



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCION COGNITIVA CONDUCTUAL EN UNA ENFERMERA CON SINDROME DE BURNOUT

**Línea de investigación:
Salud mental**

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad
Profesional en Terapia Cognitivo Conductual

Autora

Guillen Burga, Itala Maria

Asesor

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado

Vallejos Flores, Miguel Ángel

Peña Correa, Giovanna Britt

Talledo Sánchez, Karim

Lima - Perú

2024

INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN UNA ENFERMERA CON SINDROME DE BURNOUT

INFORME DE ORIGINALIDAD

28%

INDICE DE SIMILITUD

27%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

19%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
2	docplayer.es Fuente de Internet	3%
3	reviberopsicologia.ibero.edu.co Fuente de Internet	2%
4	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	2%
5	scielo.isciii.es Fuente de Internet	1%
6	repositorio.uisek.edu.ec Fuente de Internet	1%
7	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repository.uniminuto.edu Fuente de Internet	1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGIA

INTERVENCION COGNITIVA CONDUCTUAL EN UNA ENFERMERA CON SINDROME DE BURNOUT

Línea de Investigación:
Salud Mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad
Profesional en Terapia Cognitivo Conductual

Autora

Guillen Burga, Itala Maria

Asesor

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio
ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado

Vallejos Flores, Miguel Ángel
Peña Correa, Giovanna Britt
Talledo Sánchez, Karim

Lima – Perú

2024

Pensamientos

La vitalidad se revela
no solamente en la capacidad de persistir
sino en la de volver a empezar.

Francis Scott Fitzgerald

Dedicatoria

A dios por siempre estar a mi lado.

A mis padres y hermana que siempre me motivan a seguir adelante.

A mi esfuerzo y perseverancia en las metas autoimpuestas.

Agradecimientos

A los asesores por su inmensa guía y orientación. Asimismo, a la universidad por ser mi segunda alma mater.

A los profesores que impartieron sus conocimientos generando nuevos aprendizajes en esta segunda especialidad en TCC.

A mi paciente por llegar a consulta y permitir ser un caso académico.

ÍNDICE

Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1. Descripción del problema	13
1.2. Antecedentes	17
<i>1.2.1. Antecedentes nacionales</i>	17
<i>1.2.2. Antecedentes internacionales</i>	18
<i>1.2.3. Fundamentación teórica</i>	20
1.3. Objetivos	35
<i>1.3.1 Objetivos generales</i>	35
<i>1.3.2 Objetivos específicos</i>	35
1.4. Justificación	36
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	37
II. METODOLOGÍA	38
2.1. Tipo y diseño de Investigación	38
2.2. Ámbito temporal y espacial	38
2.3. Variables de investigación	39
<i>2.3.1. Variable independiente</i>	39
<i>2.3.2. Variable dependiente</i>	39

2.4.	Participante	41
2.5.	Técnicas e instrumentos	41
2.5.1	<i>Técnicas</i>	41
2.5.2.	<i>Instrumentos</i>	42
2.5.3.	<i>Evaluación psicológica</i>	45
2.5.4.	<i>Evaluación psicométrica</i>	51
2.5.5.	<i>Informe psicológico integrador</i>	54
2.6.	Intervención	62
2.6.1	<i>Plan de intervención y calendarización</i>	62
2.6.2.	<i>Programa de intervención</i>	65
2.7.	Procedimiento	66
2.8.	Consideraciones éticas	72
III.	RESULTADOS	73
3.1.	Análisis de Resultados	73
3.2.	Discusión de resultados	77
3.3.	Seguimiento	81
IV.	CONCLUSIONES	82
V.	RECOMENDACIONES	83
VI.	REFERENCIAS	84
VII.	ANEXOS	90

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Resultados del test de Maslach MBI.....	88
Tabla 2 Resultados del test de Millon III.....	88
Tabla 3 Resultados del test Creencias Irracionales Ellis.....	88
Tabla 4 Registro de línea base: frecuencia de pensamientos de la usuaria.....	49
Tabla 5 Registro de línea base: frecuencia de conducta.....	50
Tabla 6 Registro de línea base: de intensidad y frecuencia (1-10) de emociones de la paciente.....	50
Tabla 7 Registro de línea base: frecuencia fisiológica.....	51
Tabla 8 Tabla 8 Criterio Diagnóstico según Cie-11 para el QD85.....	51
Tabla 9 Análisis funcional.....	52
Tabla 10 Diagnostico funcional.....	53
Tabla 11 Diagnostico cognitivo.....	53
Tabla 12 Plan de intervención.....	54
Tabla 13 Sesiones psicoeducativas.....	57
Tabla 14 Línea de registro: frecuencia de conducta pre y post test.....	64
Tabla 15 Línea de registro: frecuencia de pensamientos de la usuaria pre y postest...65	
Tabla 16 Registro base: de intensidad y frecuencia (0 - 10) de emociones pre y postest.....	66
Tabla 17 Registro base: frecuencia fisiológica pre y postest.....	67

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Plan de intervención.....	56
Figura 2 Línea de registro: frecuencia de conducta pre y post test.....	64
Figura 3 Registro base: de intensidad y frecuencia (0 - 10) de emociones pre – post.....	66
Figura 4 Registro base: frecuencia fisiológica pre y postest.....	67

Resumen

El presente trabajo académico, desarrolla un caso clínico de intervención en terapia cognitiva conductual sobre el Síndrome de Burnout en un personal de enfermería, mujer, de iniciales EMDD de 39 años que presenta sintomatología de cansancio físico, emocional y mental, cefalea, problemas gastrointestinales y reumatológicos que labora en el área de emergencias pediátricas de una clínica y hospital de Lima. La investigación de tipo preexperimental, de diseño Univariable Multicondicional A-B, se elaboró una historia clínica cognitiva conductual, en base a la entrevista y observación de conducta de la usuaria, aplicando instrumentos como el Inventario de Maslach, Inventario de Personalidad Millon III, Inventario de creencias irracionales y el análisis funcional. Se inicia el programa de intervención con psicoeducación y la aplicación de técnicas cognitivas conductuales tales como el dialogo socrático, entrenamiento en solución de problemas, role playing, modelado, reestructuración cognitiva, inoculación al estrés, mindfulness y otros, para el cambio de la sintomatología burnout. Luego de la aplicación del programa que será de dieciocho sesiones en un rango de dos veces por semana, duración de una hora, por tres meses con dos semanas de seguimiento de caso. Los resultados evidencian, una disminución significativa de la sintomatología burnout lo cual evidencian que el programa fue eficaz con una reducción en las áreas de conducta de un 63%, en cuanto a pensamiento un 64%, en las emociones un 70% en intensidad y en frecuencia un 59% y en lo fisiológico de un 51%.

Palabras clave: estrés profesional crónico, desgaste profesional, síndrome de burnout

Abstract

The present academic work develops a clinical case of intervention in cognitive behavioral therapy on Burnout Syndrome in a 39-year-old nursing staff, a woman, with EMDD initials, who presents symptoms of physical, emotional and mental exhaustion, headache, problems gastrointestinal and rheumatology who works in the pediatric emergency area of a clinic and hospital in Lima. The pre-experimental research, with a Univariate Multiconditional A-B design, developed a cognitive-behavioral clinical history, based on the interview and observation of the user's behavior, applying instruments such as the Maslach Inventory, Millon III Personality Inventory, and Belief Inventory. irrational and functional analysis. The intervention program begins with psychoeducation and the application of cognitive behavioral techniques such as Socratic dialogue, problem-solving training, role playing, modeling, cognitive restructuring, stress inoculation, mindfulness, and others, to change the burnout symptoms. After the application of the program, which will be eighteen sessions at a range of twice a week, lasting one hour, for three months with two weeks of case follow-up. The results show a significant decrease in burnout symptoms, which shows that the program was effective with a reduction in the areas of behavior by 63%, in terms of thinking by 64%, in emotions by 70% in intensity and in frequency 59% and physiologically 51%.

Keywords: burnout syndrome, chronic professional stress, professional exhaustion

I. INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout (SB) o desgaste profesional que sufre un trabajador, es una forma de respuesta no adecuada al estrés crónico, representado por tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta o disminución de realización personal en el ámbito laboral, que se encuentra presente en trabajadores de la salud, de servicios sociales, docentes y servicios de seguridad; quienes, por la esencia de sus actividades deben frecuentar de manera constante y directa a personas, exponiéndose a factores de riesgo psicosociales como: exigencias emocionales, exigencias cognitivas, carga de trabajo, turnos rotativos, entre otros (Azcúenaga, 2012). En este trabajo de investigación se menciona un caso único de intervención bajo la guía de la Terapia Cognitiva Conductual, como tratamiento eficaz para reducir la sintomatología burnout de una enfermera, siendo esta intervención de actual importancia por las múltiples evidencias de incidencia y prevalencia de casos reportados a nivel nacional y mundial.

Siendo que, el SB, produce malestares similares a la depresión como, por ejemplo: malestares físicos, baja motivación, y poco involucramiento en el trabajo, lo que impacta en la salud física y mental de los profesionales de la salud, repercutiendo en la calidad de atención prestada a sus pacientes; dichos malestares pueden generar daños irreversibles a largo plazo, que ocasionan altos costes en los sistemas de salud a nivel organizacional y nacional (Tejada, 2017).

Este estudio de caso único tiene como finalidad servir de guía para los nuevos profesionales que quieran utilizar una intervención eficaz basada en evidencias que disminuyen la sintomatología burnout.

En el apartado I, se muestra la realidad del síndrome burnout a nivel general y nacional, los antecedentes internacionales y nacionales sobre la TCC en casos de burnout, marco teórico, conceptos acerca del burnout, clasificación, modelo teórico, objetivo general, los objetivos

específicos y finalmente la justificación y el impacto esperado del trabajo académico en mención.

En el apartado II, se presenta el tipo y diseño de investigación, descripción de la variable independiente y dependiente, la participante, las técnicas e instrumentos aplicados, la evaluación psicológica, diagnóstico psicológico, diagnóstico funcional, análisis funcional y el programa de intervención, procedimiento y consideraciones éticas.

En el apartado III, se detallan los resultados, el análisis, la discusión y el seguimiento de caso.

En el apartado IV, se presentan las conclusiones sobre el estudio de caso.

En el apartado V, se mencionan las recomendaciones pertinentes por parte de la investigadora hacia la participante y las pautas pertinentes para aplicar la TCC en casos de sintomatología burnout.

En el apartado VI, se presentan las referencias de los artículos utilizados que respaldan la investigación.

Finalmente, en el apartado VII, se presentan los anexos, realizados en el estudio de caso, tales como las tablas, figuras, test aplicados en pre y post evaluación y el consentimiento informado debidamente firmado por la usuaria.

1.1 Descripción del problema

El síndrome de Burnout fue definido por primera vez por el médico psiquiatra y psicoanalista americano Herbert Freudenberger en 1974. Él evidencio que en su equipo de trabajo se manifestaba un desgaste en la calidad, atención y empatía al usuario por parte de sus compañeros a esto lo define como fallar, desgastarse, sentirse exhausto por la actividad laboral, asimismo; Cristina Maslach psicóloga social que en 1982, desarrollo el termino en el cual describe las respuestas emocionales, de los profesionales que están en contacto con otras personas y aquellos que brindan un servicio personalizado de este en donde se hace mención al grupo humano de enfermería por la continuidad de su trabajo, al existir la presión excesiva, los conflictos entre las mismas áreas, la sobrecarga laboral del trabajo realizado por las múltiples funciones que ejecutan, la poca recompensa emocional y el casi nulo reconocimiento por parte de la institución laboral. Por consiguiente, se conceptualiza al burnout como la sensación de agotamiento, decepción y perdida de interés por la actividad laboral, que surge en aquel personal que brinda profesiones de servicio como consecuencia del contacto diario con su trabajo (Gil-Monte, 1991).

A escala mundial, el síndrome de burnout fue declarado, por la (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2000) como un factor de riesgo laboral, por su capacidad de afectar la vida, la salud mental e inclusive poner en riesgo la vida del individuo que la sufre. Es por ello, que el síndrome de burnout, síndrome de deterioro profesional o también llamado el síndrome del quemado, cita a todos los trabajadores de las múltiples disciplinas que suelen trabajar diariamente con personas siendo en un mismo contexto laboral o brindando sus servicios al cuidado y atención al usuario.

Desde el punto de vista cognitivo conductual, es una alternativa favorable en el tratamiento del síndrome de burnout, siendo que en este tipo de terapia ofrece una representación de cómo entender la manera en que uno piensa acerca de sí mismo, de otras personas, del mundo y como lo que uno conciba afecta a sus pensamientos y sentimientos.

Además, nos ayuda a cambiar la representación en que uno piensa (cognitivo) como actúa (conductual) y estos cambios permiten ayudar a sentirse de manera satisfactoria. (Peña, 2019).

Las intervenciones cognitivas conductuales (ICC) comprobadas para disminuir el burnout. En tal sentido la sintomatología burnout de agotamiento emocional, de cinismo y la falta de eficacia que pueda llegar a percibir el personal de salud disminuirían. Por lo cual se emplean tres sistemas: fisiológicas, conductuales y cognitivas (Guerrero y Rubio, 2005).

Asimismo en Perú, desde el año 2014, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) mide el síndrome de Burnout mediante el inventario MBI-HSS como parte de la evaluación de satisfacción del personal de los servicios de salud, en cada uno de los establecimientos de salud pertenecientes al Ministerio de Salud (MINSA), al Seguro Social (ESSALUD), a la sanidad de las fuerzas armadas, policiales y al sector privado de los 24 departamentos del Perú, donde se haya entre su factores que el 62,3% eran mujeres, 44,0% eran médicos, 46,0% pertenecían al MINSA y 23,1% laboraban en Lima. Donde se alcanzó una prevalencia global del 2,8%. (Maticorena-Quevedo et al., 2016). De este modo se evidencio una mayor prevalencia en los médicos secundados por el personal de enfermería femenino, quienes se encuentran más expuestos a los factores que influyen en el agotamiento emocional, tales como la sobrecarga de trabajo, privación del sueño, los conflictos laborales y bajo compromiso institucional.

Desde hace algunos años el burnout se ha convertido en un inconveniente psicosocial significativo. En este sentido, el contexto de la crisis sanitaria a nivel mundial, la pandemia por Covid-19, los profesionales de la salud que trabajan en primera línea fueron los más expuestos a diversas situaciones de estrés, de desgaste emocional y físico. Un caso especial fue el personal de enfermería que estuvo en atención directa con el usuario y su familia ante las múltiples problemáticas a nivel sanitario, la falta de personal y la carencia de insumos médicos. Aunado a esto, el personal tuvo que ausentar y resguardar de su propia familia para evitar llevar el

contagio; todas estas situaciones por demás estresantes y preocupantes hicieron que muchas enfermeras albergaran pensamientos negativos, derrotistas y de insuficiencia.

Por otra parte, otros estudios mencionan la perspectiva clínica citando a Freudenberguer, quien manifestaba que la sintomatología física es el resultado del trabajo y de sus condiciones, bajo una perspectiva psicosocial donde la respuesta emocional es antecedente y condicionante de los factores laborales y organizacionales. Es por esta razón por lo que el SB afecta mucho más al área de enfermería, dado que estos trabajadores están en constante contacto con el sufrimiento de quienes necesitan de sus servicios y cuidado. Por lo tanto, la expresión más común es la disminución en la calidad de su labor, presentándose el síndrome de fatiga; debido a esto, el burnout es uno de los motivos principales de abandono de la carrera de enfermería (Badia, 2019).

Por consiguiente, en el contexto laboral se manejan cambios en la misma área de trabajo, la sobrecarga laboral al asumir más responsabilidades en un turno y la exposición a las demandas del usuario, muchas veces sobrecargado de emociones negativas que se ponen en manifiesto de manera verbal y física. Al respecto, el profesional de enfermería, por su misma vocación de servicio, suele ceder a las demandas injustificadas de los usuarios, siendo una de ellas las áreas de emergencia. Valencia et al. (2018) señalan que el personal de salud afronta riesgos potenciales debido a la duda sobre el tipo de situación que enfrentara y cómo podría manejarla; a diferencia de otro profesional que tiene un propósito claro, el gremio de enfermeras trabaja por controlar los riesgos que pueden suscitar y sean difíciles de solucionar; como consecuencia, el trabajo de estos profesionales es más agotador y estresante que el de otros profesionales de la salud porque sus labores en los centros asistenciales involucran factores de riesgo biológico, físicos, ergonómicos y psicosociales continuos que pueden hacerlos más susceptibles o vulnerables a enfermedades profesionales, lesiones o síndromes relacionados con el ambiente de trabajo.

De esta manera, el síndrome de burnout reconocido como desgaste laboral, afecta no solo de manera significativa al personal que ejerce su profesión en la rama de servicios asistenciales, sino también al personal que está expuesto a horarios laborales de largas y agotadoras jornadas que afectan su estado emocional. Esto se convierte en una problemática que genera inseguridad en el área de la salud, donde se aborda como un posible acontecimiento que, de no ser tratado, puede inducir en el personal de salud estados depresivos y pensamientos suicidas (Gonzales y Guevara, 2016).

El presente trabajo está orientado al problema sanitario más frecuente y presente en el ámbito laboral de cuidado y atención al usuario que brinda servicios asistenciales en emergencia pediátrica; escenario donde el SB suele estar presente en el personal asignado. El desarrollo de este estudio de caso surge ante la percepción de estrés laboral y como este, si no se maneja adecuadamente puede convertirse en SB muy presente en estos tiempos frenéticos, afectando no solo a la salud emocional, sino perjudicando también el equilibrio y bienestar psicoemocional como lo es la salud.

En este trabajo académico describimos la intervención de un cuadro de burnout en una enfermera que colabora en el área de emergencia pediátrica de un hospital del Callao y en una clínica privada de Lima. La paciente presenta síntomas físicos como cansancio en la jornada de trabajo, agotamiento, cefaleas, insomnio, dolores musculares. En cuanto a las emociones presenta irritabilidad, tristeza, ansiedad, frustración; mientras que, a nivel cognitivo, manifiesta pensamientos negativos sobre la jornada laboral. Finalmente, en las conductas presenta aislamiento, respuesta verbal agresiva, tendencia a cometer errores, Este cuadro se ha ido incrementando por un tiempo de dos años por lo que se plantea una intervención bajo el modelo cognitivo conductual, observando el efecto que produce el síndrome de burnout en la reducción de la sintomatología en una paciente enfermera a través de la intervención en TCC.

