

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RR. II. Cs. DE LA
COMUNICACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TÉSIS DE INVESTIGACIÓN

**“ESTRÉS LABORAL Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN TRABAJADORES
QUE LABORAN EN EL TURNO NOCHE”**

(Estudio Realizado en los Casinos del Grupo CIRSA en Arequipa-2017)

Tesis presentada por los bachilleres:
Ibañez Panta, Diego Hernan
Yauli Huayta, Jorge
Para optar el Título Profesional de
Psicólogos

Arequipa - Perú

2017

PRESENTACIÓN

Señor Rector de la Universidad Nacional de San Agustín

Señor Decano de la Facultad de Psicología, RR. II. y Cs. de la Comunicación

Señor Director de la Escuela Profesional de Psicología

Señor Presidente del Jurado Dictaminador

Señores Catedráticos Miembros del Jurado Dictaminador

Tenemos el honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de poner a su consideración el presente trabajo de investigación cuyo rúptulo es “Estrés Laboral y Bienestar Psicológico en Trabajadores que Laboran en el Turno Noche”, el mismo que tras su revisión y dictamen favorable, nos permitirá optar el Título Profesional de Psicólogos.

Cumpliendo con los requisitos del reglamento vigente, esperamos que vuestra justa apreciación evalúe el esfuerzo realizado y que la presente investigación sirva de aporte al conocimiento psicológico y sea un incentivo para que se realicen futuras investigaciones.

Bachilleres

Ibañez Panta, Diego Hernan

Yauli Huayta, Jorge

DEDICATORIA

A nuestros padres por quienes asimilamos la ternura y el cariño, como la motivación de convertirnos en profesionales.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal que labora en la Empresa del Grupo CIRSA, por brindar el apoyo necesario para poder realizar el presente estudio

RESUMEN

La presente investigación cuyo título es “Estrés Laboral y Bienestar Psicológico en Trabajadores que Laboran en el Turno Noche” tiene como objetivo principal determinar la relación entre el Estrés Laboral y el Bienestar Psicológico en trabajadores que laboran en el turno noche de la Empresa CIRSA en la ciudad de Arequipa. La Muestra estuvo conformada por 130 trabajadores que vienen laborando entre 1 a 15 años en la Empresa, de los cuales 98 son del género masculino y 32 del género femenino. El enfoque de investigación es cuantitativa y el diseño utilizado es la no experimental de tipo transversal y correlacional. Se utilizó el cuestionario de Estrés laboral de Cooper para evaluar el nivel de estrés experimentado y el Cuestionario BIPSI-A para determinar el nivel de satisfacción psicológico en los participantes. Las variables de estudio fueron relacionadas utilizando pruebas estadísticas como Chi cuadrada y la prueba de correlación Tau_b de Kendall para determinar la asociación entre las variables. Los resultados hacen concluir que El Estrés Laboral esta correlacionado de manera negativa con el Bienestar Psicológico.

Palabras claves: Estrés, Estrés Laboral, Bienestar Psicológico.

ABSTRACT

The current research whose title is "Work Stress and Psychological Wellbeing in Workers Who Work in the Night shift" has as main objective to determine the relationship between Work Stress and Psychological Wellbeing in workers who work in the night shift of the company CIRSA in the city of Arequipa. The sample consisted of 130 workers who have been working in the company for 1 to 15 years, of whom 98 are men and 32 are women. The research approach is quantitative and the design used is the non-experimental transversal and correlational type. The Cooper Work Stress questionnaire was used to assess the level of stress experienced and the BIPSI-A Questionnaire to determine the level of psychological satisfaction in the participants. The study variables were related using statistical tests such as Chi square and Kendall's Tau_b correlation test to determine the association between the variables. The results conclude that Work Stress is negatively correlated with Psychological Wellbeing.

Key words: Stress, Work Stress, Psychological Well-Being

ÍNDICE

	Pág.
PRESENTACIÓN.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
2. HIPÓTESIS	7
3. OBJETIVOS	8
3.1. Objetivo General.....	8
3.2. Objetivos específicos	8
4. IMPORTANCIA DE ESTUDIO	9
5. LIMITACIONES DE ESTUDIO	10
6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	11
7. VARIABLES E INDICADORES	11
6.1. VARIABLE X: Estrés Laboral.....	11
6.2. VARIABLE Y: Bienestar Psicológico	11
8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	12
9. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	12

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA	17
1. ESTRÉS.....	17
1.1. Antecedentes del Concepto	17
1.2. El estrés como estímulo.....	21
1.3. El estrés como respuesta	25
1.4 Teorías del estrés	26
A. La Teoría de Cannon	26
B. La Teoría el Síndrome General de Adaptación	27
2. ESTRÉS LABORAL	29
2.1. Definición	29

2.2. Causas del Estrés Laboral	31
2.3. Los Resultados de la Experiencia del Estrés	34
2.4. Factores psicosociales que inciden en el estrés laboral	34
2.5. Consecuencias o Efectos del Estrés Laboral.....	35
A. Síntomas Que Pueden Provocar En La Persona El Estrés Laboral.....	35
B. Efectos del estrés laboral en las entidades donde se labora	37
2.6. Sindrome de Burnout.....	38
A. Defnición	39
B. Consecuencias del Burnout.	40
3. BIENESTAR PSICOLÓGICO.....	41
3.1 Definición.	41
3.2. Teorías Explicativas Del Bienestar Psicológico	43
3.3. Dimensiones del Bienestar psicológico.....	45
A. Aceptación de sí mismo	46
B. Vínculos psicosociales	46
C. Control de las situaciones	46
D. Crecimiento personal	46
E. Proyecto de vida	46
F. Autonomía	47
3.4. La medida del bienestar psicológico.	47
4. CICLOS CIRCADIANOS: EL RELOJ BIOLÓGICO	48
4.1. Definición	49
4.2. Ritmos Circadianos y Trabajo Nocturno	50
5. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA GRUPO CIRSA	52
4.1. Misión de la Empresa	53
4.2. Visión de la Empresa	54
 CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA	55
1. TIPO, DISEÑO O MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	55
2. PARTICIPANTES.....	56
2.1. Población	56
2.2. Muestra.....	56
A. Criterios De Inclusión	57

B. Criterios De Exclusión	57
3. MATERIALES E INSTRUMENTOS	57
3.1. Cuestionario de Estrés Laboral de Cooper	57
3.2. Escala de BIEPS-A (María Casullo, 2002).....	59
A. Escala evalúa las siguientes dimensiones:	60
B. Administración y Evaluación	61
C. Interpretación de la escala:	61
4. PROCEDIMIENTO	63

CAPÍTULO IV

RESULTADOS.....	65
Distribución por Sexo de la Muestra	66
Descripción por Nivel de Instrucción.....	67
Descripción por Años de Servicio	68
Niveles de Estrés Laboral Experimentado por los Trabajadores	69
Nivel Bienestar Psicológico.....	70
Aceptación de Sí Mismo	71
Vínculos psicosociales	72
Control de Situaciones	73
Proyecto de vida	74
Estrés Laboral en relación a la Aceptación de sí mismo.....	75
Estrés Laboral en relación a los Vínculos psicosociales.....	76
Estrés Laboral en relación al Control de Situaciones.....	77
Estrés Laboral en relación a Proyecto de vida	78
Estrés Laboral en relación al Bienestar psicológico	79
Correlación entre Estrés Laboral y las Dimensiones del Bienestar Psicológico.	80
Correlación entre Estrés Laboral con el Bienestar Psicológico (General)....	82

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN	83
CONCLUSIONES	89
RECOMENDACIONES	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92
ANEXOS	96

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág
Tabla Nº 01: Distribución por Sexo de la Muestra.....	66
Tabla Nº 02: Descripción por Nivel de Instrucción	67
Tabla Nº 03: Descripción por Años de Servicio.....	68
Tabla Nº 04: Niveles de Estrés Laboral Experimentado por los Trabajadores	69
Tabla Nº 05: Nivel Bienestar Psicológico	70
Tabla Nº 06: Aceptación de Sí Mismo.....	71
Tabla Nº 07: Vínculos psicosociales	72
Tabla Nº 08: Control de Situaciones	73
Tabla Nº 09: Proyecto de vida.....	74
Tabla Nº 10: Estrés Laboral en relación a la Aceptación de sí mismo ...	75
Tabla Nº 11: Estrés Laboral en relación a los Vínculos psicosociales ...	76
Tabla Nº 12: Estrés Laboral en relación al Control de Situaciones	77
Tabla Nº 13: Estrés Laboral en relación a Proyecto de vida	78
Tabla Nº 14: Estrés Laboral en relación al Bienestar psicológico	79
Tabla Nº 15: Correlación entre Estrés Laboral y las Dimensiones del Bienestar Psicológico.....	80
Tabla Nº 16: Correlación entre Estrés Laboral con el Bienestar Psicológico (General)	82

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los últimos años, varios autores dicen que se vive en la era del estrés o de la ansiedad y que es una "enfermedad de la vida contemporánea", por la misma forma de vida de las sociedades en desarrollo, por lo que en las personas también aumenta las preocupaciones y temores que conducen a una inadaptación e incomodidad, la cual puede ser muy intensa (Gallego, 2003).

Sin duda alguna el estrés acompañó al hombre desde su aparición en la tierra. En el ser humano para poder sobrevivir ante las inclemencias de la naturaleza o estado de peligro, se presentaba en dos opciones, hacerle frente o escapar, en cualquiera de esas situaciones, le permitía al hombre liberar energía (estrés).

La palabra estrés es un término usado de manera muy habitual en la sociedad contemporánea. Estudiar el estrés es cada vez más importante en la sociedad actual y prácticamente en todos los grupos o estatus social se está produciendo

un aumento de este fenómeno. Un inadecuado ajuste de las capacidades personales y las demandas exigidas genera insatisfacción y sentimientos de estrés (Oviedo y Rodríguez, 2016).

En los tiempos actuales, dentro de las organizaciones de índole empresarial, se vive una especie de competencia entre los trabajadores para lograr ascensos, recibir mayores beneficios laborales, y lógicamente percibir pagos elevados, esto traería como consecuencia experimentar estrés laboral en los trabajadores (colaboradores) en una empresa.

Se debe tener presente que La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define el estrés laboral como “La reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación”.

Se sabe que en los tiempos actuales se vive de un dinamismo acelerado, este dinamismo (innovaciones tecnológicas por ejemplo) también se experimenta dentro de las organizaciones lo que en los trabajadores podría generar niveles de estrés elevado, ello producto a que los trabajadores y las personas en general no están acostumbrados de salir de la “esfera de confort”.

El estrés cuyo origen es el laboral, afectará lógicamente en la calidad de vida y en el desempeño del trabajo que realiza, no sólo porque compromete la salud de las personas sino también la productividad de la empresa donde labora. La sobrecarga de los trabajos rutinarios y bajo presión, pueden producir a experimentar niveles elevados de estrés laboral.

Muchos autores que hablan sobre el estrés, establecen que existe una relación positiva entre los estresores laborales (fuentes de estrés o tensión) y el distrés (síntomas psicológicos y/o físicos del individuo que experimenta estrés) (Osca, González, Bardera y Peiró, 2003; Torres, San Sebastián, Ibarretxe y Zumabale, 2002; citado por Gonzales, 2006). La baja productividad, el absentismo o las bajas por invalidez, son problemas asociados al estrés laboral que deben

afrontar las organizaciones (Sonnentag y Frese, 2003, citado por Gonzales 2006).

Por lo que el estrés en el entorno laboral es un problema que supone un coste personal, social y económico muy importante. Cada año son numerosos los índices de absentismo, los accidentes en el trabajo, baja productividad, problemas gastrointestinales y la poca motivación por el trabajo todo ello debido al estrés que se experimenta.

Pero cabe mencionar, a los trabajadores que trabajan dentro del turno noche, ellos de alguna manera percibirán o experimentarán de manera distinta el estrés laboral que los trabajadores que laboran en el turno diurno, ello porque los ritos circadianos se vendrían afectados o alterados al trabajar durante la noche, siendo para la empresa perjudicial, lógicamente habrá disminución en la productividad, como indican diferentes autores.

Así, Smith, Folkard y Poole, (1994) citado por Cuadrado 2016) recogen investigaciones de autores como Murrel, quien encuentran disminución de la productividad en trabajadores nocturnos en varias profesiones y un estudio en Taiwan muestra que el rendimiento óptimo se obtiene durante el turno de día y el peor rendimiento se obtiene en la noche. Además, también se refleja que los turnos fijos tienen mayores niveles de productividad que los rotativos (Liou y Wang, 1991, citado por Cuadrado, 2016).

El resultado por trabajar en el turno noche es una acumulación de deuda de sueño (proceso homeostático) combinada con los efectos del desajuste circadiano, ambos con graves implicaciones para la productividad y la seguridad de los trabajadores a turnos (Åkerstedt y Wright, 2009, citado por Olavarrieta, 2015). No es sorprendente que el turno de noche produzca el mayor grado de somnolencia comparado con el trabajo diurno, turno de tarde e incluso en turnos rotatorios, especialmente durante las primeras horas de la mañana cuando normalmente los trabajadores conducen de vuelta a casa (Drake, Roehrs, Richardson, Walsh y Roth, 2004, citado por Olavarrieta, 2015).

Por otro lado, otro fenómeno psicológico que podría afectar el estrés laboral, es el bienestar psicológico, que es muy importante tomarlo en cuenta. El bienestar psicológico podrá influenciar en todas las tareas que realiza el ser humano ya sea en el ámbito familiar, laboral, social, etc. Por lo que el bienestar psicológico estaría ligado también al ámbito laboral, y que aquella podría estar siendo afectada de manera negativa por el estrés laboral.

Molina y Meléndez (2006) consideran que el bienestar psicológico sería el resultado de un proceso de construcción personal basado en el desarrollo psicológico del individuo y en su capacidad para interactuar de forma armoniosa con las circunstancias que afronta en su vida.

Al respecto, Omar (2006) indica que el tema de la satisfacción laboral, ha sido estudiado como consecuencia de la capacidad de la organización por generar un contexto adecuado para sus empleados., también es determinante del desempeño individual, como la salud y de resultados organizacionales, como las tasas de ausentismo, rotación o indicadores de productividad”.

Desde este punto de vista, es posible que una persona con un nivel alto de Bienestar psicológico no poseería niveles altos de estrés, o por lo menos estas personas tendrían mecanismos necesarios para hacer frente al experimentar niveles altos de estrés laboral, y que éstos podrán ser altamente competitivos y productivos en una empresa, lo que sería adecuado para organización para la cual laboran.

En la presente estudio, se averiguará la posible relación que existe entre el estrés laboral y el bienestar psicológico tomando en consideración a los trabajadores que trabajan en el turno noche; estas variables, que al estudiarlas en un empresa servirá a ésta para que pueda ser intervenidos de manera adecuada, ya que lo que busca toda empresa es que sus trabajadores se identifiquen con ella y lógicamente habrá un bienestar psicológico adecuado en el ámbito laboral y tratar de disminuir lo menos posible que sus trabajadores experimenten el estrés laboral.

Es por ello que en el presente estudio, se determinará en cómo es que el Estrés Laboral está asociada con el Bienestar Psicológico en los trabajadores que trabajan en el turno noche del Grupo CIRSA en la ciudad de Arequipa; para contrastar la hipótesis, se recurrirá al enfoque cuantitativo, puesto que se empleará la estadística inferencial para dar respuesta a la pregunta de investigación. Así mismo, se utilizará en el presente estudio, el diseño no experimental, de tipo descriptivo correlacional. Los resultados estarán limitados a los trabajadores que laboran en el turno noche del Grupo CIRSA en la ciudad de Arequipa, puesto que se utilizó el muestro no probabilístico de manera intencional, ello según los objetivos de los investigadores.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los graves problemas psicológicos que aqueja a la humanidad del mundo globalizado es precisamente el estrés que ha venido manifestándose en las diversas situaciones de la persona ya sea en la familia, en el estudio, en el trabajo, en las relaciones interpersonales e intrapersonales de los seres humanos.

De otro lado, dentro del campo laboral, las empresas en el desarrollo de la política de trabajo, exigen al máximo el rendimiento de la productividad de sus trabajadores sin importarles el grado de emociones, en algunos casos, como en los países industrializados, donde en las horas de trabajo, los trabajadores no pueden tener ningún tipo de comunicación interpersonal, solo limitarse a realizar sus funciones o responsabilidad, como si estuviesen tratados en calidad de máquinas, pese a las recomendaciones de especialistas de Psicólogos de la vertiente industrial, médicos, sociólogos que han dado su opinión, que el recurso humano debe ser tratado como personas, que deben desarrollarse dentro de un parámetro de una satisfacción laboral, sin embargo, este grupo social de trabajadores que se encuentran inmerso dentro de las consecuencias del estrés, como las alteraciones físicas, psicológicas, estas últimas, preocupación excesiva, que traería incluso, problemas gastro-intestinales.

Sin duda alguna al experimentar niveles altos de estrés, el colaborador o trabajador manifestará reducción en el rendimiento y la productividad en el trabajo, pedirá reiteradamente su rotación, hasta llegar al absentismo, lo que sería muy perjudicial a la empresa.

Específicamente en el grupo CIRSA, los trabajadores que vienen laborando en el turno de noche, se ha observado ciertos síntomas de manifestación del estrés, donde hay una disconformidad con las responsabilidades que realizan, otros que no se identifican con la política de la empresa, otros no controlan sus emociones frente a los demás y existe el problema de absentismo lo que perjudica a la empresa.

Hay que tener presente, García y González (2000), mencionan que el bienestar psicológico se diferencia claramente de la calidad de vida. De hecho, ésta incluye el concepto de bienestar, puesto que implica una interacción bastante compleja entre factores objetivos ligados a condiciones externas de tipo económico, sociopolítico, cultural y ambiental, mientras que el bienestar está signado por la autovaloración vital que hace la persona en función de su nivel individual de satisfacción.

Dentro del contexto de la Empresa CIRSA, es posible que el estrés laboral esté afectando en el bienestar psicológico de los trabajadores del turno noche, por lo que será necesario averiguar en nivel de esta variable que poseen los trabajadores, al indagarlo se podrá saber si existe relación directa o inversa con el estrés laboral. Lo que convendría a la empresa, puesto que es posible que cuando un trabajador posee niveles bajos de estrés y niveles elevados en el bienestar psicológico, éste se identificará con la empresa, por lo que pondrá los esfuerzos necesarios para sacar a la empresa adelante, lógicamente existirá una identificación por parte del trabajador con la empresa, lo que le traería grandes beneficios en su rentabilidad.

Por lo que en el presente estudio se dará respuesta a la siguiente interrogante:

¿Qué relación existirá entre el Estrés Laboral con el Bienestar Psicológico en los trabajadores que laboran en el turno noche del grupo CIRSA?

2. HIPÓTESIS

2.1. HIPÓTESIS GENERAL

H₁: Existe relación significativa entre el Estrés Laboral y el Bienestar Psicológico en los trabajadores nocturnos del grupo CIRSA.

H₀: No Existe relación significativa entre el Estrés Laboral y el Bienestar Psicológico en los trabajadores nocturnos del grupo CIRSA.

2.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

a. **H₁:** Existe relación significativa entre el Estrés Laboral y la Dimensión Aceptación de sí mismo del Bienestar Psicológico.

H₀: No Existe relación significativa entre el Estrés Laboral y la Dimensión Aceptación de sí mismo del Bienestar Psicológico.

b. **H₁:** Existe relación significativa entre el Estrés Laboral y la Dimensión Vínculos psicosociales del Bienestar Psicológico.

H₀: No Existe relación significativa entre el Estrés Laboral y la Dimensión Vínculos psicosociales del Bienestar Psicológico.

c. **H₁:** Existe relación significativa entre el Estrés Laboral y la Dimensión Control de situaciones del Bienestar Psicológico.

H₀: No Existe relación significativa entre el Estrés Laboral y la Dimensión Control de situaciones del Bienestar Psicológico.

d. **H₁:** Existe relación significativa entre el Estrés Laboral y la Dimensión Proyecto de vida del Bienestar Psicológico.

H₀: No Existe relación significativa entre el Estrés Laboral y la Dimensión Proyecto de vida del Bienestar Psicológico.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el Estrés Laboral con el Bienestar Psicológico en los trabajadores nocturnos del grupo CIRSA.

3.2. Objetivos específicos

- a)** Evaluar el Estrés Laboral que experimentan los trabajadores nocturnos del grupo CIRSA.
- b)** Evaluar el nivel de Bienestar Psicológico que poseen los trabajadores nocturnos del grupo CIRSA.
- c)** Describir el nivel de estrés laboral experimentado por los trabajadores nocturnos del grupo CIRSA.
- d)** Describir en los niveles de Bienestar Psicológico que poseen los trabajadores nocturnos del grupo CIRSA.
- e)** Determinar si existe relación entre el Estrés Laboral con la dimensión aceptación de sí mismo del Bienestar Psicológico de los trabajadores nocturnos del grupo CIRSA.
- f)** Determinar si existe asociación entre el Estrés Laboral y la dimensión vínculos psicosociales del Bienestar Psicológico de los trabajadores nocturnos del grupo CIRSA

g) Determinar si existe asociación entre el Estrés Laboral y la dimensión control de situaciones del Bienestar Psicológico de los trabajadores nocturnos del grupo CIRSA.

h) Determinar si existe relación entre el Estrés Laboral y la dimensión proyecto de vida del Bienestar Psicológico de los trabajadores nocturnos del grupo CIRSA.

4. IMPORTANCIA DE ESTUDIO

La presente investigación tiene la finalidad de dar a conocer una problemática que se viene dando en los diferentes escenarios de la vida del hombre , que lleva la gran mayoría una vida muy agitada, especialmente en los centros de trabajo, donde las empresas han considerado a los trabajadores en hombres máquinas, que no les interesa sus emociones, sus sentimientos , sus anhelos de superación, sus problemas , dando lugar a esta tensión que ha llamado la preocupación a una gran parte de especialistas de médicos y psicólogos, una alerta que es necesario llevar a cabo un estudio que permitirá plantear algunas alternativas de solución.

De otro lado, en la actualidad no existe un estudio acerca de esta problemática, qué grado de relación existiera entre el estrés y el bienestar psicológico en los trabajadores que laboran en el turno, ya que las condiciones de este tipo de trabajadores que laboran en el turno de noche son muy diferentes en aquellos trabajadores que realizan sus labores en el turno de mañana, debido a las condiciones son más especiales, como por ejemplo, que deben vencer el sueño que es un factor agobiante en el trabajador. Por lo que esta investigación obedece a responder la solución de una problemática, que cada vez se acrecienta.

Para las ciencias de la psicología y la administración es muy importante contar con estudios o investigaciones sobre el bienestar psicológico y el estrés laboral, y cómo es que afrontan el estrés si existiese niveles altos de estrés y cómo esta variable podría afectar el bienestar psicológico en los trabajadores

en el medio local, ya que de esta manera se podrá prevenir y contrarrestar posibles problemas que se puedan presentar dentro de la empresa con respecto a las variable de estudio.

Con investigaciones realizadas de manera frecuente y constante para entender mejor el estrés laboral y el bienestar psicológico de los trabajadores dentro de una organización de índole empresarial en el medio local se podrá ahondar más aún sobre este tema muy importante en los últimos años; por lo que el presente estudio, pretende aportar para las posibles futuras investigaciones que se realizarán. Es por es ello que la presente investigación será un aporte más para las ciencias sociales como la psicología y/o la administración, en la psicología específicamente dentro de una de sus áreas que es la Psicología Organizacional.

5. LIMITACIONES DE ESTUDIO

- a) En el desarrollo de la investigación, se pudo encontrar algunas limitaciones como por ejemplo que la empresa CIRSA autoriza limitadamente la aplicación de los instrumentos de medición, ello para conocer alguna problemática existente en la empresa, en este caso en estudiar los niveles de estrés y el bienestar psicológico.
- b) La renuencia o falta de colaboración por parte de algunos trabajadores ya en algunos casos se rehusaron en colaborar con la presente investigación y el tiempo que se destinó en el proyecto de investigación para el desarrollo de la presente investigación, no se desarrolló dentro del plazo determinado.
- c) En el medio local y nacional, no se pudo encontrar estudios realizados con trabajadores que laboran en el turno noche, por lo que el presente estudio dará un aporte, para que se realice futuras investigaciones al respecto, ello con el fin de desarrollar más la rama de la psicología organizacional.

- d) Una de las posibles variables intervinientes que no se controló fue el nivel de ingreso, tiempo de servicios y el género ya que estas variables podrían influenciar en los resultados, por lo que para futuras investigaciones será recomendable controlar o analizar este tipo de variables, ya que pudieran contaminar en la interpretación de los resultados.

6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Bienestar psicológico: Casullo (2002), define el bienestar “como una valoración subjetiva que expresa la satisfacción de las personas y su grado de complacencia con aspectos específicos o globales de la vida, en la que predominan estado de ánimo positivo”.

Estrés: Es “el estado que se manifiesta por un síndrome específico, consistente en cambios inespecíficos incluidos dentro del sistema biológico. Así el estrés tiene su forma y composición características, pero ninguna en particular” llamando estresor a todo agente nocivo que provoca desequilibrio en el organismo (Seyle, 1956, citado por Salas, 2010).

Estrés Laboral: Este término se refiere a los estados en los cuales vive el sujeto debido a su interacción con su contexto organizacional, laboral y ocupacional, y que es considerado como una amenaza de peligro para su integridad física y psíquica (Buendía y Ramos, 2001).

Ritmo Circadiano: Son procesos biológicos que se repiten en ciclos de aproximadamente veinticuatro horas. El sueño y la vigilia, por ejemplo, ocurren naturalmente al ritmo de un marcapasos interno que funciona con base en un ciclo de alrededor de veinticinco horas (Arango, 2009).

7. VARIABLES E INDICADORES

6.1. VARIABLE X: Estrés Laboral

6.2. VARIABLE Y: Bienestar Psicológico

8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Indicadores (dimensiones)	Categorías	Tipo de Variable
Estrés Laboral	Estrés Laboral	Alto	Cualitativa (Categórica ordinal)
	Cuestionario de Estrés Laboral de Cooper)	Medio	
		Bajo	
Bienestar Psicológico	Aceptación de sí mismo (Escala Bienestar Psicológico- BIEPS-A)	Alto	Cualitativa (Categórica ordinal)
		Medio	
		Bajo	
	Vínculos Psicosociales (Escala Bienestar Psicológico-BIEPS-A)	Alto	
		Medio	
		Bajo	
	Control de Situaciones (Escala Bienestar Psicológico- BIEPS-A)	Alto	
		Medio	
		Bajo	
	Proyecto de Vida (Escala Bienestar Psicológico-BIEPS-A)	Alto	
		Medio	
		Bajo	

9. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Sánchez (2011) en la tesis, Estrés laboral, satisfacción en el trabajo y bienestar psicológico en trabajadores de una Industria Cerealera, menciona que, existe un alto grado de estrés laboral en este tipo de industrias, debido a los turnos rotativos, las sobre exigencias, multiempleo, la mala comunicación con los supervisores, incompatibilidad de tareas y la falta de reconocimiento. Según Martínez (2004), el estrés laboral surge de un desajuste entre el individuo y su trabajo, esto es entre sus capacidades y las exigencias del empleo, que se evidencia en seis fuentes típicas, que aquí se puede señalar

como relevante y relacionada con la muestra del presente estudio, la distribución temporal del trabajo, como su duración, su distribución a lo largo del día, el trabajo nocturno o el trabajo por turnos.

Otro de los objetivos se refiere a explorar la vinculación entre el estrés percibido y/o vivenciado con el bienestar psicológico y grado de satisfacción laboral. En general se destaca un promedio alto y satisfactorio en relaciones con los supervisores, higiene y espacio del lugar de trabajo, pero menos satisfecho en la frecuencia en que los supervisan y apoyan y en con el cumplimiento de la empresa sobre normas legales. Con respecto a la falta de apoyo de superiores la imposibilidad de recurrir a los supervisores frente a posibles dificultades, se vincula con la intención de abandonar el trabajo (Ito, Eisen, Sederer, Yamada y Tachimori, 2001; Lee & Wang, 2002; citados por Paris, 2015).

En este sentido, Arnetz (2001) citado por Sánchez (2011), destaca diferencias debidas al género, ya que las mujeres parecen recibir información de sus supervisores inmediatos con mayor frecuencia que los varones. Los resultados obtenidos también han permitido identificar las variables que mejor explican el bienestar psicológico y la satisfacción laboral entre los empleados. La evidencia indica que los mejores predictores de la satisfacción laboral entre los trabajadores son: la limpieza del lugar de trabajo, el espacio físico, la relación con sus superiores y algunas dimensiones del bienestar tales como los vínculos con los demás, de cómo se llevan, si les caen bien o si cuentan con ayuda de los demás, la capacidad de empatía y afectiva y la aceptación de sí mismo, incluyendo lo bueno y lo malo. Esto se da en ambos sexos. Resultados que muestran que más allá de las diferencias culturales, hay aspectos de la vida laboral que trascienden los contextos sociales y políticos regionales.

Salas (2010) en la tesis “Bienestar psicológico y síndrome de Burnout en docentes de la UGEL N°.7” presentada a la Universidad de San Marcos de Lima, llegó a una de las conclusiones, Existen correlación negativa entre el Bienestar Laboral y el Síndrome de quemado laboral (Burnout) en los

docentes de la UGEL No. 7, notándose que los participantes con bajo nivel de bienestar tienden a presentar un Burnout más alto, mientras que los de alto nivel de bienestar laboral presentan un bajo nivel de Burnout,

Fernandez, (2011), en su trabajo afrontamiento, estrés y bienestar psicológico en estudiantes de educación social de nuevo ingreso, indica que pretendía determinar las estrategias de afrontamiento utilizadas por una muestra de 135 estudiantes de Educación Social ante las situaciones que generan más estrés en el primer curso de universidad. También se quiso conocer el nivel de bienestar psicológico del alumnado y su posible relación con la eficacia percibida en el afrontamiento. Los resultados indicaban que las dificultades relacionadas con el contexto académico producen más estrés que los problemas personales, siendo el apoyo social y la resolución de problemas las estrategias de afrontamiento más empleadas. El alumnado mostraba un nivel medio de bienestar y se percibe eficaz en el afrontamiento

Ferrel, (2014) En su trabajo de investigación bienestar psicológico en profesores de una universidad privada del distrito de Santa Marta, se realizó desde la perspectiva de la Psicología Positiva, con el fin de describir el grado de bienestar psicológico, según la edad, sexo, estado civil, profesión, tiempo y tipo de vinculación laboral, que presentan los Docentes de una Universidad Privada del Distrito de Santa Marta, Colombia, en el cual participaron 480 Docentes. Se encontró que los Docentes presentaron bajos niveles de bienestar psicológico en cuatro de las siete escalas que mide la prueba: autonomía (9.9%), Dominio del Entorno (9.4%), crecimiento personal (15.6%) y propósito en la vida (12%); pero, presentan altos niveles de bienestar psicológico en otras dos escalas: auto aceptación (14.6%) y relaciones positivas (13.5%). No se hallaron correlaciones significativas por género ni por tiempo de vinculación, pero sí por tipo de vinculación respecto a la escala de aceptación de sí mismo. Los autores concluyen que los docentes se encuentran en probable riesgo de “malestar psicológico”, por lo que recomiendan el diseño y puesta en marcha de programas de bienestar y mejora de la calidad de vida laboral para los docentes.

En el ámbito local se ha podido recabar información con respecto al estrés laboral en distintas instituciones tanto públicas y privadas, sin embargo no se ha podido encontrar estudios con personas o trabajadores que laboran en el turno noche; así por ejemplo se tiene a Aguirre y Pereyra (2002), en su estudio realizado entre la Inteligencia Emocional y Estrés laboral en personal de Seguridad, encontrando que la mayoría de sujetos experimentaba el estrés laboral de manera leve (57,2%), o sea éstas personas estaba en un estado de alerta necesario para el desempeño de sus actividades, así mismo encontró que la Inteligencia Emocional está relacionada de manera negativa con el Estrés Laboral.

Por otro lado, Guevara y Marquina (2004), en su investigación realizada sobre síndrome de burnout y motivación laboral de sector Salud y Educación, encontrando que en ambos sectores, no se ha hallado el síndrome de burnout, y que se ha comprobado que existe una correlación negativa inversa entre el síndrome de burnout y la motivación laboral.

Así mismo Mejía y Aymara (2005), en su estudio realizado sobre Motivación y estrés laboral en centros educativos estatales y públicas en el distrito de Cayma, Arequipa, han hallado que los profesores del sector público experimentan más estrés en comparación del sector público, y que además, mencionan que existe una correlación negativa entre estas dos variables.

En el año 2011, Calcina y Chacón, en la tesis sobre Inteligencia Emocional y Síndrome de Burnout en el personal de salud pública urbano-rural, hallaron que tanto los trabajadores del área urbana y rural, manifiestan el síndrome de burnout con un 60,5% y 52,4% respectivamente. De otro lado, encontraron que existe una relación significativa negativa entre el síndrome de burnout y la inteligencia emocional.

Viza y Mamani (2014), en su estudio sobre Estresores laborales y dimensiones de la personalidad en conductores de transporte público, mencionan que los estresores más frecuente percibido por los conductores son los estresores organizacionales, esto porque el conductor no se siente

cómodo dentro de la organización a la que pertenece y por las reglas que les imponen.

Un estudio, muy similar a la presente investigación, es la realizada por Ortega y Quispe (2016), sobre Estrés laboral, satisfacción laboral y Bienestar psicológico en el personal de Salud en personal de salud, en donde encontraron que el 36,1% de su muestra experimenta niveles altos de estrés laboral y el 33,3% el nivel medio, por otro lado, en cuanto al nivel de bienestar psicológico la mayoría, 58,8% posee un nivel bajo de bienestar psicológico. Además de ellos hallaron que existe una correlación moderada positiva entre el estrés laboral y el bienestar psicológico.

Con respecto a la Satisfacción Laboral y el Bienestar Psicológico en el año 2016, Huarca y Medina realizaron una investigación sobre estas variables en trabajadores obreros de empresas de intermediación laboral del sector Minero, destacando que éstos trabajadores poseen un nivel de bienestar psicológico alto y medio, destacando en ellos la sensación de autonomía, control y aceptación de múltiples aspectos de sí mismos. En cuanto a la relación entre las variables, encontraron que existe una asociación positiva entre la Satisfacción Laboral y el Bienestar psicológico.

Por último, Chahua y Vargas (2016), en su tesis sobre Síndrome de Burnout y Bienestar Psicológico en miembros de la policía en Arequipa, encontraron que los sujetos presentan un nivel alto de bienestar psicológico, y que no poseen niveles elevados del síndrome de burnout, y que además, el síndrome de burnout se asocia de manera negativa con el bienestar psicológico.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. ESTRÉS

1.1. Antecedentes del Concepto

El concepto estrés es un tema interesante y en la actualidad existe discusión al respecto en distintos autores. Para Selye (1975), 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). Selye (1975) 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”.

Selye (1993) indica que 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.

Lazarus (1993) señala 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.

Durante los siglos XVIII y XIX, y en el contexto de la física, el término era definido con exactitud, la aparente precisión resulta un tanto ficticia al acercarnos a las interpretaciones elaboradas desde sus inicios por la psicología. La confusión entre fuerza externa-resistencia interna ejemplifica las múltiples controversias que rodean al concepto y nos lleva a la propia adopción del término estrés. Sobre ello cuenta Levi (1996: 2): “buscaba un nombre idóneo para el fenómeno recientemente descubierto y eligió una analogía procedente de la física. En ella, estrés se define como una fuerza o sistema de fuerzas aplicadas que tienden a tensar o deformar un cuerpo. Aquello que ocurre en ese “cuerpo” (...) se denomina *strain* (tensión). [...] Selye, nacido en el imperio austro-húngaro, educado en Praga y emigrado a Montreal, confundió la terminología inglesa y denominó estrés al fenómeno que pretendía describir”

Selye adoptó el término estrés para referirse a las fuerzas externas que actúan sobre el organismo o al desgaste y deterioro que en éste ocasiona la vida, en su obra Stress (1950; 1956) modificó la definición para denotar una condición interna, una respuesta a agentes evocadores denominados

estresores, pese a ello, sus escritos posteriores mantienen cierta inconsistencia. A raíz quizás de la confusión inicial, en ocasiones, el término estrés parece moverse fuera del organismo y se utiliza para describir condiciones externas a las que los cambios fisiológicos son respuestas acumulativas (Kahn y Byosiere, 1992).

