencia.

Durante la entrevista y la evaluación psicológica se mostró colaboradora, comunicativa, amable, respetuosa y en una mayoría de veces dispuesto a responder a las preguntas. Su actitud favorable a la entrevista, siempre buscando la aprobación al realizar el examen mental y las pruebas psicológicas, en ocasiones bastante perfeccionista.

IV. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

1. Atención

Durante la evaluación psicológica, se observó que la paciente prestaba atención a los procedimientos del examen mental, se concentraba fácilmente al inicio pero su atención oscilaba a los 15 minutos y se mostraba fatigada, diciendo que le dolía la espalda, al realizarla restar le costó seguir restando correctamente hacia a atrás partir de la cuarta resta, perseverando en tratar de restar aunque le tomaba mucho tiempo y dificultad. A lo largo de su tratamiento responde a la entrevista con atención voluntaria y responde a las preguntas de forma organizada.

2. Conciencia:

La paciente ha mostrado conciencia de sí misma y de su entorno, durante toda su tratamiento se ha mostrado lucida, lo que corresponde a un segundo nivel de conciencia, aunque en un inicio se mostraba somnolienta y con deseo de dormir. En cuanto a su comprensión e interpretación, estas se hallan conservadas, ya que comprende situaciones abstractas y las interpreta correctamente; en conclusión no mostró sin presencia de alteración de la conciencia.

3. Orientación:

Diana se orienta correctamente en el tiempo, refiriendo de manera adecuada a la fecha, el día, el mes, el año y la hora aproximada. Da referencia a

situaciones de “derecha-izquierda”, discrimina nociones de “arriba-abajo, adelante-atrás, dentro-fuera”; también se encuentra orientado con relación a su persona, porque es capaz de contestar acerca de sí mismo, diciendo correctamente su nombre, su ocupación, reconoce las parte de su cuerpo así como el sexo al que se corresponde. Su orientación respecto a otras personas está conservada ya que responde con éxito a las preguntas como el nombre de sus padres y hermano, la ocupación de cada uno de ellos, la ocupación de la entrevistadora y de quienes trabajan dentro de la institución.

También se halla orientada en lugar y espacio ubicándose de forma correcta en la ciudad donde se encuentra y el lugar de su hospitalización.

V. LENGUAJE

Diana revela un tono de voz moderado y una velocidad normal en la expresión de su lenguaje; el curso de su expresión verbal es coherente, ya que existe un orden lógico y fluidez en su relato, así como adecuado vocabulario; no presentando laconismo o verborrea muy por el contrario el paciente se comunicó correctamente, hablando lo necesario.

En cuanto a la calidad de su lenguaje, este es comprensible y claro acerca de lo que piensa, opina o quiere dar a entender. De igual manera su lenguaje comprensivo se haya conservado, comprendiendo claramente las indicaciones del examen mental lo que se aprecia en la evaluación de la lectura y escritura, así como lo que significa o quiere a dar entender el texto.

En lo referente a su lenguaje expresivo, articula normalmente las palabras, sin mayores dificultades en la repetición de las palabras del examen mental, así también denominó por su nombre todos los objetos recordados cuando se le mostró la lámina.

VI. PENSAMIENTO

En relación al curso de su pensamiento, este no muestra dificultades en los procesos de deducción, inducción o solución de problemas. Revela un pensamiento estructurado y fluidez.

En cuanto al contenido de su pensamiento, no existen ideas paranoides, pero revelo ideas de intento de suicido con anterioridad, aunque actualmente no hay presencia de ideas depresivas como autoacusaciones o auto desprecio; no manifiesta ideas expansivas de sí mismo como megalomanía o ideas de cambio de sí mismo ni ideas de influencia y control.

VII. PERCEPCIÓN

Todas sus funciones sensitivas se encuentran conservadas, identifica correctamente las figuras que se le presentó, sin dificultades en su función visual y táctil, reconociendo las diversas texturas. En cuanto a su función auditiva pudo reconocer los sonidos fuertes de los débiles , y en la sensación olfativa y gustativa muestra un correcto reconocimiento de los aromas y sabores.

VIII. MEMORIA

La memoria conceptual de Diana se halla conservadas, ya que se da una correcta comprensión de lectura de párrafos e interpretación de refranes, sin embargo en cuanto a su memoria fotográfica, solo recordó 3 de 8 objetos presentados.

Su memoria reciente y remota se hallan conservados, ya que su capacidad de retención y recuerdo inmediato se evoca adecuadamente durante el momento de la evaluación; así como también el recuerdo de hechos cronológicos de su historia personal.

IX. FUNCIÓN INTELECTUAL

La paciente muestra un vocabulario adecuado a su edad y su nivel de instrucción, su capacidad para analizar, abstraer y resolver problemas en su mayoría se hallan conservadas teniendo algunas equivocaciones en pruebas de diferencia y semejanza. Presenta buen conocimiento de información general, su capacidad de comprensión, razonamiento y juicio se hallan normales.

X. AFECTIVIDAD Y ESTADO DE ANIMO

El estado de ánimo dela paciente a lo largo de toda la evaluación fue estable y calmado. Mostró coherencia entre su respuesta y su expresión emocional, así también diferenció correctamente la expresión de rostros con distintos estados de ánimo. En su tratamiento mostró actitud de colaboración y participó activamente en los eventos de la institución destacando en el concurso de canto y pintura.

XI. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Diana muestra conciencia de enfermedad, ya que ella sabe que lo que le sucede es algo que necesita tratamiento, mostrándose comprometida con el proceso de la psicoterapia, al realizar sus tareas y procurar seguir con las indicaciones dadas.

XII. RESUMEN

Diana aparenta la edad que tiene, sus ojos son café claros, tez trigueña a clara, cabello claro y ligeramente enroscado, es de contextura delgada, con un peso aproximado de 52 kg. y una talla de 1.60 m. se aprecia aliña y asedada, su estado nutricional está en duda de ser optimo, debido a la Bulimia que presenta. Su tono de voz es normal, no muestra inquietud motora o algún tipo de incapacidad para mantenerse sentado con tranquilidad o moverse imperiosamente; ni presencia de tics o movimientos involuntarios, su postura es erguida y tiene una marcha correcta. En cuanto a su expresión facial se observó que al inicio de tratamiento su expresión era de cólera y frustración,

pero casi al final de su hospitalización su expresión era de tranquilidad y en algunos días daba apariencia de cansancio y somnolencia.

