

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE**  
**LA COMUNICACIÓN**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**SINDROME DE BURNOUT Y DESEMPEÑO LABORAL EN DOCENTES DE  
I.E NACIONALES DEL DISTRITO DE CAYLLOMA.**

**Tesis presentada por los bachilleres:**

**MOGOLLON YAULI JHON ROBERT**

**ROJAS MONROY ALEXANDER ROMELIO**

**Para optar el Título Profesional de Psicólogos**

**Asesora:**

**DR. SANDRA MARIA BOURONCLE FAUX**

**AREQUIPA – PERÚ 2019**

## **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

Presentamos a su consideración la presente tesis titulada: **SINDROME DE BURNOUT Y DESEMPEÑO LABORAL EN DOCENTES DE I.E NACIONALES DEL DISTRITO DE CAYLLOMA.** La cual nos permitirá tras su dictamen obtener el título profesional de psicólogos

Con lo cual se cumple con lo exigido por las normas y reglamentos de la Universidad Nacional de San Agustín esperamos que la presente investigación sirva contribuya al conocimiento en la escuela profesional de psicología y sea un aporte a futuras investigaciones

Arequipa octubre de 2019

## **LOS BACHILLERES**

JHON ROBERT MOGOLLON YAULI

ALEXANDER ROMELIO ROJAS MONROY

## DEDICATORIA

*Dedico esta tesis a Dios por darme salud  
a mis padres que con su amor y confianza  
me dan la fuerza para cumplir mis  
objetivos y en especial para mis docentes  
que con paciencia supieron orientarme  
como mejor profesional para la  
realización de esta tesis.*

**Alexander Rojas Monroy**

*Dedico esta tesis a Dios y a mis padres. A  
Dios porque ha estado conmigo a cada paso  
que doy, cuidándome y dándome fortaleza  
para continuar. Depositando su entera  
confianza en cada reto que se me presentaba  
sin dudar ni un solo momento les dedico esta  
tesis con mucho amor y cariño.*

**Jhon Mogollón Yauli**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a nuestros docentes universitarios por sus dedicaciones a mejorar cada como profesionales. Cada momento de clases que nos enriquecía aún más nuestros conocimientos como estudiantes. Agradecemos su, entrega que nos sirvió como ejemplo para mejorar en nuestra profesión, que fuimos cada día amando esta carrera la de ayudar con asertividad al prójimo

Agradecemos también a nuestros padres, por sus grandes esfuerzos en la vida para nuestra mejora como personas y como profesionales

Agradecemos la confianza puesta en nosotros como profesionales y la responsabilidad que ello conlleva

## RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo determinar la relación que existe entre el síndrome de Burnout y el desempeño laboral en docentes en las I.E nacionales de la provincia de Caylloma del distrito de Caylloma. El diseño de Investigación es No experimental y el tipo es descriptivo correlacional. Se realizó un muestreo no probabilístico de carácter intencionado, por tanto, la muestra está conformada por 60 docentes de diferentes instituciones públicas, de ambos sexos, de edades de entre los 25 y 65 años, con tiempo de servicio no menor de 5 años; entre nombrados y contratados, del distrito de Caylloma. Los instrumentos utilizados fueron el inventario de Burnout de Maslach (1981) para medir el Síndrome de Burnout; en cuanto a la evaluación del desempeño laboral se utilizó el cuestionario de Martha Alles (2009). Para establecer la relación de las Variables, se recurrió a la prueba estadística Rho de Spearman para realizar la inferencia de proceso; tomando en cuenta ello, se concluye que el síndrome de Burnout está relacionado con las dimensiones Relaciones Personales, Calidad E Iniciativa del Desempeño; y de manera general se ha podido establecer relación inversa entre el Síndrome de Burnout con el Desempeño laboral ( $r_s = -0.264$  con  $p = 0,041$ ).

**Palabras clave:** Síndrome de Burnout, Desempeño laboral en Docentes

## **ABSTRACT**

This research aims to determine the relationship between the Burnout syndrome and the work performance of teachers in the national I.E of the Caylloma province of the Caylloma district. The research design is non-experimental and the type is correlational descriptive. A non-probabilistic sampling of an intentional nature was carried out, therefore, the sample is made up of 60 teachers from different public institutions, of both sexes, aged between 25 and 65, with a service time of not less than 5 years; between appointed and hired, of the Caylloma district. The instruments used were the Burnout inventory of Maslach (1981) to measure Burnout Syndrome; Regarding the evaluation of work performance, the Martha Alles questionnaire (2009) was used. To establish the relationship of the Variables, the Spearman Rho statistical test was used to perform the process inference; taking into account this, it is concluded that the Burnout syndrome is related to the dimensions Personal Relationships, Quality and Performance Initiative; and in general it has been possible to establish an inverse relationship between Burnout Syndrome and Work Performance ( $r_s = -0.264$  with  $p = 0.041$ ).

**Keywords:** Burnout Syndrome, Job Performance in Teachers

## ÍNDICE

Pág.

PRESENTACIÓN .....	II
DEDICATORIA .....	III
AGRADECIMIENTOS .....	IV
RESUMEN .....	V
INTRODUCCION .....	VII

### CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	1
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA .....	1
2. OBJETIVOS .....	5
2.1. Objetivo general .....	5
2.2. Objetivos específicos .....	5
3. HIPOTESIS.....	5
4. JUSTIFICACIÓN .....	6
5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	9
6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....	10
7. VARIABLES .....	12
8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	12

### CAPÍTULO II

#### MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	1
1.1 Nivel Internacional.....	1
1.2 Nacionales.....	4
1.3. Nivel Local.....	6
2. SÍNDROME DE BURNOUT .....	7
2.1. Definición .....	7
2.2. Diferenciación con Otros Constructos .....	7
2.2.1. Estrés general .....	8

2.2.2 Estrés laboral:.....	8
2.2.3. Fatiga Física .....	8
2.3. Modelos Teóricos sobre el Síndrome De Burnout.....	10
2.3.1. El Modelo de Cherniss .....	10
2.3.2. El Modelo de Competencia Social.....	11
2.3.3. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.....	12
2.3.4. Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter. ....	13
2.3.5. Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel.....	15
2.4. Variables Predictoras del Síndrome De Burnout.....	16
2.4.1. Variables profesionales u organizacionales .....	16
2.4.2. Variables interpersonales y/o ambientales .....	17
2.5. Consecuencias .....	18
2.5.1. Consecuencias en el contexto organizacional.....	18
2.5.2. Consecuencias psicológicas .....	18
2.5.3. Consecuencias en el contexto ambiental.....	19
2.6. Etapas del Síndrome de Burnout.....	19
3. DESEMPEÑO LABORAL.....	20
3.1. Definición .....	20
3.2. Evaluación Del Desempeño Laboral .....	21
3.3. Tipos de Evaluación de Desempeño .....	22
3.3.1. Evaluación de Desempeño Laboral de 90°.....	22
3.3.3. Evaluación de Desempeño Laboral de 270°.....	23
3.3.4. Evaluación de Desempeño Laboral de 360° .....	23
3.4. Principios de la Evaluación el Desempeño Laboral.....	24
3.4.1. Relevancia.....	24
3.4.2. Equidad .....	24
3.4.4. Confidencialidad.....	25
3.4.5. Consecuencia .....	25
3.4.6. Interdependencia.....	25
3.5. Métodos Tradicionales de la Evaluación del Desempeño .....	26
3.5.1. El método de las escalas gráficas .....	26
3.5.2. Escalas Gráficas Continuas.....	26
3.5.3. Escalas gráficas semi continuas: .....	27
3.5.5. Investigación de campo.....	30

3.6. Métodos Modernos de la Evaluación del Desempeño .....	32
3.6.1. Método de la Administración por Objetivos (APO). ....	32
3.6.2. De evaluación de 360.....	33
3.6.3. Método de evaluación del Desempeño por Competencias. ....	34

### **CAPÍTULO III**

#### **MARCO METODOLÓGICO**

1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	35
1.1. Tipo de Investigación.....	35
1.2. Diseño de Investigación .....	36
2. SUJETOS .....	37
2.1. Población.....	37
2.2. Muestra .....	37
3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	39
3.1. Técnicas .....	39
3.2. Instrumentos .....	40
3.2.1. Cuestionario Sobre Satisfacción Laboral MBI (Inventario De Burnout De. Maslach y Jackson (1981). .....	40
3.2.2. Cuestionario del Desempeño Laboral en Docentes (Área de Administración) .....	42
4. PROCEDIMIENTO .....	46

### **CAPITULO IV**

#### **RESULTADOS**

3. RELACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.....	61
--	----

### **CAPÍTULO V**

DISCUSION .....	67
CONCLUSIONES .....	72
RECOMENDACIONES.....	74
BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS .....	75
ANEXOS .....	79

## **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Principales síntomas del S.B obtenido por Gil Monte (2001) .....	10
GRÁFICA 1: Escalas Gráficas Continuas .....	27
3.5.3. Escalas gráficas semi continuas: .....	27
GRÁFICA 2: Escalas Gráficas semi continua .....	27
GRÁFICA 3: Escalas Gráficas discontinua .....	28
Tabla 2: Composición De La Muestra .....	39
Tabla: 3 Corrección Síndrome de Burnout .....	41
Tabla 4. Corrección de las dimensiones de la Prueba del Desempeño Laboral.....	45
Tabla 5: Características de la Muestra .....	49
Tabla: 6: Dimensiones del Síndrome de Burnout .....	50
Tabla 7: Síndrome de Burnout .....	52
Tabla 8: El Síndrome de Burnout en la Situación laboral en los Docentes Nombrados y Contratados.....	54
Tabla 9: Dimensiones Desempeño Laboral Docente .....	56
Tabla 10: Desempeño Laboral en Docentes.....	60
Tabla 11: Prueba de Normalidad.....	61
Tabla 12: Relación Síndrome de Burnout y las dimensiones del Desempeño Laboral .....	63
Tabla 13: Relación Síndrome de Burnout y Desempeño Laboral.....	65

## **ÍNDICE DE GRÁFICAS**

GRÁFICA 1: Escalas Gráficas Continuas .....	27
GRÁFICA 2: Escalas Gráficas semi continua .....	27
GRÁFICA 3: Escalas Gráficas discontinua .....	28

## INTRODUCCION

La presente investigación titulada “Síndrome De Burnout y Desempeño Laboral En Docentes De I.E Nacionales Del Distrito De Caylloma” se realizó con el objetivo de determinar la influencia de ambas variables, esta investigación será de importancia en el distrito de Caylloma puesto que nos ayuda a identificar la problemática a la que están sometidos los docentes padecen síndrome de Burnout.

En el Perú el síndrome de Burnout se eleva drásticamente debido a las exigencias a las que se les somete a los profesores en cuanto al cumplimiento de sus deberes, así como los cambios del currículo nacional estandarizado para toda la educación nacional que ha sufrido modificaciones a partir del año 2018 es por ello que los retos educativos son mayores en todos los campos de la convivencia escolar tanto para alumnos que cursan educación primaria y secundaria, así como para docentes.

La satisfacción de los docentes es un factor importantísimo en toda empresa o institución, pues es un factor que afecta la salud ocupacional y el bienestar mental, así como el corporal de todo tipo de trabajadores y más del docente que día a día interactúa con sus alumnos y a las demandas que implica mantener relaciones con ellos y cumplir las expectativas de las instituciones educativas y de sus clientes directos en este caso su alumnado

Estas repercusiones hacia el trabajador educativo de cansancio, estrés, sentirse ofuscado hasta a veces de sentirse quemado laboralmente o quemarse en el trabajo es lo

que podríamos denominar síndrome de Burnout que fue denominado por Este síndrome fue descrito por primera vez en 1969 por Bradley.

En la investigación realizada de “síndrome de Burnout y desempeño laboral en docentes de una institución educativa de nivel secundario de la ciudad de Cajamarca” por los bachilleres Deisy Jaqueline Gutiérrez Valencia, James Lindey Pando Urbina se encontraron resultados significativos de ambas variables lo que nos motivó a saber cómo estarían ambas variables en el distrito de Caylloma.

Por otro lado, según la ley magisterial que rige en la 712 de marco educativo representara una variable que determina la influencia del síndrome de Burnout y satisfacción de los trabajadores docentes de estas I.E investigadas.

Después de la aplicación de síndrome de Burnout a la muestra elegida se encontraron 21 (niveles altos en el instrumento de medición de Maslach) docentes que padecían síndrome de Burnout y se procedió a mencionar las dimensiones siguientes de Maslach como son:

- 1) Cansancio Emocional: Agotamiento antes durante y después del trabajo.  
Sentimiento de defraudación personal
- 2) Despersonalización: Sentimiento de culpabilidad e indiferencia.
- 3) Realización Personal: Sentimiento de incompetencia laboral, mediocridad y aislamiento personal.

El presente estudio se dividió en cinco capítulos los cuales se detallan a continuación:

En el primer capítulo se incorpora el planteamiento de problema, descripción de la realidad, problemática, los objetivos, la hipótesis, las variables, justificación, las limitaciones de estudio y definición de términos. El segundo capítulo contiene el marco teórico conceptual en el cual se desarrollan los antecedentes investigativos, conceptualización de las variables, diferenciación con otros conceptos, modelos sobre el proceso del síndrome de Burnout y los principios de evaluación del desempeño. En el tercer capítulo se tendrá al marco metodológico el cual comprende: tipo y diseño de investigación, los sujetos, instrumentos de recolección de información, confiabilidad y validez. En el cuarto capítulo se exponen los resultados arribados en la presente y en el quinto capítulo se desarrollará discusión, para finalmente llegar las conclusiones respectivas y realizar las recomendaciones respectivas.

## CAPÍTULO I

### 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El trabajo es considerado como parte del desarrollo social económico desde hace mucho tiempo y esta idea no ha cambiado pese a los años; sin embargo, siempre ha afectado la salud y el rendimiento de los trabajadores; en estos casos se habla por ejemplo del estrés que causa una carga laboral excesiva; en este punto, se hace importante investigar sobre el agotamiento o estrés laboral excesivo como la variable del síndrome de Burnout. Este síndrome fue descrito por primera vez en 1969 por Bradley.

Los docentes de las I.E constituyen uno de los colectivos afectados en el área de la educación a causa del estrés debido a que están en mayor contacto con los aspectos emocionales en la convivencia escolar de los alumnos.

Así mismo la evaluación del desempeño que fue por primera vez aplicado por la General Electric ha sido un proceso ampliamente difundido en la gestión de recursos humanos puesto que nos determinan el nivel de eficiencia y eficacia de los trabajadores en su desempeño por lo que la correlación de las variables resulta de particular interés.

La organización internacional de trabajo OIT se le denomina condiciones de trabajo a cualquier característica de trabajo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores, por lo que su estado de salud mental influye de manera positiva y negativa en poder cumplir las metas organizacionales.

En el distrito de Caylloma como zona rural en la que los docentes debe regirse frente a la ley 712 del MINEDU limita el desarrollo sostenible y armónico de su trabajo no permitiendo el logro de sus objetivos y por ende un decrecimiento de su desempeño lo que presume que sus funciones se desarrollan con menor responsabilidad principalmente en el personal contratado. Por otro lado, la comparación de estas tres I.E nos permitirá saber si encontramos diferencias importantes en los resultados

Ha pasado una época de ferviente interés a partir de los trabajos de Maslach desde 1976, quien dio a conocer esta palabra de forma pública dentro del congreso anual de la Asociación Americana de Psicología (APA) refiriéndose a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, por lo que después de estar sometido a factores de estrés crónico, estos trabajadores terminaban “quemándose”. “El Síndrome de Burnout es el resultado de muchos años de vivir y, sobre todo, trabajar bajo presión constante, cuando el cuerpo, mente y hasta el espíritu” (Maslach y Jackson, 1986, p. 5).

En Perú, Fernández (2002) realizó en la ciudad de Lima un estudio de docentes de primaria para determinar niveles de desgaste psíquico o Burnout. Con una muestra de 264 docentes que abarcaron varias zonas de la ciudad ocho Unidades de Servicios Educativos en Lima y una en Callao, tanto de educación pública como particular; los resultados indicaron que el 43% alcanzaban niveles altos en el síndrome de desgaste psíquico. Y aunque dicho estudio analiza tres dimensiones como el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal, presenta sus resultados de manera sucinta y estadística sin indagar las posibles razones.

El Burnout o síndrome de estar quemado ocurre entre los profesionales que trabajan. Este síndrome fue caracterizado por la aparición de bajo desempeño laboral (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar sus actividades y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atiende), alto cansancio emocional,(no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) y alta despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes

de cinismo y en general de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo) Por lo que el Síndrome de Burnout fue definido como "tipo de estrés laboral e institucional generado especialmente en aquellos profesionales donde existe una relación constante, directa e intensa con otras personas que por lo regular ofrecen algún tipo de servicio y ayuda". Este síndrome es considerado un problema social y de salud pública. A finales del decenio pasado, la Organización Internacional del Trabajo planteó su preocupación ante el aumento de los índices de estrés laboral en el mundo. En este sentido, este organismo considera que el estrés en el trabajo es uno de los grandes desafíos que se presentan a los gobiernos, empleadores y sindicatos.

De acuerdo a lo expuesto, resulta evidente que la aparición de los síntomas de este Síndrome y el paulatino agravamiento, debería influir sobre la sensación de Bienestar Psicológico. Por lo tanto, en la presente investigación se planteará la siguiente interrogante;

#### **A. Planteamiento del Problema**

¿Cuál es la relación entre el síndrome de burnout y el desempeño laboral en los docentes de Instituciones Educativas del distrito de Caylloma, Arequipa?

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el síndrome de Burnout y el desempeño laboral en los docentes de las Instituciones educativas Nacionales del distrito de Caylloma, Arequipa.

### 2.2. Objetivos específicos

- a. Identificar del Síndrome de Burnout en el personal docente de las Instituciones Educativas Nacionales del distrito de Caylloma.
- b. Conocer el nivel de Desempeño Laboral del personal docente de las Instituciones Educativas Nacionales del distrito de Caylloma.
- c. Relacionar el Síndrome de Burnout con las dimensiones del Desempeño Laboral del personal docente de las Instituciones Educativas Nacionales del distrito de Caylloma.

## 3. HIPOTESIS

**H<sub>1</sub>:** Existe relación significativa entre el Síndrome de Burnout y el Desempeño laboral en los docentes de Instituciones Educativas del distrito de Caylloma, Arequipa

**H<sub>0</sub>:** Existe relación significativa entre el Síndrome de Burnout y el Desempeño laboral en los docentes de Instituciones Educativas del distrito de Caylloma, Arequipa

#### 4. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se sustenta en la importancia debido a que se busca encontrar cono los docentes que presentan síndrome de Burnout afectan su desempeño, esta investigación se desarrolla en la zona rural de Caylloma por lo que no se encuentran estudios relacionados en este tema.

El docente de educación escolarizada posee requerimientos en su desempeño laboral, las que son normadas por la MINEDU, en las que pide capacitación, resultados educativos en corto plazo, elaboración de informes y cumplimiento de índole administrativa, en tal sentido sentido de que es el agente directo en el proceso de enseñanza y aprendizaje de los alumnos, es el actor, más importante en la formación del alumno.

Todo lo mencionado anteriormente implica que el docente se encuentre sometido a estrés, cansancio físico y emocional que no aseguran un buen desempeño en el ámbito laboral.

Entendiendo que hoy en día los docentes tienen horarios de trabajo más prolongados como en algunos colegios de la básica regular como son los denominados colegios JEC (jornada escolar completa) sometidos a tareas más estrictas en cuanto al

desarrollo y cumplimiento de las programaciones curriculares, así como evaluaciones constantes que lleva a cabo el Ministerio de Educación para el mejor empoderamiento de los docentes del distrito de Caylloma

El desajuste creciente en las zonas rurales afecta considerablemente a diferencia de zonas urbanas por factores como viajes semanales estar lejos de sus familias y otros factores propios de cada individuo es por ello que consideramos la relación del síndrome de Burnout y los desempeños laborales se encuentran estrechamente relacionados en las diferentes I.E del distrito de Caylloma

Los ciudadanos exigen más y mejor enseñanza, pero los profesores no pueden responder a ello con la amplitud y celeridad requerida. Su malestar es percibido por los ciudadanos como una muestra de falta de competencia profesional, lo que contribuye a reducir su valoración social. Los profesores perciben entonces esta insuficiente valoración y sienten que se les exige demasiado y se les valora poco. (Marchesi, 2000)

Una problemática muy común y que va en aumento es el síndrome de Burnout que es un estrés laboral, que agobia el día a día de todos los trabajadores. Es así que un área laboral que padece mucho de este constante síndrome es el área de la educación, nuestros docentes al igual que cualquier trabajador se sienten agobiados en su trabajo más aún sí, su lugar de trabajo está lejos de la ciudad en donde se carece de muchas comodidades, presenta climas extremos y sobre todo la aparta de su familia. Es importante conocer más del S.B para poder ayudar a nuestros docentes a poder sobrellevar esta carga emocional de estar laborando en un lugar de condiciones

extremas. Es por ello que queremos esclarecer de qué manera este síndrome afecta a nuestros docentes

Esta investigación busca esclarecer la relación que existe entre el síndrome de Burnout y el desempeño laboral en los docentes del distrito de Caylloma, para después poder realizar un plan de apoyo para poder prevenir, evitar o afrontar el Síndrome de Burnout y sobrelevar un desempeño laboral óptimo

Esta investigación pretende proporcionar información que esperamos sea útil en el área del desempeño laboral en los docentes, que laboran en lugares alejados de la ciudad para mejorar el control del estrés o Síndrome de Burnout y así tener un desempeño laboral adecuado

Tenemos que afrontar la situación de no contar con demasiados estudios que relacionan al Burnout con el desempeño laboral más un en docentes del distrito Caylloma. Es conveniente profundizar los niveles de afectación en el desempeño laboral y como este se proyecta en la enseñanza de nuestros alumnos.

Buscamos una utilidad metodológica que podría ser base para otras investigaciones a futuro, las cuales compartan similitudes en su metodología y así realizar análisis conjuntos y/o comparaciones para enriquecer de conocimiento esta realidad.

Tenemos como meta ampliar los conocimientos con del Síndrome de Burnout, con respecto al desempeño laboral de los docentes. Esperamos contribuir a ampliar los datos

investigativos a su vez compararlos con otros estudios y analizar posibles causales. Esta investigación es viable ya que contamos con los recursos necesarios para poder emprenderla.

La investigación permitió identificar los niveles del Síndrome de Burnout que atraviesan los docentes en la I.E “San Ramón”, a causa de los constantes cambios en el ámbito educativo, los cuales han provocado agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal; asimismo se dio a conocer los niveles de conocimiento del puesto, rendimiento o productividad y planificación y resolución de problemas en el Desempeño laboral, por otro se midió dichos niveles a través del cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) y el cuestionario de Desempeño Laboral; desde el punto de vista metodológico, estos instrumentos nos sirve para generar conocimiento válido y confiable en relación al tema.

Finalmente se pretende con esta investigación lograr un precedente de investigación en el campo educativo, con la finalidad de ser un documento de consulta para que las demás instituciones fomenten programas preventivos en pro del bienestar emocional y laboral del docente en Cajamarca; y así poder intensificar las capacidades de respuestas de los docentes ante los sucesos potencialmente estresantes a los cuales puedan estar expuestos en su ámbito laboral.

## **5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

En relación a la carga laboral, las diferencias existentes como consecuencia de las horas dedicadas a la docencia, el número de cursos dictados zona rural, pasar fuera de

casa y de la familia durante semanas que dura el año escolar y otras actividades laborales generan disparidad en la población, así como la diferencia de poblaciones en los diferentes colegios del distrito de Caylloma. Estas circunstancias y/o condiciones se presentan como limitaciones para la presente investigación, considerándose importante reconocerlas y tenerlas en cuenta en el análisis de los resultados.

Bibliografía no específica poco concreta pocas tesis de similares y casi ninguna de zona rural, la población se encuentra en una zona rural de difícil acceso, ausencia de instrumentos estandarizados para poder aplicar a la población, docentes estresados y que repercute en su desempeño laboral y pocas relaciones interpersonales

Por otro lado, debido al tamaño de la muestra, pequeño en referencia a lo requerido por las características psicométricas del instrumento usado y su relación más significativa en cuanto al desempeño laboral se presenta una limitación en cuanto a la capacidad de generalización de los resultados, estando ésta limitada a grupos conformados por docentes con características semejantes en las I.E del distrito de Caylloma a las descritas para la muestra de este estudio

## 6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Desempeño Laboral:** Para Chiavenato (2000) el desempeño laboral es: “Un sistema de apreciación del desempeño del individuo en el cargo y de su potencial de desarrollo. Toda evaluación es un proceso para estimar o juzgar el valor, la excelencia, las cualidades o el estatus de algún objeto o persona”.

- **Estrés General:** Para Martínez Pérez, Anabella (2010) El Estrés General y síndrome de Burnout se distingue con facilidad pues el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el Burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles de la vida y actividad del ser humano a diferencia del Burnout, que como la mayoría de los autores estiman, es un síndrome exclusivo del contexto laboral.
- **Síndrome de Burnout:** Es un síndrome tridimensional que se profundiza en la fatiga emocional, despersonalización y de un logro personal reducido que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con las personas (Maslach, Jackson, y Leiter,1996).
- **Agotamiento emocional:** se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos (Maslach, Jackson, y Leiter,1996).
- **Despersonalización:** se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia el trabajo (Maslach, Jackson, y Leiter,1996).
- **Realización Profesional:** Sentimiento de bajo logro o realización profesional y/o personal que surge cuando se comprueba que las demandas que se le hace, exceden

su capacidad para atenderlas de forma competente (Maslach, Jackson, y Leiter, 1996).

## 7. VARIABLES

- **Variable X Síndrome de Burnout**
- **Variable Y Desempeño Laboral**

## 8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Indicadores/Dimensiones	Niveles	Escala de medición
<b>Variable X:</b> <b>Síndrome de Burnout.</b> Es un estado de agotamiento físico, emocional, que tiene consecuencias en la autoestima, caracterizado por la pérdida de interés en el trabajo puede llegar a profundas depresiones.	Cansancio Emocional  Despersonalización  Realización Personal	Muy alto Alto Medio Bajo Muy bajo	Ordinal
<b>Variable Y:</b> <b>Desempeño laboral:</b> Es un proceso estructural y a su vez es sistemático Sirve para medir, evaluar, atributos a su vez mide también a los comportamientos y los resultados relacionados a la empresa.	Responsabilidad  Técnicas de enseñanza  Calidad de trabajo  R. Interpersonales  Iniciativa	Muy alto Alto Medio Bajo Muy bajo	Ordinal

## CAPÍTULO II

### MARCO TEORICO

#### 1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

##### 1.1 Nivel Internacional.

Rozas (2015) realizó un trabajo de investigación sobre Niveles de desgaste profesional (Burnout) en docentes y estrategias de prevención en Chile. La muestra estuvo constituida por cupos, de acuerdo a la dimensión de las distintas facultades, de 126 sujetos, de los cuales 50 (39,7%) eran docentes de la Facultad de salud, 40 (31,7%) correspondían a la Facultad de Ciencias Sociales y 36 (28,6%) de la facultad de Educación. Los resultados mostraron que la mayoría de los docentes significaron

en la investigación presentaban pro actividad al Burnout (48%), la mayor parte de los docentes no se ve afectado por factores estresantes concretos (62%), la mayoría de los docentes (55%), se sentían satisfechos en su trabajo, el 59% de los docentes presentan un bajo nivel de dificultades en las relaciones interpersonales y el 16% de los docentes presentaron alto nivel de agotamiento emocional.

Oramas (2013) hizo un estudio de investigación sobre Estrés laboral y síndrome de Burnout en docentes cubanos de enseñanza primaria en La Habana, Cuba. El propósito fue: Averiguar la presencia del síndrome de Burnout en una muestra de 621 docentes de enseñanza primaria, para esta investigación se usó el inventario de Burnout de Maslach. (MBI) El estudio fue descriptivo, con un diseño transversal. Se llegó a la conclusión que el grupo de docentes a los cuales se les aplico la prueba presentan una elevada frecuencia de estrés laboral, 88.2%, basada en síntomas de estrés y una vivencia de estar estresados en su trabajo. El síndrome de Burnout estuvo presente en una frecuencia elevada, 67.5%, predominando docentes con valores no deseables de agotamiento emocional, y relativamente deseables de despersonalización y realización personal.

Bustamante, Bustamante, Gonzales y Bustamante (2016) realizaron una investigación sobre El Burnout en la profesión docente: un estudio en la escuela de Bioanálisis de la Universidad de Carabobo Sede Aragua, Venezuela en la investigación: Se buscó determinar los niveles de Burnout utilizando el cuestionario versión en español Maslach Burnout Inventory (MBI), la muestra estuvo constituida por un total de 78 docentes. Se llegó a la conclusión que el 16% de los docentes

presentan Síndrome de Burnout. Asimismo, se encontró niveles medios en las dimensiones de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización personal.

Rionda y Mares (2011) realizaron un estudio sobre Burnout en Profesores de Primaria y su desempeño laboral en ciudad de México en la investigación buscaron: Averiguar el grado del Síndrome de Burnout para lo cual se contó con una muestra poblacional de 304 profesores y estudiantes de 8 a 12 años; se utilizó el cuestionario de Maslach y Jackson (1986) y un cuestionario que contenía datos sociodemográficos. La investigación fue correlacional, su diseño no experimental y explicativo; se concluyó que el 13% de la población presentó niveles altos y 56% niveles medios de Burnout.

Zournatzi y Koustelios (2011) hicieron una investigación sobre Burnout entre profesores de educación física en escuelas de primaria y secundaria, en su investigación se buscó: Examinar los niveles de Burnout en donde se aplicó el Inventario de Maslach Burnout Inventory a 207 profesores del nivel primario y 230 de nivel secundario. Los resultados mostraron que los profesores que trabajan en escuelas primarias obtuvieron significativamente niveles altos en la dimensión de agotamiento emocional en comparación a los profesores que trabajan en escuelas secundarias.

## 1.2 Nacionales

Díaz (2014) realizó un estudio sobre Influencia del síndrome de Burnout en el desempeño docente de los profesores de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad Nacional del Callao, en su investigación buscaron: Determinar la influencia del Síndrome de burnout en el desempeño docente en una muestra de 50 profesores y 250 estudiantes. Se utilizó como técnica la encuesta, y el Test de medición del Síndrome de Burnout (Maslach Burnout Inventory – Educater Surney MBI- ES); aplicado a los profesores fue de 22 ítems tipo Likert. En los estudiantes se aplicó el cuestionario para medir el desempeño docente que tuvo 56 ítems tipo Likert. Los Resultados fueron, en la variable síndrome de Burnout el 64% de los Docentes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Callao presentan evidencias del síndrome de Burnout o síndrome del quemado en el nivel medio y el 18% de docentes presentan el síndrome de Burnout en el nivel alto; en la variable Desempeño Docente, el 40% de estudiantes opinan que los docentes tienen un desempeño regular y el 36% opina que tienen un desempeño deficiente. De acuerdo a los resultados en la investigación se comprobó que la presencia del síndrome de Burnout tiene una influencia relevante en el desempeño de los docentes.