Las aportaciones de Cannon (1939), implicó la adopción del término homeostasis para denominar el proceso fisiológico que mantiene la estabilidad interna del organismo y la concepción del estrés como respuesta relacionada con la supervivencia y la adaptación. En este sentido, desarrolló el concepto de lucha o huida: respuesta básica del organismo a toda situación percibida como peligrosa y facilitada por la actividad de las glándulas adrenales y el arousal simpático.

Luego de la Segunda Guerra Mundial, los estudios realizados por psicólogos y psiquiatras, basados en buena medida en las experiencias bélicas, se hacen visibles en la literatura científica (Grinker y Spiegel, 1945; Janis, 1951, citados en Duran 2001), el trabajo de Selye (1936, citado por Duran 2001) marcará la popularización de la investigación sobre estrés al describir la secuencia bioquímica que denominó Síndrome General de Adaptación: el daño en los tejidos de animales de laboratorio constituía una respuesta no específica a prácticamente cualquier estímulo nocivo. Con esta formulación define una tríada de efectos fisiológicos que incluye alargamiento y decoloración de las glándulas adrenales, reducción del timo y los nodos de la linfa, y desarrollo de úlceras en el tracto gastrointestinal, y establece un proceso trifásico (alarma, resistencia y agotamiento) que describe cómo el estrés afecta al organismo. El proceso, en origen adaptativo, pone en marcha mecanismos necesarios para la supervivencia cuyas consecuencias, en determinadas condiciones, se tornan perjudiciales. Por ello, distingue eustress, la sal de la vida, y distress, relacionado con la instauración de procesos patológicos, las enfermedades de adaptación, debidas al carácter acumulativo de los efectos producidos por los estresores a lo largo del tiempo (Selye, 1993).

Mason (1975, citado por Duran 2001) cuestionó la idea de inespecificidad y ha sugerido que el proceso de estrés se caracteriza por patrones integrados de respuestas psicológicas y biológicas. En cualquier caso, el predominio inicial de estudios focalizados en estímulos físicos dio paso a un interés creciente hacia el estrés desde las ciencias del comportamiento, traducido en el desplazamiento del centro de gravedad de la investigación hacia sus generadores psicológicos (Ivancevich y Matteson, 1989). Desde esta tradición las características físicas del estresor pierden protagonismo respecto de la evaluación de amenaza (Fleming, Baum y Singer, 1984, citados en Duran 2001). Así se enfatiza la interacción estresores-valoración/evaluación y el rol de las características del organismo como principales mecanismos mediadores entre las propiedades del estímulo y las respuestas que invocan (Derogatis y Coons, 1993, citados en duran 2001).

En este sentido, Miller (1965, citado por Duran 2001) concibió el estrés como un ciclo de información feedback, caracterizado por la detección de la tensión y la traducción de este conocimiento en procesos de ajuste para afrontar la situación. Por su parte, Cummings y Cooper (1979, citados por Duran 2001) señalan que la teoría cibernetica ofrece un retrato comprensivo de la interacción persona-ambiente y defienden su aplicabilidad al estrés laboral, ya que explica cómo los sistemas vivos se conservan en estados estables u homeostasis manteniendo en equilibrio diversas variables. Dentro de este marco (Edwards, 1988, citado por Duran 2001), el estrés puede ser definido como una discrepancia negativa entre un estado percibido y un estado deseado, a condición de que la discrepancia sea considerada importante por el sujeto. El significado otorgado a un encuentro particular es esencial para determinar si la situación es experimentada como estresante e identificada como una amenaza.

Diversas teorías interactivas destacan que las creencias del sujeto sobre el evento juegan un rol central en el proceso de afrontamiento. El modelo de Lazarus es quizás el ejemplo mejor conocido de teoría transaccional que

enfatiza la evaluación cognitiva del estrés: persona y ambiente toman parte en una relación dinámica, mutuamente recíproca y bidireccional (Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis, 1986, citados por Duran 2001).

En el marco cognitivo-fenomenológico: “el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986)

La teoría identifica dos procesos, evaluación cognitiva (primaria y secundaria) y afrontamiento, como mediadores de la relación persona-ambiente y sus resultados inmediatos y a largo plazo. Frente a una situación estresante la persona valora si el potencial estrésor es relevante para su bienestar, y en qué sentido puede afectarle. La evaluación secundaria le permite evaluar si puede hacer algo para superar la situación, prevenir el daño o aumentar las perspectivas de beneficio. En este contexto, el afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales de la persona para manejar las demandas internas y/o externas evaluadas como excesivas o desbordantes (Lazarus y Folkman, 1986).

1.2. El estrés como estímulo

Un modo popular y de sentido común de definir el estrés es como un estímulo. El estrés como estímulo se caracteriza por un acontecimiento que requiere una adaptación por parte del individuo. Así, como estímulo, el estrés es cualquier circunstancia que de forma inusual o extraordinaria exige del individuo un cambio en su modo de vida habitual.

Unos ejemplos del estrés como estímulo son los exámenes, las catástrofes naturales, los trabajos peligrosos o las separaciones matrimoniales. Todos estos acontecimientos exigen que el individuo realice conductas de ajuste para afrontarla situación, porque su bienestar se encuentra amenazado por las contingencias ambientales. Desde este concepto del estrés se ha

puesto énfasis en las características objetivables de la estimulación, asumiendo que las situaciones son objetivamente estresantes, sin tener en cuenta las diferencias individuales. No obstante, como veremos más adelante, la respuesta de estrés depende en parte de las demandas de la situación y en parte de las características del individuo, de la forma en que interpreta la situación, de la manera en que la afronta, de sus habilidades y recursos, de su comportamiento y significado particular, entre otros. Por ello, determinar de forma objetiva el valor estresante de una situación es una tarea muy difícil, por no decir imposible, ya que este valor va a depender, en gran parte, de cómo sea percibida cada situación por la persona. Barrón sistematiza las principales críticas que se han formulado a esta concepción del estrés como estímulo:

- a) no explican las diferencias individuales en la reactividad y vulnerabilidad ante una misma situación estresante;
- b) apoyan una concepción pasiva de la persona como simple víctima de las condiciones ambientales;
- c) gran cantidad de actividades normales producen alteraciones en los procesos homeostáticos, de modo que incluso cualquier cambio de postura podría ser considerado estrés. El fracaso a la hora de dar cuenta de la variación interindividual en la percepción de los estresores y en la habilidad para manejarlos ha sido, sin duda, una de las mayores críticas que han recibido las definiciones de estrés centradas en las condiciones desencadenantes o estimulares.

Como señala Gutiérrez, este problema se intensifica en el caso de los agentes estresantes de naturaleza psicológica, en comparación con los físicos. Así, mientras que en éstos últimos, es posible identificar algunas cualidades objetivas relativamente generales (por ejemplo, la intensidad de la estimulación), en los psicológicos esto resulta mucho más difícil. La solución a este problema requiere de un planteamiento que relacione la estimulación ambiental con características de los individuos, proponiendo

un mecanismo por el cual la estimulación se convierta en un agente estresante. Esto resulta especialmente necesario en el caso de los estresores psicológicos. Pero, a pesar de estas críticas, no deja de resultar útil tratar de establecer cuáles son los elementos y factores del ambiente que tienen habitualmente un carácter estresante para la mayoría de las personas. Razón por la cual muchos investigadores se han centrado en identificar, caracterizar y clasificar las principales fuentes o desencadenantes del estrés, es decir, los principales estímulos estresores. Incluso desde los planteamientos transaccionales o interaccionales del estrés se acepta esta línea de trabajo, siempre y cuando se tengan en cuenta sus limitaciones

De ahí que, aceptando sus limitaciones de partida, vamos a hacer referencia en este apartado a las situaciones desencadenantes del estrés, a los estresores, centrándonos para ello en las características que suelen compartir dichas condiciones, en los elementos que convierten a una determinada situación en estresante o en los parámetros que las definen. Entre las múltiples clasificaciones o taxonomías que la literatura en este campo nos ofrece respecto de las condiciones desencadenantes del estrés, muy probablemente una de las más generales sea la diferenciación planteada por Everly entre estresores psicosociales y biogénicos (Fischer, 2011).

Los desencadenantes psicosociales serían aquellos estímulos o situaciones que no causan directamente la respuesta de estrés, sino que se convierten en estresores a través de la interpretación o significado que les da el individuo. Por su parte, los estresores biogénicos actuarían directamente sobre el organismo causando o desencadenando la respuesta de estrés. Fernández-Abascal señala que este tipo de estresores evitan el mecanismo de valoración cognitiva y trabajan directamente sobre los núcleos licitadores neurológicos y afectivos; debido a sus propiedades bioquímicas inician directamente la respuesta de estrés sin el habitual requisito del proceso cognitivo-afectivo.

Ejemplos de esta categoría pueden ser los causados por elementos de tipo exógeno, como la ingestión de determinadas sustancias químicas, o ciertos factores físicos, como los estímulos que provocan dolor, calor o frío extremo. También aquéllos de tipo endógeno, como determinados cambios hormonales acaecidos en el organismo. Dado que la inmensa mayoría de las situaciones desencadenantes de estrés son de tipo psicosocial, se ha tendido a clasificar a los estresores por el tipo de cambios que producen en las condiciones de vida, cambios que afectan precisamente a las propias condiciones psicosociales de las personas.

En esta línea, diversos autores, entre otros, Lazarus y Cohen, Forman y Fernández-Abascal, citados por Look, (2011) refieren tres tipos de acontecimientos típicamente inductores de estrés:

- a) Cambios mayores que afectan a un gran número de personas, considerados como estresantes de forma universal y situados fuera de nuestro control (desastres naturales, guerras). Son hechos que pueden prolongarse en el tiempo (como en el caso de una guerra), o que ocurriendo de una forma súbita (un terremoto, un atentado, entre otros) ejercen un efecto físico y psicológico que puede dilatarse en el tiempo. Se conocen también como estresores únicos y son los causantes de los patrones de estrés agudo y post-traumático.
- b) Cambios mayores que afectan sólo a una persona o a un grupo no numeroso de personas. Denominados también como estresores múltiples, hacen referencia a ciertos acontecimientos que pueden hallarse fuera del control de la persona, como es el caso de la muerte de un ser querido, una amenaza a la propia vida, una enfermedad incapacitante o la pérdida del puesto de trabajo; o también a otros tipos de acontecimientos que están fuertemente influidos por la propia persona, como es el caso de los divorcios, tener un hijo o someterse a un examen importante. Estos estresores múltiples son los responsables del estrés crónico.

- c) Los estresores diarios o cotidianos son aquellas pequeñas cosas que pueden irritarnos o perturbarnos en un momento dado (Look, 2011)

Se trata de pequeñas alteraciones de las rutinas diarias, como sufrir un atasco de tráfico, perder un documento de trabajo o discutir con un compañero. Aunque estos acontecimientos o estímulos resultan experiencias menos dramáticas en intensidad que los cambios mayores, son por el contrario mucho más frecuentes, y, quizá por ello, más importantes en el proceso de adaptación al medio y de conservación de la propia salud.

1.3. El estrés como respuesta

El estrés como respuesta engloba a los diversos mecanismos cognitivos, fisiológicos, emocionales, conductuales y de afrontamiento que se ponen en marcha en el individuo ante los estímulos estresores. Estos mecanismos son organizados de distinta forma, según el modelo teórico acerca del estrés, y están estrechamente relacionados, con lo que se ⁴¹ denomina “efectos inmediatos”, “resultados”, “síntomas” o “efectos a corto plazo” “del estrés. Las definiciones que consideran el estrés como una respuesta del organismo, que han prevalecido en ciencias como la Medicina o la Biología, se centran en el estado de estrés del propio organismo.

Desde este enfoque, el estrés es una respuesta automática del organismo ante cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante la cual se le prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generen como consecuencia de la nueva situación. Esta respuesta tiene como finalidad general facilitar el hacer frente a la nueva situación, poniendo a disposición del organismo recursos excepcionales, básicamente un importante aumento en el nivel de activación fisiológica y cognitiva. De esta manera, el sujeto puede percibir mejor la nueva situación, interpretarla más rápidamente, decidir qué conducta llevar a cabo y realizarla de la forma más rápida e intensa posible. Cuando las demandas de la situación se han

resuelto, cesa la respuesta de estrés y el organismo vuelve al estado de equilibrio (Garcia, 2011).

1.4 Teorías del estrés

A. La Teoría de Cannon

Es un modelo fisiológico del estrés. Walter Cannon comenzó la investigación sobre el estrés a principios del siglo pasado (1929), basado en la homeostasis, aquella capacidad que tiene el organismo para mantener un constante un equilibrio interno.

En sus estudios sobre el proceso fisiológico implicado en el mantenimiento de la homeostasis corporal, observó las estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional respuesta de ataque-huida, respuestas automáticas que emiten los organismos en defensa de estímulos amenazantes externos o internos, la cual conlleva una serie de sucesos que activan el sistema nervioso simpático y el sistema endocrino.

Como consecuencia ocurre una elevación en los niveles de adrenalina y noradrenalina en la sangre, junto a un incremento de la tasa cardiaca, la presión sanguínea, el azúcar en sangre, la tasa respiratoria y el movimiento de la sangre desde la piel hacia los músculos. Esta teoría se relaciona con el estudio, en cuanto que el estrés es considerado una reacción física y emocional compleja que se experimenta ante un reto o situación percibida como amenazante. Estos cambios producidos en el organismo, afectan negativamente, cuando la situación estresante no finaliza y son demasiado grandes para el cuerpo generando un desgaste.

B. La Teoría el Síndrome General de Adaptación

Selye (1936), plantea su teoría que consiste en la forma que un organismo se moviliza a sí mismo cuando se enfrenta a un estresor, que es cualquier demanda que evoca el patrón de respuesta de estrés, puede ser no solamente un estímulo físico, sino también psicológico, cognitivo o emocional.

Se considera al estrés como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, reacción que se denomina Síndrome General de Adaptación (SGA). Sea cual sea la causa, el individuo responde con el mismo patrón de reacciones, es decir, la respuesta es inespecífica a la situación pero específica en sus manifestaciones. Para afrontar cualquier aumento de las demandas realizadas sobre él, el organismo responde de forma estereotipada, que implica una activación del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y del sistema nervioso autónomo.

Este proceso ocurre en tres fases:

a. Fase de alarma. El sujeto se enfrenta a la situación estresante. El organismo está en presencia de un estímulo, se halla en estado de alerta (aumenta la frecuencia y la intensidad cardíaca, aumenta la tensión arterial, se altera el ritmo y la frecuencia de la respiración) y se coloca en situación de huida o ataque para restablecer el equilibrio interno. Constituye el aviso claro de la presencia repentina de agentes estresores a los que el organismo no se está adaptando. No tiene lugar de manera rápida, sino paulatinamente. Esta fase tiene dos etapas: choque y contrachoque. En la etapa de choque las reacciones fisiológicas son las primeras que aparecen para advertir al afectado que ha de ponerse en guardia, es la reacción inicial e inmediata al agente nocivo.

Aparece taquicardia, pérdida del tono muscular y disminución de la temperatura y la presión sanguínea. La fase de contra choque se caracteriza por la movilización de las defensas. Aparecen signos opuestos a los de la fase de choque e hiperactividad de la corteza suprarrenal. Muchas enfermedades asociadas al estrés agudo corresponden a esta fase de reacción de alarma (Sandín, 1995).

Esta respuesta de alarma, como respuesta a una situación de emergencia, a corto plazo es adaptativa; pero muchas situaciones implican una exposición prolongada al estrés que no requiere una acción física.

b. Fase de resistencia. Si el estímulo persiste, las reacciones surgidas en la fase anterior se mantienen, pero disminuye su intensidad y el individuo intenta restablecer el equilibrio, apartándose o adaptándose al estímulo estresante. En esta fase desaparecen la mayoría de los cambios fisiológicos y bioquímicos presentes durante la reacción de alarma, se observan signos de anabolismo, mientras que en la de alarma se observan procesos catabólicos (Sandín, 1995).

El resultado de una resistencia prolongada al estrés es la aparición de una serie de enfermedades como las úlceras pépticas, las colitis ulcerosas, el asma bronquial, entre otros. Además, la resistencia al estrés, produce cambios en el sistema inmunológico que favorecen la aparición de infecciones. Cuando la capacidad de resistencia disminuye y se agota, el organismo entra en la siguiente fase.

c. Fase de agotamiento. Intentará utilizar todos los medios de los que dispone para combatir los estímulos estresantes, pero si el organismo no es capaz de adaptarse y el estresor es suficientemente prolongado y severo llegará el agotamiento y reaparecen los síntomas característicos de la fase de alarma y la vida del organismo estará amenazada. En el ámbito laboral, la carga de problemas como los relacionados al bajo salario, las condiciones de trabajo, la carencia de

recursos indispensable para trabajar, insatisfacciones y conflictos que no permiten el cumplimiento eficiente y eficaz de sus funciones y responsabilidades, repercuten en la vida de los trabajadores universitarios originando desgano, cansancio, inconformidad, insatisfacciones, ausentismo, generando un deterioro en el rendimiento laboral y por ende en la calidad de vida de la persona (Herly, 2015).

2. ESTRÉS LABORAL

2.1. Definición

El origen del estrés laboral está básicamente en factores objetivos, ligados a la organización, a los procesos y a las condiciones de trabajo. Ahora bien, no todos los trabajadores del mismo entorno lo sufren por igual. Pese a la larga tradición de estudios sobre el “estrés”, primero en la Medicina y luego en la Psicología y en la Psiquiatría, ya desde finales del siglo XIX y principios del siglo XX, y el elevado número de Informes en esta materia elaborada por las Organizaciones Internacionales más relevantes, aún no existe una definición aceptada comúnmente. La multicausalidad que provoca estos estados y la diversidad de perspectivas que se puede adoptar impiden este acuerdo, por lo que según sea el autor elegido o el organismo al que nos acerquemos —ejemplo Comisión Europea, Organización Mundial de la Salud, OIT, NIOSH (Instituto Nacional de Seguridad y Salud de EEUU), INSHT—... nos ofrecen una variante u otra del concepto.

Entonces, cabe entender el estrés laboral como *la respuesta biológica — integrada por un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas, y del comportamiento— que da un trabajador expuesto, de forma prolongada, esto es, más allá de un tiempo razonable, a una presión intensa por las cargas que le crea su entorno de trabajo, susceptible de generarle, de no recibir el apoyo necesario en el tiempo adecuado, daños a su salud, física o psíquica*. Se trata, pues, de un estado generado no en

un tiempo súbito o instantáneo, sino derivado de un proceso de exposición más o menos dilatado en el tiempo, proceso en el que, precisamente, es posible y obligado, como se verá, intervenir desde un plano preventivo (Comisión Ejecutiva Confederal de UGT., 2006).

El estrés laboral es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación (Leka, Griffiths, y Cox, 2004).

Aunque el estrés puede producirse en situaciones laborales muy diversas, a menudo se agrava cuando el empleado siente que no recibe suficiente apoyo de sus superiores y colegas, y cuando tiene un control limitado sobre su trabajo o la forma en que puede hacer frente a las exigencias y presiones laborales.

El estrés laboral es el resultado del desequilibrio entre las exigencias y presiones a las que se enfrenta el individuo, por un lado, y sus conocimientos y capacidades, por otro. El estrés pone a prueba la capacidad del individuo para afrontar su actividad, y no sólo incluye situaciones en que la presión laboral excede la capacidad del trabajador para hacer frente a la misma, sino también los casos en que no se utilizan suficientemente sus conocimientos y capacidades, y esto supone un problema para el trabajador.

En términos generales, un trabajo saludable es aquel en que la presión sobre el empleado se corresponde con sus capacidades y recursos, el grado de control que ejerce sobre su actividad y el apoyo que recibe de las personas que son importantes para él. Dado que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, (OMS, citado por Leka y cols.), un entorno laboral saludable no es únicamente aquel en que hay ausencia de circunstancias perjudiciales, sino abundancia de factores que promuevan la salud.

2.2. Causas del Estrés Laboral

Para Leka y Cols. (2004) las causas se explican de la siguiente manera:

Una mala organización del trabajo, es decir, el modo en que se definen los puestos y los sistemas de trabajo, y la manera en que se gestionan, puede provocar estrés laboral.

El exceso de exigencias y presiones o la dificultad para controlarlas pueden tener su origen en una definición inadecuada del trabajo, una mala gestión o la existencia de condiciones laborales insatisfactorias. Del mismo modo, estas circunstancias pueden hacer que el trabajador no reciba suficiente apoyo de los demás, o no tenga suficiente control sobre su actividad y las presiones que conlleva.

Los resultados de las investigaciones muestran que el tipo de trabajo que produce más estrés es aquel en que las exigencias y presiones superan los conocimientos y capacidades del trabajador, hay pocas oportunidades de tomar decisiones o ejercer control, y el apoyo que se recibe de los demás es escaso. Cuanto más se ajusten los conocimientos y capacidades del trabajador a las exigencias y presiones del trabajo, menor será la probabilidad de que sufra estrés laboral.

Cuanto mayor sea el apoyo que el trabajador reciba de los demás en su trabajo o en relación con este, menor será la probabilidad de que sufra estrés laboral.

Cuanto mayor sea el control que el trabajador ejerce sobre su trabajo y la forma en que lo realiza, y cuanto más participe en las decisiones que atañen a su actividad, menor será la probabilidad de que sufra estrés laboral.

La mayor parte de las causas del estrés laboral están relacionadas con la forma en que se define el trabajo y el modo en que se gestionan las entidades. Tales factores pueden ser perjudiciales, por lo que se

denominan "peligros relacionados con el estrés". Por lo general, en la literatura sobre el estrés se acepta la existencia de nueve categorías de peligros relacionados con el estrés:

Características del trabajo:

Características del puesto

- Tareas monótonas, aburridas y triviales
- Falta de variedad
- Tareas desagradables
- Tareas que producen aversión

Volumen y ritmo de trabajo

- Exceso o escasez de trabajo
- Trabajos con plazos muy estrictos

Horario de trabajo

- Horarios de trabajo estricto e inflexible
- Jornadas de trabajo muy largas o fuera del horario normal
- Horarios de trabajo imprevisibles
- Sistemas de turnos mal concebidos

Participación y control

- Falta de participación en la toma de decisiones
- Falta de control (por ejemplo, sobre los métodos de trabajo, el ritmo de trabajo, el horario laboral y el entorno laboral)

Contexto laboral:

Perspectivas profesionales, estatus y salario

- Inseguridad laboral
- Falta de perspectivas de promoción profesional
- Promoción excesiva o insuficiente
- Actividad poco valorada socialmente

- Remuneración por trabajo a destajo
- Sistemas de evaluación del rendimiento injustos o poco claros
- Exceso o carencia de capacidades para el puesto

Papel en la entidad

- Papel indefinido
- Funciones contrapuestas dentro del mismo puesto
- Tener a cargo a otras personas
- Atender constantemente a otras personas y ocuparse de sus problemas

Relaciones interpersonales

- Supervisión inadecuada, desconsiderada o que no proporciona apoyo
- Malas relaciones con los compañeros
- Intimidación, acoso y violencia
- Trabajo aislado o en solitario
- Ausencia de procedimientos establecidos para tratar de resolver problemas y quejas

Cultura institucional

- Mala comunicación
- Liderazgo inadecuado
- Falta de claridad en los objetivos y en la estructura de la entidad

Relación entre la vida familiar y la vida laboral

- Exigencias contrapuestas entre la vida laboral y la vida familiar
- Falta de apoyo en el trabajo con respecto a los problemas familiares
- Falta de apoyo en la familia con respecto a los problemas laborales

No se debe olvidar, no obstante, que algunos de esos peligros pueden no ser universales o no considerarse perjudiciales en determinadas sociedad o culturas.

2.3. Los Resultados de la Experiencia del Estrés

Son múltiples los resultados de carácter **psicológico y somático** que la investigación ha encontrado asociados con las experiencias de estrés si éstas no se han podido afrontar eficazmente. Entre los primeros cabe mencionar el burnout o desgaste psíquico (Gil-Monte y Peiró, 1997), la depresión, el malestar psicológico, el deterioro de la autoestima, la tensión emocional o la falta de compromiso con el trabajo y entre los segundos, la sudoración en las manos, dolores en las articulaciones, problemas de insomnio, alteraciones gastrointestinales o de la presión arterial, etc.

2.4. Factores psicosociales que inciden en el estrés laboral

El estrés hoy en día se considera como un proceso interactivo en el que influyen los aspectos de la situación (demandas) y las características del sujeto (recursos). Si las demandas de la situación superan a los recursos del individuo, tenderá a producirse una situación de estrés en la que el individuo intentará generar más recursos para atender las demandas de la situación (Alcalde, 2010).

Los factores psicosociales que inciden en el estrés laboral tienen que ver con las demandas de la situación (o contexto laboral) y con las características del individuo.

La importancia que las características contextuales (entorno de trabajo) tienen para determinar la respuesta del individuo está en función del grado de precisión o ambigüedad que dicho contexto presente. Es decir, cuando una situación tiene mucha "fuerza", las variables personales son poco importantes porque el comportamiento está muy pautado. Por el contrario, si la situación no es clara, se presta a la interpretación del sujeto. En este caso, las características del individuo son más determinantes de su conducta.

2.5. Consecuencias o Efectos del Estrés Laboral

Muchos estudios han considerado la relación entre el estrés del trabajo y una variedad de enfermedades. Alteraciones del humor y del sueño, el malestar estomacal, el dolor de cabeza y descontento con el trabajo, moral baja y relaciones alteradas con la familia y los amigos, son ejemplos de problemas relacionados al estrés en el trabajo que se desarrollan rápido y se ven comúnmente (NIOSH, 1999, citado por García, 2006).

El estrés cuando evoluciona crónicamente, puede provocar el cuadro de agotamiento emocional, distanciamiento afectivo, trato despersonalizado y a un sentimiento general de ausencia de logros personales que se ha denominado "Burnout", cuadro que, junto con significar un menoscabo del bienestar de la persona, se traduce en pérdida de productividad para la organización. (Felton, 1998; Trucco, 1999, NIOSH, 1999, citado por García, 2006).

Por otra parte, las consecuencias del estrés laboral no afectan sólo a las personas que lo viven. Los efectos pueden incidir también sobre la organización. De este modo, posibles consecuencias del estrés en el trabajo son las pérdidas en el trabajo, el incremento del absentismo, las ineficiencias, errores, etc. (Alcalde, 2010).

Por otra parte, las consecuencias del estrés laboral no afectan sólo a las personas que lo viven. Los efectos pueden incidir también sobre la organización. De este modo, posibles consecuencias del estrés en el trabajo son las pérdidas en el trabajo, el incremento del absentismo, las ineficiencias, errores, etc. (Alcalde, 2010).

A. Síntomas Que Pueden Provocar En La Persona El Estrés Laboral

Sin duda alguna, el estrés laboral afecta de forma diferente a cada persona. El estrés laboral puede dar lugar a comportamientos

disfuncionales y no habituales en el trabajo, y contribuir a la mala salud física y mental del individuo.

Para Leka y cols. (2004), en casos extremos, el estrés prolongado o los acontecimientos laborales traumáticos pueden originar problemas psicológicos y propiciar trastornos psiquiátricos que desemboquen en la falta de asistencia al trabajo e impidan que el empleado pueda volver a trabajar. Cuando el individuo está bajo estrés le resulta difícil mantener un equilibrio saludable entre la vida laboral y la vida no profesional; al mismo tiempo, puede abandonarse a actividades poco saludables como el consumo de tabaco, alcohol y drogas.

El estrés también puede afectar al sistema inmunitario, reduciendo la capacidad del individuo para luchar contra las infecciones. Cuando está sometido a estrés laboral, el individuo puede: Estar cada vez más angustiado e irritable, ser incapaz de relajarse o concentrarse, tener dificultades para pensar con lógica y tomar decisiones, disfrutar cada vez menos de su trabajo y sentirse cada vez menos comprometido con este, sentirse cansado, deprimido e intranquilo, tener dificultades para dormir, sufrir problemas físicos graves [cardiopatías, trastornos digestivos aumento de la tensión arterial y dolor de cabeza, trastornos músculo-esqueléticos (como lumbalgias y trastornos de los miembros superiores)]

Para Alcalde (2010). El estrés supone una reacción compleja a nivel biológico, psicológico y social. La mayor parte de los cambios biológicos que se producen en el organismo cuando está sometido a una reacción de estrés no son perceptibles para el ser humano y se precisan procedimientos diagnósticos para determinar el nivel de la reacción. Sin embargo, a nivel psicológico muchos síntomas producidos por el estrés pueden ser fácilmente identificados por la persona que está sufriendo dichos cambios.

La reacción más frecuente cuando nos encontramos sometidos a una reacción de estrés es la ansiedad: Los **síntomas** de ansiedad más

frecuentes, A nivel cognitivo-subjetivo (Preocupación, Temor, Inseguridad, Dificultad para decidir, Miedo, Pensamientos negativos sobre uno mismo, Pensamientos negativos sobre nuestra actuación ante los otros, Temor a que se den cuenta de nuestras dificultades, Temor a la pérdida del control, Dificultades para pensar, estudiar, o concentrarse, etc.); A nivel fisiológico: (Sudoración, Tensión muscular, Palpitaciones, Taquicardia, Temblor, Molestias en el estómago, Otras molestias gástricas, Dificultades respiratorias, Sequedad de boca, Dificultades para tragar, Dolores de cabeza, Mareo, Náuseas, Molestias en el estómago, etc.); A nivel motor u observable: (Evitación de situaciones temidas, Fumar, comer o beber en exceso, Intranquilidad motora , Ir de un lado para otro sin una finalidad concreta, Tartamudear, Llorar, Quedarse paralizado, etc.)

El estrés, además de producir ansiedad, puede producir enfado o ira, irritabilidad, tristeza-depresión, y otras reacciones emocionales, que también podemos reconocer. Pero además de estas reacciones emocionales podemos identificar claramente otros síntomas producidos por el estrés, como son el agotamiento físico, la falta de rendimiento, etc. Finalmente, si el estrés es muy intenso y se prolonga en el tiempo, puede llegar a producir enfermedades físicas y desórdenes mentales, en definitiva problemas de salud.

B. Efectos del estrés laboral en las entidades donde se labora

Si afecta a un gran número de trabajadores o a miembros clave del personal, el estrés laboral puede amenazar el buen funcionamiento y los resultados de la entidad. Una entidad que no goce de buena salud no puede obtener lo mejor de sus empleados, y esto, en un mercado cada vez más competitivo, puede afectar no sólo a los resultados, sino, en última instancia, a la supervivencia de la propia entidad.

Para Leka y cols. (2004), el estrés laboral puede afectar a las entidades del siguiente modo: aumento del absentismo, menor dedicación al

trabajo, aumento de la rotación del personal, deterioro del rendimiento y la productividad, aumento de las prácticas laborales poco seguras y de las tasas de accidentes, aumento de las quejas de usuarios y clientes, efectos negativos en el reclutamiento de personal, aumento de los problemas legales ante las demandas presentadas y las acciones legales emprendidas por trabajadores que sufren estrés, deterioro de la imagen institucional tanto entre sus empleados como de cara al exterior.

2.6. Síndrome de Burnout

Por otro lado, es necesario hablar del Síndrome de Burnout o síndrome de estar “quemado” puesto que este tema también está relacionado con el estrés laboral puesto que es definido como “**Estrés Laboral Crónico**”.

Freudemberger describió por vez primera el burnout en 1974 como un conjunto de síntomas físicos y psíquicos (hundimiento físico y emocional) sufrido por el personal sanitario médico como resultados de las condiciones de trabajo. Describía así el estado físico y mental en relación con el trabajo que observó entre los jóvenes y voluntarios que trabajaban en una clínica de desintoxicación. Después de un año, muchos de ellos se sentían agotados, fácilmente irritables y habían desarrollado una actitud cínica hacia sus pacientes y una tendencia a evitarlos. (Freudemberger, 1974).

Según determinados autores, este fenómeno puede estudiarse tanto desde el punto de vista clínico como psicosocial (Gil-Monte, y Peiró. 1997). Desde una perspectiva clínica lo caracterizan síntomas depresivos o ansiosos, aunque también de tipo fóbico. Síntomas que en psicopatología son bastante inespecíficos y que se pueden presentar en una gran cantidad de trastornos, tanto mentales como somáticos (Soria, 2003). Existen también profesionales que no admiten la existencia del burnout, sino que lo entienden como una manera de afrontar las vicisitudes del trabajo en lugar de una verdadera

enfermedad. Para éstos, el profesional en cuestión debería poseer los recursos suficientes para hacer frente a las nuevas demandas sociales.

A. Defnición

No existe una definición unánime aceptada sobre el síndrome de burnout, pero sí un consenso en considerar que aparece en el individuo como respuesta al estrés laboral crónico. Se trata de una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, actitudes y comportamientos que tiene un cariz negativo para el sujeto dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización.

En su delimitación conceptual pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial.

La perspectiva clínica lo entiende como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. La psicosocial como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y personales. La diferencia estriba en que el burnout como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral, mientras que, entendido como proceso, asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología diferenciada.

Según Maslach y Jackson (1981), lo conceptualizan como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellos sujetos cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad, pero se establecen diferencias entre los autores al considerar el orden secuencial en que aparecen estos síntomas (relación antecedentes-consecuentes) en el desarrollo del proceso de “quemarse”, es decir, cual síntoma actúa como determinante de los demás apareciendo con anterioridad.

La perspectiva psicosocial se asume como la más coherente, al entender que el burnout se da en un proceso interactivo donde se conjugan activamente las variables descritas por Maslach y Jackson, que se conceptualizan como:

- ***Agotamiento emocional:***

Es la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo. Es, por tanto, un agotamiento de los recursos emocionales propios; es decir, emocionalmente agotado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

- ***Despersonalización***

Implica el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas.

- ***Falta de realización personal en el trabajo,***

Se define como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente, con especial incidencia en la habilidad para la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

B. Consecuencias del Burnout.

Las experiencias del estrés provocan en el individuo respuestas fisiológicas. Cognitivo-afectivas y conductuales que, si se mantienen

en el tiempo, ocasionan alteraciones en su adaptación. Estas respuestas actúan como mediadoras en la relación estresor-salud.

Desde la perspectiva individual producen un deterioro de la salud de los profesionales y de sus relaciones interpersonales fuera del ámbito laboral. Se identifican con una sintomatología que se integran en cuatro grandes grupos en función de sus manifestación, como son: emocionales, actitudinales, conductuales y psicosomáticos. En el primer caso hablaremos de manifestaciones de sentimientos y emociones, mientras que el segundo aspecto hace referencia a las actitudes o posicionamientos que el sujeto toma como reacción a la influencia del síndrome, y que son el sostén cognitivo de las conductas que se manifiestan en las relaciones interpersonales identificadas en el tercer aspecto. Estos tres índices enmarcan el aspecto emocional y el cognitivo conductual que se desprenden de la aparición del síndrome. Por otro lado, el grupo de manifestaciones psicosomáticas es amplio y de persistir la situación estresante, podría desembocar en la instauración de la patología somática (Gil-Monte y Peiró, 1997).

3. BIENESTAR PSICOLÓGICO

3.1 Definición.

Díaz G. y Sánchez, M. (2002), el bienestar psicológico puede definirse como la evaluación que las personas hacen de sus vidas, incluye una dimensión cognitiva (que se refiere a la satisfacción con la vida en su totalidad o por áreas específicas como la matrimonial, laboral, etc.), y otra afectiva (relacionada con la frecuencia e intensidad de emociones positivas y negativas), que mediante una compleja interacción generan en el individuo percepciones que abarcan un espectro de vivencias que transita desde la agonía hasta el éxtasis. Para estos autores, la persona con un bienestar psicológico adecuado, posee una satisfacción con su vida,

frecuentes emociones positivas y sólo infrecuentemente, emociones negativas.