Durante la entrevista y la evaluación psicológica se mostró colaboradora, comunicativa, amable, respetuosa y en una mayoría de veces dispuesto a responder a las preguntas. En cuanto a su atención, la paciente ha demostrado una atención voluntaria y responde a las preguntas de forma organizada; muestra conciencia de sí mismo y de los demás, adecuada comprensión e interpretación de las indicaciones dadas en conclusión se mostró sin presencia de alteración de la conciencia. Su orientación está conservada en las tres esferas de persona, espacio y tiempo. En su lenguaje Diana ha presentado un tono y velocidad adecuada en la expresión oral; un tono de voz normal, se ha observado también una coherencia en la ilación de su narración, así como un orden lógico y una buena fluidez de su lenguaje expresivo. La calidad del lenguaje es comprensible, dando ideas claras acerca de lo que piensa. Su lenguaje comprensivo está conservado, entiende las indicaciones lo que se aprecia en la evaluación de la lectura y escritura, realizando de forma correcta la frase designada .

En el curso del pensamiento, el paciente no muestra ninguna dificultad en sus capacidad de inferencias deductivas, inductivas o de solución de problemas; en el contenido de su pensamiento, anteriormente existieron ideas de suicidio, pero actualmente no hay ideas depresivas, autoacusaciones, ideas expansivas de sí mismo como megalomanía o ideas de cambio de sí mismo ni ideas de influencia y control. Todas sus funciones sensitivas visuales, olfativas, gustativas, táctiles y auditivas se encuentran conservadas. La memoria fotográfica solo identifica 3 de 8 figuras y la memoria conceptual conservada, así como su memoria reciente y remota, porque posee retención y recuerdo inmediato de hechos que realizó durante el momento; así como también recuerda hechos cronológicos de su historia personal.

El paciente muestra un vocabulario adecuado a su edad, puede analizar, abstraer y resolver problemas en su mayoría teniendo algunas equivocaciones en pruebas de diferencia y semejanza. Diana muestra conciencia de enfermedad, ya que ella sabe que lo que le sucede es algo que necesita tratamiento.

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos : Diana S. L.
Edad : 24 años
Sexo : Femenino
Fecha de nacimiento : 02-02-1996
Lugar de Nacimiento : Arequipa-Perú
Procedencia : Arequipa
Grado de Instrucción : Superior universitario
Ocupación : Estudiante
Religión : Católica
Informante : La paciente y el padre
Lugar de evaluación : Hospital Militar Regional-Arequipa
Fecha de evaluación : 20 de Febrero del 2018
Examinadora : Milagros Karina Coaguila Valdivia

II. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente viene a consulta refiriendo se siente “muy nerviosa estos últimos tres meses, viéndose alterado su sueño y no puede estudiar todo esto desde que viajo a Estados Unidos con su mamá el año pasado y le dio mucho miedo el avión, además porque la están presionando para que este año en agosto viaje nuevamente y la sola idea de pensar en eso le produce terror”.

III. OBSERVACIONES GENERALES

Diana aparenta la edad que tiene, se muestra colaboradora frente a la evaluación y la aplicación de los instrumentos. Atiende con facilidad las indicaciones que se le dan y procura hacerlos lo más bien posible, ya que se apreció ciertos rasgos de perfeccionismo e interés por procurar hacer bien cada una de las pruebas psicológicas que se le da. Más adelante se le animo a hacerlo lo mejor posible aunque esto no sea perfecto, se calma y continúa haciéndolo.

IV. PRUEBAS UTILIZADAS

- Test de Retención visual de “ Benton”
- Test de Inteligencia No Verbal, TONI-2.
- Inventario Multifacial de Personalidad- MILLON II
- Test Proyectivo de la Persona bajo la lluvia
- Inventario de Pensamiento automáticos de Ruiz y Lujan.
- Escala de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE)

V. RESULTADOS

• TEST DE RETENCION VISUAL “ BENTON”

ANÁLISIS CUANTITATIVO

	Puntaje
Número de errores	1
Número de aciertos	9

Diseño	Valoración	Errores cometidos
I	1	-
II	1	-
III	1	-
IV	1	-
V	0	OMD
VI	1	-
VII	1	-
VIII	1	-
IX	1	-
X	1	-

ANÁLISIS CUALITATIVO

A la paciente se le aplico la forma D y tipo de administración A, presento algunos errores de omisión, no siendo esto significativo, ya que los errores cometidos son mínimos.

- **TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL TONI 2**

ANÁLISIS CUANTITATIVO

C. I.	RANGO PERCENTIL	NIVEL
100	32	Promedio

ANÁLISIS CUALITATIVO

El paciente presenta un nivel normal promedio por lo que sus funciones cognoscitivas se encuentran dentro del promedio, lo que indica una adecuada capacidad rápida de razonamiento y juicio crítico.

- **INVENTARIO MULTIAXIAL DE PERSONALIDAD- MILLON II**

ANÁLISIS CUALITATIVO

Dentro de los patrones clínicos de personalidad que más destacan en la paciente se halla el Evitativo (Fóbico), patrón que se caracteriza por la experimentación de pocos refuerzos positivos, tanto de sí misma como de los otros, siendo vigilante o estando permanentemente en guardia. Sus estrategias adaptativas reflejan el temor y la desconfianza de los demás. Así mismo está presente el patrón clínico pasivo-agresivo y auto derrotista, siendo el primero su principal característica el pugnar entre seguir los esfuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos, siendo su comportamiento muestra un patrón de terquedad o enfado explosivo entremezclado con periodos de culpabilidad y vergüenza, también existe como síndrome clínico a considerar y que apoya al diagnóstico ansiedad elevada.

- **TEST PROYECTIVO DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA**

SITUACION EN LA
HOJA

Margen inferior

Presión fuerte

En el tercio inferior de la hoja se representan rasgos de personalidad apegados a lo concreto, fuerte tendencia instintiva, falta de imaginación, que frena su crecimiento espiritual y psíquico.

Representa fuerza física, energía vital, seguridad, agresión, hostilidad frente al mundo, inconstancia, franqueza, excitabilidad

Lluvia torrencial	Mucha presión, situación muy estresante, agobiante, como que no hay defensa que alcance.
Charco de agua	Bajo los pies, a la izquierda, a la derecha. Sufrimiento fetal.
	También puede interpretarse como obstáculos antes' o después del nacimiento, etc.
Botones	Inmadurez, dependencia, carácter obsesivo, preocupación por lo social, preocupación somática.
Ausencia de paraguas	Falta de defensas.
Cabeza grande, desproporcionada con respecto al cuerpo	Indica deseo de poder, vanidad, narcisismo, auto exigencia, dificultades para el aprendizaje. Perseverarían de ideas.
Orejas	Preocupación por críticas y opiniones de otros. Puede reflejar deficiencia de la audición, alucinaciones auditivas.
Cuello corto	Terquedad, mal humor

- **ESCALA DE ANSIEDAD RASGO Y ESTADO (IDARE)**

ANALISIS CUANTITATIVO

	PUNTAJE DIRECTO (T)	PERCENTIL	ENEATIPO	NIVEL DE ANSIEDAD
Ansiedad Rasgo	43	42	4	Medio
Ansiedad Estado	49	53	5	Alto

ANALISIS CUALITATIVO

Se puede apreciar alto nivel de Ansiedad Estado lo cual denotaría sintomatología que involucra sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión. Este estado emocional puede variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. Existen también sentimientos de tensión y aprensión subjetivas conscientemente percibidos, además de un aumento de la actividad de su sistema nervioso autónomo.

• INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

ANALISIS CUANTITATIVO

TIPO DE DISTORSION CONGNITIVA	PUNTUACION DIRECTA	NIVEL
Filtraje	7	ALTO
Pensamiento polarizado	4	MEDIO
Sobre generalización	9	ALTO
Interpretación del pensamiento	9	ALTO
Visión catastrófica	9	ALTO
Personalización	6	MEDIO
Falacia de control	3	BAJO
Etiquetas globales	6	MEDIO
Culpabilidad	5	MEDIO
Los Deberías	5	MEDIO
Falacia de Razón	4	MEDIO
Falacia de recompensa divina	8	ALTO

ANALISIS CUALITATIVO

Milena presenta de manera significativa la distorsión cognitiva llamada “Visión catastrófica”, la cual consiste en adelantar los acontecimientos de

modo catastrofista para los intereses personales, poniéndose sin prueba alguna en lo peor para sí misma, esta distorsión presenta relación con un pensamiento sobre generalizado, buscando sacar una conclusión general de un solo hecho particular sin base suficiente, así mismo existe puntaje alto en Filtraje seleccionando en forma de visión de túnel un solo aspecto de una situación que tile toda la interpretación de la situación y no se percata de otros que lo contradicen. Así mismo la paciente tiene pensamiento de recompensa divina al suponer que la solución a sus problemas mejorará, “mágicamente” en el futuro, o uno tendrá una recompensa en el futuro si la deja tal cual.

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos	: Diana S. L.
Edad	: 24 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 02-02-1996
Lugar de Nacimiento	: Arequipa-Perú
Procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior universitario
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católica
Informante	: La paciente y el padre
Lugar de evaluación	: Hospital Militar Regional-Arequipa
Fecha de evaluación	: 23 de Febrero del 2018
Examinadora	: Milagros Karina Coaguila Valdivia

II. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente viene a consulta refiriendo se siente “muy nerviosa estos últimos tres meses, viéndose alterado su sueño y no puede estudiar todo esto desde que viajo a Estados Unidos con su mamá el año pasado y le dio mucho miedo el avión, además porque la están presionando para que este año en agosto viaje nuevamente y la sola idea de pensar en eso le produce terror”.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicológicas:
 - ✓ Test de Retención visual de “ Bentos”
 - ✓ Test de Inteligencia No Verbal, TONI-2.
 - ✓ Inventario Multifacial de Personalidad- MILLON II
 - ✓ Test Proyectivo de la persona bajo la lluvia
 - ✓ Inventario de Pensamiento automáticos Ruiz y Lujan.

- ✓ Escala de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE).

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

La paciente refiere que cuando tenía 5 años, su padre viajo a Estados Unidos, para trabajar allí, llevado por su tía la cual radicaba casi 10 años en ese país, quedándose con su mamá y hermano mayor. Pasado 6 meses la madre también viaja a ese país en búsqueda de nuevas oportunidades económicas, ella se queda con la abuelita y su hermano mayor, sin embargo, esta situación le “afectó muchísimo”, sintiéndose sola y con mucho miedo de que sus padres no volvieran “jamás”, refiere que constantemente pensaba en que sus padres la abandonarían para siempre y no volverían con ella. Todo esto generó que disminuyera sus notas en el colegio, y en varias ocasiones se orinara en la cama, la abuela que era una persona de avanzada edad era muy “estricta” y “siempre le reñía por todo”, la paciente continuó con sus notas medias a bajas, sin embargo la abuela no le tomaba importancia, al conversar con sus padres Diana prefería decir que todo estaba bien ya que no quería que se preocuparan por ella, es así que al pasar 5 años de la partida de los padres, la madre regresa a Arequipa, en ese entonces la paciente, aparentemente ya había superado su miedo a pensar en la muerte de sus padres, sin embargo, refiere que desde los 7 años aproximadamente “se comía las uñas”, principalmente cuando tenía exámenes o sabía que había hecho algo malo que su abuela le reprocharía o le pegaría. Al regresar la madre, cuan Diana tenía 10 años de edad se da con la sorpresa que sus uñas estaban “comidas”, situación por la cual la lleva al psicólogo del colegio, el cual la diagnostica de onicofagia infantil, derivándola al centro de salud cercano al colegio, la madre la llevo durante casi 4 meses seguidos, viéndose una notable mejoría, al pasar los años cuando la paciente cumple los 19 años, reciben la noticia de la muerte del padre en un accidente automovilístico en Estados Unidos, este hecho llevo a la paciente a una profunda “crisis nerviosa”, según refiere la madre, no comía, no dormía, constantemente tenía sobresaltos durante la noche y le costaba mucho concentrarse y estudiar como antes lo hacía, pasado un año de la muerte del papá, la paciente fue mejorando, pese a que no llevo

ningún tratamiento médico ni psicológico, poco a poco su vida volvió a ser “como antes”, e incluso a los 21 años ingreso a la carrera de economía en la Universidad Nacional de San Agustín, hasta ese momento su vida la llevó con normalidad, no obstante en ocasiones el insomnio volvía sobre todo frente a situaciones de estrés ante exámenes los trabajos, pero luego de estos se restablecía y seguía su vida con normalidad. Cuando cumplió los 23 años la madre la lleva a Estados Unidos ya que allá tenían un tío (hermano de su papá) al cual irían a visitar, en el viaje la paciente refiere empezó a sentir una sensación horrible de que algo malo podría sucederle a ella y a su madre, al cerrar el avión siente una falta de oxígeno, y una sensación fuerte de palpitación del corazón (taquicardia), además se sintió sumadamente sofocada como si le faltara el oxígeno y no podía respirar, dándole la sensación de que se encontraba encerrada en una pesadilla y que debía escapar de allí corriendo, por lo que intentó desabrocharse el cinturón al ver eso su madre la cogió fuertemente del brazo, pero parecía incontrolable según refiere la madre, entonces para calmarla le apretó con fuerza clavándole las uñas en el brazo y solo ese dolor la hizo calmarse un poco y volver al asiento, sin embargo indica Diana que viajó en completo estado de “choc”, sintiendo que por momentos estaba en una pesadilla y no era ella la persona que estaba sentada en el avión sino otra que miraba desde fuera. Al volver a Perú su miedo se incrementó tanto que se resistía a subir, teniendo que recibir asistencia médica y recibiendo un calmante que le permitió sobrellevar el trayecto del viaje.

