



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

“Efectividad de la Psicoterapia de Apoyo en el Estrés Laboral Crónico o Síndrome de *Burnout* en cuidadores de personas con Alzheimer”

Por:

Licda. Ana Raquel Santamaría Castillo

Asesor:

Magister Ricardo López

Tesis de grado presentada a la  
Facultad de Psicología, como  
requisito para obtener el título de  
Magíster en Psicología Clínica.

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2016

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

57

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de Maestría en: Psicología Clínica  
Facultad de: PSICOLOGÍA  
Número de Código: CE-PT-327-14-06-12-109  
Nombre de la estudiante: ANA RAQUEL SANTAMARÍA CASTILLO  
Cédula 4-137-1361  
Título al que aspira: Magíster en psicología clínica  
Tema de Tesis: “Efectividad de la psicoterapia de apoyo en el estrés laboral crónico o síndrome de *burnout* en cuidadores de personas con alzhéimer”.  
Resumen Ejecutivo: Este proyecto se trata de una investigación cuasi experimental con preprueba / postprueba y grupo control en lista de espera. En el cual se evaluará la efectividad de doce sesiones de la psicoterapia de apoyo aplicada a cuidadores de enfermos de alzhéimer con estrés laboral crónico o síndrome de *Burnout*.  
Nombre del asesor: Magíster Ricardo López  
Firma del asesor: \_\_\_\_\_  
Firma de la estudiante: \_\_\_\_\_  
Aprobado por: \_\_\_\_\_

Coordinador del Programa

\_\_\_\_\_  
Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Fecha: \_\_\_\_\_

25 JUN 2019

Abraquín Autor

## INDICE GENERAL

PORTADA	I
FORMULARIO DE INSCRIPCION	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTOS	IV
RESUMEN / SUMMARY	V
INTRODUCCION	VI
<b>CAPITULO I: MARCO TEORICO, ESTRÉS Y SINDROME DE BURNOUT</b>	
1. ESTRÉS	7
1.1 Definición	7
1.2 Fases de estrés	9
1.3 Tipos de Estrés	10
1.4 Reacciones de estrés	11
1.5 Modelos del estrés	12
1.6 Factores estresantes en el lugar de trabajo	14
1.7 Cuadro comparativo entre estrés y síndrome de burnout	21
2. SINDROME DE BURNOUT	23
2.1. Definición de síndrome de burnout	23
2.2 Antecedentes históricos del síndrome de burnout	34
2.3 Modelos teóricos-etiológicos del síndrome de burnout	40
2.4 Factores causales del síndrome de burnout	44
2.5 Manifestaciones o síntomas del síndrome de burnout	54
2.6 Etapas o fases del síndrome de burnout	62
2.7. Profesiones de riesgo	65

2.8 Prevención y tratamiento del síndrome de burnout	69
2.9 Investigaciones nacionales sobre el tema	83

## **CAPITULO II: ENCUADRE TEORICO, LA PSICOTERAPIA DE APOYO**

-1. PSICOTERAPIA GENERAL	89
1.1 Orígenes de la psicoterapia	89
1.2 Definición	93
1.3 Objetivos de la psicoterapia	99
1.4 Qué tipo de problemas se tratan con psicoterapia	101
1.5 Proceso de la psicoterapia y sus fases	102
1.6. Práctica de la psicoterapia	104
1.7 Enfoques	106
1.8 Dimensiones psicoterapéuticas	113
1.9 Eficacia	117
2. PSICOTERAPIA DE APOYO CON MODELO PSICODINÁMICO	118
2.1 Definición	118
2.2 Antecedentes de la Terapia de Apoyo	122
2.3 Metas y objetivos e la Psicoterapia de Apoyo	123
2.4 Indicaciones	130
2.5 Herramientas técnicas de la Psicoterapia de Apoyo con modelo psicodinámico	130
2.6 Fases del tratamiento	144
2.7 Transferencias y contratransferencias en la Psicoterapia de Apoyo	149
2.8 Uso de la interpretación en la psicoterapia de apoyo	152

## **CAPITULO III: METODOLOGIA DE INVESTIGACION**

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	153
2. PREGUNTAS DE INVESTIGACION	154

3. OBJETIVOS	154
4. HIPOTESIS	155
4.1 Hipótesis de investigación y estadísticas	155
5. DISEÑO DE INVESTIGACION	156
6. DISEÑO ESTADISTICOS	157
7. VARIABLES	157
8. DEFINICION	157
a. Definición conceptual de la variable independiente	157
b. Definición operacional de la variable independiente	158
c. Diseño de las sesiones	158
d. Definición operacional de la variable dependiente	161
e. Definición operacional de la variable dependiente	161
9. POBLACION Y MUESTRA	162
a. Población	162
b. Muestra	162
c. Criterios de selección	162
d. Instrumentos de medición e instrumentos	163
e. Limitaciones	169
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS Y ANALISIS</b>	
<b>RESULTADOS</b>	<b>170</b>
1. PROCEDIMIENTOS	170
2. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS	171
3. ANALISIS ESTADISTICOS	186
4. ANALISIS Y DISCUCIÓN DELOS RESULTADOS	194
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>198</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>200</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>203</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>209</b>

## INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

## **INDICE DE TABLAS**

Tabla N°1	Los diez trabajos más estresantes	18
Tabla N° 2	Síntomas descriptivos del Síndrome de Burnout	55
Tabla N° 3	Diferencias fundamentales entre las distintas terapias	116
Tabla N° 4	Datos sociodemográficos del Grupo Experimental	174
Tabla N° 5	Distribución de edad del Grupo Experimental	175
Tabla N° 6	Género del Grupo Experimental	176
Tabla N° 7	Estado Civil del Grupo Experimental	177
Tabla N° 8	Distribución de escolaridad del Grupo Experimental	178
Tabla N° 9	Distribución de años de servicio del Grupo Experimental	179
Tabla N° 10	Datos sociodemográficos del Grupo Control	180
Tabla N° 11	Distribución de edad del Grupo Control	181
Tabla N° 12	Género del Grupo Control	182
Tabla N°13	Estado Civil del Grupo Control	183
Tabla N°14	Distribución de escolaridad del Grupo de Control	184
Tabla N° 15	Distribución según años de servicio del Grupo Control	185
Tabla N° 16	Comparación entre el pretest del Grupo Experimental y Grupo Control para los niveles de burnout según el CESQT	187
Tabla N° 17	Estadísticas descriptivas: Comparación de nivel de burnout Pretest Grupo Experimental y Grupo Control	188
Tabla N° 18	Comparación entre el pretest y el postest del Grupo Experimental para los niveles de burnout, según la escala CESQT	189
Tabla N° 19	Estadísticas descriptivas: comparación de nivel de burnout pretest y postest del Grupo Experimental	191

**Tabla N° 20**

**Comparación de las puntuaciones del Pretest y Postest del Grupo**

**Control para los niveles de burnout, según la escala CESQT**      **192**

## **INDICE DE GRAFICAS**

Grafica N° 1	Edad del Grupo Experimental	175
Grafica N° 2	Género del Grupo Experimental	176
Grafica N° 3	Estado Civil del Grupo Experimental	177
Grafica N° 4	Escolaridad del Grupo Experimental	178
Grafica N° 5	Años de servicio del Grupo Experimental	179
Grafica N° 6	Edad del Grupo Control	181
Grafica N° 7	Género del Grupo Control	182
Grafica N° 8	Estado Civil del grupo Control	183
Grafica N° 9	Escolaridad del Grupo Control	184
Grafica N° 10	Años de servicio del grupo Control	185
Grafico N° 11	Comparación de burnout en el pretest del Grupo Experimental y Grupo Control. Prueba CESQT	189
Grafica N° 12	Comparación de burnout en el Pretest y Postest del Grupo Experimental. Prueba CESQT	191
Grafica N° 13	Niveles de burnout en el Pretest y Postest del Grupo Control	193

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo con especial amor y cariño a mi madre, Felicia Castillo de Santamaría, por su apoyo incondicional en la consecución de todas mis metas y por creer siempre en mí; así como a la memoria de mi padre, Pablo Abel Santamaría; también lo dedico a mi hermana, Francisca A. Santamaría., por siempre brindarme su apoyo y ayuda, por alentarme en la ejecución de este proyecto.

## **INDICE DE ANEXOS**

<b>Anexo N° 1</b>	<b>Consentimiento informado</b>	<b>209</b>
<b>Anexo N° 2</b> <b>211</b>	<b>Historia clínica de los sujetos participantes en el estudio</b>	
<b>Anexo N° 3</b>	<b>Muestra del CESQT</b>	<b>259</b>
<b>Anexo N° 4</b>	<b>Protocolo de recogida de datos</b>	<b>260</b>

## **AGRADECIMIENTO**

El presente trabajo de investigación que aquí les presento no se hubiera llevado a cabo sin el excelente y desinteresado apoyo recibido por parte de algunas personas e instituciones.

Por esto, quisiera primeramente agradecer a Dios, por guiar mi camino, por darme la fuerza y perseverancia necesarias para culminar esta maestría y alcanzar las metas que me he propuesto en la vida.

Al magíster Ricardo López por su paciencia, su guía, su tiempo y acertadas orientaciones a través de su valiosa asesoría en la realización de esta investigación.

A mis amigas y compañeras de la Maestría, Judith Hidalgo, Judith Ruíz y Yovanna Ortega por compartir conmigo esta experiencia profesional de principio a fin.

Al Hogar Bolívar de Ancianos bajo la dirección de sor Isabel Batista Guerra por la oportunidad que me dio para realizar mi investigación en la institución, sin cuyo consentimiento y apoyo no hubiese sido posible obtener la muestra que aquí fue utilizada. A Clarissa Ávila y Zulema Shepherd por toda la ayuda que me brindaron y siguen brindando.

Así mismo, quiero darles las gracias a todos y cada uno de los miembros del personal de los Pabellones la Medalla Milagrosa y San Vicente que, a pesar de sus múltiples ocupaciones y el poco tiempo disponible, accedieron generosamente a participar en esta investigación. Todos ellos estuvieron la confianza de compartir en el tratamiento una parte de su historia íntima y personal. Sin su generosa colaboración nada hubiera sido posible. A sor Antonia Ramírez y sor Lira Waldan por su cooperación. Mil gracias y mi eterno agradecimiento.

## RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal la disminución de los niveles de estrés laboral crónico o síndrome de *burnout* que padecen los cuidadores de personas con Alzheimer a través de la aplicación de la psicoterapia de apoyo. Para observar la efectividad de esta, se midió los niveles del síndrome antes y después de la aplicación de la intervención. Se utilizó el diseño de investigación cuasi experimental con preprueba y postprueba con una muestra de 18 cuidadores, de los cuales se escogieron nueve para el grupo experimental y nueve para el grupo control en lista de espera. Se les evaluó con el CESQT antes y después de la aplicación de la psicoterapia de apoyo. Esta intervención se desarrolló a nivel individual, durante 12 sesiones de 50 minutos cada una, una vez a la semana. Se concluye que la Psicoterapia de Apoyo, con modelo psicodinámico fue efectiva en la disminución de los niveles de estrés laboral o síndrome de *burnout* en esta muestra.

Palabras clave: estrés laboral, síndrome de burnout, psicoterapia de apoyo.