Si por el contrario, el individuo expresa insatisfacción con su vida y experimenta pocas emociones positivas y frecuentes negativas, su bienestar subjetivo se considera bajo (Salas, 2010).

La OMS define la salud como “el estado de perfecto bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de lesión o enfermedad”. De acuerdo con tal definición, puedo resumir entonces, que para estar sano, además de no estar enfermo o lesionado, habrá que estar bien (bienestar). Pero, ¿qué es el bienestar?, ¿en qué consiste sentirse bien o vivir bien?, ¿por qué algunas personas se sienten mejor que otras?, ¿cuáles son las causas de la satisfacción?, ¿o de la insatisfacción?

Para Taylor, (2011); citado en García – Viniegras y González, (2000), el bienestar psicológico es parte de la salud en su sentido más general y se manifiesta en todas las esferas de la actividad humana. Así, Taylor afirma que “cuando un individuo se siente bien es más productivo, sociable y creativo, posee una proyección de futuro positiva, infunde felicidad y la felicidad implica capacidad de amar, trabajar, relacionarse socialmente y controlar el medio.

Lawton (1983 y 1991); citado en Liberalesso, (2001), estima que el bienestar psicológico es uno de los cuatro dominios de la calidad de vida, que incluyen también las competencias comportamentales, las condiciones objetivas del ambiente externo y la calidad de vida percibida. Para el autor, el sentido de bienestar psicológico refleja la evaluación personal sobre el conjunto y sobre la dinámica de las relaciones entre los otros tres dominios. Esto significa que el sentido de bienestar psicológico no resulta de la simple suma de las competencias, de las posibilidades objetivas del ambiente externo, de las creencias y opiniones sobre las satisfacciones. De hecho, “el bienestar psicológico es una evaluación compleja de esas condiciones, que toman en cuenta valores y expectativas personales y

condiciones sociales, orgánicas y psicológicas actuales, así como la congruencia entre las metas deseadas y las metas obtenidas” (Ferrel, 2014).

3.2. Teorías Explicativas Del Bienestar Psicológico

En el contexto de la investigación sobre bienestar psicológico, hay varios interrogantes que aguardan una respuesta empírica más satisfactoria. ¿Sería esto el resultado de la suma de experiencias placenteras asociadas a condiciones objetivas favorables, sin alguna mediación subjetiva para explicar la satisfacción que siente la persona con respecto a aquella área? ¿O sería lo contrario, y las satisfacciones subjetivas referidas a los diversos dominios se derivan de un sentido global y subjetivo de satisfacción? ¿Es feliz la persona porque siente placer o siente placer porque es feliz? ¿Es feliz la persona porque tiene predisposición para involucrarse en actividades que generan satisfacción o para ver el mundo a través de una lente color de rosa, o un mundo más perfecto será condición para que las personas vivan más satisfechas?

Los modelos psicológicos “abajo-arriba” y “arriba-abajo”, explicados a continuación, han intentado responder a estas preguntas, atribuyendo diferentes pesos a la naturaleza de la determinación del bienestar psicológico y pueden distinguirse en cuanto a la manera como comprenden la naturaleza y los determinantes de dicho concepto. Los modelos de abajo-arriba (bottom-up) sugieren que el bienestar se deriva de la sumatoria de momentos y experiencias placenteras y displacenteras, o de la sumatoria de la satisfacción en diferentes dominios, es decir, una persona está satisfecha porque experimenta muchos momentos placenteros y satisfactorios. Por el contrario, los modelos de arriba-abajo (top-down) proponen que los individuos están predispuestos a vivenciar y a reaccionar a los eventos y circunstancias de forma positiva o negativa. Establecen que los distintos elementos de la personalidad determinan los niveles de bienestar, de modo que las

personas felices lo son porque les gusta y buscan activamente el placer, y no porque están satisfechas todo el tiempo.

Dentro del modelo abajo-arriba se encuentran las denominadas teorías finalistas o de "punto final", que defienden la idea de que el bienestar se logra cuando una necesidad es alcanzada.

En opinión de García (2002) las teorías de los humanistas Maslow y Murray, con sus jerarquías de necesidades se encuadran en esta perspectiva. Ambas clasificaciones, tratan de ordenar qué aspectos carenciales, presentes en cada uno de nosotros, deben ser satisfechos para alcanzar el bienestar o, cuando menos, no experimentar malestar por su falta. Más recientemente, se han propuesto modelos más elaborados como el de Auto concordancia (Sheldon y Elliot, 1999), en el que estas necesidades no se consideran tan universales sino mediadas por los intereses personales de cada uno.

Las bases del modelo arriba-abajo tienen su origen en los factores determinantes que predisponen las actitudes, incluyendo la influencia de los factores genéticos y los rasgos de la personalidad como la afectividad positiva o negativa, la extroversión y el neurocitismo (Diener, 1984, citado en Lance, Mallard y Michalos, 2002).

Las bases de un modelo arriba-abajo se apoyan en que a pesar de que la percepción de aspectos objetivos de la vida de uno mismo puedan influir en la satisfacción de aspectos concretos y en la satisfacción general de la vida, tal y como establecen las diferencias sólidas entre las personas, estas bases preceden causalmente a las opiniones sobre la satisfacción de aspectos concretos de la vida.

Cummins (2000), citado en Moreno, (2003) y Cummins, Gullene y Lau (2002), citados en González, (2004) han propuesto que Modelo Homeostático del Bienestar Psicológico, que se ajusta al modelo arriba-abajo señalado con anterioridad. Dicho modelo sostiene que el proceso

psicológico en el que se sitúa el bienestar, es un sistema altamente integrado que comprende un sistema de capacidades genéticas primarias y un sistema protector secundario.

El sistema primario, que proporciona el rango genéticamente determinado de la percepción del bienestar, incluye las características de la personalidad, la extraversión y el neurocitismo. En apoyo a esta red, existe el sistema protector secundario, que pese a tener base genética, es más flexible que el anterior e incluye: la percepción de control, la autoestima y el optimismo vital. La influencia ejercida por el ambiente en las personas, afecta a los determinantes de segundo orden. Si esta influencia es suficientemente aversiva puede reducir el efecto protector de los determinados anteriores y, por lo tanto, el bienestar psicológico se situará en un nivel inferior. Lo más frecuente, sin embargo, es que esta influencia adversa sea compensada mediante mecanismos tanto internos como externos.

Lance et al. (1989) propusieron un modelo bidireccional en el que las relaciones causales y de reciprocidad existen entre la satisfacción de la vida en general y de aspectos concretos de la misma. Este modelo perfila las ideas que se exponen en ambos modelos: el de abajo-arriba y el de arriba-abajo, al sugerir que “la satisfacción global de la vida puede deberse a una combinación ponderada de la satisfacción en diversas áreas de la misma y que provoca la satisfacción de aspectos concretos de la vida.

3.3. Dimensiones del Bienestar psicológico.

Carol Ryff (1989); citado por Liberalesso, (2001) y Casullo (2002), por su parte amplía estas dimensiones, haciendo hincapié en la aceptación y crecimiento personal del individuo así como en la adaptación e integración en su ambiente social. Lo que da lugar a una estructura integrada del bienestar psicológico por las seis dimensiones:

A. Aceptación de sí mismo

Está determinada por el grado en que la persona se siente satisfecha con sus atributos personales. Éste es un rasgo central de la salud mental, la persona presenta buena aceptación, reflejándola en una autoestima alta y aceptándose como es, esto favorece el bienestar psicológico general.

B. Vínculos psicosociales

Son las relaciones de confianza con otros, se caracteriza por que la persona tiene la capacidad de amar; ésta capacidad disminuye el estrés e incrementa el bienestar psicológico.

C. Control de las situaciones

Es la habilidad personal para hacer uso de los propios talentos e intereses, así como de las opciones que se vayan presentando. Es la participación activa en el medio ambiente que permite funciones psicológicas positivas (Díaz, 2000).

D. Crecimiento personal

Es el nivel en que la persona se encuentra abierta a nuevas experiencias, obteniendo logros, enfrentándose a los retos que la vida presenta.

E. Proyecto de vida

Es cuando la persona establece objetivos, tiene sentido de dirección y una intencionalidad en la vida; funciona positivamente y todo esto contribuye al sentimiento de tener una orientación y un lugar en la vida.

F. Autonomía

Se refiere a la autodeterminación, la independencia de la persona y la capacidad para regular su propia conducta; si una persona sacrifica su autonomía, entonces se sentirá insatisfecha y presentara niveles bajos de bienestar psicológico.

En resumen, el bienestar psicológico es un constructo que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social. El bienestar psicológico posee elementos transitorios vinculados a la esfera emocional y elementos estables que son expresión de lo cognitivo y lo valorativo; ambos estrechamente vinculados entre sí y muy influidos por la personalidad que dan lugar a un sistema de interacciones complejas.

3.4. La medida del bienestar psicológico.

La medida del bienestar psicológico se basa prioritariamente en instrumentos auto descriptivo, los cuales han demostrado ser válidos para sus finalidades.

En 1950, la calidad de vida era medida por medio de inventarios multidimensionales que incluían preguntas sobre aspectos objetivos, tales como salud y actividad, así como subjetivos, tales como satisfacción. Los resultados eran interpretados en términos de "grado de adaptación o ajuste" o de "moral". En los años sesenta, los mismos tipos de escala eran denominados "escalas de bienestar" o de "satisfacción con la vida". En los años setenta, fueron introducidas varias escalas de múltiples ítems para medir satisfacción de manera específica.

Había listas de preguntas sobre satisfacción con diversos aspectos de la vida y con la vida como un todo. Los resultados se consideraban indicativos de "satisfacción general". La insatisfacción con la falta de

especificidad de los resultados llevó a una nueva reformulación de las escalas y al consiguiente desarrollo de inventarios específicos y de múltiples ítems para evaluar satisfacción en la vida como un todo, satisfacción en el trabajo y en otros dominios de la vida del adulto.

En el ámbito de las escalas de múltiples ítems que evalúan bienestar psicológico, satisfacción, afectos o felicidad de modo general, hay numerosos instrumentos destinados a adultos de todas las edades. Otras son utilizadas específicamente con individuos de edad avanzada. Todas han sido objeto de análisis metodológicos que han demostrado su validez en diversos niveles. Al lado de las escalas de múltiples ítems, hay otras de un solo ítem, de alcance evidentemente limitado, ya que por su validez temporal es imposible hacer cualquier otra evaluación, puesto que ellas no evalúan dominios específicos de la satisfacción. No obstante, esos instrumentos pueden ser útiles en situaciones que exigen una medida breve del bienestar global.

4. CICLOS CIRCADIANOS: EL RELOJ BIOLÓGICO

Al igual que muchas otras funciones biológicas, el sueño y la vigilia siguen un ciclo diario o circadiano (de la expresión en latín circa diem, que significa “aproximadamente un día”) (Moore-Ede, Czeisler y Richardson, 1983a y b, citados por Morris y Maisto, 2009). Los ritmos circadianos son una adaptación antigua y fundamental al ciclo solar de 24 horas de luz y oscuridad, que se encuentra no sólo en los seres humanos y los animales sino también en plantas e incluso en organismos unicelulares (Moore, 1999). El reloj biológico humano es gobernado en gran parte por un minúsculo racimo de neuronas localizadas en la región inferior del hipotálamo conocida como **núcleo supraquiasmático** (NSQ) (Novak y Albers, 2002, citados por Morris y Maisto, 2009). Un hecho interesante es que el NSQ recibe información acerca de los ciclos diarios de luz y oscuridad directamente del ojo a través de una trayectoria nerviosa especialmente dedicada a ello y que se origina en la retina (Zisapel, 2001, citados por Morris y Maisto, 2009).

4.1. Definición

Los ritmos circadianos son patrones oscilatorios que se observan en multitud de procesos fisiológicos y tienen como característica principal una duración de aproximadamente 24 horas.

La aparición de estos ritmos varía en función de muchos factores que lo regulan y le permite sincronizarse con variaciones ambientales o “Zeitgeber”. Una de las fluctuaciones más importantes es el ciclo del día y la noche. En los mamíferos el “reloj circadiano” que regula el ciclo sueño-vigilia es el núcleo supraquiasmático que se encuentra en el hipotálamo. Para que este reloj se sincronice, la luz solar debe ser captada por las células ganglionares fotosensibles de la retina y transformada en impulsos nerviosos que lleguen al núcleo supraquiasmático. Este, a su vez, enviará información a la glándula pineal, que es quien sintetiza la melatonina durante la noche (Jiménez, Solis, Domínguez y Benítez 2011).

En respuesta a los ciclos de luz y oscuridad detectados por el ojo, el NSQ secreta neurotransmisores específicos en regiones del encéfalo como la formación reticular y el hipotálamo, que a su vez controlan la temperatura del cuerpo, el metabolismo, la presión sanguínea, los niveles hormonales y el hambre, los cuales varían de manera predecible en el curso del día. Por ejemplo, el nivel de la hormona epinefrina (que hace que el cuerpo se ponga alerta) alcanza su punto máximo en las últimas horas de la mañana y luego declina de manera estable alrededor de la medianoche, cuando de repente cae a un nivel muy bajo y permanece así hasta la mañana siguiente. En contraste, los niveles de melatonina (que promueve el sueño) aumentan en la noche y disminuyen durante el día. Los estudios con animales han demostrado que el NSQ responde incluso a variaciones estacionales en la duración del día (Sumova, Sladek, Jac e Illnervo, 2002, citados por Morris y Maisto, 2009) regulando a su vez la producción de varias hormonas y conductas (como el apareamiento) que en muchas especies están ligadas a cambios estacionales.

4.2. Ritmos Circadianos y Trabajo Nocturno

Algunos autores indican que los ritmos circadianos nunca se adaptarán completamente al trabajo nocturno (p.e., Aschoff, Hoffman, Pohl et al., 1975; Knauth y Rutenfranz, 1976; Monk, 1986; Reinberg, Andlauer, Deprins et al., 1984, citados por Sanchez, 2004.). Los ritmos directamente afectados por el trabajo nocturno son los de mediana frecuencia o circadianos (del latín, circa diem, es decir, aproximadamente un día); son numerosas las variables biológicas y psicológicas que presentan este patrón, tales como la temperatura corporal, el pulso cardíaco y la tensión arterial diastólica y sistólica (Cuevas Verdú, 1988), el ritmo respiratorio, el consumo de oxígeno, los ritmos electroencefalográficos, la división celular, la composición química de la sangre, el rendimiento perceptivo, factores inmunológicos y endocrinos, respuesta a determinadas medicaciones, estado de ánimo y ansiedad, así como los valores hormonales tanto en plasma como en orina, que alcanzan sus valores máximos (acrofases) y mínimos (nadires) a medida que va transcurriendo el día (Minors y Waterhouse, 1983; Scott y Ladou, 1990; Scott, Monk y Brink, 1997; Healy y Waterhouse, 1991, citados por Sánchez, 2004).

En general, los trabajadores de turnos rotativos presentan reducciones o incrementos en la amplitud de numerosos ritmos circadianos, entre ellos la temperatura corporal periférica, el ritmo o pulso cardíaco y la presión sanguínea sistólica y diastólica (Martín García, Díaz Ramiro y Rubio Valdehita, 1995; Baehr, Revelle y Eastman, 2000). Asimismo, los trabajadores nocturnos y rotativos se enfrentan a una doble y contradictoria exigencia al romper los ritmos circadianos, siendo la primera de ellas el tener que realizar temporal o permanentemente sus tareas en un período natural de desactivación, y la segunda tener que dormir durante un período normal de activación, que coincide con el desarrollo de la actividad comunitaria en general (Angosto Agudo, 1992), con todos los problemas que conlleva para el trabajador (Sánchez, 2004).

Según Tankova, Adan y Buela-Casal (1994, citados por Sánchez, 2004.), las personas con tipología circadiana matutina y vespertina no presentan la misma acrofase en sus principales funciones fisiológicas, y su nivel de activación central difiere atendiendo a la tipología circadiana definida (matutina-vespertina) del individuo, con independencia de la hora del día. La tipología circadiana está considerada como una variable de personalidad (Matthews, 1998), mostrando distintas relaciones con otras variables y características personales. En este sentido, la tipología circadiana explica las diferencias en el acoplamiento de la curva de la temperatura corporal y el estado de vigilancia subjetivo, pues la acrofase del ritmo del nivel de vigilancia ocurre antes que la del ritmo de la temperatura corporal en personas matutinas, mientras que en vespertinas ambos están acoplados (Beniot, 1992, citados por Sánchez, 2004) – de hecho, las personas matutinas tienen su pico máximo de temperatura corporal entre 1.5 y 3 horas antes que los vespertinos (Vidacek, Kaliterna, Radosevic y Folkard, 1988, citados por Sánchez, s.f.). De esta manera, puede considerarse que la ritmidad del nivel de alerta está más relacionada con el ritmo vigilia/sueño en personas matutinas, mientras que en las vespertinas se asocia con la regulación circadiana endógena (Natale y Cicogna, 1996, citados por Sánchez, 2004).

El trabajador de noche tiene que dormir de día, cuando su ritmo circadiano le dice que debe estar despierto. En consecuencia, el sueño de día se acorta y parece “ligero” o no satisfactorio. A menudo, el trabajador de noche no duerme suficiente durante el día como para combatir la fatiga y el sueño de noche. También el trabajador de día a veces tiene que despertarse muy temprano para ir a trabajar. Esta situación puede causar que su sueño esté disminuido, lo que lo hace sentir cansado durante el día (Roger y Colligan, 1997, citado por Arango, 2009).

Estos ciclos de sueño-vigilia tienen gran importancia, ya que la vida diaria se organiza en función de los mismos: las personas duermen de noche y de día desarrollan su actividad. Así, cualquier ritmo de vida que los altere (como el trabajo a turnos), tendrá consecuencias negativas en el

organismo, véase fatiga, malestar general, deficiencias en pruebas físicas y cognitivas, alteraciones en el sueño, etc. (García, 2016).

García (2016), menciona algunos aspectos a destacar en relación a los ritmos circadianos son:

- Como ya se ha mencionado, todos los seres vivos poseen ritmos innatos de actividad-inactividad. Todos los seres vivos tienen además unos ritmos de curso libre característicos: en los ratones sería de 23 horas, en los hámsteres de 24 horas y en los humanos de 25,5 horas. (Este curso libre haría referencia al ciclo natural sin condicionantes exteriores, como la luz).
- Estos ritmos no son aprendidos o grabados en el organismo. No se adaptan a condiciones específicas, locales o regionales del ambiente (por esta razón, la alteración de estos ciclos causa efectos negativos aun cuando se trabaje en turno nocturno permanentemente, por ejemplo).
- Tienen un fuerte componente genético (más adelante en este apartado, se indicarán algunos de los genes implicados).
- Influyen en los horarios de actividad-inactividad motora, en los procesos fisiológicos y en la conducta.
- Proporcionan un mecanismo por el cual los organismos se mantienen en sincronía con su ambiente.

5. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA GRUPO CIRSA

El Grupo CIRSA está conformado por un grupo de empresas consolidado en el mundo del juego y el entretenimiento. Como pioneros siempre marca las

nuevas tendencias, brindando nuevas tecnologías en sus productos para satisfacer a sus clientes habituales y a las nuevas generaciones.

CIRSA es una empresa española de juego y ocio fundada en 1978 y uno de los líderes mundiales en el sector. Tiene más de 14.000 empleados y 212 empresas presentes en más de 70 países. En 2010 contaba con 88 bingos, 30 casinos y más de 50.000 máquinas recreativas en funcionamiento. En 2017 cuenta con un volumen aproximado a 150 casinos.

La empresa comienza en Tarrasa (España) en 1978 de la mano de su fundador, Manuel Lao Hernández, con un pequeño laboratorio con la denominación Compañía Internacional de Recreativos S.A. para cambiar su nombre al actual, CIRSA, en 1983.

CIRSA fue una de las primeras empresas extranjeras en invertir en el Perú y, desde entonces, su trayectoria en este mercado ha sido exitosa. Su constante esfuerzo para superar las expectativas del cliente ha convertido a esta empresa en una de las líderes de entretenimiento.

En la Actualidad dentro del Perú cuenta con un plan de expansión importante a nivel de provincias; ahora contamos con salas en Arequipa, Puno, Juliaca y Puerto Maldonado. Y tenemos como proyección continuar con esta expansión.

4.1. Misión de la Empresa

Ser una organización sólida, en permanente expansión, dedicada al entretenimiento. Superamos las expectativas de nuestros clientes a través de la innovación, la calidad de nuestros servicios y un equipo humano con alta capacidad de gestión. Trabajamos con compromiso para el beneficio de nuestros colaboradores, accionistas y la sociedad.

4.2. Visión de la Empresa

Continuar nuestro plan de expansión y consolidar nuestra marca en el mercado peruano como un referente en la “generación de experiencias” para nuestros clientes. Así lograremos ser la mejor empresa de entretenimiento del país.

CAPÍTULO III

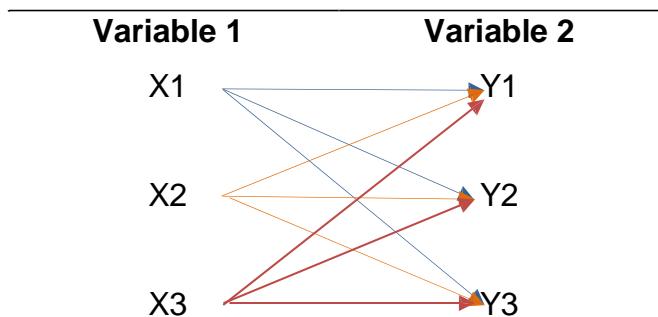
METODOLOGÍA

1. TIPO, DISEÑO O MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es cuantitativa no experimental, es de tipo descriptivo-correlacional. El tipo de diseño es no experimental porque el estudio realizado fue sin manipulación deliberada de las variables de estudio. Es decir, se trata de estudios donde no se hace variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que se observa en la investigación no experimental es fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos.” (Hernández, Fernández y Batista 2010).

Así mismo, esta investigación es transeccional o transversal, porque se recolectan los datos en un solo momento o tiempo único, con el propósito de describir variables y analizar su interrelación en un momento dado (Hernández y cols., 2010)

En los estudios descriptivos “Se pretende Indagar la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población” (Hernández y cols., 2010); es así que en la presente investigación se ha obtenido información acerca de las variables estudiadas. Los estudios correlacionales “tienen como propósito describir relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado” (Hernández y cols., 2010).



2. PARTICIPANTES

2.1. Población

La población total está conformada por el total de trabajadores de ambos sexos pertenecientes a la empresa CIRSA, los que están ubicados en la Ciudad de Arequipa.

2.2. Muestra

El tipo de muestreo empleado fue “no probabilístico”, según Hernández y colaboradores (2010), la define como la “elección de los elementos en los que no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o

de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación”.

De esta manera en la investigación, la muestra está compuesta por 130 trabajadores nocturnos de la Empresa CIRSA. De los cuales 98 son del género masculino y 32 del género femenino cuyas edades fluctúan entre 20 a 55 años, todos ellos pertenecientes al estatus social media.

A. Criterios De Inclusión

- Trabajadores que se encuentren en plena actividad y que no pertenecen al turno diurno.
- Trabajadores que acepten participar en la investigación.

B. Criterios De Exclusión

- Trabajadores que no acepten o rehúyan intervenir en la investigación.
- Trabajadores que no hayan contestado por completo los instrumentos de evaluación.

3. MATERIALES E INSTRUMENTOS

3.1. Cuestionario de Estrés Laboral de Cooper

Este cuestionario fue aplicado en una investigación realizada en el año 2016 en la tesis de grado para optar el título de psicólogos, “Estrés Laboral, Satisfacción Laboral y Bienestar Psicológico en personal de la Salud de la Micro Red Ampliación de Paucarpata-Arequipa” en la Universidad Nacional de San Agustín, por los graduandos Ortega Javier y Quispe Masías Doris de donde fue recopilada para su aplicación en la presente investigación.

Este Instrumento está dividido en dos partes:

En la primera parte se han considerado datos generales como edad, estado civil, sexo y tiempo de servicios.

La segunda parte está constituido por 37 ítems.

Las pautas de calificación se sustentan en la escala Likert, siendo los resultados la referencia sobre la frecuencia de agentes estresantes, esta escala califica la frecuencia desde Nunca (1 punto) hasta Siempre (5 puntos) teniendo en cuenta la escala General.

Los rangos establecidos para la calificación es el siguiente:

Escala General

5 Puntos	Siempre
4 Puntos	Casi Siempre
3 Puntos	A veces
2 Puntos	Rara Vez
1 Puntos	Nunca

De acuerdo a esta escala de calificación se obtiene el nivel de estrés, siendo el puntaje máximo 135, si una persona logra obtener mayores puntajes en el cuestionario demostrará que experimenta niveles altos de estrés laboral o por el contrario, si los puntajes son menores experimenta niveles bajos de estrés laboral.

Los rangos establecidos para la calificación es el siguiente:

ESCALA	NIVEL DE ESTRÉS LABORAL
0-60	BAJO
61-121	MEDIO
122-135	ALTO

Validez y Confiabilidad De La Escala:

Esta escala fue validada llevándose a cabo un análisis de ítems, la técnica usada fue la de grupos extremos con los puntajes totales de 119 empleadas, se conformaron dos grupos, uno comprendía el 25% de los sujetos con puntajes bajos y el otro comprendía el 25% de los sujetos con puntajes altos, se utilizó el estadístico “t” para poder establecer la diferencia entre grupo alto y bajo.

Para hallar el índice de confiabilidad, se aplicó el cuestionario a los 40 obreros los cuales fueron seleccionados al azar, se siguió la técnica de división por la mitad. La correlación entre las mitades se halló calculando el coeficiente de correlación por el método de producto de momentos de Pearson, obteniéndose un coeficiente de 0.88%

3.2. Escala de BIEPS-A (María Casullo, 2002)

“Evaluación del Bienestar”, de María Martina Casullo y colaboradores, “BIEPS-A” (Adultos). La Escala consta de 13 ítems, que evalúan el Bienestar Psicológico desde una perspectiva de múltiples dimensiones. Puede administrarse en forma individual o colectiva y se responde en 5 minutos aproximadamente.

Constituye una técnica autoadministrable válida para la evaluación del Bienestar Psicológico auto percibido en la población adulta, utilizable en la evaluación individual y/o trabajos de investigación, como en este caso.

A. Escala evalúa las siguientes dimensiones:

Control de Situaciones: implica tener una sensación de control y de auto competencia. Las personas con control pueden crear o moldear contextos para adecuarlos a sus propias necesidades e intereses. En cambio aquellos que presentan una baja sensación de control, tienen dificultades en el manejo de los asuntos de la vida y creen que son incapaces de modificar el ambiente en función de sus necesidades.

Definiciones Operacionales: “si algo me sale mal, puedo aceptarlo, admitirlo; encaro sin mayores problemas mis obligaciones diarias.”

Aceptación de sí mismo: Se refiere al poder aceptar los múltiples aspectos de sí mismo, incluyendo los buenos y los malos. Sentirse bien acerca de las consecuencias de los eventos pasados. No tener aceptación de sí mismo sería estar desilusionado respecto de la vida pasada y querer ser diferente de cómo se es.

Definiciones Operacionales: “puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar.”

Vínculos Psicosociales: Consisten en la capacidad para establecer buenos vínculos con los demás; tener calidez, confianza en los demás y capacidad empática y afectiva.

Tener malos vínculos significa tener pocas relaciones interpersonales, sentirse aislado y frustrado y no poder establecer compromisos con otros.

Definiciones Operacionales: “generalmente le caigo bien a la gente; cuento con personas que me ayudan si lo necesito; creo que me llevo bien con la gente”

Proyectos: se relaciona con la capacidad de tener metas y proyectos en la vida. Considerar que la vida tiene significado. Asumir valores que otorgan sentido y significado a la vida.

Definiciones operacionales: “creo que sé lo que quiero hacer con mi vida; me importa pensar lo que haré en el futuro; soy capaz de pensar en un proyecto para mi vida; siento que podré lograr las metas que me proponga.

B. Administración y Evaluación

Los sujetos deben leer cada ítem y responder basándose en lo que sintieron y Pensaron durante el último mes. Tienen tres opciones de respuesta:

1. De acuerdo (se asignan 3 puntos)
2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo (se asignan 2 puntos)
3. En desacuerdo (se asigna 1 punto)

La escala tiene todos sus ítems directos, obteniéndose una puntuación total a partir de la suma de las puntuaciones asignadas a cada ítem. No admite respuestas en blanco. La puntuación global directa se transforma a un nivel percentil.

C. Interpretación de la escala:

Puntuaciones inferiores al percentil 25: indican que la persona auto percibe un Bienestar Psicológico muy bajo y que están comprometidas varias de sus áreas vitales.

Percentil 25: Indicaría un nivel bajo de Bienestar Psicológico, sin un compromiso muy grande en las dimensiones evaluadas.

Puntuaciones correspondientes al percentil 50: indican un bienestar promedio señalando que el sujeto se siente satisfecho con su vida, en términos generales.

Puntuaciones correspondientes a los percentiles 75 a 95: indican un alto nivel de bienestar, señalando que el sujeto se siente muy satisfecho con su vida, considerándola globalmente.

D. Confidabilidad y Validez

Con respecto a la confiabilidad del instrumento, el coeficiente de consistencia interna de la escala completa, así como de las subescalas, es elevado ya que para Campo- Arias y Oviedo (2008), Hogan (2004) el indicador óptimo de confiabilidad está entre .80 y .90, y además los intervalos para cada coeficiente de consistencia interna refuerzan esa postura.

Para darle mayor consistencia a la discusión de la confiabilidad, se compararon los alfa de Cronbach de las escalas totales a fin de encontrar diferencias significativas entre ellos mediante el método Feldt (1969; en Merino y Lautenschlager, 2003). De acuerdo a los resultados (χ^2 -Cuadrado = 479.0941; $gl= 1$; $p <.0001$) se concluye que la escala es menos confiable para adultos argentinos, lo cual puede estar influido por el tamaño de muestra que usaron para un rango de edad tan amplio.

Las primeras evidencias de validez y confiabilidad obtenidas en muestras de universitarios limeños para el instrumento utilizado son importantes ya que permitirán conocer una capacidad humana directamente relacionada con el sentido de la vida, la satisfacción y logros vitales. Del mismo modo, puede ser empleado como fase inicial en programas de intervención en esta población a fin de poder actuar de modo preventivo, dado que la Universidad es un periodo que implica una serie de ajustes constantes y la posibilidad de desarrollar trastornos está presente.

4. PROCEDIMIENTO

Una vez indagado sobre el tema a estudiar, se procedió a delimitar el tema de estudio acorde a las investigaciones en psicología; tras precisarse el tema de investigación se indagó la bibliografía pertinente en las bibliotecas de la escuela profesional de psicología, de humanidades y en la biblioteca de la municipalidad sobre el tema del estrés laboral en trabajadores que trabajan en el turno noche.

En seguida se elaboró el proyecto de investigación, para su respectiva aprobación dentro de facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Cs. De la Comunicación.

Una vez aprobada el proyecto de investigación, se gestionó con la empresa para obtener la correspondiente autorización y así poder realizar la investigación, para ello se solicitó las autorizaciones a los administradores de los locales nocturnos (casinos).

Luego, se procedió a evaluar a los sujetos participantes (Trabajadores del turno noche de la Empresa CIRSA) con los cuestionarios respectivos, bajo supervisión constante a fin de resolver cualquier duda o aclarar alguna pregunta.

En seguidamente, luego a evaluar a los participantes, se calificaron e interpretaron las pruebas o cuestionarios utilizados de manera computarizada, guardándose los resultados correspondientes.

Al terminar las evaluaciones en la Empresa CIRSA se emitieron los informes con los resultados del estrés laboral y bienestar psicológico, para cada uno de los trabajadores que colaboraron en la investigación.

Con la información obtenida se creó una base de datos utilizando el programa o paquete estadístico de SPSS; en la que se recopilará los datos más relevantes para la investigación.

EN seguida se interpretó los datos obtenidos. Para efectuar la relación entre las variables de estudio se utilizó la Prueba Estadística del Chi-Cuadrado, y para ver la fuerza o sentido de correlación de las variables se recurrió al Coeficiente de Correlación Tau_b de Kendall.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Se aplicaron los instrumentos a los trabajadores del Grupo CIRSA para establecer los niveles de estrés laboral y el bienestar psicológico, dos aspectos que se relacionan en el desenvolvimiento de la actividad laboral.

En el primer caso se hizo uso del instrumento de BIEPS-A con la finalidad de conocer el Bienestar psicológico, en otras palabras si anímicamente y emocionalmente en qué condiciones se encontraba en su actividad laboral, de la misma manera se hizo el uso del instrumento Cooper, la aplicación de ambos instrumentos tuvieron un tiempo prudencial donde los encuestados pudieran dar sus anotaciones respectivas, sin ningún tipo de interferencia de parte del investigador.

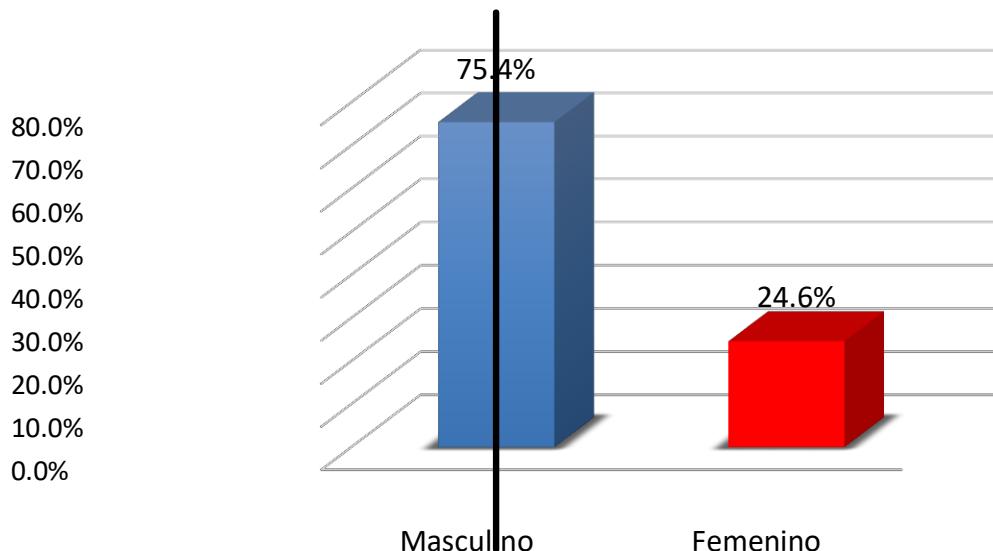
Para realizar las respectivas asociaciones de las variables se recurrirá a la prueba estadística del Chi Cuadrado y Tau_b de Kendall, este último, para averiguar el sentido de la correlación de las variables.