Pasado cuatro meses de este hecho, la paciente asistió al gimnasio como lo hacía antes de su viaje a Estados Unidos, sintiendo que su corazón se aceleraba fuertemente y parecía algo que iba empeorando, temiendo lo peor al pensar que le podría dar un ataque cardiaco y “moriría”, desde aquel momento cada vez que se agitaba por cualquier otra circunstancia buscaba inmediatamente asistencia médica pues empezó a sospechar de problemas cardíacos, así mismo esta situación se ha ido agudizando, ya que refiere que en su último viaje a la playa de Mollendo al estar cerca del lugar sintió una sensación de ahogo y sofocamiento, al instante recordó esa misma sensación de aquel hecho ocurrido en el avión, por lo cual desde entonces evita los viajes a lugares lejanos por

miedo a sufrir algún ataque al corazón o miedo a morir asfixiada por la falta de oxígeno o a la idea de no recibir apoyo médico en un lugar lejano..

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

Su tono de voz es medio, no muestra intranquilidad motora; ni presencia de tics o movimientos involuntarios, su postura es erguida y tiene una marcha correcta. En cuanto a su expresión facial se observó que al inicio de la consulta expresión era de cólera y frustración, ya que indicaba que estaba “harta de su situación y se sentía cansada de ser así”. Casi a la mitad de su tratamiento su expresión cambio a una expresión de mayor tranquilidad y aunque en algunos días daba apariencia de cansancio y somnolencia debido a su dificultad para conciliar el sueño.

Durante la entrevista y la evaluación psicológica se mostró colaboradora, comunicativa, amable, respetuosa y en una mayoría de veces dispuesto a responder a las preguntas. En cuanto a su atención, la paciente ha demostrado una atención voluntaria y responde a las preguntas de forma organizada; muestra conciencia de sí mismo y de los demás, adecuada comprensión e interpretación de las indicaciones dadas en conclusión se mostró sin presencia de alteración de la conciencia. Su orientación esta conservada en las tres esferas de persona, espacio y tiempo. En su lenguaje Diana ha presentado una tono y velocidad media, se ha observado también una coherencia en la ilación de su narración, así como un orden lógico y una buena fluidez de su lenguaje expresivo. La calidad del lenguaje es compresible, dando ideas claras acerca de lo que piensa. Su lenguaje comprensivo esta conservado. En el curso del pensamiento, el paciente no muestra ninguna dificultad en sus capacidad de inferencias deductivas, inductivas o de solución de problemas; en el contenido de su pensamiento, existen constantes ideas perseverantes de miedos a viajar o la perdida de sus padres frente a un accidente. En sus funciones sensitivas visuales, olfativas, gustativas, táctiles y auditivas se

encuentran conservadas. La memoria fotográfica y conceptual conservada, así como su memoria reciente y remota.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A la evaluación psicológica y psicométrica el puntaje obtenido por Diana lo ubica en un adecuado nivel de funcionamiento de la percepción visomotora por lo cual se descartaría la presencia de lesión cerebral. A la evaluación de la inteligencia con el test de Inteligencia No Vebal Toni-2, se aprecia un nivel promedio por lo que sus funciones cognoscitivas se encuentran en lo normal, lo que indica una adecuada capacidad de razonamiento y juicio crítico.

En la evaluación de personalidad presenta rasgos de personalidad con una marcada inseguridad, inmadurez y dependencia, siendo difícil afrontar los problemas por si sola y buscando la permanente aprobación de los demás, principalmente de sus padres, además de una preocupación constante por críticas y opiniones de su entorno social, posee un carácter obsesivo e ideas que perseveran pese a las evidencias concretas contrarias, existen también fuertes tendencias autoderrotistas y rasgos de ansiedad manifiesta.

Según los resultados del Inventario de Ansiedad IDARE, existe una predominancia en relación a la Ansiedad Estado lo cual significa que la paciente presenta sentimientos de tensión y aprensión subjetivas conscientemente percibidos, además de un aumento de la actividad de su sistema nervioso autónomo.

A nivel del pensamiento se observa distorsiones cognitivas en la llamada “Visión catastrófica”, la cual consiste en adelantar los acontecimientos de modo catastrofista para los intereses personales, además de pensamiento sobre generalizado el busca sacar una conclusión general de un solo hecho particular sin base suficiente, así mismo existe puntaje alto en Filtraje donde solo se ve un aspecto de una situación que tilde toda la interpretación de la situación y no se percata de otros que lo contradicen dicho pensamiento. Además, la paciente

presenta pensamiento de recompensa divina al suponer que la solución a sus problemas mejorará, “mágicamente” en el futuro, o uno tendrá una recompensa en el futuro si la deja tal cual, todos ellos contribuyen a la activación del sistema nervioso autónomo y a una ansiedad elevada.

VII. DIAGNÓSTICO

Paciente de 24 años, con rasgos de personalidad con una marcada inmadurez, inseguridad y dependencia, además de una preocupación constante por críticas y opiniones de su entorno social, posee un carácter obsesivo e ideas que perseveran además de tendencias autoderrotistas, psicológicamente no se le registra índices de daño cerebral, presenta un nivel intelectual promedio. Con sintomatología correspondiente con un trastorno de pánico con evitación agorafobia (F41.0), por existir activación del sistema nervioso autónomo, sensación de despersonalización, desrealización, taquicardia y evitación agorafobia constante frente a situaciones temidas.

VIII. PRONÓSTICO

Favorable, ya que además de contar con la conciencia sobre su enfermedad y la participación activa en su tratamiento, también existe un soporte familiar adecuado para alcanzar las metas establecidas en el tratamiento.

IX. RECOMENDACIONES

- Seguir una psicoterapia individual y familiar.
- Orientación psicológica a los familiares para un mejor soporte.
- Enseñar diferentes técnicas cognitivas- conductuales que le ayuden a controlar los pensamientos ansiosos frente a las situaciones temidas.
- Entrenamiento complementariamente en técnicas de relajación y respiración
- Interconsulta por psiquiatría para el manejo de la activación autónoma.

PLAN PSICOTERAPEUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos	: Diana S. L.
Edad	: 24 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 02-02-1996
Lugar de Nacimiento	: Arequipa-Perú
Procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior universitario
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católica
Informante	: La paciente y el padre
Lugar de evaluación	: Hospital Militar Regional-Arequipa
Fecha de evaluación	: 23 de Febrero del 2018
Examinadora	: Milagros Karina Coaguila Valdivia

II. DIAGNÓSTICO

Paciente de 23 años a quien psicológicamente no se le registra índices de disfunción cerebral, presenta un nivel intelectual normal medio. Con sintomatología correspondiente con un Síndrome de Dependencia al alcohol (F 10.2)

III. ANTECEDENTES TERAPÉUTICOS

Antecedentes médicos / psiquiátricos:

No presenta antecedentes

Antecedentes psicológicos

Recibió tratamiento psicológico en la niñez por el problema de onicofagia durante casi 4 meses.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- Que el paciente aprenda a manejar sus miedos y la ansiedad frente a los pensamientos que la provocan.