1.2 Antecedentes

En los últimos años se ha llevado múltiples estudios de casos clínicos sobre el burnout, dando a conocer nuevos alcances sobre los programas de intervención, el presente trabajo extrae antecedentes nacionales e internacionales de diversos repositorios tales como Redalyc, Scielo, repositorios universitarios que se detallan seguidamente.

1.2.1 *Antecedentes nacionales*

Chuchón (2022), realizó un estudio de caso único en paciente mujer de 36 años que presentaba depresión recurrente, se realizó una intervención cognitiva conductual de 14 sesiones en un periodo de seis meses con una duración de sesenta minutos, se utilizó las técnicas cognitivo conductuales como la reestructuración cognitiva, re atribución, columnas paralelas, detención de pensamiento, regulación emocional, relajación muscular progresiva de Jacobson, respiración abdominal, role playing, entrenamiento asertivo y mindfulness. El trabajo académico es una investigación de tipo aplicada, el diseño es de tipo experimental (preexperimental) y se usó el modelo ABA. Concluyendo el programa con éxito donde la sintomatología depresiva disminuyó significativamente.

Huamani (2022), presenta el caso de una paciente mujer de 28 años con ansiedad generalizada, el diseño experimental usado fue el de caso único A-B-A. Programa de 9 sesiones las cuales fueron: psicoeducación, entrenamiento en respiración, relajación de Jacobson y reestructuración cognitiva. Al concluir el programa los resultados muestran una disminución del 85% de la sintomatología ansiosa de las emociones, conductas, pensamientos negativos y perturbadores.

Yslado et al (2020), realizaron un programa con el objetivo de describir las fases y niveles de las dimensiones del SB y determinar los efectos de un programa de intervención breve (PIB) en los profesionales de la salud de dos hospitales del MINSA en Ancash. Estudio de enfoque cuantitativo de diseño preexperimental con una población de 60 profesionales en

el cual participaron cinco profesionales con burnout fase intermedia y final. Se trabajo con el inventario MBI de Maslach, el programa se orientó a la instrucción de estrategias conductuales, cognitivas y emocionales de afrontamiento del burnout. Los Resultados indican que se logró revertir las fases intermedia y final hasta la fase inicial disminuyendo los niveles altos de sus dimensiones: cansancio emocional y baja realización personal; por lo cual el programa es bueno y eficaz pero no concluyente.

Rosales (2019), realizo un programa de intervención cognitivo conductual para disminuir los niveles de SB y las disfunciones emocionales en profesionales asistenciales de enfermería en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Entre los resultados se encontró que la aplicación del programa educativo fue efectiva, ya que contribuyó en la reducción del Burnout en un 9, 5% y en las disfunciones emocionales 14.3%.

Ruiz (2018), ejecuto un programa cognitivo conductual para disminuir los niveles de estrés laboral crónico en el personal de salud de un hospital de Chiclayo. Se aplico el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) a 60 trabajadores, obteniendo niveles Altos para las dimensiones de Despersonalización y agotamiento emocional, detectándose un bajo nivel de Realización Personal. se elaboró un programa compuesto por 20 sesiones, identificando situaciones estresantes; entrenamiento en inoculación al estrés; en control de estrés y relajación; entrenamiento en asertividad en situaciones de estrés; recursos para mejorar la autoestima y el autocontrol; aplicación de la terapia de solución de problemas en dos sesiones; motivación laboral; hábitos de vida saludable; reestructuración cognitiva para afrontar pensamientos y turbaciones negativas en el trabajo, en la organización y planificación de labores.

1.2.2 Antecedentes internacionales

Benzoni et al (2020), realizaron en Brasil un estudio de caso, cuyo objetivo fue analizar la eficacia de un protocolo de atención individual de base cognitiva en el tratamiento, el

control y manejo del estrés laboral, participo en el estudio un hombre de 30 años, casado, se realizaron ocho sesiones, se utilizaron técnicas de intervención como habilidades de afrontamiento y asertividad, resolución de problemas, juego de fichas y de reestructuración cognitiva. Se evidencia gran adherencia al tratamiento y su eficacia.

Lagos et al (2020), realizaron un estudio con el objetivo de analizar la eficacia de una intervención cognitiva conductual en la mejoría del estrés laboral, en pre internos de Medicina. El estudio corresponde a un enfoque mixto con predominio cuantitativo, con diseño cuasi experimental, con evaluación pre y post intervención, de 15 participantes con edades entre los 20 y 23 años. Con una duración de 3 sesiones de una hora cada una, se utilizaron las técnicas psicoeducación, entrenamiento en solución de problemas e inoculación al estrés. Se muestran en los resultados una disminución significativa en los niveles de estrés.

Peña (2019), realizó un estudio de caso, reducir los síntomas del síndrome de burnout en docentes consejeros, se trabajó desde el enfoque cognitivo conductual, se realizaron 12 sesiones de 1 vez por semana con un tiempo de 3 meses de duración, algunas se realizaron de manera individual y grupal con la finalidad de lograr la interacción de los participantes 17 en total. Para realizar el proceso de intervención se emplearon las siguientes técnicas: Psicoeducación, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, asertividad, actividades gratificantes. La terapia resulto favorable, logrando reducir la sintomatología y los pensamientos distorsionados.

Reyes y González-Celis (2016), realizaron un estudio para evaluar los efectos de una intervención cognitivo-conductual (ICC), se evaluó a 15 cuidadores formales de ancianos, los módulos de trabajo fueron: relajación, habilidades sociales, reestructuración cognitiva, reforzamiento positivo, moldeamiento y modelamiento. Los resultados indican una disminución significativa en los puntajes del burnout en las dimensiones: desgaste físico y

psíquico en la cual se evidencia que todos los cuidadores, disminuyeron clínicamente las puntuaciones de burnout, mejorando el 60% las puntuaciones de calidad de vida.

Álvarez (2014), evaluó la eficacia y efectividad de una intervención cognitiva conductual en un caso único de estrés laboral, basado en un programa de inoculación del estrés de doce sesiones, se utilizaron técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales, los resultados obtenidos muestran que la intervención diseñada fue eficaz.

1.2.3 Fundamentación teórica

1.2.3.1 Terapia cognitiva conductual. De este modo se ha demostrado a lo largo del tiempo que las intervenciones cognitivo-conductuales (ICC) han sido demostradas para disminuir la sintomatología del burnout en las organizaciones a nivel general siendo que este afecta a todo trabajador que brinde servicios de atención directa o indirecta al usuario. Es por ello por lo que se han empleado tres estrategias: fisiológicas, conductuales y cognitivas (Guerrero y Rubio, 2005). De acuerdo con Beck et al. (1979) y Maldonado (1984), en tal sentido mencionan que, la terapia cognitiva conductual también utiliza un programa terapéutico que basa su fundamento en un conjunto de técnicas conductuales, verbales y emocionales; que se usan a favor de debilitar o modificar pensamientos inquietantes, produciendo así estilos cognitivos adaptativos, caracterizándose por ser un proceso activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, afianzado bajo la investigación empírica de su teoría y sus técnicas.

Al respecto es de resaltar que sobresalen los modelos clásicos de la terapia cognitiva; concretamente de la terapia racional emotivo-conductual de Ellis y de la terapia cognitiva de Beck las cuales, tienen una base común, que las convierte en los dos modelos psicoterapéuticos más representativos del enfoque cognitivo en psicoterapia (Cabezas y Lega,

2006). Es por ello por lo que este tipo de intervención intenta disminuir la sintomatología física, pensamientos, emociones y conductas disfuncionales.

De este modo, la terapia cognitiva conductual, una forma de psicoterapia con el propósito de solucionar inconvenientes emocionales, conductuales disfuncionales, tomando en cuenta el rol esencial que juega el aprendizaje humano, así como los efectos que tiene el entorno, las cogniciones y el lenguaje en los problemas psicológicos. (Vernon y Doyle, 2018). Asimismo, (Zaldívar 2013, como se citó en Díaz et al., 2016), menciona que los autores más reconocidos en este modelo terapéutico son Albert Ellis y Aaron T. Beck.

En tal sentido, Mera, 2015; Vernon y Doyle (2017) mencionan que la terapia cognitiva conductual es una de las terapias con mejores resultados en la intervención. Esto se explica primero de la siguiente manera, tiene múltiples investigaciones en el campo de la psicoterapia; seguido de la demostración de su eficacia en comparación a otros modelos (Barlow, 2018; Corbridge et al., 2018; Moreno y Deus, 2016; Rivero, 2015 citado en Mendoza, 2020) y, por último, los modelos de terapia cognitiva conductual son ampliamente estudiados (Corbridge et al., 2018; Ruiz y Ruiz, 2018; Taylor et al., 2019 como se citó en Mendoza, 2020).

Mera (2015) señala que la terapia cognitivo conductual ha ido evolucionando con el tiempo y por lo tanto ha sufrido una transformación a lo largo de tres generaciones con énfasis en los eventos y las autorías.

 Primera ola: En esta fase, el foco está en la terapia conductual, entre cuyos autores se encuentran: J.B. Watson, también llamado el padre del conductismo, aparece, al igual que Skinner, como el autor del conductismo radical. Wolpe junto con otros colaboradores como Eysenk y Shapiro, es otro autor que tuvo una gran influencia en la primera generación que llevo a cabo investigaciones sistemáticas sobre la desensibilización. La base de esta primera ola fue la superación de los conflictos y restricciones presentes en el psicoanálisis (Mera, 2015, como se citó en Mendoza, 2020).

 Segunda ola: Esta generación surgió en los años 1960. La característica principal es la inclusión del pensamiento como principio de nuestra conducta, dando importancia al aspecto cognitivo en psicoterapia. En esta fase surgen dos tendencias importantes: la teoría que menciona la importancia del aprendizaje social de Lazarus y Bandura, y las terapias cognitivo-conductuales, de las cuales la terapia cognitiva de Beck es la más importante, la terapia racional conductual-emocional de Albert Ellis y Meichenbaum terapia de autoestudio (Mera, 2015, como se citó en Mendoza, 2020).

 Tercera ola: Fase final en la que emerge una gama de terapias basadas en el contexto que enfatizan la aceptación y la tolerancia a través de procesos atencionales. Las más importantes son la Terapia Dialéctica Conductual de Linehan y la Terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes (Mera, 2015, como se citó en Mendoza, 2020).

Es por ello por lo que Ellis y Beck son los precursores más influyentes de la terapia cognitivo-conductual (Obando y Parrado, 2015). Refiriéndose a las posiciones de los autores sobre la terapia cognitivo-conductual, Aaron Beck y Albert Ellis consideraron en su investigación sobre este modelo, la eficacia y brevedad de los resultados empíricos sobre las creencias y otros aspectos cognitivos de las dificultades emocionales. Por lo tanto, hay tres principios básicos a los que se refieren los autores. Primero, la cognición influye en el comportamiento y las emociones; en segundo lugar, donde se pueden controlar y cambiar las percepciones; finalmente, el tercero, en el que, modificando las creencias, podemos provocar cambios de comportamiento y con ello lograr experiencias más adecuadas (Garay y Keegan, 2016).

Respecto a las técnicas de intervención utilizadas en este modelo, Caballero y Gálvez (2019) afirman que la TCC incluye la psicoeducación, la modificación del pensamiento y técnicas de activación conductual y fisiológica. Asimismo, entre las técnicas que contribuyen

a la adherencia terapéutica y pretenden tener un mayor impacto en el usuario, se incluyen las psicoeducativas y conductuales (Gonzales-Encinas y García, 2019; Rossi, 2016).

Las estrategias fisiológicas tienen como objetivo reducir la activación fisiológica y el malestar emocional y físico. Las técnicas más utilizadas incluyen la relajación, el control de la respiración y la biorretroalimentación. Las estrategias conductuales a su vez tienen como objetivo dotar al participante de habilidades y competencias que le permitan afrontar más fácilmente los problemas en el trabajo. Normalmente se utilizan entrenamientos asertivos y en habilidades sociales, así como técnicas de resolución de problemas y de modificación de conducta. Finalmente, las estrategias cognitivas tienen como objetivo mejorar la percepción, la interpretación y la evaluación de los conflictos en el lugar de trabajo e incrementar los recursos personales del individuo. Las técnicas más utilizadas incluyen la desensibilización sistemática, la detención del pensamiento, la inoculación al estrés, la reestructuración cognitiva y el control del pensamiento irracional (Guerrero y Vicente, 2001).

1.2.3.2 Síndrome de Burnout. Al respecto, OMS (2022), El síndrome de desgaste ocupacional es “el resultado del estrés crónico en el lugar del trabajo que no se mantiene eficazmente, el estrés laboral es aquel que se produce debido a la excesiva presión que tiene lugar en el entorno de trabajo”. Siendo netamente exclusivo y no se utilizaría para manifestar otros aspectos estresantes de la vida más que en contextos laborales. Asimismo, este organismo mundial de la salud ingreso oficialmente en mayo del año pasado a la Clasificación Internacional de enfermedades (Cie-11), en la que se incluía el síndrome de burnout entre las enfermedades relacionadas con el trabajo.

Las consecuencias de padecer el trastorno afectan de una u otra forma a la totalidad de la sociedad. Los enfermeros que sufren burnout suelen presentar problemas psicosomáticos (p. ej., debilidad e insomnio), emocionales (p. ej., ansiedad y depresión), actitudinales (p. ej.,

hostilidad, apatía y desconfianza) y comportamentales (p. ej., agresividad, irritabilidad y aislamiento), entre otros (JanssonFrojmark y Lindblom, 2010; Leape et al., 2012).

Clasificación de la OMS según las tres dimensiones del Síndrome de Burnout:

 Sensación de falta de energía o agotamiento, sensación de cansancio todo el tiempo, incluso al comienzo del día.

 Aumento del distanciamiento psicológico con el trabajo, sentimientos negativos o cínicos, falta de compromiso con el trabajo, las tareas asignadas o con otras personas.

 Sensación de ineficacia y falta de éxito.

Síntomas físicos

 Migrañas

 Gastritis

 Aumento de la presión arterial y aumento de la aparición del síndrome del intestino irritable.

 Sistema inmune menos eficaz

 Taquicardia

 Sudoración

 Tics nerviosos

 Obesidad y sobrepeso

 Presión sobre dientes y mandíbula (bruxismo)

 Tensión muscular

 Diarrea o estreñimiento

 Insomnio

Síntomas psicológicos

 Dificultad para concentrarse

 Incremento de errores

-  Menos capacidad de toma de decisiones
-  Disminución de la memoria
-  Ansiedad
-  Preocupación en exceso
-  Pensamiento catastrófico y lento
-  Irritabilidad
-  Disminución de la autoestima
-  Constantes cambios de humor
-  Reducción del deseo sexual.

Una amplia investigación empírica sobre el agotamiento ha demostrado que está relacionado con la sobrecarga del trabajo, la presión del tiempo, la falta de apoyo social y la confusión sobre las tareas y responsabilidades. El personal con síndrome de burnout se percibe con sensación de agotamiento, decepción, mostrando pérdida de interés en las actividades laborales, este personal tiende a ser menos sensible, poco comprensivas, con un trato un tanto agresivo, distante o cínico por la pérdida de motivación gradual acompañado de sentimientos negativos y de fracaso.

El burnout se produce entre profesionales cuyo trabajo involucra a personas e incluye tres dimensiones:

(1) el cansancio y/o agotamiento emocional que puede manifestarse física y/o mentalmente, es un sentimiento descrito como una incapacidad para dar más de uno mismo a los demás.

(2) cinismo como desarrollo de sentimientos, actitudes y reacciones negativas, distantes y frías hacia los demás, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo.

(3) la baja realización personal o un pobre sentimiento de logro, caracterizado por una dolorosa decepción al dar sentido a la propia vida y a los éxitos personales, acompañado de

un sentimiento de fracaso y baja autoestima (Álvarez y Fernández, 1991; Apples, 1998; Atance, 1997; Chacón et al., 1999; García, 1995; Gil-Monte, 1991, 2001; Guerrero y Vicente, 2001; Moreno et al., 1991; Olmedo et al., 2001; Tortella-Feliu, 2001; Wright y Bonett, 1997; Yela, 1996). Según, Pines y Aronson (1988).

Es por ello que el personal con este síndrome tiende a dar lo mejor de sí, cuando antes si lo podía hacer sin ningún inconveniente. Se genera así una lucha interna por cambiar los pensamientos derrotistas y las emociones negativas que la embargan al ingresar al turno laboral. Asimismo, a lo largo de la jornada laboral y ante la demanda de los pacientes en la atención va haciendo que su estado de ánimo comience a ceder, provocando que las situaciones sobrepasen su capacidad de tolerancia y se generen los malestares físicos, emocionales, cognitivos y conductuales del burnout.

Al abordar los vínculos entre burnout y estrés, Álvarez y Fernández (1991) explican que la principal diferencia es que el primero es consecuencia del estrés crónico en el contexto laboral, sugiriendo que es una reacción al estrés en el lugar de trabajo dependiendo de las necesidades y especificidades del trabajo. Por tanto, GilMonte (1991) afirma que si bien el burnout y la insatisfacción laboral son experiencias psicológicas internas y negativas, el primero implica cambios en el comportamiento hacia las entidades relacionadas con la actividad laboral, así como cambios en la calidad y el agotamiento o pérdida de energía de los trabajadores. Por su parte, Moreno y Peñacoba (1996) intentan aclarar este concepto enfatizando que el desgaste profesional no se equipara con una sobrecarga de trabajo o un proceso asociado a la fatiga, sino con la desmotivación emocional y cognitiva que resulta del abandono de un tema de interés significativo en un momento determinado para el sujeto.

Los individuos no son recipientes pasivos de las circunstancias del entorno, sino que, eligen y determinan activamente su ambiente (Marquinez y Ayala, 1995). Es por ello por lo que el personal de enfermería al no solo tener un solo puesto de trabajo sino varios con más

o menos estresor, al cabo del paso del tiempo su atención optima decae a una atención poco servil, superficial, de poco tiempo, es por ello las campañas de humanización que se brindan y están colgadas como afiches en los hospitales, clínicas o centros de atención siendo que el personal va perdiendo con el paso del tiempo esa esencia de servicio de calidez al usuario.