Tabla Nº 01

Distribución por Sexo de la Muestra

Válidos		Frecuencia	Porcentaje
	Masculino	98	75,4
	Femenino	32	24,6
	Total	130	100,0

Fig. 01

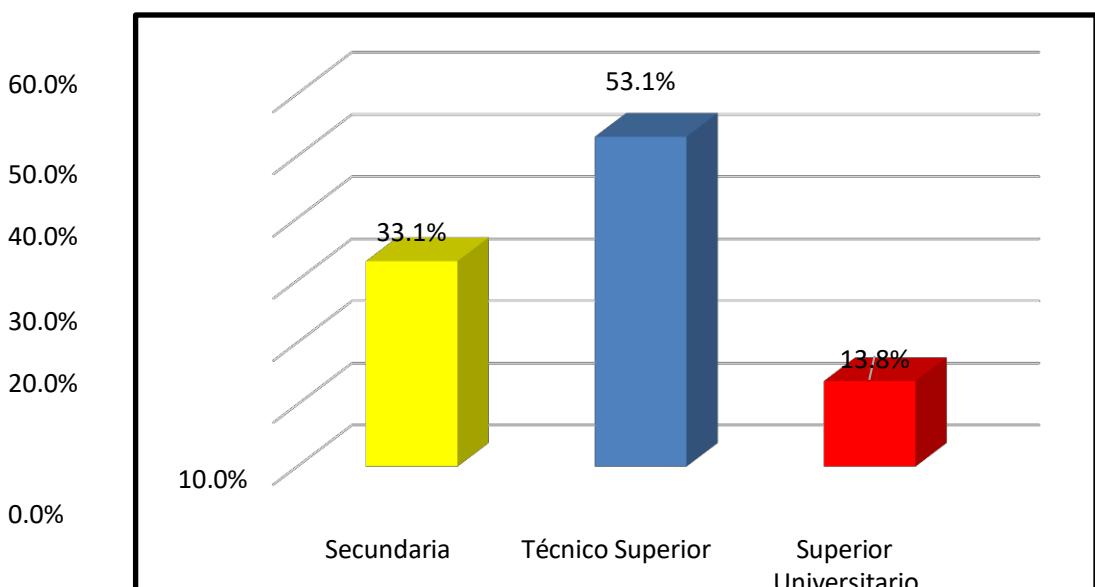


Interpretación:

Al observar la tabla Nº 01, del total de la muestra (130 trabajadores), el 75,4% de ellos pertenecen al género Masculino; mientras tanto, el 24,6% pertenecen al sexo Femenino. Estos porcentajes indican que existe una diferencia en la muestra con respecto a la distribución por sexo, ya que son los varones quienes más trabajan de noche.

Tabla Nº 02**Descripción por Nivel de Instrucción**

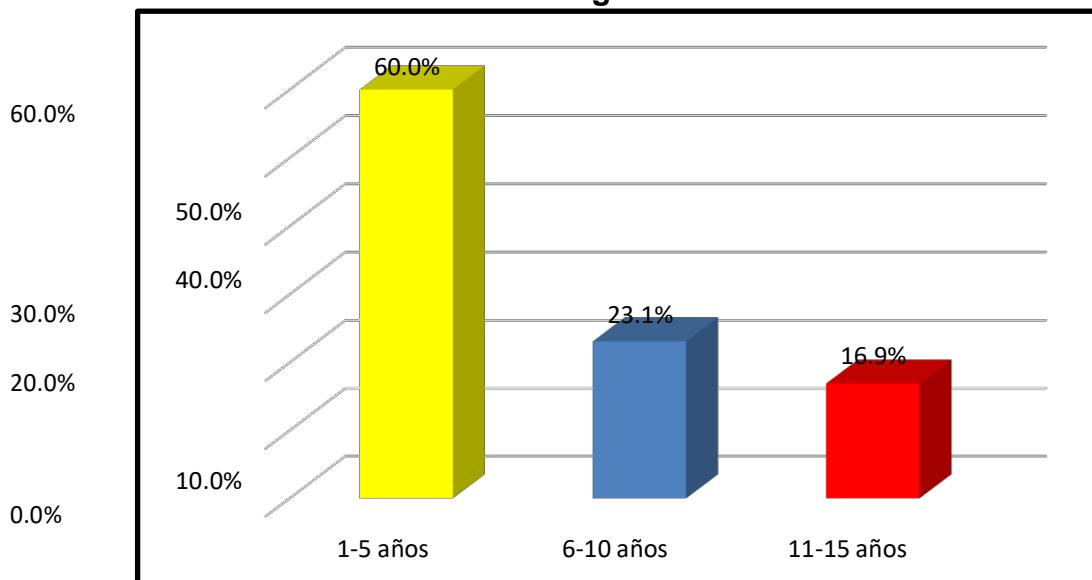
Válidos		Frecuencia	Porcentaje
	Secundaria	43	33,1
	Técnico Superior	69	53,1
	Superior Universitario	18	13,8
	Total	130	100,0

Fig. 02**Interpretación:**

De la tabla Nº 02, los datos reflejan que del total de los sujetos de la muestra, el 33,1% tienen el nivel de instrucción secundaria completa; de otro lado, un significativo 53,1% señalan que tienen un nivel de instrucción superior técnico; por último, sólo un 13,8% menciona tener el nivel de instrucción superior universitarios. Por lo que, estos resultados hacen entender que la mayoría de los sujetos poseen nivel de instrucción técnico superior, esto se debe que la empresa contrata personal, de acuerdo a sus necesidades que señala el área de recursos humanos.

Tabla Nº 03**Descripción por Años de Servicio**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	1-5 años	78	60.0
	6-10 años	30	23.1
	11-15 años	22	16.9
	Total	130	100,0

Fig. 04**Interpretación**

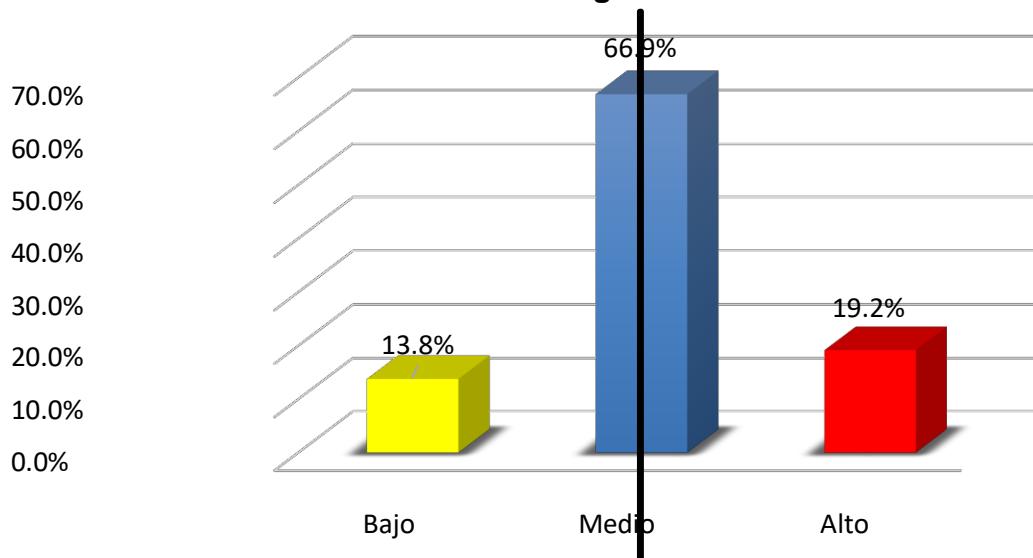
Con respecto al tiempo de servicio o tiempo que trabajan en la empresa, la tabla Nº 03 muestra que el 60% de los trabajadores viene laborando entre 1 a 5 años; de otro lado, el 23,1% de éstos vienen trabajando entre 6 a 10 años; por último, el 16,9% menciona que viene laborando para la empresa entre 11 a 15 años. Los resultados reflejan que la gran mayoría en tiempo que labora en la empresa es de 1 a 5 años; estos resultados reflejan la inestabilidad laboral por la cual atraviesan los trabajadores y como es sabido en el Perú existen una gran cantidad de trabajadores que pasan por esta situación laboral.

Tabla Nº 04

Niveles de Estrés Laboral Experimentado por los Trabajadores

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	18	13,8
	Medio	87	66,9
	Alto	25	19,2
Total		130	100,0

Fig. 04



Interpretación:

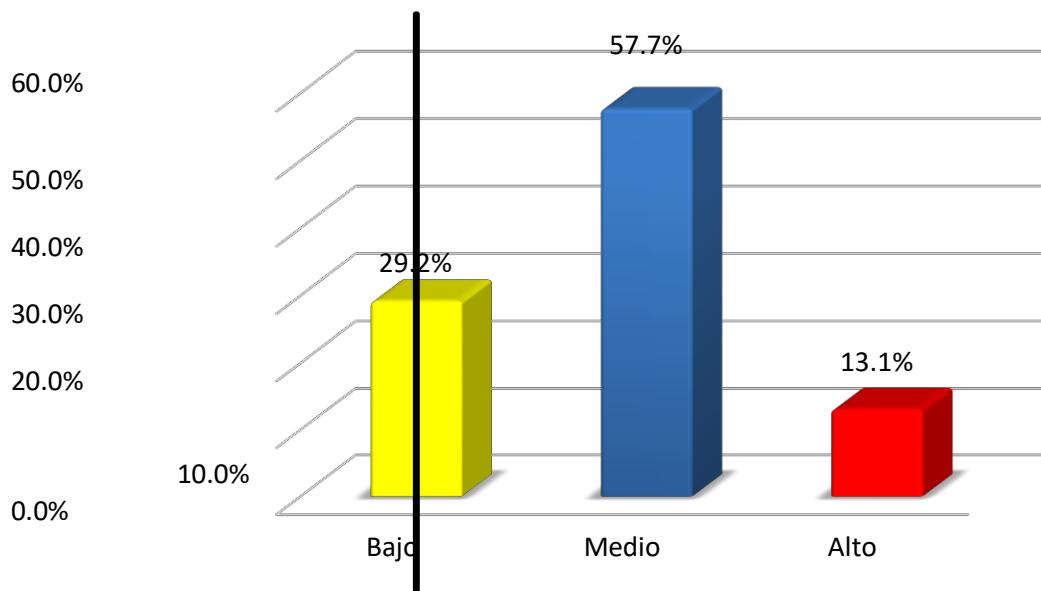
En lo que respecta al nivel de estrés experimentado por los sujetos (trabajadores), de la tabla Nº 04, se puede apreciar que del total de personas participantes, el 13,8% obtiene el nivel de estrés “bajo”; mientras que un significativo 66,9% obtiene el nivel de estrés “medio”; y por último, un 19,2% obtienen un nivel de estrés “Alto”. Estos resultados indican que la mayoría de trabajadores (del turno noche) en la investigación experimentan un nivel de estrés de manera moderada, lo que significa que poseen un estrés que no afecta considerablemente a su persona, tanto física y mentalmente. Pero que presentarías ciertas problemas para tomar decisiones, preocupaciones.

Tabla Nº 05

Nivel Bienestar Psicológico

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	38	29,2
	Medio	75	57,7
	Alto	17	13,1
Total		130	100,0

Fig. 05

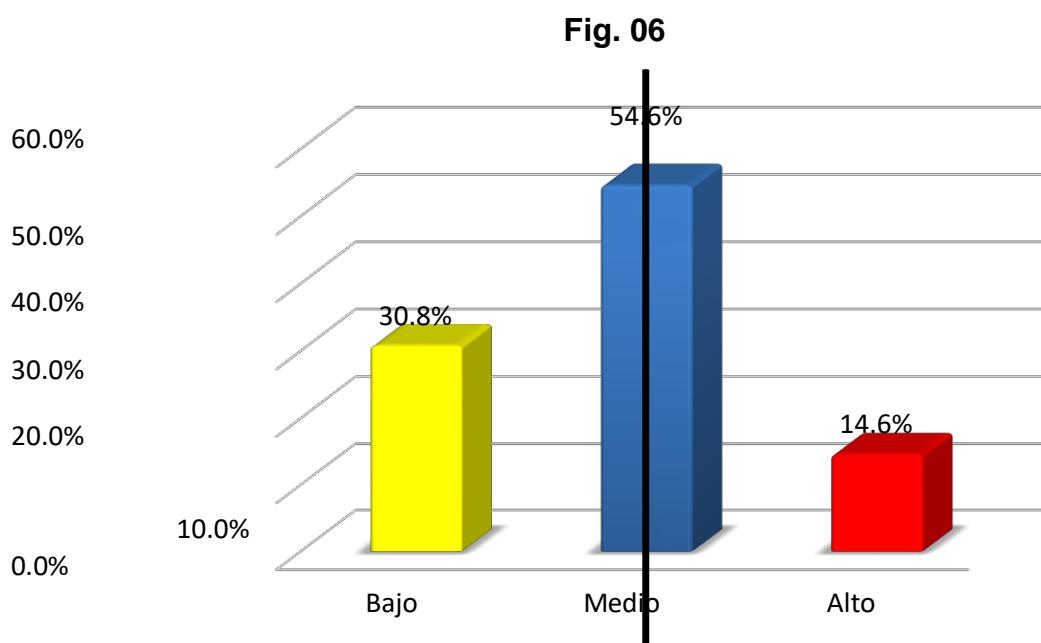


Interpretación:

En lo que respecta al Bienestar Psicológico, los resultados reflejan que el 29,2% obtienen el nivel “bajo” de bienestar psicológico; por otro lado, un significativo 57,7% obtiene el nivel “medio”; por último, sólo un 13,1% obtiene el nivel “alto” de bienestar psicológico. Estos resultados reflejan que la mayoría (57,7%) de trabajadores del turno noche de la Empresa del Grupo CIRSA, poseen un bienestar psicológico promedio, esto significa que estos son trabajadores de manera regular, afrontan sus retos, tratando de manejarlos de manera adecuada, y aprendiendo de ello para una mejor comprensión de la vida cotidiana.

Tabla Nº 06
Aceptación de Sí Mismo

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	40	30,8
	Medio	71	54,6
	Alto	19	14,6
Total		130	100,0

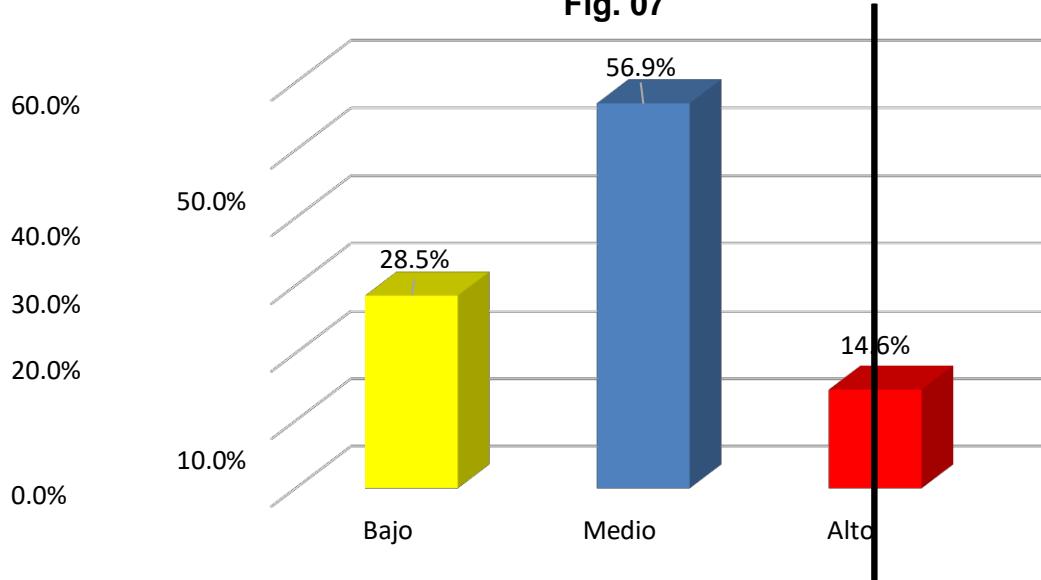


Interpretación:

En la dimensión de Aceptación de sí mismo, los resultados reflejan que el 30,8% obtienen el nivel “bajo”; mientras que un significativo 54,6% obtienen el nivel “medio”; de otro lado, solamente el 14,6% obtienen el nivel “alto”. Lo cual reflejaría que los trabajadores del turno noche, en su mayoría, de cierta manera, aceptan los múltiples aspectos de su personalidad, como aceptar sus equivocaciones, incluyendo aspectos buenos y los malos de su persona, además tienden a sentirse bien y sin preocupaciones acerca de las consecuencias de los eventos pasados.

Tabla N° 07**Vínculos psicosociales**

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	37
	Medio	74
	Alto	19
Total		100,0

Fig. 07**Interpretación:**

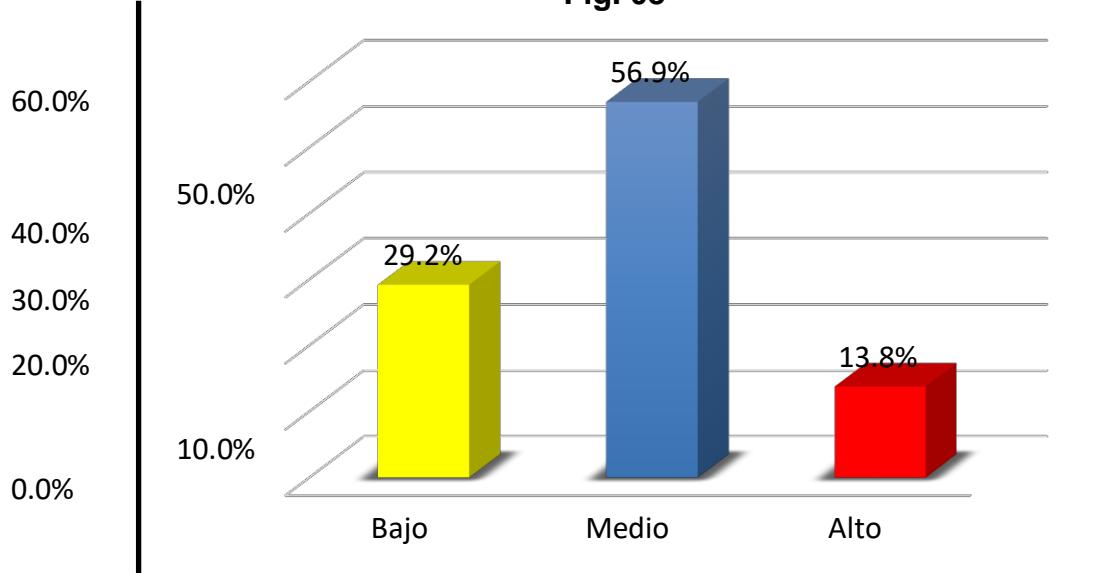
Al observar la tabla N° 07 con respecto a la dimensión Vínculos psicosociales, el 28,5% poseen el nivel “bajo”; de otro lado, un significativo 56,9% obtienen el nivel “medio”; y por último, solamente el 14,6% obtienen el nivel “alto”. Todo ello indicaría que los trabajadores del turno noche de la empresa del grupo CIRSA, en su mayoría (56,9%), tienen la característica de tener la capacidad, de manera moderada, de establecer vínculos con sus compañeros de trabajo, poseen cierta confianza con sus compañeros, y además, muestran calidez, empatía con sus compañeros de trabajo.

Tabla Nº 08

Control de Situaciones

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	38
	Medio	74
	Alto	18
Total		100,0

Fig. 08



Interpretación:

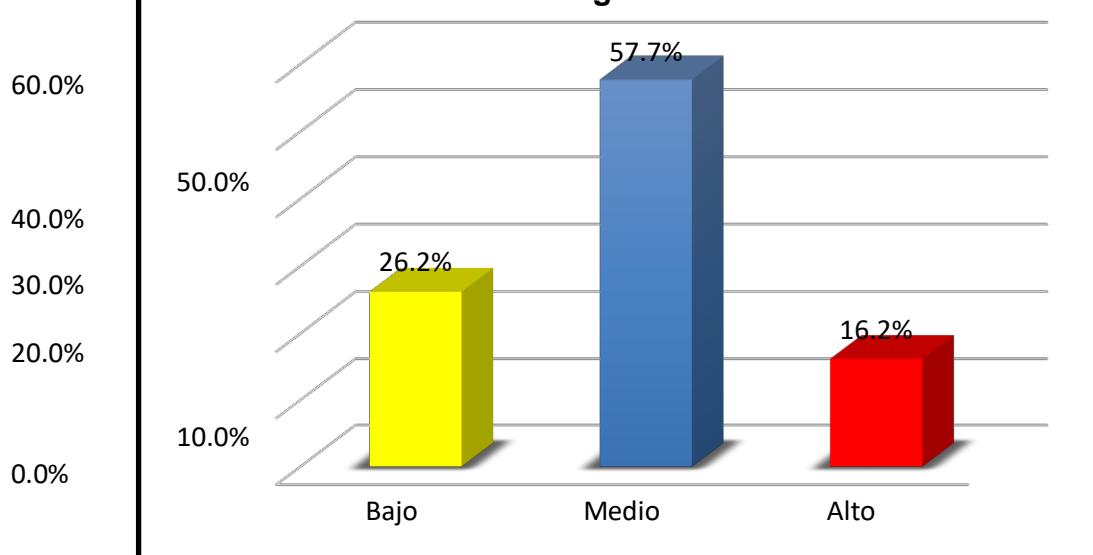
Para la dimensión control de situaciones del Bienestar Psicológico, de la tabla Nº 08 del total de la muestra, 29,2% consigue el nivel “bajo”; de otro lado, el 56,9% logra el nivel “medio”; por último, solamente 13,8% obtienen el nivel “alto”. Estos resultados reflejarían que la mayoría de los trabajadores del turno noche de la empresa poseen un control de situación promedio. Esto quiere decir, que de cierta manera los trabajadores pueden crear o moldear contextos para adecuarlos a sus propias necesidades e intereses.

Tabla Nº 09

Proyecto de vida

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	34	26,2
	Medio	75	57,7
	Alto	21	16,2
Total		130	100,0

Fig. 09



Interpretación

Con relación a la dimensión proyecto de vida del bienestar psicológico, de la tabla Nº 09, del total de sujetos de la muestra (130), se puede apreciar que el 26,2% obtiene la calificación de “bajo”; por otro lado, el 57,7% consigue la calificación “medio”; por último, sólo el 16,2% obtiene la calificación de “alto”. De lo cual se puede concluir que la gran mayoría de participantes del estudio poseen un nivel medio de la dimensión proyecto de vida. Lo cual indica que los trabajadores del turno noche tienen cierta capacidad para proponerse metas y proyectos en la vida y luego cumplirlos, consideran que la vida tiene significado. Les importa pensar lo que harán en el futuro; son capaces de pensar en su proyecto para mi vida.

Tabla Nº 10**Estrés Laboral en relación a la Aceptación de sí mismo****Tabla de contingencia Estrés Laboral * Aceptación de sí mismo**

		Aceptación de sí mismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Estrés Laboral	Bajo	Recuento	0	6	12
	Bajo	Frecuencia esperada	5,5	9,8	2,6
	Medio	Recuento	18	63	6
	Medio	Frecuencia esperada	26,8	47,5	12,7
Estrés Laboral	Alto	Recuento	22	2	1
	Alto	Frecuencia esperada	7,7	13,7	3,7
	Total	Recuento	40	71	19
	Total	Frecuencia esperada	40,0	71,0	19,0
					130
					130,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	90,351 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	78,701	4	,000
Asociación lineal por lineal	55,278	1	,000
N de casos válidos	130		

Interpretación:

Al observar la tabla, permite apreciar los datos obtenidos mediante la prueba estadística de chi-cuadrado, teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. Se Observa que la chi-cuadrada toma un valor de 90,351 lo cual en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (gl.) tiene asociada una probabilidad (Sig. Asint.=Significación asintótica) de 0,000. Esta probabilidad, (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es menor al nivel crítico, entonces se decide aceptar la hipótesis alternativa y se concluye que las variables de Estrés laboral y aceptación de sí mismo están asociadas entre sí.

Tabla Nº 11**Estrés Laboral en relación a los Vínculos psicosociales****Tabla de contingencia Estrés Laboral * Vínculos psicosociales**

		Vínculos psicosociales			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Estrés Laboral	Bajo	Recuento	1	3	14	18
	Bajo	Frecuencia esperada	5,1	10,2	2,6	18,0
	Medio	Recuento	17	66	4	87
	Medio	Frecuencia esperada	24,8	49,5	12,7	87,0
	Alto	Recuento	19	5	1	25
	Alto	Frecuencia esperada	7,1	14,2	3,7	25,0
	Total	Recuento	37	74	19	130
		Frecuencia esperada	37,0	74,0	19,0	130,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	99,231 ^a	4	.000
Razón de verosimilitudes	76,318	4	.000
Asociación lineal por lineal	51,011	1	.000
N de casos válidos	130		

Interpretación:

Se puede interpretar los datos de la tabla N° 11 de la siguiente manera: se aplicó la prueba estadística de chi-cuadrado a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. Se puede observar que el valor obtenido en la chi-cuadrada es 99,231 lo cual en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig. Asint.=Significación asintótica) de 0,000. Esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación), está muy por debajo del nivel crítico, entonces se decide aceptar la hipótesis alterna y se concluye que las variables de estudio (estrés laboral con la dimensión vínculos psicosociales) están relacionados entre sí.

Tabla Nº 12**Estrés Laboral en relación al Control de Situaciones****Tabla de contingencia Estrés Laboral * Control de situaciones**

		Control de situaciones			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Estrés Laboral	Bajo	Recuento	1	4	13	18
	Bajo	Frecuencia esperada	5,3	10,2	2,5	18,0
	Medio	Recuento	15	67	5	87
	Medio	Frecuencia esperada	25,4	49,5	12,0	87,0
	Alto	Recuento	22	3	0	25
	Alto	Frecuencia esperada	7,3	14,2	3,5	25,0
Total		Recuento	38	74	18	130
		Frecuencia esperada	38,0	74,0	18,0	130,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	107,992 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	87,123	4	,000
Asociación lineal por lineal	61,987	1	,000
N de casos válidos	130		

Interpretación:

Se puede apreciar los datos en la tabla N° 12, que mediante la prueba estadística de chi-cuadrado y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. Se observa que la chi-cuadrada toma un valor de 107,992 lo cual en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig. Asint.=Significación asintótica) de 0,000. Esta probabilidad, (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) está muy por debajo del nivel crítico, entonces se decide aceptar la hipótesis alternativa y se concluye que las variables de estudio (Estrés laboral y dimensión control de situaciones) están relacionados entre sí.

Tabla Nº 13**Estrés Laboral en relación a Proyecto de vida****Tabla de contingencia Estrés Laboral * proyecto de vida**

		Proyecto de vida			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Estrés Laboral	Bajo	Recuento	0	6	12	18
	Bajo	Frecuencia esperada	4.7	10.4	2.9	18.0
	Medio	Recuento	14	65	8	87
	Medio	Frecuencia esperada	22.8	50.2	14.1	87.0
	Alto	Recuento	20	4	1	25
	Alto	Frecuencia esperada	6.5	14.4	4.0	25.0
Total		Recuento	34	75	21	130
		Frecuencia esperada	34,0	75,0	21,0	130,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	82,868 ^a	4	.000
Razón de verosimilitudes	70,102	4	.000
Asociación lineal por lineal	51,744	1	.000
N de casos válidos	130		

Interpretación:

De la tabla N° 13 se deduce, que al aplicar la prueba estadística de chi-cuadrado y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. El valor de la chi-cuadrada es de 82,868 lo cual en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (gl) tiene asociada una probabilidad (Sig. Asint.=Significación asintótica) de 0,000. Esta probabilidad, denominada nivel crítico, está por debajo del nivel crítico, entonces se acepta la hipótesis alterna, concluyendo que las variables de estudio están relacionadas entre sí (Estrés laboral y proyecto de vida).

Tabla Nº 14

Estrés Laboral en relación al Bienestar psicológico

Tabla de contingencia Estrés Laboral * Bienestar Psicológico

		Bienestar psicológico			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Estrés Laboral	Bajo	Recuento	0	5	13	18
	Bajo	Frecuencia esperada	5.3	10.4	2.4	18.0
	Medio	Recuento	15	69	3	87
	Medio	Frecuencia esperada	25.4	50.2	11.4	87.0
	Alto	Recuento	23	1	1	25
	Alto	Frecuencia esperada	7.3	14.4	3.3	25.0
	Total	Recuento				

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	121,463a	4	.000
Razón de verosimilitudes	102,240	4	.000
Asociación lineal por lineal	67,273	1	.000
N de casos válidos	130		

Interpretación:

La presente tabla indica que, mediante la prueba estadística de chi-cuadrado aplicada a las variables de estudio y teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05. El valor de la chi-cuadrada es de 121,463 lo cual en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (gl.) tiene asociada una probabilidad (Sig. Asint.=Significación asintótica) de 0,000. Esta probabilidad, (denominada nivel crítico), está muy por debajo del nivel crítico, por tanto se acepta la hipótesis alternativa, concluyendo que las variables de estudio (Estrés laboral y el Bienestar psicológico) están relacionados entre sí.

Tabla Nº 15
Correlación entre Estrés Laboral y las Dimensiones del Bienestar Psicológico.

		Correlaciones					
		Estrés Laboral	Aceptación de sí mismo	Vínculos psicosociales	Control de situaciones	Proyecto de vida	
Tau_b de Kendall	Estrés Laboral	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000 .000 130	-,630** ,000 130	-,598** ,000 130	-,666** ,000 130	-,609** ,000 130
	Aceptación de sí mismo	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-,630** ,000 130	1,000 .000 130	,802** ,000 130	,749** ,000 130	,742** ,000 130
	Vínculos psicosociales	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-,598** ,000 130	,802** ,000 130	1,000 .000 130	,808** ,000 130	,800** ,000 130
	Control de situaciones	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-,666** ,000 130	,749** ,000 130	,808** ,000 130	1,000 .000 130	,746** ,000 130
	Proyecto de vida	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-,609** ,000 130	,742** ,000 130	,800** ,000 130	,746** ,000 130	1,000 .000 130

Interpretación:

Se observa en la tabla Nº 15, los datos obtenidos mediante la prueba estadística de Tau_b de Kendall, teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05; y bajo esta premisa, al relacionar ambas variables (Estrés Laboral y las dimensiones del Bienestar Psicológico), se obtienen los valores siguientes:

En cuanto al Estrés Laboral con las dimensiones: Aceptación de sí Mismo, Vínculos psicosociales, Control de situaciones y Proyecto de vida existe una correlación **Negativa** o Inversa ya que los coeficientes hallados son negativos, ($\text{Tau}_b= - 0,630$ con $P=0,000$; $\text{Tau}_b= - 0,598$ con $P=0,000$; $\text{Tau}_b= - 0,666$ con $P=0,000$ y $\text{Tau}_b= - 0,609$ con $P=0,000$ respectivamente), y además los niveles críticos están por debajo del nivel de significancia, lo que señalan que cuando estas dimensiones Disminuyan en cuanto a sus niveles, los niveles del Estrés Laboral tenderá al aumento o viceversa, es decir, cuando los niveles de las dimensiones del Bienestar Psicológico Aumenten, los niveles del Estrés Laboral disminuirán.

Tabla Nº 16

Correlación entre Estrés Laboral con el Bienestar Psicológico (General)

Correlaciones			
Estrés Laboral		Bienestar psicológico	
	Coeficiente de correlación	1,000	-,701**
	Sig. (bilateral)	.	,000
Tau_b de Kendall	N	130	130
	Coeficiente de correlación	-,701**	1,000
Bienestar psicológico	Sig. (bilateral)	,000	
130	N	130	

Interpretación:

Se observa en la tabla Nº 16 los datos obtenidos mediante la prueba estadística de Tau_b de Kendall, teniendo en cuenta que se asignó un nivel de significancia (alfa) del 5% = 0,05; y bajo este criterio, al relacionar ambas variables (Estrés Laboral y el Bienestar Psicológico), se obtienen los valores siguientes:

Que existe una correlación **Negativa** (inversa) entre el Estrés Laboral con el Bienestar Psicológico, puesto que el Tau_b calculado es - 0,701 y P toma un valor de 0,000; este valor está muy por debajo del nivel de significancia, lo cual indica que cuando los valores de Estrés laboral aumenten el nivel de Bienestar Psicológico disminuirá o viceversa. Es decir que cuando se experimente mayor Estrés Laboral habrá un menor bienestar psicológico.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Los resultados hallados reflejan que los trabajadores que laboran en el turno noche en su gran mayoría (66,9%) poseen o experimentan el estrés laboral de manera moderada, pero, se debe tener en cuenta que un 19,2% de trabajadores presentan niveles altos de estrés laboral, lo cual indicaría que a estos trabajadores el estrés experimentado afecta de manera considerada a su persona tanto física como emocionalmente (problemas de sueño, preocupación excesiva), lo que afectaría en la producción en la empresa y se correría el riesgo de que se ausenten y por último ocurra una deserción del trabajador, por lo cual sería una situación negativa para la empresa.

Al respecto Arango (2009), menciona que el trabajador de noche tiene que dormir de día, cuando su ritmo circadiano le dice que debe estar despierto. En consecuencia, el sueño de día se acorta y parece “ligero” o no satisfactorio. A

menudo, el trabajador de noche no duerme suficiente durante el día como para combatir la fatiga y el sueño de noche. Por lo que, en estos trabajadores los niveles de estrés laboral aumentarían. Entonces, lo que estaría afectando a los trabajadores con niveles altos de estrés (19,2%), también sería influenciado en su ritmo circadiano. Hay que tener presente lo manifestado por Ramos, (2017), quien indica que los trabajos nocturnos, como los viajes transmeridianos, desincronizan el ciclo natural de sueño-vigilia, provocando ritmos biológicos atípicos que conducen a patrones irregulares de ingesta, alteraciones en el metabolismo y perturbaciones en las rutinas sociales del individuo; lógicamente, estos trabajadores estaría experimentando estos problemas, por lo es necesario la intervención para poder evitar el absentismo.

Hay que tener presente que posiblemente estos trabajadores que experimentan niveles altos de estrés, tengan alteraciones metabólicas, las más importantes son desregulación en los lípidos, en el metabolismo de los carbohidratos, resistencia a la insulina y a los corticoesteroides. Estos cambios, unidos con los patrones no habituales de ingesta y un mayor consumo observado de alimentos ricos en grasas, incrementa el riesgo de sufrir enfermedades como diabetes Tipo 2 o aumento del colesterol. También se ha observado un incremento de la hipertensión, daños coronarios e infarto de miocardio. Estudios recientes relacionan los horarios turno noche con el riesgo de padecer cáncer de colon, aunque todavía no hay datos suficientes para respaldar esta afirmación (Smolensky y Haus, 2006, citado por Ramos 2017).

Además de ello, estos trabajadores no presentarían recursos personales para hacerle frente al estrés experimentado y que tendrían serios problemas. Con lo que se estaría de acuerdo con lo que señalan Dolan, García y Díez (2005) que el estrés profesional resulta del exceso de compromisos laborales y personales (externa e internamente condicionados) asociado a la falta de recursos psicológicos de control o afrontamiento situacional, ya al descuido de la construcción de un buen apoyo social a lo largo del tiempo.

De otro lado, se ha encontrado en el presente estudio que los trabajadores nocturnos poseen un nivel medio de Bienestar Psicológico, que son el 57,7%, y con buen número de trabajadores (29,2%) que poseen un nivel bajo de Bienestar Psicológico, estos trabajadores tendrían problemas para afrontar restos, no poseyendo recursos personales para ello, y además no estarían identificados con la empresa para la cual trabajan.

Al respecto Ramos (2017), mención que es lógico pensar que, ya que los turnos rotativos y nocturnos conllevan tantas alteraciones en el trabajador reducirán su bienestar psicológico. Pero sin embargo la misma autora manifiesta que hay estudios contradictorios así por ejemplo, menciona que la gran mayoría de estudios mostraron que los turnos rotativos y nocturnos disminuían el bienestar psicológico, hubo variables que modulaban los efectos sobre el trabajador. Por ejemplo, en un estudio realizado por Takahashi y colaboradores demostraron que la percepción de adaptación a los turnos conllevo menores problemas y un incremento del bienestar, así como la vigilancia y la atención (Takahashi et al., 2005, citados por Ramos 2017).

Asimismo, el estudio realizado por Bohle y Tilley 1989, citado por Ramos (2017) mostró que la insatisfacción laboral aumentaba conforme más tiempo habían trabajado en turnos rotativos o nocturnos.

Con los resultados encontrados en la presente investigación, se estaría de acuerdo puesto que se encontró que la mayoría de los trabajadores del turno noche poseen un bienestar psicológico promedio.