## SUMMARY

The present investigation (research) takes as a principal aim (lens) the decrease of the levels of Chronic Job stress or Burnout's Syndrome that the keepers of persons suffer with Alzheimer across the application of the Psychotherapy of Support. To observe the efficiency of the same one the levels of the syndrome will measure up before and after the application of the intervention. The design of investigation (research) was in use cuasi experimentally with pre test (proof) and post tries with a sample of 20 keepers, between which ten chose for the experimental group and ten for the group control in waiting list. They were evaluated by the CESQT and the EAE before and after the application of the Psychotherapy of Support. This intervention I develop to individual level, during 12 meetings of 50 minutes each one, once a week. It is concluded that supportive psychotherapy with psychodynamic model was effective in reducing levels of chronic job stress or *burnout* syndrome in this sample.

Key words: Job stress, Burnout's Syndrome, Psychotherapy of Support.

## INTRODUCCIÓN

El trabajo es el medio de ganarse la vida, una fuente de identificación social y origen importante de recompensas psicológicas y sociales. Pero también una amenaza para la salud, por las exigencias del mundo laboral, especialmente en nuestros días debido a los constantes y rápidos cambios socioeconómicos y tecnológicos que traen consigo nuevos riesgos laborales asociados al estrés.

Por ejemplo, la presión por la inmediatez en la comunicación y en la obtención de los resultados, la búsqueda de la eficacia y del éxito, la exigencia de la actualización de conocimientos y de habilidades en el manejo de nuevas tecnologías, la inseguridad laboral, las nuevas formas de violencia empresarial, la competitividad y las nuevas condiciones socioeconómicas. (Mariano Monsalve, Juan Gervás Camacho y Antonio Rodríguez López, 2016).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2016) ya desde el decenio pasado planteaba su preocupación por el aumento de los índices de estrés laboral en el mundo. Reconoce que el entorno laboral puede ser un agente capaz de deteriorar la salud de las personas durante el ejercicio de su trabajo. Los datos colocan en tercer lugar por riesgo de exposición al estrés, a las profesiones sanitarias, por detrás de periodistas y agentes de bolsa. Este es un gran desafío para los gobiernos, empleadores y sindicatos.

El contacto con la enfermedad, el dolor y la muerte demanda de los profesionales sanitarios un esfuerzo tanto emocional como intelectual y en muchas ocasiones exige un estilo de vida particular.

El estrés laboral se ha convertido en un factor de riesgo de dimensiones epidémicas, según reconoció la Organización de las Naciones Unidas en 1992. En Estados Unidos, el

estrés vinculado al trabajo genera una pérdida promedio de más de 25 jornadas y alrededor del 25% de los trabajadores opinan que el empleo es la principal causa de estrés en su vida.

En los Países Bajos, un 58% de los problemas de salud mental diagnosticados están vinculados con el trabajo y estos, junto con los problemas musculoesqueléticos, son responsables de las dos terceras partes de las bajas anuales de causa médica. En el Reino Unido entre el 30% y el 40% del ausentismo por enfermedad se puede atribuir a alguna forma de enfermedad mental.

El síndrome de *burnout* suele presentarse en aquellas ocupaciones que continuamente tienen que atender e interactuar de forma asistencial con algún usuario o cliente que presenta necesidades importantes o imperiosas. Según Maslach y Jackson en 1981, es un síndrome caracterizado por el cansancio emocional, la despersonalización y la baja realización personal. Las personas con el síndrome despliegan síntomas variados que interfieren negativamente en su trabajo, su salud y vida personal.

El síndrome de *burnout* ocurre con frecuencia en profesionales de organizaciones que trabajan en contacto directo con los usuarios y especialmente en profesionales de la salud que están en contacto diario y sostenido con la enfermedad, el dolor, la violencia, la discapacidad, la pobreza, las muertes evitables e inevitables, el trato prolongado con pacientes con padecimientos crónicos y degenerativos y con sus familiares. Además hay que añadir las relaciones conflictivas con el resto del personal, las autoridades, la estructura organizacional, el entorno social y las relaciones interpersonales. Son muchos los profesionales afectados por el síndrome, por ejemplo enfermeras, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, policías, profesores. (Maslach, 1981 y Atance, 1997).

La psicoterapia de apoyo busca que las personas alcancen la mejor adaptación posible al medio y a las circunstancias que lo rodean. El objetivo de este estudio es

determinar la efectividad de la psicoterapia de apoyo en la disminución del síndrome de *burnout* aplicado a cuidadores diagnosticados con el síndrome.

El presente trabajo de investigación se dividió en cuatro capítulos. El capítulo primero fue dividido en dos puntos importantes: primero abordaremos el marco teórico que apoya nuestra investigación, es decir, las definiciones del término, los modelos del estrés que buscan integrar factores ambientales e individuales para explicar cómo se genera el estrés, luego cuáles son los antecedentes históricos, los factores causales, las características, los componentes, las manifestaciones, las fases, las causas y consecuencias del síndrome de *burnout* a nivel personal, psicológico, emocional y laboral.

En el segundo capítulo hablaremos sobre la psicoterapia general y luego sobre la psicoterapia de apoyo, su definición, origen y desarrollo, su campo de aplicación, sus objetivos, las metas terapéuticas, las indicaciones y contraindicaciones, los procedimientos, las herramientas, las técnicas, el encuadre, los mecanismos de acción, el ambiente, el manejo de la transferencia, el uso de la interpretación y finalmente las diferencias entre la psicoterapia de apoyo, el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica.

En el capítulo tercero, se desarrolla la metodología de la investigación a partir del planteamiento del problema, objetivos, preguntas de investigación, hipótesis, el diseño de investigación y estadístico; variables, población y muestra; criterios de investigación e instrumentos de medición y evaluación. Nuestras variables de estudio son la psicoterapia de apoyo y el síndrome de *burnout*. Para medir el nivel de *burnout* se usó el siguiente instrumento, Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) y la entrevista clínica.

En el capítulo cuarto, presentamos los resultados de la investigación con una breve descripción de los procedimientos cumplidos en la realización de la investigación. A continuación presentamos los resultados del grupo analizados estadísticamente y, por último, exponemos la discusión de estos.