Rodríguez y Sánchez (2018) realizaron un estudio sobre Síndrome de Burnout y variables sociodemográficas en docentes de una Universidad Privada de Lima. En el estudio se buscó determinar las diferencias entre los componentes del síndrome de Burnout en docentes de una universidad privada de Lima; para ello se contó con una la población de 260 docentes. Como instrumentos de medición se utilizó el Inventario

Burnout de Maslach y una ficha sociodemográfica para docentes universitarios. Se halló que una gran diferencia de cansancio emocional según sexo (las mujeres presentan mayor cansancio que los hombres) y el turno de dictado (los profesores que dictan en la mañana y tarde son los más afectados); finalmente se encontró que en la dimensión de realización personal según edad ( los docentes entre 51 y 60 años son los que evidencia mayor realización personal), estado civil ( los profesores casados y divorciados tiene una mayor realización personal), especialidad (los antropólogos se sienten más realizados a nivel personal), máximo nivel de estudios (los doctores manifiestan un mayor nivel de realización) y años de experiencia docente (profesores entre 16 y 20 años de experiencia se sienten más realizados). 15

Cumpa y Chávez (2015) llevaron a cabo un estudio en el año 2015 denominado Síndrome de Burnout en docentes del nivel primario de las Instituciones Educativas Estatales del distrito de Chiclayo, la investigación tuvo como objetivo identificar el Síndrome de Burnout. La población estuvo conformada por 898 docentes de 44 escuelas. Y se utilizó como instrumento la encuesta para aplicar el inventario del Síndrome de Burnout de Maslach. La investigación fue de tipo cuantitativa descriptiva. Los resultados muestran que la mayoría de población docente no presenta Síndrome de Burnout (93%), sin embargo (7%) si lo padecen. Así mismo un nivel alto de agotamiento emocional (55%) y despersonalización (20%). Existe una vulnerabilidad hacia el Síndrome de burnout ya que se manifiesta en un 98% de los docentes.

Choy (2017) hizo un estudio acerca del Burnout y Desempeño Laboral en Docentes Universitarios de una Carrera en una Universidad Privada de Lima Metropolitana, en donde tuvo como finalidad: Analizar la relación entre ambas variables en 53 docentes universitarios, en dicho estudio se aplicaron como instrumentos el Cuestionario de Burnout del Profesorado Revisado (CBP-R) para evaluar aspectos de estrés y Burnout en profesores docentes, y la Encuesta Referencial Docente, instrumento de medición del desempeño laboral del docente; se halló que el 30.2% de la población de docentes presentaría síntomas altos de Burnout. Asimismo, se evidencio que las variables de Burnout y desempeño laboral tienen una relación.

### **1.3. Nivel Local**

Arias y Jiménez (2013) hicieron un estudio sobre Síndrome de Burnout en Docentes de Educación Básica de Arequipa en el estudio se demostró: La presencia de Burnout con una muestra de 233 profesores, que laboran en las instituciones públicas y privadas de la ciudad de Arequipa, en dicho estudio se aplicó como instrumento el Inventory de Burnout de Maslach , en donde se evidencio que el 93,7% de los docentes tienen un nivel moderado de Burnout, el 6.3% tiene un nivel severo, mientras que el 91,5% tienen un nivel moderado; finalmente se halló que un alto porcentaje de varones obtuvo mayor puntuación en agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. 16

No se encontraron tesis de síndrome de Burnout y su relación con el desempeño laboral en las I.E en la ciudad de Arequipa y sus provincias

## 2. SÍNDROME DE BURNOUT

### 2.1. Definición

Para la definición del síndrome de estar quemado, se revisó la literatura y en ella diferentes autores la conceptualizan como fracaso, agotamiento o extensión del esfuerzo excesivo de las energías o de los medios.

Desde una perspectiva psicosocial el síndrome de quemarse por el trabajo es un síndrome cuyos síntomas son bajos niveles de realización personal en el trabajo, altos niveles de agotamiento emocional y de despersonalización (Gil-Monte, 2003).

“En conclusión, todos estos estudios revelan la definición de SQT por excelencia, que es aceptada entre la entidad científica. Asimismo, define como un programa emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede ser desarrollado por personas cuyas metas laborales son personas en cualquier estado de actividad” (Roque, 2017).

### 2.2. Diferenciación con Otros Constructos

A continuación, se verá las diferencias entre Burnout y otras construcciones que pueden tener propiedades similares ello según Martínez (2010):

### **2.2.1. Estrés general**

Entre Estrés General y síndrome de Burnout se distingue con facilidad pues el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el Burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles de la vida y actividad del ser humano a diferencia del Burnout, que como la mayoría de los autores estiman, es un síndrome exclusivo del contexto laboral.

### **2.2.2 Estrés laboral:**

El estrés laboral es un proceso de adaptación temporal que se acompaña de síntomas mentales y físicos. “Por lo tanto, el agotamiento puede considerarse como una fase del estrés laboral a largo plazo y, por lo tanto, es importante destacar que el estrés laboral no está relacionado con el agotamiento” (Roque, 2017).

### **2.2.3. Fatiga Física**

Para diferenciar la Fatiga Física del síndrome de Burnout lo fundamental es observar el proceso de recuperación (Pines y Aronson, 1988, citado por Martínez, 2010), ya que el Burnout se caracteriza por una recuperación lenta y va acompañada de sentimientos profundos de fracaso mientras que en la fatiga física la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito.

#### **2.2.4. Tedio o Aburrimiento**

Los términos Tedio o Aburrimiento han sido utilizados en diversas situaciones y se les ha dado diferentes significados. Por lo tanto, para explicar las diferencias con el síndrome de Burnout, es conveniente realizar un análisis según cada autor. Hallberg (1994), citado por Martínez (2010), distingue la diferencia de los términos en el proceso de desarrollo, planteando que cuando aumenta el agotamiento emocional, disminuye el tedio. Entonces, sería este proceso lo que lleva al trabajador a desarrollar el Burnout. Por el contrario, Faber (1983) y Pines et al. (1981) citados por Martínez (2010) limitan el Burnout a las profesiones asistenciales y aplican el término de tedio o aburrimiento a los otros tipos de trabajos que no tienen características humanitarias. Pines y Kraft (1978) y Maslach y Jackson (1981) citados por Martínez (2010) concuerdan en que el Burnout es generado por repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio o aburrimiento puede resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del sujeto, pero apoyan que ambos términos son equivalentes cuando el fenómeno es consecuencia de la insatisfacción laboral.

**Tabla 1. Principales síntomas del S.B obtenido por Gil Monte (2001)**

SINTOMAS COGNITIVOS	SINTOMAS AFECTIVO EMOCIONALES	SINTOMAS ACTITUDINALES	OTROS SINTOMAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sentirse contrariado</li> <li>➤ Sentirse que no valoran su trabajo</li> <li>➤ Percibirse incapaz para realizar tareas</li> <li>➤ Pensar que no puedes abarcarlo todo</li> <li>➤ Pensar que trabajas mal</li> <li>➤ Falta de control</li> <li>➤ Verlo todo mal</li> <li>➤ Todo se hace una montaña</li> <li>➤ Sensación de no mejorar</li> <li>➤ Inseguridad</li> <li>➤ Pensar que el trabajo no vale la pena</li> <li>➤ Perdida de la autoestima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nerviosismo</li> <li>➤ Irritabilidad Y Mal Humor</li> <li>➤ Disgusto Y Enfado</li> <li>➤ Frustración</li> <li>➤ Agresividad</li> <li>➤ Desencanto</li> <li>➤ Aburrimiento</li> <li>➤ Agobio</li> <li>➤ Tristeza Y Depresión</li> <li>➤ Desgaste Emocional</li> <li>➤ Angustia</li> <li>➤ Sentimientos De Culpa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Falta de ganas de seguir trabajando</li> <li>➤ Apatía</li> <li>➤ Irresponsabilidad</li> <li>➤ Pasar De Todo</li> <li>➤ Estar Harto</li> <li>➤ Intolerancia</li> <li>➤ Impaciencia</li> <li>➤ Quejarse Por Todo</li> <li>➤ Evaluar Negativamente a Compañeros</li> <li>➤ Romper Con El Entorno Laboral</li> <li>➤ Indiferencia</li> <li>➤ Culpar a los Demás de Su Situación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aislamiento</li> <li>➤ No Colaborar</li> <li>➤ Contestar Mal</li> <li>➤ Enfrentamientos</li> <li>➤ Cansancio</li> </ul>

## 2.3. Modelos Teóricos sobre el Síndrome De Burnout

Para el desarrollo de este punto se tomará en cuenta los modelos planteados por Ojeda (2016), los cuales son:

### 2.3.1. El Modelo de Cherniss

El modelo propuesto por Cherniss forma parte de las teorías que se encuentran comprendidas dentro de las teorías socio-cognitivas del Yo, y se basa principalmente en los trabajos realizados por Bandura sobre la autoeficacia, agrupando una serie de variables consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome (Ojeda, 2016). Según Párraga (2005) citado por Ojeda (2016) las teorías socio-cognitivas del

Yo consideran básicamente que las cogniciones influyen en la forma como las personas perciben y en el comportamiento de las mismas y, a su vez, éstas cogniciones son modificadas por los resultados del comportamiento y por la acumulación de las consecuencias que se observan en los otros; también consideran que el grado de seguridad que las personas experimentan en relación con sus propias capacidades determinará el esfuerzo que pondrán en conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, y también determinará algunas reacciones emocionales, como la depresión o el estrés que acompañan a la acción.

Los trabajadores que perciben un alto sentido de autoeficacia tienden a experimentar menos estrés ante las situaciones amenazantes, y cuando creen que pueden afrontar las situaciones de manera positiva éstas les resultan menos estresantes. El éxito y la consecución de logros personales por parte de los trabajadores aumentaría la percepción de autoeficacia, mientras que el fracaso en el logro de los objetivos conllevaría a sentimientos de fracaso, bajo sentido de autoeficacia y podría dar lugar al desarrollo del síndrome de burnout (Ojeda, 2016).

### **2.3.2. El Modelo de Competencia Social**

Según este modelo el síndrome de burnout se encuentra estrechamente relacionado con la competencia percibida, es en base a esto que Harrison elabora su modelo de competencia social. Para este autor, la mayoría de los trabajadores que empiezan a trabajar ayudando a otras personas, en profesiones de servicios, se encuentran altamente motivados por brindar esta ayuda a los demás y tienen un elevado altruismo. Los trabajadores en su entorno laboral pueden encontrarse con

factores que facilitan la actividad que realizan o con factores que constituyen barreras, dificultando su labor. Dentro de estos factores se tiene la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del trabajador y los valores de la institución, la posibilidad de toma de decisiones, la capacitación profesional, la ambigüedad de rol, la sobrecarga laboral, la disponibilidad de los recursos, la retroalimentación recibida, etc. (Harrison, 1983, citado por Ojeda, 2016).

Según el modelo de competencia social de Harrison la motivación para ayudar se encontraría determinando el sentido de eficacia del trabajador en la consecución de los objetivos laborales, de forma que a mayor motivación del trabajador mayor sentido de eficacia laboral. Si en el entorno existen factores de ayuda, el sentido de efectividad aumentará y ello redundará en un aumento de los sentimientos de competencia social del trabajador. Dada la naturaleza altamente reforzante de estos sentimientos para estos profesionales, pueden ser considerados como un gran factor de ayuda, de manera que permiten mantener y aumentar los sentimientos de eficacia e influirán de manera positiva en la motivación para ayudar (Ojeda, 2016).

### **2.3.3. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.**

Según Ojeda (2016), este modelo fue desarrollado para explicar cómo surge el síndrome de burnout en enfermeras; plantea dos tipos de etiología del burnout: Uno de ellos está referido a los procesos de intercambio social que se establecen con los pacientes y el otro poniendo énfasis en los procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997, citado por Ojeda, 2016). En relación a los procesos de intercambio social con los pacientes, los profesionales de

salud pueden identificar tres variables estresores que podrían resultar relevantes para el surgimiento del síndrome de burnout: La incertidumbre, la percepción de equidad, y la falta de control. La incertidumbre se encuentra referida a la falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa con respecto a cómo actuar. La percepción de equidad se refiere al equilibrio percibido entre lo que los trabajadores dan y lo que reciben durante sus relaciones, y la falta de control se refiere a la posibilidad del trabajador de controlar los resultados de sus acciones laborales (Ojeda, 2016).

#### **2.3.4. Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter.**

Este modelo conceptualiza el síndrome de burnout partiendo de la conceptualización que ofrece el inventario de Burnout de Maslach. Golembiewski, Munzenrider y Carter señalan que la dimensión que describe mejor y predice la aparición del síndrome de burnout es la despersonalización, seguida de la falta de realización personal y, posteriormente haría su aparición el agotamiento emocional. Estos autores plantean que para comprender el síndrome de burnout hay que tener en cuenta las cogniciones que los trabajadores presentan ante los eventos aversivos que generan el síndrome (Lozano et. al., 2008, citado por Ojeda, 2016).

El modelo propone que el síndrome de burnout es un proceso, en el que como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión, los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo (GilMonte y Peiró, 1997, citados por Ojeda, 2016). El estrés laboral que devendría en la aparición del síndrome de burnout, se originaría fundamentalmente por situaciones de sobrecarga laboral, y por pobreza del rol (demasiada estimulación y escasa estimulación respectivamente). En ambos

casos los trabajadores experimentarían una pérdida de control y autonomía lo que les generaría una disminución de su autoimagen, y daría lugar a sentimientos de irritabilidad y fatiga. En una segunda fase del proceso de estrés laboral se darían estrategias de afrontamiento, las que involucrarían necesariamente un distanciamiento de la situación laboral estresante. Este distanciamiento tendría un carácter constructivo cuando el profesional no se implica en el problema del usuario, pero lo atiende sin eliminar la empatía o, por el contrario podría tener un carácter negativo cuando el distanciamiento conlleva a una indiferencia emocional, cinismo, rigidez en el trato, o lleva a ignorar al usuario. Cuando se da esta segunda situación se habla de síndrome de burnout, pues el distanciamiento contraproyectivo vendría a ser la dimensión conceptualizada como despersonalización (Gil-Monte y Peiró, 1997, citador por Ojeda, 2016).

Para, Ojeda (2016) según este modelo al inicio del proceso el trabajador puede intentar resolver las situaciones de forma constructiva, sin embargo, ante la persistencia de las condiciones de sobrecarga o de pobreza de rol en el trabajo empieza a tratar a los demás como objetos, lo cual constituye la primera fase del episodio del síndrome de burnout, que es la actitud de despersonalización. Posteriormente el trabajador experimentará una sensación de baja realización personal en el trabajo y a más largo plazo hará su aparición el agotamiento emocional. Cuando el trabajador ha llegado a las fases avanzadas del síndrome, y como consecuencia de éste su implicación en el trabajo disminuye, así como su realización laboral y surgen sentimientos de insatisfacción, con la consiguiente pérdida de la productividad, llegado a este punto es más probable que el trabajador experimente

más tensión psicológica y problemas psicosomáticos (Golembiewski, Hills y Daly, 1987, citados por Ojeda, 2016).

### **2.3.5. Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel**

Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995) citado por Ojeda (2016) propusieron un modelo estructural para explicar el síndrome de burnout en cuanto a su origen, proceso y consecuencias. Según este modelo el síndrome de burnout puede entenderse como una respuesta frente al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad de rol) que aparecería como consecuencia de un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento (activas o de evitación) empleadas por los profesionales no resultan eficaces para reducir el estrés laboral percibido. Esta respuesta representaría una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (falta de salud, baja satisfacción laboral, intención de abandonar la organización, etc.) (Ojeda, 2016).

Según este modelo las cogniciones de los sujetos influyen en sus percepciones y conductas, viéndose las cogniciones a su vez modificadas por los efectos de las conductas y por la acumulación de consecuencias observadas. Debido a lo anterior el autoconcepto de los sujetos determinaría el esfuerzo y empeño de los sujetos para conseguir sus objetivos y también sus reacciones emocionales. Basados en estos planteamientos, Gil-Monte y cols. consideran que el síndrome de burnout posee una estructura tridimensional, sugiriendo que en primer lugar los profesionales experimentarían una falta de realización personal y el incremento del agotamiento emocional, luego de ello surgiría como una estrategia la despersonalización. De esta

manera el síndrome de burnout sería una respuesta que surgiría como efecto de una valoración secundaria a la ineeficacia del afrontamiento al estrés laboral (Martínez, 2010).

## **2.4. Variables Predictoras del Síndrome De Burnout**

Las variables predictoras pueden ser:

- Profesionales u organizacionales.
- Los Interpersonales y/o Los ambientales.

### **2.4.1. Variables profesionales u organizacionales**

- a) Inexactitud profesional: Sin la naturaleza del perfil profesional y personal del individuo respecto al trabajo realizado.
- b) Requisitos de trabajo: Relacionados con requisitos de trabajo en exceso de los que son razonablemente aceptables y que generalmente van acompañados de tareas excesivas y desagradables.
  - Rendimiento laboral
  - Contenidos
- c) Estresores relacionados con las nuevas tecnologías. Las nuevas tecnologías han influido en los profesionales, significan un cambio en las habilidades que un sujeto debe poner en práctica para realizar el trabajo.

#### **2.4.2. Variables interpersonales y/o ambientales**

Estas son variables que no están relacionadas con el contexto de trabajo, y sí, con otras variables que pueden causar una fricción considerable: familia, amigos, estilo de vida, etc.

- a. Apoyo social: Este agente se centra principalmente en el apoyo que una persona recibe de familiares y amigos de acuerdo con su desempeño laboral y las circunstancias que proporciona su trabajo. Sarros (1989) afirma que cuando las personas en el entorno social deterioran los movimientos de comunicación, aumenta la aparición de SQT
- b. Satisfacción vital: Esta variable describe las emociones de felicidad y placer que un sujeto presenta en su forma de vida y las interacciones que resultan de él.
- c. Requisitos de vida: En el SQT, puede haber requisitos intensos y requisitos de acuerdo completo en varios aspectos de la vida (matrimonio, familia, amistad, etc.).
- d. Problemas familiares: El hecho de que ocurran problemas familiares que interfieran con la actividad normal de la dinámica del hogar predetermina a un sujeto que sufre de Burnout.
- e. Recursos familiares: Cuando una familia facilita la implementación de varios medios para lidiar con situaciones que pueden llevar al agotamiento, el sujeto tiene menos impacto en su condición.

## 2.5. Consecuencias

Según Martínez (2010), la mayoría de las consecuencias del Burnout son de carácter emocional. Esto se explica porque los estudios realizados se han basado en la definición operativa de Maslach, en la que 12 de los 22 ítems de su escala apuntan al factor emocional, en general, los relacionados con la depresión, como sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad.

### 2.5.1. Consecuencias en el contexto organizacional.

- a. Las disminuciones de los rendimientos.
- b. La actitud negativa hacia los trabajos y las faltas motivaciones.
- c. La actitud negativa hacia los pacientes.
- d. Las incapacidades para las realizaciones adecuadamente los trabajos.
- e. Las intenciones de los abandonos de los trabajos o los abandonos reales.
- f. Los ausentismos, el retraso, la pausa.
- g. Las insatisfacciones en los trabajos.
- h. Las disminuciones de los compromisos.

### 2.5.2. Consecuencias psicológicas

- a. La disfunción psicosomática
- b. La actitud negativa hacia sí mismo
- c. Las depresiones
- d. El sentimiento de las culpabilidades
- e. Las ansiedades

- f. Las cóleras
- g. Los aburrimientos
- h. Las bajas tolerancias de las frustraciones
- i. Los abusos de la droga

#### **2.5.3. Consecuencias en el contexto ambiental**

- a. La actitud negativa hacia la vida en general.
- b. Las disminuciones de las calidades de las vidas personales.

#### **2.6. Etapas del Síndrome de Burnout**

Tomando en consideración a Ojeda (2016), el cita a Cherniss (1993) quien hizo una clasificación de las etapas del síndrome de burnout de acuerdo al Maslach; según Cherniss los trabajadores que padecen del síndrome pasan por tres etapas evolutivas:

*En la primera etapa* los trabajadores experimentan una situación de estrés psicosocial, el cual es consecuencia de un desbalance entre las demandas y los recursos que se posee, esto lleva a que la persona experimente un bajo grado de realización personal.

*En la segunda etapa* los trabajadores experimentan un estado de tensión psicofísica correspondiente a lo que Maslach denomina agotamiento emocional.

*En la tercera etapa* los trabajadores como consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, en el que se evitan las tareas estresantes, experimentan una serie de cambios conductuales, buscando el aislamiento personal, lo que los lleva a tratar a las personas de una manera mecánica, rutinaria y de forma distanciada, lo que corresponde a lo que Maslach denomina despersonalización.

Con respecto a estas etapas Cherniss (1993) señala que cuando los trabajadores experimentan falta de realización personal y posteriores síntomas de agotamiento emocional los que experimentarían con menor frecuencia el síndrome de burnout serían aquellos que perciben mayor autoeficacia.

### **3. DESEMPEÑO LABORAL**

#### **3.1. Definición**

Robbins, Stephen, Coulter (2013), citado por Sum (2015), definen que es un proceso para determinar qué tan exitosa ha sido una organización (o un individuo o un proceso) en el logro de sus actividades y objetivos laborales.

En general a nivel organizacional la medición del desempeño laboral brinda una evaluación acerca del cumplimiento de las metas estratégicas a nivel individual. Robbins y Judge (2013) citado por Sum (2015) explican que en las organizaciones, solo evalúan la forma en que los empleados realizan sus actividades y estas incluyen una descripción del puestos de trabajo, sin embargo, las compañías actuales, menos

jerárquicas y más orientadas al servicio, requieren de más información hoy en día se reconocen tres tipos principales de conductas que constituyen el desempeño laboral.

### **3.2. Evaluación Del Desempeño Laboral**

Se dice que la evaluación del desempeño es un proceso técnico mediante el cual los jefes inmediatos valoran de manera sistemática y continua las actitudes, los desempeños y el comportamiento laboral del capital humano en el desempeño de su carga de trabajo y la expresión acumulativa (Iturralde, 2010).

La evaluación del desempeño es una evaluación sistemática de cómo un individuo realiza el empleo y el potencial de desarrollo. Es un proceso de estimación del valor, la excelencia y las cualidades de un individuo (Iturralde, 2010).

Los objetivos de realizar una evaluación del desempeño en empresas enfocadas en el crecimiento organizacional son los siguientes:

- Administrar un programa de capacitación continua con proyecciones de desarrollo profesional.
- Informar a los empleados sobre los resultados de la evaluación y lo que la compañía espera de ellos en términos de mejoras internas.
- Determine su cumplimiento personal con las funciones y tareas de su carga.
- Administre un plan de capacitación continuo con proyecciones de progreso profesional.

- Eliminar los defectos identificados en la evaluación a través de procesos claros y precisos, teniendo en cuenta que deben ser entendidos por toda la sociedad y aplicados correctamente.
- Mejorar la comunicación y la similitud interpersonal entre jefes y capital humano y crear un buen ambiente de trabajo.

### **3.3. Tipos de Evaluación de Desempeño**

Para el desarrollo de este punto se tomará en cuenta la tipología desarrollada por Iturrealde (2010), el cual menciona 5 tipos:

#### **3.3.1. Evaluación de Desempeño Laboral de 90°.**

“En la evaluación de 90° se combinan objetivos y competencias. El cumplimiento de objetivos se relaciona con aspectos remunerativos y las competencias se evalúan para su desarrollo” (Iturrealde, 2010. p. 20 )

#### **3.3.2. Evaluación de Desempeño Laboral de 180°.**

En este caso, “se combinan la medición realizada por el jefe inmediato o supervisor y la autoevaluación del trabajador en el cumplimiento de los objetivos y competencias propias del puesto y el rendimiento del trabajador” (Iturrealde, 2010. p. 20 ).

### **3.3.3. Evaluación de Desempeño Laboral de 270°.**

Según Iturrealde (2010) la evaluación de 270° fue desarrollada con la intención de eliminar la subjetividad que puede producirse como resultado de una evaluación de 90 o 180, en esta evaluación le mide al trabajador su superior, existe una autoevaluación e interviene un factor más de medición que puede ser la evaluación de los subordinados si existen en su cargo de trabajo subordinados, o por los pares que son sus compañeros del equipo de trabajo o quienes se encuentran en el mismo nivel de responsabilidad

### **3.3.4. Evaluación de Desempeño Laboral de 360°**

La evaluación de 360° también es conocida como evaluación integral es una herramienta cada día más utilizada por las organizaciones más modernas. Como el nombre lo indica, la evaluación de 360° pretende dar a los empleados una perspectiva de su desempeño lo más adecuada posible, al obtener aportes desde los ángulos: supervisores, compañeros, subordinados, clientes internos etc. Si bien en su inicio esta herramienta sólo se aplicaba para fines de desarrollo, actualmente está utilizándose para medir el desempeño, para medir competencias y otras aplicaciones administrativas (Iturrealde, 2010).

### **3.3.5. Evaluación de Desempeño por Competencias.**

Para el progreso en recursos humanos, es esencial darse cuenta de que el recurso más importante para la empresa es el empleado, ya que su imagen y futuro dependen en gran medida (Gary, 2004).

Iturralde (2010) señala que para el desarrollo de los Recursos Humanos es importante tener claro que para una empresa el recurso más importante es el empleado, porque de éste dependerá en gran medida la imagen y futuro de la misma. Es bien sabido entre los expertos en dicha materia, que esta afirmación se ha discutido, pero en las nuevas generaciones de Gerentes está, hacer que esto deje de ser solo una teoría y que se empiece a aplicar nuevos patrones para un mejor desarrollo de los Recursos Humanos, y junto a esto, la prosperidad de la economía a escala mundial.

### **3.4. Principios de la Evaluación el Desempeño Laboral**

Iturralde (2010) señala los siguientes principios:

#### **3.4.1. Relevancia**

Según el autor, “los resultados de la Evaluación del Desempeño serán considerados como datos relevantes y significativos, para la definición de objetivos operativos y la identificación de indicadores que reflejen confiablemente los cambios producidos y el aporte de los funcionarios y servidores de la institución” (Iturralde, 2010, p. 22).

#### **3.4.2. Equidad**

Evaluar el rendimiento de los funcionarios y servidores sobre la base del manual de clasificación de puestos institucional e interrelacionados con los

resultados esperados en cada unidad o proceso interno, procediendo con justicia, imparcialidad y objetividad (Iturralde, 2010, p. 22).

### **3.4.3. Confiabilidad**

Iturralde (2010, p. 22) señala que “los resultados de la evaluación del desempeño deben ajustar la realidad de los desempeños del puesto con el desempeño del servidor o servidores en relación con los resultados esperados de sus procesos internos e institución”

### **3.4.4. Confidencialidad.**

En este caso, se debe “administrar adecuadamente la información resultante del proceso, de modo que llegue exclusivamente, a quien esté autorizado a conocerla” (Iturralde, 2010, p. 22).

### **3.4.5. Consecuencia**

Para Iturralde (2010, p. 23), el Subsistema derivará políticas que tendrán incidencia en la vida funcional de la institución, de los procesos internos y en el desarrollo de los funcionarios y servidores y en su productividad

### **3.4.6. Interdependencia.**

Se debe tomar en cuenta que, “los resultados de la medición, desde la perspectiva del recurso humano, es un elemento de dependencia recíproca con los resultados reflejados por la institución, el usuario externo y los procesos o unidades internas” (Iturralde, 2010, p. 23).

### **3.5. Métodos Tradicionales de la Evaluación del Desempeño**

Existen varios métodos para evaluar el desempeño laboral. Evaluar el desempeño de un gran número de personas en organizaciones que utilizan criterios que conducen a la justicia legal y la igualdad y estimar a las personas no es una fuerza laboral fácil (Iturralde, 2010) Por lo tanto, se adhieren a sus características especiales y las dividen para evaluar la trayectoria y la gestión.

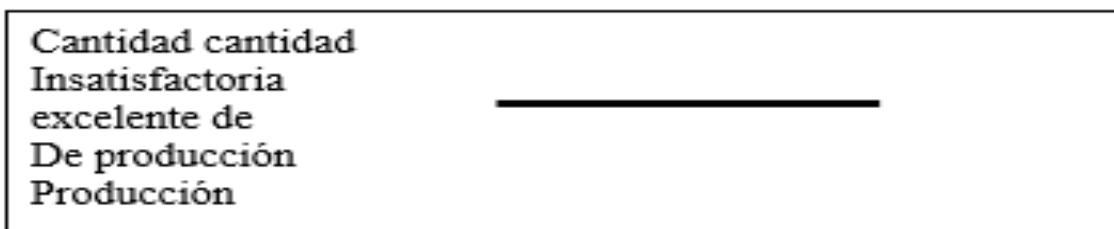
#### **3.5.1. El método de las escalas gráficas**

Se critica este método porque reduce las estadísticas y las expresiones numéricas a través de estadísticas o matemáticas que dan valores objetivos para evaluar a las personas. Por ejemplo, si los grados tienen valores numéricos como excelente = 5, bueno = 4, regular = 3, tolerable = 2 y malo = 1.

#### **3.5.2. Escalas Gráficas Continuas**

Son escalas en las que se define solo como puntos finales y la calificación de rendimiento se encuentra en cualquier punto de la línea que los conecta. “En este caso, establece los límites mínimo y máximo para la evaluación del factor evaluado. La evaluación se puede colocar en cualquier punto de esta zona de variación” (Roque, 2017).

### GRÁFICA 1: Escalas Gráficas Continuas

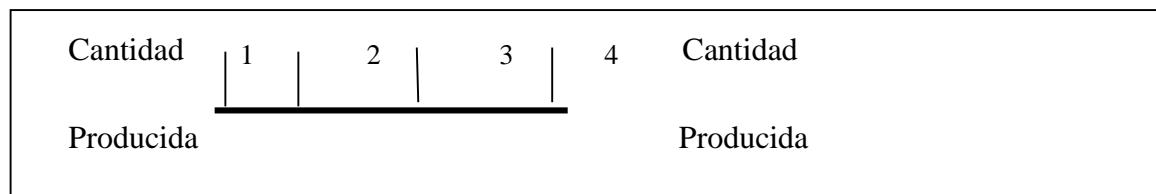


**Fuente:** Chiavenato, (2007) escalas graficas continuas, administración de recursos humanos

### 3.5.3. Escalas gráficas semi continuas:

El método es idéntico al método de escala continua, excepto que incluye puntos intermedios destinados a simplificar la evaluación entre los puntos finales de la escala (límites mínimo y máximo). Se incluyen el punto intermedio definido para simplificar las evaluaciones.

### GRÁFICA 2: Escalas Gráficas semi continua

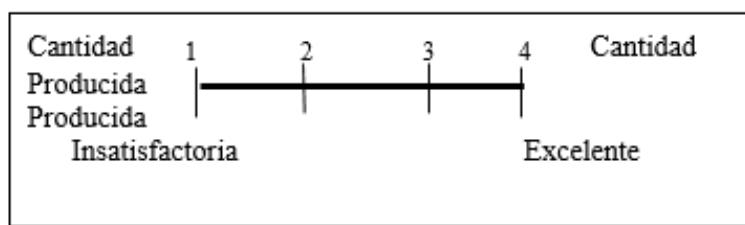


**Fuente:** Chiavenato, (2007) escalas graficas semicontinuas, administración de recursos humanos

### 3.5.4. Escalas gráficas discontinuas:

“Es la escala por la cual los enfoques para su marca se pueden determinar y descritos anticipadamente, los evaluadores tendrán que elegir una de ellas para las estimaciones los desempeños de los evaluados”(Hernández, 2016) Todos los ejemplos que se presenta a continuación serán de escalas graficas discontinuas.