Con respecto a la asociación de las variables de estudio (Estrés Laboral y Bienestar psicológico) en el presente estudio, se halló una relación negativa entre el estrés laboral y el bienestar psicológico, ello significa que cuando los niveles de estrés laboral experimentado por los trabajadores nocturnos aumenten, sus niveles en el bienestar psicológico disminuirán. Como es el caso de Salas (2010), en la Tesis Bienestar psicológico y síndrome de Burnout en docentes de la UGEL N°.7 quien llegó a una de las conclusiones existen correlación negativa entre el Bienestar Laboral y el Síndrome de quemado

laboral (Burnout) en los docentes de la UGEL No 7, notándose que los participantes con bajo nivel de bienestar tienden a presentar un Burnout más alto, mientras que los de alto nivel de bienestar laboral presentan un bajo nivel de Burnout. Si bien se habla de síndrome de Burnout, que es un estrés profundo en el ámbito laboral, los resultados corroborarían que el estrés profesional, laboral está relacionada de manera negativa con el bienestar psicológico.

Si bien esta investigación trata sobre el estrés laboral, también se tomará en cuenta al síndrome de burnout, puesto que este es un estrés crónico experimentado por el trabajador, es por ello que también se compararan los resultados hallados en estudios sobre el síndrome de burnout con el estrés laboral. Así se tiene a Duran, (2010) que da un visión acerca de esta problemática, el entorno cambiante en que el ser humano se desenvuelve actualmente se ha traducido en un incremento de la competencia y de las exigencias para las organizaciones. Esta situación generan altos niveles de presión, que se convierte en parte de la cotidianidad laboral lo que propicia la aparición de enfermedades profesionales: estrés laboral, Síndrome de Burnout, adicción al trabajo, entre otras, en las que el factor emocional o psicológico juega un papel determinante.

De otro lado, Sanchez (2011), en la tesis Estrés laboral, satisfacción en el trabajo y bienestar psicológico en trabajadores de una empresa Cerealera, llega a la conclusión de que cuando el sujeto siente que no cuenta con los recursos o estrategias suficientes para afrontar las demandas que percibe como estresantes, experimenta diferentes niveles de estrés que pueden llegar a vulnerar su equilibrio y bienestar psicológicos, es decir que mientras haya mayores niveles de estrés es posible que afecte de manera negativa en el bienestar psicológico, lo que quiere decir que hay una asociación negativa entre el estrés percibido y el bienestar psicológico, con lo que se estaría de acuerdo con ello, puesto que los resultados de la presente investigación refleja que el estrés laboral y bienestar psicológico está asociada de manera negativa. Así mismo, es necesario señalar a Martínez (2004), quien indica que las consecuencias del estrés laboral no se limita a la esfera profesional,

además se extiende a menudo a la vida personal y familiar, la mayoría de las personas pasan gran parte de su tiempo en el trabajo y éste desempeña un papel central en sus vidas, tanto como fuente de sustento como de identidad personal y de relaciones con los demás. Por lo que, sin duda alguna lo que sucederá en el trabajo tendrá influencia en el bienestar psicológico del persona.

Ortega y Quispe (2016), investigaron el Estrés laboral, satisfacción laboral y Bienestar psicológico en el personal de Salud en personal de salud, en donde encontraron que el 36,1% de su muestra experimenta niveles altos de estrés laboral y el 33,3% el nivel medio, por otro lado, en cuanto al nivel de bienestar psicológico la mayoría, 58,8% posee un nivel bajo de bienestar psicológico. Además de ellos hallaron que existe una correlación moderada positiva entre el estrés laboral y el bienestar psicológico; estos resultados son similares a los de la presente investigación en cuanto a los niveles experimentados del estrés laboral, y los niveles de bienestar psicológico, sin embargo, estos autores encontraron una correlación directa, con cual no se está de acuerdo, ya que en el presente investigación se encontró una asociación inversa, es decir mientras se experimente estrés laboral, menor será el bienestar psicológico de los trabajadores.

Con respecto a la Satisfacción Laboral y el Bienestar Psicológico en el año 2016 Huarca y Medina realizaron una investigación sobre estas variables en trabajadores obreros de empresas de intermediación laboral del sector Minero, destacando que éstos trabajadores poseen un nivel de bienestar psicológico alto y medio, destacando en ellos la sensación de autonomía, control y aceptación de múltiples aspectos de sí mismos. En cuanto a la relación entre las variables, encontraron que existe una asociación positiva entre la Satisfacción Laboral y el Bienestar psicológico; este tema de alguna manera estaría en relación al presente investigación, puesto que si existe una satisfacción laboral existirá un bienestar psicológico adecuado, por lo que la satisfacción laboral será un punto a tomar en cuenta, ello con la finalidad de implementar políticas de trabajo para mejorar la satisfacción en los trabajadores de la empresa.

Chahua y Vargas (2016), en su tesis sobre Síndrome de Burnout y Bienestar Psicológico en miembros de la policía en Arequipa, encontraron que los sujetos presentan un nivel alto de bienestar psicológico, y que no poseen niveles elevados del síndrome de burnout o estrés crónico, y que además, el síndrome de burnout se asocia de manera negativa con el bienestar psicológico; si bien el tema estudiado es el estrés laboral, hay que tener presente que estrés laboral estaría asociado al síndrome de burnout, ya que éste es un estrés muy profundo y se experimenta a lo largo del tiempo en el ámbito laboral, por lo que los resultados hallados por Chahua y Vargas, estarían con la misma línea que la presente investigación, puesto que estrés laboral está relacionada de manera negativa con el bienestar psicológico, lo mismo pasaría con el síndrome de burnout.

Por otro lado, en cuanto a la relación entre el estrés laboral con las dimensiones del bienestar psicológico (Aceptación de sí mismo, vínculos psicosociales, control de situaciones y proyecto de vida), en los trabajadores nocturnos de la empresa CIRSA se ha encontrado que existe una relación negativa, es decir que cuando haya altos niveles de estrés laboral, los niveles en la dimensiones del bienestar psicológico tenderán a disminuir.

Los resultados hallados hacen entender aún más sobre el estrés laboral experimentado por los trabajadores nocturnos, si bien en su mayoría no poseen niveles altos de estrés laboral, no sería idóneo dejar de lado ello, puesto que los resultados señalan que éstos trabajadores experimentan niveles de estrés de manera moderada que podrían pasar a un nivel alto de estrés, y que podría repercutir en el bienestar psicológico de los trabajadores, y esto traería consecuencias negativas para la empresa, así como baja producción del trabajador, absentismo, no identificarse con la empresa entre otros.

CONCLUSIONES

- Primera:** Se ha encontrado que existe relación Negativa (Inversa) entre El Estrés Laboral y el Bienestar Psicológico en los trabajadores de horario nocturno del Grupo Empresarial CIRSA. Ello indica que cuando se experimente mayor Estrés laboral no habrá un adecuado bienestar psicológico. Por lo que se decide aceptar la hipótesis General alterna.
- Segunda:** El Estrés Laboral está relacionado con la Dimensión Aceptación de sí mismo del bienestar psicológico de manera negativa, lo que significa según los datos obtenidos, que cuando los niveles de Estrés laboral aumenten, los valores en la Dimensión aceptación de sí mismo tenderá a disminuir; por lo cual, se decide aceptar la primera hipótesis específica alterna.
- Tercera:** El Estrés Laboral está asociada con la Dimensión Vínculos psicosociales del bienestar psicológico de forma negativa, esto significa, según resultados hallados, que cuando hay un alto nivel de estrés laboral, habrá necesariamente niveles bajos de la Dimensión Vínculos psicosociales; por tanto, se decide aceptar la segunda hipótesis específica alterna.
- Cuarta:** El Estrés Laboral está relacionado con la Dimensión Control de situaciones del bienestar psicológico de forma negativa; esto indica, que cuando existan niveles altos de Estrés Laboral, los niveles de control de situaciones tenderán a disminuir; por lo tanto, se decide aceptar la tercera hipótesis específica alterna.
- Quinta:** El Estrés Laboral está asociada con las Dimensión Proyecto de vida del bienestar psicológico en sentido inverso, lo que indica que cuando existan niveles altos de Estrés Laboral, los niveles en el

proyecto de vida tenderán a disminuir; en consecuencia, se decide aceptar la cuarta hipótesis específica alterna.

Sexta: En el presente estudio se halló que la mayoría de trabajadores nocturnos del Grupo Empresarial CIRSA, experimentan un nivel medio el Estrés Laboral, así mismo, en cuanto al Bienestar psicológico, tanto de manera general como en sus respectivas dimensiones, los resultados reflejan que poseen un nivel Medio de Bienestar Psicológico

RECOMENDACIONES

- Primera:** Se recomienda a la empresa del grupo CIRSA desarrollar talleres de sensibilización, en temas de Relaciones Humanas, puesto que en la actualidad hay un considerable número de sus trabajadores que experimentan niveles altos de estrés laboral.
- Segunda:** Que la empresa debe convocar reuniones de compañerismo y hacerles ver su reconocimiento de sus méritos en la empresa, puesto que al realizar estas actividades, el trabajador se identificará con la empresa y existirá un mejor bienestar psicológico en el ámbito laboral.
- Tercera:** Que los trabajadores deben ser tratados humanamente y no como maquinas, que solo busquen la rentabilidad de la empresa, para ello se debe de concientizar a los gerentes, dándoles a entender que los trabajadores son su recurso muy importante para la rentabilidad de la empresa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, F. y Pereyra, E. (2002).** *Inteligencia Emocional y Estrés Laboral.* (Tesis para optar título profesional). Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa.
- Arango, S. (2009).** Los ritmos circadianos y la productividad laboral. *El Cuaderno-Escuela de Ciencias Estratégicas* Vol. 3 (5). 39-57.
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001).** *Empleo, estrés y salud.* Madrid: Pirámide.
- Cannon, W. (1939).** *La sabiduría del cuerpo.* New York: Norton & Co.
- Calsina, y Chacón (2011).** Inteligencia Emocional y Síndrome de Burnout. (Tesis de titulación). Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa.
- Casullo (2002).** *Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica.* Buenos Aires: Paidós.
- Chahua y Vargas (2016).** Síndrome de Burnout y Bienestar psicológico en miembros de la policía de Arequipa metropolitana. (Tesis de Titulación). Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa.
- Cuadrado, S. (2016).** *Trabajo a Turnos, Estrés y Rendimiento Laboral en Personal De Enfermería.* (Tesis de master). Universidad Miguel Hernández. Elche.
- Dolan, S., García, S. y Díez, M. (2005).** *Autoestima, estrés y trabajo.* España: Mac Graw Hill.
- Duran, M. (2010).** Bienestar psicológico: el estrés. *Revista Nacional de administración*, 1 (1):71-84 Enero-Junio
- Duran, M. (2001).** *El Síndrome de Burnout en organizaciones policiales.* Tesis Doctoral Publicado. Universidad de Málaga. Málaga.
- Ferrel, H. (2014).** Bienestar Psicológico En Profesores De Una Universidad Privada Del Distrito De Santa Marta. *Cultura. Educación. y Sociedad.* 5 (2): 61-76
- Fischer, H. (2011).** *Estres.* Lima: Mosca Azul.
- Freudenberger, H. (1974).** “*Estrés y Burnout y sus repercusiones en el medio laboral*”. Enciclopedia de salud y seguridad, vol. I. Geneva: Oficina Internacional del Trabajo.
- Galdo, J. (2003).** *Biorritmos y ansiedad,* Tesis Doctorado sin publicar. Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa.

García, L. (2011). *El estrés académico ¿Una consecuencia de las reformas educativas del nivel medio superior?*. Mexico: Grijalbo.

García, V. y González, I. (2006). El bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 16(6), 586-592.

García, C. (2006). *Estrés laboral en personal de la unidad de Emergencia gineco-obstetricia*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Austral de Chile. Valdivia.

Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, España: Editorial Síntesis

Gonzales, G. (2006). *Estrés Laboral, Afrontamiento y sus Consecuencias: El Papel Del Género*. (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia. Valencia.

Guevara, M. y Marquina, C. (2004). Síndrome de Burnout y Motivación Laboral. (Tesis de Titulación). Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa.

Herly. (2015). *El Estrés Laboral En El Desempeño Del Personal Administrativo De Un Núcleo Universitario Público* (Tesis de maestría). Universidad de Carabobo. La morita.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista L. (2010). *Metodología de la investigación*, México: McGraw-Hill.

Huarca, P. y Medina, K. (2016). *Satisfacción Laboral y Bienestar Psicológico trabajadores obreros de empresas de intermediación laboral del sector Minero*. (Tesis de Titulación). Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa.

Jiménez, G., Solís, H., Domínguez, A. y Benítez, G. (2011). Alteraciones del ciclo circadiano en las enfermedades psiquiátricas: papel sincronizador de la melatonina en el ciclo sueño-vigilia y la polaridad neuronal. *Salud Mental*, 34, 167-173.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus, R.S. (1993). *Why We Should Think of Stress as a Subset of Emotion*. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.) *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects*. (pp. 21-39). 2nd Edition. New York: Free Press.

Levi, L. (1996). Spice of life or kiss of death? En C. Cooper (ed.) *Handbook of Stress, Medicine and Health*. (pp. 1-10).Boca Ratón, Florida: CRC Press.

Look, H. (2011). *Como superar el estres* . Lima : Minerva.

Morris, C. y Maisto, A. (2009). *Psicología*. Prentice Hall. Mexico

Martinez, J. (2004). *Estrés Laboral: Guía para empresarios y empleados.* Madrid: Pearson Educación S.A.

Maslach, C. y Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory Manual.* Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press

Maslach. (1976). Burned-out. *Human behavior*, 5, 16-22.

Mejía, A. y Aymara, C. (2005). *Motivación Laboral y Estrés Laboral en docentes.* (Tesis de Titulación). Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa.

Molina, C. J. y Meléndez, J. C. (2006). *Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana.* *Geriátrika*, 22(3), 97-105.

Olavarrieta, S. (2015). *Trastorno de Sueño por Trabajo a Turnos: Correlatos Psicosociales y de Salud.* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

Omar, A. (1995). *Stress y coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico.* Buenos Aires: Lumen.

Omar, A. (2006). Justicia organizacional, individualismo-colectivismo y estrés laboral. *Psicología y Salud*, 16(2), 207-217.

Ortega, J. y Quispe, D. (2016). *Estrés laboral, satisfacción laboral y bienestar psicológico en el personal de Salud en personal de salud.* (Tesis de titulación). Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa.

Oviedo, M. y Rodríguez, R. (2016). *Estrés Laboral, Dimensiones de la Personalidad y la Personalidad Resistente en Miembros de la Policía Nacional del Perú de Arequipa.* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa

París, L. (2015). *Estrés Laboral en trabajadores de la Salud.* Buenos Aires: Teseo.

Prieto, J. (1995). Stringere. Ansiedad y estrés, 1 (2-3), i-v.

Ramos, A. (2017). *Turnos Rotativos y Bienestar Psicológico.* (Trabajo final de grado), Universitat Jaume I. Castellón de la Plana.

Salas, J. (2010). *Bienestar psicológico y síndrome de Burnout en docentes de la UGEL N°.7* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima

Sánchez, F. (2011). *Estrés laboral, satisfacción en el trabajo y bienestar psicológico en trabajadores de una Industria Cerealera.* (Tesis de licenciatura). Universidad Abierta Interamericana Rosario. Argentina.

Sánchez, J. (2004). *Análisis de los efectos de la nocturnidad laboral permanente y de la rotación de turnos en el bienestar, la satisfacción familiar y el rendimiento perceptivo-visual de los trabajadores.* (Investigación). Universidad de las islas Baleares. Palma.

Selye, H. (1975). *Tensión sin angustia.* Guadarrama: Madrid.

Selye, H. (1993). *History of Stress Concept.* En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.) *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects.* Second Edition. (pp. 7-17). New York: Free Press

Taylor, J. (2011). *Bienestar psicologico .* Barcelona: Salvat.

Viza, M. y Mamani, P. (2014). *Estresores laborales y Dimensiones de la Personalidad en Conductores del transporte público.* (Tesis de titulación). Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa.

REFERENCIAS DE INTERNET

Comin, E. (2000). *El estres y el riesgo a la salud .* Obtenido de la Web: <http://www.uma.es/publicadores/prevencion/wwwuma/estres.pdf>

Fernandez, J. (2011). *afrotamiento estres y bienestar psicologico .* Obtenido de la Web: <file:///C:/Users/PC/Downloads/Dialnet-AfrontamientoEstresYBienestarPsicologicoEnEstudian-3896794.pdf>

Maestro. (Abril de 2008). *Estrés y globalización.* Obtenido de la Web: <http://estresyglobalizacion.blogspot.pe/>

Neffa , J. (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo.* Obtenido de la Web: <http://www.itz.uam.mx/sotraem/NovedadesEditoriales/riesgotrabajo.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1
CUESTIONARIO DE COOPER

Nombre: _____
 Estado Civil: _____ Sexo: _____ Nivel de Estudios _____
 Tiempo Servicios _____

A continuación se mencionan una serie de conductas y sentimientos que exteriorizan las personas, elija solo una de las 5 según la frecuencia en la que se presente para Ud. y sea una causa de estrés en su trabajo. Trate de ser lo más sincero posible.

Ítems	N	RV	AV	CS	S
Carga excesiva en mi trabajo					
Carga insuficiente de trabajo					
Presiones y límites de tiempo					
La distancia que debo de viajar para llegar a mi trabajo					
Demasiadas horas de trabajo					
Llevo trabajo a casa					
Falta de poder e Influencia.					
Asistencia a juntas o reuniones.					
Mis creencias entran en conflicto con las de la organización					
Seguir el ritmo de la tecnología					
Amenaza de pérdida de empleo.					
Competencia por promoción					
Tener que trasladarme con mi empleo para avanzar profesionalmente					
Desempeñar un puesto más allá de mi capacidad					
Desempeñar un puesto por debajo de mi capacidad					
Subordinados mal capacitados					
Relaciones interpersonales					
Contratar y despedir personal					
Jefe poco comprensivo					
Jefe incompetente					
Remuneración en función al desempeño					
Objetivos poco realistas					
Trato con grupos conversadores					
Trato con accionistas					
Trato con sindicatos					
Al actitud del cónyuge hacia mi carrera					
Exigencias de mi trabajo sobre mi relación con mi familia.					
Exigencias de mi trabajo sobre vida personal					
Mi relación con mis colegas					
Mi relación con mis subordinados.					
Equivocaciones					
Sentimientos de minusvalía					
Perspectiva de promoción					
Tasa de remuneración					
Manejo de personal					
Políticas de la oficina					
Falta de consulta y comunicación en mi organización					

ANEXO2

Escala de Bienestar Psicológico

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: F ___ M ___

Instrucciones: Debajo se presenta una lista de juicios que suelen tener las personas acerca de su vida. Por favor indique en qué medida usted comparte actualmente con cada uno de esos juicios. Para contestar use la siguiente Escala de tres respuestas:

De acuerdo

Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo

En Desacuerdo

Ítems	De Acuerdo	Ni en de Acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
1. Encaro mis obligaciones diarias.			
2. Le caigo bien a la gente			
3. Me importa lo que haré en el futuro.			
4.- Puedo aceptar si algo me sale mal.			
5.- Se lo que quiero hacer con mi vida.			
6.- Podre lograr las metas propuestas.			
7.- Acepto mis equivocaciones.			
8.- Cuento con personas que me ayudan.			
9.- Puedo decir lo que pienso.			
10.- Hago lo que quiero.			
11.- Me llevo bien con la gente.			
12.- Puedo pensar en un proyecto para mi vida.			
13.- Puedo tomar decisiones sin dudas.			

CASO

Victoria Z. C.

ANAMNESIS

DATOS DE FILIACIÓN:

- **Nombres y Apellidos:** Victoria Z. C.
- **Fecha de Nacimiento:** 23/12/1971
- **Edad:** 43 Años
- **Lugar de Nacimiento:** Arequipa
- **Grado de Instrucción:** Superior – Educación
- **Ocupación:** Prof. de Educación Primaria
- **Estado Civil:** Casada
- **Procedencia:** Arequipa
- **Informante:** Paciente , Hermana y el Esposo
- **Lugar de Evaluación:** Puesto de salud “Las Esmeraldas”
- **Fecha de Evaluación:** 23/07/2015

MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente que acude a consulta solo, refiriendo que “ha estado hospitalizada 7 veces en el servicio de psiquiatría del HNCASE, con tratamiento psicofarmacológico de larga data (2007) con síntomas recurrentes tales como; hipersomnia, decaimiento, desgano, falta de energía, apatía, retramiento y aumento de apetito. En la actualidad ha dejado de ir al trabajo y se mantiene la mayor parte del tiempo en cama”.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL:

Verónica refiere que el tiempo de enfermedad es de 8 años aproximadamente.

Según paciente: “Luego de la separación, mi ex esposo continuo amenazante, hacia llamadas y me espiaba. Incluso en una ocasión me llamo, no recuerdo que le dije pero que al colgar y acercarme a la ventana alguien me disparó, me quede congelada, con mucho miedo y llanto en los ojos. Los juicios que llevaba, las amenazas de ex pareja, además de las burlas que en colegio le hacían sus compañeros por la edad de su nueva pareja terminaron por provocar un estado de tristeza , apatía, abulia anhedonia, anergia, sentimientos de desesperanza, minusvalía, culpabilidad, rumiacion del pasado, angustia intensa, hiperoxia, insomnio e hipersomnia diurna la mayoría de los días, desarreglo personal y enlentecimiento psicomotor motivo por el cual visita a al psiquiatra por primera vez en el 2007 y en el 2008 es hospitalizada por primera vez en el servicio de psiquiatría, principalmente por presentar ideación suicida y síntomas depresivos no resueltos.

Doce días después sale de alta y sigue tratamiento psicofarmacológico con el cual mejora progresivamente algunos de sus síntomas. Segunda hospitalización se da en marzo del 2009, durante un periodo aproximado de 10 días, nuevamente animo deprimido, ansiedad, insomnio e ideación suicida, refiriendo que con medicación no se ponía triste pero no tenía deseos de vivir, aburrimiento y sin metas para el futuro. En el 2012 ingresa por tercera vez debido a hipoabulia, anhedonia, sin fuerzas para trabajar, para salir, además se tornó irritable, muy sensible, ideación autolitica e insomnio. Síntomas que fueron desapareciendo durante la evolución.

Su cuarta hospitalización se da en junio del 2014, con síntomas similares, se investigó algún problema orgánico tipo infección crónica o síndrome de fatiga crónica los cuales no procedieron. Ese mismo año ingreso nuevamente en octubre y en este año 2015 ingresa en junio debido a que presenta irritabilidad, ira, cólera cuando su hija le hablaba, apareciendo ideas autolíticas, sentimientos de culpa, minusvalía, abulia y desgano permanente con falta de energía para realizar sus actividades.

Actualmente presenta síntomas de anhedonia, abulia, anergia, cansancio apatía, retraimiento y tristeza, niega ideación suicida. Además refiere aumento de apetito e insomnio.

HISTORIA PERSONAL:

Gestación: durante esta etapa de la madre no presentó ninguna complicación, eventualmente acudía a sus controles y continuaba laborando con normalidad.

Nacimiento: el parto se dio en el domicilio de la familia y fue eutócico con atención no especializada, aparentemente en el tiempo esperado y sin complicaciones posteriores. A la edad de 6 meses fue intervenida quirúrgicamente por un “lipoma en región dorsal” sin mayor complicación. Lacto hasta el año de edad. no hay datos específicos acerca de los hitos del desarrollo, sin embargo la hermana refiere que no tuvo dificultades para aprender a caminar , hablar, control de esfínteres dentro de lo normal y tampoco presento retraso en el aprendizaje.

Niñez: sufrió de enfermedades propias de esta etapa como resfriados y varicela. A los 4 años se mudan a San Isidro debido a que los padres encuentran mejores opciones de empleo. Lugar en donde Victoria era protegida por padres y hermanos mayores con quienes jugaba y relacionaba muy bien. Posteriormente y por motivos de estudios los hermanos regresan a vivir en Arequipa, quedando Victoria permanentemente a lado de sus padres. Paciente refiere que durante esos años su madre constantemente discutía con el padre debido a que se enteró que, este tuvo una hija con otra mujer a la cual conocían como “la chola”, “yo veía como mi madre le gritaba a mi padre, discutían, me asustaba, me escondía y me ponía triste porque

pensaba que podían separarse y yo quedarme sola". Durante un corto periodo de tiempo la media hermana llego a vivir con ellos, pero por presión de la madre (de Victoria), el padre regreso a la menor con su progenitora.

Escolaridad: inicia su escolaridad a los 6 años motivo por el cual padres decidieron que tenía que vivir en Arequipa, siendo dejada al cuidado de sus hermanos mayores. Paciente refiere: "mi problema se inicia en ese momento. Constantemente lloraba y me ponía mal. Cada vez que mis padres venían y me dejaban, lloraba pidiéndoles que me lleven con ellos". Según la hermana; "Victoria era berrinchosa y llorona"

Durante el primer año de primaria tuvo un rendimiento promedio, con dificultades para adaptarse las primeras semanas. En el segundo año su rendimiento mejoró llegando a ocupar el primer puesto, siendo su curso favorito Matemáticas y llevando una buena relación con sus profesores. Sin embargo, paciente refiere que durante este periodo se entristecía porque sentía el rechazo de sus compañeras de salón "yo quería jugar con ellas en el recreo, pero siempre me decían que ya estaban completas, por eso salía rápido al recreo para ser la primera, pero siempre me decían que estaban completas. Por eso lloraba y me entristecía, pensaba en mis padres y me preocupaba porque algo malo les llegara a pasar" posteriormente consiguió un grupo de amigas quienes ella consideraba "las rechazadas".

En cuarto de primaria sus buenas notas eran ya una característica de Victoria. En quinto de primaria fue nombrada Policía Escolar, lo cual motivo aún más el rechazo de sus compañeras ya que tenía que acusarlas con el profesor cunado no le hacían caso siendo llamada pro ellas como: "la soplona y chismosa".

Paciente refiere que durante la primaria hacia sus tareas en las noches y a última hora porque en las tardes se entristecía y preocupaba por sus padres, por que llegara a pasarselas algo y no contar con médicos que los ayuden. Y en este estado se quedaba dormida sin deseos de hacer nada. A la hora de dormir se imaginaba "un día no despertar por la mañana" para dejar de sufrir y sentir dolor.

Cuando los padres llegaban a visitarla se sentía segura y tranquila, pero al irse lloraba y se desesperaba por su partida.

Durante la secundaria su rendimiento continuo dentro de los primeros lugares, era participativa en la mayoría de las actividades escolares. Refiere ya no ser tan rechazada, tenía algunas amigas quiénes consideraba íntimas y con las demás compañeras solo jugaba. Por este tiempo comienza su interés en su figura y en verse bien para ser sujeto de admiración de sus compañeras, sin embargo nunca hizo nada al respecto. Así mismo la tristeza por no estar cerca de los padres se volvió más intensa, llegando a presentar dolores precordiales (dolores en zona

cerca al corazón), agitación, adormecimiento de extremidades y dolores de cabeza, por lo cual es llevada al hospital donde el médico le dijo que cursaba un cuadro ansioso depresivo.

Termina la secundaria a los 17 años exitosamente obteniendo el tercer puesto en su promoción, luego de eso decidió estudiar educación en un pedagógico. Ingresó obteniendo el primer puesto, lo cual le hizo sentir muy bien y que lamentablemente nadie reconoció suficientemente. El primer año de carrera fue bueno y mostrando entusiasmo para estudiar.

Termina la carrera sin repetir, sin embargo se retrasó un año por irse a vivir con los padres y por recomendación de su hermana y debido a problemas con su pareja.

Pubertad y adolescencia: hermana refiere que en la adolescencia Victoria era muy desordenada, no le gustaba salir a la calle y dormía la mayor parte del día sobre todo los fines de semana.

Fue prohibida por la madre y hermanas tener enamorado hasta los 15 años, y aunque a ella le gustaban chicos a esa edad no se atrevía a decírselos porque era callada y siempre pensaba en lo que su familia le habían dicho acerca de tener pareja. A los 15 años conoció a su primer esposo, quien era vecino de la familia, cuatro años mayor, y que se llevaba bien con los familiares.

A pesar de que aparentaba estar de buen ánimo delante de familiares y amigos, cuando estaba sola se entristecía y preocupaba por la ausencia de sus padres.

Aduldez: la relación con su primer esposo fue en un inicio buena, sin embargo presentaba ocasiones en las cuales se veía a paciente muy decaída debido a discusiones con su pareja, las mismas que se volvieron una constante. Por ello la 3ra hermana quien además tenía mucha autoridad sobre ella, le sugirió que se valla por un año a lado de sus padres, dejando atrás a su pareja y su carrera. Victoria con mucha tristeza accedió, refiriendo sentirse por un tiempo muy mal, “me sentía muy triste ya que a pesar de que mi pareja se opuso a que me fuera, nunca me llamo ni vino a buscarme”. Posteriormente regresa y continúa sus estudios en el pedagógico, y poco tiempo después ve a escondidas con pareja, situación que fue aceptada poco a poco por hermanas.

Cuando reinicia la relación, esta se tornó complicada ya que su pareja era poco afectuoso, celoso, irritable e incluso agresivo, en una ocasión golpeo a un amigo del instituto y en otra la agredió físicamente. A pesar de estos malos tratos ella lo soportaba “pensando en que el amor podía solucionarlo todo”, además de sentirse insuficiente para conseguir otra pareja porque pensaba que nadie la aceptaría pues ya había tenido relaciones con su enamorado.

Antes de terminar sus estudios decide estudiar cosmetología en compañía de su hermana para poner una peluquería, negocio que no fue rentable y cerraron poco tiempo después, durante ese tiempo conoció a su actual esposo, veintidós años mayor y que pese a decirle que estaba muy enamorado de ella, lo rechazo. A los 24 años se casa con Álvaro (ex pareja), matrimonio que según refiere “me case porque había un pacto entre nuestros padres”.

Paciente refiere que los cuatro primeros años de convivencia con Álvaro fueron muy críticos ya que continuamente le trataba mal, le insultaba, la agredía verbalmente “el siempre me menospreciaba y me bajaba el autoestima”, victoria agrega que: “al inicio yo quería tener hijos pero eso a Él no le gustaba, decía que los hijos son un estorbo y perdida de dinero”, motivo por el cual se colocó T de cobre para evitar un embarazo. Según paciente a los 28 años, su pareja le pide que se quite la T para poder tener hijos, entonces queda embarazada. Durante la gestación los malos tratos de parte de Álvaro continuaron, no asumía gastos en el hogar y la única preocupación que mostraba era referida por la salud del bebe en su vientre. Al nacer la niña por cesárea, la actitud de Álvaro hacia la paciente continúo e incluso se volvió aún más lamentable “no le importaba que este adolorida, igual me mandaba a hacer cosas, no se preocupaba por nuestra hija, me reclamaba, me insultaba”.

La relación con ex pareja fue deteriorándose cada vez más complicada y hostil, en una ocasión en la celebración del año nuevo asistieron juntos a una fiesta en la cual, Álvaro se comportó como siempre; descortés. Paciente refiere: “en ese momento recibí llamadas de un amigo médico que seguramente querría saludarme, pero que no conteste porque sabía cómo se pondría Álvaro si contestaba, sin embargo reviso mi celular y al llegar a casa me golpeo salvajemente. Mis hermanas al enterarse me sacaron de la casa donde vivía con él y me llevaron con ellas”. Con ayuda de las hermanas, victoria coloco una denuncia por violencia familiar. 15 días después regresa nuevamente a vivir con pareja pues este le había prometido que cambiaria, cambio que duro un mes, hasta que nuevamente por una discusión acerca de una propiedad en litigio la volvió a agredir e incluso amenazo con un revolver.

Con consejo psicológico y de hermanas por fin decide separarse, llevando consigo a su hija. Paciente refiere que durante este tiempo: “me sentía angustiada y triste cuando recordaba mi vida pasada a lado de mi ex pareja” presento anhedonia por momentos e hipoabulia por otros ; sin embargo le permitían vivir de forma tranquila, a pesar que muchas veces sentía energía para ir a trabajar, pero terminaba llendo a laborar como docente.

Posteriormente paciente refiere que volvió a rencontrarse con esposo actual (Renán) quien llamo a casa de hermanas preguntando por ella. Se pusieron en

contacto y seis meses después iniciaron una relación. Paciente refiere: “el primer año con mi esposo fue espectacular, me sentía enamorada y feliz de estar con el, alguien distinto a su pareja anterior. Quien se la escuchaba y no la menospreciaba”.

Esposo refiere: “cuando volví a encontrarme con Victoria fue una alegría, pues ella estaba en trámites de divorcio y yo divorciado. Al principio fue difícil acercarme a la hija de victoria pues se portaba de forma malcriada conmigo, sin embargo esta situación cambio más adelante”.

Actualmente Verónica se encuentra casada con Renán y viven junto a su hija de 14 años.

PERSONALIDAD PREMORBIDA:

Victoria, por muchos años se caracterizó por ser una persona susceptible, sensible y de estado de ánimo por lo general, con presencia de periodos depresivos acompañados de abulia y otros con aplanamiento afectivo.

HISTORIA FAMILIAR:

Verónica nace en una familia nuclear, menor de 6 hijos, el primero varón y los siguientes mujeres. A los 6 años de edad y por motivos de estudios se traslada a vivir con sus hermanas, con quienes la relación fue por lo general regular ya que en ocasiones la agredían por los constantes berrinches que paciente hacía, así como prohibición que establecían en casa. Con los padres la relación siempre fue buena. Con su primer esposo llevó una relación complicada caracterizada por discusiones constantes, agresión y hostilidad. Cuando cumplió 27 años sufrió la pérdida de su padre víctima de cáncer a la próstata con metástasis, lo cual la entristeció mucho; teniendo dificultades para ir a trabajar pues no sentía ganas de hacerlo, molestias remitieron espontáneamente a las semanas siguientes. Cuatro años después sufrió el fallecimiento de su madre quien estuvo enferma un largo tiempo víctima de leucemia. Paciente refiere: “me sentí muy triste por perder a mi madre, años pasados ya había perdido a mi padre, tuve dificultades para ir a trabajar, aunque después de ese periodo sentí como alivio porque ya no tendría que preocuparme por ellos como toda la vida lo había hecho”

HISTORIA SOCIO – ECONÓMICA Y OCUPACIONAL:

La Familia era de nivel socioeconómico de clase media, durante la infancia presentó muchas carencias económicas. Posteriormente y con el apoyo de hermanas

mayores la situación económica mejoró. Al finalizar su carrera, a los 24 años trabaja en un colegio primario cerca de sus padres. En el colegio, no tuvo problemas ni con compañeros de trabajo ni con alumnos, tampoco se faltaba a pesar de la anergia que en ocasiones presentaba. Al año siguiente comienza a trabajar en el colegio donde actualmente labora I. E. ESTADO DE SUECIA. Fue en ese periodo que empezó con el consumo de tabaco de 3 a 4 cigarrillos por día, los cuales fueron incrementándose progresivamente hasta llegar a la cajetilla, según paciente lo hacía para tranquilizarse por los problemas que iba sufriendo a lo largo de su vida. Actualmente se encuentra económicamente estable.

RESUMEN:

Paciente, mujer de 43 años de edad, natural y procedente de Arequipa. Menor de 6 hijos, nace en una familia de tipo nuclear de clase media. Desarrollo dentro de lo normal, durante su infancia vivió con padres y hermanos, su niñez a lado de hermanas mayores, en donde refiere siempre sufrió por ausencia de los padres quienes trabajaban lejos. Su escolaridad se inicia a los 6 años y hasta terminar los estudios superiores de educación, se caracterizó por mantener un buen rendimiento académico llegando a ocupar siempre los primeros lugares. Tuvo dificultades para socializar ya que refiere haber sido rechazada por sus compañeras de salón.

Contrae matrimonio a los 24 años, relación que terminó en separación unos años más tarde porque según paciente pareja le "agredía física y psicológicamente". Fruto de la misma nace su única hija. Tras la separación definitiva comienzan los síntomas principales de la paciente como: desinterés por realizar sus actividades, abulia, anhedonia, ideación suicida, anergia e insomnio. Es hospitalizada por primera vez en el servicio de psiquiatría en el 2008, tras su favorable evolución sale de alta al poco tiempo posteriormente los síntomas persisten y es hospitalizada hasta en 6 oportunidades más, se le ha diagnosticado trastorno depresivo recurrente de larga data. Y según psiquiatra tratante requiere de psicoterapia, siendo este además de los síntomas antes mencionados, el principal motivo por el que asiste a consulta psicológica.