- Entrenar al paciente en técnicas de autocontrol, respiración y relajación frente a la ansiedad y la angustia
- Mejorar sus niveles de autoestima y el conocimiento sobre sí mismo

ACTIVIDADES PSICOTERAPÉUTICOS

SESIÓN N 1: PSICOEDUCACIÓN SOBRE LA ANSIEDAD

Técnica : Cognitivo-conductual

Duración: 60 min

Objetivo:

Instruir al paciente a través de la psicoeducación en conceptos sobre la ansiedad, el pánico y la agorafobia.

Introducir al paciente en el modelo cognitivo-conductual

Desarrollo:

1. Componente Educativo:

Instruir al paciente a través de sus conocimientos previos entorno a lo que es la ansiedad y los siguientes temas relacionados en torno a ella y a su problema:

2. Luego se instruirá a la paciente acerca de la importancia central del pensamiento en el origen de la ansiedad (Breve introducción de TCC)

Presentación de una explicación para la angustia y la agorafobia

Entrega de una guía de autoayuda

Tarea: escribir aquellos componentes de la ansiedad que se le presenten en la semana y que logro identificar

SESIÓN 2 : ENTRENAMIENTO EN RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN PROFUNDA

Técnica: Cognitivo conductual

Duración: 60 min

Objetivo:

Entrenar al paciente en técnicas de respiración, sus diversas formas y la práctica de la relajación aplicada.

Desarrollo:

Hacemos un breve recuento de 10 minutos en torno a lo sucedido al paciente en la semana creando un clima de rapport y confianza

Procedemos 5 minutos a hacer un recuento de la sesión anterior y se procede a la revisión de la tarea enfatizando a los aspectos simples y los más complejos de la redacción de su autobiografía, tema que trataremos a profundidad en la sesión 3.

Procedemos al entrenamiento en respiración lenta y cuando la hiperventilación es una variable importante de la ansiedad (falto de aliento, sofocación, dolor de pecho, hormigueo, entumecimiento, bostezo o suspiro frecuente, que identifique si se asusta y contiene la respiración o respira poco profundo)

Hacer que el paciente practique la hiperventilación (ritmo rápido) primero por 2 minutos, seguido por 1 minuto de concentración en las sensaciones corporales, haciendo una demostración con el paciente.

Se le propone la respiración normal de una persona en reposo que es de 8 a 12 respiraciones por minuto, realizadas de forma suave y poco profunda.

Luego se le hará practicar tasas de respiración por minuto aún más lentas e instruirá al paciente en los tipos de respiración las cuales son: abdominal, diafragmática y clavicular.

Finalmente se hará practicar una tasa de respiración entre 4 a 5 por minuto a través de la respiración abdominal profunda para alcanzar un estado de relajación (relajación aplicada).

Tarea: se le pedirá al paciente practicar las tasas de respiraciones aplicadas de manera diaria durante 10 minutos antes de dormir anotando las dificultades en su aplicación y la experiencia positiva en torno a ella.

SESIÓN 3: EXPLICACIÓN PARA EL PÁNICO Y LA AGORAFOBIA (PENSAMIENTOS CATASTROFICOS)

Técnica: Cognitivo conductual

Duración: 65 min

Objetivo:

Lograr que el paciente conozca acerca de miedo y las respuestas fisiológicas entorno a su papel adaptativo y desadaptativo en la crisis de pánico y la agorafobia.

Desarrollo:

Breve recuento de 10 minutos, acerca de los eventos en la semana y la experiencia en la realización de la tarea asignada la sesión anterior

Se hará la explicación con un ejemplo real de alguna situación vivida con anterioridad de la paciente acerca de cómo diversos estímulos externos e internos pueden ser percibidos como amenazantes, provocando aprensión o miedo.

Tarea: Identificar las estrategias de afrontamiento que normalmente utiliza la paciente cuando presentar o estar por afrontar la paciente.

Continuar con la respiración diafragmática profunda 3 veces por día durante 5 minutos.

SESIÓN 4 : TÉCNICAS DE CONTROL COGNITIVO

Análisis de probabilidades(Grado de creencia en los pensamientos)

Duración: 60 min

Objetivo:

Lograr que el paciente identifique sus pensamientos automáticos dando un grado de probabilidad real a cada uno de ellos.

Desarrollo:

Breve recuento de la sesión anterior y clarificación de las estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente y como estas refuerzan sus conductas de evitación agorafóbica.

Se hará una explicación (con un ejemplo conductual y teoría) entorno a que son los pensamientos automáticos, las emociones que nos causan y como estos influyen en nuestro comportamiento

Se realizará un experimento conductual: hiperventilación-atención a los latidos cardíacos-pensamientos automático en torno a lo que suele pensar cuando experimenta algo similar en una descripción detallada de un cuadro comúnmente experimentado al viajar-preguntas de si es consciente de sus latidos y preguntas irrelevantes como su color favorito o deletrear su nombre completo al revés.

Se aplicará actividades absorbentes que sean entretenidas posteriores al experimento.

Tarea: Identificar los pensamientos automáticos en la semana y anotar las emociones que le producen estos pensamientos.

Continuar con la respiración diafragmática profunda 2 veces por día durante 7 minutos.

SESIÓN 5 : ENTRENAMIENTO EN TÉCNICAS DE DISTRACCIÓN

Técnica: cognitivo conductual

Duración: 60 min

Objetivo:

Lograr que el paciente desplace su atención hacia algún estímulo neutro o positivo frente a pensamientos que él identifique que le producen preocupación o ansiedad.

Desarrollo:

Hacemos un breve recuento de 10 minutos en torno a lo sucedido al paciente en la semana creando un clima de rapport y confianza

Procedemos 5 minutos a hacer un recuento de la sesión anterior y se procede a la revisión de la tarea entorno a la respiración abdominal profunda, enfatizando en las

sensación físicas que este entrenamiento provocó en la paciente

Se procederá a hablar en torno a la biografía del paciente relacionada a su niñez temprana, hablando en torno a los recuerdos más resaltantes que recuerda la paciente, y las emociones actuales que le provoca el recuerdo de estas, así como la identificación de aspectos fisiológicos en aquel momento o en el momento actual.