Estas cuatro categorías se operacionalizaron como características de la tarea (autonomía y variedad), sobrecarga de trabajo, apoyo social y expectativas laborales insatisfechas, respectivamente. El conjunto de resultados considerados incluyo tres variables: motivación interna en el trabajo, agotamiento emocional y disposición a abandonar la organización, que se consideraron representativas de los efectos tanto positivos como de los negativos que el trabajo puede tener en las personas (Houkes et al., 2003). Entre las tres dimensiones ampliamente reconocidas del síndrome de burnout, la atención se centra en el agotamiento emocional, que se refiere al sentimiento de estar emocionalmente debilitado y de haber agotado todos los recursos emocionales disponibles.

Entre las variables que desencadenan o preceden al burnout, las variables personales consideradas en la investigación sobre burnout incluyen el género, la edad, el estado civil, la antigüedad en el trabajo, los rasgos de personalidad y las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento. Con relación al sexo o género, en algunos estudios son las mujeres las que obtienen mayores puntuaciones en los instrumentos de medida (Atance, 1997). Pero sólo la escala de cansancio emocional se relaciona positivamente con la edad (Tello et al., 2002).

En el estudio también se hace mención que son los enfermeros varones quienes tienden a despersonalizarse y que los años de mantención en el campo laboral de 5 a 10 años es donde el síndrome de burnout hace su aparición o debut, donde las manifestaciones físicas aparecen con mayor presencia en asociación a síndromes como la ansiedad y depresión, en las cuales como factores predisponentes están el locus de control internos o externos donde las creencias del suceso de la vida son controlables por las propias decisiones (interno), o no y somos

manejados por fuerzas superiores a la voluntad (externo) y las conductas tipo A, personas que tienden a ser ambiciosos, competitivos, perfeccionistas e impacientes suelen padecer frecuentemente este tipo de desgaste ocupacional. siendo como un factor a su favor las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y los cambios cognitivos los que hacen que los individuos toleren este síndrome muy frecuente en la sociedad actual.

Las variables sociales que pueden provocar tensiones importantes con la familia, amigos y estilo de vida, etc. Entre estos, la comunicación, es un aspecto importante y fundamental, cuando estos flujos se deterioran donde la persona se centraliza en sí mismo y tiende aislarse de su equipo de trabajo y se individualizan las acciones. Interacciones interpersonales con familiares y amigos que a menudo se perciben como negativas o positivas. Los problemas familiares que alteran el funcionamiento normal de la dinámica familiar predisponen a los afectados a una sobrecarga aun mayor y a una predisposición al agotamiento. Los recursos de afrontamiento que una persona puede tener y como aborda ciertos aspectos del estrés laboral a largo plazo de maneras particulares, así como los factores culturales dependen en gran medida de como percibe su carga de trabajo.

Por consiguiente, el agotamiento emocional de los trabajadores puede producir conflictos dentro de la plantilla y desembocar en absentismo, moral baja y disminución de la productividad (Trybou et al., 2014). Las variables organizacionales consideradas en los estudios revisados por pares sobre el burnout incluyen el ambiente laboral, el bienestar en el lugar del trabajo, el nivel de autonomía, el desempeño laboral, el apoyo social, la ambigüedad de roles y la falta de reciprocidad ... (Cuevas et al., 1998). Los resultados de dicha investigación mencionan y consideran factores de gran influencia ha no percibir o desarrollar burnout, un adecuado ambiente de trabajo donde las dotaciones internas estén completas y la cohesión con los compañeros de turno sean las adecuadas, además de que los roles mensuales no sean ambiguos mostrando las horas laborales a prestar, los departamentos en los que se

realizaran las funciones y sus procesos sean dinámicos y no exigentes donde perciban el trabajo bajo presión, se ha evidenciado también que los tipos de contrato o las prestaciones de servicio en cierta medida contribuirían en cierta medida al desarrollo del síndrome de burnout.

En los modelos teóricos del burnout, según Edelwich y Brodsky (1980), el desarrollo del síndrome de burnout en los profesionales de ayuda se produce en cuatro fases: primero el entusiasmo por un nuevo trabajo asociado a las altas expectativas, luego el estancamiento provocado por el incumplimiento de las expectativas; el tercero es la frustración; finalmente, la cuarta etapa es la apatía que es consecuencia de la falta de recursos personales del sujeto para afrontar la frustración. La apatía incluye sentimientos de distanciamiento y alejamiento del trabajo, así como comportamientos que incluyen evitación e inhibición de las actividades laborales.

Asimismo, Molina (2006) menciona que el síndrome de burnout es siempre negativo y aparece como una reacción a una serie de factores. El autor presenta un cuadro sobre como las expectativas y emociones se van deteriorando en forma de escalada a medida que se instaura el síndrome: como el entusiasmo, que es la alta valoración del trabajo y las expectativas de un rendimiento elevado pasan al estancamiento, etapa en la que el trabajo no es tan importante y solo responde a las necesidades propias; para luego ceder ante la frustración la cual genera cuestionamientos sobre la propia valía y el trabajo, presentando problemas emocionales, conductuales, cognitivos y físicos; y por último, la apatía, descrita como la permanencia en el lugar de trabajo solo por la seguridad económica que este conlleva, restando tiempo y dedicación a las labores.

Haciendo referencia al modelo de Cherniss (1982), plantea que el SB, ocurre en el proceso de adaptación psicológico entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, donde el principal antecedente es la pérdida de compromiso, y describe este proceso en cuatro fases:

fases estresantes, fase de desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos que le permitan afrontar los acontecimientos. La fase de agotamiento se expresa en una reacción emocional inmediata del sujeto, el trabajador muestra sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, cansancio y agotamiento; finalmente, la fase de adaptación defensiva; se trata de cambiar el comportamiento y la actitud del trabajador que se caracteriza por un trato impersonal, frío y cínico hacia los clientes.

Asimismo, el modelo de Ferber (1991), describe seis estadios sucesivos: 1. Entusiasmo y dedicación, 2. Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales, 3. Ausencia de correspondencia entre el esfuerzo, los resultados y la recompensa, 4. Abandono del compromiso e implicancia en el trabajo, 5. Incremento de la vulnerabilidad del trabajador en el cual surgen síntomas físicos, cognitivos y emocionales, 6. Agotamiento e indolencia. Otros modelos de carácter integrador, donde se menciona la tridimensionalidad del burnout, según, Manzano (1998), refiere que la despersonalización sería un mecanismo ineficaz de afronte ante la RP y el CE.

Tomando como referencia los modelos psicosociales, Gil-Monte y Piero (1999), clasifican en tres grupos los modelos existentes:

Teoría Sociocognitiva del yo, que otorga significancia a las variables del self (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto) para explicar el desarrollo del problema. Donde las cogniciones y la manera de percibir las toman un papel importante siendo que estas posteriormente se concretan en acciones de acuerdo con su sistema de creencias. Así que, Harrison (1983) la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso. Es por ello, que la teoría del intercambio social, basada en la equidad y percepción de justicia, siendo que, los profesionales que brindan servicios asistenciales establecen relaciones de intercambio con sus compañeros o pares de labores, en el cual se visualiza el apoyo, la retribución y el reconocimiento que se da en su área de trabajo y por

parte de la organización o su equipo de trabajo reconoce, a largo plazo se iniciara el desgaste o el síndrome de estar quemado. Siendo, la teoría organizacional, donde se visualiza como se distribuye el trabajo, las rotaciones, el clima y el entorno laboral factor importante para el síndrome.

Asimismo, se evalúa el pase del síndrome de Burnout en la psicología de la salud, donde el mismo colaborador puede observar en sí mismo y en otros como su cuerpo y mente son llevados al límite de sus fuerzas. Es por esta razón que puede seguir haciendo más de la cuenta, siendo que parte de su naturaleza voluntariosa, pero ni su cuerpo ni su mente pueden ya seguir ese ritmo. Es por ello por lo que el Burnout está estrechamente vinculado a algunos de nuestros hábitos (Koeck, 2015). Esto se evidencio aún más en los tiempos de la epidemia a nivel mundial como lo es el contagio por el SARS-cov2 también llamado Covid-19, que hasta la fecha sigue en nuestro medio como una enfermedad endémica, puesto que el personal de salud, personal de enfermería tuvo que seguir con extenuantes jornadas laborales, sea por falta o carencia de personal, en el cual se evidencio el cansancio no solo físico sino emocional y el estrés propio de la carrera, se tornó a un más con las dobles jornadas laborales autoimpuestas o por su misma vocación de servicio al verse que no se daban abasto para la atención de tanto usuario que llegó a los centros asistenciales y hospitalarios para su atención, siendo que en la realidad peruana este tipo de profesionales no cuenta con un solo trabajo sino que cuentan con dos o más en los cuales se tiene que brindar un trato óptimo al usuario, esto ya como un estilo de vida, que al tiempo si no se tiene mecanismos de afronte llega a complicar el sistema mente-cuerpo.

Los profesionales de salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; Barreto et al., 1997; Buunk et al., 1994; Dean, 1998; Escribá, et al., 2000; Gil-Monte y Peiró, 1997; González, 2002; Lim y Yuen, 1998; Parkes, 1998; Peiró, 1993; Pellín et al., 1998; Quick y

Tetrik, 2003; Rout, 1998; Vachon, 2000; Zapf et al., 2001; Zoccalli et al., 1999); entre ellas podemos señalar los estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y los relacionados con la organización del trabajo:

- Exceso de estimulación aversiva. Constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.

- Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda. Un control inadecuado del vínculo, por exceso (sobre implicación) o por defecto (conductas de evitación) genera problemas importantes tanto para los pacientes como para sus cuidadores.

- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido instruidos.

- Proporción muy alta de enfermos a los que deben de atender.

- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.

- Horario de trabajo irregular debido a la realización u organización de turnos.

- Conflicto de rol y ambigüedad de rol.

- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.

- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

1.2.3.3 Síndrome de Burnout según la terapia cognitivo conductual. En tal sentido referente a los aspectos teóricos tratados inicialmente haremos un análisis relacional entre síndrome de burnout desde la perspectiva cognitiva conductual. Considerando entonces el modelo cognitivo conductual y las bases explicativas del comportamiento y los fundamentos del síndrome de burnout, podríamos decir que este síndrome desde el punto de vista cognitivo

conductual, sería una manifestación disfuncional causada por una inadecuada percepción del entorno laboral.

Respecto a este aspecto se identifica una estructura soportada en algunos puntos en común como: La identificación de los tres niveles de respuesta (cognición, emoción y comportamiento), esta interacción y su debida influencia en los patrones de pensamiento, comportamiento y emoción, Podemos decir que, la interpretación que se da de alguna situación influencia el modo de actuar y sentir, así; esta relación se consolida en el aprendizaje (Meichenbaum, 1989 y Ellis, 1990, citados por Ruiz y Cano, 2002; Beck, 2000; Aguado y Silberman, 2004; Beck y Knapp, 2008; Bados y García, 2010; Korman, 2011; Fiero, 2011b).

Según Ellis, (como se citó en Rodríguez y Ferrer 2010), las personas tienden a tener creencias y pensamientos irracionales, esta irracionalidad consiste en una falta de coherencia entre dichas creencias y la orientación al alcance de metas y propósitos. Asimismo, Ellis (1999) plantea que el motivo común de malestar, es la imprecisión cognitiva, pues si el pensamiento no parte de una buena percepción de la realidad, no es lógico y no contribuye al bienestar y alcance de las metas que tiene la persona y por tanto; es un pensamiento que va a generar malestar. En tal sentido, refiere que su enfoque se centra en combatir la irracionalidad y plantea el ABC el cual es explicado por Diaz, et al. (2012) de la siguiente manera: (A) son los acontecimientos por que las personas pasan, (B) las interpretaciones y valoraciones que se pueden hacer de estas experiencias, y (C) las consecuencias.

En cuanto a los factores físicos que desencadenan este síndrome está el agotamiento y la fatiga con aparición de dolores de cabeza y malestar gastrointestinal e insomnio.

En cuanto a las manifestaciones emocionales se evidencia la marcada frustración, así como manifestación de irritabilidad ante la más mínima presión en el área de trabajo sea de

sus compañeros o jefes. Siendo que la persona que lo padezca vaya internalizando sentimientos de inflexibilidad, obstinación y trato rígido.

En cuanto a las cogniciones o pensamientos Autoderrotista, preocupación constante por el trabajo y el tiempo que demanda las tareas asignadas, pensamientos descalificantes acerca de los procesos a cumplir. Disminución de la memoria y dificultad para concentrarse que dificultan la toma de decisiones oportunas y eficaces.

A nivel conductual presentan alejamiento de colegas de trabajo, dificultando el trabajo colaborativo y en equipo, con tendencia a ser autosuficientes, que conlleva al aumento de los errores y la inadecuada gestión del tiempo.

En cuanto al programa cognitivo conductual, dentro de sus principios básicos está el detectar pensamientos, comportamientos y reacciones emocionales no ajustadas a un estado denominado normal, los cuales se agrupan en repertorio conductual del ser humano, sobre el que le es difícil ejercer un grado de control. Para este enfoque, y según lo planteado por Ruiz et al. (2011), el sujeto con un repertorio conductual desadaptado tiene la capacidad de funcionalmente controlarse a partir de sus procesos mentales (pensamientos, emociones y conductas). Es por ello por lo que, en la evidencia científica, la TCC es una opción de abordaje eficaz para el mejoramiento en corto tiempo de los diferentes tipos de síndromes y se evidencia una actuación importante en la reducción de la sintomatología burnout.

Autores como Beck (1990) han documentado ampliamente el aporte de la intervención cognitivo - conductual sobre diferentes sintomatologías a partir de la modificación de las malas interpretaciones que las generan, especialmente sobre el agotamiento emocional. Otros autores como López y Gonzales (2017), Ramírez y Gonzales (2012), y Huallpa y Pérez (2018) han demostrado específicamente su efectividad en programas de estrés, permitiendo que jóvenes que padecen de este síndrome presenten una reducción favorable de él, después de participar de una intervención con técnicas cognitivo-conductuales. Mientras que, Reyes y

Gózales-Celis (2016) ha reportado un efecto favorable en la sintomatología del burnout. Para la intervención, la sintomatología desadaptada que se da en el burnout tiene una base en el pensamiento, específicamente aquellos a los que denomina irracionales (Ramírez y Rodríguez, 2012). Es por ello por lo que, en este estudio de caso es adecuado emplear la técnica de intervención en terapia cognitiva conductual, donde se muestra un completo abordaje de estos tres pilares: pensamiento, emoción y conducta.

En consecuencia, Hayes y Robins (1997) encuentran que la terapia cognitiva intenta, a partir de la intervención, modificar los procesos cognitivos de los usuarios, ya que desde su centro considera que si se cambian las cogniciones estas influenciarían en las conductas y el estado de ánimo. Por su parte, Korman (2011) quien apoya la idea anterior, adiciona que desde este marco teórico el tratamiento logra resultados positivos y que el fin último es la funcionalidad del paciente.

Por consiguiente, la integración de estos campos cognitivos, conductuales, emocionales y físicos hará que la paciente (profesional de enfermería) con burnout disminuya el síndrome y retome la funcionalidad con la que antes contaba en el inicio de su vida profesional.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar el efecto de un programa de intervención cognitivo conductual en una usuaria con síndrome de burnout.

1.3.2 Objetivos específicos

Realizar una evaluación de Pretest para ver el estado inicial de la usuaria con SB.

Aplicar un programa de intervención cognitivo conductual en una usuaria con SB.

Realizar una evaluación Posttest para ver el estado final de la usuaria luego de aplicado el programa de intervención cognitivo conductual.

Realizar la comparación de los resultados obtenidos en ambos test para determinar si hubo efecto en la intervención.

1.4 Justificación

El SB, es un síndrome que se encuentra en el Cie-11, como un estresor laboral crónico. Es por ello, que la importancia de este estudio clínico radica en brindar aportes a la problemática que se presenta, buscando una adecuada intervención en el afronte y la resolución de situaciones estresantes.

Desde la perspectiva teórica, en la medida que se ha revisado fuentes actualizadas y confiables, permite conocer el fundamento teórico sobre los factores del SB, así como de la intervención cognitiva conductual y las técnicas aplicadas reflejando la importancia de desarrollar investigaciones de estudios de caso sobre el SB en personal asistencial.

Desde la perspectiva metodológica, el presente trabajo de investigación brinda un aporte como base para que otros investigadores que quieran realizar un programa similar bajo características similares a la presente ya sea que se utilicen para estudios individuales o grupales vinculado a la variable síndrome de burnout utilizando instrumentos de confiabilidad y validez de plantear un programa de intervención en burnout en personal de enfermería, que cuente con evidencia científica, permitiendo un nuevo conocimiento que explique las técnicas de intervención.

A nivel práctico, esta investigación de caso único brinda nuevas estrategias de intervención dado su efectividad en personal de salud. Por otro lado, esta investigación sirve de base para otros colegas que quieran aplicar un programa de intervención siendo útil para aquellas personas que a modo teórico evidencien la efectividad de los programas cognitivos conductuales en el síndrome de burnout.

Posteriormente, a nivel social, se beneficiará a la usuaria que mejorará tanto en su rendimiento laboral como en distintas áreas de su vida familiar y personal.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

La presentación del caso clínico es un aporte valioso para el área clínica, sobre todo en el ámbito organizacional al conocer sobre el estrés laboral crónico y como este genera malestar y cambios en el trabajador. En la presente intervención psicológica se espera generar cambios en el desarrollo cognitivo de la usuaria para lograr una mejor adaptabilidad a su entorno laboral ante situaciones de estrés prolongado y gestionar una adecuada comunicación de lo que se espera en un día de jornada laboral. Incentivar el trabajo en equipo del grupo humano multidisciplinario del área de emergencia para una adecuada función en sus obligaciones respectivas. Este trabajo pretende contribuir sobre los aspectos que favorecen un mejor afronte y resolución al desgaste laboral en las distintas áreas profesionales y laborales.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño de Investigación

Kazdin (2001) clasifica a los diseños de caso único o cuasiexperimentales a partir de sus condiciones de línea base, así como de la manipulación de la variable independiente a través del retiro y presencia de la intervención. De este modo el objetivo se centra en la intervención terapéutica acerca de un trastorno específico o en la evaluación de los efectos de un tratamiento a partir de los resultados obtenidos.