Arequipa, Julio 2015

EXAMEN MENTAL

1. DATOS DE FILIACIÓN

• Nombres y Apellidos:	Victoria Z. C.
• Fecha de Nacimiento:	23/12/1971
• Edad:	43 Años
• Lugar de Nacimiento:	Arequipa
• Grado de Instrucción:	Superior – Educación
• Ocupación:	Prof. de Educación Primaria
• Estado Civil:	Casada
• Procedencia:	Arequipa
• Lugar de Evaluación:	Puesto de salud “Las Esmeraldas”
• Fecha de Evaluación:	24/07/2015

2. MOTIVO DE EVALUACION

Evaluación de las principales funciones de los procesos psicológicos superiores

3. EVALUACIÓN

A. EVALUACION DE CARACTERES GENERALES DEL COMPORTAMIENTO

Descripción física.- Paciente aparesta la edad cronológica, con aparente ganancia de peso y estatura media. Viste de manera ordenada, cabello suelto y poco arreglado, refiere no llevar adecuado autocuidado de aseo personal. Camina sin dificultades, erguida. Tono de voz débil, abúlica e inexpresiva, durante la evaluación se muestra somnoliento.

Conciencia y niveles de alerta.- no presenta dificultades para conciliar el sueño (hipersomnia) se encuentra tranquila y somnolienta, sin presencia de ideas delirantes, responde a órdenes complejas pero con lentitud. Conserva agudeza perceptual (visual, táctil, auditiva y olfativa).

Expresión emocional.- muestra ánimo aplanado, refiere sentimientos de desolación, vacío y falta de motivación.

Motricidad.- psicomotricidad gruesa adecuada y equilibrada. La motricidad fina con buena coordinación ojo - mano, de lateralidad diestra.

Actitud.- es asequible y aparesta empatía. Colaboradora en la evaluación, de comportamiento cordial, amable y respetuosa.

B. EXPLORACIÓN DE LOS PROCESOS COGNOCITIVOS,

Atención y concentración.- Mantiene una atención selectiva, y constante. Es capaz de centrarse en lo relevante, lo cual indica que la capacidad de atención y concentración se encuentran conservadas.

Procesos perceptuales.- Presenta sensibilidad somática, no hay presencia de dolores externos ni internos, discrimina los estímulos térmicos de frío y calor, así como los estímulos provenientes del entorno. Orientación.- Se encuentra parcialmente orientada en tiempo, espacio y persona. Con capacidad para integrar los estímulos externos.

Memoria: Presenta memoria de corto plazo conservada. Con dificultades en la evocación de memoria de largo plazo como hechos ocurridos en su primera infancia.

Pensamiento.- con correcta ilación del pensamiento y contenido coherente, debido a que elabora adecuados juicios críticos. “niega ideación autolitica” Lenguaje.- Mantiene la articulación verbal adecuada así como el ritmo en la pronunciación del lenguaje oral.

Inteligencia.- Su capacidad intelectual se ve conservada en la resolución de problemas simples y complejos, relacionados con el entorno familiar y personal

C. EXPLORACIÓN DE LA VIDA AFECTIVA, CARÁCTER Y ACTITUDES

Estado de ánimo: Refleja un estado de ánimo de anhedónico y abulico. Con aparente sensibilidad emocional.

Afectos y sentimientos.- Paciente refiere no ser afectuosa con nadie. Se lleva muy bien con actual esposo e hija. No mantiene relaciones interpersonales constantes con personas del entorno.

Rasgos caracterológicos.- Persona sensible, se mantiene en estado de anergia, es distante y apática.

Actitudes.- Presenta una actitud amable y colaboradora, con aparente conciencia de enfermedad.

Arequipa, Julio 2015.

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Victoria Z. C.
Fecha de Nacimiento	: 23/12/1971
Edad Cronológica	: 43 Años
Sexo	: Femenino
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Lugar de Residencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior – Educación
Ocupación	: Prof. de Educación Primaria
Lugar de Evaluación	: Puesto de Salud “Las Esmeraldas”
Fecha de Evaluación	: 24 y 25 de Julio 2015

II. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Observación

Pruebas Psicométricas

- Inventario Clínico de Personalidad MILLON II
- Test de la Figura Humana Karen Machover
- Test del Árbol
- Evaluación Neuropsicológica Neuopsi
- Test de Palabras y Colores de STROOP
- Inventario de Depresión de Beck

III. OBSERVACIONES GENERALES DEL COMPORTAMIENTO

Durante las evaluaciones se mostró tranquila, calmada, con buena actitud y dispuesta a colaborar, a pesar de expresar cansancio y somnolencia, tenía muchos deseos de trabajar y contribuir en el estudio. Se muestra atenta y concentrada, en ocasiones realiza preguntas acerca del motivo de la evaluación o por esclarecimiento de algún ítem en el proceso evaluativo. Presenta un estado de ánimo por lo general de aplanamiento afectivo y de abulia. Concluye satisfactoriamente las pruebas empleadas.

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS PERSONALIDAD

Análisis Cuantitativo:

Escalas de Validez									PUNTAJE FINAL	
V	Validez	0	=	Válido					60	X
X	Sinceridad	375	=	Válido					85	Y
Y	Deseabilidad Social	18	=							
Z	Autodescalificación	20	=						65	Z

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE Brut o R	FACTO R X	AJUSTES					PUNTAJE FINAL
			X1/2	D A	D D	D C-1	D C-2 Pa c.	
1 Esquizoide	26	72	72					72 1
2 Evitativo	22	74	74					72 2
3 Dependiente	43	10 1	10 1					101 3
4 Histriónico	29	70	70					70 4
5 Narcisita	36	73	73					73 5
6A Antisocial	15	45	45					45 6 A
6B Agresivo-sádico	22	49	49					49 6 B
7 Compulsivo	48	93	93					93 7
8A Pasivo-agresivo	10	7	7					7 8 A
8B Autoderrotista	31	81	81					79 8 B

Patología severa de personalidad											
S	Esquizotípico	19	60		60		62	66	66		66 S
C	Borderline	34	64		64	60	62	66	66		66 C
P	Paranoide	28	67		67			69	69		69 P

Síndromes clínicos											
A	Ansiedad	22	80	80			82	97	97		97 A
H	Somatoformo	28	68	68			70	83	83		83 H
N	Bipolar	24	60	60							60 N
D	Distimia	44	92	92			94	10 9	10 9		109 D
B	Dependencia de alcohol	15	42	42							42 B
T	Dependencia de drogas	17	41	41							41 T

Síndromes severos											
SS	Desorden del pensamiento	14	60		60					60	60 SS

CC	Depresión mayor	33	71	71	71	71	CC
PP	Desorden delusional	15	60	60	60	60	PP

Indicador elevado	>=85
Indicador moderado	75-84
Indicador sugestivo	60-74
Indicador bajo	35-59
Indicador nulo	0-34

Análisis Cualitativo

El paciente Presenta como indicadores ELEVADOS en los Patrones Clínicos De Personalidad:

DEPENDIENTE COMPULSIVO, por lo general es amable y conciliadora, tiende a establecer fuertes vínculos emocionales para obtener el respaldo que necesita, mostrándose sumisa o al menos complaciente. Huye de las situaciones competitivas porque en ellas se siente vulnerable, pero en los contextos en los que se siente protegida se encuentra cómoda y tranquila. Así mismo puede resultar perfeccionista y compulsiva, dando la imagen de una persona eficaz y trabajadora, tratando con mucho respeto a la figura de autoridad y ser muy exigente con sus iguales. A menudo su perfeccionismo es contraproducente porque le vuelve muy dubitativa y no le permite tomar decisiones adecuadamente. Por otro lado su tendencia a culparse cuando las cosas van mal refuerza su comportamiento compulsivo y los complejos de inferioridad que le provocan.

Dentro de los Síndromes Clínicos presenta indicadores ELEVADOS en las escalas de **DISTIMIA**, Se ha visto afectada por un periodo de dos o más años con sentimientos de desánimo o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos. Durante los periodos de depresión, suele haber llanto, ideas suicidas, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, apetito escaso o excesivas ganas de comer, agotamiento crónico, pobre concentración, pérdida marcada de interés por actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias y rutinarias de la vida.

ANSIEDAD, Expresa sentimientos aprensivos, es indecisa e inquieta y tiende a quejarse de una variedad de malestares físicos, como tensión o decaimiento. Muestra estado generalizado de tensión manifestado por una

incapacidad de relajación. Puede llegar a mostrar un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

Exhibe indicadores SUGESTIVOS como Síndrome Severo DEPRESION MAYOR, puede llegar a deprimirse gravemente en un ambiente normal y expresar temor hacia el futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación. Muestra Agotamiento, ganancia o pérdida de peso, insomnio, o despertar precoz. Problemas de concentración, sentimientos de inutilidad o culpabilidad; ideas obsesivas.

Test de la Figura Humana Karen Machover

Proyectivamente presenta rasgos de excentricidad, vanidad caracterizada por la necesidad de sentirse el centro atención y deseo de agradar a los demás, con sentimientos de desesperanza, sensibilidad e inestabilidad emocional. Presenta descontento por la situación actual, con tendencia ansiosa, tensión general con dificultades para controlar su impulsividad. El entorno es visto como amenazante por lo que necesita la protección de aquella figura que le brinde seguridad. El pensamiento suele ser rígido, excesiva preocupación y poco reflexivo.

Test del Árbol

Proyectivamente presenta rasgos de excentricidad, deseo de llamar la atención y sentirse el centro de atención de los demás, expresa agresividad encubierta y sensibilidad con inestabilidad emocional. Por otro lado muestra descontento por la situación personal actual, con rasgos de ansiedad, angustia, sufrimiento emocional e impulsividad. Por otro lado presenta necesidad de protección, dependencia, sentimientos de desesperanza y sumisión.

AREA AFECTIVA

Inventario de Depresión de Beck

Análisis cuantitativo

PUNTAJE TOTAL	CATEGORIA
---------------	-----------

25	Gravemente Deprimido
----	-------------------------

Análisis cualitativo

Victoria estaría presentando un estado gravemente deprimido ya que se siente por lo general con ánimo entrustecido, desanimo de cara al futuro, se encuentra insatisfecha consigo misma, aburre con todo, presenta sentimientos de culpa continuamente, ha ido perdiendo el interés en realizar sus actividades y le resulta difícil tomar decisiones

AREA NEUROPSICOLOGICA

Neuropsi

Análisis cuantitativo

SUBTEST	PUNTUACIÓN	CLASIFICACION
1. Orientación	6/ 6	Sin Afectación
2. Atención y Concentración	24/ 27	Leve Afectación
3. Codificación	16/ 18	Leve Afectación
4. Lenguaje	23/ 26	Leve Afectación
5. Lectura	3/ 3	Sin Afectación
6. Escritura	2/ 2	Sin Afectación
7. Funciones Ejecutivas	16/ 18	Leve Afectación
8. Funciones de Evocación	26/ 30	Leve Afectación
PUNTAJE GENERAL	116/ 130	LEVE AFECTACION

Análisis Cualitativo

- **Orientación:** Victoria se encuentra parcialmente orientada en tiempo, espacio y persona. **Sin Afectación.**
- **Atención y concentración:** Presenta un nivel de **Leve Afectación**, lo cual indica habilidad para enfocarse sobre un estímulo determinado que se le solicita. Sin embargo presenta ligera disminución en la capacidad para mantener su atención durante periodos prolongados de tiempo.
- **Codificación:** Evidencia **Leve Afectación** en la retención, conservación y evocación de información; lo cual indica que su capacidad para evocar información inmediatamente después del estímulo se encuentra conservada. Así mismo posee una adecuada habilidad viso-espacial (coordinación ojo - mano).
- **Lenguaje:** Las funciones del lenguaje (denominación, repetición, comprensión y fluidez semántica) se encuentran en un nivel de **Leve Afectación**; lo cual indica que Victoria mantiene un lenguaje fluido, tiene capacidad de comprensión y posee un adecuado vocabulario.
- **Lectura:** Presenta un nivel **Sin Afectación**, ya que comprende y relaciona lo leído con lo solicitado.
- **Escritura:** Se encuentra en un nivel **Sin Afectación** ya que posee una adecuada calidad de escritura por copia y escritura al dictado.
- **Funciones Ejecutivas:** Presenta **Leve Afectación** en la resolución de problemas (juicio Crítico), con disminución en la capacidad para poder planear y organizar información, por otro lado es capaz de seguir secuencias lógicas.
- **Funciones de Evocación:** Con **Leve Afectación** en la capacidad de evocación de información anteriormente aprendida; demostrando ligera disminución en la capacidad para recuperar información almacenada en la memoria.

Test de Colores y Palabras de Stroop

Análisis cuantitativo

	PUNTAJE DIRECTO	CATEGORIA
Lectura	104	NORMAL
Atención	58	NORMAL
Velocidad de Procesamiento	26	BAJO
Control Inhibitorio Flexibilidad Cognitiva	-11.2	NORMAL

Análisis cualitativo

Victoria obtiene una categoría NORMAL en láminas P y C, BAJO en la lámina PC y una categoría de interferencia NORMAL. Lo cual indicaría dificultades para inhibir una respuesta automática en una situación conflictiva, así como problemas para prestar atención de manera selectiva en la resolución de problemas. El nivel de interferencia indicaría que a pesar de los errores y el tiempo de reacción en corregirlos, mantiene una adecuada capacidad de flexibilidad mental.

V. CONCLUSION

Paciente mujer de 43 años que presenta como Patrones clínicos de Personalidad; Dependiente Compulsivo. Síndrome clínico Distimia y Ansiedad, y como Síndrome severo Depresión Mayor. Victoria presenta estado grave de depresión. Así mismo se encuentra en un nivel de Leve Afectación en sus funciones cognitivas, siendo las comprometidas *funciones de ejecución y evocación*, en relación al resto. Por otro lado estaría presentando dificultades de control inhibitorio y atencional.

Arequipa, 25 Julio 2015

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACION

- **Nombres y Apellidos:** Victoria Z. C.
- **Fecha de Nacimiento:** 23/12/1971
- **Edad:** 43 Años
- **Lugar de Nacimiento:** Arequipa
- **Grado de Instrucción:** Superior – Educación
- **Ocupación:** Prof. de Educación Primaria
- **Estado Civil:** Casada
- **Procedencia:** Arequipa
- **Lugar de Evaluación:** Puesto de Salud “Las Esmeraldas”
- **Fecha de Evaluación:** 26 de Julio 2015

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que acude a consulta solo, refiriendo que “ha estado hospitalizada 7 veces en el servicio de psiquiatría del HNCASE, con tratamiento psicofarmacológico de larga data (2007) con síntomas recurrentes tales como; hipersomnia, decaimiento, desgano, falta de energía, apatía, retraimiento y aumento de apetito. En la actualidad ha dejado de ir al trabajo y se mantiene la mayor parte del tiempo en cama”.

III. PROBLEMA ACTUAL

Verónica cuenta con siete hospitalizaciones en el servicio de psiquiatría, con un tiempo de enfermedad de 8 años aproximadamente. Presentando por lo general síntomas de irritabilidad, ira, cólera y trato indiferente hacia el entorno, presencia de ideas autolíticas, sentimientos de culpa, minusvalía, abulia y desgano permanente con falta de energía para realizar sus actividades. Actualmente requiere de psicoterapia debido a que sus síntomas de; abulia, anergia, cansancio, apatía, retraimiento y tristeza continúan. Además de que su psiquiatra tratante le ha recomendado psicoterapia individual para apoyar la intervención.

IV. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Observación

Pruebas Psicométricas

- Inventario Clínico de Personalidad MILLON II
- Test de la Figura Humana Karen Machover
- Test del Árbol
- Evaluación Neuropsicológica Neuropsi
- Test de Palabras y Colores de STROOP
- Inventario de Depresión de Beck

V. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Natural y procedente de Arequipa. Menor de 6 hijos, nace en una familia de tipo nuclear de clase media. Desarrollo dentro de lo normal, durante su infancia vivió con padres y hermanos, su niñez a lado de hermanas mayores, en donde refiere siempre sufrió por ausencia de los padres quienes trabajaban lejos. Su escolaridad se inicia a los 6 años y hasta terminar los estudios superiores de educación, se caracterizó por mantener un buen rendimiento académico llegando a ocupar siempre los primeros lugares. Tuvo dificultades para socializar ya que refiere haber sido rechazada por sus compañeras de salón.

Contrae matrimonio a los 24 años, relación que terminó en separación unos años más tarde porque según paciente pareja le “agredía física y psicológicamente”. Fruto de la misma nace su única hija. Tras la separación definitiva comienzan los síntomas principales de la paciente como: desinterés por realizar sus actividades, abulia, anhedonia, ideación suicida, anergia e insomnio. Es hospitalizada por primera vez en el servicio de psiquiatría en el 2008, tras su favorable evolución sale de alta al poco tiempo posteriormente los síntomas persisten y es hospitalizada hasta en 6 oportunidades más, siendo esta su séptima hospitalización en el servicio con un diagnóstico de trastorno depresivo recurrente de larga data.

VI. OBSERVACION DE CONDUCTA

Durante la entrevista se mostró tranquila, calmada, con buen tono de voz, expresa cansancio ya que constantemente bosteza, estuvo de buen humor y dispuesta a colaborar, tenía muchos deseos de estar mejor, de curarse porque no le gusta el estado actual en el que se encuentra. Se muestra orientada en tiempo espacio y persona; la forma del pensamiento es adecuado y su memoria se encuentra conservada, tiene dificultades en el

área afectiva debido a que no encuentra una motivación para realizar sus actividades cotidianas ni para plantear metas a largo plazo.

VII. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

El paciente presenta patrones clínicos de personalidad de tipo Dependiente Compulsivo, ya que por lo general es amable y conciliadora, tiende a establecer fuertes vínculos emocionales para obtener el respaldo que necesita, mostrándose sumisa o al menos complaciente. Huye de las situaciones competitivas porque en ellas se siente vulnerable, pero en los contextos en los que se siente protegida se encuentra cómoda y tranquila. Así mismo puede resultar perfeccionista y compulsiva. Dentro de los Síndromes Clínicos presenta Distimia, Se ha visto afectada por un periodo de dos o más años con sentimientos de desánimo y culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos. Durante los periodos de depresión, suele haber llanto, ideas suicidas, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social y agotamiento crónico. Se torna ansiosa mostrando estado generalizado de tensión manifestado por una incapacidad de relajación. Cognitivamente presenta nivel de Leve Afectación en sus funciones cognitivas, siendo las comprometidas *funciones de ejecución y evocación*. Por otro lado estaría presentando dificultades de control inhibitorio y atencional.

VIII. DIAGNOSTICO

Verónica presenta alteración de su afectividad, tornándose depresiva por periodos de duración cambiante, con marcado decaimiento y falta de interés, así como de energía para realizar sus actividades.

F33.1 – TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL MODERADO

IX. PRONOSTICO

Tomando en consideración el diagnostico podríamos decir que el pronóstico es RESERVADO ya que la predicción es incierta o desconocida, porque debe de existir todas las condiciones necesarias , el apoyo familiar y no descuidar la psicoterapia la cual debe de estar acompañada del tratamiento psiquiátrico, formando así un trabajo multidisciplinario.

X. RECOMENDACIONES

- Psicoterapia Cognitivo – Conductual
- Psicoterapia Familiar

Arequipa, 25 Julio 2015.

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos:	Victoria Z. C.
Fecha de Nacimiento:	23/12/1971
Edad:	43 Años
Lugar de Nacimiento:	Arequipa
Grado de Instrucción:	Superior – Educación
Ocupación:	Prof. de Educación Primaria
Estado Civil:	Casada
Procedencia:	Arequipa
Lugar de Evaluación:	Puesto de Salud “Las Esmeraldas”
Fecha:	Julio 2015

II. DIAGNOSTICO

Verónica presenta alteración de su afectividad, tornándose depresiva por periodos de duración cambiante, con marcado decaimiento y falta de interés, así como de energía para realizar sus actividades.

Según la CIE – 10, y las características de sus síntomas estaría presentando trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado F33.1.

III. OBJETIVO GENERAL

- Mantener un estilo de vida adecuado donde consiga estabilidad emocional permanente.

IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Elevar el nivel de conocimientos acerca de la condición actual y sus consecuencias.
- Promover un cambio de actitudes y conducta que faciliten el insight y modificación del estilo de vida de la paciente.
- Aprender a evaluar las situaciones relevantes de forma realista.
- Conseguir entrenamiento en habilidades sociales para mejorar sus relaciones interpersonales.
- Elevar sus niveles de concentración y atención a través del entrenamiento de tareas cognitivas.

V. TIEMPO DE EJECUCION

El tiempo requerido para realizar las acciones psicoterapéuticas y cumplir con los objetivos propuestos serán de 8 sesiones, las cuales se llevaran a cabo 2 por semana cada mes. La duración de cada sesión será de 30 a 40 minutos aproximadamente.

VI. DESCRIPCION DEL PLAN TERAPUETICO

a. Psicoterapia de apoyo.

Se emplea con el objetivo de establecer el Rapport con el paciente, además de manifestarle comprensión a su problemática y dejar que se exprese libremente.

b. Terapia racional emotiva

Se realiza una lista de logros obtenidos a lo largo de la vida, en el cual el paciente reconoce la satisfacción de haber conseguido esos objetivos, con la intención de crear puntos de apoyo positivos que generen sensaciones agradables, confianza y mejor actitud ante la frustración.

c. Terapia cognitivo conductual

El tratamiento consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de la paciente y analizarlos y cambiarlos racionalmente para lograr la comprensión del paciente la relación entre cognición, emoción y conducta.

d. Orientación psicológica

Con los familiares se realiza la orientación psicológica, se informa acerca de la problemática de Victoria y las consecuencias que tiene el trastorno de personalidad en el comportamiento. También se establecen pautas para el apoyo afectivo a la paciente.

VII. TECNICA TERAPEUTICA A UTILIZAR

NRO DE SESIÓN	TÉCNICA EMPLEADA	OBJETIVO A ALCANZAR
Primera sesión	Liberación de Sentimientos	Conseguir rapport con el terapeuta y comprensión de la problemática.
Segunda sesión	Lista De Objetivos Logrados	Establecer la confianza en sí misma y mejor actitud ante la frustración.

Tercera sesión	Observación y registro de cogniciones	Paciente logra identificar sus cogniciones positivas y negativas para aprender a manejarlas.
Cuarta sesión	Control del pensamiento irracional	Se trabaja el manejo de ideas irracionales que llevan a la depresión a través de un trabajo de racionalización.
Quinta sesión	Psicoeducación en habilidades sociales	Brindar información acerca de la importancia de habilidades sociales fomentando la introspección
Sexta sesión	Plan de vida y acción de cambio (primera Parte)	Se planifican acciones a realizar para ayudar al proceso terapéutico en fin del cambio positivo.
Séptima sesión	Plan de vida y acción de cambio (segunda parte)	Se realiza el control de las acciones realizadas en pro de un adecuado estilo de vida y de cambio.
Octava sesión	Orientación Psicológica	Fomentar apoyo emocional con los familiares para aumentar la efectividad de la terapia.

Arequipa, Julio 2015

ANEXOS

INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE MILLON (II)
HOJA DE RESPUESTA

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	
Lagunas	Cárdenas	Victoria Eva.	
SEXO		FECHA DE NACIMIENTO	LUKER DE NACIMIENTO
MASCULINO	FEMENINO <input checked="" type="checkbox"/>	AÑO 71 AÑO 12 DIA 23	AQP.

Marque con un aspa (X) la letra V (Verdadero) o F (Falso), según sea su respuesta:

1 V F	31 V F	61 V F	91 V F	121 V F	151 V F
2 X F	32 X F	62 V F	92 V F	122 X F	152 V F
3 V P	33 X F	63 V F	93 X F	123 V F	153 X F
4 X F	34 V F	64 V F	94 V F	124 V F	154 V P
5 V P	35 V F	65 X F	95 V F	125 V F	155 V F
6 V F	36 X F	66 V F	96 X F	126 X F	156 V P
7 V P	37 X F	67 X F	97 X F	127 V F	157 V F
8 V P	38 X F	68 V F	98 X F	128 V F	158 V F
9 V P	39 X F	69 V F	99 X F	129 V F	159 X F
10 X F	40 V P	70 V F	100 V F	130 V F	160 V F
11 V P	41 X F	71 X F	101 V F	131 V F	161 V P
12 V F	42 X F	72 X F	102 V F	132 X F	162 V F
13 V P	43 V F	73 V F	103 V F	133 V F	163 V F
14 X F	44 V F	74 V F	104 V F	134 V F	164 V F
15 V F	45 X F	75 X F	105 V F	135 X F	165 V F
16 V F	46 X F	76 X F	106 X F	136 V F	166 X F
17 V P	47 V F	77 V F	107 V F	137 X F	167 X F
18 V P	48 V P	78 X F	108 X F	138 X F	168 X F
19 V P	49 V P	79 X F	109 V F	139 X F	169 V F
20 V F	50 V F	80 X F	110 V F	140 V F	170 X F
21 V F	51 V F	81 V F	111 V F	141 V F	171 X F
22 V F	52 X F	82 V F	112 V F	142 V F	172 V F
23 V F	53 X F	83 V F	113 X F	143 V F	173 X F
24 X F	54 V F	84 V F	114 V F	144 V F	174 X F
25 V P	55 V F	85 V F	115 V F	145 V F	175 V F
26 V F	56 X F	86 X F	116 V F	146 X F	
27 V F	57 X F	87 V F	117 V F	147 V F	
28 V F	58 V F	88 X F	118 X F	148 V F	
29 V P	59 X F	89 V F	119 V F	149 X F	
30 V F	60 V F	90 V F	120 V F	150 V F	

DQP

- Dependiente (101) S

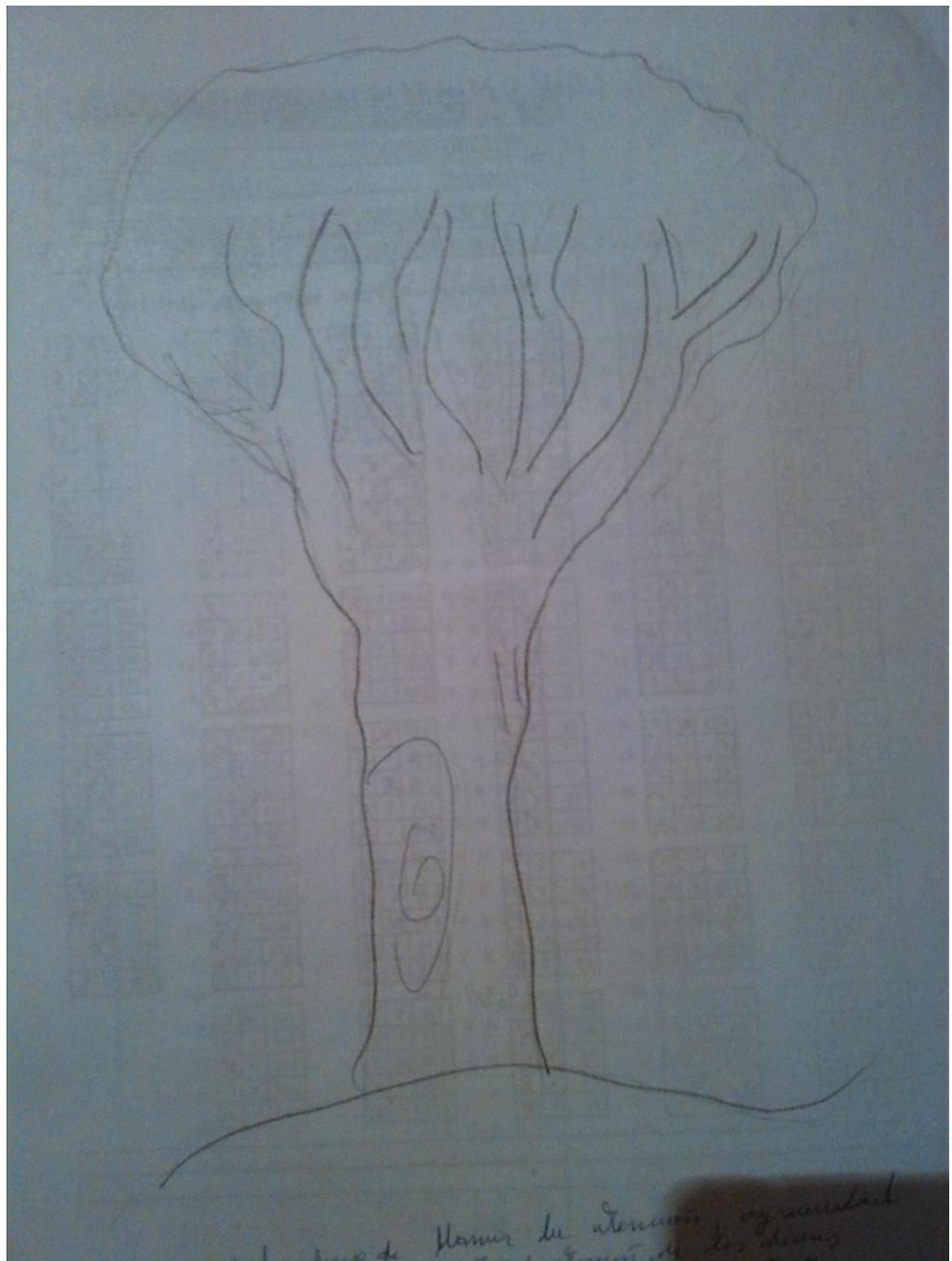
SS



cabos, Agarraderas
uno de llamar la atención
detalles para modular
en ademas intercambiables.
apartir de espaldas,
desarrollando, estableciendo
cuerpos de agrandar.

2. Fuentes para control
de comportamiento.

Tanques, estanques o ríos
o lagos que



**Centro de Estudios e
Investigación en
Neuropsicología, CEINPS
Arequipa - Perú**

NEUROPSI Evaluación Neuropsicológica (1993) Breve en Español
Dra. Fanny Ostrosky-Solís, Dr. Alfredo Ardila y Dra. Mónica Rosselló

DAOS GENERALES
 Apellidos y Nombres: *Zegarra Cardenau Vidal* Fecha de nacimiento: *23/12/71* Edad: *43* HCN¹
 Sexo: *M* Lugar de nacimiento: *Arequipa* Procedencia: *AAT* Escolaridad (años de estudio): *3* Superior
 Orientación (visual-anterior)
 Diagnóstico Neurológico:
 Diagnóstico Neuropsicológico:
 RTM:
 TEM:
 EEG:
 Términos administrados: OTROS:

MOTIVO DE CONSULTA: *Postura en Neurología*

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: TEC, ACV, AIT, Epilepsia, Alcoholismo, Farmacodependencia, Hipertensión arterial, Diabetes. Enfermedades pulmonares, Deterioro de la agudeza visual auditiva, Tirodismo, Otros.