Posteriormente, presentamos las consideraciones finales, como lo son, las conclusiones y recomendaciones; luego la bibliografía y los anexos, en los que mostramos los instrumentos, luego las entrevistas psicológicas, en los cuales recogemos datos sobre la historia individual de los participantes y otros documentos empleados en el desarrollo de la investigación.

## CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO: ESTRÉS Y SÍNDROME DE *BURNOUT*

## **1. Estrés**

Iniciamos hablando del estrés, ya que es un concepto indispensable para la comprensión del síndrome de *burnout*.

### **1.1. Definición de estrés**

El término es una adaptación al castellano de la voz inglesa *stress*, palabra que apareció en el inglés medieval con la forma de *distress*, que a su vez provenía del francés antiguo *destresse* (estar bajo estrechez u opresión). A partir del siglo XVII, se usó para expresar sufrimientos, privación, calamidades, problemas. En el siglo XVIII, cambia de las consecuencias emocionales a la causa de su origen, es decir a la carga que produce la tensión.

La palabra estrés es de origen inglés y significa carga, tensión, desgaste. Su empleo en la medicina se debe al doctor Hans Selye (1950), fue el primero en introducir el concepto en el ámbito de la salud. La utilizó para expresar que el estrés es un estado de tensión, dificultad, fatiga o desgaste originado por el funcionamiento exagerado y continuo del mecanismo natural de protección, puesto en marcha por la presión de los estímulos externos y adversos del entorno. Aplicado al ámbito laboral, podemos definirlo como un desequilibrio percibido entre las demandas profesionales y la capacidad del sujeto para desempeñarse, cuando las consecuencias de estos actos fallidos son importantes.

El estrés involucra un acontecimiento estímulo ya sea una demanda física, mental y social que según Holmes (1979) requiere de una adaptación por parte de la persona y que puede tener efectos negativos o positivos.

El estrés es considerado por Julián Melgosa (1999) como una reacción que tiene el organismo ante cualquier demanda, o estado de fuerte tensión fisiológica o psicológica. Es la preparación para el ataque o la huida y no es necesariamente nocivo. Es una reacción compleja a nivel biológico, psicológico y social; una respuesta desadaptativa que en primer momento nos ayuda a responder de manera rápida y eficaz ante situaciones que así lo requieren. Sin embargo, en otras ocasiones puede afectar el bienestar físico y psicológico de la persona.

Para Lazarus y Folkman (1984) el estrés es un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación valorada como algo que agrava o excede sus propios recursos y pone en peligro su bienestar personal, enfatizando los factores psicológicos o cognitivos y el proceso de evaluación. Sostienen que el estrés no se puede entender sencillamente como una respuesta fisiológica, ya que muchos acontecimientos que provocan un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo no son acontecimientos estresantes.

Distinguen tres fases en dicho proceso: la anticipación (en la que el sujeto se prepara ante el estresor pensando en cómo será y las consecuencias que tendrá), la espera (en la que el sujeto espera el *feedback* sobre lo adecuadas que son sus respuestas de afrontamiento frente al estresor) y la fase de resultado (que incluye la exposición y las reacciones de la persona ante el resultado exitoso o no de su respuesta de afrontamiento).

Fenómeno complejo que, según Sandín (1994), implica estímulos, respuestas y procesos psicológicos que median entre ambos, en el que el organismo se encuentra en un estado de sobreesfuerzo. En cambio, para Dionisio F. Zaldívar Pérez (2010), el estrés significa esfuerzo, tensión, acentuación y es empleado en psicología y fisiología con el sentido de sobrecarga impuesta al individuo, creando un estado de tensión recargada.

Desde un punto de vista psicosomático, Carlos Cruz y Luis Vargas (2001) sostienen que el estrés es un comportamiento heredado, defensivo y/o adaptativo con una activación específica neuroendocrina ante el estresor amenazante.

Esfuerzo agotador para mantener las funciones esenciales en su nivel requerido, así es definido por Peiró (1992), es la forma en que el sujeto interpreta la información, ya sea como una amenaza o como la imposibilidad para predecir el futuro. Fenómeno adaptativo de los seres humanos que contribuye a su supervivencia, a un apropiado rendimiento en sus actividades y a un desempeño eficaz en todas las esferas de su vida.

Para José Navas (2000), el estrés es cualquier estímulo o circunstancia real o imaginaria, que precisa que la persona haga algo diferente en su forma de actuar o pensar en dicha circunstancia o por un tiempo prolongado; es decir, cualquier situación que requiera adaptación o cambio de parte de la persona involucrada en dicha situación. La definición que nos presenta Alberto Amador Pizá es similar a la de Navas, ya que nos menciona que es una respuesta del organismo ante una amenaza real o imaginaria, donde intervienen tanto factores físicos y químicos como psicológicos.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estrés no es otra cosa que un conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción. Desde este punto, el estrés no debería ser un problema, sino una fuente de estímulo o alerta.

Muchos investigadores afirman que el estrés laboral es una enfermedad propia de la sociedad moderna, donde el trabajo ya no es solo fuente de bienestar, sino que también es causa de desilusión y preocupación. Al personal que está en contacto con la enfermedad, el dolor y la muerte se le exige un mayor esfuerzo emocional e intelectual, lo que crea una gran presión sobre ellos.

Cuando hablamos del ámbito laboral, el estrés es, para D. Landivar (1996), definido como un conjunto de reacciones complejas a nivel psicológico, social y biológico ante situaciones nocivas del contenido organizacional o entorno de trabajo, que se caracteriza por altos niveles de excitación y angustia, con la sensación de no poder hacer frente a la situación.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define el estrés laboral como una enfermedad peligrosa para las economías de los países industrializados y en vías de desarrollo en la que se resiente la productividad al afectar la salud física y mental de los trabajadores.