**GRÁFICA 3: Escalas Gráficas discontinua**



**Fuente:** Chiavenato, (2007) escalas graficas discontinuas, administración de recursos humanos

**Ventajas del método de evaluación del desempeño mediante escalas gráficas.**

- Evaluación e instrumentos de herramientas para las evaluaciones de cada una de las aplicaciones.
- Permite una visión integral de los factores de evaluación, las características de desempeño que son más importantes para la sociedad y la situación de cada evaluación que enfrentan.
- Estos simplifican enormemente el trabajo del evaluador y registrar la evaluación no es muy difícil.

Los métodos de las evaluaciones de los desempeños mediante las escalas son gráficas y deben emplearse con sumo cuidado para evitar la desviación total como:

- *Criterios nebulosos*: dado que los elementos permiten diferentes interpretaciones, se deben utilizar frases descriptivas que definan con precisión cada factor de evaluación.
- *Efecto de halo*: entendido como el efecto evocado por la impresión general de evaluación. Esto permite al evaluador considerar esta impresión general al evaluar cada elemento.
- *Tendencia central*: denota la tendencia a calificar todos los elementos de la misma manera, haciendo que todos merezcan la misma calificación.
- *Benevolencia frente a rigor exagerado*: algunos son calificados como benevolentes, mientras que otros son estrictos. Esto implica subjetividad en la evaluación.

#### ***Desventajas del método de evaluación del desempeño mediante escalas gráficas***

- No brindan flexibilidades a los evaluadores, quien se deben ajustar a los instrumentos, en los lugares que ajusten a la característica de los evaluados
- Tiende a caer en la rutina y estandariza los resultados de la evaluación.
- Necesitan procedimientos matemáticos y estadísticos para corregir distorsiones, como la influencia personal de los evaluadores.

### 3.5.5. Investigación de campo.

La evaluación del desempeño es uno de los métodos tradicionales. Se basa en el principio del *compromiso* de línea y el papel de los empleados en el proceso de evaluación del desempeño (Hernández, 2016), requiere entrevistas entre expertos para evaluar a los empleados y gerentes para evaluar el desempeño del personal juntos.

*Descripción de las 4 etapas:*

- Las entrevistas iniciales (evaluaciones iniciales)
- Los desempeños más que satisfactorios
- Los desempeños satisfactorios
- Los desempeños menos que satisfactorios.

Una vez ya definidas las evaluaciones iniciales de los desempeños de cada trabajador, esos desempeños pasaran a ser evaluados con mayores profundidades a través de preguntas de los expertos al jefe.

Las planificaciones de la medida (planeamientos)

- Las consejerías a los trabajadores.
- Las readaptaciones de los trabajadores.
- Los entrenamientos.
- Las promociones a otros cargos.
- Las desviaciones y las sustituciones.

- Los mantenimientos en los cargos.

Los denominan “De Campos” ya que los expertos salen de sus áreas de labores cotidianamente y se adentran en las áreas a evaluar, a entrevistar con los supervisores, a fin de lograr las informaciones personales del trabajador.

***Pros:***

- Se incluyen las responsabilidades de las líneas (los gerentes evalúan) y las funciones de los STAFF (los departamentos de los recursos humanos asesoran) en las evaluaciones de los desempeños
- Les permiten la planificación de acciones para los futuros (como el programa de los entrenamientos, orientaciones, asesorías, etc.).
- Hacen hincapié a las mejoras de los desempeños y las consecuencias de los resultados.
- Permiten evaluarlos a fondo en los desempeños.
- Propician las relaciones provechosas entre los gerentes de las líneas y de los especialistas de STAFF.

***Contras***

- Los costos operacionales elevados porque exigen las asesorías de los especialistas.
- Los procesos de las evaluaciones lentos y tardados

- Las pocas participaciones de los evaluados, tanto en las evaluaciones como en las medidas

### **3.6. Métodos Modernos de la Evaluación del Desempeño**

Reduzca los métodos tradicionales de evaluación del rendimiento controlado en las organizaciones al explorar soluciones creativas e innovadoras. “Hoy en día, están surgiendo nuevos métodos de evaluación del desempeño que se caracterizan por un nuevo enfoque de argumento: la evaluación y el autocontrol de las personas, una mayor participación de los empleados en su planificación del desarrollo personal, se centran en el progreso futuro del desempeño” (Iturralde, 2010).

#### **3.6.1. Método de la Administración por Objetivos (APO).**

Señala que, en principio, la gestión basada en objetivos promueve el logro de objetivos específicos medibles para cada empleado y muestra su progreso hacia esos objetivos. “El propósito del embargo, el término APO, es proyectar y extender el programa de evaluación y los objetivos de la organización de la organización, un cuerpo básico de principios” (Sherman , 2014).

- Establecer objetivos para la organización. En este punto, el Jefe de Unidad y sus superiores establecen conjuntamente los objetivos específicos de sus departamentos.

- “Fijar el objetivo por departamentos en estos puntos el jefe de los departamentos sus supervisores, de formas conjuntas establecen el objetivo para su departamento” (Sherman , 2014).
- Discutir destinos por región. Los gerentes de área discuten las metas con todos los subordinados repetidamente en la reunión de nivel de área y les piden que creen sus propias metas individuales: en otras palabras ¿cómo puede contribuir cada empleado al logro de los objetivos del departamento?
- Definir los resultados esperados y establecer objetivos. En este punto, el Jefe de Unidad y sus objetivos de cumplimiento subordinados específicos a corto plazo.

### **3.6.2. De evaluación de 360**

La evaluación de desempeño 360º se refiere al contexto frecuente que rodea a cada miembro. “Es una evaluación de todos los elementos que tienen alguna interacción con los calificados. Es un avance profesional e individual, ya que identifica las opciones y las aerolíneas neurálgicas calificadas” (Hernández, 2016)

Cada evaluador, incluido el asociado evaluado, recibe un formulario en el que registra sus respuestas a los calificados. “Un gerente que se alimenta en una puerta de enlace y alimenta un proceso que implica una autoevaluación de un compañero de trabajo, un conjunto de percepciones comparativas” (Sherman , 2014).

### **3.6.3. Método de evaluación del Desempeño por Competencias.**

En estos casos, generalmente encontrará un repertorio de competencias donde hay una clasificación de competencias con sus respectivas limitaciones y las descripciones más sofisticadas de comportamiento o comportamientos agrupados por nivel de rendimiento dentro de cada competencia (Iturralde, 2010). Existen sistemas de evaluación del desempeño seleccionados en competencias que proporcionan conjuntos de seleccionados para cada tipo de perfil de empleado.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

##### **1.1. Tipo de Investigación**

Para realizar la presente investigación se recurrió al enfoque cuantitativo, puesto que se recolectó datos acerca de las variables de estudio, es este caso, Síndrome de Burnout y Desempeño Laboral, para luego analizarlas estadísticamente, y así afirmar o negar las hipótesis planteadas, para ello se utilizó la estadística inferencial. Al respecto Hernández, Fernández y Baptista (2014) señalan que el enfoque cuantitativo “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica

y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p. 4).

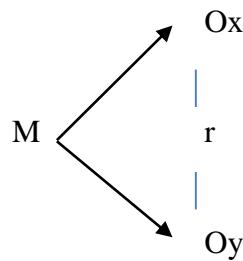
## **1.2. Diseño de Investigación**

El tipo de diseño que se empleó fue la No experimental, porque se analizaron las variables de estudio, El Síndrome de Burnout y el Desempeño Laboral en los docentes, tal como se da, es decir, sin manipulación de variables. Referente a ello, Hernández et al. (2014), señalan que estos “Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos” (p. 153).

Específicamente se recurrió al diseño transversal o transaccional, puesto que se recolectó información de las variables de estudio en un sólo momento para luego analizarlos. En este tipo de diseño se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004, citados en Hernández et al., 2014). Su propósito es, describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de algo que sucede (Hernández et al., 2014 p. 154). Por tanto, los instrumentos de medida a los sujetos participantes, se les aplicó en un solo momentos.

De otra parte, en el presente trabajo de investigación se tomó en cuenta específicamente el diseño correlacional porque va a medir el grado de asociación en situaciones complejas, permite relacionar múltiples variables y porque nos va a permitir identificar las asociaciones entre las variables (Tamayo, 2010).

Siendo el esquema de investigación utilizado el siguiente:



**Donde:**

M: Representa la muestra

Ox: Variable 1: Violencia Familiar

Oy: Variable 2: Autoestima

r: Representa el grado de relación que existe entre las variables

## 2. SUJETOS

### 2.1. Población

La población “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (Lepkowski, 2008, citado por Hernández et al., 2014. p. 174). En este caso, la población objetivo de la presente investigación está conformada da por la totalidad de docentes pertenecientes a las tres instituciones educativas analizadas: Santa Rosa de Lima; Simón Bolívar Mi Pequeño Jardín.

### 2.2. Muestra

El tipo de muestreo que se empleó fue la “no probabilística”, la cual según Hernández y colaboradores (2014), la definen 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” (p. 176).

Se recurrió al muestreo de tipo Intencional, en la que según Carrasco (2005), señala que “en este tipo de muestreo no existe regla matemática o estadística, y que el investigador procede al seleccionar la muestra en forma intencional, eligiendo aquellos elementos que considere convenientes y cree que son los más representativos” (p. 243).

**A. Criterios De Inclusión:** Los criterios que se emplearán son:

- Docentes
- Director
- De género masculino y femenino
- De edades que van desde los 25 años a los 65 años
- Ambas situaciones laborales (Nombrados y contratados)

**B. Criterios De Exclusión**

- Personal de Apoyo educativo, Docentes SAANEE.
- Padres de familia
- Psicólogo J.E.C

- Personal de limpieza y mantenimiento
- Auxiliares, Alumnos

De esta manera, la muestra es de carácter no probabilística e intencional con criterios de exclusión quedó conformado por conforma por 60 docentes pertenecientes a las tres instituciones, siendo su distribución: Santa Rosa de Lima 21 docentes; Simón Bolívar 26 docentes; y Mi pequeño Jardín 13 docentes

**Tabla 2: Composición De La Muestra**

<b>COMPOSICION DE LA MUESTRA</b>						
		<b>VARONES</b>		<b>MUJERES</b>		<b>TOTAL</b>
<b>I.E PUBLICAS</b>		<b>Nombrados</b>	<b>Contratados</b>	<b>Nombrados</b>	<b>Contratados</b>	
I.E Bolívar	Simón	3	5	3	15	<b>26</b>
I.E2: Rosa de lima	Santa	2	6	2	11	<b>21</b>
I.E3: Caylloma	Inicial	1	3	2	7	<b>13</b>
<b>TOTAL SITUACIÓN LABORAL</b>		<b>6</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>33</b>	<b>60</b>
<b>TOTAL GENERO</b>		<b>20</b>		<b>40</b>		<b>60</b>

*Fuente:* Propia

### **3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.1. Técnicas**

La técnica para la recolección de datos sobre las dos variables de estudio fue la encuesta porque permitió obtener la información de los sujetos de estudio proporcionadas por ellas mismas.

### 3.2. Instrumentos

#### 3.2.1. Cuestionario Sobre Satisfacción Laboral MBI (Inventario De Burnout De.

Maslach y Jackson (1981).

##### *Ficha Técnica*

- Nombre: Maslach Burnout Inventory (MBI)
- Autores: C. Maslach Y S.E Jackson, 1981
- Procedencia: Consulting Psychologists Press, Inc, Palo Alto, California
- Aplicación: Individual o colectiva, en adultos
- Duración: 10 a 15 minutos
- Finalidad: Evaluar el síndrome de Burnout y sus dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y poca de Realización Personal.

##### A. Descripción de las Dimensiones.

Según Maslach (1981). Refiere que el instrumento está constituido por 3 dimensiones, con un total de 22 ítems y utiliza una escala tipo Likert el autor da importancia a los objetivos que van de “nunca” a “diariamente” esto frecuentemente experimenta una determinada situación en los ítems. Existen tres factores los cuales son:

- a) **Agotamiento emocional.** Es el sentimiento de estar emocionalmente agotado y exhausto debido al trabajo que se realiza. También presenta un sentimiento de no tener nada nada que ofrecer a las personas de su entorno .Maslach y Jackson (1981).
- b) **Despersonalización.** Consiste en el progreso de presentar una actitud carente de empatía con respecto a las personas a las cuales brinda servicio. Es un cambio poco favorable en las actitudes lo cual afecta de manera directa a los beneficiarios a los cuales se brinda el servicio. Maslach y Jackson (1981).
- c) **Realización personal.** Es la tendencia a tener uno mismo una valoración negativa también tiene tendencia a proyectarse al trabajo de forma poco eficaz. .Maslach y Jackson (1981).

## B. Niveles de la Corrección de Prueba De Síndrome De Burnout

**Tabla: 3 Corrección Síndrome de Burnout**

<b>Dimensiones</b>	<b>NIVELES</b>		
	<b>ALTO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>BAJO</b>
<b>Agotamiento Emocional</b>	≥ 27	Entre 19 y 26	< 19
<b>Despersonalización</b>	≥ 10	Entre 6 y 9	< 6
<b>Realización Personal</b>	≥ 40	Entre 31 y 39	≥ 30

**Fuente:** Jhon Mogollon, Alexander Rojas

Según este cuadro se Puede interpretar que, los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “alto”, entre el percentil 75 y el 25 en la categoría “medio” y por debajo del percentil 25, en la categoría 2bajo2.

Los tres factores han sido obtenidos con muestras de diferentes colectivos profesionales. Estos factores constituyen las tres sub escalas del MBI.

La sub escala de agotamiento emocional,(AE) está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo; la sub escala de despersonalización,(D) está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención, y la sub escala de realización personal en el trabajo,(RP) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás.

Mientras que en las sub escalas de agotamiento emocional y despersonalización, puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la sub escala de realización personal en el desempeño bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

### **3.2.2. Cuestionario del Desempeño Laboral en Docentes (Área de Administración)**

#### ***Ficha Técnica***

- **Autor:** Basado en cuestionario de Martha Alles 2009
- **Adaptado por:** Autores de la tesis.

- **Objetivo:** Evaluar el Nivel de desempeño laboral en docentes por parte del área Administrativa. **Año:** 2009
- **Aplicación:** Personal Administrativo
- **Administración:** Individual y Colectiva
- **Tiempo:** No hay Tipificación
- **Población:** Docentes, personal administrativo (varones – Mujeres).
- **Utilidad:** Evaluación de planes de intervención a nivel organizacional
- **Estructuración:** La escala consta de 5 factores y cada factor con diferentes grados de valoración.

#### **A. Descripción de las Dimensiones**

Para Martha Alles (2009) en su Diccionario de Competencias, nos indica 5 factores indispensables en la evaluación del capital humano, los cuales son:

- a) ***Iniciativa.*** Hace referencia a la actitud permanente de adelantarse a los demás en su accionar. Es la predisposición a actuar de forma proactiva y no sólo pensar en lo que hay que hacer en el futuro. Implica marcar el rumbo por medio de acciones concretas, no sólo de palabras. Los niveles de actuación van desde concretar decisiones tomadas en el pasado hasta la búsqueda de nuevas oportunidades o solución de problemas. **Martha Alles (2009)**
- b) ***Calidad de trabajo.*** Implica tener amplios conocimientos de los temas del área que esté bajo su responsabilidad. Poseer la capacidad de comprender la esencia de los aspectos complejos. Demostrar capacidad para trabajar con las

funciones de su mismo nivel y de niveles diferentes. Tener buena capacidad de discernimiento (juicio). Compartir con los demás el conocimiento profesional. Basarse en los hechos y en la razón (equilibrio). Demostrar constantemente interés en aprender. Martha Alles (2009)

- c) ***Relaciones interpersonales.*** Consiste en actuar para establecer y mantener relaciones cordiales, recíprocas y cálidas o redes de contactos con distintas personas. Planifica y desarrolla redes de relaciones con clientes. Muestra permanente motivación para incrementar sus relaciones y para formar un grupo de relaciones de intereses comunes. Establece y mantiene relaciones cordiales. Martha Alles (2009)
- d) ***Responsabilidad.*** Desempeña las tareas con dedicación, cuidando cumplir tanto con los plazos como con la calidad requerida y aspirando a alcanzar el mejor resultado posible. Su responsabilidad está por encima de lo esperado en su nivel o posición. Cumple con los plazos preestablecidos en la calidad requerida, preocupándose de lograrlo sin necesidad de recordatorios o consignas especiales. Martha Alles (2009)
- e) ***Técnicas de enseñanza:*** comprende los principios de la fiscalización y métodos utilizados para la instrucción impartida por los maestros para lograr el aprendizaje deseado por los estudiantes. Estas estrategias se determinan en parte sobre el tema a enseñar y en parte por la naturaleza del alumno. Para que un método de enseñanza particular sea apropiado y eficiente tiene que

estar en relación con la singularidad del alumno y el tipo de aprendizaje que se supone que se debe producir. Martha Alles (2009).

### **Validez y Confiabilidad**

Para Marcela de la Asunción Buzzetti (2005) Corrobora esta prueba en su investigación dando como resultado que el factor Emocional obtiene una consistencia interna de 0,92 calculados por medio del procedimiento anterior alfa de Cronbach El factor Despersonalización obtiene una consistencia interna de 0,76 calculada por medio del procedimiento alfa de Cronbach el cual está dentro del límite permitido.

### **B.- Niveles de la Corrección de las dimensiones de la Prueba del Desempeño**

#### **Laboral**

**Tabla 4. Corrección de las dimensiones de la Prueba del Desempeño Laboral**

<b>DIMENSIONES</b>	<b>NIVELES</b>		
	<b>ALTO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>BAJO</b>
<b>Responsabilidad</b>	13 ≥ 16	9 ≥ 12	4 ≥ 8
<b>Técnicas de Enseñanza</b>	13 ≥ 16	9 ≥ 12	4 ≥ 8
<b>Calidad</b>	13 ≥ 16	9 ≥ 12	4 ≥ 8
<b>Relaciones Interpersonales</b>	13 ≥ 16	9 ≥ 12	4 ≥ 8
<b>Iniciativa</b>	10 ≥ 12	7 ≥ 9	3 ≥ 6

**Fuente:** Jhon Mogollon , Alexander Rojas

Según este cuadro se puede interpretar que el puntaje total es el resultado de la suma de las 5 dimensiones. La cual se puede interpretar de la siguiente manera:

Alto (Desempeño Laboral Bueno) se encuentra entre la suma de las dimensiones que nos da un resultado entre el 58 y 76. El desempeño laboral (medio) está entre los puntajes de 39 y 57. Por último, se observa que el puntaje mínimo (desempeño laboral malo) se encuentra entre 19 y 38.

### **Confiabilidad y Validez**

Se realizó un estudio en el año 2017. Titulado Síndrome de Burnout y desempeño laboral del personal asistencial del Hospital de la Policía Nacional del Perú. En la Ciudad de Lima - Perú así mismo nuestro instrumento logra validez por juicio de expertos.

Se realizó una validez y confiabilidad del instrumento de evaluación de desempeño por juicio de expertos contando con la validación de la Dra. Lucia Denegri Solis, Dra. Sandra Bouroncle Faux y el Dr. Luis Torres Arce quienes dieron conformidad al instrumento.

## **4. PROCEDIMIENTO**

Una vez planteado el proyecto de investigación se procedió a viajar a la provincia de Caylloma en Arequipa. Primero se llevó una solicitud a los directores de cada institución, ello para cumplir con la toda la formalidad, además cumpliendo con toda la ética y confidencialidad.

En seguida se procedió a evaluar con las dos pruebas que corresponde al Síndrome de Burnout y Desempeño laboral; se aplicó a 60 docentes de las 3 instituciones, se evaluó con supervisión constante, esto para absolver cualquier pregunta que un docente pudiera realizar para un mejor entendimiento de los ítems.

Cabe recalcar que en ningún momento se explicó que este cuestionario Correspondía a Docentes que Salieron Positivo en el Síndrome de Burnout, para evitar algún tipo resistencia a la prueba.

En seguida, se procedió a crear una base de datos con todos los resultados obtenidos en el programa Microsoft Excel; para luego exportarlos al programa SPSS (paquete estadístico para las ciencias sociales versión 25), esto porque este programa posee las herramientas necesarias para realizar un tratamiento estadístico.

Finalmente se correlaciono ambas variables, es decir el Síndrome de Burnout y el Desempeño docente. Además, se procedió a recabar información para establecer los puntos críticos de los resultados de las Evaluaciones, para realizar las respectivas recomendaciones y así elaborar un plan de intervención.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

En el presente capítulo, se presentará los resultados obtenidos. Éstas se presentarán según un orden, es decir, de acuerdo a los objetivos planteados. Para la prueba de hipótesis, se aplicará la prueba de Rho de Spearman, pues no existe distribución normal en las puntuaciones directas en ambos instrumentos.

## 1. CARACTERISTICAS DE LA MEUSTRA

**Tabla 5: Características de la Muestra**

<i>Situación Laboral</i>		
	<i>f</i>	%
Contratados	47	78.3
Nombrados	13	21.7
Total	60	100.0
<i>Género</i>		
	<i>f</i>	%
Femenino	40	66.7
Masculino	20	33.3
Total	60	100.0

*Interpretación:*

Se puede observar que, según la situación laboral de los docentes, el 78,3% están en la condición de contratados, por otro lado, sólo el 21,7% se encuentran en la condición de nombrados; por tanto, la mayoría de docentes están en la condición de contratados.

En cuanto al género, se puede observar que el 66,7% pertenecen al género femenino; de otro lado, el 33,3% son del género masculino; por tanto, se puede deducir que la población está conformada mayormente por docentes que son del género femenino.

## 2. RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

**Tabla: 6: Dimensiones del Síndrome de Burnout**

	<i>Agotamiento emocional</i>		<i>Despersonalización</i>		<i>Realización personal</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Bajo	8	13.3	0	0.0	20	33.3
Medio	24	40.0	32	53.3	35	58.3
Alto	28	46.7	28	46.7	5	8.3
Total	60	100.0	60	100.0	60	100.0

### *Interpretation*

En la tabla se evidencia que el 46,7% de los evaluados posee un alto nivel de agotamiento emocional, es decir, tienen la sensación de no poder dar más de sí en el ámbito emocional y afectivo. Asimismo, el 40% de los evaluados manifiesta que posee un nivel medio de agotamiento, y el 13,3% posee un bajo nivel de agotamiento emocional.

Los docentes manifiestan sentirse desmotivados, cansados de la misma rutina, extrañan a su familia, sus metas personales se ven truncadas debido a la lejanía del lugar, así mismo nos dicen que llegar a la I.E en lugar de animarlos, suele ser todo lo contrario

porque ahí se vive un ambiente de recelo, de envidia en conclusión un ambiente conflictivo.

En lo que respecta a la despersonalización, en la tabla se evidencia que el 53,3% de los evaluados posee un nivel medio de despersonalización, seguido del 46,7% que considera tener un alto nivel de despersonalización, es decir, sentimientos de insensibilidad y actitudes negativas hacia los destinatarios de la labor profesional. Finalmente, ningún docente manifiesta tener bajos niveles de despersonalización.

Los docentes que obtuvieron un nivel alto en esta escala manifiestan no tener mucha empatía con los alumnos a los cuales se les está dictando las clases. Refieren que hay un descuido por parte de muchos de los padres de familia para con sus hijos. Ello es un factor muy influyente, nos manifiestan que los alumnos en muchas ocasiones van por cumplir, no presentan tareas, no vienen debidamente uniformados y además de ello el Minedu les exige a través de los supervisores resultados de aprendizaje concretos.

En lo referente a la Realización Personal en la tabla anterior se observa que, el 58,4% de los evaluados, manifiesta poseer un nivel medio de realización personal, seguido del 33,3% que señala que su realización personal es baja, es decir, poseen un sentimiento de improductividad o falta de logros en el desempeño profesional. Asimismo, un 8,3% considera que es alta.

Los docentes que obtuvieron una puntuación baja en esta escala manifiestan sentirse decepcionados consigo mismo, constantemente se auto-criticán por no haber realizado estudios complementarios que ayuden a mejorar su progreso profesional.

Estos estudios en su gran mayoría se imparten en la ciudad de Arequipa, muchos inclusive han invertido dinero y tiempo en ello. Viendo el lado profesional los docentes manifiestan desmotivación por no haber obtenido resultados destacados con sus alumnos reclaman mayor apoyo del personal administrativo, así como de la UGEL para lograr las metas profesionales planteadas a inicio de año.

**Tabla 7: Síndrome de Burnout**

	<i>f</i>	%
Bajo	17	28.3
Medio	15	25.0
Alto	28	46.7
Total	60	100.0

***Interpretación***

La presente tabla refleja los resultados generales en cuanto a los niveles del síndrome de burnout, se puede observar que, el 28,3% de docentes poseen el nivel bajo del síndrome, esto quiere decir que estos docentes no presentan el síndrome. De otro lado, el 25% de docentes poseen el nivel medio del síndrome. Por último, el 46,7% de docentes poseen el nivel alto del síndrome de burnout, lo que significa que estos últimos docentes son los que están experimentando el síndrome.

Por tanto, según los resultados de la tabla se puede decir que, con respecto al síndrome de Burnout, el 53,3% (niveles bajo y medio) de los evaluados no presentan tal síndrome, y el 46,7% (nivel alto) de los docentes si presentan el síndrome de

Burnout, esto hace entender que estos docentes presentan una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito, es decir, un estado de desgaste emocional, apatía e improductividad.

Esto se plasma en la actitud que han asumido estos docentes por la constante inconformidad con la institución en la cual laboran. Manifiestan no sentirse identificados ya sea con la institución educativa, así como con la sociedad con la que conviven. Presentan constantes reclamos hacia el personal Administrativo en muchos casos con poco fundamento. Es por ello que estos docentes presentan constantes llamadas de atención, así como una mala referencia por parte de sus colegas.

**Tabla 8: El Síndrome de Burnout en la Situación laboral en los Docentes Nombrados y Contratados**

		<i>Situación Laboral</i>			Total
		<i>Contratados</i>		<i>Nombrados</i>	
		Recuento	% dentro de Situación Laboral		
<i>Síndrome de Burnout</i>	Bajo	12	5	17	
		25,5%	38,5%	28,3%	
	Medio	12	3	15	
		25,5%	23,1%	25,0%	
	Alto	23	5	28	
		48,9%	38,5%	46,7%	
Total		47	13	60	
		100,0%	100,0%	100,0%	

***Interpretación:***

Se aprecia que los docentes contratados que presentan S.B son el 48,9 %. Mientras que los docentes nombrados equivalen a un porcentaje del 38,5%, considerando al total de la muestra; en este caso, se podría decir, que son los docentes contratados quienes más padecen del S.B.

Ello se puede interpretar que los docentes contratados por el mismo hecho de ser nuevos en la institución, son ellos a los cuales se les exige realizar trabajos extra laborales, trabajos que los docentes nombrados se niegan a realizar alegando que se les está infringiendo sus derechos. Los docentes contratados por este simple hecho de tener contrato por un año están en constantes evaluaciones por parte de la UGEL, la cual le exige resultados educativos de gran significancia en un corto plazo. Ello genera en los docentes contratados mucha presión laboral.

Los docentes contratados buscan estabilidad económica, deseos de superación personal, deseos por seguir estudios complementarios, etc. Es así que se puede concluir que sienten una gran presión personal por sus deseos de superación, los cuales se ven truncos por estar en un lugar lejano.

**Tabla 9: Dimensiones Desempeño Laboral Docente**

	<i>Responsabilidad</i>		<i>Técnicas Enseñanza</i>		<i>Calidad</i>		<i>Relaciones Interpersonales</i>		<i>Iniciativa</i>	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo	16	26.7	3	5.0	16	26.7	17	28.3	19	31.7
Medio	16	26.7	42	70.0	20	33.3	17	28.3	10	16.7
Alto	28	46.7	15	25.0	24	40.0	26	43.3	31	51.7
Total	60	100.0	60	100.0	60	100.0	60	100.0	60	100.0

### ***Interpretación***

En la tabla, se evidencia que el 46,7% de los evaluados posee un alto nivel de responsabilidad, es decir cumplen con la planificación de su trabajo. De otro lado, el 26,7% posee un nivel medio de responsabilidad, asimismo, el 26,7% posee un bajo nivel. Esto se debe a que los docentes del Distrito de Caylloma al encontrarse en un lugar alejado de la Ciudad y por vivir a tan solo cuadras de la institución acuden a su lugar de labores de manera puntual o con un retraso mínimo, así mismo las inasistencias son pocas. Sin embargo, presentan dificultades al momento de entregar los resultados de su trabajo, pero, muestran responsabilidad al realizar sus trabajos.

En relación a la dimensión técnicas de enseñanza, en la tabla se evidencia que el solo el 5% de los evaluados posee un nivel bajo en la utilización de técnicas de enseñanzas; de otro lado, el 70% posee el nivel medio, finalmente el 25,5% poseen un nivel alto en esta dimensión. Se observó que los docentes evaluados de alguna forma se sienten desmotivados ya que realizan sus clases de manera rutinaria, sin buscar innovar alguna técnica para mejorar el desempeño de sus alumnos, esto puede deberse a que el nivel intelectual y/o la capacidad de aprendizaje de los mismos es lento y los limita como docentes. Además, se ha podido observar que, algunos docentes se muestran recios al emplear nuevas metodologías de enseñanza, refiriendo que esas nuevas metodologías son poco funcionales en esa realidad, es decir que las técnicas innovadoras solo son válidas en la ciudad en donde los alumnos tienen mayor comodidad y tecnología al alcance.

En lo que respecta a la dimensión calidad, se observa que 26,7% de los evaluados realizan un trabajo con un nivel bajo de calidad, seguido del 33,3% de los docentes que poseen un nivel medio y el solo el 40% manifiesta un nivel Alto. Estos resultados, demuestran que los docentes están debidamente capacitados, emplean el material de trabajo de manera racional, los docentes quieran o no están en constante supervisión por parte del Minedu, acuden a capacitaciones, jornadas reflexivas etc., Que ayuda a que el docente este actualizado en cuanto a información. La problemática radica en el profesionalismo en muchas ocasiones ellos imponen sus propios criterios para realizar sus labores es ahí donde ocurre las problemáticas con algunos colegas.

En lo referente a la dimensión Relaciones Interpersonales, se aprecia que, el 283% presenta un bajo nivel en relaciones interpersonales, de igual forma el 28,3% está en un nivel medio, por último, el 43,3% poseen el nivel alto. Si bien en esta dimensión resalta el nivel alto, es necesario señalar que, los docentes que padecen del S.B tienen muchos problemas de compañerismo, están en constantes discusiones con sus colegas, no desean participar de actividades de recreación personal, así como poca voluntad para integrarse al equipo, manifiestan que ello es una pérdida de tiempo. A su vez se ven poco identificados con la Institución. Estos docentes inclusive realizan críticas negativas de la vida personal de sus colegas.

Por último, en la dimensión iniciativa, se observa que el 31,7% de los evaluados tiene baja iniciativa, es decir, se muestra poco asequible al cambio, se anticipa poco a las problemáticas y posee poca capacidad para resolver problemas, de otro lado, el 16.73%

tienen un nivel medio; y el 51,7% posee el nivel alto. En el grupo de los docentes con bajos niveles de iniciativa, se infiere que la motivación real de trabajo podría ser solo el económico, así mismo, los docentes manifestaron no tener un reconocimiento por parte de la Institución, es por ello que prefieren cumplir su trabajo en lo mínimo necesario, dejando de lado la pro actividad para resolver las dificultades.