TEST DE ORIENTACION
 a) Temporal: *Das (✓) Mes (✓) Año (✓)*
 b) Espacial: Ciudad (✓) Lugar (✓)
 c) Personal: Edad (✓) Total *5/6*

TEST DE ATENCION Y CONCENTRACION
 a) Dígitos en regresión:
 $9-8 \rightarrow (2)$
 $5-4-3 \rightarrow (3)$
 $8-6-3-2 \rightarrow (4)$
 $6-3-5-4-1 \rightarrow (5)$
 $5-4-3-2-1-2 \rightarrow (6)$ Total *14/16*
 b) Repetición: (60''). Lámina A (5') Total *15/16*
 Adjetivo: *D' errores: 2*
 c) Sustracción: $20-5=15$ $15-11=4$ $4-3=1$ Total *5/18* *15/16*

TEST DE CODIFICACION
 a) Memoria Verbal Espontánea

I Ensayo	II Ensayo	III Ensayo
Gato	Mano	Codo
Pera	Vaca	Tresa
Mano	Tresa	Pera
Tresa	Gato	Vaca
Vaca	Codo	Codo
Codo	Pera	Mano
Total	Total	Total

Intenciones: *comer*
 Percepciones: *color*
 Primitiva: *color*
 Presencia: *color* Total *2/6*

b) Proceso Visuospatial (Copiar Lámina N°1) Total *11/12*

TEST DE LENGUAJE
 a) Denominación (Lámina 2-9)

Imagen	Rpta	Ptj	Imagen	Rpta	Ptj
Chivo	✓	✓	Reloj	✓	✓
Guitarra	✓	✓	Serpiente	✓	✓
Trumpeta	✓	✓	Llave	✓	✓
Dedo	✓	✓	Bicicleta	✓	✓

 Opcionales: Lápiz, reloj, botón, reloj, codo, tobillo, zapato, llave. Total *2/8*

b) Repetición

Ejemplo	Respuesta	Ptj
Sol	✓	✓
Alma linda	✓	✓
El hombre camina lentamente por la calle	✓	✓

 Total *4/12*

c) Comprensión: (lámina 10)
 Indicación: Señale el cuadrado pequeño. Total *6/6*
 Señale un círculo y un cuadrado.
 Señale un círculo pequeño y un cuadrado grande.
 Toque el círculo pequeño si hay un cuadrado grande.
 Toque el cuadrado grande en lugar del círculo pequeño.
 Además de tocar los círculos toque el cuadrado pequeño.

d) Fluidez (60''): > 14 > 12 - 13 Total *6/6*

FLUIDEZ SEMÁNTICA: Nombres de animales	FLUIDEZ FONOLOGICA: Palabras que inician con "F"
1. <i>Perro</i>	1. <i>Felino</i>
2. <i>gato</i>	2. <i>león</i>
3. <i>vaca</i>	3. <i>oso</i>
4. <i>caballo</i>	4. <i>pez</i>
5. <i>gato</i>	5. <i>ratón</i>
6. <i>mono</i>	6. <i>ratón</i>
7. <i>mono</i>	7. <i>ratón</i>
8. <i>mono</i>	8. <i>ratón</i>
9. <i>mono</i>	9. <i>ratón</i>
10. <i>mono</i>	10. <i>ratón</i>
11. <i>mono</i>	11. <i>ratón</i>
12. <i>mono</i>	12. <i>ratón</i>
13. <i>mono</i>	13. <i>ratón</i>
14. <i>mono</i>	14. <i>ratón</i>
15. <i>mono</i>	15. <i>ratón</i>
16. <i>mono</i>	16. <i>ratón</i>
17. <i>mono</i>	17. <i>ratón</i>
18. <i>mono</i>	18. <i>ratón</i>
19. <i>mono</i>	19. <i>ratón</i>
20. <i>mono</i>	20. <i>ratón</i>
21. <i>mono</i>	21. <i>ratón</i>
22. <i>mono</i>	22. <i>ratón</i>
23. <i>mono</i>	23. <i>ratón</i>
24. <i>mono</i>	24. <i>ratón</i>
25. <i>mono</i>	25. <i>ratón</i>
26. <i>mono</i>	26. <i>ratón</i>
27. <i>mono</i>	27. <i>ratón</i>
28. <i>mono</i>	28. <i>ratón</i>
29. <i>mono</i>	29. <i>ratón</i>
30. <i>mono</i>	30. <i>ratón</i>
31. <i>mono</i>	31. <i>ratón</i>
32. <i>mono</i>	32. <i>ratón</i>
33. <i>mono</i>	33. <i>ratón</i>
34. <i>mono</i>	34. <i>ratón</i>
35. <i>mono</i>	35. <i>ratón</i>
36. <i>mono</i>	36. <i>ratón</i>
37. <i>mono</i>	37. <i>ratón</i>
38. <i>mono</i>	38. <i>ratón</i>
39. <i>mono</i>	39. <i>ratón</i>
40. <i>mono</i>	40. <i>ratón</i>
41. <i>mono</i>	41. <i>ratón</i>
42. <i>mono</i>	42. <i>ratón</i>
43. <i>mono</i>	43. <i>ratón</i>
44. <i>mono</i>	44. <i>ratón</i>
45. <i>mono</i>	45. <i>ratón</i>
46. <i>mono</i>	46. <i>ratón</i>
47. <i>mono</i>	47. <i>ratón</i>
48. <i>mono</i>	48. <i>ratón</i>
49. <i>mono</i>	49. <i>ratón</i>
50. <i>mono</i>	50. <i>ratón</i>

10	10
11	10
12	10
13	10
14	10
15	10
16	10
17	10
18	10
19	10
20	10
21	10
22	10
23	10
24	10
25	10
26	10
27	10
28	10
29	10
30	10
31	10
32	10
33	10
34	10
35	10
36	10
37	10
38	10
39	10
40	10
Total Serológico	Total Fisiológico
0-8 - 9-1	6-6 - 9-3
0-10 - 9-9	7-15 - 9-6
10-19 - 9-9	14-18 - 9-3
20-30 - 9-9	15-19 - 9-9
Intrusión	Intrusión
Perseveración	Perseveración
Total 2 / 8	

6. FUNCIONES DE EDUCACIÓN

1. Memoria Viso-espacial

2. Memoria verbal Total 5 / 15

1. Memoria verbal espontánea	2. Correspondencia
Lata	Punto del cuadro → lata
Casa	Fruta →
Coche	Color →
Silla	Fruta →
Rueda	Color →
Intrusión	Animales →
Perseveración	Intrusión
Total 5 / 10	
Total 5 / 15	

3. Reconocimiento

BOCA	ÁRBOL	FRESA*
GATO*	GALLO	CEJA
CAMA	ZORRO	VACA*
FRUJA*	MANO*	FLON
CODO*		
Intrusión		
		Total 6 / 15

7. RESUMEN GENERAL - NEUROPSI

SUBTEST	PUNTAJE
1. Orientación	6 / 6
2. Atención y concentración	24 / 27
3. Clasificación	16 / 18
4. Lenguaje	23 / 26
5. Lectura	3 / 5
6. Escritura	2 / 2
7. Funciones Ejecutivas	16 / 18
8. Funciones de Evocación	26 / 30
PUNTAJE GENERAL 16 / 120	

CONCLUSIÓN: Sin Afección

8. SECUENCIACIÓN Lema 15
Continúa con la secuencia (Z)
Total 1 / 1

B. Motoras (1 punto mínimo y más)

1. Posición de la mano

Derecha	X	+	Agato (flecha/palma)
Izquierda	X	+	Apalpado (palma/flecha)
Total 3 / 4			

2. Movimientos alternados: cierre y apertura

Total 2 / 2

Calificación Test palabras y colores
STROOP

Pts "T"

48

36

32

$$P = 104 \Rightarrow \text{Normal}$$

$$C = 58 \Rightarrow \text{Normal}$$

$$PC = 26 \Rightarrow \text{Bajo}$$

$$PC' = 37,23$$

Entendimiento:

$$PC - PC'$$

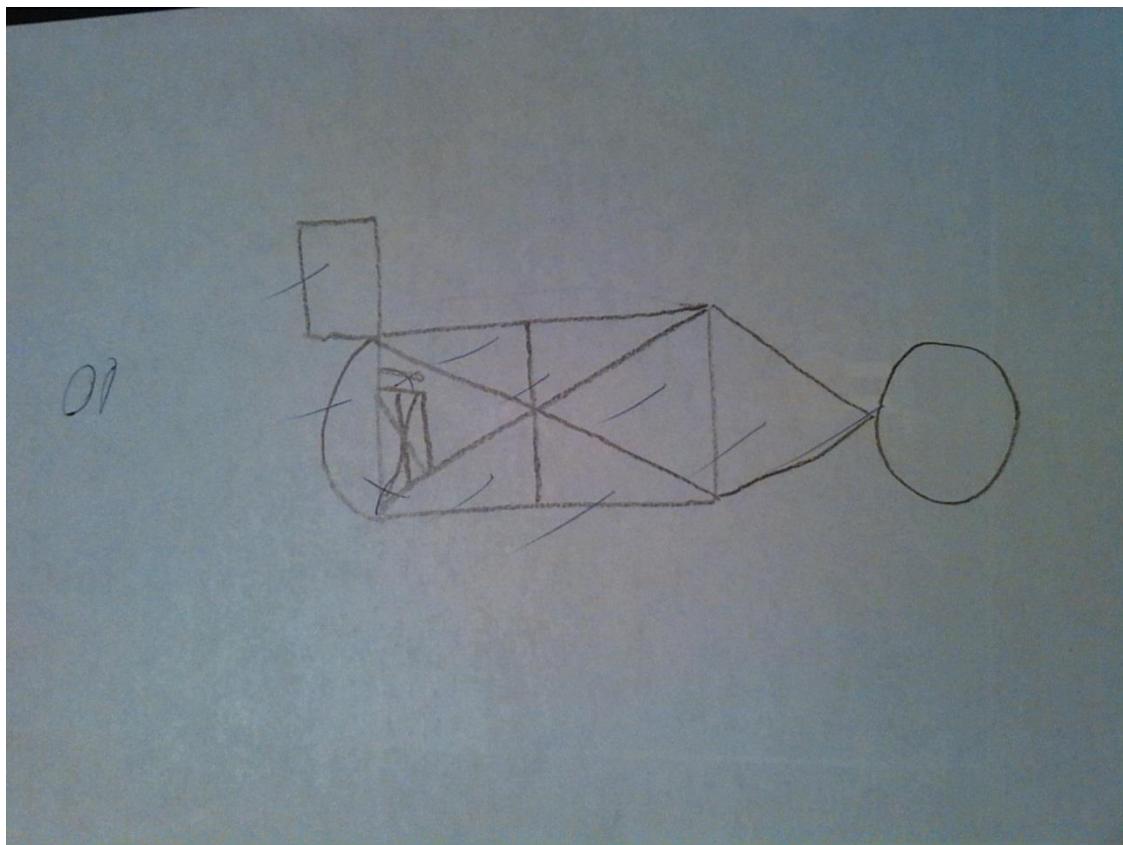
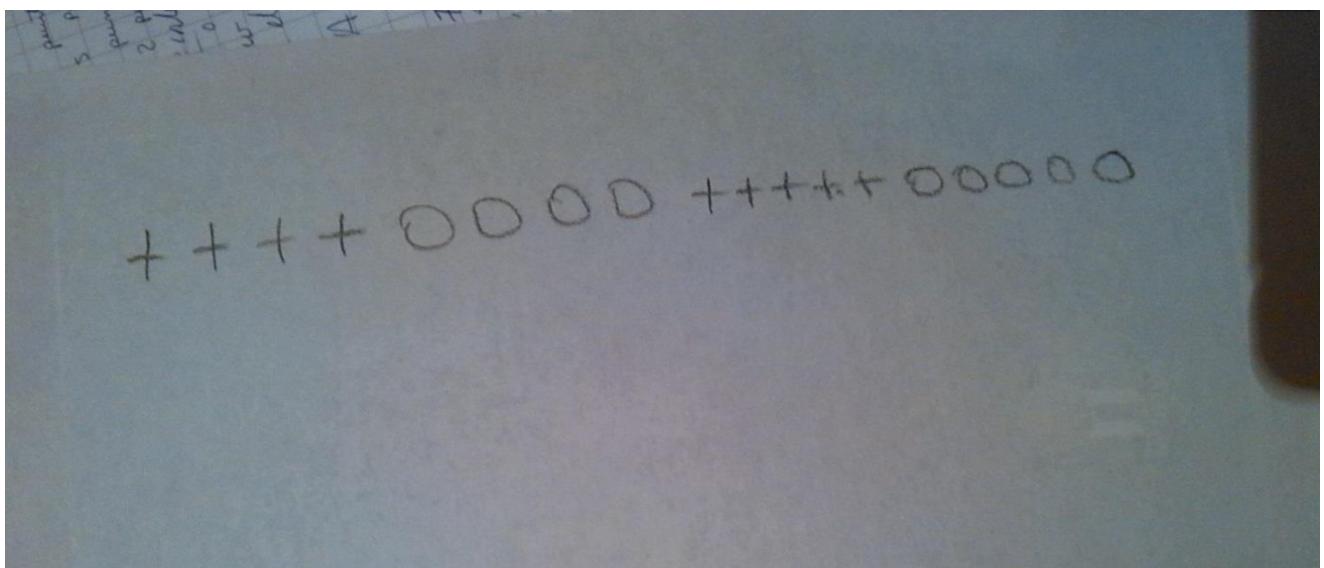
$$26 - 37,23$$

$$-11,2 \not\rightarrow \text{Normal}$$

Pts "T" = 38

El perro camina por la calle y la
aventura.

Las naranjas crecen en los árboles.



CASO

GIANPIERO P. R.

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y apellidos : G. P. R.
Sexo : Masculino
Edad : 12 años 06 meses 9 días
Fecha de nacimiento : 07 – 01 - 2004
Lugar de nacimiento : Arequipa
Procedencia : Arequipa
Grado de instrucción : Primaria
Informantes : Madre y paciente
Fecha y lugar de evaluación : Varias sesiones

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que viene en compañía de su madre, quien refiere “estar muy preocupada debido que hace 3 años aproximadamente su hijo presenta problemas de aprendizaje en la escuela, desmotivación para el estudio y mucho desgano; además de tener citaciones constantes del colegio debido a su bajo rendimiento”.

III. PROBLEMA ACTUAL

La madre refiere que primeros signos del problema aparecen hace 3 años atrás aproximadamente (cuando paciente tenía 9 años de edad), sucesivo a fallecimiento de la tía materna debido a un paro cardiaco, quien a sus 51 años se encargó del cuidado y supervisión del paciente desde su nacimiento ya que la madre trabajaba gran parte del día fuera de casa y el padre lo hacía en el extranjero; es así que la tía (hermana del padre) y paciente entablan lazos afectivos bastante íntimos. Madre manifiesta que parecía que ella era su madre y yo su hermana, la quería más que a nada; asimismo relata que paciente siempre fue afectuoso, pero que fue la tía quien le enseñaba constantemente a ser educado, ordenado y responsable en sus actividades, de manera que paciente nunca tuvo mayores problemas en el colegio.

Posterior a pérdida de la tía, al culmino del 4to grado de primaria el paciente, madre lo observaba decaído, preocupado y distraído en general. Tuvo dificultad para terminar ese año académico, pero lo logró gracias a ayuda de profesora. Madre esperaba que “etapa de duelo” por parte de paciente terminara pronto, pero no vio cambios positivos en el posterior año, en el colegio mostraba cierta indiferencia y conductas irresponsables que antes no tenía, pese a ello su rendimiento académico fue suficiente para ser promovido de año. Madre afirma también que fue difícil adaptarse a nuevo ritmo de vida, debía ocuparse del trabajo, las labores en casa y de paciente, “tenía que hacer todo y todo lo hice a medias, no podía darle el mismo cuidado que mi cuñada le dio a Gian Piero y él empezó a hacer las cosas por sí solo”.

A inicio del 5to año de primaria de paciente y enterado de esa situación, padre del mismo decide volver, esperando con ello ayudar a sobreponerse a hijo, ya que a pesar de encontrarse alejados por poco más de 4 años ellos solían mantener constante comunicación vía online y telefónica por lo menos 3 a 4 veces por semana. Es así que paciente toma con sorpresa llegada de padre, quien opta por permanecer en casa mientras encontraba un trabajo que le ofrezca los beneficios y facilidades para solventar a familia, hasta entonces madre tendría que continuar trabajando fuera de casa y la mayor parte del día. Paciente empezaba a mostrar lentamente una mejoría del ánimo, jugaba con el padre, juntos hacían las tareas y en el colegio parecía retomar interés por el estudio y por los amigos.

Encontrándose a pocos meses, talvez tres, de haber iniciado el sexto año de primaria de paciente, padre sufre accidente vehicular en carretera cuando se dirigía a entrevista laboral, falleciendo instantáneamente.

La madre pensó en ocultar el suceso a Gian Piero, de manera que lo retuvo en casa y no le permitió ver los noticieros, no respondía cuando paciente preguntaba insistentemente por su padre y se tornaba lloroso; así a los 3 días la madre se sorprende cuando paciente con expresión seria en el rostro y

tono de voz monótono le pregunta “no va a regresar, ¿está muerto verdad?”, madre rompió en llanto, paciente dio la vuelta y caminó como “desorientado” hacia su cuarto, se encerró y no salió en toda la noche. Madre manifiesta que desconoce la reacción que tuvo paciente dentro del cuarto, pero que en los posteriores días, durante el velorio y entierro, casi no lloró y continuaba con esa expresión de amargura y por momentos pensativo. Gian Piero no asistió a colegio durante 2 semanas.

La madre refiere que desde entonces y hasta la actualidad, aunque paciente parece haber superado parcialmente la pérdida de su padre ya que nunca lo menciona, ha mantenido una actitud indiferente en general, como si nada le inmutase, “en su mundo”, pocas veces lo ve reír con naturalidad, no expresa molestia por cosas que debiera pero en ocasiones puede irritarse fácilmente por minucias; en relación a ello madre manifiesta: “siempre descontento, nada le satisface como antes”. Asimismo, mantiene una actitud socialmente retraída, ya no participa de juegos en grupo, prefiere distraerse individualmente con música o juegos en el celular y literalmente parece disfrutar de “simplemente no hacer nada, tan sólo se sienta con esa mirada perdida, a veces con el ceño fruncido, y deja pasar el tiempo”, consecuentemente ha ido perdiendo amistades. Por otro lado, su rendimiento ha decaído marcadamente, asiste sin problemas al colegio, pero en clases “se distrae”, no se esfuerza como antes y le es difícil desenvolverse en grupo. Además, paciente manifiesta que desde hace un año tiene “pesadillas” cuyo contenido no recuerda pero le causa temor, despertando y requiriendo compañía de madre por las noches, quien afirma haber presenciado eventuales episodios de sollozos mientras paciente duerme.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

ETAPA PRE NATAL

Paciente es hijo único, de embarazo planificado, deseado por ambos padres. El sexo del hijo fue el deseado. La madre no presentó complicaciones durante el embarazo, no hubo ingesta de tabaco, alcohol u otras sustancias que conlleven problemas a la gestación, cumpliendo con la asistencia a los controles médicos.

ETAPA PERI NATAL

El parto fue por vaginal y nació a las 38 semanas de gestación, no presentando mayores problemas. Hubo vacunas completas en lo posterior.

ETAPA POST NATAL

Alimentación

Recibe lactancia materna hasta los siete meses. Posteriormente recibe alimentación mixta, alimentos sólidos y leche materna y artificial, pues madre no pasaba mucho tiempo en casa.

Desarrollo psicomotor

No hubo dificultades relevantes en su desarrollo, mantiene cabeza erguida, se sienta sin apoyo, gatea, se sostiene en pie y luego aprende a caminar al año y medio aprox. (madre no precisa datos pues paciente estuvo a cuidado de su tía fallecida).

Predominio lateral derecho. Actual desarrollo psicomotor adecuado para su edad aunque enlentecimiento de movimientos.

Lenguaje

Balbucea e imita sonidos en sus primeros meses. Paralelamente al desarrollo psicomotor dice sus primeras palabras, mamá, Amanda (nombre de la tía), papá, entre otras, de manera progresiva, y forma pequeñas oraciones a los dos años y medio.

Educación esfinteriana. Hábitos higiénicos

Control de esfínter a los 2 años y tres meses aproximadamente no presentando dificultad. Actualmente se asea de manera independiente, aunque con cierto descuido de apariencia física.

Sueño

Generalmente se acuesta entre 9pm a 11pm y se levanta 6.00am. Desde hace 1 año aproximadamente se despierta por los noches y requiere dormir en compañía de madre, refiere temor a la oscuridad. Igualmente, señala que tiene sueños en los que no visualiza una imagen en particular o simplemente no lo recuerda, pero que le generan miedo e incomodidad. Madre manifiesta que posterior a muerte de su tía y padre lo oía susurrar y en ocasiones un llanto escaso mientras dormía.

Rasgos neuropáticos

Antecedentes de terrores nocturnos y espasmos de sollozo eventuales y sucesivos a pérdida física y afectiva de la tía y padre.

ETAPA ESCOLAR

Realiza jardín de 4 y 5 años en pequeña escuela. Inició la primaria a los 6 años de edad en la I.E.P Cristo Rey, donde permanece toda su primaria. Madre manifiesta que sus notas desde jardín hasta 3er. grado de primaria eran de un alumno de promedio regular y que profesoras nunca le dieron quejas, pero que desconoce el ritmo de aprendizaje de paciente, puesto que la tía siempre estuvo a cargo de él, ayudándolo y educándolo. Asimismo era amigable en sus contactos y amable.

A finales de 3er. grado de primaria y todo 4to, posterior a perdida de la tía, su rendimiento decae levemente, se aísla parcialmente y muestra ánimo indiferente. Culmina el año con ligeras dificultades.

En 5to grado de primaria, a la llegada de padre, muestra lenta mejoría del ánimo, recobra interés por el estudio y socializar.

En 6to grado de primaria y hasta la actualidad, posterior a fallecimiento de padre, pierde nuevamente el interés por el estudio, distraiéndose frecuentemente y decayendo marcadamente el rendimiento escolar, ha perdido amigos, no expresa sentimientos de felicidad, tristeza, ni enojo. Actualmente cursa el 1er grado de secundaria en la I.E. Manuel Gonzales Prada debido a dificultades económicas.

Intereses y Pasatiempos

Posterior a pérdidas de abuela y padre ha ido perdiendo el interés en realizar cualquier otra actividad que suponga socializar. Actualmente gusta de juegos solitarios/pasivos, prefiriendo ver programas juveniles en la TV la mayor parte de la tarde, escuchar música o raramente entretenerte con videojuegos.

Desarrollo y función psicosexual

Actualmente sufre cambios corporales propios de la pubertad; no obstante, no ha mostrado preocupaciones acerca de ello ni interés por conocer más

acerca de la sexualidad. Refiere no tener interés sentimental por alguien en especial por ahora.

ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

Enfermedades y Accidentes

Sin enfermedad ni tratamiento en curso, no caídas, fiebres ni sucesos de importancia. Ligeros problemas durante el sueño y muy ocasionales dolores de cabeza por la mañana. Madre refiere que “siempre fue un niño muy saludable”.

PERSONALIDAD PREMÓRBIDA

Paciente que, pese a carácter afable y simpático, ha mostrado desde sus inicios cierta timidez, caracterizándose por ser un sujeto social pasivo, diplomático y de contactos armoniosos. La madre refiere “nunca ha tenido un especial interés por hacer muchos amigos, pero solía atraer a sus compañeros(as) por su amabilidad”, de manera que su grupo de amistades era amplio, con quienes iba aprendiendo a desenvolverse con mayor facilidad mientras compartían momentos de recreación. En la actualidad es indiferente y parcialmente retraído a su medio, prefiere permanecer sólo, aunque conserva el carácter armonioso en sus pocos contactos. Asimismo, mantiene buena relación con figuras de autoridad y comportamiento cortés en general.

Paciente amable y condescendiente, educado al expresar molestia y en general cariñoso con familiares (principalmente abuela materna y padre), y amigos cercanos.

Desde los primeros años el paciente ha tenido facilidad para integrarse y compartir en grupo como para entretenérse individualmente. Así, gustaba principalmente de jugar fútbol y videojuegos con amigos, pero también solía entretenérse con programas televisivos siempre en compañía de su tía.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

Composición familiar

Paciente vive con su madre, de 39 años, contadora de una empresa privada; es de carácter pasivo, aunque obsesivo a su vez. Ama de casa con quien no mantiene mucha relación; 2 primos de 18 y 21 años, estudiantes pre – universitario, a quienes percibe como “su futuro”; y abuelo materno de 91 años, jubilado y de carácter “fuerte”, colérico, a quien evade por su mal genio.

Dinámica familiar

La relación entre progenitores fue siempre buena pese a lejanía entre ellos, la madre asume que gracias a ello no tenían grandes discusiones como otros matrimonios, disfrutaba más de él en sus cortas visitas y aprendió a amarlo a la distancia, de ahí que supo sobreponerse a pérdida de esposo. La relación madre e hijo ha sido también armoniosa, sin reproches ni reclamos, aunque nunca han llegado a la complicidad afectiva que paciente sí mantuvo con padre y la tía paterna fallecida; talvez debido a su ausencia en el hogar, que aun mantiene, mientras la tía paterna hacía de figura materna y padre era de quien anhelaba su regreso y admiraba. Su relación con sus primos no es muy cercana pero los percibe como una imagen suya a futuro.

Condición socioeconómica

El hogar es solventado por la madre, la vivienda que comparten es de material noble y de dos pisos, cuenta con los servicios básicos, además de cable, internet y teléfono. La condición socioeconómica de la familia es media.

VI. RESUMEN

Gian Piero que es hijo único; de embarazo no planificado pero deseado por ambos padres, parto vaginal a las 38 semanas. Su desarrollo psicomotor así como del lenguaje estuvo dentro de lo esperado, aunque presenta rasgos neuropáticos como temores nocturnos y espasmos del sollozo ocasionales en los últimos dos años, posterior a pérdida de su tía paterna y su padre.

Desde los primeros meses de nacido, paciente estuvo a cuidado de la tía paterna quien, ya que madre trabajaba todo el día fuera de casa y padre lo hacía en el extranjero, de esta manera se crea fuertes lazos afectivos entre paciente y tía quien reconocía como imagen materna. Igualmente, llevaba una buena relación con padre, con quien se comunicaba vía online o telefónico varias veces por semana. A diferencia de ello la relación con la madre nunca fue tan íntima.

Inició la primaria a los 6 años de edad en la I.E.P Cristo Rey, donde permaneció toda su primaria. Madre manifiesta que sus notas desde jardín a 3er. grado de primaria eran de un alumno de promedio regular y que profesoras nunca le dieron quejas; además bastante amigable y afectuoso.

De esta manera, los primeros signos del problema aparecen hace 4 años aproximadamente, a finales de 3er. grado de primaria y posterior a perdida de la tía, decayendo su rendimiento académico, mostrando cierta inhibición social y represión afectiva, así como ánimo indiferente.

A inicios de 5to grado de primaria, a la llegada de padre a Perú, favorece una lenta mejoría del ánimo, recobrando lentamente interés por el estudio y por socializar, reforzando el apego que había ya entre ellos.

En 6to grado de primaria y hasta la actualidad, posterior al repentino fallecimiento de padre, nuevamente asume una actitud indiferente en general, decayendo marcadamente el rendimiento escolar y distrajéndose con facilidad; igualmente, pierde interés por socializar, prefiriendo la soledad, no comparte juegos y tampoco parece disfrutarlos, ha perdido amigos y prefiere permanecer apartado, con la mirada perdida, a veces con el ceño

fruncido, madre manifiesta “a veces parece como si nada le inmutase, en su mundo”, no expresa abiertamente sentimientos de tristeza ni felicidad, no se molesta cuando debiera pero se irrita por minucias, además evade tocar el tema de fallecimiento de padre. Asimismo, eventualmente presenta sollozos mientras duerme, y pesadillas de las que contenido paciente refiere no recordar pero le generan mucho temor, por lo que acostumbra requerir compañía de su madre.

Actualmente paciente vive con la madre, y sus 2 primos, con los cuales no mantiene mucha comunicación. Cursa el 1er grado de secundaria en la I.E. Manuel Gonzales Prada, al cual se transfiere debido a dificultades económicas.

Arequipa, marzo de 2018

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y apellidos : G. P. R.
Sexo : Masculino
Edad : 12 años 06 meses 9 días
Fecha de nacimiento : 07 – 01 - 2004
Lugar de nacimiento : Arequipa
Procedencia : Arequipa
Grado de instrucción : Primaria
Informantes : Madre y paciente
Fecha y lugar de evaluación : Varias sesiones

II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL COMPORTAMIENTO

Descripción Física

Paciente de 12 años que aparenta la edad que posee, es de contextura y estatura promedio, tez clara, de cabello liso, ligeramente crecido y castaño oscuro, sus ojos de color negro. Su vestimenta es acorde a la estación, aunque con cierto descuido de la imagen personal, “despeinada”. La postura del paciente es erguida, algo rígido y tono de voz monótono.

Conciencia y niveles de alerta

Paciente lúcido, en estado de vigilia y por tanto, adecuadas condiciones para responder a interrogantes y comprender órdenes.

Expresión emocional

Expresión facial y emocional de indiferencia y cierta suspicacia al responder a preguntas en relación a padre. Presenta gesticulaciones como abrir mucho los ojos como expresión de sorpresa y asombroamiento.

Motricidad

Motricidad gruesa correspondiente a su edad aunque caracterizado por cierta pesadez y lentitud en los mismos. Adecuada motricidad fina, así como coordinación, ritmo y sincronía. De predominio lateral derecho.

Actitud colaboradora

Se muestra en general colaborador y adquiere mayor espontaneidad a lo largo de la entrevista y evaluación.

III. EXPLORACIÓN DE LOS PROCESOS COGNOSCITIVOS

Atención y Concentración

Capacidad para dirigir la atención aunque con ligeras dificultades para el mantenimiento de la concentración; de manera que puede distinguirse niveles de hipoprosexia no especificados, y aunque respondía a los estímulos externos que se le presentaban, tendía a la vacilación y falsos errores. No mostraba signos de fatiga de la atención.

Procesos perceptuales

No presenta distorsiones perceptivas o sensoriales, así como ausencia de ilusiones o alucinaciones en sus diferentes modalidades.

Orientación

Paciente orientado en espacio, tiempo, persona; con adecuada capacidad para reconocer situaciones y personas familiares.

Memoria

La memoria remota se mantiene conservada, recordando hechos cronológicos de su historia personal. De igual manera, su memoria reciente e inmediata es adecuada logrando recordar información nueva y evocar acontecimientos que se suscitan en el momento.

Pensamiento

Paciente presenta pensamiento lentificado, teniendo dificultad en la fluidez y ligera dificultad en la elaboración mental, relacionada también a su capacidad para resolver operaciones y situaciones problemáticas.

Lenguaje

Presenta ligero desorden del ritmo del habla, bradilalia, caracterizándose por enlentecimiento de afluencia verbal. Además de ello, no hay mayor dificultad para la expresión y comprensión del contenido verbal.

Lectura y escritura

No presenta dificultades.

Praxias y lateralidad

Adecuada praxiaconstructiva, ideomotora e ideatoria; sin dificultades de lateralidad.

Funcionamiento intelectual

Posee conocimientos generales por debajo del límite esperado acorde a su grado de instrucción, lo cual podría verse desvirtuado por una dificultad para concentrarse. Muestra ligera dificultad para realizar las operaciones aritméticas básicas. Su pensamiento abstracto se encuentra alterado, no logrando interpretar refranes y con ligera dificultad para razonar y formular juicios lógicos.

IV. EXPLORACIÓN DE LA VIDA AFECTIVA, CARÁCTER Y ACTITUDES

Estado de Ánimo

Paciente muestra pesadez, intentando proyectar una falsa tranquilidad, reflejado en su poca espontaneidad para mostrar alegría, asombro o molestia ante un estímulo en especial.

Afectos y Sentimientos

Experimenta tristeza, acompañado de un sentimiento afflictivo oculto que genera su pobreza de gestos y movimientos, así como el tono monótono y lento de la voz. Igualmente, aparente anhedonia por lo que ha perdido la capacidad para sentir un goce autentico.

Rasgos Caracterológicos

Carácter inhibido, inseguro, pasivo, emocionalmente reprimido.

Actitud frente a su problema y conciencia de enfermedad

No presenta conciencia de enfermedad, al encontrarse convencido de que evadir el tema es la mejor solución. De esta forma, la actitud hacia la entrevista fue colaboradora pero sin real propósito terapéutico.

V. RESUMEN

Paciente de 12 años que aparenta la edad que posee, es de contextura y estatura promedio, tez clara, de cabello liso, ligeramente crecido y castaño oscuro, sus ojos de color negro. Su vestimenta es acorde a la estación, aunque con cierto descuido de la imagen personal. La postura del paciente es erguida, algo rígida y tono de voz monótono. Grado de conciencia lúcido En cuanto al proceso de atención y concentración muestra hipoprosexia; acerca del pensamiento, lentificación del mismo; en relación al lenguaje, bradilalia; y funcionamiento intelectual aparentemente por debajo de lo esperado.

Por otro lado, procesos perceptuales, orientación, memoria, lectura y escritura, praxia y lateralidad conservados.

Su expresión facial y corporal denota pesadez, suspicacia. Además, afectivamente se encuentra tristeza encubierta y carácter inhibido.

Con actitud evasiva de su realidad, evidenciando presentar conciencia de su enfermedad

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y apellidos : G. P. R.
Sexo : Masculino
Edad : 12 años 06 meses 9 días
Fecha de nacimiento : 07 – 01 - 2004
Lugar de nacimiento : Arequipa
Procedencia : Arequipa
Grado de instrucción : Primaria
Informantes : Madre
Fecha y lugar de evaluación : Varias sesiones

II. OBSERVACIONES GENERALES DURANTE LA EVALUACIÓN

Paciente que al inicio de evaluación psicológica muestra cierta suspicacia, principalmente al tocar el tema de padre y la tía materna fallecida; sin embargo, a lo largo de la evaluación va mostrando una actitud más colaboradora, asequible a órdenes e interrogantes. Sin una expresión facial específica, más bien indiferente, como ensimismado; y lentificación de la afluencia verbal.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicológicas:
 - Test Gestáltico Visomotor – Bender
 - Escala de Inteligencia de Wechsler para niños
 - Test de colores y palabras de stroop
 - Test para el Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad
 - Test de la Figura Humana de Karen Machover.
 - Test de la Familia

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

1. TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR – BENDER

A. Análisis e interpretación cuantitativa

SIGNIFICANCIA DE ERRORES	Nº ERRORES
No Significativo	0
Significativo	0
Altamente Significativo	0
TOTAL	0

Tiempo de Ejecución: 8' 30"

B. Análisis e interpretación cualitativa

Gian Piero presenta una adecuada Madurez Visoperceptiva en relación a su edad cronológica, ello a partir de no presentar errores en su ejecución.

Por otro lado, muestra indicadores emocionales de impulsividad, falta de interés y atención, además de actitudes evitativas, negativistas o contradictorias.

De esta manera, dada su ejecución dentro de lo esperado, se descarta, presumiblemente, presencia de lesión cerebral y retardo mental.

2. ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA NIÑOS WISC – R.

A. Análisis e interpretación cuantitativa

SUBESCALAS

VERBAL		EJECUCIÓN	
Información	08	Fig. Incompletas	09
Semejanzas	12	Ordenamiento Dibujos	09
Aritmética	08	Diseño con Cubos	11
Vocabulario	11	Composición Objetos	11
Comprensión	09	Claves	06
Total Verbal	48	Total Ejecución	46

	C.I.	CATEGORÍA
Verbal	95	Normal
Ejecutivo	93	Normal
GENERAL	94	Normal

B. Análisis e interpretación cualitativa

Gian Piero alcanza un Coeficiente Intelectual de 94, que corresponde a un Nivel de Inteligencia Normal.

Así, presenta dificultad para el mantenimiento de la atención y falta de una correcta distribución de la misma influyendo significativamente en el limitado desempeño de su memoria a corto plazo y velocidad de procesamiento. No obstante, el paciente posee óptima habilidad para el análisis y síntesis de estímulos visuales abstractos, así como adecuada percepción y organización visual, procesamiento simultáneo y coordinación visomotora. Asimismo, habilidad para brindar conocimiento general de hechos, involucrando adecuado uso de inteligencia cristalizada, memoria a largo plazo, expresividad verbal y comprensión auditiva; de ahí la capacidad para la conceptualización y razonamiento verbal. De igual manera, existe apropiado conocimiento de estándares convencionales de conducta, juicio social, madurez y sentido común.

3. TEST PARA EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN / HIPERACTIVIDAD – ADHDT.

A. Análisis e interpretación cuantitativa

	PUNTAJE ESTÁNDAR	COCIENTE ADHD (TDA / H)	PROBABILIDAD DE ADHD (TDA / H)
Hiperactividad	6	80 - 89	Debajo del Promedio
Impulsividad	6	80 - 89	Debajo del Promedio
Inatención	12	90 - 110	Promedio
GENERAL	24	86	Debajo del promedio

B. Análisis e interpretación cualitativa

Gian Piero que alcanza un Cociente TDA/H de 86, correspondiente a una *Probabilidad por Debajo del Promedio* de presentar un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. De esta manera, en cuanto a:

- Hiperactividad, existe una *probabilidad por debajo del promedio* de presentarla, no presentando mayores problemas al respecto.
- Impulsividad, existe igualmente una *probabilidad por debajo promedio* de presentarla, no presentando mayor problema de actuar antes de pensar.
- Inatención, existe una *probabilidad promedio* de presentarla, a partir de su dificultad para prestar atención y mantener la concentración, razón por la que le es complicado atender por periodos largos y persistir y a su vez completar tareas y actividades. Tiende a la desorganización y presenta poca habilidad para la planificar actividades; asimismo, tiene dificultad para seguir instrucciones y constantemente pierde objetos.

4. TEST DE COLORES Y PALABRAS DE STROOP

A. Análisis e interpretación cuantitativa

	PUNTAJE T	CATEGORÍA
Palabra (P)	30	Bajo
Color (C)	30	Bajo
Palabra – Color (PC)	36	Normal
INTERFERENCIA	-0,1	Normal

B. Análisis e interpretación cualitativa

Al análisis de los resultados obtenidos en el Test Colores y Palabras de Stroop y Test de Tolouse, se obtienen los siguientes resultados:

- Aspectos ejecutivos de flexibilidad cognitiva, inhibición de repuesta automática y control atencional *conservados*. De manera que posee

la capacidad de atender selectivamente a la información relevante inhibiendo una respuesta automática, no relevante para la tarea, a favor de una poco habitual.

5. TEST DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER.

A. Análisis e interpretación cualitativa

Proyecta tendencia introvertida y dificultad para la socialización, tal vez decepciones en el plano social ocasionando un mal ajuste a este, buscando constantemente pasar inadvertido, ocultando igualmente sus intenciones. Es asimismo susceptible a la ofensa y con cierta latencia de tipo paranoide. En relación a ello, falta de confianza en los contactos sociales y/o en la propia productividad. Cierta agresividad reprimida. Además ávidos intentos por alcanzar coordinación entre los impulsos y la razón. Es moralista, educado y de pensamiento rígido.

Por otro lado, proyecta dependencia materna, primitivismo, infantilidad y falta de madurez. Distracción, irresponsabilidad y superficialidad, así como debilidad de carácter.

Actualmente revela agitación interior y posible depresión, reflejado en sentimientos de tristeza y perdida de la capacidad para sentir goce.

6. TEST DE LA FAMILIA.

A. Análisis e interpretación cualitativa

Proyecta dependencia de la figura materna, tal vez representada por la pérdida de la tía, y negación de la figura paterna, sentimientos de vacío y ausencia que intenta evadir. De igual forma, existe pobre expresión de vínculos afectivos e incomunicación entre miembros al interior del ambiente familiar.

V. RESUMEN

Gian Piero alcanza un Coeficiente Intelectual de 94, que corresponde a un Nivel de Inteligencia Normal, descartándose de esa manera la posibilidad de retardo mental.

En relación al proceso psicológico de atención y concentración, alcanza un Cociente TDA/H de 87, señalando una *Probabilidad por Debajo del promedio* de presentar un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, de manera que aspectos ejecutivos de flexibilidad cognitiva, inhibición de respuesta automática y control atencional se encuentran conservados

Por otro lado, presenta una Edad Social de 10 años 5 meses y una Madurez Social correspondiente a Normal Inferior, teniendo principal dificultad para valerse por sí mismo y socializar.

Proyecta igualmente conflictos socioemocionales relacionados a “pérdidas no resueltas” de padre y tía paterna, motivando sentimientos de tristeza e inadecuación, y una actitud evitativa hacia su realidad. En relación a la dinámica familiar, proyecta dependencia de la figura materna, talvez representada por la tía paterna fallecida, e influencia actual de la figura paterna. De igual forma, existe pobre expresión de vínculos afectivos e incomunicación entre miembros al interior del ambiente familiar, el cual es percibido por el paciente como un contexto estresor.