## **1.2. Fases del estrés**

El estrés no sobreviene de repente, sino que presenta señales que indican la presencia del peligro. Desde que aparece hasta que alcanza su máximo nivel pasa por tres etapas:

- a. Fase de alarma: en esta fase hay un aviso claro de la presencia de un agente estresante. Las reacciones fisiológicas son las primeras que aparecen para advertir al afectado que necesita ponerse en guardia, lo que es un aviso de que debe actuar para neutralizarlo; si no lo puede hacer y este lo supera y sus fuerzas no dan para más, entonces se puede decir que el individuo toma conciencia del estrés existente y se sitúa en la fase de alarma.

Los eventos que producen esta alarma pueden ser:

- De naturaleza única: una sola fuente de estrés
- De naturaleza polimorfa: varias situaciones entremezcladas que producen estrés.

- b. Fase de resistencia: cuando el estrés se extiende más allá de la fase de alarma, se entra en la fase de resistencia. Ahora el cuerpo se moviliza para defenderse, destruir o coexistir con la herida o enfermedad. El individuo se frustra, pierde energía y su rendimiento es menor a pesar del esfuerzo. Hay una disminución en la resistencia del cuerpo a la mayor parte de otros asaltos.
- c. Fase de agotamiento: es la etapa terminal del estrés. Si el estresante continúa agotando los recursos de resistencia finitos del cuerpo, los síntomas pueden reaparecer conforme llega el agotamiento. Se caracteriza por la fatiga, la ansiedad y la depresión, que pueden aparecer juntas o por separado.
- La fatiga incluye un cansancio que no se repone con el sueño nocturno, acompañado de nerviosismo, irritabilidad, tensión e ira.
  - La ansiedad las personas la viven frente a una multitud de situaciones, no solo frente a la causa estresante, sino ante experiencias que anteriormente no producían ansiedad.
  - La depresión: le falta motivación para encontrar placenteras sus actividades, padece de insomnio, sus pensamientos son pesimistas y los sentimientos hacia sí mismos son cada vez más negativos.

Pero el estrés no siempre es nocivo, es vital la presencia de una cantidad moderada de tensión, lo que resulta saludable, porque ayuda a alcanzar las más elevadas metas y resolver los problemas más difíciles.

### **1.3. Tipos de estrés laboral.**

- Estrés laboral agudo: relacionado con situaciones concretas que significan crisis, como despidos, cambios de área, de turno, de responsabilidades, de departamento, de lugar de trabajo entre otros.

- Estrés laboral crónico: que tiende a presentarse cuando la persona se enfrenta a situaciones como las siguientes: la falta de luz o luz muy brillante, el ruido, las vibraciones, la contaminación, la alta o baja temperatura.

#### 1.4. Reacciones de estrés

Todas las personas en algún momento de nuestras vidas hemos experimentado estrés, en mayor o menor grado que otras. La intensidad depende de su actitud frente a la situación y de sus recursos. Algunas de las reacciones más comunes al estrés son un aumento de adrenalina, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, aumento del nivel de glucosa en la sangre, angustia, malhumor, irritación, agresión, cansancio, frustración, hostilidad o ira, desánimo, ansiedad, glotonería, falta de apetito, dificultad para permanecer concentrado en una actividad difícil, dificultad para mantenerse relajado, desarrollo de la impaciencia, la intolerancia, el autoritarismo y la falta de consideración por los demás, aumento del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, tendencia a culpar a otros y descenso del deseo de vivir.

Entre las reacciones específicas al estrés laboral tenemos:

- Ausentismo laboral, escolar y académico.
- Pensamientos de incapacidad y de inferioridad.
- Frecuente pérdida de atención.
- Aumento del número de errores en la actividad mental.
- La fatiga: que es el efecto más evidente y el primero.
- El envejecimiento prematuro: producto del desgaste excesivo de la fuerza de trabajo. Este envejecimiento es provocado por factores psicológicos que generados por una carga de trabajo más elevada de las capacidades normales de adaptación y de resistencia propias de cada trabajador.

- Enfermedades profesionales ligadas al trabajo: se refiere a las enfermedades profesionales reconocidas, originadas por varios agentes etiológicos. No son solo de carácter biológico, sino que pueden adoptar modalidades psicológicas o mentales.

Entre estas se recalcan dos patologías:

- La respuesta inadecuada al estrés: según Mingote (1998), es el desequilibrio percibido entre las demandas profesionales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo.
- El síndrome de desgaste profesional: la ansiedad y la angustia de los trabajadores son los efectos más relevantes.

### **1.5. Modelos del estrés laboral**

Los modelos del estrés buscan integrar factores individuales y ambientales en los esquemas de trabajo acerca de cómo se genera dicho estrés. El modelo debería ayudar a explicar por qué ciertos eventos producen estrés en algunos individuos y en otros no y por qué el estrés origina grados distintos de efectos patológicos, o incluso benéficos, según sea la circunstancia. Estos modelos difieren con respecto al grado de perfección y a las variables explicativas principales.

- a) Modelo del ajuste de la persona al ambiente es uno de los primeros y más completos modelos para explicar la causa del estrés. Este modelo diferencia entre las evaluaciones objetivas y subjetivas del individuo y su ambiente. El estrés se produce por el ajuste subjetivo entre la persona y su ambiente, mediado por las percepciones que tiene el individuo de sí mismo y de su medio.

En este modelo, una buena salud mental en la situación laboral depende del desenlace de cuatro interacciones: el ambiente objetivo y la persona objetiva, el ambiente objetivo y el ambiente subjetivo, la persona objetiva y la persona subjetiva y el ambiente subjetivo y la persona subjetiva. También pone énfasis en la interacción subjetiva del individuo con el ambiente.

- b) Modelo de “control de decisiones laborales” sostiene que el estrés aparece por un desequilibrio entre las demandas sobre el trabajador y su capacidad para modificar dichas demandas. Este modelo se centra en la respuesta de adaptación del individuo a un estímulo en potencia estresante.