Diseño de caso único, dado que este tipo de diseño permite realizar una investigación con solo un sujeto experimental en el cual se obtiene una gran cantidad de datos donde se evalúan los posibles efectos de una intervención. (Bono y Arnau, 2014).

Diseño Univariable Multicondicional A-B. Donde menciona A es la línea base (pretest), B la intervención cognitiva conductual.

Se siguió cumplió las dos fases de diseño que se indican a continuación:

Fase I: Selección de la muestra y aplicación de instrumentos - Pretest

Usuaria de sexo femenino, adulta de 39 años, que viene a consulta por presentar sintomatología burnout. Administración de las pruebas psicológicas: Inventario de Maslach e Inventario clínico multifásico de Millón III

Fase II. Aplicación del programa cognitivo conductual – Postest y seguimiento

Aplicación del programa cognitivo conductual, consto de 18 sesiones, una vez por semana, con una duración de 1 hora por cada sesión. Se realizó el post test de las pruebas psicológicas administradas en la fase II, el análisis de estas, se verificó la efectividad de la intervención cognitivo conductual en el caso de sintomatología Burnout.

2.2 Ámbito temporal y espacial

El presente programa de intervención se desarrolló entre los meses de junio – setiembre del 2022. El lugar del programa fue realizado en consulta privada, en el distrito de Carabayllo,

siendo las sesiones y entrevista con la usuaria en modalidad virtual, en horario nocturno a concordancia con usuaria por su horario rotativo laboral.

2.3 Variables de investigación

2.3.1 *Variable independiente*

Intervención cognitivo conductual.

Definición conceptual. Según Stallard (2001), el nombre de la TCC se utiliza para describir las intervenciones que tienen por objeto disminuir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los procesos cognitivos.

Definición operacional

Para el presente estudio un programa de intervención cognitivo conductual va a ser aquel que está comprendido con un numero de dieciocho sesiones de una hora, aplicado en un tiempo de tres meses siendo los meses de junio – agosto. El plan de intervención se inició con Psicoeducación y la aplicación de técnicas cognitivas conductuales tales como el dialogo socrático, entrenamiento en solución de problemas, role playing, modelado, reestructuración cognitiva, mindfulness, para el cambio de la sintomatología burnout.

2.3.2 *Variable dependiente*

Sintomatología burnout en personal de enfermería

Definición conceptual

El síndrome de burnout (SB) o desgaste profesional que sufre un trabajador es una respuesta inoportuna al estrés crónico, que se caracteriza por contar con tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta o disminución de realización personal en el ámbito laboral, el cual se encuentra presente en trabajadores de la salud, de servicios sociales, docentes y servicios de seguridad; quienes, por la esencia de sus actividades deben frecuentar de manera constante y directa a personas,

exponiéndose a factores de riesgo psicosociales como exigencias emocionales, exigencias cognitivas, carga de trabajo, turnos rotativos, entre otros (Azcuénaga, 2012).

Definición operacional

En el presente caso la sintomatología de la paciente queda descrita de la siguiente manera:

Sintomatología Cognitiva pensamientos como:

“El turno va a ser difícil con estos médicos que están de guardia”, “El personal técnico no va hacer caso a los requerimientos que les indico”, “El personal de admisión siempre está demorando en pasar al paciente y los padres se molestan conmigo, más si hacen una inadecuada asignación y tengo que pasarlos a triaje respiratorio”, “La colega es nueva y todo lo voy a tener que hacer yo, ya que soy personal antiguo”, “seguro ya se quejó admisión por eso está rondando el personal de bienestar, creo que hasta ellos me tienen colera”, “ya no tolero al chanco de mi coordinador, es un fastidioso”, “soy el personal más antiguo que viene cuando falta personal y ni así me valoran”, “ya no quiero sentirme así, agotada ni bien ingreso al turno”.

Sintomatología fisiológica

Dolor de cabeza, dolor corporal, Insomnio.

Sintomatología emocional

La usuaria presenta: Irritabilidad 8/10; Frustración 10/10; Tristeza 7/10; Ansiedad 7/10; Colera 9/10.

Sintomatología conductual

Tales como: Llorar, reclamar, no pedir apoyo, tono de voz menos cordial.

2.4 Participante

Usuaria con iniciales E.M.D.D de 39 años, de sexo femenino, de estado civil soltera, procedente de la provincia de Huacho, vive de manera independiente en departamento del distrito de San Miguel en Lima. Es la primera vez que acude a una intervención psicológica presentando síntomas de agotamiento emocional, cansancio físico, dolores estomacales, cefaleas y conflictos con compañeros de trabajo más aun con compañeros de equipo y personal de turno de la clínica y en menor grado con compañeros de equipo disciplinario del hospital.

2.5 Técnicas e instrumentos de evaluación

2.5.1. Técnicas

Observación, Ander-Egg (2003) presenta dos significados; el primero corresponde a la técnica de investigación, quien participa en la obtención de información del objeto de estudio ...; el segundo se refiere al instrumento de investigación para obtener información a través de los principios del método científico buscando la validez y confiabilidad de los datos obtenidos de manera sistematizada.

Entrevista, Según Sierra et al. (2001), la evaluación conductual se concibe como “un proceso dinámico y continuo, generador de hipótesis, a la búsqueda de un modelo explicativo que intenta operacionalizar la conducta problema y a partir de ahí, seleccionar y definir las metas terapéuticas para la planificación de un tratamiento” (p.42).

Registros

Línea Base, Es la fase de registro de la conducta antes de aplicar un tratamiento. (Núñez-Peña y Bono, 2020).

Inventarios

Los inventarios verifican la presencia o inexistencia de una conducta valorando su nivel de predominio con respecto a las demás dimensiones; siendo diseñados para valorar procesos emotivos, volitivos, y conativos donde coexisten varias dimensiones independientes, de similar naturaleza; Según Gregory (2012), los inventarios de personalidad miden las cualidades, los rasgos o los comportamientos que se presentan en la individualidad de cada persona.

2.5.2. Instrumentos

Inventario Multiaxial Millon III

Autor: Theodore Millon 2007 con colaboración de R. Davis y C. Millon (1997).

Adaptación española: Cardenal y Sánchez (2017)

Consta de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso, que permiten la evaluación de rasgos de personalidad y psicopatología correspondientes a las categorías diagnósticas del DSM.

Evaluación de la personalidad a través de 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa y 4 escalas de control.

Ámbito de aplicación: A partir de los 17 años con una adecuada comprensión lectora.

Validez y Confiabilidad: El coeficiente alfa de Cronbach puntúa en .65 hasta .88 (Cardenal y Sánchez, 2007); la adaptación española oscila en .91, con resultados estables en un periodo corto de tiempo.

Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1986).

Está formado por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los clientes.

Valora las tres dimensiones propuestas por las autoras del constructo:

Subescala de Agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por la demanda del trabajo. Está conformada por 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20), puntuación máxima 54.

Subescala de Despersonalización: valora el grado de que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Está conformado por 5 ítems (5,19,11,15,22), puntuación máxima 30.

Subescala de Realización personal: evalúa los sentimientos de auto eficiencia y realización personal en el trabajo. Está formado por 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21), puntuación máxima 48.

Rangos de medida de la escala

0=Nunca

1=Pocas veces al año o menos

2=Una vez al mes o menos

3=Unas pocas veces al mes

4=Una vez a la semana

5=Unas pocas veces a la semana

6=Todos los días.

Esta escala es la que ha demostrado mayor validez y fiabilidad (entre un 0,75 y 0,90).

Inventario de Creencias Irracionales

Irrational beliefs test (IBT), de Albert Ellis, 1968

Adaptación española Versión español por Davis Mc. Kay y Eshelman (1986) y Navas Robleto (1987).

Las edades de aplicación del instrumento a partir de los 12 años a mas

Aplicación individual y colectiva, con un tiempo de duración de 20 a 50 minutos

Está constituido por 10 escalas, que evalúan 10 Creencias Irracionales cada creencia irracional es explorada a través de 10 ítems con un total de 100 ítems, la forma de respuesta es estoy de acuerdo y no estoy de acuerdo en donde se asignara 1 como valor.

Cuenta con una validez de contenido por criterio de jueces, haciendo uso de la V de Aiken, dando como resultado una validez de .91 a 1

En cuanto a la confiabilidad del instrumento, mediante el coeficiente de consistencia interna, Alfa de Cronbach, obteniendo un puntaje de .97, considerado como aceptable.

Línea base

Es la fase de registro de la conducta antes de registrar el tratamiento (Núñez-Peña y Bono, 2020).

Registros conductuales

Se agrupan una serie de eventos conductuales bien definidos que el evaluador supone son relevantes al caso que se está estudiando, sin pretender ser exhaustivo en la observación. Generalmente se utiliza en diseños de caso único.

Registros de frecuencias

Hace referencia al número de veces que tiene lugar un evento.

Registros de intensidad

Técnica utilizada para medir y registrar la intensidad numeral o verbal de una experiencia o estado emocional.

2.5.3. Evaluación psicológica

Historia Psicológica

Datos de Filiación

- Nombres y Apellidos : EMDD
- Edad : 39 años
- Sexo : Femenino
- Lugar de Nacimiento : Huacho
- Fecha de Nacimiento : 24 de febrero de 1983
- Estado Civil : Soltera
- Grado de Instrucción : Superior completo
- Lugar de Residencia : Lima – San Miguel
- Lugar de Entrevista : Hospital Barton

Problema Actual

Usuaría manifiesta, “Acudo a consulta porque últimamente me siento agotada, más cuando voy a mi primer trabajo, ya que trabajo en dos lugares una clínica y hospital, pero por mis deudas no puedo permitirme dejar uno”, “trato de ingresar al turno con la mejor predisposición y ser positiva pero voy notando que me estreso en el transcurrir de las horas, más si los médicos dan la terapéutica a último momento y se me junta todo el trabajo, ya que tengo que hacer notas y todo los procesos que nos piden en la organización”, “comienzo a renegar conmigo misma y algunas veces me bloqueo”, asimismo refiere que en cuanto al

ambiente laboral, “mis colegas de turno no suelen ayudar, tampoco les pido que me ayuden, pero yo si soy empática con ellas, aunque ya estoy aprendiendo a no sobrecargarme, solo cumpliré mi turno y me iré”, “algunas veces pienso que todo esto lo están haciendo para cansarme y que me retire, pero no les daré esa satisfacción”, “me da tanta colera, sentir que no valoran mi trabajo, ni el coordinador y menos la empresa, a ellos solo les importa que lleguen más pacientes y no les importa saturarnos”.

Desarrollo cronológico del problema

Usuaría menciona que siendo hija única del segundo compromiso de su madre y primero de su padre, con quien tiene más cercanía y mejor vinculación emocional, refiere haber tenido una infancia tranquila, sin ningún estresor ya que fue una alumna aplicada en toda su etapa escolar.

A los 18 años que ingresa a la universidad, no presenta mayores incidencias, siendo que cuando había algún estresor por alguna actividad grupal o presentación de sus actividades, posterior a ello su internado, lo resolvió de manera práctica y sin problemas, menciona que siempre le ha gustado estar muy activa y sentir la adrenalina del trabajo.

En 2012 usuaria menciona que desde que comenzó a laborar en emergencia, con una frecuencia irregular va notando como se iba generando en ella un cansancio por la demanda de pacientes en el turno de labores.

En 2022 usuaria menciona que desde el mes de abril del presente año comienza a presentar mayor malestar al momento de realizar sus funciones laborales, se siente sobrecargada, fastidiada, ni bien ingresa al turno, presenta pensamientos “el turno va ser muy difícil con esos médicos que están de guardia”, “el personal técnico no va hacer caso a los requerimientos que les indico”, “el personal de admisión siempre está demorando en pasar al paciente y los padres se molestan conmigo más si hacen un inadecuado encolamiento del

paciente y una inadecuada asignación del paciente y los tengo que derivar a triaje respiratorio”, “la colega es nueva y todo lo voy a tener que asumir yo, ya que soy la responsable, por ser el personal más antiguo”, estos pensamientos generan malestar emocional como irritabilidad 8/10, tensión 10/10, molestia 9/10, llanto 7/10, bloqueo 7/10, cólera 9/10, a nivel conductual quiere hacer sola las cosas, de manera rápida ocasionado que se dificulte aún más su labor, tiende alejarse de sus compañeras de equipo para no desplazar su molestia, su tono de voz tiende a ser menos cordial y serio.

Historia personal

• Desarrollo inicial

Madre dio a luz por cesárea a término sin mayores complicaciones, en cuanto al área del lenguaje estuvo presente al 1 1/2, dando sus primeras palabras y en cuanto al control de esfínteres igual al mismo año, sin presentar alguna incidencia negativa en ese ínterin.

• Desarrollo Psicomotor

Usuaría manifiesta que comenzó a dar los primeros pasos al 1 1/2 año, sin la presencia del gateo.

• Enfermedades y/o accidentes

Usuaría menciona una niñez saludable pero que a partir de los 19 años es diagnosticada con AR.

En el año 2015 es operada de endometriosis.

En 2018 es detectada la migraña, posterior a ello en el mismo año es ingresada al hospital sabogal de emergencia por presentar un cuadro de Úlcera Digestiva.

• Conductas inadecuadas de la infancia

Usuaría menciona que fue una niña muy tranquila y aplicada, consentida por sus padres, más por su papa con el cual tiene una buena relación.

• Escolaridad

Usuaría menciona que inició su etapa inicial a los 5 años, en jardín de infantes, donde se muestra tímida e introvertida con muy pocos amigos, aplicada en sus tareas.

Inicia su etapa primaria 6-11 años y secundaria 12-16 años en una institución privada de Huacho “Santa Rosa madres misioneras dominicos del Rosario”, colegio de mujeres en el cual menciona que conformó un grupo de amistades selectos, pasó su etapa primaria y secundaria pacíficamente sin ningún inconveniente, siendo una alumna aplicada y motivada al logro de sus metas ya que menciona que desde siempre tuvo la idea de querer seguir la carrera profesional de enfermería.

Inicia su etapa universitaria a los 18 años en la Universidad Faustino Sánchez Carrión de Huacho donde estudia su licenciatura de enfermería, manifiesta que fue una alumna aplicada, cumplida y responsable, con un grupo selecto de amigas, con las cuales compartía las actividades académicas y recreativas, evidenciándose como una alumna destacada y perfeccionista en sus actividades como practicante de enfermera en su internado. Terminando ello realizó su Serum equivalente en un puesto de salud “Carquin” de Huacho cercano a su domicilio.

En 2012 realiza su especialidad en emergencia y desastres de la Universidad Cayetano Heredia, para con ello mantener una permanencia en el área de emergencia y recibir su bono por especialidad.

• Relaciones interpersonales

Usuaría menciona que tiene amistades selectas, su grupo de amigas tanto de la clínica como del hospital en menor número, con las cuales comparte salidas recreativas y de esparcimiento, menciona a su vez que por tanto trabajo había descuidado un poco esta área de su vida.

Usuaria mantiene, en su campo laboral, mantener una relación cordial con su grupo de la clínica, en el cual refiere llevarse bien con su coordinadora de área. En cuanto al hospital con cierto personal maneja una relación solo laboral un tanto distante y fría, pero con otros grupos si se lleva mejor, su trato es amable y cordial, tiene un trato en la medida de lo cordial con su coordinador varón de área.

• Trabajo

Usuaria manifiesta, a los 23 años comienza a trabajar como Licenciada en enfermería en centros de salud cercanos a Huacho.

En 2010 ingresa a laborar a la Clínica San Gabriel primero por recibos por honorarios en sala de operaciones ingresando en 2011 a planilla.

En 2013 realizan una rotación interna, movilizándolo a emergencia pediátrica hasta la fecha.

En 2016 ingresa a laborar al Hospital Barton a emergencia pediátrica, donde constantemente realizan movilización del personal para cubrir dotación de la misma Emergencia, en lo cual menciona sentirse un tanto cansada por ello, pero es tolerable.

• Sexualidad

Usuaria menciona que ha mantenido relaciones superficiales más no íntimas con tres personas del sexo masculino, no llegando a formalizar con ninguna de ellas por la falta de tiempo y también porque menciona ser una persona muy demandante.

Historia Familiar

Madre

V.D.L.C

Edad: 72 años

Profesión: su casa

Relación con la paciente: cordial y cercana.

Padre

EED.P

Edad: 71 años

Profesión: fotógrafo independiente

Relación con la paciente: muy cordial y cercana.

Hermana mayor

S.G.D.L.C

Edad: 53 años

Relación con la paciente: relación distante, no muy cordial pero no conflictiva.

Hermano segundo

J.G.D.L.C

Edad: 52 años

Relación con la paciente: Relación cordial y cercana.

Hermana tercera

F.Ñ.D.L.C

Edad: 46 años

Relación con la paciente: Relación cordial y cercana

Hermana cuarta

A.Ñ.D.L.C

Edad: 42 años

Relación con la paciente: Relación distante sin contacto.

2.5.4. Evaluación psicométrica

INFORME DEL INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (MBI)

I. Datos de filiación

Apellidos y Nombre : E.M.D.D
Edad : 39 años
Estado Civil : Soltera
Grado de instrucción : Especialista
Ocupación : Enfermera
Lugar de Procedencia : Huacho
Psicóloga : GBIM

II. Instrumentos aplicados

- Entrevista psicológica
- Inventario de Burnout de Maslach

III. Resultados

A.E. = 31

D. = 10

R.P. = 13

Puntaje: 54pts

Burnout Alto

IV. Interpretación de los resultados

Evaluada. manifiesta un burnout alto, usuaria con mayor desgaste emocional y despersonalización o cinismo en la atención al usuario lo que demuestra estar exhausta emocionalmente por la demanda de trabajo, mostrando sentimientos de estar saturada. Mínima realización personal denotando sentimientos de limitada eficacia.

V. Recomendaciones

- Comprometerse con la intervención cognitiva conductual
- Practicar modificación de pensamientos anticipatorios
- Ejercitarse en distracción plena.