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y apellidos : G. P. R.
Sexo : Masculino
Edad : 12 años 06 meses 9 días
Fecha de nacimiento : 07 – 01 - 2004
Lugar de nacimiento : Arequipa
Procedencia : Arequipa
Grado de instrucción : Primaria
Informantes : Madre y paciente
Fecha y lugar de evaluación : Varias sesiones

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que viene en compañía de su madre, quien refiere “estar muy preocupada debido que hace 3 años aproximadamente su hijo presenta problemas de aprendizaje en la escuela, desmotivación para el estudio y mucho desgano; además de tener citaciones constantes del colegio debido a su bajo rendimiento”.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicológicas:
 - Test Gestáltico Visomotor – Bender
 - Escala de Inteligencia de Wechsler para niños
 - Test para el Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad
 - Test de Colores y Palabras de Stroop.
 - Test de la Figura Humana de Karen Machover.
 - Test de la Familia.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente que es hijo único; de embarazo planificado, deseado por ambos padres, parto vaginal a las 38 semanas. Su desarrollo psicomotor así como del lenguaje estuvo dentro de lo esperado, aunque presenta rasgos neuropáticos como temores nocturnos y espasmos del sollozo ocasionales en los últimos dos años, posterior a pérdida de su tía paterna y padre.

Desde los primeros meses de nacido, Gian Piero estuvo a cuidado de su tía paterna , ya que madre trabajaba todo el día fuera de casa y padre lo hacía fuera del país, de esta manera se crea fuertes lazos afectivos entre paciente y la tía a quien reconocía como imagen materna. Igualmente, llevaba una buena relación con su padre, con quien se comunicaba varias veces por semana.

Inició la primaria a los 6 años de edad en la I.E.P Cristo Rey, donde permaneció toda su primaria. Madre manifiesta que sus notas desde jardín a 3er. grado de primaria eran de un alumno de promedio regular y que profesoras nunca le dieron quejas; además era bastante amigable y afectuoso. De esta manera, los primeros signos del problema aparecen aproximadamente, a finales de 3er. grado de primaria y posterior a perdida de abuela, decayendo su rendimiento académico, mostrando cierta inhibición social y represión afectiva, así como ánimo indiferente, .

Cuando cursaba el 5to grado de primaria llega su padre, influenciando a que se genere una lenta mejoría del ánimo, recobrando lentamente interés por el estudio y por socializar, reforzando el apego que había ya entre ellos.

En 6to grado de primaria y hasta la actualidad, posterior al repentino fallecimiento de padre, nuevamente asume una actitud indiferente en general, decayendo marcadamente el rendimiento escolar y distrayéndose con facilidad; igualmente, pierde interés por socializar, prefiriendo la soledad, no comparte juegos y tampoco parece disfrutarlos, ha perdido amigos y prefiere permanecer apartado, con la mirada perdida, a veces con el ceño

fruncido, la madre manifiesta “a veces parece como si nada le inmutase, en su mundo”, no expresa abiertamente sentimientos de tristeza ni felicidad, no se molesta cuando debiera, además evade tocar el tema del fallecimiento de su padre. Asimismo, eventualmente presenta sollozos mientras duerme, y pesadillas de las que contenido paciente refiere no recordar pero le generan mucho temor, por lo que acostumbra requerir compañía de madre.

Actualmente Gian Piero vive con su madre, y primos, con los cuales no mantiene mucha comunicación. Cursa el 1er grado de secundaria en la I.E.Manuel Gonzales Prada, al cual se transfiere debido a problemas económicos.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

Paciente de 12 años que aparenta la edad que posee, es de contextura y estatura promedio, tez clara, de cabello liso, ligeramente crecido y castaño oscuro, sus ojos de color negro. Su vestimenta es acorde a la estación, aunque con cierto descuido de la imagen personal. La postura del paciente es erguida, algo rígida y tono de voz monótono. Grado de conciencia lúcido. Durante evaluación psicológica se muestra en un inicio suspicaz y reacio, principalmente al tocar el tema de padre y la tía paterna fallecidos; no obstante, a lo largo de la evaluación va adoptando una actitud más colaboradora a órdenes e interrogantes. En pocas ocasiones sonríe con naturalidad y se muestra educado en general.

En cuanto al proceso de atención y concentración muestra hipoprosexia; acerca del pensamiento, lentificación del mismo; en relación al lenguaje, bradilalia.

Por otro lado, procesos perceptuales, orientación, memoria, lectura y escritura, praxia y lateralidad conservados.

Su expresión facial y corporal denota pesadez, suspicacia, indiferencia. Además, afectivamente se encuentra tristeza encubierta y carácter inhibido.

Con actitud evasiva de su realidad, evidenciando presentar conciencia de su enfermedad.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

ÁREA COGNITIVA

Paciente que alcanza un Coeficiente Intelectual de 94, correspondiente a un Nivel de Inteligencia Normal; presentando dificultad para el mantenimiento de la atención y falta de una correcta distribución de la misma influyendo significativamente en el limitado desempeño de su memoria a corto plazo y velocidad de procesamiento. No obstante, el paciente posee óptima habilidad visoperceptual y visomotora; así como adecuados conocimientos generales de hechos, y expresividad verbal y comprensión auditiva; de ahí la capacidad para la conceptualización y razonamiento verbal. De igual manera, existe apropiado juicio social.

Igualmente, el paciente presenta una adecuada Madurez Visoperceptiva en relación a su edad cronológica, ello a partir de no presentar errores en su ejecución. Sin embargo, muestra indicadores emocionales de impulsividad, falta de interés y atención, además de actitudes evitativas, negativistas o contradictorias.

Así, en cuanto a patología de la atención, paciente alcanza un Cociente TDA/H de 87, correspondiente a una *Probabilidad por Debajo del Promedio* de presentar un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. De esta manera, los aspectos ejecutivos de flexibilidad cognitiva, inhibición de repuesta automática y control atencional se encuentran *conservados*.

Pese a ello presenta dificultades para atender por períodos largos y persistir en tareas y actividades, tendiendo a la desorganización y poca habilidad para la planificar actividades, además de la dificultad para seguir instrucciones y perder objetos, lo cual se debiera principalmente a factores emocionales asociado a velocidad de proceso de información lenticulado.

ÁREA SOCIOEMOCIONAL

Paciente proyecta tendencia a la introversión, caracterizándose por su timidez, reserva e inhibición en el plano social, tal vez a partir de experimentar decepciones que le han creado desconfianza en los contactos con otros, de manera que muestra clara intención por querer pasar inadvertido, ocasionando en general un mal ajuste social, y por ende actual dificultad para socializar. No obstante, alberga deseos de sobresalir y acentuadas ambiciones de índole social y/o profesional reprimidas al no tener seguridad y confianza en la propia productividad.

Es susceptible, sensible a la ofensa y de carácter delicado; sin embargo, a su vez orgulloso procurando la represión emocional y afectiva. En relación a ello, demuestra poseer fuerte autocontrol en un intento por alcanzar coordinación entre impulsos y la razón, observándose cierta agresividad reprimida. Asimismo, a la actualidad experimenta agitación interior vinculada a sentimientos de tristeza e inadecuación, quizá depresión, que intenta ocultar optando por encerrarse en sí mismo y, muchas veces, por huir de la realidad al refugiarse en otras cuestiones para eludir aquello que lo conflictúa.

Por otro lado, presenta tendencia al idealismo y espiritualidad, además de pensamiento moralista y rígido. Es igualmente educado en su proceder y prudente con sus intenciones. Prefiere lo rutinario, presentando ligeros problemas de planificación e irresponsabilidad a partir de su distracción y superficialidad.

Muestra también ciertas conductas infantiles, debilidad física y de carácter, y rastros de un posible trastorno del desarrollo.

En relación a la dinámica familiar, proyecta dependencia de la figura materna, tal vez representada por el fallecimiento de la tía paterna, y posible influencia actual de la figura paterna al haber una “pérdida no resuelta” que intenta evadir. De igual forma, existe pobre expresión de vínculos afectivos e incomunicación entre miembros al interior del ambiente familiar, el cual es percibido por el paciente como un contexto estresor.

VII. DIAGNÓSTICO

Paciente que actualmente experimenta agitación interior y sentimientos de tristeza e inadecuación, vinculados a pérdidas no resueltas, quizá depresión, que intenta ocultar optando por encerrarse en sí mismo y, muchas veces, por huir de la realidad al refugiarse en otras cuestiones para eludir aquello que lo conflictúa; de esta manera pierde interés por socializar y la capacidad de disfrute. Dependencia de la figura materna. Falta de afecto al interior del hogar, el cual percibe como medio estresor. Distimia (F34.1), encontrándose el paciente en una depresión crónica del estado del ánimo y señalando la existencia de un estado endémico de sentimientos pesimistas y de desánimo desde hace un tiempo prolongado. De esta manera, a pesar de que el paciente pueda tener a menudo días en los que refiere encontrarse bien, la mayor parte del tiempo se siente cansado y deprimido, todo le supone esfuerzo y nada le satisface, mostrándose meditabundo, se siente incapaz de todo, aunque normalmente hace frente a las demandas básicas de la vida cotidiana.

Trastorno del comportamiento y las emociones a raíz de muerte de miembro de la familia (Z63.4), que crea sentimientos de ansiedad en el paciente a causa de pérdida física y afectiva de miembro(s) del grupo primario, caracterizándose por existir preocupación injustificada a posibles daños que pudieran acaecer a personas significativas para él, desagrado por irse a la cama sin la compañía o cercanía de una persona significativa, pesadillas reiteradas sobre la perdida y malestar excesivo y recurrente evidenciado por sentimientos de tristeza, apatía o retraimiento social.

VIII. PRONÓSTICO

Reservado.

IX. RECOMENDACIONES

- Psicoterapia Familiar y Grupal
- Psicoterapia Cognitivo - Conductual
- Terapia Individual
- Seguimiento de la evolución del niño

Arequipa, marzo de 2018

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y apellidos : G. P. R.
Sexo : Masculino
Edad : 12 años 06 meses 9 días
Fecha de nacimiento : 07 – 01 - 2004
Lugar de nacimiento : Arequipa
Procedencia : Arequipa
Grado de instrucción : Primaria
Informantes : Madre y paciente
Fecha y lugar de evaluación : Varias sesiones

II. DIAGNÓSTICO:

Paciente que actualmente experimenta agitación interior y sentimientos de tristeza e inadecuación, vinculados a pérdidas no resueltas, quizá depresión, que intenta ocultar optando por encerrarse en sí mismo y, muchas veces, por huir de la realidad al refugiarse en otras cuestiones para eludir aquello que lo conflictúa; de esta manera pierde interés por socializar y la capacidad de disfrute. Dependencia de la figura materna e influencia de figura paterna. Falta de afecto al interior del hogar, el cual percibe como medio estresor.

Distimia (F34.1), encontrándose el paciente en una depresión crónica del estado del ánimo y señalando la existencia de un estado endémico de sentimientos pesimistas y de desánimo desde hace un tiempo prolongado.

De esta manera, a pesar de que el paciente pueda tener a menudo días en los que refiere encontrarse bien, la mayor parte del tiempo se siente cansado y deprimido, todo le supone esfuerzo y nada le satisface, mostrándose

meditabundo, se siente incapaz de todo, aunque normalmente hace frente a las demandas básicas de la vida cotidiana.

Trastorno del comportamiento y las emociones a raíz de muerte de miembro de la familia (Z63.4), que crea sentimientos de ansiedad en el paciente a causa de pérdida física y afectiva de miembro(s) del grupo primario, caracterizándose por existir preocupación injustificada a posibles daños que pudieran acaecer a personas significativas para él, desagrado por irse a la cama sin la compañía o cercanía de una persona significativa, pesadillas reiteradas sobre la perdida y malestar excesivo y recurrente evidenciado por sentimientos de tristeza, apatía o retraimiento social.

III. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar recursos psicológicos que permitan al paciente aceptar y superar etapa de duelo de manera que afronte la cotidianidad de una manera más adaptativa.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Disminuir la depresión, la ansiedad y el dolor físico.
- Disminuir sensación de ansiedad y temores anticipatorios, mediante terapia de relajación y motivando a la auto relajación.
- Reforzar la capacidad del paciente para afrontar adaptativamente situaciones problemáticas.
- Mejorar clima familiar, reforzando lazos afectivos entre los miembros y creando una mejor cultura de comunicación al interior del hogar.
- Reforzar habilidades sociales, entre ellas autoestima y solución de conflicto

V. TIEMPO DE EJECUCION

El tiempo requerido para realizar las acciones psicoterapéuticas y cumplir con los objetivos propuestos serán de 8 sesiones, las cuales se llevaran a cabo 2 por semana cada mes. La duración de cada sesión será de 30 a 40 minutos aproximadamente.

VI. DESCRIPCION DEL PLAN TERAPUETICO

a. Terapia grupal

La terapia grupal se empleara con el objetivo de que el paciente disminuya la ansiedad, la depresión y el dolor físico, mejorar la adaptación al medio, aumentar la autoestima, estimular la esperanza, aumentar la autoeficacia, lograr una visión diferente y positiva de la realidad, descubrir nuevos recursos para enfrentarse a este problema, enfrentar el duelo, pero en compañía de otros, de los cuales se recibirá apoyo, identificarse con otras personas que atraviesan por problemáticas similares, estar acompañado y no sentir soledad, reforzar la capacidad de manejo y resolución de los problemas.

b. Terapia Programación Neurolingüística

El tratamiento consiste en dirigir la mente del paciente a recuerdos que sean favorables, logrando de esta manera que sean más recurrentes que los recuerdos dañinos; consiguiendo que los recuerdos dañinos se queden en la distancia.

c. Terapia cognitivo conductual

Su objetivo básico consiste en reducir la tendencia del paciente a la evitación de recuerdos dolorosos (eventos, pensamientos, sentimientos, etc.) y situaciones ansiógenas externas; para que así el sujeto pueda habituarse a ellos, o "procesarlos" (elaborarlos).

d. Orientación psicológica

Se informara a los familiares el problema que presenta el paciente, como las consecuencias que trae este consigo en su comportamiento, también se establecen pautas para el apoyo afectivo a la paciente.

VII. TECNICA TERAPEUTICA A UTILIZAR

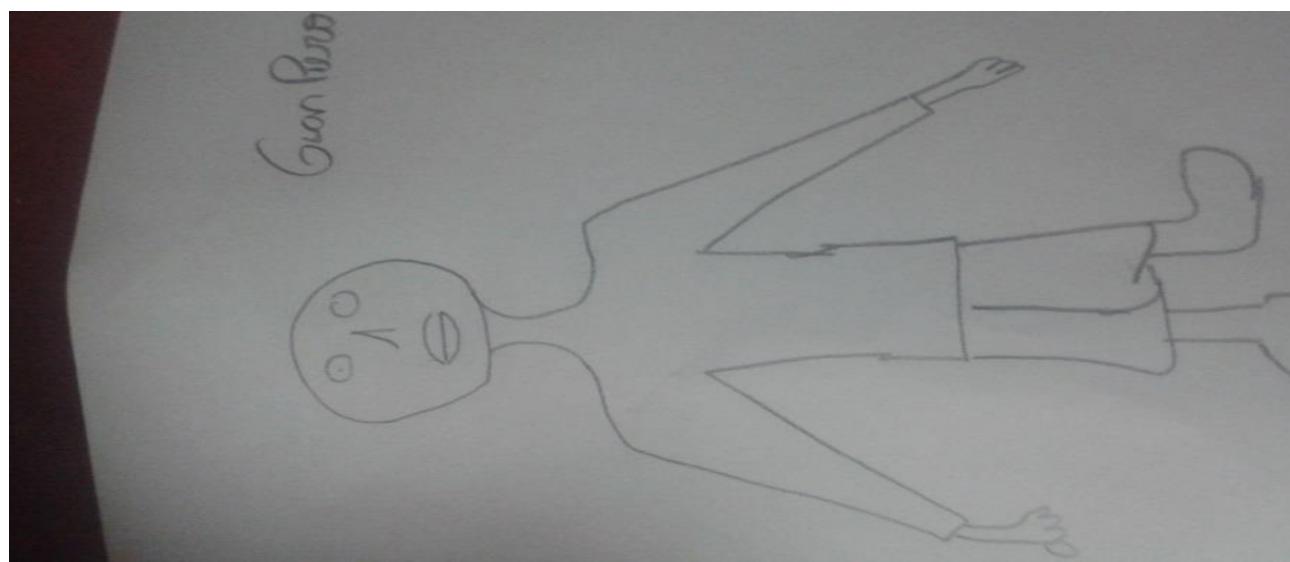
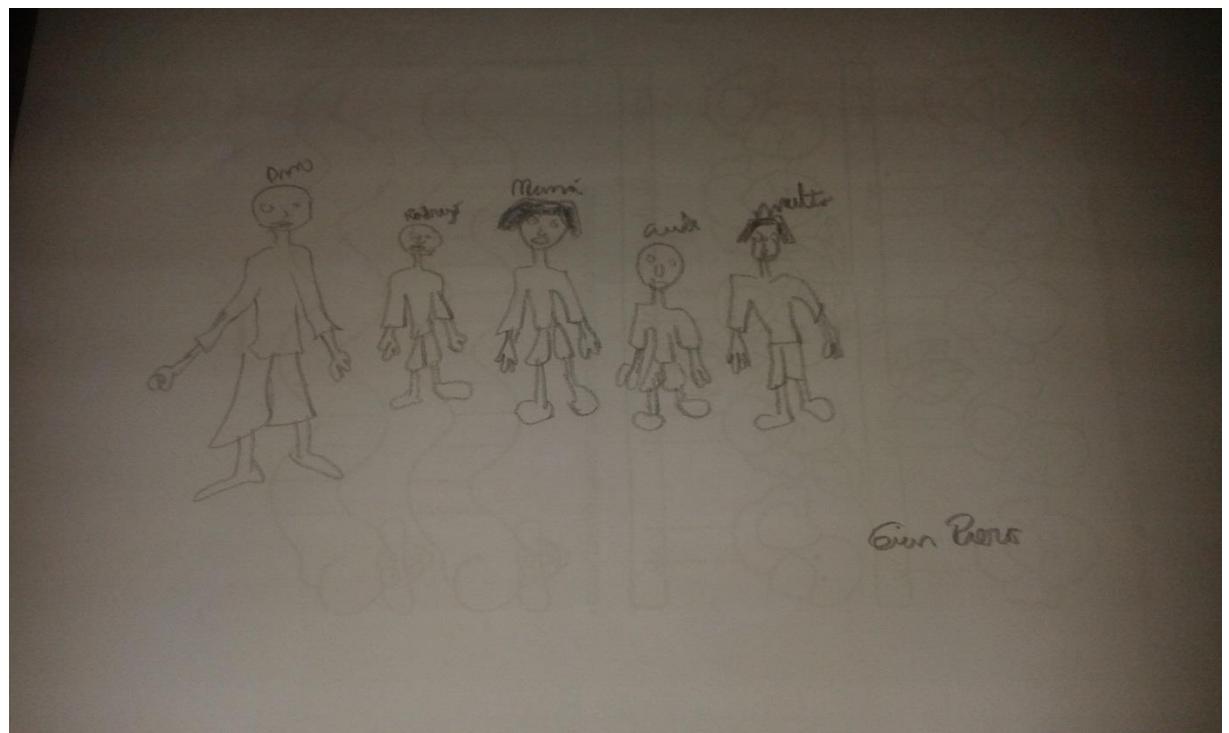
NRO DE SESIÓN	TÉCNICA EMPLEADA	OBJETIVO A ALCANZAR
Primera sesión	La amplificación de sentimientos	Lograr la expresión de sentimientos positivos o negativos hacia la persona desaparecida, de forma más o menos dramatizada.
Segunda sesión	Exposición y prevención de repuestas de evitación	Lograr verbalizar los recuerdos vivenciales en relación al difunto sin evitar tal tarea. En cierto modo la "asociación libre" aplicada a esta tarea tendría la misma función.
Tercera sesión	Juego de roles	Psicodramatizar o representar escenas relevantes, y a menudo conflictivas, respecto a la relación con el difunto, de modo que se puedan experimentar

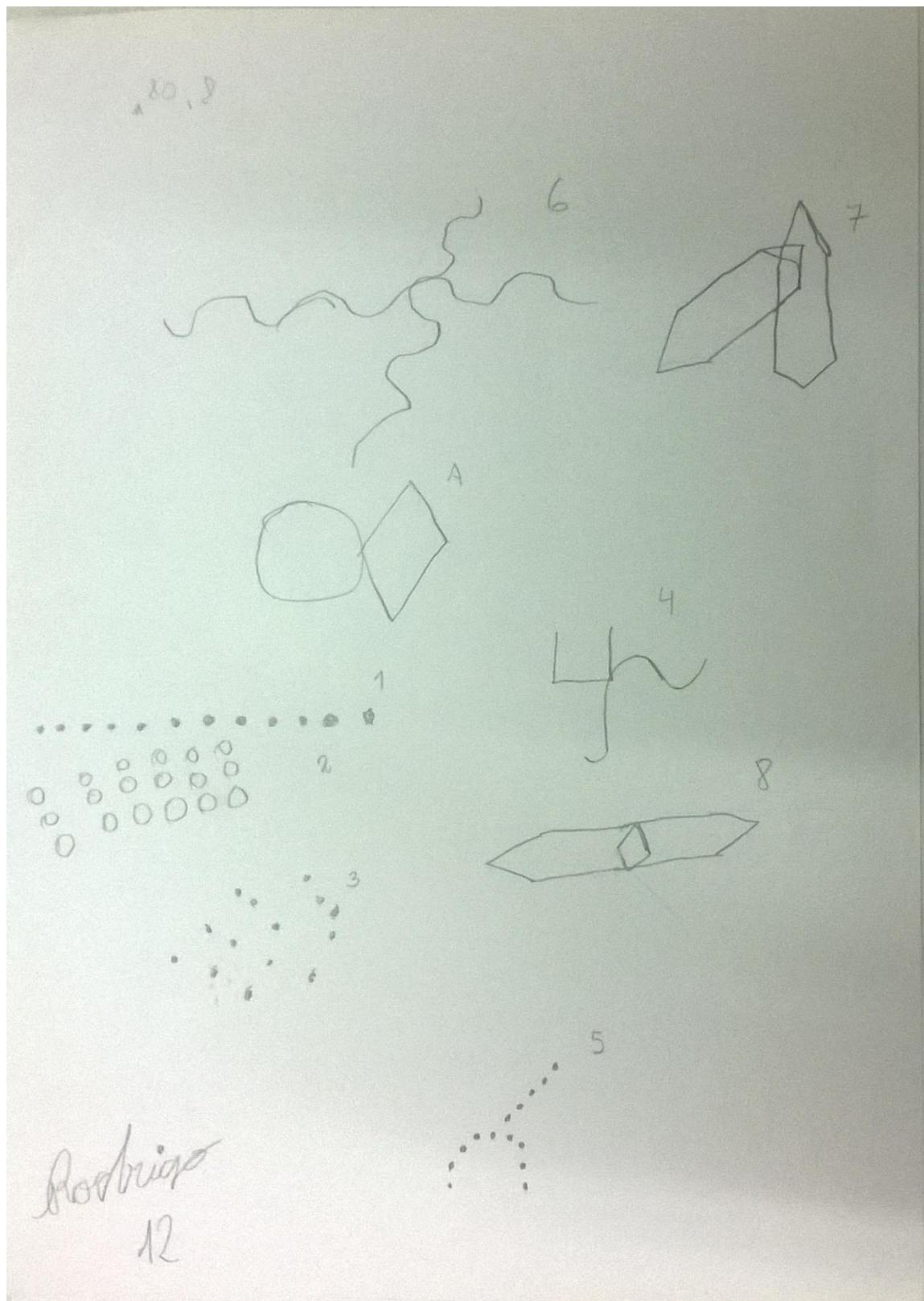
		cogniciones y emociones relevantes y que han sido evitadas. Se puede emplear el procedimiento de la "silla vacía" de la Gestalt.
Cuarta sesión	Control del pensamiento irracional	El terapeuta representará y expondrá los pensamientos positivos, para más adelante hacerlo el paciente. También es útil que el paciente ponga por escrito sus pensamientos negativos y positivos dialogando consigo mismo
Quinta sesión	Curación al redactar un diario sobre el trauma emocional	Aprender a gestionar la ira y la tristeza, como otras emociones, por medio de la redacción de un diario personal donde se puedan expresar las emociones más destructivas e íntimas
		Se trata de aprender a aumentar y disminuir mi

Sexta sesión	La escalada del síntoma o problema (segunda parte)	rabia y mi tristeza, y observar qué pensamientos o imágenes la aumentan y la disminuyen
Séptima sesión	Fortalecer el autoestima y autoconcepto del paciente, recobrando la autoconfianza.	El paciente se cuestiona a sí mismo acerca de quién es, qué ha estado haciendo por su vida y qué es capaz de hacer mientras mira su reflejo en un espejo.
Octava sesión	Orientación Psicológica	Fomentar apoyo emocional con los familiares para aumentar la efectividad de la terapia.

Arequipa, marzo 2018

ANEXOS





<u>Edad</u>	<u>$X_1 - X_{II}$</u>	<u>$X - X_1$</u>	<u>$X - X'$</u>
82. X		78. X	75. ✓
83. X		79. ✓	79. ✓
84. X		80. ✓	77. ✓
		81. X	

RUCCIONES
a esta pa...
o ha...

Darne en la causa de su mamá, x mudos

Pendiente Escala de mudos :

1 " Desenreboliración .

80

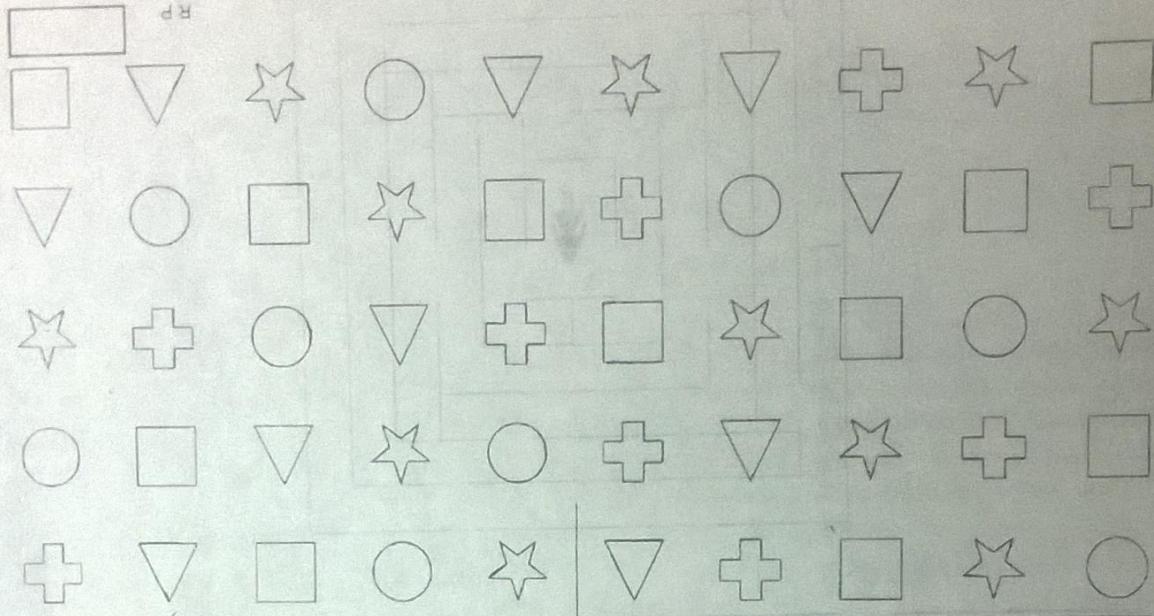
STROOP

23 $P = 51(66)_B$ $PC' = \frac{51 \times 39}{51 + 39} = \frac{1989}{90} = 22.10$

30 $C = 39(49)_B$

34 $PC = 22(29)_A$ $PC - PC' = 22 - 22.10 = -0.1$

46 Atender selectivamente a la Inf importante inhibiendo la información no relevante para la tarea.



EJEMPLO



B



EJEMPLO

2	1	4	6	3	5	2	1	3	4	2	1	3	1	2	3	1	4	2	6	3	1	2	5	1	
)	-	+	V	+7)	-	T)	-	+	-)	-	+	-)	-	-)	V)	-)	7	-
3	1	5	4	2	7	4	6	9	2	5	8	4	7	6	1	8	7	5	4	8	6	9	4	3	
+	-	7	H)	(-	V	-1)																
1	8	2	9	7	6	2	5	4	7	3	6	8	5	9	4	1	6	8	9	3	7	5	1	4	
9	1	5	8	7	6	9	7	8	2	4	8	3	5	6	7	1	9	4	3	6	2	7	9	3	

RP 27

1. INFORMACION		PUNTOS 1 ó 0
<i>Descontinúa luego de 5 fallas seguidas</i>		
1. Dedo		1
2. Orejas		1
3. Patas		1
4. Hervir		1
5. Décimos		—
6. Leche		1
7. Semana	0	
8. Marzo		1
9. Cria		1
10. Docena		—
11. Estaciones		1
12. América		1
13. Estómago		1
14. Sol		1
15. Bisiesto		—
16. Foco		—
17. Fiestas Patrias		—
18. Flota		—
19. Frontera		—
20. Kilos		
21. Chile		
22. Vidrio		
23. Grecia		
24. Talla		
25. Barómetro		
26. Hierro		
27. Tumbes		
28. Jeroglíficos		
29. Darwin		
30. Aguarrás		
TOTAL	Máx. = 30	11

2. FIGURAS INCOMPLETAS		PUNTOS 1 ó 0
<i>Descontinúa luego de 4 fallas seguidas</i>		
1. Peine	1	14. Nalpe
2. Muchacha	—	15. Niña
3. Zorra	—	16. Saco
4. Mano	—	17. Niño
5. Gato	1	18. Tijera
6. Espejo	1	19. Niña
7. Reloj	1	20. Tornillo
8. Elefante	1	21. Vaca
9. Escalera	1	22. Termómetro
10. Cómoda	1	23. Casa
11. Cinturón	—	24. Teléfono
12. Cara	1	25. Perfil
13. Puerta	1	26. Sombrilla
TOTAL	Máx. = 25	17

3. SEMEJANZAS		PUNTAJE 1 ó 0
<i>Descontinúa luego de 3 fallas seguidas</i>		
1. Rueda - Pelota		1
2. Vela - Lámpara		1
3. Camisa - Sombrero		—
4. Piano - Guitarra		1
5. Manzana - Plátano		2
6. Cerveza - Vino		2
7. Gato - Ratón		2
8. Codo - Rodilla		—
9. Teléfono - Radio		1
10. Kilo - Metro		2
11. Enojo - Alegría		2
12. Tijeras - Sartén		—
13. Montaña - Lago		2
14. Libertad - Justicia		—
15. Primero - Último		1
* 16. Los números 49 y 121		—
17. Sal - Agua		—
TOTAL	Máx. = 30	17

* Si el niño da una respuesta de un punto, al contestar la pregunta 16, diga:
"En qué más se parecen los números 49 y 121?"

1. Cuchillo	es un objeto que se usa en la cocina.
2. Paraguas	es un objeto que se usa en el clima de lluvia.
3. Reloj	es un objeto que sirve para saber las horas.
4. Sombrero	es un material que sirve para ponerse en la cabeza.
5. Bicicleta	es un objeto que te sirve para transportarte.
6. Clavo	es un punzón que se usa para clavar algo.
7. Abecedario	es donde están todas las letras.
8. Burro	es un animal salvaje.
9. Ladrón	es una persona que roba algo que no es suyo.
10. Junta	es unir algo.
11. Valiente	es una persona que hace algo que es difícil.
12. Diamante	es una especie de cristal blanco.
13. Apostar	entregar dinero que es tuyo al que gana.
14. Disparate	es algo que es absurdo.
15. Prevenir	es algo que puedes prever.
16. Contagioso	es algo que te contagia, transmite sus enfermedades.
17. Molestia	es algo que no tiene que dar.
18. Fábula	es una narración de cuentos.
19. Peligroso	es algo que da miedo y difícil de tratar.
20. Emigrar	es un estado malo.
21. Estrofa	son pasajes que se leen.
22. Recluir	—
23. Escarabajo	es un insecto.
24. Espionaje	es meterse en un lugar sin tenerlo.
25. Campanario	es donde están las campanas.
26. Rivalidad	es entre dos personas competir entre ellas.
27. Reforma	—
28. Impulsar	es injectar algo.
29. Aflicción	—
30. Demoler	es destruir algo.
31. Inminente	Nom. contar cosas.
32. Dilatorio	—

4. ORDENAMIENTO DE DIBUJOS. Descontinúa luego de 3 fallas seguidas			
Ordenamiento	Tiempo	Orden	Puntaje (Marque el puntaje correcto para cada ítem)
BASCULA (Ejemplos)			
1 Pelea	45*	1 0 ✓	0 (2 OUT)
		2	1 OUT
2 Picnic (Día de Campo)	45*	1 0 ✓	0 (2 OUT)
		2	1 DOG
3 Fuego	45*	1 14 ✓	0 (2 FIRE)
		2	1 FIRE
4 Puente (Entablar)	45*	1 19 ✓	0 (2 WALK)
		2	1 WALK
5 Ladron	45*	17 ✓	0 (3 4 5) THUG
6 Dormilon	45*	12 ✓	0 (3 4 5) RUSH
7 Artista	45*	30 -	0 (3 4 5) VAMP
8 Lazo	45*	25 ✓	0 (3 4 5) CASH
9 Bole (Lanza)	60*	34 ✓	0 (3 4 5) CHASE
10 Jardiner	60*	33 -	0 (3 4 5) WORMS
11 Banca	60*	54	0 (3 4 5) BENCH
12 Lluvia	60*	36 ✓	0 (3 4 5) CLOUD
			Máx. = 48
* Administrar primero el ítem Ejemplo.			Total 23

* Administrar primero el ítem Ejemplo.

5. ARITMETICA		
Descontinúa luego de 3 fallas seguidas		
Problema	Respuesta	Puntaje 1 ó 0
1. 30*	✓	1
* 2. 30*	✓	1
* 3. 30*	✓	1
4. 30*	-	-
5. 30*	✓	1
6. 30*	✓	1
7. 30*	✓	1
8. 30*	-	-
9. 30*	✓	1
10. 30*	✓	1
11. 30*	✓	1
12. 30*	✓	1
13. 30*	-	-
14. 45*	-	-
15. 45*	-	-
16. 75*		
17. 75*		
18. 75*		
★ En los problemas 2 y 3 se obtiene 1/2 punto si el niño comete error pero lo corrige dentro del tiempo límite		
Máx. = 18		
Total 10		

6. DISEÑO CON CUBOS. Descontinúa luego de 2 fallas seguidas			
Diseño	Tiempo	Pasó Falló	Puntaje (Marque el puntaje correcto para cada diseño)
1 45*	1 41	✓	0 (2)
	2		1
2 45*	1 16	✓	0 (2)
	2		1
3 45*	1 14	✓	0 (2)
	2		1
4 45*	12 ✓	0	21-45 18-20 11-15 1-10 4 5 (6) 7
5 75*	10 ✓	0	21-75 18-20 11-15 1-10 4 5 6 7
6 75*	10 ✓	0	21-75 18-20 11-15 1-10 4 5 6 7
7 75*	-	-	21-75 18-20 11-15 1-10 4 5 6 7
8 75*	40 ✓	0	26-75 21-25 16-20 1-15 4 5 6 7
9 120*	120 ✓	0	50-120 36-55 26-35 1-25 4 5 6 7
10 120*	120 ✓	0 ?	76-120 56-75 41-55 1-40 4 5 6 7
11 120*	120 ✓	0 ?	81-120 56-80 41-55 1-40 4 5 6 7
Máx. = 62			
Total 38			