Aquí las demandas elevadas y el bajo control actúan en forma sinérgica para tener más impacto que cualquiera de los dos factores por separado. Los defensores del modelo de control de decisiones laborales tienden a centrarse en las tareas del trabajo, aunque son muy importantes otros aspectos del ambiente laboral, como las características de la organización o las oportunidades para la creatividad y el pensamiento independiente.

- c) Modelo del “desequilibrio entre esfuerzo y recompensa”. Creado por Siegrist, pone énfasis en las recompensas del trabajo (dinero, estima, seguridad y oportunidades de desarrollo) más que en el control sobre el trabajo. Postula que el estrés surge por un desequilibrio entre los esfuerzos realizados y las recompensas recibidas en el trabajo.

Este modelo tiene dimensiones extrínsecas (situacionales) e intrínsecas (personales). Presenta un límite más extenso del problema del estrés laboral que el modelo del control de decisiones laborales, ya que toma en cuenta variables económicas más extensas de estabilidad laboral, remuneración económica y aspectos similares.

### **1.6. Factores estresantes en el lugar de trabajo**

El estrés tiene múltiples causas y sus manifestaciones pueden estar condicionadas por diversas causas o estímulos, que son capaces de alterar el equilibrio del organismo. Esto se conoce como factor productor de estrés. Estos factores son percibidos de distinta manera por las personas, ya que su percepción es diferente y tienen distintas formas de afrontar dichos factores. La respuesta al estrés laboral debe verse como una interacción entre factores exacerbantes y modificadores.

En el lugar de trabajo, son diversas las características que contribuyen al estrés laboral, las cuales podemos congregar en cinco categorías generales:

- Organización y relaciones organizacionales: aspectos inherentes de la vida organizacional, como los conflictos políticos, las autoridades que toman las decisiones y las reglamentaciones son fuentes de conflicto y estrés. Las relaciones con los supervisores son factores especialmente determinantes del bienestar subjetivo. Los cambios, la comunicación inadecuada o deficiente en las organizaciones y el sentimiento de no estar informados o no ser escuchados por los gerentes conduce al estrés, manifestándose como baja satisfacción con el trabajo, los conflictos interpersonales, los conflictos con los objetivos de la organización.
- Desarrollo profesional: muchas transiciones de la vida laboral se identifican como factores estresantes. Los cambios, las promociones (la falta de oportunidad de promoción) o el ascenso de un compañero, quedar relegado o despedido, son todos eventos de alto riesgo. Nuevas responsabilidades más allá del nivel de capacitación y el desempleo.

- Papel en las organizaciones (función): el conflicto de funciones, la ambigüedad de funciones implica información o guía insuficiente sobre la cual basar la toma de decisiones y el comportamiento; los recursos inadecuados para lograr las tareas, la autoridad inadecuada para lograr las tareas.
- Tareas: la sobrecarga o subcarga de trabajo, la capacidad para la toma de decisiones y el nivel y el tipo de responsabilidades son aspectos pertinentes para el estrés laboral. En la sobrecarga cuantitativa, el individuo se ve abrumado por la cantidad de trabajo y en la cualitativa el nivel funcional esperado es demasiado elevado, es decir, el trabajo resulta demasiado complicado. Este tipo de sobrecarga se ha acompañado de coronariopatía, abuso de alcohol y tabaco, pérdida de tiempo laboral, poca motivación y autoimagen deficiente. Mientras que la subcarga cuantitativa y cualitativa también produce estrés laboral. También surge estrés por subestimación y actividades rutinarias excesivas; los trabajadores se aburren y alienan, pierden iniciativa. Las responsabilidades también son una fuente importante de estrés; el trabajo que implica responsabilidad para la vida de los demás es especialmente estresante. Los médicos, los controladores del tránsito aéreo y los supervisores de primera línea que toman decisiones que afectan la vida de otros tienen tasas más elevadas de úlcera péptica, infarto del miocardio y la hipertensión. También el bajo nivel en la toma de decisiones.
- Ambiente laboral: este puede presentar factores estresantes potenciales. Las exposiciones físicas y químicas, el hacinamiento y los problemas ergonómicos funcionan de manera independiente o colectiva como factores estresantes. Por ejemplo, el ruido, el calor o frío excesivo, las luces o iluminaciones extremas y la vibración producen efectos deletéreos.

La dimensión de estos efectos puede no ser dañina por sí sola, pero la molestia que los acompaña contribuye al estrés mental y a los cambios fisiológicos característicos del estrés.

- Turnos laborales: el turno laboral cambiante es un factor estresante común que afecta a una proporción creciente de la población trabajadora en todo el mundo.

Entre las causas más comunes de estrés laboral para Keith Davis (1991) están:

- La sobrecarga de trabajo.
- Las presiones de tiempo.
- La supervisión deficiente.
- La inseguridad en la atmósfera política de la empresa.
- Autoridad insuficiente para cumplir con las responsabilidades.
- Conflicto y ambigüedad de papeles (roles).
- Diferencias entre los valores de la compañía y los de los empleados.
- Cambios de cualquier tipo, en especial si es importante o fuera de lo común.
- La frustración.

Algunos factores estresantes en el ámbito laboral para González Cabanach (1998) son:

- Factores intrínsecos al propio trabajo.
- Factores relacionados con las relaciones interpersonales.
- Factores relacionados con el desarrollo de la carrera profesional.
- Factores relacionados con la estructura y el clima organizacional.

El avance tecnológico en el área industrial, según menciona Santos (2004), ha introducido como factor estresante a la monotonía, fenómeno que no es percibido con facilidad por los individuos en su trabajo.