**Tabla 10: Desempeño Laboral en Docentes**

	<i>f</i>	%
Malo	18	30.0
Medio	9	15.0
Bueno	33	55.0
Total	60	100.0

***Interpretación.***

En la tabla anterior, se observa con respecto a la variable desempeño laborar, el 30% de los evaluados tienen un bajo nivel de desempeño laboral, seguido del 15% de los evaluados que presentan un nivel medio; por último, del total de docentes, la mayoría de ellos, poseen el nivel bueno de desempeño laboral. Si bien ello es alentador, se debe tomar en cuenta aquellos docentes quienes poseen niveles bajos, porque, es muy probable que estén experimentando niveles altos del S.B. lo cual haría interferir en su normal desempeño laboral.

### 3. RELACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

**Tabla 11: Prueba de Normalidad**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
PD Agotamiento Emocional	,099	60	,002
PD Despersonalización	,238	60	,001
PD Realización Personal	,206	60	,001
PD Síndrome de Burnout	,075	60	,001
PD Responsabilidad	,180	60	,001
PD Técnicas	,160	60	,001
PD Calidad	,212	60	,002
PD Relaciones Interpersonales	,166	60	,001
PD Iniciativa	,222	60	,001
PD Desempeño Laboral	,227	60	,001

***Interpretación:***

Previo a recurrir a una prueba paramétrica, es necesario que exista distribución normal en las puntuaciones directas; por lo que, se verificó con la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, esto porque la muestra está constituida por más de 50 sujetos. Como se observa, en la mayoría de los casos, los niveles de significancia son menores a nivel crítico ( $p < 0,05$ ); por tanto, no existe distribución normal en las puntuaciones directas; además, la Teoría o Teorema Central del Límite, considera que existe distribución normal cuando las poblaciones son grandes (Bologna, 2011); además Kish (1995), citado por Hernández et al. (2014), señala que se considera una población grande cuando los sujetos son mayores a 100 sujetos; por todo ello, se corrobora que no existe

distribución normal; por tanto, para establecer relación entre las variables se recurrirá a una prueba no paramétrica (contrarios a la prueba r de Pearson) en este caso, al coeficiente de correlación de Rho de Spearman.

**Tabla 12: Relación Síndrome de Burnout y las dimensiones del Desempeño Laboral**

		Síndrome Burnout	Responsabilidad	Técnicas	Relaciones Interpersonales	Calidad	Iniciativa
Síndrome Burnout	Coeficiente de correlación	1,000	-,181	-,149	-,290*	-,327*	-,318*
	Sig. (bilateral)	.	,166	,254	,025	,011	,013
	N	60	60	60	60	60	60
Responsabilidad	Coeficiente de correlación		1,000	,189	,681**	,672**	,718**
	Sig. (bilateral)		.	,148	,000	,000	,000
	N		60	60	60	60	60
Técnicas	Coeficiente de correlación			1,000	,296*	,127	,460**
	Sig. (bilateral)			.	,021	,334	,000
	N			60	60	60	60
Relaciones Interpersonales	Coeficiente de correlación				1,000	,567**	,649**
	Sig. (bilateral)				.	,000	,000
	N				60	60	60
Calidad	Coeficiente de correlación					1,000	,680**
	Sig. (bilateral)					.	,000
	N					60	60
Iniciativa	Coeficiente de correlación						1,000
	Sig. (bilateral)						.
	N						60

### **Interpretación**

En la tabla se refleja los resultados obtenidos al aplicar la prueba Rho de Spearman, se recurre a dicha prueba estadística, con la finalidad de establecer relación entre las variables analizadas; previamente, es necesario indicar que se tomará en cuenta el nivel crítico o error aceptado del 5% ( $p = 0.05$ ) para establecer las relaciones respectivas.

Se puede apreciar que el síndrome de burnout se relaciona de manera **inversa** con las dimensiones Relaciones Interpersonales, Calidad e Iniciativa esto por los valores calculados para Rho ( $r = -0.290$  con  $p = 0.025$ ;  $r = -0.327$  con  $p = 0.011$  y  $r = -0.318$  con  $p = 0.013$  respectivamente) y los niveles de significancia están por debajo del nivel crítico aceptado ( $p < 0.05$ ). Es necesario señalar que dichas relaciones son moderadas, lo que quiere decir que, aparte del S.B. existen diferentes factores a esta ultimas que también repercuten en estas dimensiones; empero, se puede establecer que, cuando los docentes experimenten niveles altos del síndrome de burnout, los niveles en las Relaciones personales, Calidad e Iniciativa tenderán a ser bajas, o viceversa.

Con respecto a las dimensiones Responsabilidad y Técnicas de enseñanza, no se ha podido establecer relación alguna (inversa ni directa), esto porque el valor calculado para el nivel de significancia de la prueba *rho* está por encima del nivel crítico aceptado ( $p > 0.05$ ).

**Tabla 13: Relación Síndrome de Burnout y Desempeño Laboral**

			Síndrome de Burnout	Desempeño Laboral
<b>Rho de Spearman</b>	Síndrome de Burnout	Coeficiente de correlación	1,000	-,264*
		Sig. (bilateral)	.	,041
		N	60	60
	PD Desempeño Laboral	Coeficiente de correlación	-,264*	1,000
		Sig. (bilateral)	,041	.
		N	60	60

***Interpretación***

En la tabla se refleja los resultados obtenidos al aplicar la prueba Rho de Spearman, se recurre a dicha prueba estadística, con la finalidad de establecer relación entre las variables analizadas (Síndrome de Burnout y Desempeño Laboral); previamente, es necesario indicar que se tomará en cuenta el nivel crítico o error aceptado del 5% ( $p = 0.05$ ) para establecer las relaciones respectivas.

Como se puede observar, se ha podido establecer que existe una relación Inversa entre el síndrome de burnout y el desempeño laboral en los docentes, pues el valor  $r_s = -0.264$  y el nivel de significancia calculado está por debajo del nivel crítico aceptado ( $p < 0.05$ ). Es necesario mencionar que dicha relación es moderada, lo cual quiere decir que, a parte del Burnout, también existe otros factores que también repercuten en desempeño laboral de los docentes; no obstante ello, se puede decir que, cuando los docentes experimenten niveles elevados (altos) del síndrome de burnout, sus niveles en el desempeño laboral de serán malas (bajos); o viceversa, es decir, si los docentes no

experimentaran el síndrome de burnout (niveles bajos), sus niveles de desempeño serían buenas (Nivel alto).

Por estos resultados, queda aceptada la hipótesis de investigación, (se rechaza la hipótesis nula), el cual asevera que las variables (síndrome de burnout y el desempeño laboral) están relacionadas entre sí, y tal relación es negativa o inversa.

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSION**

En la presente investigación se busca conocer si existe una relación inversa entre el síndrome de Burnout y el desempeño laboral, por lo que sus resultados comprobamos la hipótesis planteada en el presente trabajo. Por lo que existe una correlación inversa entre los docentes que padecen Síndrome de Burnout y su desempeño laboral.

En cuanto a las investigaciones nacionales e internacionales se encuentran que existen resultados similares a los encontrados:

Primero se contrastará los resultados en relación a la variable Síndrome de Burnout, luego para luego ver la relación de los resultados entre Síndrome de Burnout y desempeño laboral, para ver por último el nivel de desempeño laboral que se obtuvo.

Los resultados guardan relación con lo que sostiene Escobedo (2018), ya que expresa que hay una relación inversa entre el síndrome de Burnout con respecto a la dimensión de cansancio emocional, es así como en el trabajo también presenta esta misma relación inversa; esto debido a que surge como respuesta en la mayoría de los casos a la sobredemanda laboral, así como al sobresfuerzo de los trabajadores, ello se corrobora con la presente investigación la cual refiere que la escala de agotamiento emocional se presenta en forma predominante en los docentes del distrito de Caylloma.

Así mismo en los resultados de Córdova (2018), que según su investigación señala que el agotamiento emocional es el primer desencadenante para presentar el síndrome de Burnout esto en trabajadores de la salud de la PNP, siendo esto corroborado con nuestra investigación en docentes del distrito de Caylloma, ya que también realizan un trabajo de contacto directo con las personas.

De la misma manera según Gutiérrez (2018) en su investigación con docentes, quien señalan que en la dimensión de agotamiento emocional da como resultado un nivel bajo, lo que quiere decir que los docentes de Cajamarca no presentan un alto índice del mismo, siendo este resultado solo significativo, ya que si presentan el síndrome de Burnout pero no llega a afectar de manera significativa en su desempeño laboral, es así que se halla una discrepancia con nuestros resultados ya que en nuestra investigación si nos muestra un

nivel de agotamiento emocional predominante en los docentes, afectando su desempeño laboral.

En lo que se refiere a escala de despersonalización según Escobedo (2018), nos habla de que también poseen una relación inversa al igual que nuestros resultados, esto debido a que van perdiendo la empatía laboral, responden al trabajo de manera autómata sin ningún tipo de motivación más que cumplir su jornada laboral.

En lo que se ha podido diferir con las otras investigaciones es en la escala de realización personal, para Gutiérrez (2018), esta escala está reflejada en un puntaje medio ello quiere decir que los trabajadores se mantienen proyectados e identificados con la institución a su vez su autovaloración es percibida de manera positiva. En nuestro caso los docentes que padecen del S.B ya han perdido todo tipo de autorrealización muy por el contrario están más pendientes de cumplir de manera monótona con sus labores, su autovaloración es negativa, porque los objetivos educativos que se proyectaron a inicio de año según manifiestan están truncos por diversos motivos, ello genera apatía y desmotivación en los docentes que laboran en el distrito de Caylloma.

Tomando como referente a Escobedo (2018) El cual corrobora que existe una relación inversa entre los trabajadores con respecto al Agotamiento Emocional y Despersonalización. A su vez, hay relación directa con la realización profesional en docentes de I.E Públicas. Para nuestra investigación este aspecto es muy trascendental porque hace mención a dos escalas del Burnout que son indispensables de identificar para un desempeño laboral óptimo, es decir los docentes no pueden laborar de manera adecuada,

sin antes no han podido solucionar esta problemática producto del padecimiento del Síndrome de Burnout.

Para Escobedo (2018). El Desempeño laboral, así como la ausencia del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la I. E. repercutirá significativamente en el proceso y Técnicas de enseñanza de los estudiantes. En este sentido se corrobora con nuestros resultados debido a que los docentes que padecen de S.B. tienen muchas dificultades en las dimensiones de Técnicas de enseñanza, ello quiere decir que presentan dificultades para poder realizar sus sesiones pedagógicas a través de las competencias con sus debidas adaptaciones Curriculares. Si esta dimensión se pudiera mejorar, generaría condiciones favorables y aseguraría los aprendizajes fundamentales, necesarios y deseables en los estudiantes de las I.E. del distrito de Caylloma.

En relación a la iniciativa Escobedo (2018). Manifiesta que debería de realizarse una alta exigencia por parte de los directivos, (personal administrativo) que demandaría personalizar las acciones en virtud del bienestar de la comunidad Educativa. Esta conclusión es idónea de mencionar porque la iniciativa está proyectada en la anticipación laboral, así como la capacidad para resolver problemas los docentes de Caylloma necesitan ser motivados de diferentes maneras para lograr un objetivo común.

Por otro lado para Gutiérrez (2018), refiere que las relaciones interpersonales no tienen gran magnitud de afectación esta dimensión está reflejada con un nivel medio mencionando amistad y empatía social, es por ello que nosotros discrepamos de este enunciado porque los docentes del Distrito de Caylloma presentan un nivel de Relaciones Interpersonales muy pobres es decir no se relacionan adecuadamente incurriendo en la falta

de integración el poco compañerismo y sobre todo se incurre en los conflictos personales. Los docentes mencionan tener estos problemas por la misma situación geográfica a la cual están expuestos, están constantemente preocupados por su familia a la cual dejaron en la Ciudad de Arequipa, muchas veces al cuidado de un familiar, también hacen mención a la falta de tecnología, así como de comodidades propias de una ciudad Urbana.

Tampoco se ha encontrado concordancia con lo referido por Gutiérrez (2018) el cual menciona que la relación del síndrome de Burnout y el desempeño laboral es considerado débil, es decir que el nivel de agotamiento emocional, despersonalización, y el nivel de autorrealización son bajos, así mismo el desempeño laboral de los docentes se encuentra en un nivel alto, a diferencia de nuestro estudio donde el desempeño en los docentes que padecen del Síndrome de Burnout es casi en su totalidad bajo, afectando a : Iniciativa, Relaciones Interpersonales y Técnicas de enseñanza

Para la autora Escobedo, (2018) se ha encontrado una relación negativa entre el Síndrome de Burnout y el desempeño laboral ello quiere decir que los trabajadores que padecen del síndrome de Burnout tienen un nivel de desempeño carente, con constantes llamadas de atención por parte de sus superiores. Ello también tiene mucha relevancia por parte de nuestra investigación en donde se a podido apreciar un desempeño laboral deficiente.

En lo que respecta a nuestro estudio se describe el síndrome Burnout en trabajadores contratados y nombrados en donde se observa una relación con esta variable, en cambio estos autores no lo mencionan en ninguno de sus estudios realizados.

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERA**

La investigación realizada determina que sí existe una relación negativa o inversa entre el Síndrome de Burnout y el desempeño laboral en las I.E de Caylloma, la cual implica que sí se incrementa un factor determinante del Síndrome de Burnout (niveles altos) está afecta inversamente en el desempeño laboral, es decir, tendrá niveles bajos o deficientes de desempeño, con los cuales se afirma la hipótesis de investigación.

### **SEGUNDA**

De los resultados se concluye que de los 60 docentes de las I.E. de la provincia de Caylloma 28 de ellos presentan el síndrome de Burnout, así mismo se ve gran predominio en la dimensión de Agotamiento Emocional.

### **TERCERA**

En lo relacionado al desempeño laboral en los docentes que padecen del Síndrome de Burnout en su mayoría es bajo, comprometiendo así sus capacidades en el desempeño laboral tales como: Iniciativa, Relaciones Interpersonales y Técnicas de enseñanza.

### **CUARTA**

Con respecto a las dimensiones del síndrome de Burnout que fueron aplicadas a los todos los docentes del distrito de Caylloma, se ha podido apreciar que en la dimensión de Agotamiento Emocional esta se ubica en un nivel alto, a su vez las dimensiones de despersonalización y Realización Profesional se ubican en nivel medio.

## **QUINTA**

En los resultados de los niveles del desempeño laboral en los docentes que padecen del Síndrome de Burnout en el distrito de Caylloma, con respecto a la dimensión de la iniciativa es baja, es decir hay poca predisposición de toma de decisiones. En la dimensión de las relaciones interpersonales el resultado es bajo, ello nos indica que hay poca capacidad de relacionarse con sus compañeros. En la dimensión de las técnicas de enseñanza el resultado es bajo, indicándonos que los docentes muestran dificultades para emplear nuevas técnicas de enseñanza adaptadas a la realidad en la que laboran.

## **SEXTA**

En lo relacionado a la situación laboral se observa que los docentes que presentan síndrome de Burnout son en su mayoría contratados y una minoría son nombrados; por ende, se deduce que los docentes contratados están más expuestos a padecer del Síndrome de Burnout.

## **RECOMENDACIONES**

### **PRIMERA**

Se recomienda implantar un programa de motivación personal, así como de relaciones interpersonales para mejorar el desempeño laboral de los docentes con niveles de Síndrome de Burnout

### **SEGUNDA**

Se debe incentivar a los docentes con programas motivacionales en las dimensiones de responsabilidad en las áreas de puntualidad, así como el de justificar oportunamente las faltas y por último el compromiso de presentar trabajos en el tiempo indicado.

### **TERCERA**

Restablecer investigaciones en las I.E que permita generalizar los resultados obtenidos en el presente estudio y así contribuir al conocimiento académico y organizacional acerca del desempeño laboral en los docentes, para poder crear alternativas aplicables que mejoren el desempeño de los mismos.

### **CUARTA**

Proporcionar espacios de concientización y de debate, donde se trabajen temas relacionados con el síndrome de Burnout, el desempeño laboral y que los docentes puedan tener acceso a información relevante. Para que así ayuden a clarificar las expectativas de los docentes y ponerlas en diálogo constante con los intereses y objetivos de la Institución.

## BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS

Arias, W., y Jiménez, N. (2013). *Síndrome de burnout en docentes de Educación Básica Regular de Arequipa. Educación, 22(42), 53-76.* Recuperado de: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/educacion/article/view/5291>

Bradley, H. (1969). *Síndrome de burnout.*

Bustamente, E., Bustamente, F., González, G., y Bustamante, L. (2016). El burnout en la profesión docente: un estudio en la escuela de bioanálisis de la Universidad de Carabobo Sede Aragua, Venezuela. *Medicina y Seguridad del trabajo, 62* (243).111-121.

Ceballos, C. (2013). El Síndrome de burnout y desempeño laboral en cajeros del almacén Mi Comisariato - Centro de la Ciudad de Guayaquil. (Tesis de licenciatura). Universidad de Guayaquil, Ecuador.

Chiavenato, I. (2000). Administración de recursos humanos (5ta ed.). Santafé de Bogotá: Mc Graw-Hill Interamericana

Choy, R. (2017). *Burnout y desempeño laboral en docentes universitarios de una carrera en una universidad privada de Lima Metropolitana.* (Tesis para Magister). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.

Cumpa, F., y Chávez, P. (2015). *Síndrome de burnout en docentes del nivel primario de las instituciones educativas estatales del distrito de Chiclayo.* (Tesis de Licenciatura). Universidad Privada Juan Mejía Baca, Chiclayo.

Díaz, A. (2014). *Influencia del síndrome de burnout en el desempeño docente de los profesores de la facultad de ciencias de la salud de la universidad nacional del Callao.* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

Edelwich, J. y Brodsky, a. (1980): *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions.* Nueva York: Human Sciences Press

Escobedo, L. (2018). *Relación entre la Gestión de Dirección y el Síndrome de Burnout en Directivos de Instituciones Educativas Públicas de la UGEL Arequipa Sur, 2018.* (Tesis de maestría), Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa.

Fernández, M. (2002). Desgaste psíquico (burnout) en profesores de educación primaria de Lima metropolitana. *Persona. Revista de la Universidad de Lima*, N° 5, 27.

Gary, R. (2004). *La Gestión Integrada De Recursos Humanos .*

Gil-Monte, P. (2003). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo en Enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1 (1), 19-33.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista L. (2014). *Metodología de la investigación.* México: McGraw-Hill.

Hernández, M. (2016). *La evaluación del aprendizaje.*

Hernández, M. (2004). *La evaluación del aprendizaje: ¿estímulo o amenaza? Escuela Internacional de Educación Física y Deportes.*

Iturralde, J. (2010). *La evaluación del desempeño laboral y su incidencia en Los resultados del rendimiento de los trabajadores de la Cooperativa de Ahorro y crédito Oscus Ltda de la ciudad de Ambato en el año 2010.* (Tesis de grado), Universidad Técnica de Ambato, Ambato-Ecuador

Jackson, M. y., & Maslach y Jackson . (1986). *sindrome de Burnout en trabajadores.*

Marchesi, & Marchesi, a. (2000). *el fracaso escolar internacional.* Madrid.

Martínez, , A. (2010). EL Síndrome de burnout . evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Revista de Comunicacion Vivat Academia,* Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3307970>

Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory.* New York: Consulting Psychologists Press.

Ojeda, J. (2016). *Modelo Causal social cognitivo de Burnout en Profesionales de la Salud en Lima Metropolitana.* (Tesis Doctoral), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima

- Rosas, G. (2015). *Niveles de desgaste profesional (Burnout) en docentes y estrategias de prevención en Chile*. (Tesis Doctoral), Universidad de Málaga, Málaga.
- Oramas, A. (2013). “*Estrés Laboral Y Síndrome De Burnout En Docentes Cubanos De Enseñanza Primaria*”. (Tesis Doctoral), Instituto Nacional De Salud de los Trabajadores, La Habana.
- Rionada, A. y Mares, M. (2012). Burnout en profesores de primaria y su desempeño laboral. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2(1), 43-50.
- Rodríguez, E. y Sánchez, M. (2018). Síndrome de Burnout y variables sociodemográficas en docentes de una Universidad Privada de Lima. *Revista de investigación Educativa*, 36 (2), 401-419.
- Sum, M. (2015). *Motivación y Desempeño Laboral*. (Tesis de grado), Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango.
- Zournatzi, E., & Koustelios, A. (2011). Burnout among physical education teachers in primary and secondary schools. International Journal of Humanities and Social Science, 53-58. Obtenido de [http://www.ijhssnet.com/journals/Vol\\_1\\_No\\_7\\_\[Special\\_Issue\\_June\\_2011\]/8.pdf](http://www.ijhssnet.com/journals/Vol_1_No_7_[Special_Issue_June_2011]/8.pdf)

**ANEXOS**

**TEST DEL SINDROME DE BURNOUT DE MASLACH**

**NOMBRE.....** ..... **Nombrado ( ) ; Contratado( )**

**SEXO.....Nombre I.E.....** ..... **EDAD.....**

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

<b>Nunca</b> .....1	<b>Algunas veces al año</b> .....2	<b>Algunas veces al mes</b> .....3	<b>Algunas veces a la semana</b> .....4	<b>Diariamente</b> .....5
------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------

*Por favor, señale el número que considere más adecuado:*

1	<b>AE</b> Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.	
2	<b>AE</b> Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	
3	<b>AE</b> Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	
4	<b>RP</b> Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	
5	<b>D</b> Siento que estoy tratando a algunos beneficiarios de mí como si fuesen objetos impersonales.	
6	<b>AE</b> Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	
7	<b>RP</b> Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.	
8	<b>AE</b> Siento que mi trabajo me está desgastando.	
9	<b>RP</b> Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	

10	<b>D</b> Siento que me he hecho más duro con la gente.	
11	<b>D</b> Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12	<b>RP</b> Me siento muy enérgico en mi trabajo	
13	<b>AE</b> Me siento frustrado por el trabajo	
14	<b>AE</b> Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	
15	<b>D</b> Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.	
16	<b>AE</b> Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	
17	<b>RP</b> Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	
18	<b>RP</b> Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.	
19	<b>RP</b> Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20	<b>AE</b> Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	
21	<b>RP</b> Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	
22	<b>D</b> Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.	
<i><b>AE:</b> Agotamiento Emocional; <b>D:</b> Despersonalización; <b>RP:</b> Realización Personal.</i>		

**CUESTIONARIO DEL DESEMPEÑO LABORAL EN DOCENTES  
(ADMINISTRACION)**

**Evaluado -----Nombrado ( ) ; Contratado ( )**

**PUESTO-----sexo-----**

**EVALUADOR-----**

**FECHA DE LA EVALUACIÓN -----**

En qué grado cree usted que el trabajador tiene desarrollada las competencias que se presentan a continuación.

- Marque con una X el número que refleja su opinión

**INSTRUCCIONES**

1. Antes de iniciar la evaluación del personal a su cargo, lea bien las instrucciones, si tiene duda consulte con el personal responsable de la Unidad de Personal.
2. Lea bien el contenido de la competencia y comportamiento a evaluar.
3. En forma objetiva y de conciencia asigne el puntaje correspondiente.
4. Recuerde que en la escala para ser utilizada por el evaluador, cada puntaje corresponde a un nivel que va de Muy bajo a Muy alto.

Nunca	: 1	-Inferior.- Rendimiento laboral no aceptable.
Algunas veces	: 2	---Inferior al promedio.
Casi siempre	: 3	---Promedio.- Rendimiento laboral normal
Siempre	: 4	--- Rendimiento laboral bueno.

<b>RESPONSABILIDAD</b> Esta competencia está asociada al compromiso con que las personas realizan las tareas encomendadas.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiste regularmente a clases y si falta justifica (Manda sustituto) .</li> <li>• Cumple puntualmente con el horario de clases</li> <li>• Entrega a tiempo los resultados de los trabajos (libreta de notas, etc.)</li> <li>• Planifica sus actividades</li> </ul>				
<b>TÉCNICAS DE ENSEÑANZA:</b> Diversidad de métodos aprendidos para la instrucción hacia los trabajadores				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se emplearon diversas técnicas (conferencias, casos prácticos en grupo, etc.)</li> <li>• La voz del maestro en cuanto a tono, ritmo y volumen mantuvo interesado al grupo</li> <li>• El maestro estableció un clima agradable</li> <li>• La comunicación no verbal (ademanes, movimientos, etc.) apoyaba la exposición</li> </ul>				
<b>CALIDAD</b> Implica tener amplios conocimientos de los temas del área que esté bajo su responsabilidad				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No comete errores en el trabajo</li> <li>• Hace uso racional de los materiales de trabajo</li> <li>• No requiere de supervisión frecuente</li> <li>• Se muestra profesional, respetuoso en el Trabajo</li> </ul>				
<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b> Habilidad para establecer relaciones con redes complejas				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se muestra cortes y respetuoso con sus compañeros</li> <li>• Evita conflictos dentro de la institución</li> </ul>				

<ul style="list-style-type: none"><li>• Muestra actitud para integrarse al equipo</li><li>• Se identifica con los objetivos de la institución</li></ul>				
<b>INICIATIVA</b> <i>acción de adelantarse a los demás en hablar u obrar</i>				
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se muestra asequible al cambio</li><li>• Se anticipa a las dificultades</li><li>• Tiene gran capacidad para resolver problemas</li></ul>				

## HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

### **I. DATOS DE FILIACIÓN:**

Nombres y Apellidos	: Y. S.I. C.
Fecha de nacimiento	: 24/08/1969
Edad	: 50 años
Lugar de nacimiento	: Ica
Residencia	: Moquegua
Grado de instrucción	: Superior
Estado civil	: Soltera
Ocupación	: Docente
Informante	: La Paciente
Lugar de evaluación	: HNCASE
Fecha de evaluación y entrevista	: 18/10/2019
Historia Clínica	: 180782
Examinador	: Alexander Rojas Monroy

### **II. MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente ingresa al servicio de psiquiatría del HNCSE derivado de emergencia debido a sentir tristeza, desanimo, y dificultad en sueño por lo cual no podía realizar tareas rutinarias tanto en el trabajo como en el hogar.

Evaluación psicología integral para estudio de caso, entrevista para elaboración de historia clínica psicológica.

### **III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL**

La paciente refiere que hace 5 años es hospitalizada por episodio de depresión, manifiesta que no se quería levantarse de la cama, no quería comer e incluso tenía pensamientos e ideas de suicidio. Manifiesta que siempre tuvo problemas para conciliar.

el sueño, y que sin darse cuenta consumió 120 pastillas, por lo cual es internada en el hospital. Refiere que estos problemas fueron causados debido a que su hijo dejó la universidad, la presión de pagar sus deudas con el banco, así como también haber terminado una relación de pareja por motivos de infidelidad.

En los meses de enero y febrero, la paciente escuchaba ruidos, “ruidos como una radio mal sintonizada y a veces escuchaba hablar a un grupo de personas, pero no entendía lo que decían”.

Manifiesta que, desde el mes de marzo, empezó a sentirse sin deseos de trabajar, por lo que copió sus programaciones del año pasado para entregarlas a su trabajo, así mismo menciona que tenía desgano para realizar las labores domésticas, pidiendo en ocasiones que sus hijos la atiendan, así también descuidó su arreglo personal. Una vez cuando estaba en la cocina, sirviéndose un vaso de agua, escuchó una voz que le decía: “no tomes el agua esta envenenada” por lo que ella bote el agua y se sirvió agua del caño.

Actualmente refiere que decidió internarse, debido a su desgano, escuchaba voces que le decían que no lo haga, manifiesta que deseos de mejorar por sus hijos y que ellos son el motor de su vida.

#### **IV. ANTECEDENTES PERSONALES**

##### **1. Periodo del Desarrollo**

La paciente asume que el desarrollo de su gestación fue normal, debido a que su madre nunca le comentó ninguna complicación de la gestación. La Paciente, no refiere datos acerca del parto.

##### **2. Primera infancia**

Manifiesta que su desarrollo motor y del lenguaje, se dio dentro de lo esperado. Refiere que cuando tenía tres años sus padres se separaron debido a que padre tenía problemas con el alcohol, después de ello perdiendo contacto con el mismo.

### **3. Infancia media**

Refiere que su “niñez fue muy dura”, debido a que su madre “era de carácter muy agresivo, impulsivo, era controladora y de todo nos pegaba”. Manifiesta que desde niña era delicada de salud, sufría de asma y de hipertiroidismo.

Cursó la primaria en el colegio Juan XXII en Ica, no le costó adaptarse al colegio era buena estudiante, cuando tenía 9 años, su madre tuvo otro compromiso, refiriendo haber tenido buena relación con nueva pareja de madre, sin embargo, su madre no lo dejaba intervenir en la disciplina de sus hijas mayores.

### **4. Adolescencia**

Cursó estudios secundarios en el colegio Santa Fortunata en Moquegua, refiere que era una buena estudiante, sin embargo, que no le gustaba estudiar, los cursos que más le agradaban eran los de letras y en el que tenía mayores dificultades era historia debido a que le costaba recordar fechas y nombres. Manifiesta que en una ocasión una compañera le prestó un lápiz, su madre lo encontró y lo conservo, y le pego con la correa, porque pensó que lo había hurtado, por tal fue al colegio para cerciorarse con su compañera le había prestado el lápiz.

La paciente indica que madre agredeía físicamente a ella y su hermana, dejándoles las marcas de la correa en la piel, por lo que tenían que ir al colegio cubriendo sus golpes. Al terminar el colegio quería ser modelo, su madre no estaba de acuerdo, por lo que decide estudiar Educación Primaria en el “Pedagógico de Moquegua”, “para no cometer los mismos errores que su madre”.

### **5. Edad adulta**

Terminando la carrera conoce a pareja, quedando embarazada, la paciente manifiesta “no tenía conocimientos de sexualidad, por lo que no sabía que estaba embarazada, pensaba

que era gastritis”. Su madre reaccionó negativamente a la noticia por lo que en ocasiones la encerraba en el cuarto de la empleada, el cuarto era pequeño y tenía cucarachas, Yuriko no podía dormir, debido a que le tiene miedo a la oscuridad y fobia a las cucarachas. Su primer embarazo le produjo ansiedad y angustia, debido a que su madre no la apoyaba, decidió convivir con su pareja. Después de ello fue nombrada para trabajar en un colegio de Ilo, debido a su asma la trasladaron al “Colegio San Antonio” en Moquegua donde labora desde hace 17 años.

Cuando tenía 27 años, queda embarazada de su segundo hijo, menciona que el parto tuvo complicaciones, debido a problemas en la dilatación y los doctores no le querían realizar cesárea, no obstante, posteriormente no presentó mayores complicaciones.

Se separa del padre de sus hijos hace 8 años debido a una infidelidad, y 3 años después empieza una nueva relación, la cual termina por la misma causa.

## **6.-Antecedentes Mórbidos Personales**

La paciente refiere que durante su niñez vivía en una casa antigua, salía a jugar con tres niños que la querían llevar por unos pasadizos, por lo que ella se negaba, un día su madre la vio jugando sola por lo que pensaba que tenía amigos imaginarios, sin embargo, ella refiere que los percibía como personas reales. Menciona que cuando se encontraba en el colegio jugando con sus compañeras “liga”, por saltar en varias ocasiones se golpeaba la cabeza.

Durante su primer embarazo, le comentaron que en una oportunidad llegó a la casa de una amiga donde empezó a hablar como bebé, sin embargo, ella no recuerda este hecho. Menciona que cuando sus hijos eran pequeños, a veces tenía los comportamientos de su madre al ser agresiva e impulsiva, por lo que refiere: “busqué ayuda psicológica porque estaba cometiendo el mismo error que mi madre”, en una ocasión se encerró en el baño y se metió a la ducha vestida y empezó a llorar, por lo que su pareja tuvo que romper la puerta para sacarla, así también refiere que en ocasiones cuando salía de su casa perdía la noción

del tiempo, y que sus vecinos le decían que caminaba por la ciudad sin rumbo, hecho del que manifiesta no ser consciente .