INFORME DEL INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLÓN III

I. Datos de filiación

Nombre	: E.M.D.D
Edad	: 39 años
Grado de instrucción	: Especialista
Ocupación	: Enfermera
Lugar de Procedencia	: Huacho
Psicóloga	: GBIM
Fecha de evaluación	: 20 de abril 2022

II. Instrumentos utilizados

- Entrevista psicológica
- Inventario clínico multiaxial de Millon-III

III. Resultados

Patrones clínicos de personalidad:

Evitativa: 76

Autoderrotista: 75

IV. Interpretación de los resultados

Usuaría, muestra características de personalidad Evitativa y Autoderrotista, en el cual en el aspecto laboral tiende a aislarse cuando el equipo de trabajo no va acorde a sus expectativas de cómo debería ser llevado el turno de trabajo, pero a pesar de ello busca ser

aceptada e implicarse con su equipo de trabajo, pero el miedo al rechazo o malos tratos hace que prefiera trabajar sola sin pedir ayuda, con tendencia a preocuparse por los pensamientos intrusivos. Suele percibirse como inepta en algunas situaciones estresantes y a invalidar sus logros, como mecanismo de protección restringe su ambiente social, tiende a mantener su distancia de los demás.

V. Recomendaciones

- Comprometerse con la intervención cognitiva conductual
- Regulación de emociones negativas
- Desarrollar habilidades de afrontamiento.

INFORME DE LAS CREENCIAS IRRACIONALES DE ELLIS (BIT)

I. Datos de filiación

Apellidos y Nombre	: E.M.D.D
Edad	: 39 años
Estado Civil	: Soltera
Grado de instrucción	: Especialista
Ocupación	: Enfermera
Lugar de Procedencia	: Huacho
Psicóloga	: GBIM

II. Instrumentos aplicados

- Entrevista psicológica
- Inventario de Creencias Irracionales de Ellis

III. Resultados

Puntaje: 8 y 7

IV. Interpretación de los resultados

Usuaria, manifiesta creencias irracionales, tales como: Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida incierta o potencialmente peligrosa (8); Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente (8); El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente (8).

V. Recomendaciones

- Iniciar terapia cognitivo conductual
- Debilitar y Modificar creencias irracionales y pensamientos distorsionados
- Practicar Mindfulness.

2.5.5. Informe psicológico integrador

INFORME PSICOLOGICO

Datos de Filiación

Apellidos y Nombre	: E.M.D.D
Edad	: 39 años
Estado Civil	: Soltera
Grado de instrucción	: Especialista
Ocupación	: Enfermera
Lugar de Procedencia	: Huacho
Psicóloga	: GBIM

Motivo consulta:

Paciente acude a consulta por sentirse agotada emocionalmente y físicamente en su ambiente laboral, siendo que trabaja en una clínica privada y en un hospital de Essalud, refiere, “cada vez que me toca turno y veo a mi equipo de rotación, me siento cansada porque sé que será un turno agotador”, “las técnicas no me hacen caso, tengo que terminar haciendo yo su

trabajo si quiero que las cosas salgan bien”, “en el transcurso del día noto como va disminuyendo mi buen trato, ya no soy tan empática, pero no trato mal”, “los médicos siempre dan las órdenes a destiempo y hacen que se acumule mi carga de trabajo por todas las notas que tengo que hacer”, “me siento cansada y fastidiada”.

Pruebas psicológicas administradas:

- Inventario de Burnout de Maslach MBI
- Inventario Multiaxial Millon III
- Inventario de Creencias Irracionales

Análisis e interpretación de resultados

En la escala de personalidad, se evidencian indicadores moderados de características de personalidad Evitativa y Autoderrotista, esto se ve mayormente reflejado en el ámbito laboral, ante acontecimientos estresantes son limitados los recursos que tiene para su afronte evitando resolver situaciones que ocasionan mayor distanciamiento y malestar en su equipo de trabajo, a pesar de ello busca ser aceptada e implicarse, pero el temor al rechazo tiende a realizar sus actividades sola sin pedir ayuda, acumulándose de trabajo aún más, con tendencia a preocuparse por los pensamientos intrusivos por el acontecimiento de distanciarse de su trabajo y colegas en los cuales transitan pensamientos de culpa y molestia. Ante situaciones estresantes, se percibe como incapaz, tiende a bloquearse invalidando sus logros, como mecanismo de protección restringe su ambiente laboral manteniendo su distancia del equipo de trabajo.

En cuanto a los indicadores clínicos presenta indicador sugestivo para ansiedad que se presenta ante estresores laborales con manifestaciones de malestar físico y emocional.

En el inventario de burnout de Maslach, usuaria, puntúa en un burnout alto con mayor tendencia al cansancio emocional y despersonalización, asimismo con un adecuado puntaje en realización personal.

En el inventario de creencias irracionales, usuaria obtiene puntajes de siete y ocho en las creencias irracionales tales como, de evitación en frente de situaciones, sentir ansiedad ante situaciones desconocidas más marcadas en el ambiente laboral y en la creencia de que el pasado define tu presente, lo cual hace que mantenga pensamientos intrusivos negativos y pesimistas acerca de su trabajo, ambiente laboral y como maneja las situaciones estresantes crónicas.

Conclusiones

- Características de personalidad Evitativa y Autoderrotista.
- Indicadores de sintomatología burnout tales como cansancio emocional y despersonalización.
- Presencia de creencias irracionales, evitativas, percibiéndose indefensa ante situaciones nuevas de estrés y marcando cierto distanciamiento social por temor a no relacionarse correctamente con su medio.

Recomendaciones

- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
- Programa de intervención cognitiva conductual para disminuir la sintomatología burnout, las creencias irracionales y pensamientos distorsionados.
- Entrenamiento en mindfulness.

Presunción diagnóstica: Síndrome de Burnout Alto

Usuaría manifiesta, sentir cansancio emocional en su desempeño laboral, lo cual hace que su mantención en los turnos sea aún más estresante, mencionando que no es por la horas laborales porque ello lo viene haciendo ya más de doce años, sino más bien por el grupo de trabajo, la ambigüedad que tiene su coordinador en cuanto a los roles y la dotación de servicio,

en el cual se viene percatando que conforme van pasando las horas laborales, su ánimo va decayendo así como su desempeño y nota que no atiende con la misma cordialidad a la demanda de atención y consulta de dudas de los padres, mostrándose fría y distante con el equipo de trabajo, colegas y médicos pediatras, piensa “este grupo de trabajo hará mi día más pesado”, “ese chanco de mi coordinador es un odioso, sabe que con esta rotación no me llevo bien y me sigue dejando”, “creo que quieren hostigarme para que así renuncie”.

Evaluación conductual

Tabla 4

Registro de línea base: frecuencia de pensamientos de la usuaria

Pensamientos problemáticos	L	M	M	J	V	S	D
“El turno va a ser difíciles con estos médicos que están de guardia”	3	4	5	4	4	3	2
“El personal técnico no va a hacer caso a los requerimientos que les indico”	3	3	4	4	5	4	3
“ya no quiero sentirme así, agotada ni bien ingreso al turno”	4	4	3	4	3	5	4
“El personal de admisión siempre está demorando en pasar al paciente y los padres se molestan conmigo, más si hacen una inadecuada asignación y tengo que pasarlos a triaje respiratorio”	5	5	4	4	4	2	3
“La colega es nueva y todo lo voy a tener que hacer yo, ya que soy personal antiguo”	3	5	3	4	2	3	4
“seguro ya se quejó admisión por eso está rondando el personal de bienestar, creo que hasta ellos me tienen colera”	6	3	4	2	3	4	3
“soy el personal más antiguo que viene cuando falta personal y ni así me valoran”	5	6	3	4	7	3	6

Tabla 5*Registro de línea base: frecuencia de conducta*

Conducta problemática	L	M	M	J	V	S	D
Llorar por las múltiples tareas acumuladas	2	1	1	2	1	2	2
Reclamar al personal asistencial por la demora en ordenes, recetas, atención y estancia de paciente en box	3	6	4	4	5	5	3
no pedir ayuda a colegas	2	4	3	4	3	5	4
tono de voz menos cordial	3	5	4	3	4	6	3

Tabla 6*Registro de línea base: de intensidad y frecuencia (1-10) de emociones de la paciente*

Emociones problemáticas	Intensidad/Frecuencia	L	M	M	J	V	S	D
Irritabilidad (8/10)	I	8	5	5	4	8	6	4
	F	5	6	4	7	5	3	4
Frustración (10/10)	I	8	6	7	8	7	8	8
	F	5	5	7	4	3	4	2
Tristeza (7/10)	I	4	6	6	5	7	5	4
	F	2	1	2	1	2	1	1
Ansiedad (7/10)	I	6	7	5	7	4	6	5
	F	3	3	1	1	1	2	2
Colera (9/10)	I	7	6	7	8	9	8	9
	F	4	3	4	4	4	3	4

Tabla 7*Registro de línea base: frecuencia fisiológica*

Conducta problemática	L	M	M	J	V	S	D
Dolor de cabeza	3	2	1	3	2	1	2
Dolor corporal	1	1	2	1	3	1	1
Insomnio	2	3	1	2	3	1	2

Evaluación conductual

Diagnostico Tradicional

Tabla 8

Criterio Diagnóstico según Cie-11 para el QD85

Criterio según Cie-11	Síntomas presentes en la usuaria
Según el CIE-11, Síndrome de Burnout o Síndrome de desgaste ocupacional QD85, anteriormente en el Cie-10 estaba codificado como Z73.0. Es un síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo 3) una sensación de ineficacia y falta de realización. El síndrome de desgaste ocupacional se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida.	Usuaría Enfermera en el área de emergencia pediátrica en un hospital y clínica de lima. 1) Usuaría presenta falta de energía por las múltiples actividades y presión de trabajo conforme van pasando las horas siendo que cumple un régimen laboral de 12 horas por turno, muchas veces quedándose horas de más por no acabar con el trabajo a tiempo. 2) Presenta sentimientos negativos conforme la carga laboral o la asignación de pacientes va en aumento. 3) Usuaría manifiesta sentirse ineficaz por no saber gestionar su tiempo, aparte que como los dos trabajos que tiene le queda poco tiempo para actualizarse laboralmente.

Diagnostico Cognitivo Conductual

Tabla 9
Análisis funcional

Estimulo antecedente	Conducta	Estimulo consecuente
	Fisiológico	
Externo	Dolor de cabeza	
Distribución de tiempo en hacer notas de enfermería	Dolor corporal	
Falta de apoyo por parte de colega	Insomnio	
Personal de admisión no realiza un correcto encolamiento del paciente	Emocional	Externo
Personal técnico no realiza sus obligaciones de turno	Irritabilidad 8/10	Personal de admisión reclama y se ríe de manera irónica
Intercambio de palabras con médicos pediatras de turno	Frustración 10/10	Personal de bienestar, realiza informes por su conducta
	Tristeza 7/10	
	Ansiedad 7/10	
	Colera 9/10	
Interno	Cognitivo	
Soy una inútil	“El turno va a ser difíciles con estos médicos que están de guardia”, “El personal técnico no va hacer caso a los requerimientos que les indico”, “El personal de admisión siempre está demorando en pasar al paciente y los padres se molestan conmigo, más si hacen una inadecuada asignación y tengo que pasarlos a triaje respiratorio”, “La colega es nueva y todo lo voy a tener que hacer yo, ya que soy personal antiguo”, “seguro ya se quejó admisión por eso está rondando el personal de bienestar, creo que hasta ellos me tienen colera”, “ya no tolero al chanco de mi coordinador, es un fastidioso”, “soy el personal más antiguo que viene cuando falta personal y ni así me valoran”, “ya	Interno

no quiero sentirme así, agotada ni bien ingreso al turno”.

Conductual

Llorar, reclamar, no pedir apoyo, tono de voz menos cordial.

Tabla 10

Diagnóstico funcional

Conductas debilitadas	Conductas en exceso	Conductas en déficit
Poca organización de actividades laborales Escasa empatía sobre las actividades que realiza su equipo de trabajo Insuficiente distribución del tiempo Pocos Refuerzos Insuficiente comunicación asertiva Aprender a decir NO Poca resolución de problemas	Discusiones con el personal de turno Conductas evitativas Tiene pensamientos negativos acerca del turno Tiene agotamiento emocional	

Tabla 11

Diagnostico cognitivo

Situación A	Pensamiento B	Emoción y Conducta C
Turno movido (mayor demanda de pacientes en triaje y observación)	“El turno va a ser difíciles con estos médicos que están de guardia”.	Irritabilidad, frustración - tono de voz mayor y cortante.
Al ver que su colega recibe ayuda del personal técnico y a ella no le hacen caso	“el personal no va a hacer caso a los requerimientos que les indico”.	Molestia, tristeza - se aísla, termina el turno haciendo las actividades sola sin pedir ayuda.
Cuando ve llegar al personal de bienestar	“seguro ya se quejó admisión por eso está rondando el personal de bienestar, creo que hasta ellos me tienen colera”	Colera, ansiedad - discutir con el personal de admisión y el de rotación.

2.6 Intervención

2.6.1 Plan de intervención y calendarización

Se presentan las sesiones terapéuticas para la sintomatología burnout, trabajadas bajo el modelo cognitivo conductual, con las técnicas como: psicoeducación, dialogo socrático, reestructuración cognitiva, inoculación al estrés, modelado, role-playing, habilidades de afrontamiento, distribución del tiempo, mindfulness. La intervención fue de 18 sesiones, de aplicación de 2 veces por semana, de duración de 1hr con un tiempo de 3 meses de duración, desde el 21 de junio al 21 de setiembre de 2022. Las sesiones fueron virtuales por el poco tiempo disponible de la usuaria para movilizarse.

Tabla 12

Plan de intervención

Sesión	Título	Fecha	Hora
1	Psicoeducación	21/06/22	20 a 21hrs
2	Psicoeducación	24/06/22	20 a 21hrs
3	Cuestionamiento socrático	30/06/22	20 a 21hrs
4	Descubrimiento guiado	07/07/22	20 a 21hrs
5	Técnica ABC	13/07/22	20 a 21hrs
6	Reestructuración cognitiva	21/07/22	20 a 21hrs
7	Entrenamiento asertivo	27/07/22	20 a 21hrs
8	Entrenamiento en solución de problemas	04/08/22	20 a 21hrs
9	Inoculación al estrés	10/08/22	20 a 21hrs
10	Entrenamiento en relajación	14/08/22	20 a 21hrs
11	Role-playing	18/08/22	20 a 21hrs
12	Entrenamiento en gestión del tiempo	22/08/22	20 a 21hrs
13	Modelado	2/08/22	20 a 21hrs

14	Mindfulness	31/08/22	20 a 21hrs
15	Mindfulness	06/09/22	20 a 21hrs
16	Mindfulness	10/09/22	20 a 21hrs
17	Recaída prevista	15/09/22	20 a 21hrs
18	Prevención de recaídas	21/09/22	20 a 21hrs

Técnicas de tratamiento

Psicoeducación, Esta técnica en brindar información a la usuaria con la finalidad de modificar conductas y actitudes respecto a la problemática que le aqueja de manera que se logre adherencia al tratamiento que reduzca su sintomatología.

Cuestionamiento socrático, Es un método de descubrimiento guiado en el cual el terapeuta hace una serie de preguntas cuidadosamente ordenadas para ayudar al paciente a definir los problemas, a identificar pensamientos y creencias y a examinar el significado de estos, como los percibe y cuáles son sus acciones y consecuencias en su conducta, como estas influyen en su vida.

Reestructuración cognitiva, Se brinda la pauta de enseñar al usuario a evaluar, identificar y modificar sus pensamientos desadaptativos y a sustituirlos por otros más ajustados a la realidad, reduciendo así el malestar emocional y cognitivo que sopesa en su modo de conducir su vida.

Role – Playing, Se utilizará para proveer a usuaria de las herramientas que les permitieran expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de un modo adecuado a la situación en el contexto laboral, específicamente en la relación con compañeros y personal multidisciplinario que labora conjuntamente en la emergencia pediátrica.

Inoculación al estrés, Se entrena a la usuaria en un conjunto de habilidades específicas para hacer frente a situaciones estresantes, la usuaria aprende a interpretar su problema desde

un modelo específico, permitiéndole seleccionar aquellas técnicas que mejor se ajusten a las demandas de la situación problemática a la que se enfrenta.

Detención del pensamiento, Conocida como método de bloqueo o parada de pensamiento, identificando los pensamientos negativos o estresantes y deteniendo los mismos a través de una palmada o frase como stop, vaciando la mente, interrumpiendo los pensamientos desagradables, realizando afirmaciones de autoaceptación.

Mindfulness, Enseñar a la usuaria a conseguir que su conciencia se relaje y no elabore juicios de las sensaciones, sentimientos o pensamientos a través de los procesos atencionales para poder reconocerlos y poner en duda los patrones mentales, otorgando un gran peso al aquí y el ahora mediante una atención total al momento presente.

Modelado, Técnica terapéutica en el cual la usuaria, aprende comportamientos nuevos, observando e imitando, el comportamiento de otros denominado “modelos”, ampliando así su repertorio conductual.

Entrenamiento en resolución de problemas, Se centra en enseñar al usuario a que aprenda expresar, comunicar, entender y dar solución al problema para llegar a conclusiones que sean eficaces, de cierta manera enseñar al usuario a que comprenda que en la vida cotidiana se pueden presentar contratiempos pero que la forma de percibirlos y resolverlos dependerá de cómo enfrentamos estos mismos.

Entrenamiento Asertivo, Permite reducir el estrés en la vida, defender nuestros derechos, expresar gusto e intereses, discrepar abiertamente, pedir aclaraciones y decir “No”.

Administración del tiempo, Se brinda pautas a la usuaria a gestionar, organizar sus actividades o responsabilidades por prioridad, para que de esa manera esta variable no se presente como un agente estresor en sus actividades diarias.

2.6.2 Programa de intervención

OG Disminuir la sintomatología burnout en la usuaria para lograr una mejor adaptabilidad y afronte al estrés a través de un programa de intervención cognitivo conductual.

OE1 Brindar información a la usuaria sobre el síndrome de burnout a través de la psicoeducación.

OE2 Debilitar los pensamientos distorsionados referente a su trabajo a través de la reestructuración cognitiva.