Se hará una explicación (con un ejemplo y teoría) entorno a que son los pensamientos automáticos, las emociones que nos causan y como estos influyen en nuestro comportamiento

Se realizará un experimento conductual: hiperventilación-atención a los latidos cardíacos-pensamientos automático en torno a lo que suele pensar cuando experimenta algo similar en una descripción detallada de un cuadro comúnmente experimentado al viajar-preguntas de si es consciente de sus latidos y preguntas irrelevantes como su color favorito o deletrear su nombre completo al revés.

Se aplicará actividades absorbentes que sean entretenidas posteriores al experimento.

Tarea: Identificar los pensamientos automáticos en la semana y anotar las emociones que le producen estos pensamientos.

Continuar con la respiración diafragmática profunda 2 veces por día durante 7 minutos.

SESIÓN 6 : ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN

Duración: 50 min

Objetivo:

Entrenar al paciente en técnicas de relajación para un mejor dominio de la ansiedad

Desarrollo:

Hacemos un breve recuento de la sesión anterior en relación a la identificación de los pensamientos automáticos durante la semana, así como la respiración diafragmática y una breve práctica de 5 minutos en torno a los 3 tipos de respiración.

Procedemos a entrenar a la paciente en la Relajación Muscular Progresiva de Jacobson. Se realiza primero un entrenamiento sin respiración y procedemos a

combinar con respiración en algunos de los músculos de hombros, espalda, brazos, antebrazos y piernas.

Se procederá nuevamente a 5 respiraciones profundas seguidas de ejercicios de imaginaria.

Tarea: Identificar los pensamientos automáticos en la semana y anotar las emociones que le producen estos pensamientos.

Continuar con la respiración diafragmática profunda 2 veces por día durante 7 minutos.

SESIÓN 7 : DETERMINACIÓN DE LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA E INTERPRETACIONES ALTERNATIVAS MÁS REALISTAS

Duración: 60 min

Objetivo:

Identificar el grado de probabilidad de ocurrencia de las situaciones temidas estableciendo interpretaciones alternativas más realistas a los pensamientos catastróficos o de dramatización.

Desarrollo:

Realizamos un breve recuento de las situaciones más importantes ocurridas durante la semana, posterior a ello hacemos la revisión del registro de pensamientos automáticos, identificando aquellos que producen más ansiedad y si se aplicó alguna técnica de relajación y respiración o distracción del paciente.

Posterior a ello se aplicara una escala de 0 a 100 en relación a cuan probable es que ocurra lo que realmente teme. Ponemos ejemplos en base a experiencias pasadas o del registro de pensamientos automáticos de la sesión anterior o durante la semana, luego hacemos la pregunta acerca del grado de probabilidad de 0 a 100 de que ocurriera o no ocurriera lo que tanto le angustia o le preocupa al paciente.

Una vez se logre este vea de manera objetiva la probabilidad de ocurrencia se procede a la búsqueda de una explicación más realista como preguntas como: ¿Existe algún modo alternativo de plantearse esta situación? ¿Cómo pensaría otra persona en esta situación?, en el caso de pensamiento perfeccionista eliminar el “pero” o invertirlo.

Una vez trabajemos sobre este aspecto se procederá a hacer un experimento conductual para dar mayor credibilidad a la funcionalidad de establecer más interpretaciones realistas.

Tarea: continuar con el registro de pensamiento automáticas en base a situación, pensamiento, emoción, reacción fisiológica y acción, así como añadir a ellos la determinación de la probabilidad de ocurrencia y el establecimiento de interpretaciones más realistas de esos pensamientos planteados.

Continuar con la respiración diafragmática más relajación muscular progresiva de Jacobson e imaginería 2 veces x día.

SESIÓN 8 : DESCATASTROFIZACION O DESDRAMATIZACIÓN Y UTILIDAD DE LOS PENSAMIENTOS

Duración: 60 min

Objetivo:

Lograr enfrentar de manera consciente y socrática acerca de lo peor que pudiera suceder llevando la situación a lo más temido por el paciente, posterior a ello analizaremos la utilidad percibida por el paciente de sus pensamientos y si esto presenta algún tipo de funcionalidad en su vida.

Desarrollo:

Luego del recuento de la semana y el análisis objetivo de la tarea anterior se procederá a la identificación de los pensamientos más catastróficos y/o dramáticos del paciente , esto a través de la técnica de ponernos en el peor de los casos, proceso que se resume en el “ ¿y qué? ” , es emplear la técnica de Burns, llamada “Técnica del Y-SI”, la cual consiste en imaginarse una situación en que los peores miedos se conviertan en realidad, si el paciente llega a la conclusión de pueda soportar esas cosas se habrá liberado de sus miedos.

Posterior a esta técnica procedemos al análisis de la utilidad percibida por la paciente de sus preocupaciones, siendo interesante determinar para qué sirve cada preocupación, aquí abordamos específicamente sobre la idea de que preocupándose no se puede ejercer algún tipo de control sobre la circunstancia temida u obtener algún tipo de beneficio emocional, hasta llegar a la conclusión de que preocuparse

en exceso no tiene ningún tipo de funcionalidad en la vida del paciente.

Tarea: se procede a identificar cuáles son las situaciones más temidas del paciente y la utilidad de sus preocupaciones en la semana tratando de enfrentarlas cuando aparezcan automáticamente en sus pensamientos para poder debatirlas con las técnicas antes planteadas.

Continuar con la respiración diafragmática más relajación muscular progresiva de Jacobson.

SESIÓN 9 : REFORZANDO LA AUTOESTIMA

Técnica cognitiva conductual

Duración: 60 min

Objetivo:

Lograr que la paciente refuerce su autoestima y en torno a ella mejore sus niveles de comunicación a través de la asertividad, reforzando su confianza en sí misma.

Desarrollo:

Breve report y refuerzo de la sesión anterior y revisión de la tarea.

Posterior a ello se hará un sesión de psi coeducación en relación a que es la
Posterior al análisis se procederá a hacer una lista de los principales logros alcanzados a lo largo de su vida, se reforzará aquellos logros que son poco significativos para la paciente, enfatizando también los alcanzados hasta el momento a través del proceso psicoterapéutico.

Posterior a ello se procederá a identificar las creencias intermedias y centrales en relación a su autoestima.

Se hará una representación mediante ejemplo real buscando que la paciente identifique aquellas creencias centrales que han generado niveles bajos de seguridad en relación a si misma y su relación con las personas.

Tareas:

- Seguir con el registro diario de pensamiento automáticas en base a situación, pensamiento, emoción, reacción fisiológica y acción, así como añadir a ellos la

determinación de la probabilidad de ocurrencia y el establecimiento de interpretaciones más realistas de esos pensamientos planteados y la posible creencia central e intermedia que pudiera verse en relación a estos pensamientos automáticos

- Continuar con la lista de logros y añadir a ellos lista de cualidades físicas, psicológicas en base a la técnica soy buena para....
- Continuar con la respiración, relajación muscular progresiva de Jacobson e imaginería 2 veces x día.