Así mismo menciona que hace algunos años “no quería que sus hijos salgan porque se sentía sola”, su hijo mayor dejó de ir a la universidad debido a que no le gustaba la carrera, hecho que le denota gran preocupación. La paciente indica que sufre de convulsiones, así mismo que percibe la presencia de almas.

## **V. ANTENCIÉDENTES FAMILIARES**

Es la segunda de 3 hermanas, con lugar de nacimiento Ica, Actualmente no tiene contacto con su padre Hugo de 75 años que reside en Japón. Manifiesta que tiene una relación más cercana con actual pareja de madre.

La paciente manifiesta cierto resentimiento hacia su madre, creyendo que es la culpable de su problema actual, sin embargo suele justificarla debido a que a ella la criaron de esa manera también, actualmente la relación con su madre de 73 años ha mejorado debido a que padece de cáncer terminal, viaja a Ica en las vacaciones para visitarla, sin embargo refiere que cuando la visitan es muy absorbente, quiere que este todo el día con ella, no me deja comprarles helados a mis hijos porque es comida chatarra, cuando se encuentra en Moquegua madre la llama para insultarla y hablar mal del padre de sus hijos. Su hermana mayor M. de 53 años, vive en Japón y se dedica al comercio, con la cual tiene una buena relación, hace 4 años le pidió que le venda un terrero, la paciente acepta y se hizo un préstamo, su hermana se atrasó en el pago de las letras y no estuvo de acuerdo con asumir los intereses del préstamo, sin embargo, manifiesta que este hecho no cambio su relación.

Su hermana menor M. de 42 años, trabaja en Región Moquegua como docente, la paciente refiere que “es materialista, y que le recomienda que busque un esposo”, a pesar de ello mantiene una buena relación.

Se separó del padre de sus hijos J. de 50 años, con el cual convivió por 14 años, debido a que le fue infiel en 3 ocasiones, la separación se produjo hace 8 años. Refiere que actualmente tienen una relación cercana y que “le alegra la vida”.

La relación con sus hijos es buena, el mayor R. de 21 años quien actualmente abandona la universidad, por lo que siente preocupación por situación; el segundo hijo P. de 13 años que se encuentra cursando el segundo año de secundaria teniendo buen rendimiento.

La paciente vive con sus dos hijos en una casa propia, que cuenta con los servicios básicos, su familia presenta problemas económicos debido al pago de varios préstamos para la construcción de su vivienda, ya que la paciente es la única encargada de la manutención de los mismos.

## **VI. RESUMEN**

La paciente asume que el desarrollo de su gestación fue normal, manifiesta que su desarrollo motor y del lenguaje, se desarrollan dentro de lo esperado. A los tres años sus padres se separaron debido a problemas con el alcohol por parte de padre, por lo que perdió contacto con el mismo. Y refiere que su “niñez fue muy dura”, debido a que madre “era de carácter muy agresivo, impulsivo, era controladora y de todo nos pegaba”.

Manifiesta que desde niña era delicada de salud, sufría de asma y de hipertiroidismo. Cursó la primaria en el colegio Juan XXII en Ica y la secundaria en el Colegio Santa Fortunata en Moquegua, refiere que era una buena estudiante, sin embargo, que no le gustaba estudiar. Al terminar el colegio quería ser modelo, su madre no estaba de acuerdo, por lo que decide estudiar Educación Primaria en el “Pedagógico de Moquegua”, “para no cometer los mismos errores que su madre”.

Terminando la carrera conoce al padre de sus hijos Javier, quedando embarazada, su madre reaccionó negativamente por lo que decidió convivir con su pareja. Después de ello fue nombrada para trabajar en un colegio de Ilo, debido a su asma la trasladaron al “Colegio San Antonio” en Moquegua donde labora desde hace 8 años.

Cuando queda embarazada de su segundo hijo, menciona que el parto tuvo complicaciones, se separa del padre de sus hijos hace 8 años debido a una infidelidad, y 3 años después empieza una nueva relación, la cual termina por la misma causa.

Durante su primer embarazo, le comentaron que llegó a la casa de una amiga donde empezó a hablar como bebé, sin embargo ella no recuerda este hecho. Cuando sus hijos eran pequeños, a veces tenía los comportamientos de su madre por lo que buscó ayuda psicológica, en una ocasión se encerró en el baño y se metió a la ducha vestida y empezó a llorar debido a su comportamiento, por lo que su pareja tuvo que romper la puerta, para sacarla, en ocasiones cuando salía de su casa perdía la noción del tiempo, y sus vecinos le mencionaban que caminaba por la ciudad sin rumbo, hecho del que manifiesta no ser consciente.

Hace algunos años “no quería que sus hijos salgan porque se sentía sola”. La paciente indica que sufre de convulsiones y tiene sensibilidad para percibir almas.

La paciente manifiesta cierto resentimiento hacia su madre padece de cáncer terminal, sin embargo, busca tener una buena relación con ella, posee una buena relación con sus dos hermanas. Yuriko se separó del padre de sus hijos debido a que le fue infiel refiere que actualmente tienen una relación cercana y que “le alegra la vida”.

La relación con sus hijos es buena. Presenta problemas económicos debido al pago de varios préstamos para la construcción de su vivienda, ya que la paciente es la única encargada de la manutención de sus hijos. Refiere que hace 5 años fue hospitalizada por un episodio de depresión, manifiesta que no se quería levantar de la cama, no quería comer e incluso tenía ideas y pensamientos de suicidio.

## **EXAMEN MENTAL**

### **I. DATOS DE FILIACIÓN:**

Nombres y Apellidos	: Y. S.I. C.
Fecha de nacimiento	: 24/08/1969
Edad	: 50 años
Lugar de nacimiento	: Ica
Residencia	: Moquegua
Grado de instrucción	: Superior
Estado civil	: Soltera
Ocupación	: Docente
Informante	: La Paciente
Lugar de evaluación	: HNCASE
Fecha de evaluación y entrevista	: 19/10/2019
Examinador	: Alexander Rojas Monroy
Historia Clínica	: 180782

### **II. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD**

Yuriko aparenta menor edad a la que posee, es de contextura gruesa, tez trigueña y cabello negro. Presenta un adecuado arreglo personal. Su postura es erguida, y su tono de voz es calmado y sin agitación. Se mostró colaboradora durante el desarrollo de la evaluación, no mostrando suspicacia ni desconfianza.

### **III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN**

La atención de la paciente se encuentra conservada, debido a que muestra un predominio de la atención activa y voluntaria durante la evaluación.

Yuriko se muestra alerta a los diversos estímulos del ambiente. Se encuentra ubicada en tiempo, espacio y persona.

#### **IV. LENGUAJE**

En relación al lenguaje expresivo, la paciente se expresa correctamente, así también posee una buena dicción. Presenta un amplio vocabulario, y un adecuado reconocimiento de los objetos mostrados, y reproducción del lenguaje escrito. Posee un adecuado lenguaje comprensivo, al no presentar ningún problema en la resolución de las preguntas planteadas.

Durante la evaluación la entonación la paciente fue adecuada, y no hizo uso de jergas o groserías.

#### **V. PENSAMIENTO**

El curso del pensamiento de la paciente es fijo, manteniendo el control y secuencia de sus ideas. En relación al contenido, posee una estructura adecuada, presentando lógica y continuidad al expresarse, sin embargo, presenta dificultades al realizar abstracciones.

Así mismo presenta engaños perceptivos de sentido de presencia, debido a que manifiesta el poseer “una sensibilidad especial para percibir almas”.

#### **VI. PERCEPCIÓN**

Presenta alucinaciones auditivas y visuales, debido a que escucha “ruidos, como una radio mal sintonizada”, refiere que hace algunos años “cuando estaba sirviendo agua una voz me dijo no tomes esta agua esta envenenada”, y antes de hospitalizarse, las voces le manifestaron “que no se interne”. Así mismo relata que cuando era niña “tenía tres amigos, que su mama decía que eran imaginarios, que ella veía y escuchaba”

#### **VII. MEMORIA**

Respecto a la memoria la paciente, presenta un adecuado funcionamiento a nivel general de su memoria, expresa detallados recuerdos de su pasado y situación actual almacenando apropiadamente la información en su memoria remota y reciente. Sin embargo refiere que varias oportunidades han tenido “lagunas mentales”, en las que sus familiares le relatan hechos que realizó y que ella no recuerda.

### **a.- Funcionamiento intelectual**

Paciente presenta un buen desempeño de sus funciones intelectuales, tanto en la compresión y resolución de las actividades que fueron presentadas. Posee un nivel apropiado de compresión, realiza juicios de los acontecimientos, sin embargo, presenta dificultad en la resolución de operaciones simples, al realizar análisis y síntesis de las situaciones.

### **VIII. Estado de ánimo y Afectos**

Manifiesta que antes de ser hospitalizada, se encontraba triste, sin deseos de trabajar y realizar sus labores domésticas, “no me quería levantar de la cama, incluso hacia que mis hijos hagan las cosas por mí”, refiere que actualmente se siente más tranquila y que desea superar esta situación.

### **IX. Compresión y grado de incapacidad de la Enfermedad**

La paciente presenta conciencia de enfermedad.

### **RESUMEN**

Y. de 50 años, contextura gruesa, tez trigueña y cabello negro. Presenta un adecuado arreglo personal. Postura erguida, así mismo su tono de voz es calmado y sin agitación. Se mostró colaboradora. Muestra un predominio de la atención activa y voluntaria, así como también se encuentra alerta a los diversos estímulos del ambiente. Está ubicada en tiempo, espacio y persona.

En relación al lenguaje expresivo, la paciente se expresa correctamente, así también posee una buena dicción. Su lenguaje comprensivo es adecuado, al no presentar problemas en la resolución de las preguntas planteadas.

El curso del pensamiento de la paciente es fijo, manteniendo el control y secuencia de sus ideas. En relación al contenido, manifiesta dificultades al realizar abstracciones, así mismo

presenta engaños perceptivos de sentido de presencia. Presenta alucinaciones auditivas y visuales, debido a que escucha voces que “son ruidos como una radio mal sintonizada”, refiere que hace algunos años “cuando estaba sirviendo agua una voz me dijo no tomes esta agua esta envenenada”, y antes de hospitalizarse, las voces le manifestaron “que no se interne”. Relata que cuando era niña “tenía tres amigos, que su mama decía que eran imaginarios, que ella veía y escuchaba”.

Respecto a la memoria, presenta un adecuado funcionamiento a nivel general de su memoria, no obstante, refiere que en varias oportunidades ha tenido “lagunas mentales”.

Yuriko manifiesta que antes de ser hospitalizada, se encontraba triste, sin deseos de trabajar y realizar sus labores domésticas, actualmente se siente más tranquila y que desea superar esta situación. La paciente presenta conciencia de enfermedad.

**Arequipa ,19 de octubre del 2019**

## INFORME PSICOMETRICO

### **I. DATOS DE FILIACIÓN:**

Nombres y Apellidos	: Y. S.I. C.
Fecha de nacimiento	: 24/08/1969
Edad	: 50 años
Lugar de nacimiento	: Ica
Grado de instrucción	: Técnica- Superior
Estado civil	: Soltera
Ocupación	: Docente
Informante	: La Paciente
Lugar de evaluación	: HNCASE
Fecha de evaluación y entrevista	: 21/10/2019 22/10/2019 23/10/2019
Historia Clínica	: 180782
Examinador	: Alexander Rojas Monroy

### **II. OBSERVACIONES GENERALES**

Y. de 50 años de edad, muestra un adecuado arreglo personal, de contextura gruesa, de cabello y ojos negros. Durante las evaluaciones se mostró colaboradora al momento de realizar las pruebas, se mantenía atenta y ejecutaba las instrucciones; teniendo una buena disposición al realizar los ítems, así mismo tuvo una adecuada comprensión de las instrucciones brindadas. Se estableció un buen Rapport con la paciente.

### **III TECNICA E INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

- Observación
- Pruebas psicológicas:

Test de Matrices Progresivas para la medida de la Capacidad Intelectual.

- Inventario de Depresión de Beck
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon II(MCMII)
- Test Proyectivo del dibujo del árbol
- Test Proyectivo de la Figura Humana (Machover)

#### **IV.RESULTADOS E INTERPRETACION DE LOS INSTRUMENTOS**

- **Capacidad Intelectual**

Respecto a la evaluación de la Capacidad Intelectual, Yuriko obtuvo **Diagnóstico de Capacidad Intelectual TERMINO MEDIO** obteniendo un percentil de 50, lo que indica que posee un adecuado pensamiento racional, habilidades perceptuales, razonamiento lógico, así como la capacidad de comparar y razonar analíticamente.

- **Área afectiva**

En relación a la evaluación del estado de depresión, la paciente un puntaje de 35, el cual la ubica en un nivel de **Depresión Grave**, debido a que manifiesta sentimientos de tristeza, apatía, siente insatisfacción respecto a todo, manifiesta disgusto consigo misma, ha perdido el interés por sus relaciones interpersonales así como también posee ideas autolíticas y falta impulso para la toma de decisiones.

- **Area Personalidad**

## Resultado Cuantitativo inventario Clínico Multiaxial de Millon II

Escalas de Validez					PUNTAJE FINAL
V	Validez	0	=	Válido	
X	Sinceridad	505	=	Válido	89 X
Y	Deseabilidad Social	14	=		67 Y
Z	Autodescalificación	34	=		97 Z

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE		FACTOR		AJUSTES				PUNTAJE FINAL
	Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	
1 Esquizoide	37	88	81						81 1
2 Evitativo	44	106	99		99				99 2
3 Dependiente	33	78	71						71 3
4 Histriónico	23	61	54						54 4
5 Narcisita	34	71	64						64 5
6A Antisocial	26	65	58						58 6A
6B Agresivo-sádico	38	78	71						71 6B
7 Compulsivo	54	98	91						91 7
8A Pasivo-agresivo	50	113	106						106 8A
8B Autoderrotista	38	99	92		92				92 8B

Patología severa de personalidad									
S	Esquizotípico	44	96		93	90	90	88	88 S

<b>C</b>	Borderline	61	106		103	103	100	100	94	<b>C</b>
<b>P</b>	Paranoide	32	67		64		64	57	<b>P</b>	

<b>Síndromes clínicos</b>										
<b>A</b>	Ansiedad	37	109	102		99	99	92	92	<b>A</b>
<b>H</b>	Somatoformo	39	94	87		84	84	79	79	<b>H</b>
<b>N</b>	Bipolar	29	61	54					54	<b>N</b>
<b>D</b>	Distimia	53	98	91		88	88	83	83	<b>D</b>
<b>B</b>	Dependencia de alcohol	25	60	53					53	<b>B</b>
<b>T</b>	Dependencia de drogas	30	62	55					55	<b>T</b>

<b>Síndromes severos</b>										
<b>SS</b>	Desorden del pensamiento	33	83		80			80	80	<b>SS</b>
<b>CC</b>	Depresión mayor	38	78		75			75	75	<b>CC</b>
<b>PP</b>	Desorden delusional	17	62		59			59	59	<b>PP</b>

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

## **Resultado cualitativo**

Respecto a la evaluación de la personalidad, Yuriko obtuvo índices elevados en los patrones clínicos: Evitación, Compulsivo, Pasivo- Agresividad, Autoderrotismo, así como un patrón de personalidad Borderline con síndromes clínicos de ansiedad. Esto nos indica rasgos de disciplina y evitación, siendo fundamental para ella no cometer errores, por lo que procura ser ordenada y planear cada paso.

Es sumisa y presenta respeto por las personas de autoridad. Quisiera disfrutar del aprecio y afecto de sus relaciones interpersonales, sin embargo, en ocasiones evita contacto social mostrándose, fría y distante, debido a que reprime sus emociones. La paciente es trabajadora, digna de confianza, perfeccionista e indecisa, mostrando cierta rigidez en sus acciones.

Puede experimentar intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente entremezclados con periodos de enfado, inquietud o euforia, del cual se distinguen dos patrones graves en la falta de regulación de sus afectos vistos en inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Presenta pensamientos de suicidio y automutilación, con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

Generalmente se muestra tensa, indecisa, tiende a quejarse de una gran variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos y náuseas, manifestado por una incapacidad de relajación.

## **Resultado evaluación proyectiva**

En relación a la evaluación proyectiva de la personalidad, Y. muestra falta de confianza, angustia, vulnerabilidad y susceptibilidad frente a situaciones problemáticas, ello se ve manifiesto en una actitud defensiva y agresiva con los que la rodean. Así mismo posee rasgos paranoides y masoquistas.

Manifiesta falta de conciencia, pobre sentido de la realidad y objetividad, debido a su carácter enérgico, voluntarioso que no le permite aceptar sugerencias. La paciente cuida su imagen, buscando causar una buena impresión en los demás por lo que controla la espontaneidad de sus sentimientos y emociones, teniendo una mayor tendencia a la introversión y episodios depresivos. Posee un conflicto sin resolver, debido a que no sabe qué camino tomar, ya que presenta deseos de independencia y de cambiar el entorno que la rodea, así como una gran dependencia hacia el otro sexo, mostrando deseos de protección y de recibir atenciones.

Así mismo se aprecian inhibiciones, complejos y una tendencia a esconder sentimientos de culpa, que pueden estar relacionados con problemas sexuales.

## **RESUMEN**

Y. presenta Capacidad Intelectual Término Medio, posee un adecuado pensamiento racional, lógico, habilidades perceptuales, así como la capacidad de comparar y razonar analíticamente.

Presenta depresión grave, debido a sentimientos de tristeza, apatía, siente insatisfacción respecto a todo, disgusto consigo misma, ha perdido el interés por sus relaciones interpersonales, así como también posee ideas autolíticas y falta impulso para la toma de decisiones.

Manifiesta rasgos de disciplina y evitación, por lo que procura ser perfeccionista, ordenada y planear cada paso, presenta respeto por las personas de autoridad, busca disfrutar del aprecio y afecto de sus relaciones interpersonales, sin embargo, en ocasiones evita contacto social mostrándose, fría y distante, debido a que reprime sus emociones. Manifiesta falta de conciencia, pobre sentido de la realidad y objetividad, debido a su carácter enérgico, voluntarioso que no le permite aceptar sugerencias.

Puede experimentar intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de abatimiento y apatía, con pensamientos de suicidio y automutilación. Se muestra tensa,

tiende a quejarse de una gran variedad de malestares físicos. Muestra falta de confianza, angustia, vulnerabilidad y susceptibilidad frente a situaciones problemáticas, ello se ve manifiesto en una actitud defensiva y agresiva, así como rasgos paranoides y masoquistas. La paciente cuida su imagen, buscando causar una buena impresión en los demás, controla la espontaneidad de sus sentimientos y emociones, teniendo una mayor tendencia a la introversión y episodios depresivos. Así mismo se aprecian inhibiciones, complejos y una tendencia a esconder sentimientos de culpa, que pueden estar relacionados con problemas sexuales.

**Arequipa, 23 de octubre del 2019**

## **INFORME PSICOLOGICO**

## **I. DATOS DE FILIACIÓN:**

Nombres y Apellidos	: Y. S.I. C.
Fecha de nacimiento	: 24/08/1969
Edad	: 50 años
Lugar de nacimiento	: Ica
Grado de instrucción	: Superior
Estado civil	: Soltera
Ocupación	: Docente
Informante	: La Paciente
Lugar de evaluación	: HNCASE
Fecha de evaluación y entrevista	: 18/10/2019
	: 19/10/2019
	: 21/10/2019
	: 22/10/2019
	: 23/10/2019
Historia Clínica	: 180782
Examinador	: Alexander F.

## **II. MOTIVO DE CONSULTA.**

Paciente ingresa al servicio de psiquiatría del HNCASE deriva de emergencia debido a sentir tristeza, desanimo, y dificultad en sueño por lo cual no podía realizar tareas rutinarias tanto en el trabajo como en el hogar. Evaluación psicología integral para estudio de caso.

### III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PSICOLÓGICAS UTILIZADAS

- Observación
    - Entrevista
  - Examen Mental
  - Pruebas psicológicas:

- Test de Matrices Progresivas para la medida de la Capacidad Intelectual, (RAVEN)
- Inventario de Depresión de Beck
- Inventario ClinicoMultiaxial de Millon II(MCMII)
- Test Proyectivo del dibujo del árbol
- Test Proyectivo de la Figura Humana (Machover)

#### **IV. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL**

La paciente refiere que hace 5 años es hospitalizada por episodio de depresión, manifiesta que no se quería levantarse de la cama, no quería comer e incluso tenía pensamientos e ideas de suicidio. Manifiesta que siempre tuvo problemas para conciliar el sueño, y que sin darse cuenta consumió 120 pastillas, por lo cual es internada en el hospital. Refiere que estos problemas fueron causados debido a que su hijo dejó la universidad, la presión de pagar sus deudas con el banco, así como también haber terminado una relación de pareja por motivos de infidelidad.

En los meses de enero y febrero, la paciente escuchaba ruidos, “ruidos como una radio mal sintonizada y a veces escuchaba hablar a un grupo de personas pero no entendía lo que decían”.

Manifiesta que desde el mes de marzo, empezó a sentirse sin deseos de trabajar, por lo que copió sus programaciones del año pasado para entregarlas a su trabajo, así mismo menciona que tenía desgano para realizar las labores domésticas, pidiendo en ocasiones que sus hijos la atiendan, así también descuidó su arreglo personal. Una vez cuando estaba en la cocina, sirviéndose un vaso de agua, escuchó una voz que le decía: “no tomes el agua esta envenenada” por lo que ella bote el agua y se sirvió agua del caño.

Actualmente refiere que decidió internarse, debido a su desgano, escuchaba voces que le decían que no lo haga, manifiesta que deseos de mejorar por sus hijos y que ellos son el motor de su vida.

## V. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

La paciente asume que el desarrollo de su gestación fue normal, manifiesta que su desarrollo motor y del lenguaje, se desarrollan dentro de lo esperado. A los tres años sus padres se separaron debido a problemas con el alcohol por parte de padre, por lo que perdió contacto con el mismo. Yuriko refiere que su “niñez fue muy dura”, debido a que madre “era de carácter muy agresivo, impulsivo, era controladora y de todo nos pegaba”.

Manifiesta que desde niña era delicada de salud, sufría de asma y de hipertiroidismo. Cursó la primaria en el colegio Juan XXII en Ica y la secundaria en el Colegio Santa Fortunata en Moquegua, refiere que era una buena estudiante, sin embargo que no le gustaba estudiar. Al terminar el colegio quería ser modelo, su madre no estaba de acuerdo, por lo que decide estudiar Educación Primaria en el “Pedagógico de Moquegua”, “para no cometer los mismo errores que su madre”.

Terminando la carrera conoce al padre de sus hijos Javier, quedando embarazada, su madre reaccionó negativamente por lo que decidió convivir con su pareja. Después de ello fue nombrada para trabajar en un colegio de Ilo, debido a su asma la trasladaron al “Colegio San Antonio” en Moquegua donde labora desde hace 8 años.

Cuando queda embarazada de su segundo hijo, menciona que el parto tuvo complicaciones, se separa del padre de sus hijos hace 8 años debido a una infidelidad, y 3 años después empieza una nueva relación, la cual termina por la misma causa.

Durante su primer embarazo, le comentaron que llegó a la casa de una amiga donde empezó a hablar como bebé, sin embargo, ella no recuerda este hecho. Cuando sus hijos eran pequeños, a veces tenía los comportamientos de su madre por lo que buscó ayuda psicológica, en una ocasión se encerró en el baño y se metió a la ducha vestida y empezó a llorar debido a su comportamiento, por lo que su pareja tuvo que romper la puerta, para sacarla, en ocasiones cuando salía de su casa perdía la noción del tiempo, y sus vecinos le mencionaban que caminaba por la ciudad sin rumbo, hecho del que manifiesta no ser consciente.

Hace algunos años “no quería que sus hijos salgan porque se sentía sola”. La paciente indica que sufre de convulsiones y tiene sensibilidad para percibir almas.

La paciente manifiesta cierto resentimiento hacia su madre padece de cáncer terminal, sin embargo, busca tener una buena relación con ella, posee una buena relación con sus dos hermanas. Yuriko se separó del padre de sus hijos debido a que le fue infiel refiere que actualmente tienen una relación cercana y que “le alegra la vida”.

La relación con sus hijos es buena. Presenta problemas económicos debido al pago de varios préstamos para la construcción de su vivienda, ya que la paciente es la única encargada de la manutención de sus hijos. Refiere que hace 5 años fue hospitalizada por un episodio de depresión, manifiesta que no se quería levantar de la cama, no quería comer e incluso tenía ideas y pensamientos de suicidio.

## **VI. OBSERVACIONES CONDUCTUALES**

Yuriko de 50 años, contextura gruesa, tez trigueña y cabello negro. Presenta un adecuado arreglo personal. Postura erguida, así mismo su tono de voz es calmado y sin agitación.

Se mostró colaboradora. Muestra un predominio de la atención activa y voluntaria, así como también se encuentra alerta a los diversos estímulos del ambiente. Está ubicada en tiempo, espacio y persona.

En relación al lenguaje expresivo, la paciente se expresa correctamente, así también posee una buena dicción. Su lenguaje comprensivo es adecuado, al no presentar problemas en la resolución de las preguntas planteadas.

El curso del pensamiento de la paciente es fijo, manteniendo el control y secuencia de sus ideas. En relación al contenido, manifiesta dificultades al realizar abstracciones, así mismo presenta engaños perceptivos de sentido de presencia. Presenta alucinaciones auditivas y visuales, debido a que escucha voces que “son ruidos como una radio mal sintonizada”, refiere que hace algunos años “cuando estaba sirviendo agua una voz me dijo no tomes esta agua esta envenenada”, y antes de hospitalizarse, las voces le manifestaron “que no se

interne". Relata que cuando era niña "tenía tres amigos, que su mama decía que eran imaginarios, que ella veía y escuchaba". Respecto a la memoria, presenta un adecuado funcionamiento a nivel general de su memoria, no obstante refiere que en varias oportunidades ha tenido "lagunas mentales".

Yuriko manifiesta que antes de ser hospitalizada, se encontraba triste, sin deseos de trabajar y realizar sus labores domésticas, actualmente se siente más tranquila y que desea superar esta situación. La paciente presenta conciencia de enfermedad.

## VII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Y. presenta Capacidad Intelectual Término Medio, posee un adecuado pensamiento racional, lógico, habilidades perceptuales, así como la capacidad de comparar y razonar analíticamente.

Presenta depresión grave, debido a sentimientos de tristeza, apatía, siente insatisfacción respecto a todo, disgusto consigo misma, ha perdido el interés por sus relaciones interpersonales así como también posee ideas autolíticas y falta impulso para la toma de decisiones.

Manifiesta rasgos de disciplina y evitación, por lo que procura ser perfeccionista, ordenada y planear cada paso, presenta respeto por las personas de autoridad, busca disfrutar del aprecio y afecto de sus relaciones interpersonales, sin embargo en ocasiones evita contacto social mostrándose, fría y distante, debido a que reprime sus emociones. Manifiesta falta de conciencia, pobre sentido de la realidad y objetividad, debido a su carácter enérgico, voluntarioso que no le permite aceptar sugerencias.

Puede experimentar intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de abatimiento y apatía, con pensamientos de suicidio y automutilación. Se muestra tensa, tiende a quejarse de una gran variedad de malestares físicos. Muestra falta de confianza, angustia, vulnerabilidad y susceptibilidad frente a situaciones problemáticas, ello se ve manifiesto en una actitud defensiva y agresiva, así como rasgos paranoides y masoquistas.

La paciente cuida su imagen, buscando causar una buena impresión en los demás, controla la espontaneidad de sus sentimientos y emociones, teniendo una mayor tendencia a la introversión y episodios depresivos. Así mismo se aprecian inhibiciones, complejos y una tendencia a esconder sentimientos de culpa, que pueden estar relacionados con problemas sexuales.

Se muestra tensa, indecisa, tiende a quejarse de una gran variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos y náuseas, manifestado por una incapacidad de relajación.

La paciente cuida su imagen, buscando causar una buena impresión en los demás por lo que controla la espontaneidad de sus sentimientos y emociones, teniendo una mayor tendencia a la introversión y episodios depresivos.

Posee un conflicto sin resolver, debido a que no sabe qué camino tomar, ya que presenta deseos de independencia y de cambiar el entorno que la rodea, así como una gran dependencia hacia el otro sexo, mostrando deseos de protección y de recibir atenciones.

Así mismo se aprecian inhibiciones, complejos y una tendencia a esconder sentimientos de culpa, que pueden estar relacionados con problemas sexuales.

### **VIII. DIAGNOSTICO**

De acuerdo al proceso de evaluación psicológica integral la paciente presenta características de personalidad orientadas a la inestabilidad emocional, impulsividad, ánimo depresivo, desvalorización de sí misma, sensación de vacío y conducta autodestructiva, configurando a sí un Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad de Tipo Límite según la clasificación del CIE 10 (F60.31).

Así mismo presenta un Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos CIE-10 F33.3.

## **IX. PRONOSTICO**

Favorable, debido que cuenta con el soporte familiar y es consciente del problema actual.

## **RECOMENDACIONES**

- Psicoterapia individual para el manejo del control de impulsos y toma de decisiones.
- Étnicas cognitiva- conductual.
- Orientación Familiar

**Arequipa ,23 de octubre del 2019**

## **PLAN PSICOTERAPÉUTICO**

### **I. DATOS DE FILIACIÓN:**

Nombres y Apellidos : Y. S.I. C.  
Edad : 50 años  
Fecha de nacimiento : 24/08/1969  
Lugar de nacimiento : Ica  
Grado de instrucción : Superior  
Estado civil : Soltera  
Ocupación : Docente  
Informante : La Paciente  
Lugar de evaluación : HNCAS  
Responsable : Alexander rojas monroy  
Historia Clínica : 180782

### **II. DIAGNOSTICO O CONCLUSION**

La paciente presenta un Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad de Tipo Límite según la clasificación del CIE 10 (F60.31). Así mismo presenta un Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos (F33.3).

### **III. OBJETIVO GENERAL**

Promover el desarrollo de la autoestima, modificar ideas erróneas acerca de sí mismo y del medio, formación de identidad y control emocional y conductual.

### **DESCRIPCION DEL PLAN PSICOTERAPEUTICO**

El Plan Psicoterapéutico se desarrollara en 10 sesiones:

## **SESION 1:**

- **Objetivo:**

Disminuir los sentimientos de depresión.

- **Tiempo:**

45 minutos

- **Técnica:**

Restructuración Cognitiva

- **Descripción de la sesión:**

Se inicia la sesión indicando a la paciente que la depresión incluye tres componentes:

- A nuestros pensamientos
- Nuestras acciones
- Y principalmente se relaciona con nuestros sentimientos

Por lo cual debemos identificar cuáles son nuestros pensamientos y acciones que influyen en nuestros sentimientos, y como podemos aprender a tener una mejor control sobre ellos.

Por ejemplos, la próxima se puede levantar sitiándose muy deprimida y enferma, por lo que puede pensar:

Me siento demasiado enferma para ir a terapia, (no voy a terapia).

Por lo cual la depresión produce tres ciclos:

- DEPRESION	- DEPRESION	- DEPRESION
Actividades Bajas	Pensamientos Negativos	Pocos y negativos contactos con la gente.

Por lo cual el propósito de la terapia es romper con estos ciclos.

Posteriormente se le entrega la lectura acerca de la depresión y se analizan los puntos:

La depresión puede significar:

- a) un sentimiento que dura unos cuantos minutos.
- b) un estado de ánimo que dura de unas horas a unos cuantos días.
- c) una condición clínica que dura al menos dos semanas.