Las fuentes de estrés laboral para Ramos (1999) se encuentran diferenciadas en tres categorías:

- los factores relacionados con el trabajo (organización): ruido que genera fatiga, irritabilidad, desconcentración e incomunicación, las altas temperaturas con excesivo calor que trae somnolencia y atención afectada, mientras que el exceso de frío afecta la destreza manual y la calidad de trabajo y causa accidentes. Los espacios hacinados, el exceso de horas de trabajo como de control y responsabilidad conllevan a fatiga, las relaciones sociales afectadas y la vida familiar reducida también llevan a estrés laboral. La inseguridad en el trabajo, el conflicto de rol, la relación con los supervisores, los compañeros, los subordinados, los usuarios y las nuevas tecnologías, es decir, la adaptación a los cambios. Peiró y González-Romá, en 1991, incluyen a esta lista la jornada de trabajo, los tiempos de descanso, las relaciones interpersonales, la dificultad de comunicación y la posibilidad de promoción.
- los factores externos al trabajo (familiares, económicos, salud, estilo de vida).
- las características individuales o personales. Los rasgos de personalidad como los factores estresantes fuera del trabajo influyen en la posibilidad de estrés producido por el trabajo. Son muchas las variables que afectan la vulnerabilidad individual al síndrome de *burnout*. La estructura de la personalidad, la vida familiar, la etapa de la vida (la edad) y los sistemas de apoyo social son de los factores más importantes que afectan la respuesta al estrés.

Peiró y González-Roma (1991) mencionan factores similares como causantes del estrés laboral relacionados con la organización: la jornada de trabajo, los tiempos de descanso, las relaciones interpersonales, la dificultad de comunicación y la posibilidad de promoción.

La presión es un elemento importante del estrés sobretodo del estrés laboral y surge, según Weiten (1998), cuando hay que atender demandas o expectativas externas urgentes. Cuando se tiene poco o ningún control. (Taylor et al., 2000). A continuación presentamos en la Tabla N. °1 una clasificación de los trabajos más estresantes.

**Tabla N° 1. Los diez trabajos más estresantes.**

<b>TRABAJO</b>	<b>RANGO</b>
Ser presidente de un país	1
Bombero	2
Alto ejecutivo corporativo	3
Conductor de automóviles de carreras de la clase indy	4
Taxista	5
Cirujano	6
Astronauta	7
Oficial de policía	8
Jugador de la NFL	9
Controlador de tráfico aéreo	10

Fuente Krantz, 1995

Con respecto a las mujeres y debido al aumento del número de mujeres trabajadoras es necesario prestarle más atención e investigación a la relación de su estado con el estrés laboral. En la actualidad, las mujeres pueden desempeñar muchas veces los mismos puestos que los hombres, pero reciben menos salario que ellos, con menos oportunidades de crecimiento. También con frecuencia llevan una doble carga por la atención de los hijos y las responsabilidades en el hogar. Las que están en puestos gerenciales enfrentan más factores estresantes que sus contrapartes masculinas.

Dentro de las organizaciones son varias las situaciones donde el trabajador está expuesto a diversos estresores que pueden llevar a sufrir estrés laboral, estas son:

- El ambiente laboral inadecuado: iluminación deficiente, alto nivel de ruido o ruidos intermitentes, excesivo nivel de vibraciones, presencia de contaminantes químicos en la atmósfera, altas o bajas temperaturas, trabajos en altura de alto riesgo o en instalaciones eléctricas. Atmósferas mal ventiladas, trabajos en máquinas de alto riesgo. Estos estresores ambientales exigen una doble adaptación del trabajador: una física y una psicológica.
- La sobrecarga de trabajo: se produce una sobre estimulación aparecen exigencias psicosensoriales violentas, simultáneas, numerosas, persistentes y variables. Se presenta en los controladores aéreos, obreros en cadenas rápidas y complejas, trabajadores sometidos a cambios continuos y abundancia de información, víctimas de catástrofes, emigrantes, empleados que ingresan información a sistemas computacionales. El estrés laboral que se genera por sobre estimulación produce tensión nerviosa, fatiga, irritabilidad, crisis de decisión, ansiedad, confusión, embotamiento, desconcentración.
- La alteración de los ritmos biológicos: se alteraría el ritmo del ciclo circadiano lo que produciría alteración de las constantes biológicas que provocarían la aparición del estrés laboral. Esto genera irritabilidad, disminución de la concentración, trastornos del sueño, fatiga, ansiedad y modificaciones en las relaciones sociales, conyugales y sexuales. Se puede presentar en trabajadores nocturnos, pilotos de líneas aéreas y azafatas, controladores aéreos, personal sanitario, de seguridad, trabajadores del transporte, diplomáticos, atletas profesionales.

- Las responsabilidades y decisiones importantes: el estrés laboral que se presenta en personas que realizan tareas jerárquicas importantes con un alto grado de responsabilidad, los que desarrollan un trabajo intelectual excesivo, los sometidos a una tensión psicológica continua, los que trabajan en lugares de alta inseguridad en el trabajo, los que trabajan en ambientes de alta competitividad, bajo presión constante para lograr alta eficacia, los que trabajan siempre contra reloj, los que se deben adaptar permanentemente a situaciones nuevas con datos inestables. Estos empleados pueden sufrir de trastornos del sueño, disminución del deseo sexual, impaciencia, pérdida de la iniciativa, dificultad en la toma de decisiones, adicciones.
- La estimulación lenta y monótona: se puede presentar en aquellos que trabajan en cadenas de montaje lentas y monótonas, en personas que se tuvieron que jubilar bruscamente, en aquellas que tienen vacaciones excesivamente tranquilas. Esto genera en distracción, falta de atención y un posible aumento de accidentes de trabajo.
- Las condiciones laborales inadecuadas: se da en obreros no calificados, los surgidos por malas condiciones de trabajo, salarios bajos, alimentación inadecuada e insuficiente, ausencia de perspectivas de progreso, pocas posibilidades de recreación, presencia de inestabilidad laboral por renovación de equipamientos o cambios en los procesos de producción.