SESIÓN 10 : ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES

Técnica cognitiva conductual

Duración: 60 min

Objetivo:

Fomentar en Diana una actitud de resolución de problemas y generar las auto instrucciones más útiles y más positivas para llevar a cabo una tarea o actuación concreta o afrontar cualquier situación problemática del mejor modo posible.

Desarrollo:

Breve report y refuerzo de la sesión anterior y revisión de la tarea.

Se le explicara al paciente que las auto instrucciones son lo que uno se dice a si mismo cuando realiza alguna actividad, sabiendo que siempre influirá la manera clave en cómo nos sentimos y como nos comportamos. Ejemplo “voy a dejar de preocuparme por esto”, animándola luego a identificar la repercusión de estas auto frases en la emocionalidad que produce al paciente, además con ayuda del psicoterapeuta se buscara auto frases significativas para ella, para finalmente incentivarla a partir de ejemplos traducidos a sus propias palabras y personalizados.se aplicara toda la fases donde el terapeuta modela al paciente las auto instrucciones en voz alta y finalmente el paciente realiza todo el proceso solo y con auto instrucciones encubiertas, siendo el terapeuta quien orienta y refuerza.

Tarea: Realizar el registro de auto frases que generan estados emocionales negativos

y cambiarlos por auto frases que generen auto instrucciones más útiles y positivas para el paciente.

Continuar con la respiración, relajación muscular progresiva de Jacobson e imaginería 1 vez x día como mínimo y aplicarla en situaciones de tensión o ansiedad.

SESIÓN 11: EXPOSICIÓN A LAS SITUACIONES TEMIDAS.

Técnica de desensibilización sistemática

Duración: 60 min

Objetivo:

Exponer progresivamente al paciente a través de la desensibilización sistemática para lograr un mejor afronte de las situaciones temidas, principalmente el miedo a volar o viajar.

Desarrollo:

Breve report y refuerzo de la sesión anterior y revisión de la tarea viendo si se aplicó el entrenamiento en solución de problemas y reforzando los logros alcanzados por la paciente.

Los pasos para la exposición a través de la desensibilización sistemática son:

1. Se pedirá que el sujeto prediga lo que cree que le ocurrirá durante la exposición y luego compruebe si realmente sucedió.
2. Se especificará la catástrofe anticipada y el nivel de intensidad del miedo de 0 a 10.
3. Luego hacer una lista con los pasos de la situación temida de menor a mayor intensidad.
4. Se describe detalladamente cada escena incluyendo todo los aspectos que rodean la situación temida.
5. Luego aplicamos respiración y relajación progresiva de Jacobson (breve solo 6 músculos) y comenzamos a través de la imaginación a exponer a la paciente con la escena menos temida de toda la lista midiendo el nivel de intensidad del miedo y la ansiedad del 0 a 10 y mesclando con técnicas de relajación y respiración cada vez q exista un aumento de tensión muscular y nivel de ansiedad.

6. Se avanza conforme la paciente pueda manejar de preferencia solo hasta la mitad de la lista.
7. Finalmente se refuerza lo positivo de su rendimiento y se hace una comparación entre lo que predijo antes de la exposición y lo que ocurrido después de ella.

Tareas:

- Se pedirá a la paciente se auto exponga a situaciones temidas haciendo una lista de situaciones que evita o le producen ansiedad y especificarlas con claridad.
- Elegir el ítem más fácil de la lista como primer objetivo y repetirlo muchas veces hasta lograr afrontarlo sin problemas entonces pasar a la siguiente situación de la lista.
- .
- Aplicar la respiración diafragmática 2 veces al día y relajación muscular de Jacobson 2 veces por día y en situaciones de ansiedad durante la exposición a situaciones temidas.

IV. TIEMPO DE EJECUCIÓN: 3 meses aproximadamente (11 a 13 sesiones una vez por semana)

V. AVANCES PSICOTERAPÉUTICOS

- Hasta el momento se ha logrado avanzar hasta la sesión número 5, viéndose avances en relación a la práctica de la relajación, es decir la paciente ya identifica los estados ansioso normal y aquellos que pudieran desencadenar en una crisis de pánico, practicando la relajación y respiración aprendida.
- La paciente logra identificar los pensamientos automáticos que le producen ansiedad y la activación fisiológica para modificarlos e intentar evaluarlos con mayor objetividad.

ANEXOS

EST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA



PERFIL DE RESULTADOS MILLON II

Escalas de Validez

PUNTAJE

										FINAL
V	Validez	0	=	Válido						
X	Sinceridad	498	=	Válido					89	X
Y	Deseabilidad Social	15	=						72	Y
Z	Auto descalificación	25	=						82	Z

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE Bruto	BR	FACTOR X X1/2		AJUSTES DA DD DC-1 DC-2 Pac.				PUNTAJE FINAL	
			X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2		
1 Esquizoide	31	88	81						81	1
2 Evitativo	52	121	114		111				111	2
3 Dependiente	46	100	93						93	3
4 Histriónico	31	67	60						60	4
5 Narcisista	28	51	44						44	5
6A Antisocial	23	62	55						55	6A
6B Agresivo-sádico	29	67	60						60	6B
7 Compulsivo	33	61	54						54	7
8A Pasivo-agresivo	44	110	103						103	8A
8B Auto derrotista	41	120	113		110				110	8B

Patología severa de personalidad										
S	Esquizotípico	44	105		102		101	101	99	
C	Bordelinde	40	74		71	71	70	70	64	
P	Paranoide	35	69		66		66	66	59	

4

Síndromes clínicos										
A	Ansiedad	32	102	95		94	94	87		87
H	Somatoformo	36	83	76		75	75	70		70
N	Bipolar	28	61	54						54
D	Distimia	39	94	87		86	86	81		81
B	Dependencia de alcohol	26	73	66						66
T	Dependencia de drogas	31	66	59						59

Síndromes severos										
SS	Desorden del pensamiento	28	73		70			70	70	SS
CC	Depresión mayor	30	72		69			69	69	CC
PP	Desorden delusional	20	65		62			62	62	PP

HOJA DE RESPUESTA MILLON II HOJA DE RESPUESTA MILLON II

HOJA DE RESPUESTAS

Nombres y Apellidos: Diana Edad: 24

Fecha de Nacimiento: Estado Civil: S.