El propósito de este grupo es tratar la depresión clínica. Los síntomas de una depresión clínica están descritos abajo

### **LA DEPRESIÓN MAYOR**

#### **Descripción**

- Problema del estado de ánimo muy serio que hace difícil llevar a cabo nuestros deberes diarios.
- Dura más que 2 semanas.
- Puede ocurrir en cualquier época en su vida.
- Causa 5 o más de los 9 síntomas detallados abajo casi a diario por el día entero.

#### **Los 9 Síntomas de la Depresión Mayor**

- Sentirse deprimido(a) o decaído(a) casi a diario.
- Pérdida de interés o placer en actividades.
- Cambios grandes en su apetito o peso (mucho más o mucho menos que antes).
- Cambios en el sueño (duerme demasiado o muy poco, tiene dificultades para quedarse dormido(a), despertarse frecuentemente o más temprano de lo normal)
- Cambios en la manera en que se mueve (ya sea estar muy inquieto o moverse muy lentamente).
- Sentirse muy cansada(o), agotada(o), todo el tiempo.
- Sentirse inútil/devalorizado (a) o demasiado culpable.
- Tener problemas pensando, concentrándose o tomando decisiones.
- Tener muchos pensamientos acerca de la muerte, deseando estar muerto(a), o pensando en hacerse daño (suicidarse).

#### **¿Cuán Común?**

- Casi todo el mundo se siente triste en algún momento de su vida.
- La mayoría de adultos saben lo que significa estar deprimido, y muchos han tenido sentimientos de depresión.
- 10-25% de mujeres sufrirán al menos un episodio serio de depresión mayor.
- 5-12% de hombres sufrirán al menos un episodio serio de depresión mayor.

#### **¿Qué Factores Pueden Poner En Marcha Una Depresión?**

- El no tener suficiente dinero
- El perder contacto con personas cercanas, ya sea porque están lejos, o por fallecimiento
- Desequilibrios químicos en su organismo
- Problemas de salud
- El usar drogas o alcohol
- Eventos traumáticos o estresantes

#### **¿Qué Hacer?**

- Siga con la medicación.
- Use las destrezas que aprende.
- Déjenos saber si tiene muchos pensamientos acerca de la muerte o el suicidio para que podamos ayudarle.

Se finaliza la terapia, pidiéndole a la paciente que para la próxima sesión a que identifique sus pensamientos negativos.

- **Materiales:**

Lectura.

### **SESION 2:**

- **Objetivo:**

- Identificar pensamientos negativos en situaciones de la vida cotidiana y sustituirlos por ideas y consecuencias positivas.

- **Tiempo:**

45 minutos

- **Técnica:**

Restructuración Cognitiva

- **Descripción de la sesión:**

Se explicara a la paciente la hoja “Los 10 mecanismos para crear pensamientos erróneos” y se le pedirá que identifique, cuál de estos pensamientos ha presentado o presenta actualmente.

Mecanismo	Definición	Enunciados típicos
Hipergeneralización.	Sacar conclusiones generales incorrectas de un hecho o detalle concreto.	Todo el mundo, Siempre... Nadie...
Designación global.	Hacer afirmaciones simplistas que dan una visión distorsionada de uno mismo.	Soy un... Soy muy...
Filtrado negativo.	Ver las cosas fijándose sólo en lo negativo.	Esto está mal... y esto... y esto... y esto...

Pensamiento polarizado	Ver las cosas como enteramente buenas o enteramente malas.	Soy totalmente... Es totalmente...
Autoacusación.	Sentirse culpable de todo, sea responsable o no de lo ocurrido.	No sé cómo, pero lo tenía que haber evitado...  Siempre lo estropeo todo...
Personalización o autoatribución.	Creer que los demás ven las cosas como uno mismo.	Seguro que se refiere a mí...  Lo ha dicho por mí...
Proyección	Pensar que todo está bajo nuestro control.	Por qué no hacemos esto, a mi hermano le gusta...  Tengo frío, ponte un abrigo
Hipercontrol.	Pensar que todo está bajo nuestro control.	Puedo con todo...
Hipocontrol.	Pensar que nada está bajo nuestro control.	No puedo hacer nada...  Pasará lo que tenga que pasar...
Razonamiento emocional	Usar sentimientos, prejuicios, simpatías o antipatías para valorar la realidad.	No me cae bien, luego lo hace mal...

Posteriormente se le indica que estos pensamientos son pensamientos automáticos, se caracterizan porque son pensamientos fugaces, conscientes, pueden entenderse como la expresión o manifestación clínica de las creencias. Ya que en general las personas no son plenamente conscientes de sus creencias, pero sí lo son o lo pueden llegar a ser de sus pensamientos automáticos. Se explica a mayor profundidad mediante un ejemplo: una

mujer que estando en una fiesta mira a un hombre que le gusta y se dice: “Estás fea”, “No te va a *dar bola*”, “Igual te vas a quedar sola” o “Te va terminar dejando”. Estos pensamientos automáticos podrían corresponder a una creencia nuclear del tipo: “No merezco el amor de nadie”.



Se le indica al paciente aplique este pensamiento así mismo y que reconozca la irracionalidad de sus ideas.

### SESION 3: “ABC”

- **Objetivo:** Descubrir las creencias irracionales que producen emociones o conductas contraproducentes.
- **Técnica:** Modelo ABC
- **Tiempo:**  
45 minutos
- **Descripción:**

Se le indica a la paciente que las creencias irracionales, producen en nosotros una cadena, por ejemplo:

Nadie me llama para salir	No sirvo para nada. (B)	Me quedo en casa sola (tristeza) (C)
<b>Acontecimiento activado</b>	<b>Sistema de creencias</b>	<b>Consecuencias</b>

El acontecimiento activador (A) es la situación que inicialmente se piensa como la causa de los estados emocionales negativos o desagradables.

El sistema de creencias (B) es el factor mediador que liga el acontecimiento activador con las consecuencias. Las creencias irracionales son aquellas ideas que tienden a desencadenar un estado emocional o físico extremadamente negativo. La consecuencia (C) es el estado emocional comúnmente considerado como resultado del acontecimiento activador. Algunas consecuencias típicas incluyen estados emocionales extremadamente negativos: rabia, celos, culpa, depresión o ansiedad, o estados físicos: tensión muscular, malestar gastrointestinal, alteraciones en la presión arterial, etc.

### **TAREA PARA CASA.**

Se le pedirá a la paciente que registre los pensamientos irracionales que se presenten a lo largo de la semana, los desafíos a esos pensamientos y las creencias racionales. También que escriba las consecuencias de esos pensamientos, así como los efectos que le traen en lo emocional, conductual y cognitivo.

### **SESION 4:**

- **Objetivo:**
  - Construir un concepto positivo de sí mismo.
- **Técnica:**

## Restructuración cognitiva

- **Tiempo:**  
45 minutos

- **Descripción de la sesión:**

- Se le brinda una hoja a la paciente y se le pedirá que se dibuje a sí misma, en otra hoja deberá hacer una lista con las cosas que le agradan de él tanto física y psicológicamente, del mismo modo se indicara que a un costado escriba las cosas que no le gustan de sí.
- Terminada la lista, se le pedirá a la paciente que por cada cosa que no le gusta de si mismo rompa un trozo de su dibujo, y que por cada cosa que le agrada una los pedazos con una cinta.
- Se analizara el dibujo indicando que por más que tratamos de unirlo no quedo igual que al principio, incluso que quedaron partes que no fueron pegadas, y eso es lo que sucede con nosotros cuando no reconocemos nuestras cualidades y anteponemos los defectos.
- A continuación se le pedirá que con lista de la cualidades trate de hacer una frase como la siguiente:

*“Soy bienintencionada, soy responsable, me gusta mi pelo, soy capaz de amar, soy bueno en las matemáticas, sé ahorrar por poco que sea, conduzco bien, cuido las plantas con cariño, acepto mis debilidades, disfruto la compañía de tales amigos, lavo los platos muy bien...”*

- Que lea la lista en voz alta y que la ponga en un lugar visible, para que recuerde sus cualidades. Para finalizar, se pide a la paciente que nombre las 3 cualidades que le gusten más de sí, y 3 defectos, se pone en contrapeso, resaltamos que esas cualidades tienen mayor valor que los defectos, por lo cual es importante valorarnos, reconocer la importancia de nuestra vida para nosotros mismo y en la vida de los demás: familia, amigos.

- **Materiales:**

- Hojas
- Cinta scotch

## SESION 5: ACENTUAR LO POSITIVO

- **Objetivo:**

Lograr que la paciente pueda derribar las barreras impuestas por el mismo debido a que no le permite tener un buen concepto propio; mejorar la imagen de sí mismo mediante el intercambio de comentarios y cualidades personales.

- **Técnica:** Técnicas Expansivas
- **Tiempo:** 45 minutos
- **Descripción:**

Se indica a la paciente que muchos hemos crecido con la idea de que no es "correcto" el autoelogio o, para el caso, elogiar a otros. Con este ejercicio se intenta cambiar esa actitud al hacer que el paciente revele cuales personas de sí mismo. En este ejercicio, cada persona da la respuesta a una, dos o las tres dimensiones sugeridas:

Dos atributos físicos que me agradan de mí mismo.

Dos cualidades de personalidad que me agradan de mí mismo.

Una capacidad o pericia que me agradan de mí mismo.

Posteriormente se pide a la paciente que explique cada comentario positivo. No se permiten comentarios negativos. (Dado que la mayor parte de las personas no ha experimentado este encuentro positivo, quizás necesiten un ligero empujón de parte de usted para que pueda iniciar el ejercicio).

Finalmente se realizaran las siguientes preguntas para su reflexión:

¿Cómo se sintió al mencionar una calidad de sí mismo?

¿Fue difícil señalar una cualidad al iniciar el ejercicio?

¿Cómo considera ahora el ejercicio?

Se resalta los aspectos positivos del paciente.

## **SESION 6:** El Elevador

- **Objetivo:**

Aumentar el sentido de la presencia en situaciones inacabadas del pasado.

- **Técnica:** El Elevador Gestalt

- **Tiempo:** 45 minutos

- **Descripción:**

Se inicia la terapia mediante una técnica de relajación, una vez que el paciente se encuentra relajado, se le brinda la siguiente consigna:

"Imagínese que usted está en el piso superior de un edificio que sea tantas pisos tan alto como usted tiene años de edad. En éste piso usted es en el centro de la situación que usted ha referido. Está allá?

Ahora imagínese que usted está frente a un elevador con las puertas de cristal. Entre el elevador y dé vuelta alrededor de modo que usted pueda ver hacia fuera a través de las puertas. Se cierran, y como comienza hacia abajo, cada piso que usted pasa sea un año de su vida. Note cualquier situación que usted vea que se asemeja éste, y con cada dígame cuántos años tiene usted en ese punto y describa brevemente la situación.

Se una que se realiza la descripción se identifican los períodos de conflicto, para posteriormente cerrar el círculo.

## **SESION 7:**

- **Objetivo:** Facilitar la expresión de sentimientos escondidos.

- **Técnica:** Silla Vacía

- **Tiempo:**

45 minutos

### **Descripción:**

Se inicia la terapia mediante una técnica de relajación, una vez que el paciente se encuentra relajado, se pide que cierre los ojos y imagine a su madre. Se pone físicamente frente a la paciente una silla, se le pide concentrar toda su atención en la silla e imaginar ahí la figura previamente identificada. Se le pide que describa la forma que tiene la figura. Si es una persona, se describe a la persona en su estado físico: ropa, apariencia, edad, gestos, lugar, lo que esté haciendo, etc. El terapeuta observa detenidamente el impacto que tiene en el paciente imaginar ahí a tal persona se solicita a la paciente que cambie de silla físicamente y que represente su propia proyección. Una vez que ha regresado a su silla, las preguntas más frecuentes son: ¿Cómo escuchas lo que te dice? ¿Qué te parece? ¿Cómo te sientes al respecto?.

El terapeuta debe ponderar el número de cambios convenientes entre silla y silla. Esto es, cuanta cantidad de dialogo se necesita para que la persona tome conciencia de sus partes disociadas.

Una vez de regreso en la silla original, se le pide a la paciente que cierre sus ojos (para aumentar la fuerza de la imagen proyectada, pasando del contacto ambiental al contacto interno), que imagine esa parte suya proyectada en la silla vacía, que la acerque hacia sí mismo y la deposite en algún lugar de su cuerpo que no sea la cabeza (para evitar más racionalizaciones), y la deposite en el cuerpo (para promover la sensibilidad). El terapeuta observa en qué región corporal la deposita, pues sabe que cada parte guarda un sentido simbólico con las necesidades afectivas del paciente. Observa el ritmo del paciente en el manejo de la imagen, confiere el tiempo que requiere para recuperar su proyección. Este tiempo varía considerablemente entre un paciente y otro. Posteriormente recuperada la proyección, le pide que borre todas las imágenes creadas hasta el momento y que lentamente vaya regresando a este espacio y momento.

Pide que abra los ojos. Le da suficiente tiempo para que se recupere de la experiencia. Identifica su estado afectivo y da por concluida la sesión.

## **SESION 8:**

- **Objetivo:** Aceptar la responsabilidad de sus acciones
- **Técnica:** Técnicas Expresivas
- **Tiempo:**  
45 minutos
- **Descripción:**

Esta técnica se basa, por ejemplo, cuando un sujeto expresa algo que le está sucediendo, se le puede decir que añada a esa percepción: "Y me hago cargo de ello". Resulta así: "Me doy cuenta de que mi voz es tranquila, y me hago responsable de ello". "Me doy cuenta de que estoy nervioso e intranquilo, y me hago responsable de ello". Con esta fórmula, el paciente deja de echar la culpa al mundo de sus estados, y tiene la oportunidad de hacer algo por sí mismo para cambiar o disminuir sus consecuencias.

Sirve para que la persona se responsabilice de sus percepciones y actos, y para evitar que vaya por la vida echando la culpa de todo lo que le pasa a los demás.

Se pide a la paciente que identifique las conductas que le ocasionan problemas y que la escriba y al momento de leerlas diga "me hago responsable de ello".

## **SESION 9:**

- **Objetivo:**  
Introducir a la paciente las ideas centrales del comportamiento asertivo.
- **Técnica:** Entrenamiento Asertivo
- **Tiempo:**  
45 minutos
- **Descripción:**

Se pregunta a la paciente, si conoce que es la asertividad mediante una lluvia de ideas, paso seguido se pasa a explicar:

El comportamiento asertivo se caracteriza por no violentar ni los derechos de uno mismo ni los de los demás. Consiste en expresar sentimientos y preferencias propios de una manera directa, honesta y adecuada. La persona asertiva muestra respeto hacia los sentimientos de los demás y facilita la comunicación.

El comportamiento no asertivo o pasivo se describe como la negación de los derechos propios y la expresión de los sentimientos de uno mismo. Usualmente incluye expresiones formuladas de manera indirecta que favorecen las malas interpretaciones.

A continuación, se procederá a representar escenas que muestren los tres tipos de comportamiento, un ejemplo de esas escenas es el siguiente:

"Imagine que lo examinará un médico y le prescribirá un medicamento que usted no conoce, tampoco le dará ningún diagnóstico. El médico parece tener prisa y a usted le gustaría saber el diagnóstico y recibir una explicación sobre su decisión de recetar ese fármaco".

Posteriormente se describen una serie de características de las diferentes formas de comportamiento, en cuanto a los efectos que tiene sobre el que la emite y el que la recibe.

<b>NO ASERTIVA</b>	<b>AGRESIVA</b>	<b>ASERTIVA</b>
<b>COMO EMISOR</b>		
Autodenigrado, inhibido, ansioso, permite que otros decidan por él. No logra la meta deseada.	Actúa a expensas de otro, expresivo, desprecia a otros, elige por los demás, logra la meta lastimando a otros.	Autoengrandecedora, expresiva, se siente bien, decide por sí mismo. Puede lograr la meta deseada.

COMO RECEPTOR		
Autodenigrado, lastimado, humillado, defensivo, no logra la meta deseada.	Culpable o enojado, desprecia al emisor, logra la meta deseada a costa del emisor.	Autoengrandecido, expresivo, puede lograr la meta deseada.

Después, se le explicará el papel que juegan los pensamientos irracionales en el comportamiento asertivo. Se le presentan algunos ejemplos típicos de pensamientos distorsionados que suelen acompañar a la incompetencia social:

- 1) "Si digo como me siento realmente, no les voy a gustar y eso sería insopportable."
- 2) "Mi opinión no es realmente lo suficientemente importante como para decirle algo."
- 3) "No debería tener estos sentimientos, así que más vale que me los guarde para mí." Por otro lado, se explican los componentes no verbales de la conducta asertiva:

**Contacto visual:** Es muy importante para transmitir una imagen asertiva. La ausencia de contacto visual puede transmitir mensajes indeseados como "estoy nervioso" o "no creo lo que estoy diciendo".

**Tono de voz:** Incluso el mensaje más asertivo puede perderse si se transmite en un tono de voz demasiado bajo. Éste da la impresión de inseguridad y/o temor, además de que puede distraer al receptor y/o ponerlo a la defensiva.

**Postura:** Una posición adecuadamente asertiva puede variar de una situación a otra. Como regla general se debe intentar mantener el cuerpo erguido en una postura que no sea rígida, ni demasiado relajada, que podría malinterpretarse como poco respetuosa.

**Expresión facial:** Un problema común que puede diluir el mensaje asertivo es que la expresión de la cara no sea congruente con lo que se está diciendo, como sonreír mientras se afirma "esto me enfurece".

**Tiempo:** La afirmación asertiva mejor construida puede ser desaprovechada si se presenta en un momento inadecuado. Es probable que el jefe responda de una manera poco favorable a una petición de aumento, independientemente de lo bien que se haya construido la solicitud, si se ve abordado precipitadamente antes de entrar a una reunión importante.

**Contenido:** Todos los componentes asertivos mencionados anteriormente pueden ser inútiles si el contenido del mensaje es amenazador, agresivo o ambiguo.

Una vez concluida la explicación de los componentes de la conducta asertiva se llevará a cabo un ejercicio de autoanálisis racional. En éste se solicita a la paciente que haga una descripción por escrito de alguna situación en la que quisiera comportarse asertivamente pero que le resulta difícil debido a algún miedo u otra emoción intensa que no le permite hacerlo. En seguida se le pide que exteriorice los pensamientos negativos que vienen a su mente cuando intentara responder asertivamente. Después se realiza el procedimiento de desafío de pensamientos negativos y así cambiar el mensaje:

a) Identificando el defecto de la idea.

-¿es cien por ciento cierta esta idea?

-¿la consecuencia que temo, va a ocurrir definitivamente?

-¿qué es lo que sé acerca de mí mismo y de otros que me hace pensar que esto va a ocurrir?

b) Las implicaciones de la conducta.

-Aunque sucediera lo que tanto temo, ¿es catastrófico? ¿Puedo enfrentarlo?

-¿Qué implicaciones tiene este acontecimiento negativo para mí? ¿Esto me convierte en una persona mala o poco valiosa? ¿Hace esto mala a la otra persona?, si no es así, ¿qué es lo que realmente pasa conmigo y con la otra persona?

### **TAREA PARA CASA.**

Se le asigna a la paciente la tarea de observar y escribir por lo menos tres situaciones en su vida cotidiana en las que las personas se comportaran de acuerdo a los tres tipos de respuesta, marcando cuál es la adecuada. Usar el autoanálisis racional en tres situaciones durante la semana. Identificar otras situaciones en las que se pudiera aplicar durante la siguiente fase.

### **SESION 10: Dar y recibir cumplidos.**

- **Objetivo:** Reconocer los aspectos positivos en uno mismo y en los demás.
- **Técnica:** Entrenamiento Asertivo
- **Tiempo:** 45 minutos
- **Descripción:**

Se empieza la sesión indicando a la paciente que son los cumplidos: Los cumplidos son expresiones agradables que damos a otras personas o que recibimos de ellas.

Ejemplos de cumplidos:

¡Qué bien le das al balón !

¡Eres muy guapo !

¡Qué ojos tan grandes tienes !

Los cumplidos hacen que nos sintamos bien.

Se indica que en el cumplido hay dos componentes:

El darlo Y El recibarlo

El dar cumplidos significa que queremos decir algo positivo o agradable a otra persona.

El dar y recibir cumplidos hace que la mayoría de la gente se sienta bien consigo misma.

Se recalca que el aceptar un cumplido es tan importante como darlo.

Se acepta un cumplido dando las gracias o respondiendo con otro cumplido.

Después se procede a simular las formas como típicamente se responde ante un cumplido, disminuyendo la probabilidad de que la otra persona lo vuelva a hacer: negándolo, regresándolo inmediatamente o rechazándolo. Después de simular las formas negativas en las que se dan cumplidos: auto-despreciándose, haciendo sarcasmos o enfatizando primero un defecto y se demuestran algunas formas adecuadas de recibir cumplidos. En seguida se le pide que piense en alguna característica positiva del terapeuta, se lo exprese y éste responderá el elogio.

### **TAREA PARA CASA.**

El paciente debe hacer tres cumplidos diariamente durante toda la semana, que evalúe qué tan cómodo y directo se siente al hacerlo. Si observa algún comportamiento que quisiera cambiar en ese tipo de interacciones, debe ensayarla varias veces hasta que le agrade la forma en que lo haga.

### **SESION 11: Conversaciones sociales.**

- **Objetivo:** Fomentar el desarrollo de las relaciones interpersonales del paciente.
- **Técnica:** Entrenamiento Asertivo/ Modelamiento
- **Tiempo:** 45 minutos
  
- **Descripción:**

Se realiza una breve introducción que describa los componentes de las habilidades de conversación: preguntas abiertas, responder a información libre, parafrasear, hacer autorevelaciones, cambiar de tópico, interrumpir para participar en conversaciones en marcha y terminar conversaciones.

Se hace la distinción entre preguntas abiertas y cerradas, ya que las primeras permiten que la conversación fluya más fácilmente y se aumenta la probabilidad de recibir más información libre a la cual se puede responder. Mientras que las segundas son las que pueden contestarse con

monosílabos. Generalmente las preguntas abiertas comienzan con palabras como quién, qué, dónde, cuándo o por qué. La información libre es aquella que se proporciona al responder y que es adicional a lo que se preguntará; la que el interlocutor da sin que se le haya solicitado. Así, se puede continuar sobre el tópico inicial o sobre la información libre que se proporciona. Cuando se recibe información libre usualmente implica que la persona no tiene ningún problema para abordar ese tema. La persona que da información libre está haciendo auto-revelaciones.

Cambiar de tópico. Se recomienda utilizar esta habilidad cuando la conversación empieza a enfocarse en un área en la que no se está interesado. Para cambiar de tópico se sugiere hacer otra pregunta abierta, continuar sobre la información libre que se recuerde o hacer una auto-revelación acerca de un tópico de interés.

Interrumpir y participar en conversaciones en marcha. Cuando las personas que están dispuestas a que otra participe, su vista se dirige hacia la nueva persona, establecen contacto visual y se alinean de tal forma que quedan orientados hacia el nuevo. Se debe cuidar entonces la distancia corporal, poner atención al contexto de la conversación y participar con alguna declaración apropiada de auto-revelación, opinión, interés o información libre, cuando sea apropiado.

Terminar conversaciones. Existen diversas estrategias para concluir una conversación. Se pueden utilizar las fórmulas convencionales, o cambiar el contenido de la conversación, haciendo menos preguntas abiertas y auto-revelaciones, se puede también decrementar el contacto visual e incrementar el espacio corporal.

El paciente practicará con el terapeuta cada una de estas habilidades dándole retroalimentación sobre su ejecución.

## **TAREA PARA CASA.**

Conversar con alguna persona conocida usando las tres respuestas (asertiva, no asertiva y agresiva) y observar las reacciones de esa persona en los tres casos.

## **SESION 12: Realizando mi plan de vida**

- **Objetivo:**

Reflexionar acerca de su futuro de manera, elaborando un plan de vida.

- Duración: 60 minutos
- **Técnica:** Imaginería
- **Tiempo:** 45 minutos
- **Descripción:**

Se pide a la paciente que se relaje y cierre los ojos, que piense cómo se ve dentro de 7 años y en especial cómo imagina que será su trabajo, qué les gustaría, etc.; esto durará aproximadamente 3 minutos.

Posteriormente, en una hoja de papel deberá expresar con dibujos y por escrito la situación imaginaria. Se les sugiere que en un lado de la hoja pueden hacer el dibujo y en el reverso pueden escribir sus comentarios o algo así como un relato o historia de cómo fue su camino para llegar a lo que son dentro de 7 años.

- Al finalizar la actividad, el paciente podrá explicar el significado de sus dibujos y los comentarios que escribió.

Se puede reflexionar sobre las siguientes preguntas:

¿Cómo se sintieron al imaginar sus vidas en 7?

¿Qué tareas y compromisos deben asumir hoy para lograr su proyecto personal?

¿Qué situaciones serían un obstáculo para lograrlo y cómo se podrían evitar?

Para finalizar se resalta la importancia de realizar esta actividad pues le permite darse un tiempo de reflexión en relación a su futuro, las metas que se plantea y los pasos que debe seguir para alcanzarlas, identificando los valores que le motivan a lograr su sueño.

**AVANCES TERAPEUTICOS:**

SESIÓN	OBJETIVO	AVANCES TERAPEUTICOS				OBSERVACIONES
		SL	LP	NL	%	
Sesión 1	Disminuir los sentimientos de depresión.		X		5%	Paciente se muestra colaboradora, sin embargo muestra cierta somnolencia debido a la medicación.
Sesión 2	Identificar pensamientos negativos en situaciones de la vida cotidiana y sustituirlos por ideas y consecuencias positivas.	X			9%	Paciente realiza autocritica y muestra disposición para superar su situación actual.
Sesión 3	Descubrir las creencias irracionales que producen emociones o conductas contraproducentes.	X			8%	as y le ón. stra mo la
Sesión 4	Construir un concepto positivo de sí mismo.		X		5%	
Sesión 5	Lograr que la paciente pueda derribar las barreras impuestas por si misma debido a que no le permite tener un buen concepto propio; mejorar la imagen de sí mismo mediante intercambio de comentarios y cualidades personales.		X		5%	ia.
Sesión 6	Aumentar el sentido de la presencia en situaciones inacabadas pasado.		X		8%	oce su cho en por ide
Sesión 7	Facilitar la expresión de sentimientos escondidos.					
Sesión 8	Aceptar la responsabilidad sus acciones asertivo.					
Sesión 9	Introducir a la paciente ideas centrales comportamiento asertivo.					

Sesión 10	Reconocer los aspectos positivos en uno mismo y en los demás.					
Sesión 11	Fomentar el desarrollo de las relaciones interpersonales del paciente.					
Sesión 12	Reflexionar acerca de su futuro de manera, elaborando un plan de vida.	X		8%	Paciente muestra buen ánimo debido a alta, presenta buen estado de ánimo y muestra gran entusiasmo y disposición para salir adelante.	
		<b>TOTAL</b>		3%		

# ANEXOS

- Test de Matrices Progresivas para la medida de la Capacidad Intelectual, (RAVEN)
- Inventario de Depresión de Beck
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon II(MCMII)
- Test Proyectivo del dibujo del árbol
- Test Proyectivo de la Figura Humana (Machover)

--	--	--	--	--	--	--	--

Edad: 41 Nivel escolar o grado terminado: Superior

A	B	C	D	E
1 4 / 1	2 / 1	8 / 1	3 / 1	7 /
2 5 / 2	6 / 2	2 ✓ 2	4 / 2	6 /
3 4 / 3	1 / 3	3 ✓ 3	3 / 3	3 x
4 2 / 4	2 / 4	3 x 4	7 / 4	4 x
5 6 / 5	1 / 5	7 ✓ 5	8 / 5	7 x
6 3 / 6	3 / 6	4 ✓ 6	6 / 6	8 x
7 6 / 7	6 x 7	5 ✓ 7	4 x 7	4 x
8 2 / 8	6 / 8	6 x 8	4 / 8	7 x
9 6 x 9	4 / 9	1 x 9	3 x 9	1 ✓
10 3 ✓ 10	3 ✓ 10	9 x 10	2 / 10	8 x
11 1 ✓ 11	4 ✓ 11	5 x 11	6 x 11	8 x
12 6 x 12	4 x 12	2 ✓ 12	5 x 12	8 x

Punt. Parc. 8 Punt. Parc. 8 Punt. Parc. 7 Punt. Parc. 8 Punt. Parc. 3  
0% - 3 0% - 2 0% - 1 0% 0 DISC. 0

#### Actitud del Sujeto

##### Forma de trabajo

- Reflexión - Intuitiva
- Rápida - Lenta
- Inteligente - Torpe
- Concentrada - Distraída
- Disposición
- Dispuesta - Fatigada
- Intercsada - Desinteresada
- Tranquila - Intranquila
- Segura - Vacilante
- Perseverancia
- Uniforme - Irregular

#### DIAGNOSTICO

Edad cron. 41 A ♂	Pujante 34
T/minutos 8	Porcent. 50
Descrip.	Rango III
Diagnóstico	Intelectualmente desarrollado medio

Examinador



## INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos .A continuación ,señale cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ULTIMA SEMANA , INCLUIDO EL DÍA DE HOY** . Rodee con un circulo el numero que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo , hay mas de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. **Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo ante de hacer la elección .**

1.    0 No me siento triste.  
      1 Me siento triste.  
       Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.  
      3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2.    0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.  
      1 Me siento desanimado de cara al futuro.  
       Siento que no hay nada por que luchar.  
      3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- 3       No me siento como un fracasado.  
      1 He fracasado más que la mayoría de personas.  
      2 Cuando miro hacia atrás , lo único que veo es un fracaso tras otro.  
      3 Soy un fracaso total como persona.
4.    0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.  
      1 No disfruto de las cosas tanto como antes.  
       Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.  
       Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.
5.    0 No me siento especialmente culpable.  
      1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.  
       Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.  
      3 Me siento culpable constantemente.
6.     No creo que esté siendo castigado.  
      1 Siento que quizá esté siendo castigado.  
      2 Espero ser castigado.  
      3 Siento que estoy siendo castigado.
7.    0 No estoy descontento de mí mismo.  
       Estoy descontento de mi mismo.  
       Estoy a disgusto conmigo mismo.  
      3 Me detesto.
8.    0 No me considero peor que cualquier otro.  
       Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.  
       Continuamente me culpo por mis faltas.  
      3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9.    0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
       A veces pienso en suicidarme , pero no lo haré.  
      2 Desearía poner fin a mi vida.  
      3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

35  
Depresión  
Grave

10. 0 No lloro más de lo normal  
1 ahora lloro más que antes  
 Lloro continuamente  
3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga
11. 0 No estoy especialmente irritado  
 Me molesto o irrito mas fácilmente que antes  
2 Me siento irritado continuamente.  
3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
12. 0 No he perdido el interés por los demás .  
1 Estoy menos interesado en los demás que antes .  
 He perdido gran parte de interés por los demás .  
3 He perdido todo interés por los demás .
13. 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes .  
1 Evito tomar decisiones más que antes .  
 Tomar decisiones me resulta mucho mas difícil que antes .  
3 Me es imposible tomar decisiones .
14. 0 No creo tener peor aspecto que antes  
 Estoy preocupado por que parezco envejecido y poco atractivo.  
2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.  
3 Creo que tengo un aspecto horrible.
15. 0 Trabajo igual que antes.  
1 Me cuesta mas esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.  
 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.  
3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
16. 0 Duermo también como siempre.  
 No duermo tan bien como antes.  
2 Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.  
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.
17. 0 No me siento mas cansado de lo normal.  
1 Me canso más que antes.  
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.  
3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18.  Mi apetito no ha disminuido.  
1 No tengo tan buen apetito como antes.  
2 Ahora tengo mucho menos apetito.  
3 He perdido completamente el apetito.
19.  No he perdido peso últimamente  
1 He perdido mas de 2 kilos  
2 He perdido mas de 4 kilos  
3 He perdido mas de 7 kilos  
Estoy tratando intencionadamente  
de perder peso comiendo menos  
SI ..... NO .....
20. 0 No estoy preocupado por mi salud  
 Me preocupa los problemas físicos como dolores etc., el malestar de estómago o los catarros.  
2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.  
3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
21. 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.  
1 La relación sexual me atrae menos que antes.  
2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.  
 He perdido totalmente el interés por el sexo.

**INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE MILLON (II)**  
HOJA DE RESPUESTA

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

1	X	F
2	V	X
3	V	X
4	X	F
5	X	F

31	V	X
32	V	X
33	X	F
34	V	X
35	V	X

61	X	F
62	V	X
63	V	X
64	X	X
65	V	X

91	V	X
92	V	X
93	V	X
94	V	X
95	X	F

121	V	X
122	X	F
123	X	F
124	V	X
125	V	X

151	X	F
152	V	X
153	X	X
154	V	X
155	V	X

6	V	X
7	V	X
8	X	F
9	V	X
10	V	X

36	X	F
37	V	X
38	V	X
39	X	F
40	V	X

66	X	F
67	X	F
68	X	F
69	V	X
70	V	X

96	X	F
97	X	F
98	X	F
99	X	F
100	V	X

126	X	F
127	X	F
128	X	F
129	V	X
130	V	X

156	X	F
157	V	X
158	V	X
159	X	F
160	V	X

11	X	F
12	X	F
13	X	F
14	V	X
15	V	X

41	V	X
42	V	X
43	V	X
44	V	X
45	X	F

71	X	F
72	X	F
73	X	F
74	V	X
75	X	F

101	X	F
102	X	F
103	V	X
104	X	F
105	V	X

131	V	X
132	X	F
133	X	F
134	X	F
135	X	F

161	X	F
162	V	X
163	X	F
164	X	F
165	X	F

16	X	F
17	V	X
18	X	F
19	X	F
20	X	F

46	X	F
47	V	X
48	V	X
49	X	F
50	V	X

76	X	F
77	V	X
78	X	F
79	X	F
80	V	X

106	V	X
107	X	F
108	X	F
109	V	X
110	X	F

136	V	X
137	X	X
138	X	F
139	X	X
140	X	X

166	X	F
167	X	F
168	V	X
169	V	X
170	V	X

21	V	X
22	X	F
23	V	X
24	V	X
25	X	F

51	V	X
52	X	F
53	X	F
54	X	F
55	X	F

81	X	F
82	V	X
83	X	F
84	V	X
85	X	F

111	V	X
112	X	F
113	X	F
114	X	F
115	X	F

141	X	X
142	V	X
143	X	X
144	X	X
145	X	X

171	X	F
172	V	X
173	X	F
174	X	F
175	V	X

26	X	F
27	X	F
28	X	F
29	X	F
30	V	X

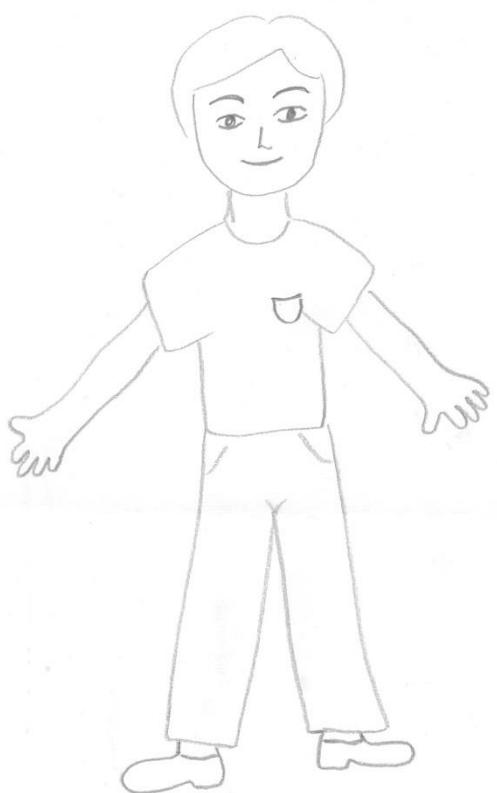
56	X	F
57	V	X
58	X	F
59	X	F
60	V	X

86	V	X
87	V	X
88	X	F
89	X	F
90	V	X

116	V	X
117	X	F
118	X	F
119	V	X
120	X	F

146	V	X
147	X	F
148	X	F
149	X	F
150	X	F

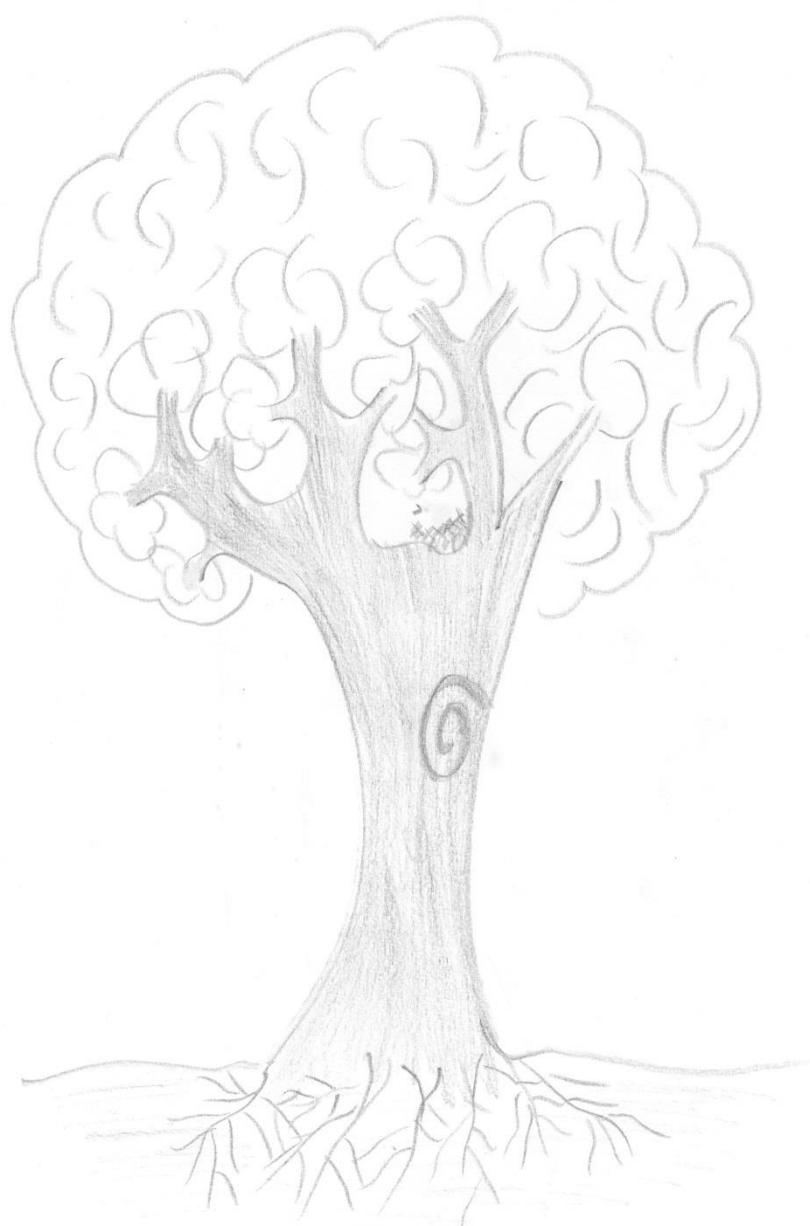

Yuriko ①



Yuriko (2)



Yuriko



## HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

### **I DATOS DE FILIACION**

Nombres y Apellidos	: M. C. S. R
Edad	: 45 años
Fecha de nacimiento	: 15/02/1975
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Superior Técnico
Estado civil	: Casada
Ocupación	: Desocupada
Informante	: La paciente y hermana
Lugar de evaluación	: HNCASE
Fechas de evaluación y entrevista	: 18/10/2019
Historia Clínica	: 311975
Examinador	: Jhon Mogollon Yauli

### **II MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente ingresa al servicio de psiquiatría del HNCASE derivada de emergencia debido a sentir tristeza, angustia, intensos cambios de humor y marcada impasividad, refiriendo que nadie la apoya en el hogar.

Entrevista para elaboración de historia clínica psicológica y estudio de caso.

### **III HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL**

Paciente de 45 años refiere sentir tristeza desde hace tres años por las constantes discusiones con su esposo y los maltratos físicos y psicológicos que vivió con él, esto trajo como consecuencia repetidos episodios depresivos e intentos de suicidio. Así mismo la mala relación que mantiene con hijo, con quien tiene constantes intercambios verbales de contenido agresivo, donde le dice “estás loca” “no te quiero” causando intensos sentimientos de tristeza, angustia desesperación e inutilidad en la paciente. El primer intento de suicidio fue después de una golpiza que le dio su esposo producto de una fuerte discusión, después de esto fue hospitalizada y tratada en Psiquiatría del Hospital, por lo que empezó a tomar fármacos para la depresión, y con esta medicación es que intentó suicidarse dos veces posteriormente.

Actualmente refiere sentirse “sucia y cochina”, porque un hombre que está con su hermana la invitó a comer, la besó y abrazó, y su conciencia “le dice eres una mala persona”, por lo que ingirió una gran cantidad de benzodiacepinas en un intento fallido de suicidio hace menos de un mes y que la llevó a su actual hospitalización.

Presenta síntomas de ansiedad, angustia, labilidad emocional, intensos cambios de humor y marcada impulsividad, además de explosiones de ira y llanto. A la vez refiere que nadie

la apoya en casa, por el contrario, todos se burlan de ella y le dicen que: “mamá te dan tus chiripolcas” y por eso terminas internada.

#### **IV ANTECEDENTES PERSONALES**

##### **A.Periodo de desarrollo**

En la Etapa Pre-Natal, durante la gestación aparentemente el estado de salud de la madre de M. fue bueno, no tuvo amenazas de aborto, ni accidentes, ni enfermedades, es decir el embarazo de su madre fue normal sin presentar ninguna complicación. M. es la mayor de cuatro hermanos.

En la Etapa natal la paciente menciona que el parto de su madre fue normal y sin ninguna complicación. Nace con un peso adecuado, no recuerda el peso aproximado. Lloró al nacer y no necesito incubadora, fue diagnosticada como niña sana.

En la etapa Post- Natal paciente infiere que su desarrollo motor y del lenguaje no tuvo complicaciones, fue dentro de lo esperado para la edad, sin retraso.

##### **B.Primera infancia**

De acuerdo con la paciente no recuerda haber tenido problemas ni trastornos durante el sueño, no sufrió de pesadillas, sonambulismo, somniloquios, refiriéndose que era una niña “tranquila, feliz y juguetona”, vinculaba bien con pares, gustaba de socializar.

##### **C.Infancia Media**

###### *-Etapa Escolar*

La paciente refiere que no recuerda su ingreso al nivel inicial, sin embargo a la edad de 6 años aproximadamente ingresa al colegio Divino Niño Jesús, no evidenciando dificultad en el aprendizaje, teniendo rendimiento escolar de regular a bueno, su conducta y adaptación adecuada gustándole participar en las actividades escolares.

##### **D.Adolescencia**

La Secundaria la realizó en el colegio Juana Cervantes donde paciente refiere “tenía muchas amigas, era alegre y muy sociable”. Su rendimiento académico ya no era “muy bueno” pero trataba de “pasar el año” y así concluyó sus estudios secundarios.

La paciente refiere que a los 15 años se volvió “muy independiente” en su actuar, empezó a trabajar y manejaba su propio dinero, sin embargo siempre criticaba a sus padres; al padre por ser bebedor “un borracho” y a la madre “porque ella lo aguantaba”, sus padres se separaron pero aun así ella no se sentía conforme con su realidad y reclamaba a su madre “por qué tenía que trabajar” “por qué no tenía eso y aquello” Al terminar el colegio ingresó al SENATI donde estudió Mecánica Automotriz, más nunca ejerció su carrera técnica, y se dedicó a trabajos esporádicos.

### **E. Edad adulta**

Conoce al padre de sus hijos cuando se va de casa a los 22 años y decide vivir sola en una habitación, quedó embarazada de su primer hijo y antes que éste naciera se casaron en una ceremonia de Matrimonio Masivo. Actualmente lleva 22 años de casada, es ama de casa y trabaja esporádicamente en “lo que se presente”

### **F.Antecedentes Mórbidos Personales**

Durante los primeros años de vida no sufrió ninguna enfermedad grave, ha tenido dos partos naturales. Sufre de continuas depresiones y síntomas de ansiedad.

De niña era una muchacha tranquila, sumisa, obediente haciendo todo lo que su madre le ordenaba, muy alegre y sociable, sin embargo la paciente refiere que era agredida psicológicamente por su padre quien bebía en exceso y las gritaba y les pegaba a sus hijas y a su madre. Además, tenía problemas con su madre quien era muy dominante, impositiva y agresiva, sentía que controlaba su vida y sus amistades. Actualmente es una persona inestable emocionalmente, agresiva, con poco control de impulsos, presenta preocupaciones, angustias, deseos de muerte, sentimientos desvalorativos, ideas pesimistas sobre su futuro.

A la edad de 29 años tuvo un primer intento de suicidio a finales del mes de Junio porque su esposo bebía mucho y la maltrataba. Tuvo un segundo intento de suicidio en el año siguiente debido a que “el esposo no quería darle el dinero de su gratificación” y su tercer intento de suicidio fue en Junio del presente año según refiere la paciente porque “quería descansar, no matarse”. Todos estos actos auto lesivos los realizó consumiendo gran cantidad de pastillas “alprazolam, valprax, risperidona, y fluoxetina”

## **V.ANTECEDENTES FAMILIARES**

### **a.Composición Familiar y Dinámica Familiar**

Familia compuesta por su madre, padre, y sus 3 hermanos. La paciente recuerda su niñez, afirmando haber sido “alegre, feliz y muy amigüera”, ya que jugaba siempre con sus hermanas y amigos. Convivía con su madre su padre y sus 3 hermanos ,con su madre nunca tuvo una buena relación, con padre tampoco puesto que cuando él cumplió 33 años se volvió “muy borracho” y los golpeaba frecuentemente tanto a hijos como a esposa el hecho de vivir en una sola habitación hacía que vivieran los hijos cuando el padre obligaba a la esposa a tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, situación que en inicio asustaba a la paciente pero después le provocaba asco y le parecía una situación extraña.

Miriam indica que sus padres se separaron cuando ella tenía 15 años aproximadamente sus padres se separaron y su madre asumió el cuidado de sus hijos, y que se “amargaba, les pegaba, era renegona, poco cariñosa, “algo seca”, poco afectiva y por eso siempre peleaban”, discutían

Como madre ella se califica como “mala”, al no haber logrado tener una buena relación con su hijo mayor, quien es problemático agresivo que frecuentemente la insulta y hace sentir mal, diciéndole “estás loca”, le contesta de mala manera, se muestra rebelde y no le obedece. Sin embargo, refiere que con su hijo menor tiene una relación de mucho apego, con mucho cariño y expresa que “él es mi razón para vivir”, “es mi todo”

En relación con su esposo desde los primeros años de matrimonio empezaron los problemas debido a que “él es una persona muy violenta” maltratando física y psicológicamente a la paciente, desencadenando una hospitalización por un fuerte golpe propinado en la cabeza. Según refiere la paciente los problemas se agudizaron porque ella “asoció el dolor del parto con el dolor de las relaciones sexuales”, y su interés por las mismas disminuyeron por lo que su esposo la califica de “frígida”, sin embargo, como ahora él vive en Chiclayo sólo se ven cada seis meses aproximadamente por un periodo de 1- 2 semanas “porque se aburren juntos”

Con su madre y sus hermanos tiene una relación conflictiva donde la paciente “siente que nadie la quiere y todos se burlan de ella”, no percibe apoyo de su parte y “quisiera sentirse amada por su familia”

### **b. Condición Socioeconómica**

La paciente vive en el distrito de Hunter en la casa de su madre, con sus dos hijos de 13 y 5 años, no tiene trabajo fijo, su esposo trabaja en Chiclayo en maquinaria pesada y le envía un promedio de 400 a 500 soles quincenal que la paciente refiere “tiene que estirar”, por lo que ha generado deudas en algunas entidades financieras. Cuenta con los servicios básicos de agua luz y teléfono así como cable e internet.

### **VI RESUMEN**

La paciente refiere que su desarrollo prenatal, natal fue normal, respecto al post natal no da referencias. Al igual que en relación a su Desarrollo motor y lenguaje.

En su conducta social la paciente señala que era una niña “alegre, feliz y muy amiguera”, ya que jugaba con sus hermanas y amigos. Vivía con sus padres y hermanos en una sola habitación, sus padres tenían conflictos constantes por el continuo consumo de alcohol de su padre que provocaba maltrato hacia sus hijos y esposa, obligando a esta última a tener relaciones delante de sus hijos, percibiendo la paciente esta situación en un inicio con temor y posteriormente con asco.

A los quince años tuvo un notable cambio de conducta volviendo más independiente en su actuar, empezando a trabajar esporádicamente.

Conoce al padre de sus hijos cuando se fue de la casa de su madre, a los 22 años se embarazó y se casó antes de que nazca su hijo. La relación con su esposo desde los primeros años de matrimonio fue mala ya que había constantes maltratos físicos y psicológicos, así como dificultades sexuales luego de su primer parto. A los 8 años de haber tenido a su primer

hijo nace el segundo; con el mayor mantiene una mala relación ya que es un adolescente rebelde y conflictivo sin embargo con el menor tiene una relación de apego y mucho cariño.

La relación actual con su esposo ha mejorado debido a que él vive en Chiclayo por motivos de trabajo y solo se ven cada seis meses aproximadamente y por períodos de una o dos semanas. Su situación económica no es buena puesto que el dinero no alcanza para cubrir los gastos y han adquirido deudas.

Arequipa, 18 de Octubre del 2019

## EXAMEN MENTAL

### I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: M. C. S. R
Edad	: 45 años
Fecha de nacimiento	: 15/02/1975
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Superior Técnico
Estado civil	: Casada
Ocupación	: en casa
Informante	: La paciente y hermana
Lugar de evaluación	: HNCASE
Fechas de evaluación y entrevista	: 19/10/2019
Historia Clínica	: 311975
Examinador	: Jhon Mogollon Yauli

### II. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

La paciente aparenta la edad que tiene, es de contextura gruesa, presenta un aseo y arreglo adecuados. Su tono de voz fue débil durante la evaluación. No presenta agitación, inquietud motora ni movimientos involuntarios.

Colaboró con la evaluación pero por momentos se mostró desconfiada por la información que se le solicitaba.

### III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

En el momento de la evaluación la paciente presenta lucidez y existe un predominio de la atención activa, sin oscilaciones de la concentración, ya que escucha muy interesada y atenta las indicaciones que se le da. Se encuentra correctamente orientada en espacio tiempo y persona.

### IV. LENGUAJE

La paciente presenta el lenguaje expresivo conservado, con un vocabulario que denota el nivel cultural de la paciente, utiliza adecuadamente la sintaxis para dar respuesta a las interrogantes que se le plantea. Respecto al lenguaje compresivo se observó que este se encuentra conservado realizando interpretaciones y deducciones correctamente.

### V. PENSAMIENTO

El curso del pensamiento se encuentra conservado. Respecto al contenido del pensamiento existen ideas de referencia en las que la paciente manifiesta que “su hermana quiere hacerle daño”, “que nadie la quiere” “a nadie le importa”.

## **VI. MEMORIA**

La memoria a largo plazo se encuentra conservada, al igual que su memoria a corto plazo.

## **VII. FUNCIONES INTELECTUALES**

La paciente presenta un razonamiento adecuado para su edad y el nivel cultural que posee, realizando ejercicios de abstracción, aritmética, razonamiento sin dificultades.

## **VIII. SENSACIÓN-PERCEPCIÓN**

Se encuentran conservadas las sensaciones y percepciones táctiles, gustativas, olfativas, sin embargo, la auditiva se encuentra alterada ya que la paciente escucha una voz diciéndole “eres mala, no deberías estar aquí, deberías morirte porque nadie te quiere”

## **IX. AFECTIVIDAD Y ESTADO DE ÁNIMO**

La expresión de su rostro denota angustia, y esto es coherente con los sentimientos de tristeza y ansiedad que manifiesta la paciente en el momento de la evaluación, con estado de ánimo deprimido, tristeza y llanto.

## **X. VOLUNTAD**

A través de la entrevista se estableció que se encuentra conservada ya que la paciente cumple con la medicación asignada, y además tiene las ganas de ser dado de alta pronto porque quiere ver a sus hijos.

## **XI. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD**

La paciente no presenta conciencia de enfermedad.

## **X RESUMEN**

La paciente es de contextura gruesa con aseo y arreglo adecuados, Tiene actitud colaboradora, amigable y un poco desconfiada, en algunas ocasiones denota agotamiento, cansancio y distraibilidad. Manifiesta un tono de voz débil.

Su atención se encuentra conservada; se encuentra lucida y correctamente orientada en espacio tiempo y persona. No revela ninguna distorsión en el Lenguaje Expresivo y comprensivo entendiendo y estableciendo juicios de manera lógica. El curso de su pensamiento se encuentra conservado sin embargo el contenido está afectado con ideas de referencia, en relación a sus funciones perceptivas visuales, gustativas, táctiles y olfativas no presenta ninguna desviación. Presenta alucinaciones auditivas ya que señala que escucha una voz que le dice “eres mala, no deberías estar aquí, deberías morirte porque nadie te quiere”. Su memoria remota y a corto plazo son adecuadas. En sus funciones intelectuales de Razonamiento Numérico y Razonamiento Lógico, Abstracción, Análisis y Síntesis y Vocabulario no muestra complicaciones.

La paciente mantiene un estado de ánimo triste, angustiado y ansioso. Manifiesta tener ganar de salir pronto por sus hijos. No presenta conciencia de enfermedad.

## INFORME PSICOMÉTRICO

### I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: M. C. S. R
Edad	: 45 años
Fecha de nacimiento	: 15/02/1975
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Superior Técnico
Estado civil	: Casada
Ocupación	: ama de casa
Informante	: La paciente y hermana
Lugar de evaluación	: HNCASE
Fechas de evaluación y entrevista	: 21/10/19 22/10/19 23/10/19
Historia Clínica	: 311975
Examinador	: Jhon Mogollon Yauli

### II. OBSERVACIONES GENERALES

Paciente, es de contextura gruesa con aseo y arreglo adecuados, Posee actitud colaboradora, amigable y un poco desconfiada, en algunas ocasiones denota agotamiento, cansancio y distraibilidad. Presenta un tono de voz débil, comprende y colabora durante la evaluación. Actitud favorable.

### III. TECNICA E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación.
- Pruebas Psicológicas
  - Inventario de Depresión de Beck
  - Inventario Clínico multiaxial de Milon II (MCMII)
  - Test Proyectivo del Árbol
  - Test Proyectivo de Karen Machover (La Figura Humana)

### IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

- Área Personalidad

#### *RESULTADO CUALITATIVO*

En los patrones clínicos de personalidad la paciente tiene indicadores elevados en las escalas Dependiente, Pasivo-Agresivo y autoderrotista; se caracteriza porque tiende a mostrarse insegura, tener baja autoestima y sentirse incomoda en situaciones competitivas, no le gusta sin embargo depender de los demás porque la hace sentir vulnerable; no está segura de sus propios recursos pero tampoco acaba de confiar en que los demás puedan

ayudarla y no quieran aprovecharse de ella. A veces manifiesta este conflicto externamente aparentando ser colaboradora y complaciente, pero oponiendo resistencias al mismo tiempo, otras veces pasa del desacuerdo y la colaboración amistosa al rencor y desconfianza, lo cual a su vez le provoca culpabilidad y remordimiento. Suele relacionarse con los demás de una forma obsequiosa y autosacrificada, permitiendo y quizás fomentando, que los demás la exploten o se aprovechen de ella, incluso a veces afirma que merece ser avergonzada y humillada. Para integrar su dolor y su angustia recuerda activa y repetidamente sus percances pasados.

En la patología severa de la personalidad la paciente se perfila como Borderline con características de experimentar intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de abatimiento, y apatía frecuentemente entremezclado con periodos de enfado, inquietud o euforia, desregulación de sus afectos vista más claramente en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Dando a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación, aparece hiperpreocupada por asegurar el afecto, tiene dificultades para mantener un claro sentimiento de identidad y muestra una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

Acerca de los síndromes clínicos presenta: Ansiedad, Distimia y Dependencia de drogas, se muestra notablemente excitada y tiene un sentido: aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada. Así mismo se ha visto afectada por un periodo de dos o más años con sentimiento 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 pueden haber llantos, ideas suicidas, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, escaso apetito o excesivas ganas de comer, agotamiento crónico, pobre concentración, marcada pérdida de interés por actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias y rutinarias de la vida.

Tiende a tener dificultades para reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de los límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos.

Acerca de los síndromes severos presenta Desorden del pensamiento puede mostrar periódicamente un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo, apareciendo con frecuencia confusos y desorganizados y ocasionalmente mostrando afectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistematizados. El pensamiento puede ser fragmentado o extraño. Los sentimientos pueden embotarse y existir una sensación profunda de estar aislada e incomprendida por los demás. Puede ser retraída y estar apartada o mostrarse con un comportamiento discreto o vigilante.

## RESULTADO CUANTITATIVO.

<b>Escalas de Validez</b>			<b>PUNTAJE FINAL</b>				
<b>V</b> Validez	0	=	Válido		<b>100</b>		
<b>X</b> Sincereidad	620	=	Inválido		<b>63</b>		
<b>Y</b> Desabilidad Social	13	=			<b>Y</b>		
<b>Z</b> Autodescalificación	35	=			<b>100</b>		
<b>Patrones clínicos de personalidad</b>			<b>PUNTAJE BR</b>	<b>FACTOR X1/2</b>	<b>DA</b>	<b>AJU STES DC-1 DC-2 Pcp.</b>	<b>PUNTAJE FINAL</b>
<b>1</b> Esquizoide	28	74	74				<b>74</b>
<b>2</b> Evitativo	31	83	83	83			<b>83</b>
<b>3 Dependiente</b>	<b>45</b>	<b>103</b>	<b>103</b>				<b>103</b>
<b>4 Histriónico</b>	47	96	96				<b>96</b>
<b>5 Narcisista</b>	45	82	82				<b>82</b>
<b>6A Antisocial</b>	46	91	91				<b>91</b>
<b>6B Agresivo-sádico</b>	51	93	93				<b>93</b>
<b>7 Compulsivo</b>	40	74	74				<b>74</b>
<b>8A Pasivo-agresivo</b>	70	121	121				<b>121</b>
<b>8B Autodérrotista</b>	60	121	121	121			<b>121</b>
<b>Patología severa de personalidad</b>							
<b>S</b> Esquizotípico	40	76	76	72	72	70	<b>70</b>
<b>C</b> Borderline	82	121	121	121	117	117	<b>111</b>
<b>P</b> Paranoide	50	96	96		96	89	<b>89</b>
<b>Síndromes clínicos</b>							
<b>A</b> Ansiedad	35	105	105	101	101	94	<b>94</b>
<b>H</b> Somatotípico	40	97	97	93	93	88	<b>88</b>
<b>N</b> Bipolar	39	79	79				<b>79</b>
<b>D</b> Distímica	60	115	115	111	111	106	<b>106</b>
<b>B</b> Dependencia de alcohol	37	78	78				<b>78</b>
<b>T</b> Dependencia de drogas	56	95	95				<b>95</b>
<b>Síndromes severos</b>							
<b>SS</b> Desorden del pensamiento	39	97	97		97	97	<b>SS</b>
<b>CC</b> Depresión mayor	49	115	115		115	115	<b>CC</b>
<b>PP</b> Desorden de las emociones	27	86	86		86	86	<b>PP</b>
			Indicador elevado			>=85 75-84 60-74 35-59 0-34	
			Indicador moderado				
			Indicador sugestivo				
			Indicador bajo				
			Indicador nulo				

- **Pruebas proyectivas.**

Proyectivamente se estableció que la paciente presenta rasgos de personalidad, infantil, inmadura emocionalmente, insegura, agresiva, evasiva, idealista y tensa. Presenta un escaso pensamiento abstracto con un vago sentido de la realidad y una marcada ausencia de sentido crítico.

Presenta además rasgos de bloqueo afectivo, introversión, inhibición, impulsividad, explosividad, impresionabilidad, emotividad, introversión, represión y reserva con tendencia a la contradicción expresada en una marcada diferencia entre su pensar y su actuar; así como torpeza para pensar y problemas para el aprendizaje.

- **Área Afectiva**

- RESULTADO CUANTITATIVO
- La paciente obtuvo un puntaje bruto de 35.
- RESULTADO CUALITATIVO

Corresponde a un estado de depresión Grave manifestando con gran frecuencia intensos sentimientos de tristeza, desanimo hacia el futuro, insatisfacción con

respecto a todo, culpabilidad, cansancio e inutilidad. Además presenta constante ideación suicida.

## V.RECOMENDACIONES

- Psicoterapia Individual para el manejo del control de impulsos y toma de decisiones
- Psicoterapia familiar.

Arequipa, 23 de Octubre del 2019

## INFORME PSICOLÓGICO

### I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: M. C. S. R
Edad	: 45 años
Fecha de nacimiento	: 15/02/1975
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Superior Técnico
Estado civil	: Casada
Ocupación	: Desocupada
Informante	: La paciente y hermana
Lugar de evaluación	: HNCASE
Fechas de evaluación y entrevista	: 18/10/2019 19/10/2019 21/10/2019 22/10/2019 23/10/2019
Historia Clínica	: 311975
Examinador	: Jhon Mogollon Yauli

### II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente ingresa al servicio de psiquiatría del HNCASE deriva de emergencia debido a sentir tristeza, angustia, intensos cambios de humor y marcada impasividad, refiriendo que nadie le apoya en el hogar.

Evaluación psicología integral para estudio de caso.

### III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación.
- Entrevista
- Examen Mental
- Pruebas Psicológicas
  - Inventario de Depresión de Beck
  - Inventario Clínico multiaxial de Milon II (MCMII)
  - Test Proyectivo del Árbol
  - Test Proyectivo de Karen Machover (La Figura Humana)

### IV. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

La paciente de 45 años refiere sentir tristeza hace tres años por las constantes discusiones con su esposo y los maltratos físicos y psicológicos que vivió con él, esto trajo como consecuencia repetidos episodios depresivos e intentos de suicidio. Así mismo la mala relación que mantiene con hijo mayor, años con quien tiene constantes intercambios

verbales de contenido agresivo, donde le dice “estás loca” “no te quiero” causando intensos sentimientos de tristeza, angustia desesperación e inutilidad en la paciente. El primer intento de suicidio fue después de una golpiza que le dio su esposo producto de una fuerte discusión, después de esto fue hospitalizada y tratada en Psiquiatría del Hospital de Yanahura, por lo que empezó a tomar fármacos para la depresión, y con esta medicación es que intentó suicidarse dos veces posteriormente.