OE3 Aumentar las habilidades de comunicación y resolución de conflictos mediante el entrenamiento en solución de problemas.

OE4 Incrementar las habilidades de organización y planificación de actividades laborales a través de la administración del tiempo.

OE5 Incrementar las actividades recreativas en sus días libres a través de mindfulness.

OE6 Realizar actividades de seguimiento a la usuaria en cuanto a la sintomatología burnout para una prevención de recaídas.

Figura 1

Plan de intervención

Objetivo	Sesión	Técnica
OE1 Brindar información a la usuaria sobre el síndrome de burnout a través de la psicoeducación.	1	Psicoeducación
	2	Psicoeducación
OE2 Debilitar los pensamientos distorsionados referente a su trabajo a través de la reestructuración cognitiva.	3	Cuestionamiento Socrático
	4	Descubrimiento guiado
	5	Técnica del ABC
	6	Reestructuración Cognitiva
OE3 Aumentar las habilidades de comunicación y resolución de conflictos mediante el entrenamiento en solución de problemas.	7	Entrenamiento asertivo
	8	Entrenamiento en solución de problemas
	9	Inoculación al estrés
	10	Entrenamiento en relajación
	11	Role-playing
OE4 Incrementar las habilidades de organización y planificación de actividades laborales a través de la administración del tiempo.	12	Entrenamiento en gestión del tiempo
	13	Modelado
OE5 Incrementar las actividades recreativas en sus días libres a través de Mindfulness.	14	Mindfulness (Fantasía de imágenes racional - emotiva)
	15	Mindfulness (Pille a su colega haciendo algo agradable)
	16	Mindfulness
OE6 Realizar actividades de seguimiento a la usuaria en cuanto a la sintomatología burnout para una prevención de recaídas.	17	Recaída programada
	18	Prevención de Recaídas

2.7 Procedimiento

Tabla 13

Sesiones Psicoeducativas

Objetivo	Sesión	Técnicas	Actividades sugeridas
OE1: Brindar información a la usuaria sobre el síndrome de burnout a través de la psicoeducación.	1	Psicoeducación	- Bienvenida a la usuaria. Se realiza la alianza terapéutica. - Se brinda información sobre la intervención en TCC, beneficios y alcances. - Se establecen acuerdos en horarios y días de sesiones semanal y reglas sobre las mismas.
	2	Psicoeducación Acerca de la sintomatología burnout	- Brindar aspectos generales, del síndrome burnout. - Proyectar un video corto “¿Qué es el burnout?” - Describir en que situaciones en sus actividades laborales se ha sentido de esa manera.
OE2: Debilitar los pensamientos distorsionados referente a su trabajo a través de la reestructuración cognitiva.	3	Cuestionamiento Socrático Identificación de las creencias irracionales y distorsiones cognitivas en relación con el ambiente de trabajo	- Se realizará la entrevista y un listín de las creencias que predominan en la usuaria - ¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de estos pensamientos? - ¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esa manera? - ¿Cuál es la evidencia en la que te basas de que todo el personal debe trabajar con reciprocidad? - ¿Qué otras alternativas le puedes dar a esto que te está sucediendo?

	4	Descubrimiento guiado	- Se explicará a la paciente como realizar su registro ABC y se conversara de ello en sesión, cuáles son los acontecimientos activadores de su estrés, su sistema de creencias, y las consecuencias de este a nivel conductual y emocional. - Se acompaña a la usuaria a reconocer dichos pensamientos donde se le explicará e identificarán distorsiones como atención selectiva, atribuciones, expectativas, suposiciones y estándares, los cuales los anotará en post it de colores los cuales los pegaran en la pizarra, donde posteriormente se dialogará sobre ello.
	5	Técnica del ABC se explica la relación entre las emociones con los pensamientos distorsionados.	- Se completa los autorregistros. - Se identifican situaciones activadoras que experimenta la usuaria y que desencadenan cogniciones y conductas.
	6	Reestructuración Cognitiva	- Se conversará con la usuaria en sesión sobre sus registros. - Se identificará en sesión sobre las detecciones de

			pensamientos irracionales, los debates y los pensamientos alternativos a los que se está llegando. - Realizar una lista de acciones favorables que ha hecho durante el día.
OE3: Aumentar las habilidades de comunicación y resolución de conflictos mediante el entrenamiento en solución de problemas.	7	Entrenamiento asertivo	- Enseñar a la usuaria a practicar la escucha activa con la intención de entender al otro. - Entrenar la capacidad de entender las emociones propias para poder así entender la de los demás. - Permite que la usuaria de manera individual pueda distanciarse de los problemas y tomar perspectiva, observándose desde fuera, para tener mayor empatía con el otro.
	8	Entrenamiento en solución de problemas	- Se le pedirá a la paciente recordar un evento estresante y mediante el role playing se traerá al presente, evidenciando como fue su actuación y brindar pautas de nuevas estrategias de actuación. - se enseña a la usuaria a evaluar y valorar cada una de sus conductas y cuáles serían las consecuencias/beneficios de repetirlas o cambiarlas.
	9	Inoculación al estrés	- Se enseñará a la paciente a reaccionar sin malestar ante situaciones estresores. - Se le pedirá que verbalice y sustituya los pensamientos negativos

			ante la situación estresora por otros más adaptativos al evento, aprendiendo a anticipar y teniendo bajo control la situación. - Enseñar a autocontrolar el tránsito de pensamientos negativos y las emociones que las preceden.
	10	Entrenamiento en relajación	- Se pedirá a la usuaria identifique puntos de tensión corporal, haciendo referencia al ciclo tensión – estrés. - Realizar ejercicios donde la usuaria note la incompatibilidad entre alerta y relajación, centrando selectivamente su atención en la tarea, generando pausas de respiración y estiramientos.
	11	Role-playing	- Explicar a la usuaria los pasos que debe seguir en una negociación asertiva para con su equipo de trabajo en la organización de las actividades del turno. - Enseñar a la usuaria a utilizar respuestas desadaptadas para así poner en práctica el repertorio de afrontamiento ante ensayo imaginativo y conductual ante una situación de entrega de reporte en cambio de turno.

OE4: Incrementar las habilidades de organización y planificación de actividades laborales a través de la administración del tiempo.	12	Entrenamiento en gestión del tiempo	- Se enseñará a la paciente gestionar su tiempo y actividades en el horario laboral en un rango de 12hrs. - Se le pedirá que realice un cronograma de actividades a realizar en su actividad laboral iniciando por las que demandan más tiempo o son generadoras de estrés. - Se enseñará a mantener un orden en su trabajo y en la asignación de tareas.
	13	Modelado	- Se le enseñara y explicara a la paciente la técnica a través de la observación de incorporar nuevas conductas adaptativas de sus colegas de trabajo en su organización del tiempo. - Se le pedirá a la consultante la objetividad del pensamiento que genera situaciones de malestar en las actividades laborales, cuando el medico cambia de terapéutica. - Reelaborar el pensamiento por otros más adaptativos que minoren la conflictividad de la tarea. - Enseñar aprender a decir NO y no sobrecargarse de actividades. - Ejercicios de reciprocidad y

			agradecimiento a colegas que ofrecen ayuda.
OE5: Incrementar las actividades recreativas en sus días libres a través del Mindfulness.	14	Mindfulness Fantasía de imágenes racional - emotiva	- Imaginar por 20' una escena conflictiva, identificando su pensamiento y experimentando vivamente los sentimientos, cambiando esos sentimientos por unos menos negativos. - Escoger un momento del día, dirigir la atención plena a la respiración durante 1' para aliviar el estrés generado por la carga laboral.
	15	Mindfulness Pille a su colega haciendo algo agradable	- Se acuerda con la colega que realicen una conducta positiva hacia el otro con una frecuencia de al menos una al día (cuantas más se acuerden, mejor), en el horario laboral. Además, cada uno debe estar atento a identificar (pillar) al otro cuando está haciendo o ha hecho algo agradable por ella y registrarlo. - Deben buscar un momento diario para comentar en qué se han pillado, expresarse cómo se han sentido y reforzarse mutuamente.
	16	Mindfulness	- Generar espacios donde comparta con amigos en lugares recreativos. - Realizar ejercicios de relajación.

OE6: Realizar actividades de seguimiento a la usuaria en cuanto a la sintomatología burnout para una prevención de recaídas.	17	Recaída programada	- Informaremos a la usuaria que es posible una recaída en conductas y pensamientos que va desaprendiendo. - Se enseñará posibles situaciones de afrontamiento a esos deslices.
	18	Prevención de Recaídas	- Fomentar la sensación de confianza de recuperación ante contratiempos. - Si se presenta algún tipo de malestar comentarlo en sesión para resolver.

2.8 Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado y voluntario de la usuaria con respecto al desarrollo de la intervención, protegiendo su identidad, bajo los criterios de confidencialidad de datos.

III. RESULTADOS

3.1 Análisis de Resultados pre y post intervención

En la tabla 14, se aprecia la disminución de las conductas problemáticas: “Llorar por múltiples tareas acumuladas” obtuvo 11 en pretest y 4 en post test, “Reclamar al personal asistencial por la demora en ordenes, recetas atención y estancia de paciente en box” obtuvo 30 en pretest y 11 en posttest, “No pedir ayuda a colegas” obtuvo 25 en pretest y 7 en posttest, “Tono de voz menos cordial” obtuvo 28 en pretest y 13 en posttest.

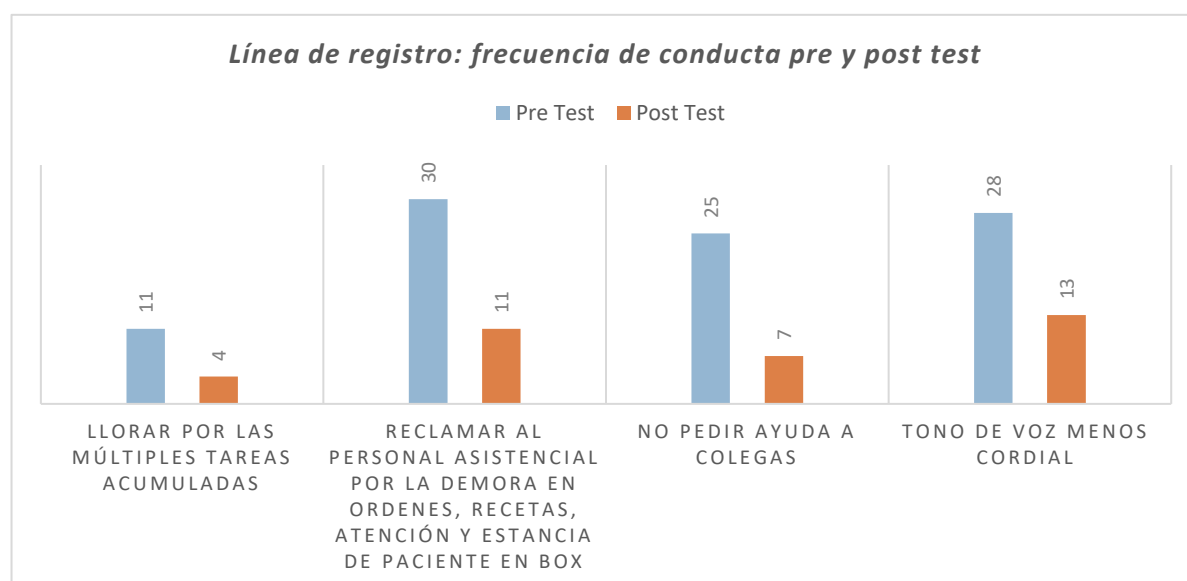
Tabla 14

Línea de registro: frecuencia de conducta pre y post test

Conducta problemática	Fase	L	M	M	J	V	S	D	Total
Llorar por las múltiples tareas acumuladas	Pre	2	1	1	2	1	2	2	11
	Post	1	-	1	1	-	-	1	4
Reclamar al personal asistencial por la demora en ordenes, recetas, atención y estancia de paciente en box	Pre	3	6	4	4	5	5	3	30
	Post	1	2	2	1	2	1	2	11
No pedir ayuda a colegas	Pre	2	4	3	4	3	5	4	25
	Post	-	1	1	2	-	1	2	7
Tono de voz menos cordial	Pre	3	5	4	3	4	6	3	28
	Post	2	2	2	1	2	3	1	13

Figura 2

Línea de registro: frecuencia de conducta pre y post test



En la tabla 15, se observa la disminución de pensamientos problemáticos: “El turno va a ser difíciles con estos médicos que están de guardia”, 25 en el pretest y 9 en posttest; “El personal técnico no va hacer caso a los requerimientos que les indico”, 26 en el pretest y 10 en el posttest; “El personal de admisión siempre está demorando en pasar al paciente y los padres se molestan conmigo, más si hacen una inadecuada asignación y tengo que pasarlos a triaje respiratorio” en el pretest 27 y en el post test 9; “La colega es nueva y todo lo voy a tener que hacer yo, ya que soy personal antiguo”, en el pretest 24 y en el posttest 12; “seguro ya se quejó admisión por eso está rondando el personal de bienestar, creo que hasta ellos me tienen colera”, en el pretest obtuvo 27 y en posttest 7; “soy el personal más antiguo que viene cuando falta personal y ni así me valoran”, 25 en pretest y 7 en posttest; “ya no quiero sentirme así, agotada ni bien ingreso al turno” 34 en pre test y 12 en posttest.

Tabla 15

Línea de registro: frecuencia de pensamientos de la usuaria pre y posttest

Pensamientos problemáticos	Fase	L	M	M	J	V	S	D	Total
“El turno va a ser difíciles con estos médicos que están de guardia”	Pre	3	4	5	4	4	3	2	25
	Post	1	2	1	2	1	2	-	9
“El personal técnico no va a hacer caso a los requerimientos que les indico”	Pre	3	3	4	4	5	4	3	26
	Post	1	2	1	2	1	1	2	10
“ya no quiero sentirme así, agotada ni bien ingreso al turno”	Pre	4	4	3	4	3	5	4	27
	Post	1	2	-	2	1	1	2	9
“El personal de admisión siempre está demorando en pasar al paciente y los padres se molestan conmigo, más si hacen una inadecuada asignación y tengo que pasarlos a triaje respiratorio”	Pre	5	5	4	4	4	2	3	27
	Post	2	3	1	2	3	1	1	12
“La colega es nueva y todo lo voy a tener que hacer yo, ya que soy personal antiguo”	Pre	3	5	3	4	2	3	4	24
	Post	1	3	-	2	-	1	2	9
“seguro ya se quejó admisión, por eso está rondando el personal de bienestar, creo que hasta ellos me tienen colera”	Pre	6	3	4	2	3	4	3	25
	Post	2	-	1	-	2	1	1	7

“soy el personal más antiguo que viene cuando falta personal y ni así me valoran”	Pre	5	6	3	4	7	3	6	34
	Post	2	2	1	2	2	1	2	12

En la tabla 16, se observa la disminución de la frecuencia e intensidad de las emociones irritabilidad, frustración, tristeza, ansiedad y colera, comparado con los registros del pretest.

Tabla 16

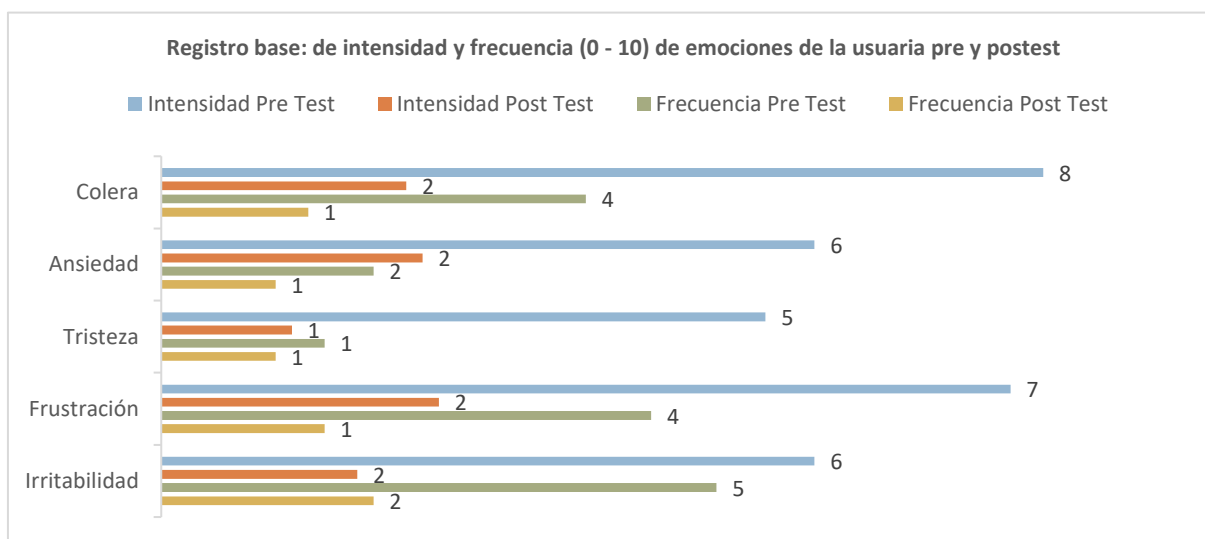
Registro base: de intensidad y frecuencia (0 - 10) de emociones de la usuaria pre y postest

Emociones problemáticas	Fase	Intensidad/Frecuencia	L	M	M	J	V	S	D	Promedio
Irritabilidad (8/10)	Pre									6
	Pos	I	8	5	5	4	8	6	4	2
	t	I	2	1	3	2	1	2	1	5
	Pre	F	5	6	4	7	5	3	4	2
	Pos	F	1	3	2	3	2	1	1	
Frustración (10/10)	Pre	I								7
	Pos	I	8	6	7	8	7	8	8	2
	t	F	4	2	1	2	3	2	3	4
	Pre	F	5	5	7	4	3	4	2	1
	Pos		1	2	2	1	1	2	1	
Tristeza (7/10)	Pre	I								5
	Pos	I	4	6	6	5	7	5	4	1
	t	F	1	1	2	1	1	1	1	1
	Pre	F	2	1	2	1	2	1	1	1
	Pos		1	-	1	-	-	1	-	
Ansiedad (7/10)	Pre	I								6
	Pos	I	6	7	5	7	4	6	5	2
	t	F	3	2	2	3	1	2	3	2
	Pre	F	3	3	1	1	1	2	2	1
	Pos		1	1	1	-	-	-	1	
Colera (9/10)	Pre	I	7	6	7	8	9	8	9	8
		I	2	2	1	2	4	3	1	2

Pos	F	4	3	4	4	4	3	4	4
t	F	1	1	2	1	1	1	2	1
Pre									
Pos									
t									

Figura 3

Registro base: de intensidad y frecuencia (0 - 10) de emociones de la usuaria pre y posttest

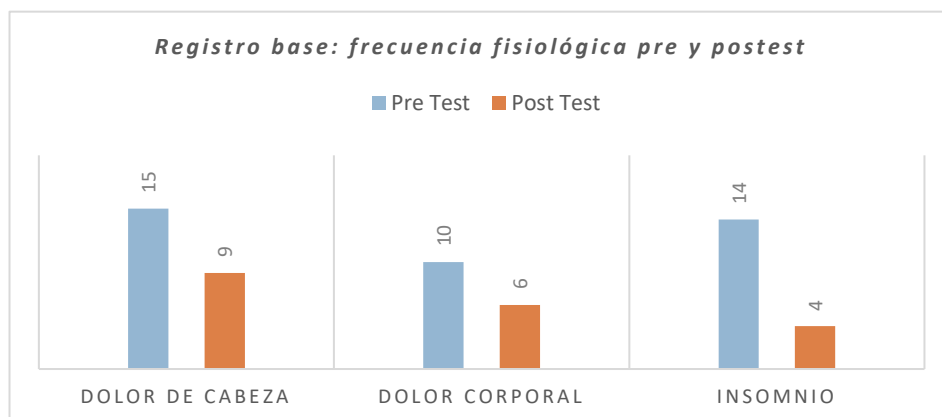


En la tabla 17, se evidencia una disminución significativa del posttest sobre el pretest de la usuaria en los síntomas fisiológicos tales como dolor de cabeza, dolor corporal e insomnio.