Fecha de Evaluación: Ocupación:

Grado de Instrucción: Evaluador:

MARQUE CON UN ASPA LA RESPUESTA (V=VERDADERO; F=FALSO)
QUE MEJOR LE DESCRIBA A UD. Y A SU MANERA DE SER

V	F
	X
X	
X	
X	
X	X

V	F
	X
X	
	X
	X
X	

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
	X
X	
	X
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F
X	
	X
X	
X	
X	X

V	F

<tbl_r cells="2" ix="3" maxcspan

IDARE

INVENTARIO DE AUTOEVALUACION

Nombre: Diana Edad: 24
 Ocupacion: _____ Estado Civil: soltera

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente en estos momentos. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

S X E

	ITEMS	No, en lo absoluto (0)	Un poco (1)	Bastante (2)	Mucho (3)
1.	Me siento calmado		X		
2.	Me siento seguro		X		
3.	Estoy tenso			X	
4.	Estoy contrariado			X	
5.	Me siento alterado			X	
6.	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo				X
7.	Estoy preocupado			X	
8.	Me siento descansando	X			
9.	Me siento ansioso			X	
10.	Me siento comodo		X		
11.	Me siento con confianza en mi mismo	X			
12.	Me siento nervioso			X	
13.	Me siento agitado			X	
14.	Me siento "a punto de explotar"				X
15.	Me siento reposado	X			
16.	Me siento satisfecho		X		
17.	Estoy preocupado			X	
18.	Me siento muy excitado y aturrido			X	
19.	Me siento alegre	X			
20.	Me siento muy bien	X			

IDARE

INVENTARIO DE AUTOEVALUACION

Nombre: Deana

Edad: 24

Ocupacion:

Estado Civil: Soltera

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente en estos momentos. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

S X R

Nº	ITEMS	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21.	Me siento bien		✗		
22.	Me canso rápidamente			✗	
23.	Siento ganas de llorar		✗		
24.	Quisiera ser feliz como otros parecen serlo			✗	
25.	Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente			✗	
26.	Me siento descansado	✗			
27.	Soy una persona "tranquila, "serena", "sosegada		✗		
28.	Siento que las dificultades me amontonan al punto de no poder superarlas			✗	
29.	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia			✗	
30.	Soy feliz	✗			
31.	Tomo las cosas muy a pecho			✗	
32.	Me falta confianza en mí mismo		✗		
33.	Me siento seguro		✗		
34.	Trato de sacarle el cuerpo a la crisis y las dificultades		✗		
35.	Me siento melancólico		✗		
36.	Me siento satisfecho		✗		
37.	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan			✗	
38.	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza		✗		
39.	Soy una persona estable		✗		
40.	Cuando pienso en asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado			✗	

BENTON
TEST DE RETENCIÓN VISUAL
PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

NOMBRE: *Diana.*
DPTO: _____

FECHA: _____

EDAD: *24* SEXO: *F* CASO N°: EXMINADOR (A): *M. Lapez Coagüela*

FORMA *D*

FORMA

DISEÑO	PUNTAJE	ERRORES	DISEÑO	PUNTAJE	ERRORES
I	1	-	I		
II	1	-	II		
III	1	-	III		
IV	1	-	IV		
V	0	OND	V		
VI	1	-	VI		
VII	1	-	VII		
VIII	1	-	VIII		
IX	1	-	IX		
X	1	-	X		

Nº Correcto: *9* ... Nº de Errores: *1*

Nº Correcto: Nº de Errores.....

CATEGORÍA DE ERRORES

CATEGORÍA DE ERRORES

OMISIÓN	DISTORSIÓN	PERSEVERACIÓN	ROTACIÓN	OMISIÓN	DISTORSIÓN	PERSEVERACIÓN	ROTACIÓN
1	0	0	0				
DESPLAZ	ERRO TAMAÑ	IZQUIERDA	DERECHA	DESPLAZ	ERRO TAMAÑ	IZQUIERDA	DERECHA
0	0	0	0				

OBSERVACIONES: *Se aplicó la forma D. tipo de administración existiendo solo en una de omisión en el cuadro número 5.*

INTERPRETACIÓN:

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS
(RUIZ Y LUJAN)

NOMBRE: Diana
FECHA _____

A continuación encontrara una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que valore la frecuencia con que usted suele presentarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación.

- 0 - Nunca pienso eso
- 1 - Algunas veces lo pienso
- 2 - Bastante veces lo pienso
- 3 - Con mucha frecuencia lo pienso

1	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	1	2	X	0
2	Solamente me pasan cosas malas	1	2	X	0
3	Todo lo que hago me sale mal	X	2	3	0
4	Sé que piensan mal de mí	1	2	X	0
5	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	1	2	X	0
6	Soy inferior a la gente en casi todo	1	X	3	0
7	Si otros cambiaron si actitud yo me sentiría mejor	1	2	3	X
8	No hay derecho a que me traten así	X	2	3	0
9	Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	1	2	X	0
10	Mis problemas dependen de los que me rodean	1	X	3	0
11	Soy un desastre como persona	1	X	3	0
12	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	1	2	X	0
13	Debería de estar bien y no tener estos problemas	1	2	X	0
14	Sé que tengo la razón y no me entienden	1	2	3	X
15	Aunque ahora sufro, algún día tendré mi recompensa	1	2	X	0
16	Es horrible que me pase esto	1	2	X	0
17	Mi vida es un continuo fracaso	1	2	X	0
18	Siempre tendrá este problema	1	2	X	0
19	Sé que me están mintiendo y engañando	1	X	3	0
20	¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	1	X	3	0
21	Soy superior a la gente en casi todo	1	2	3	X
22	Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	1	X	3	0
23	Si me quisieran de verdad, no me tratarían así	X	2	3	0
24	Me siento culpable, y es por qué eh hecho algo malo	1	2	3	X
25	Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	1	2	3	X
26	Alguien que conozco es un imbécil	1	2	3	X
27	Otros tienen la culpa de lo que me pasa	1	2	3	X
28	No debería cometer esos errores	1	X	3	0
29	No quiere reconocer que, estoy en lo cierto	1	2	3	X
30	Ya vendrán mejores tiempos	1	2	X	0

31	Es insopportable, no puedo aguantar mas	1	X	3	0
32	Soy incompetente e inútil	1	X	3	0
33	Nunca podre salir de esta situación	1	X	3	0
34	Quiere hacerme daño	1	2	X	0
35	¿Y si le pasa algo malo a la persona a quien quiero?	1	X	3	0
36	La gente hace las cosas mejor que yo	1	2	3	X
37	Soy una víctima de mis circunstancias	X	2	3	0
38	No me tratan como deberian hacerlo y me merezco	1	2	X	0
39	Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	1	2	X	(X)
40	Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	1	2	3	X
41	Soy un neurótico	1	2	X	0
42	Lo que me pasa es un castigo que me merezco	X	2	3	0
43	Debería recibir mas atención y cariño de otros	/	1	2	3
44	Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	1	2	3	X
45	Tarde o temprano me irán las cosas mejor	1	2	X	0