Actualmente refiere sentirse “sucia y cochina”, porque un hombre que está con su hermana la invitó a comer y la besó y abrazó, y su conciencia “le dice eres una mala persona”, por lo que ingirió una gran cantidad de benzodiacepinas en un intento fallido de suicidio hace un mes y que la llevó a su actual hospitalización.

Presenta síntomas de ansiedad, angustia, labilidad emocional, intensos cambios de humor y marcada impulsividad, además de explosiones de ira y llanto.

La paciente refiere además que nadie la apoya en casa, que por el contrario todos se burlan de ella y le dicen que le dan sus “chiripiolcas” y por eso termina internada.

## **V. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

La paciente nació en Arequipa el 15 de febrero de 1975, sin alteraciones en el desarrollo motor y del lenguaje, respecto a su conducta social ,cuando era niña madre la describe como “traviesa e intranquila” según refiere, a partir de los 15 años se volvió muy independiente en su actuar, empezó a trabajar y manejaba su propio dinero, sin embargo siempre criticaba a sus padres; al padre por ser un “borracho” y a la madre por “aguantarlo”, sus padres se separaron pero aun así ella no se sentía conforme con su realidad y reclamaba a su madre “por qué tenía que trabajar” “por qué no tenía eso y aquello”, refiere la hermana mayor de la paciente, quien la describe como una persona de “genio fuerte”, llegando a agredir a la gente, incluso en una oportunidad la paciente empezó a ahorcar a su hermana, quien refiere que le pareció al principio una “broma” pero se dio cuenta que no era así “porque se le estaba pasando la mano.”

La paciente terminó la secundaria en el colegio Juana Cervantes y estudió Mecánica automotriz en el SENATI, sin embargo nunca ejerció su carrera.

M. refiere que antes de casarse era una persona sumisa pero que al convivir con su esposo debido a que él era impulsivo, ella también se volvió impulsiva.

A los 22 años se fue de su casa por una discusión que tuvo con su familia y decidió irse a vivir sola en un cuarto, en esa época conoció a su actual esposo, con quien empezó a convivir y quedó embarazada, antes de que nazca el niño se casaron y le pidió a su madre le permita vivir en la casa que tiene en el distrito de Hunter, porque el dinero ya no les alcanzaba. Los 5 primeros años de vida del niño lo dejaba al cuidado de la abuela materna durante el día, mientras la paciente salía a trabajar.

Luego empezó a dedicarse a la casa y dejó de trabajar. La paciente empezó a tener discusiones cada vez más fuertes con su esposo quien es “una persona agresiva” según refiere la hermana, llegando al punto de golpearla y meterle la cabeza al inodoro por lo que

la paciente fue internada de emergencia en el Hospital Goyeneche, permaneciendo 8 días aproximadamente, la hermana preguntó al médico si la paciente iba a quedar bien y el doctor le dijo “las secuelas se ven con el tiempo”. A partir de entonces refiere la madre que empezaron los problemas de depresión de la paciente, quien a los 6 meses de haber estado internada en el Hospital Goyeneche fue internada en Psiquiatría del Hospital General Honorio Delgado por una fuerte depresión en la que intentó quitarse la vida ingiriendo gran cantidad de pastillas.

Actualmente vive en hunter con sus dos hijos. Su esposo vive en Chiclayo ya que trabaja en maquinaria pesada, antes de irse discutían constantemente con su esposo debido a que el la consideraba fría, inclusive llegó a acusarla de que era así con él debido a que tenía un amante, su esposo tomaba en exceso lo cual generaba más conflictos. Le envía un promedio de 400 a 500 soles quincenales que la paciente refiere “tiene que estirar”. Económicamente tiene problemas debido a que se endeudo por la inscripción al programa Herbalife y al mantenimiento y pago de tarjetas de crédito debido a que refiere ser compradora compulsiva.

Respecto a la relación con sus hijos tiene constantes problemas con el mayor de sus hijos quien es un niño problemático agresivo que frecuentemente la insulta y hace sentir mal, diciéndole “estás loca”, le contesta de mala manera, se muestra rebelde y no le obedece.

La hermana de la paciente está haciendo cargo de los dos niños mientras permanezca hospitalizada, a pesar que no mantiene una buena relación con su hermana porque la critica diciendo, sus depresiones son su escape para no ocuparse de los hijos.

## **VI. OBSERVACIONES CONDUCTUALES**

La paciente aparenta la edad que tiene, presenta un aspecto ordenado y aseado. Su contextura es gruesa, ojos oscuros, con mirada fija. Su actitud hacia la evaluación fue de colaboración, mostrando en ciertos momentos recelo y preguntando “por qué la evaluaban”. La paciente presenta lucidez durante el momento de la evaluación y se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona, se observan oscilaciones en su atención y concentración. En el Lenguaje Expresivo se encuentra conservado así mismo el lenguaje comprensivo no revela ninguna distorsión, en el curso de su pensamiento se observa enlentecimiento, en el contenido se aprecia ideas de referencia, , en relación a sus funciones perceptivas no presenta ninguna desviación indicando que sus percepciones visuales, auditivas, táctiles olfativas y auditivas están conservadas. Su memoria remota y reciente es adecuada y sin distorsiones recordando sucesos del pasado y presente con normalidad. En sus funciones intelectuales básicas de Razonamiento Numérico, Razonamiento Lógico, Abstracción, de Análisis y Síntesis y Vocabulario no muestra complicaciones severas.

Presenta parcial conciencia de enfermedad.

## **VII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

La paciente presenta un estado de depresión Grave manifestando con gran frecuencia intensos sentimientos de tristeza, desanimo hacia el futuro, insatisfacción con respecto a todo, culpabilidad, cansancio e inutilidad. Además, presenta constante ideación suicida.

En los patrones clínicos de personalidad la paciente tiene puntuaciones elevadas en las escalas Dependiente, Pasivo-Agresivo y autoderrotista; se caracteriza porque tiende a mostrarse insegura, tener baja autoestima y sentirse incomoda en situaciones competitivas, no le gusta sin embargo depender de los demás porque la hace sentir vulnerable; no está segura de sus propios recursos, pero tampoco acaba de confiar en que los demás puedan ayudarla y no quieran aprovecharse de ella

Acerca de los síndromes clínicos se observa Ansiedad, Distimia y Dependencia de drogas

En la patología severa de la personalidad la paciente se perfila como Borderline con características de experimentar intensos estados de ánimo endógenos, con períodos recurrentes de abatimiento, y apatía frecuentemente entremezclada con períodos de enfado, inquietud o euforia, desregulación de sus afectos vista más claramente en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo

La paciente proyecta rasgos de personalidad, infantil, inmadura emocionalmente, insegura, agresiva, evasiva, idealista y tensa. Presenta un escaso pensamiento abstracto con un vago sentido de la realidad y una marcada ausencia de sentido crítico.

Presenta además rasgos de bloqueo afectivo, introversión, inhibición, impulsividad, explosividad, impresionabilidad, emotividad, introversión, represión y reserva con tendencia a la contradicción expresada en una marcada diferencia entre su pensar y su actuar; así como torpeza para pensar y problemas para el aprendizaje.

## **VIII. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA**

Considerando el proceso integral de evaluación y estudio clínico psicológico, donde los antecedentes de historia de vida, características psicosociales y familiares; así como aspectos de su personalidad la han llevado a configurar un Trastorno de Inestabilidad Emocional de la personalidad de tipo límite según la clasificación del CIE-10 (F60.31)

## **IX. PRONÓSTICO**

Reservado debido a las características que tiene dicho trastorno y el tiempo de enfermedad.

Así como el escaso apoyo familiar y la falta de conciencia de enfermedad.

## **RECOMENDACIONES**

- Psicoterapia Individual para el manejo del control de impulsos y toma de decisiones
- Psicoterapia familiar.

Arequipa 23 de Octubre de 2019

## PLAN PSICOTERAPÉUTICO

### I.- DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: M. C. S. R
Edad	: 45 años
Fecha de nacimiento	: 15/02/1975
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Superior Técnico
Estado civil	: Casada
Ocupación	: en casa
Informante	: La paciente y hermana
Lugar de evaluación	: HNCASE
Historia Clínica	: 311975
Examinador	: Jhon Mogollon Yauli

### II.- DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

La paciente presenta Trastorno de Inestabilidad Emocional de la personalidad de tipo límite según la clasificación del CIE-10 (F60.31)

### III.-OBJETIVOS GENERALES

1. Lograr que la paciente controle los sentimientos de angustia y desesperación
2. Lograr que la paciente exteriorice los sentimientos y pensamientos hacia su pareja.
3. Lograr que la paciente incremente su nivel de autoestima.

### IV.- DECRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

#### SESIÓN N° 1

- **Técnica:** Relajación
- **Objetivo:** Aliviar el estado de tensión y angustia a través de la respiración y relajación de los músculos del cuerpo
- **Descripción:**

Se le explica a la paciente la importancia de la relajación para el manejo de su ansiedad y se le brindan las instrucciones siguientes:

Para concentrarse totalmente debe colocarse con la espalda apoyada en la silla, rodillas dobladas y separadas unos 20 cm aproximadamente. Toda la columna debe estar en contacto con la silla. No debe notar signos de tensión en el cuerpo.

Colocará una mano sobre el tórax y otra sobre la parte baja del abdomen. Realizará unos suspiros voluntarios para predisponernos a un estado de relajación y concentración.

Tomará aire por la nariz y lo dirigirá a la parte más baja del tórax, notando como se separan las últimas costillas y se hincha el abdomen.

Tensión distensión en la frente, ojos, cuello, brazos y piernas.

Se repetirá el ejercicio de relajación para que la paciente compruebe la eficacia e importancia de la relajación y logre un estado de tranquilidad y los realice en los momentos que experimente angustia o ansiedad.

## SESIÓN N° 2:

- **Técnica:** Apretar el botón
- **Objetivo:** Lograr que la paciente controle los sentimientos de angustia y ansiedad.
- **Descripción:**

Empezar la sesión estableciendo el Raport con la paciente. Luego preguntarle a la paciente ¿quiénes son las personas a quienes más ama? ¿Por qué? Y Pedirle que recuerde el momento más feliz que haya vivido con esas personas, y que lo narre.

Una vez que la paciente ha identificado a esas personas y ese momento se le dice que en su mano derecha tiene un botón y que cada vez que apreté ese botón vendrá a su mente el momento más feliz que nos narró hace un momento.

Se le pide que cierre los ojos y piense en una discusión que haya tenido con su hijo mayor y que en el momento en que ella sienta que no puede controlar su angustia, su enojo, su ira que apreté el botón y piense en el momento feliz, se le pide que lo realice unas cuantas veces más y se le indica que cada vez que venga a su mente pensamientos negativos como las pelas con su hijo o las ideas de inutilidad o de suicidio apreté el botón y eso la ayudará a controlar su angustia.

## SESIÓN N° 3:

- **Técnica:** Silla Vacía
- **Objetivo de la sesión:** Lograr que la paciente exteriorice los sentimientos y pensamientos hacia su pareja.

- **Descripción:**

Primero como en toda sesión habrá que establecer el Raport con la paciente, luego se le dice al paciente que imagine una situación en la que se encuentra discutiendo con su esposo, que imagine que él la está gritando, la está insultando, le está diciendo groserías y que entonces vamos a colocar físicamente una silla vacía frente a ella. Se le pide que centre toda su atención en la silla e imagine la figura de su esposo.

Se le pide que describa como esta vestido, sus gestos, el lugar donde está y que está haciendo.

Se le pide a la paciente que cambie físicamente de silla y q represente lo que su esposo le podría decir, se le da un tiempo prudente sin emitir ningún juicio de valoración.

Luego se le pide nuevamente que cambie de silla a su posición inicial y se le pregunta ¿cómo escuchas lo que te dice?, ¿qué te parece?, ¿cómo te sientes al respecto? Y se le invita a que le responda diciendo “Ahora respóndele y dile todo lo que sientes respecto a todo lo que te dije” se deja que la paciente exteriorice todos sus sentimientos, aquí también se le da un tiempo prudente para que logre aflorar sus emociones y sentimientos hasta entonces reprimidos o escondidos.

Finalmente, se le pide que cierre los ojos y que todo eso que ha proyectado y le ha dicho a la silla lo guarde en una parte de su cuerpo, se observa en qué lugar la guarda. Y se le pide que vaya borrando todas las imágenes hasta ese momento creadas y que lentamente vaya regresando a este momento y espacio.

Se le pide que abra los ojos, se le da un tiempo para que se recupere de la experiencia y se cierra la sesión.

## **SESIÓN N° 4:**

### **Reestructuración Cognitiva**

**Objetivo de la sesión:** Identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos.

#### **Descripción:**

#### **Preguntas para examinar las pruebas de un pensamiento**

- ¿Qué datos existen a favor de este pensamiento?
- ¿Qué es lo que le hace pensar que las cosas son así?
- ¿Son realmente favorables estos datos?
- ¿Qué datos existen en contra de este pensamiento?
- ¿Cuál es la probabilidad de que esté interpretando correctamente la situación?
- ¿Está sobreestimando la probabilidad de que ocurra lo que piensa?
- ¿Está pensando en que porque algo puede suceder, sucederá?
- ¿Existen otras interpretaciones alternativas? ¿Hay otro modo de enfocar esto?

- ¿Cuál es la anticipación o interpretación más probable?
- ¿Qué es lo peor que puede pasar? ¿Y lo mejor?
- ¿Qué es lo más probable que suceda?
- ¿Están sus juicios basados en cómo se siente en vez de en hechos?
- ¿Está confundiendo una forma habitual de pensar con un hecho?
- ¿Está empleando palabras que son extremas o exageradas (siempre, nunca, debería)?
- ¿Se está fijando metas poco realistas o inalcanzables?
- ¿Está olvidando hechos pertinentes o sobreestimando a hechos no pertinentes?
- ¿Está pensando en términos de todo o nada?
- ¿Está pensando en término de certeza en vez de probabilidad?
- ¿Está sobreestimando su responsabilidad sobre cómo salen las cosas? ¿Qué otros factores influyen?
- ¿Está subestimando lo que puede hacer para manejar la situación?
- ¿Qué le diría una persona en quien confía acerca de este pensamiento?
- ¿Qué le diría usted a otra persona que tuviera este pensamiento?

### **Preguntas para examinar la utilidad de un pensamiento**

- ¿Me sirve de algo darle vueltas de manera improductiva?
- ¿Le ayuda este pensamiento a conseguir sus objetivos y a solucionar su problema?
- ¿Le ayuda esta forma de pensar a sentirse como quiere?, ¿a conseguir lo que quiere?
- ¿Cuál es el impacto que este pensamiento tiene sobre sus sentimientos y sobre su conducta?
- ¿Cómo repercute este pensamiento en sus relaciones con otras personas?
- ¿Cómo incide mi forma de pensar en mis relaciones sociales/familiares
- ¿En mi trabajo?
- ¿En mi estado de ánimo?
- ¿Qué cosas importantes deja de hacer en su vida al estar pendiente de este pensamiento?
- ¿Cuáles son los pros y los contras, a corto y largo plazo, de esto que cree?  
¿Predominan las desventajas sobre las ventajas?

### **Preguntas para examinar qué pasaría realmente si lo que se piensa fuera cierto**

- ¿Qué pasaría si las cosas fueran realmente cómo piensa? (Identificada la nueva cognición, pueden emplearse las preguntas dirigidas a examinar las pruebas disponibles.)
- ¿Qué es lo peor que podría suceder si las cosas fueran realmente cómo piensa?
- Incluso si lo que piensa fuera verdad, ¿hasta qué punto sería malo?, ¿sería tan malo como parece? (puede situarse lo que se piensa en un continuo que tenga en un extremo un evento poco negativo y en el otro, el evento más catastrófico que le puede suceder a uno en la vida).
- ¿Sería algo realmente grave o un contratiempo?
- ¿Cómo serán (serían) las cosas dentro de un tiempo? Esto que parece tan malo ¿durará (duraría) siempre?

- Preguntas para examinar qué se podría hacer si lo que se piensa fuera cierto
- Si las cosas fueran realmente así, ¿qué podría hacer al respecto?; ¿cómo podría hacer frente a la situación?
- ¿Qué le diría una persona importante para usted con el fin de ayudarle a afrontar la situación?
- Si este pensamiento lo tuviera X, ¿qué le diría para ayudarle a afrontar la situación?
- ¿Qué me diría un amigo o un familiar? ¿Por qué?
- ¿Podría hacer alguna cosa más productiva para afrontarlo que darle vueltas al mismo tema una y otra vez? ¿Qué?
- ¿Qué probabilidades hay que estas formas sean las más adecuadas?
- ¿Tienen más probabilidades de ayudarme a conseguir mis objetivos que la forma inicial de plantearme la situación?
- ¿Tienen más probabilidades de conseguir mejorar mi estado de ánimo?
- ¿Tienen más probabilidades de incidir positivamente en mi manera de actuar?

## SESIÓN 5:

**Técnica:** Autorreforzamiento:

**Objetivo:** Mejorar la autoestima

**Descripción:**

Se le explica a la paciente que muchas veces estamos más pendientes de lo malo que hacemos para autocastigarnos, como por ejemplo decirnos que no servimos para nada, que somos unos inútiles, pero no nos recompensamos por las cosas buenas que hacemos, como realizar un trabajo, una buena acción, etc.. El autorrefuerzo o autorrecompensa ayuda a incrementar la autoestima y a tener un concepto positivo de nosotros mismos; el autorrefuerzo puede darse de tres maneras: uno es por medio de autoelogios, cuando me digo cosas positivas; ejemplo: “que bien te controlaste hoy”, sigue así (Nombre de la paciente”). Otra forma de autorrefuerzo es darse un regalo por un buen comportamiento; por ejemplo, regalarme algo de lo cual estoy enamorado hace tiempo, como podría ser una blusa, un libro, etcétera. La última forma de autorrefuerzo es hacer algo que le guste cuando se finaliza un comportamiento que se quiere incrementar; por terminar de dictar una clase exitosamente, nos podemos permitir hablar con alguien cuya compañía nos agrade; podemos sentarnos a ver una novela, salir de compras, a pasear, según sea nuestro gusto. Acá es bueno aclarar que los reforzadores son muy individuales: cada uno tiene sus preferencias.

## SESIÓN 6:

**Técnica:** Interrupción del pensamiento sin ayuda.

**Objetivo:** sustituir los pensamientos negativos

**Descripción:**

Consiste en controlar su pensamiento sin ayudas. También se va desvaneciendo poco a poco la intensidad al pronunciar la palabra “¡STOP!” hasta conseguir decirla sólo en la mente:

Se le pide a la paciente que vuelva a imaginar el pensamiento obsesivo (ideas suicidas) y grite con fuerza "¡STOP!". En fase posterior haga lo mismo pero pronunciando "¡STOP!" en un tono de voz normal. Cuando logre controlar el pensamiento usando un tono de voz normal es el momento de comenzar a decir "¡STOP!" en voz muy baja, casi imperceptible.

El último esfuerzo en esta fase es imaginar que oye la palabra "¡STOP!" en su mente. Tiene que ayudarse de las cuerdas vocales y del movimiento de la lengua como si fuera a pronunciar en voz alta, que le resultará útil para detener sus pensamientos tanto si está solo como si está en presencia de público.

## **SESIÓN 7:**

**Técnica:**Carta del Perdón

**Objetivo:** Eliminar emociones negativas

**Descripción:**

Esta técnica nos permite entender al otro, cambiar la percepción del acto del otro. Son malos los comportamientos, no las personas; debemos de entender esto.

Se le indica a la paciente que la técnica consiste en escribir una carta expresando lo que nos hizo la otra persona y decir también que le perdonamos, y la razón de este perdón. Si se quiere, se entrega a la persona; claro que no es necesario.

La técnica del perdón es una de las estrategias fuertes que plantea la Psicología Positiva, pues el resentimiento y el odio son a la larga emociones que se van en contra nuestra, y a la vez hacemos sufrir al otro.

## **SESIÓN 8**

**Técnica:** Manejo de polaridades, Técnica gestáltica.

**Objetivo:** Disminuir ideas o pensamientos suicidas

**Descripción:**

Primero se rastrea el origen y luego se inicia con un caldeamiento específico con zona interna, luego se le dice que se acueste en el suelo y se le pide que imagine que su alma sale de su cuerpo, entonces se pone una manta que lo represente en el lugar que estaba acostado diciéndole que tome el papel de su alma.

Se dirige al alma y le digo que ella representa a la parte sabia de la paciente, entonces se le pregunta si sabe porque se suicidó. Ya que lo explica, se le dice si le gustaría darle otra oportunidad, siempre y cuando deje de lastimarse: generalmente acepta, entonces se le regresa al cuerpo, se retira la manta y se comienza a trabajar sobre sus introyectos devaluatorios, resaltando también la importancia de una próxima cita para su seguimiento

## SESIÓN 9

- **Técnica:** Terapia de la Realidad
- **Objetivo de la sesión:** Generar un cambio de actitud de la paciente.
- **Descripción:**

Empezar la sesión estableciendo el Raport con la paciente. Iniciar la sesión pidiéndole a la paciente que identifique cuáles son sus metas en la vida tanto a corto plazo como a largo plazo.

Una vez que las ha identificado se empieza a analizar cómo es que ella misma está obstruyendo el camino para lograr estas metas por ejemplo si su meta a corto plazo es “controlar sus emociones” cómo es qué ella misma no está permitiéndose lograr este objetivo. En este análisis hay que prestar atención a lo que dice la paciente “me siento desesperada” y preguntarle ¿qué haces para sentirte desesperada?, “me siento deprimida” decirle a la paciente ¿qué haces para sentirte deprimida”

Luego de este análisis se le expone a la paciente las consecuencias aversivas de tener esa actitud tan pasiva frente al escaso control de emociones que posee.

Finalmente luego de haber analizado la situación real por la que atraviesa se le pide a la paciente que ella misma proponga acciones más adecuadas para su vida, qué es lo que ella piensa qué debe hacer para cambiar la situación que atraviesa. Pedirle que las verbalice y explique el porqué de cada una de ellas.

## SESIÓN 10

- **Técnica:** termómetro
- **Objetivo de la sesión:** Autoevaluación de los logros actuales de manera realista
- **Descripción**

Se empezara la sesión con la revisión de las tareas realizadas, después se le pedirá a la paciente que valore el dominio logrado en las actividades programadas, así como el placer logrado con su realización dando un puntaje del 1 al 5. Para notar el dominio o el agrado, de modo que aumente o corregir distorsiones cognitivas a la base, por ejemplo: maximización de tareas no dominadas o desagradables y minimización de tareas agradables y dominadas.

Después se le pedirá a la paciente que exprese los cambios que ha notado en ella y como se siente al respecto, también se le indicara la consecución de técnicas aprendidas y la realización de tareas

## AVANCES TERAPÉUTICOS

SESIÓN	OBJETIVO	AVANCES TERAPÉUTICOS				OBSERVACIONES
		S L	P	N L	%	
<b>SESIÓN N° 1:</b>  <b>Técnica:</b> Relajación	Aliviar el estado de tensión y angustia a través de la respiración y relajación de los músculos del cuerpo	X			10	
<b>SESIÓN N° 2:</b>  <b>Técnica:</b> Apretar el botón	Lograr que la paciente controle los sentimientos de angustia y ansiedad.	X			10	
<b>SESIÓN N° 3:</b>  <b>Técnica:</b> Silla Vacía	Lograr que la paciente exteriorice los sentimientos y pensamientos hacia su pareja.					
<b>SESIÓN N° 4:</b>  <b>Técnica:</b> Reestructura ración Cognitiva	Identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos.		■			
<b>SESIÓN N° 5:</b>  <b>Técnica:</b> Autorreforzamiento	Mejorar la autoestima					
<b>SESIÓN N° 6:</b>  <b>Técnica:</b> Interrupción del pensamiento sin ayuda.	sustituir los pensamientos negativos					
<b>SESIÓN N° 7:</b>  <b>Técnica:</b>	Eliminar emociones negativas					

Carta del perdón					
<b>SESIÓN</b> <b>Nº8 Técnica:</b> Manejo de polaridades, Técnica gestáltica.	Disminuir ideas o pensamientos suicidas				
<b>SESIÓN N° 9:</b> Técnica: Terapia de la Realidad	Generar un cambio de actitud de la paciente.				
<b>Técnica:</b> <b>termómetro</b>	Autoevaluación de los logros actuales de manera realista				
<b>TOTAL</b>		<b>20</b>			

L=LOGRO

P=PARCIALMENTE

NL =NO LOGRÓ

# ANEXOS

## M.C.S.R

- Inventario de Depresión de Beck
- Inventario Clínico multiaxial de Milon II (MCMII)
- Test Proyectivo del Árbol
- Test Proyectivo de Karen Machover (La Figura Humana)



## INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos .A continuación ,señale cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA , INCLUIDO EL DÍA DE HOY . Rodee con un circulo el numero que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo , hay mas de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo ante de hacer la elección .*

1.    0 No me siento triste.  
 1 Me siento triste.  
 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.  
 ③ Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
  
2.    0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.  
 1 Me siento desanimado de cara al futuro.  
 2 Siento que no hay nada por que luchar.  
 ③ El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
  
3.    0 No me siento como un fracasado.  
 1 He fracasado más que la mayoría de personas.  
 2 Cuando miro hacia atrás , lo único que veo es un fracaso tras otro.  
 3 Soy un fracaso total como persona.
  
4.    0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.  
 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.  
 2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.  
 ③ Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.
  
5.    0 No me siento especialmente culpable.  
 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.  
 ② Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.  
 3 Me siento culpable constantemente.
  
6.    0 No creo que esté siendo castigado.  
 1 Siento que quizá esté siendo castigado.  
 2 Espero ser castigado.  
 ③ Siento que estoy siendo castigado.
  
7.    0 No estoy descontento de mí mismo.  
 1 Estoy descontento de mi mismo.  
 2 Estoy a disgusto conmigo mismo.  
 ③ Me detesto.
  
8.    0 No me considero peor que cualquier otro.  
 1 Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.  
 2 Continuamente me culpo por mis faltas.  
 ③ Me culpo por todo lo malo que sucede.
  
9.    0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
 1 A veces pienso en suicidarme , pero no lo haré.  
 2 Desearía poner fin a mi vida.  
 ③ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

35 = Depresión Group

10. 0 No lloro más de lo normal  
 1 ahora lloro más que antes  
 ② Lloro continuamente

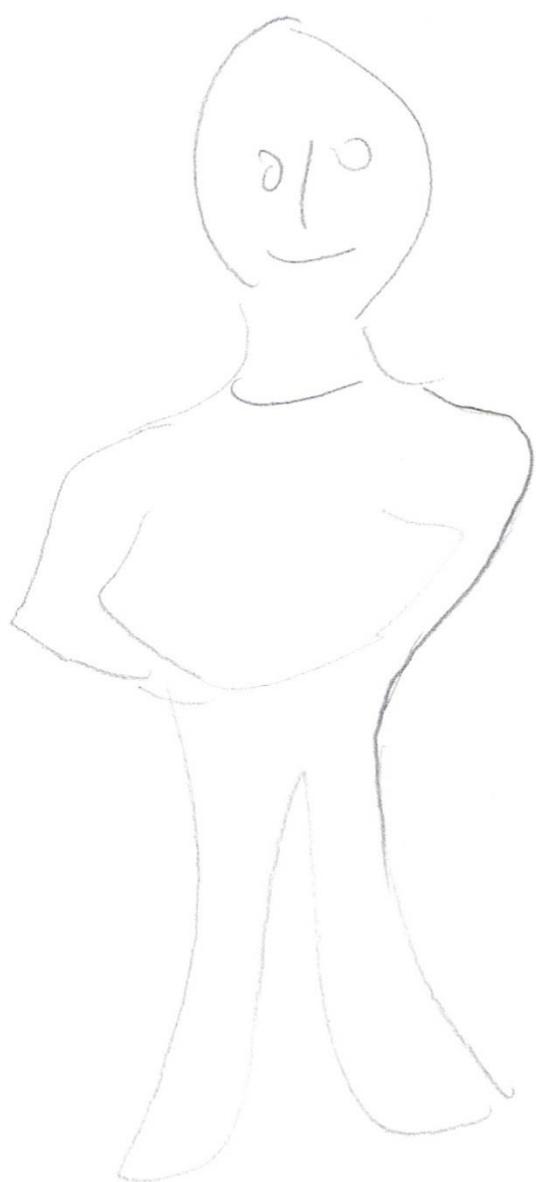
M.S.R



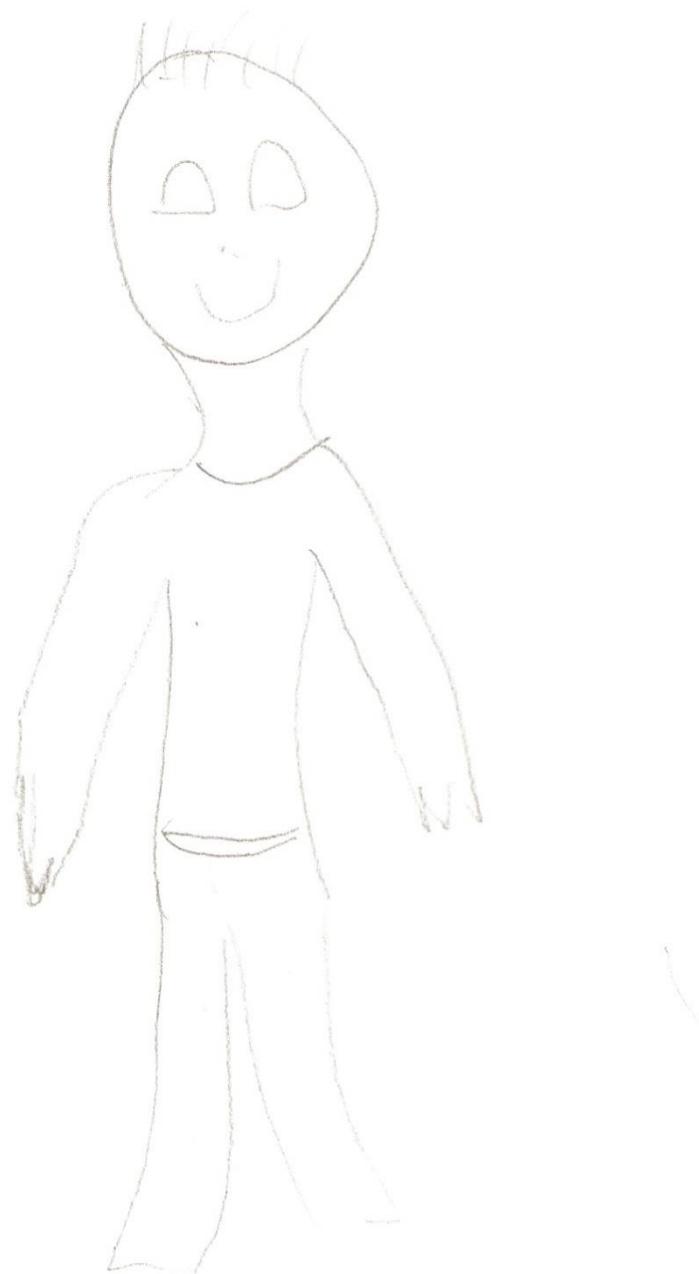
Bloques afectivo, introversión, inhibición en la relación representación de manifestaciones y explosividad, impulsividad, impresionalidad, evasividad, impulso, represión y reserva, agresividad, inmadurez intelectual, tendencia a la contradicción.

\* tronos

M.S.R



① meyer



Doubt

No pensamiento abstracto, vaqo suelto de la realidad, cansado de sentido, crítico, agresiva, evasiva, inmadurez emocional, infantil, inseguridad, idealismo, tensión.