Tabla 17

Registro base: frecuencia fisiológica pre y posttest

Conducta problemática	Fase	L	M	M	J	V	S	D	Total
Dolor de cabeza	Pre	3	2	1	3	2	1	2	15
	Post	2	2	-	1	2	-	2	9
Dolor corporal	Pre	1	1	2	1	3	1	1	10
	Post	1	-	1	1	2	1	-	6
Insomnio	Pre	2	3	1	2	3	1	2	14
	Post	1	1	-	-	1	1	-	4

Figura 4*Registro base: frecuencia fisiológica pre y postest*

3.2 Discusión de resultados

Al abordar el caso se planteó como objetivo general reducir la sintomatología del síndrome de burnout, evidenciándose en los registros conductuales del pretest lo siguiente: en el área de conducta una incidencia semanal de 94 veces, en el área de pensamiento una incidencia semanal de 188 veces, en el área de emociones un promedio en intensidad y frecuencia de 6/3 y en el área fisiológica una incidencia de 39 veces. Es por ello por lo que, mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual que tuvo un impacto significativo en la reducción de la sintomatología de la usuaria se observa en los registros conductuales del postest un porcentaje de disminución de la sintomatología en cuanto a conducta una incidencia de 35 veces, en cuanto a pensamiento una incidencia de 68 veces, en cuanto a las emociones en intensidad y frecuencia una incidencia de 2/1 y en cuanto a lo fisiológico una incidencia de 19 veces. Estos resultados permitieron incrementar su cuestionamiento ante sus pensamientos y actitudes, reestructurar sus creencias irracionales con el fin de incrementar un mejor desenvolvimiento en el área laboral y personal. Logrando el objetivo planteado en la línea base pretest y mejorando en el postest. Estos resultados se asemejan a los resultados obtenidos por Rosales en 2019, que realizó un programa cognitivo conductual para reducir los niveles del síndrome de burnout en personal de enfermería del

Hospital Emilio Valdizán, resultando el programa efectivo en la reducción de la sintomatología burnout. Lo cual se debería a el uso del programa de intervención en TCC; Es por ello por lo que se han empleado tres estrategias: fisiológicas, conductuales y cognitivas (Guerrero y Rubio, 2005). Que ayudarían en la mejora de la sintomatología de usuarios con este síndrome.

En el presente programa se buscó la reducción de los síntomas de la usuaria teniendo un impacto significativo en la reducción de la sintomatología de la usuaria se observa en los registros conductuales del postest un porcentaje de disminución de la sintomatología en cuanto a conducta un 63%, en cuanto a pensamiento un 64%, en cuanto a las emociones un 70% en intensidad y en frecuencia un 59%, en cuanto a lo fisiológico un 51%.; esta clasificación de síntomas difieren con los trabajados por Yslado et al 2020 siendo que este solo trabajo con síntomas emocionales (disminuir el cansancio emocional en un 13.3%) y conductuales (como la baja realización personal en un 8.3%); a lo cual Hayes y Robins (1997) encuentran que la terapia cognitiva, intenta, a partir de la intervención, modificar los procesos cognitivos de los usuarios, ya que desde su centro considera que si se cambian las cogniciones estas influenciarían en las conductas y el estado de ánimo. Por lo que la intervención de Yslado et al, estaría siendo limitada, siendo la nuestra una intervención integral más completa y con una mayor eficacia en beneficio de la reducción de la sintomatología de la usuaria.

En cuanto a las técnicas de mayor eficacia que se emplearon en el estudio de caso fueron las técnicas cognitivas, seguidas de las conductuales, emocionales y en menor grado las que se emplean en la reducción de la sintomatología fisiológica esto se asemeja a lo obtenido por Chuchon 2020 y Ruiz 2018, quienes también obtuvieron buenos resultados en su programa; lo cual se debería que en ambas intervenciones se utilizaron técnicas de reestructuración

cognitiva, detención del pensamiento, role playing, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en solución de problemas y mindfulness. De acuerdo con Caballero y Gálvez (2019), señala que la TCC incluye técnicas de psicoeducación, de cambio en pensamientos, conductuales y de activación fisiológica. Asimismo la técnica de Psicoeducación son de suma importancia en un programa de intervención, técnica que fue empleada y realizada en el programa de Huamani 2022 con muy buenos resultados en los cuales la información brindada disipa dudas en cuanto a las percepciones y abordaje del programa de intervención así mismo genera en el usuario confianza en que su caso será desarrollado como una investigación eficaz con base científica con los objetivos específicos a que la usuaria genere cambios en su modo de interpretar las situaciones y estas no superen y se conviertan en un desgaste cognitivo, emocional, físico y conductual que alteren su ritmo de vida laboral.

Siguiendo con al análisis de las técnicas y su eficacia en el presente programa se evidencia que una de las técnicas que tuvo mejores resultados fue la técnica de inoculación al estrés que engloba múltiples técnicas en una sola, el empleo de esta técnica es "suscitar anticuerpos psicológicos" (Meichembaum, 1987), esto ayudaría a que a su vez se empleen otro tipo de entrenamientos en diferentes habilidades de afrontamiento y técnicas integradas en generar cambio de pensamientos negativos, entrenamiento en relajación que permitan a los individuos manejar y afrontar las situaciones estresantes de su día a día (Bados, 2009; Meichembaum, 1987). Este empleo de múltiples técnicas multifuncionales hizo que la usuaria mejorara en su manera de exteriorizar, sentir y la manera de actuar en su ambiente laboral, generando un ambiente de trabajo tolerante y funcional.

Se observa que las áreas que mejores resultados obtuvieron fueron las cognitivas siendo que la técnica de Reestructuración cognitiva es muy valorada y empleada en los programas

de intervención cognitiva conductual, técnica que también fue empleada por Alvares 2014, que fue eficaz en el logro del cambio, debilitamiento y percepción de las situaciones que presentaba la usuaria. ... las estrategias cognitivas buscan corregir la percepción, la interpretación y la evaluación de los problemas laborales, además de incrementar los recursos personales del individuo. Entre las técnicas que tienen un amplio uso se hallan la desensibilización sistemática, la detención del pensamiento, la inoculación del estrés, la reestructuración cognitiva y el control de pensamientos irracionales (Guerrero y Vicente, 2001).

En cuanto a los factores que son propulsores de la sintomatología están las variables desencadenantes o antecedentes del Burnout, donde se considera a las variables personales, siendo el sexo, la edad, el estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad, las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento. Con relación al sexo o género, mientras en unos estudios las mujeres son las que obtienen mayores puntuaciones en los instrumentos de medida (Atance, 1997). Sólo la escala de cansancio emocional se relaciona positivamente con la edad (Tello et al., 2002). Asimismo, se evidencia como el tiempo los factores predisponentes y una inadecuada gestión de los estresores de la vida laboral hacen que no solo la usuaria u otro trabajador de salud caiga en el síndrome del quemado. La TCC en un espacio de intervención en salud trabaja con respuestas cognitivas, conductuales físicas y emocionales identificadas como desadaptativas en el paciente o usuario, cuya etiología parte del aprendizaje cotidiano de las vivencias, las cuales con la repetición y continuación de acontecimientos se convierten en hábitos (Prieto, 2015).

Se concluye este programa de intervención evidenciando la importancia de la TCC como programa integral que involucra las áreas cognitivas, conductuales emocionales y

fisiológicas en la mejora de las percepciones, conductas y sentimientos de la usuaria en su día a día laboral generando cambios positivos en el tiempo y en el clima laboral de las empresas que aporta sus servicios.

3.3 Seguimiento

Una vez concluida la intervención cognitiva conductual, se procedió a realizar las sesiones de seguimiento de caso, considerándose dos sesiones posteriores, distribuidas en un rango quincenal en un mes.

Durante las sesiones de seguimiento se evidencia el mejoramiento en cuanto a las ideas irracionales que acompañaban a la usuaria y como está mejorando la comunicación con su equipo de trabajo en las sesiones anteriores planteadas en la intervención.

IV. CONCLUSIONES

- El programa de intervención cognitivo conductual tuvo un impacto positivo en la reducción de la sintomatología de la usuaria se observa en los registros conductuales del posttest un porcentaje de disminución de la sintomatología en cuanto a conducta un 63%, en cuanto a pensamiento un 64%, en cuanto a las emociones en intensidad y frecuencia un 70% /59%, en cuanto a lo fisiológico un 51%.
- Las técnicas de intervención cognitiva conductual que tuvieron un mejor resultado en reducir la sintomatología de la usuaria fueron; la psicoeducación, el debate socrático, la técnica ABC; las técnicas que mostraron una relevancia neutra fueron el role playing y las técnicas de mindfulness.
- Factores que contribuyeron a los buenos resultados de la usuaria fueron la disposición de la paciente por mejorar su sintomatología.
- De acuerdo con el cuadro sintomatológico del paciente los síntomas cognitivos y conductuales son los que tuvieron mejores resultados que los síntomas fisiológicos y emocionales.

V. RECOMENDACIONES

- Tomar como referencia el presente programa de intervención cognitiva conductual para futuras intervenciones como referencia en estudios similares a los trabajados en el presente estudio.
- Usar en preferencia las técnicas cognitivas conductuales en la mejora de la sintomatología dado a los buenos resultados obtenidos en la reducción de la comprensión y manejo de la sintomatología de la usuaria.
- Se observa la importancia del tiempo de las sesiones y la frecuencia de las citas, en los cuales se obtienen logros adecuados en beneficio de la usuaria.
- Tomar en cuenta la importancia que tiene los pensamientos y las conductas en el estado de ánimo y la percepción de las manifestaciones físicas de la usuaria.

VI. REFERENCIAS

- Aguayo, R., San Luis, C., De la Fuente, L., Vargas, C., De la Fuente, E., García, J., Cañadas, G. R., y Cañadas, G. A. (2015). Propiedades psicométricas y baremos del Cuestionario de Burnout Granada en profesionales de Enfermería. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 146-152
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33738719006>
- Álvarez, C. (2014). *Evaluación e intervención psicológica en estrés laboral: Estudio de un caso* [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio Institucional UAM. <https://libros.uam.es/tfm/catalog/book/521>
- Benzoni, P., Gomes, J., Meneghelli, S.B. (2020). Protocolo cognitivo para el manejo y control del estrés laboral: un estudio de caso. *REFACS*, 8(Supl. 1), 625-632.
<https://www.redalyc.org/journal/4979/497964427019/html/>
- Bono, R. y Arnau, J. (2014). *Diseños de caso único en ciencias sociales y de la salud*. Madrid. <http://www.sintesis.com/metodologia-de-las-ciencias-delcomportamiento-y-de-la-salud-22/disenos-de-caso-unico-enciencias-sociales-y-de-la-salud-ebook-1877.html>
- CIE-11 para las estadísticas de mortalidad y morbilidad (CIE-11 EMM)
- Chuchón, A. (2022). *Caso psicológico: terapia cognitivo conductual en un caso de depresión recurrente* [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6384>
- Cuadra, L., y Fernández, R. (16 de noviembre 2021). El síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios. Comunicación breve. *Revista Sanitaria de Comunicación*, 2(11). <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-sindrome-de-burnout-entre-los-profesionales-sanitarios-comunicacion-breve/>

- Ferro, M. (2022). *Intervención bajo el enfoque cognitivo conductual en adulto con sintomatología ansiosa generalizada* [Tesis de Licenciatura, Universidad Cayetano Heredia]. Repositorio de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. upch.edu.pe
- Francia, J. (2021). *Síndrome de burnout en el personal del departamento de enfermería de un hospital de Cañete, 2020* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5535>.
- Gómez, D. (2019). *Programa de intervención psicológica en el burnout estudiantil en estudiantes de una institución educativa en el distrito de Trujillo* [Tesis de Maestría, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. ucv.edu.pe
- Gonzales, Y., y Valencia, K. (2021). *Plan de intervención para disminuir la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos del servicio de urgencias en clínica Los Rosales de Pereira durante la pandemia Covid-19* [Tesis de Especialidad, Universidad Ecci]. Repositorio Institucional ECCI. <https://repositorio.ecci.edu.co/server/api/core/bitstreams/b4d86542-8d1c-47bd-a07e-7185c971299a/content>
- Guzmán, M. (2017). *El síndrome de burnout y su relación con las condiciones laborales en algunos funcionarios del sector educativo colombiano* [Tesis de Maestría, Universidad de Manizales]. Repositorio Institucional RIDUM. <https://ridum.umanizales.edu.co/items/295b7b36-13ab-4dcd-afc2-fd90d854b338>
- Grau, J., Massip, C., Grau, R., Infante, I., Abadal, Y., y Chacón, M. (2006). El Control del Síndrome de Desgaste Profesional o Burnout en Enfermería Oncológica: Una Experiencia de Intervención. *Terapia Psicológica*, 24(1),39-53. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524105>
- Huamani, C. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con ansiedad generalizada* [Trabajo académico de segunda especialidad], Universidad Nacional

Federico Villarreal. Repositorio Institucional UNFV.

<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6388>

Jiménez, A., y Santoyo, C. (2015). Identificación de patrones conductuales en la Interacción usuario-terapeuta: Un sistema de observación. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 41(3), 65-87.

Lagos, D., Huete, L., Landero, N., Solís, F. (2020). Eficacia de un programa cognitivo-conductual en el tratamiento del estrés laboral, en pre internos de Medicina del Hospital Escuela San Juan de Dios Estelí. *Revista Científica De FAREM-Estelí*, 34, 107–125.
<https://doi.org/10.5377/farem.v0i34.10011>

Lozano-Vargas, A. (2021). El síndrome de burnout en los profesionales de salud en la pandemia por la COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84(1), 1-2.
<https://doi.org/10.20453/rnp.v84i1.3930>

Núñez, M., y Bono, R. (2020). *Diseños de investigación en Psicología* [Diapositivas]. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona.
https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/164539/1/Dise%C3%B1os%20de%20Investigacion_Diapositivas%2019-20_FINAL.pdf

Maticorena-Quevedo, J., Beas, R., Anduaga-Beramendi, A., y Mayta-Tristán, P. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(2), 241-247.
<https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2170>

Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 42-80. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525752962004>

- Mendoza, I. (2020). *Terapia cognitivo conductual: actualidad, tecnología* [Tesis de Licenciatura, Universidad Cayetano Heredia]. Repositorio de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. upch.edu.pe
- Ortega, C., López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1),137-160. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740108>
- Pardo, R. (2019). *el debate en reestructuración cognitiva: análisis de los mecanismos terapéuticos de cambio clínico*. [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio Institucional UAM. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/689733/pardo_cebrian_rebeca.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Reyes, K., González-Celis, A. (2016). Efectos de una intervención cognitivo-conductual para disminuir el burnout en cuidadores de ancianos institucionalizados. *Escritos de Psicología*, 9(1), 15-23. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.1709>
- Ruiz, M. (2018). *Propuesta de un Programa Cognitivo Conductual para el Síndrome de Burnout en profesionales de la salud de un Hospital de Lambayeque, 2017* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Repositorio Institucional UNPRG. unprg.edu.pe
- Salas, E. (2013). Diseños preexperimentales en psicología y educación: una revisión conceptual. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, 19(1), 133-141.
- Sánchez, A., y Caicedo, P. (2022). *síndrome de burnout en trabajadores del área de la salud* [Tesis de Licenciatura, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. Repositorio Institucional UNIMINUTO. uniminuto.edu

- Tierra, C. (2022). *Propuesta de Intervención Cognitivo- Conductual para reducir el desgaste profesional en el personal de salud* [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Institucional PUCE. puce.edu.ec
- Topa, G., Fernández, I., y Lisbona, A. (2005). Ruptura de contrato psicológico y burnout en equipos de intervención en emergencias y catástrofes. *Ansiedad y estrés*, 11(2), 267-279. <https://dialnet.unirioja.es/metricas/documentos/ARTREV/1374176>
- Saborío, L., y Hidalgo, L. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124.
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900152015000100014&lng=en&tlng=es.
- Instituto Superior de Neurociencias. (s. f.). *Terapia cognitivo conductual (TCC)*.
<https://www.institutosuperiordeneurociencias.org/tcc>
- Torres, Y. (7 de enero de 2022). OMS oficializa el Síndrome del Burnout como una enfermedad de trabajo. *Medicina y Salud Pública*.
<https://medicinaysaludpublica.com/noticias/salud-publica/oms-oficializa-el-sindrome-del-burnout-como-una-enfermedad-de-trabajo/12348>
- Ramírez Treviño, J., y González Ramírez, M. T. (2012). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del estrés en alumnos mexicanos de bachillerato internacional. *Alternativas en Psicología*, 16(26), 26-38.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2012000100003&lng=pt&tlng=es
- Vicente, S. (2019). *Creencias irracionales en estudiantes universitarios del quinto y sexto ciclo de la facultad de psicología de una universidad privada de Lima Metropolitana* [Tesis de Licenciatura, Universidad Inca Garcilazo de la Vega]. Repositorio Institucional UIGV. uigv.edu.pe

- Villegas, M. (2021). Investigación documental sobre Terapia Cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología. Studocu. <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-nacional-jorgebasadregrohmann/biologia/investigaciondocumentalsobreterapiacognitiva-antecedentesteoriaymetodologia/50611620>
- Yslado, M., Norabuena, P., Sánchez, D., y Norabuena, D. (2020). Programa de intervención breve para reducir el burnout de profesionales de la salud, Perú. *Universidad y Sociedad*, 12(5), 279-289. *sld.cu*

VII. ANEXOS

Anexo A

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI – HSS) INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH (MBI - HSS)

Edad: _____ Sexo/género: _____

Área de trabajo: _____ Tiempo de trabajo: _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada enunciado y marque los casilleros correspondientes a la frecuencia de sus sentimientos acerca del trabajo donde labora. Las opciones que puede marcar son:

- 0 = Nunca / Ninguna vez
- 1 = Casi nunca/ Pocas veces al año
- 2 = Algunas Veces / Una vez al mes o menos
- 3 = Regularmente / Pocas veces al mes
- 4 = Bastantes Veces / Una vez por semana
- 5 = Casi siempre / Pocas veces por semana
- 6 = Siempre / Todos los días

	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca/ Pocas veces al año	Algunas Veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes Veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas que tengo que atender							
5. Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales							
6. Trabajar todo el día con personas es realmente estresante para mí							
7. Trato con mucha efectividad los problemas de las personas							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de los demás con mi trabajo							
10. Me he vuelto insensible con la gente desde que ejerzo esta ocupación							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12. Me siento muy energético							
13. Me siento frustrado por mi trabajo							
14. Siento que estoy trabajando demasiado							
15. No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Fácilmente puedo crear un clima agradable en mi trabajo							
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas							
19. He conseguido muchas cosas valiosas en este trabajo							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma							
22. Creo que las personas a quienes atiendo me culpan de sus problemas							



CUADERNILLO



INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON - III

INSTRUCCIONES

1. Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado. **NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.**
2. Para contestar en la hoja de respuestas utilice un LÁPIZ blando que escriba en color NEGRO y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
3. Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. SEA LO MAS SINCERO POSIBLE.
4. No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
5. A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la hoja de respuestas. SI ESTÁ DE ACUERDO con una frase o piensa que describe su forma de ser, MARQUE CON UN ASPA EL ESPACIO correspondiente a la letra «V» (Verdadero). Si por el contrario la frase NO REFLEJA, NI CARACTERIZA su forma de ser, MARQUE CON UN ASPA EL ESPACIO de la letra «F» (Falso). Así:

1	Soy un ser humano	1.	V ☒	F ☐
Como esta frase es verdadera para UD. se ha tachado el espacio de la letra V (Verdadero).				
2	Mido más de tres metros	2.	☐	F ☒
Esta frase es falsa para UD. por lo que se ha tachado el espacio de la letra F (Falso).				

6. Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es lo mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe marcar el espacio de las letras F (Falso).
7. Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borrar primero la respuesta equivocada y luego rellena el otro espacio.
8. No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN



Autor: Theodore Millon.
Adaptación española: Violeta Cardenal y M^{te} Pilar Sánchez.
Copyright © 1987 by DICAORIEN INC.
Copyright © 2006 by TEA Ediciones S.A. - Editor: TEA Ediciones, S.A.: Iruy Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID.
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

MCNI-II INVENTARIO CLÍNICO MULTIAJAL DE MILLON-II

- 1 Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana.
- 2 Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.
- 3 Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.
- 4 Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.
- 5 Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.
- 6 La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
- 7 Si mi familia me presiona es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
- 8 La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
- 9 Frecuentemente critico mucho a la gente que me imita.
- 10 Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.
- 11 Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
- 12 Muestro mis emociones fácil y rápidamente.
- 13 En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.
- 14 Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
- 15 Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.
- 16 Soy una persona muy agradable y sumisa.
- 17 Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
- 18 Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.
- 19 Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.
- 20 He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.
- 21 Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
- 22 Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
- 23 Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
- 24 Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
- 25 Me siento culpables muy a menudo sin ninguna razón.
- 26 Los demás envidian mis capacidades.
- 27 Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
- 28 Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.
- 29 La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.
- 30 Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas.
- 31 Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.
- 32 Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
- 33 Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.
- 34 Últimamente he perdido los nervios.
- 35 A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.
- 36 Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.
- 37 Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
- 38 Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.

Anexo D

MCMI-III INVENTARIO CLÍNICO MULTIAJAX DE MILLON-III

- | | |
|--|--|
| 39 Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado. | 56 Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien. |
| 40 Creo que soy una persona miedosa e inhibida. | 57 Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida. |
| 41 He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas. | 58 Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas. |
| 42 Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado. | 59 Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad. |
| 43 A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno. | 60 Simplemente no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida. |
| 44 Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo. | 61 Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen. |
| 45 Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan. | 62 Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado. |
| 46 Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente. | 63 Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años. |
| 47 Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal. | 64 No sé por qué pero, a veces digo cosas crueles solo para hacer sufrir a los demás. |
| 48 Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente. | 65 En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces. |
| 49 Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme. | 66 En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo. |
| 50 No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo. | 67 Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales. |
| 51 Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante y divertido. | 68 Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo. |
| 52 Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí. | 69 Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme. |
| 53 Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería. | 70 Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan. |
| 54 Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón. | 71 Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto. |
| 55 En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial. | 72 Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia donde voy en la vida. |
| | 73 A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes. |

Anexo E

MCMI-III INVENTARIO CLÍNICO MULTIAJAL DE MILLON-III

- | | |
|--|---|
| 74 No puedo dormirme y me levanto tan cansado como al acostarme. | 94 La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión. |
| 75 Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso. | 95 A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes. |
| 76 Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme. | 96 En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas. |
| 77 Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso. | 97 Estoy de acuerdo con el refrán "Al que madruga Dios lo ayuda". |
| 78 Aunque esté deprimido parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí. | 98 Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio. |
| 79 Con frecuencia estoy irritado y de mal humor. | 99 Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido. |
| 80 Para mí es muy fácil hacer muchos amigos. | 100 Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico. |
| 81 Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven. | 101 Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería. |
| 82 Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado. | 102 Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad. |
| 83 Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro. | 103 Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado. |
| 84 Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo. | 104 No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo. |
| 85 No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite. | 105 Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos. |
| 86 Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme. | 106 He tenido muchos períodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo. |
| 87 A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente. | 107 He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir. |
| 88 Cuando estoy en una fiesta nunca me aísla de los demás. | 108 Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo. |
| 89 Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no. | |
| 90 Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo. | |
| 91 El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia. | |
| 92 Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así. | |
| 93 Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo. | |

Anexo F

MCMI-III INVENTARIO CLÍNICO MULTIAJAL DE MILLON-III

- | | | | |
|-----|--|-----|--|
| 109 | El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos. | 127 | No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar. |
| 110 | El año pasado aparecí en la portada de varias revistas. | 128 | Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra. |
| 111 | Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo. | 129 | Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida. |
| 112 | He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven. | 130 | Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias. |
| 113 | Me he metido en problemas con la ley un par de veces. | 131 | Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido. |
| 114 | Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas. | 132 | Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño. |
| 115 | A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho. | 133 | Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen malas. |
| 116 | He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya. | 134 | Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad. |
| 117 | La gente piensa que a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos. | 135 | Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta. |
| 118 | Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas. | 136 | Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales". |
| 119 | La gente está intentando hacerme creer que estoy loco. | 137 | Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio. |
| 120 | Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero. | 138 | Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado. |
| 121 | Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana. | 139 | Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas. |
| 122 | Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino. | 140 | Creo que hay una conspiración contra mí. |
| 123 | Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste. | 141 | Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí. |
| 124 | Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico. | 142 | Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco. |
| 125 | A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas. | 143 | Algunas veces me obligo a vomitar después de comer. |
| 126 | Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonestas. | 144 | Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo. |

MCMII-III INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON-III

- | | | | |
|-----|--|-----|---|
| 145 | Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra. | 163 | La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiados grandes. |
| 146 | Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo. | 164 | Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños. |
| 147 | Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente. | 165 | No tengo amigos íntimos al margen de mi familia. |
| 148 | Pocas cosas en la vida me dan placer. | 166 | Casi siempre actuó rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera. |
| 149 | Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente. | 167 | Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí. |
| 150 | Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido. | 168 | Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta. |
| 151 | Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás. | 169 | Siempre estoy dispuesto a ceder en en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás. |
| 152 | Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito. | 170 | Repito ciertos comportamientos una u otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo. |
| 153 | Alguien ha estado intentando controlar mi mente. | 171 | Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio. |
| 154 | He intentado suicidarme. | 172 | La gente me dice que soy una persona muy formal y moral. |
| 155 | Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy. | 173 | Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años. |
| 156 | No entiendo por qué algunas personas me sonríen. | 174 | Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo. |
| 157 | No he visto un coche en los últimos diez años. | 175 | A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño. |
| 158 | Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño. | | |
| 159 | Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales. | | |
| 160 | Mi vida actual se ve todavía afectada por "imágenes mentales" de algo terrible que me pasó. | | |
| 161 | Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado. | | |
| 162 | A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor. | | |

**FIN DE LA PRUEBA.
COMPRUEBE, POR FAVOR,
QUE NO HA DEJADO NINGUNA
FRASE SIN CONTESTAR.**

MILLON III – HOJA DE RESPUESTAS

Nombre: Edad: Fecha:

Instrucciones: Marque con un aspa la respuesta que mejor le describa a usted y a su manera de ser en general.

(V $\Rightarrow$ VERDADERO / F $\Rightarrow$ FALSO)

[illegible]

Anexo I

REGISTRO DE OPINIONES ELLIS			
Instrucciones: Asegúrate de responder exactamente lo que tu piensas y no lo que crees que deberías de pensar. Sólo marca, en la hoja de respuestas, lo que tú realmente piensas.			
		Si	No
1	Para mí es importante recibir la aprobación de los demás.		
2	Odio equivocarme en algo.		
3	La gente que se equivoca logra lo que se merece.		
4	Generalmente, acepto los acontecimientos con tranquilidad.		
5	Si una persona quiere, puede ser feliz en casi toda circunstancia.		
6	Temo a las cosas que a menudo, me resultan objeto de preocupación.		
7	Normalmente aplazo las decisiones importantes.		
8	Todo el mundo necesita de alguien a quien recurrir en busca de ayuda y consejo.		
9	“Una cebra no puede cambiar sus rayas.		
10	Prefiero por sobre todas las cosas, pasar el tiempo libre en forma tranquila.		
11	Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo porque manifestar respeto a nadie.		
12	Evito las cosas que no puedo hacer bien.		
13	Hay demasiadas personas que escapan al castigo del infierno.		
14	Las frustraciones no me distorsionan.		
15	A la gente no le trastornan los acontecimientos sino la imagen que tienen de ellos.		
16	Me producen poca ansiedad los peligros inesperados o los acontecimientos futuros.		
17	Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlos cuanto antes.		
18	En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto.		
19	Es casi imposible superar las influencias del pasado.		
20	Me gusta disponer de muchos recursos.		
21	Quiero gustar a todo el mundo.		
22	No me gusta competir en aquellas actividades en que los demás son mejores.		
23	Aquellos que se equivocan, logran lo que se merecen.		
24	Las cosas deberían ser distintas a como son.		
25	Yo provoco mi propio mal humor.		
26	A menudo, no puedo quitarme un asunto de la cabeza.		
27	Evito enfrentarme a los problemas.		
28	Todo el mundo necesita tener fuera de sí mismo una fuente de energía.		
29	Sólo porque una vez algo me afectó mi vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro.		
30	Me siento más satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer.		
31	Puedo gustarme a mí mismo, aun cuando no le guste a los demás.		
32	Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo.		
33	La inmoralidad debería castigarse severamente.		
34	A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.		
35	Las personas desgraciadas, normalmente, se deben este estado a sí mismas.		
36	No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra.		
37	Normalmente, tomo las decisiones tan pronto como puedo.		

Anexo J

38	Hay determinadas personas de las que dependo mucho.		
39	La gente sobre valora la influencia del pasado.		
40	Lo que más me divierte es poder realizar algún proyecto creativo.		
41	Si no gusto a los demás es su problema, no el mío.		
42	Para mí es muy importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.		
43	Yo pocas veces culpo a la gente por sus errores.		
44	Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten.		
45	Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera estarlo.		
46	No puedo soportar correr riesgos.		
47	La vida es demasiada corta para pasarla haciendo cosas que a uno no le gustan.		
48	Me gusta valerme por mí mismo.		
49	Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser.		
50	Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo.		
51	Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás.		
52	Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno o malo que sean ellas.		
53	El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena.		
54	Si las cosas me degradan, opto por ignorarlas.		
55	Cuando más problemas tiene una persona, menos feliz es.		
56	Raramente me siento ansioso al pensar en el futuro.		
57	Raramente aplazo las cosas.		
58	Yo soy el único que realmente puede entender y solucionar mis problemas.		
59	Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.		
60	Tener demasiado tiempo libre resulta aburrido.		
61	Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no tengo necesidad real de ello.		
62	Me fastidia que los demás sean mejor que yo en algo.		
63	Todo el mundo es esencialmente bueno.		
64	Hago lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido deja de preocuparme.		
65	Nada es intrínsecamente perturbador; si lo es se debe al modo en que lo interpretamos.		
66	Me preocupan mucho determinadas cosas del futuro.		
67	Me resulta difícil hacer las tareas desagradables.		
68	Me desagradan que los demás tomen decisiones por mí.		
69	Somos esclavos de nuestro pasado.		
70	A veces desearía irme a una isla tropical y tenderme en la playa, sin hacer nada más.		
71	A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.		
72	Me trastorna cometer errores.		
73	No es equitativo que "llueva igual sobre el justo que sobre el injusto".		
74	Yo disfruto honradamente la vida.		
75	Debería haber más personas que afrontaran lo desagradable de la vida.		
76	Algunas veces me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo.		
77	Una vida fácil, muy pocas veces resulta compensadora.		
78	Pienso que es fácil buscar ayuda.		
79	Una vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.		

Anexo K

80	Me encanta estar tumbado.		
81	Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mí.		
82	Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.		
83	Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca.		
84	La gente es más feliz cuando tiene metas y problemas que resolver.		
85	Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo.		
86	Raramente pienso en cosas como la muerte o la guerra nuclear.		
87	No me gustan las responsabilidades.		
88	No me gusta depender de los demás.		
89	La gente nunca cambia, básicamente.		
90	La mayoría de las personas trabajan demasiado y no toman el suficiente descanso.		
91	Ser criticado es algo fastidioso, pero no perturbador.		
92	No me gusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.		
93	Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean.		
94	Raramente me importan los errores de los demás.		
95	El hombre construye su propio infierno interior.		
96	Muchas veces me sorprende planeando lo que haría si me encontrara en situaciones de peligro.		
97	Si tengo que hacer algo, lo hago a pesar de que no sea agradable.		
98	He aprendido a no estar pendiente de nada que no esté relacionado a mi bienestar.		
99	No miro atrás con resentimiento.		
100	No me siento realmente contento hasta que no estoy relajado y sin hacer nada.		

Anexo L

Resultados Millon III

Escala de Validez											PUNTAJE			
Y	Validez	0	=	Válido							FINAL			
X	Sinceridad	344	=	Válido							56	X		
Y	Deseabilidad Social	10	=								45	Y		
Z	Autodescalificación	15	=								55	Z		
				PUNTAJE	FACTOR	AJUSTES					PUNTAJE			
Trastornos clínicos de personalidad				Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.	FINAL	
1	Esquizoide	21	67	67									67	1
2	Evitativo	25	76	76			76						76	2
3	Dependiente	30	71	71									71	3
4	Histriónico	24	62	62									62	4
5	Narcisista	29	66	66									66	5
6A	Antisocial	33	72	72									72	6A
6B	Agresivo-sádico	24	60	60									60	6B
7	Compulsivo	25	31	31									31	7
8A	Pasivo-agresivo	26	63	63									63	8A
8B	Autoderrotista	23	75	75			75						75	8B
Patología severa de personalidad														
S	Esquizotípico	22	64		64			63	63	61			61	S
C	Borderline	28	60		60	60	59	59	53				53	C
P	Paranoide	24	67		67				67	60			60	P
Síndromes clínicos														
A	Ansiedad	18	68	68				67	67	60			60	A
H	Somatoformo	14	58	58				57	57	52			52	H
N	Bipolar	27	60	60									60	N
D	Distimia	26	58	58				57	57	52			52	D
B	Dependencia de alcohol	22	59	59									59	B
T	Dependencia de drogas	26	60	60									60	T
Síndromes severos														
SS	Desorden del pensamiento	19	60		60							60	60	SS
CC	Depresión mayor	19	60		60							60	60	CC
PP	Desorden delusional	11	60		60							60	60	PP

Anexo M

Tabla 1
Resultados del test de Maslach MBI

MBI	Cansancio Emocional	31
	Despersonalización	10
	Realización personal	13

Tabla 2
Resultados del test de Millon III

Millon III	Evitativa	76
	Autoderrotista	75

Tabla 3
Resultados del test Creencias Irracionales Ellis

TCI	Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente	8
	Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa	8
	El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente	8

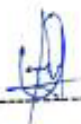
Anexo N

Modelo de Consentimiento informado

Yo ERIKA DIAZ DE LA CRUZ que he sido informada con claridad y veracidad respecto a la utilización de mi caso para fines educativos por la psicóloga(o) Italo
It. Guillermo Buecas

Actuó voluntariamente como colaboradora contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedora de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la terapia en el momento que yo a si lo decida.

Se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.



Psicólogo (a)



Paciente