A continuación presentamos algunos factores que son capaces de aumentar el nivel de estrés en el cuidador principal de una persona con algún grado de dependencia física o mental:

1. Estresores producidos por la enfermedad:
  - estatus funcional del paciente
  - duración de la enfermedad

- conductas problema
- tensión producida por los cambios repentinos de humor
- incertidumbre sobre la evolución y el tiempo en que se prolongará la enfermedad
- necesidad de hacer gastos para atender al enfermo (si se trata de familiares)

2. Estresores producidos por las características del cuidador y las variables contextuales:

- características demográficas y socioeconómicas del cuidador
- estado de salud del cuidador
- red y sistemas sociales de apoyo

### 1.7. Cuadro comparativo entre el estrés y el síndrome de *burnout*

<b>ESTRÉS</b>	<b>SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i></b>
Proceso adaptativo de los individuos.	Trastorno adaptativo. Asociado a las demandas psicosociales del trabajo directo con personas a través de una interdependencia mutua.
Sobre implicación en los problemas.	Falta de implicación.
Hiperactividad emocional.	Desgaste o embotamiento emocional.
El daño fisiológico es el fundamento principal.	El daño emocional es el fundamento principal.
Agotamiento o falta de energía física.	El agotamiento afecta la energía física y la motivación.
La depresión se produce como reacción a preservar las energías físicas.	La depresión es como una pérdida de ideales de referencia-tristeza.

Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas (eustrés) y negativos que sirven de estímulo para desarrollar la capacidad del sujeto para adaptarse al medio.	Solo tiene efectos negativos.
Puede desaparecer y la persona recuperarse.	<ul style="list-style-type: none"><li>• No se repone con el descanso.</li></ul>

Fuente Ana Santamaría (2014)

SÍNDROME DE *BURNOUT*

## 2 Síndrome de *burnout*

“Si quieres saber por qué tu cuerpo tiene el aspecto que tiene hoy, fíjate en lo que pensabas ayer. Si quieres saber qué aspectos tendrá tu cuerpo mañana fíjate en lo que piensas hoy ”  
Deepak Chopra

### 2.1 Definición de síndrome de *burnout*.

El síndrome de *burnout* recibe un sin número de denominaciones. Entre ellas están: síndrome de desgaste profesional, síndrome de desgaste ocupacional (SDO), síndrome del trabajador desgastado, síndrome de desgaste emocional, síndrome de trabajador consumido, síndrome de quemarse por el trabajo o síndrome de la cabeza quemada; también es conocido en francés como “*surmenage*” (estrés). No se encuentra reconocido en el DSM, aunque en el CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) está bajo el código de Z73.0 dentro del apartado asociado a “problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida”. En algunos países europeos a los pacientes que padecen *burnout* se les diagnostica con el síndrome de neurastenia (ICD-10, código F 48.0) siempre que los síntomas se asocien al trabajo.

El síndrome de quemarse por el trabajo o síndrome de *burnout* significa “estar quemado”, quemarse (fundirse) en el trabajo (del inglés *to burn*: quemarse, *burn out*: haberse quemado), cuya traducción al castellano deriva en “estar o sentirse quemado, agotado, sobrecargado, exhausto debido a la demanda excesiva de energía, recursos o fuerzas, según Drutman (2001). Este concepto forma parte de lo que en psicología se conoce como “fatiga laboral” o desgaste profesional, conceptualizado así por Maslach y Jackson (1989). Sin embargo, para evitar el término en inglés ha sido denominado como “síndrome de estrés laboral asistencial”.

Pedro R. Gil-Monte (2005) encuentra que en la literatura se reconocen hasta diecisiete denominaciones diferentes en español para referirse al mismo fenómeno de quemarse por el trabajo, que pueden dividirse en tres grupos:

1. Los que toman en cuenta el grado de similitud (síndrome de quemarse por el trabajo, síndrome de estar quemado en el trabajo, síndrome de quemarse en el trabajo, síndrome de estar quemado, síndrome del quemado, estar quemado y quemazón profesional).
2. Las que optan por una vía alternativa a la traducción literal: desgaste psicológico por el trabajo, desgaste ocupacional, desgaste profesional, agotamiento profesional y síndrome de cansancio emocional.
3. Los que toman el síndrome de estar quemado por el trabajo como sinónimo de estrés laboral: estrés crónico laboral asistencial, estrés profesional, estrés laboral y síndrome del empleado.

Para referirse al síndrome de *burnout* en español se recomienda utilizar el término “síndrome de quemarse por el trabajo”. El uso de esta denominación tiene la ventaja de ayudar a la comprensión del fenómeno por las siguientes razones:

- Señala que está integrado por un conjunto de síntomas.
- Informa sobre la necesidad de identificar y evaluar el conjunto de síntomas para un diagnóstico adecuado de la patología.
- Desvía la atención hacia el trabajo y no hacia el trabajador.
- Desvincula la designación laboral de la corriente.
- Permite diferenciar el fenómeno de otras condiciones que aparecen en escenarios de trabajo no deseables como el estrés laboral, el desgaste emocional, la fatiga y la ansiedad.

Este síndrome es descrito por primera vez en 1969 por H. B. Bradley como un fenómeno presente en oficiales de policía de libertad condicional; él usó el término “*staff burnout*”. Posteriormente, Herbert Freudenberger en 1974 desarrolla más extensamente el término de síndrome de *burnout* y lo define como un agotamiento de la energía experimentado por aquellos profesionales asistenciales cuando se sienten abrumados por los problemas de otros, que involucra deterioro, cansancio excesivo y progresivo unido a una drástica reducción de la energía, a menudo acompañado de pérdida de la motivación y que a lo largo del tiempo afecta las actitudes, los modales y el comportamiento en general.

Esta definición involucra una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que es el resultado de una sobrecarga por exigencias de energías y recursos personales. Sin embargo, Corcoran (1985) precisa que Freudenberger ilustró el *burnout* un poco antes, en 1971.

De acuerdo con estudios realizados por Cherniss (1980), los profesionales cuyas funciones estaban relacionadas con la atención de personas enfermas, con necesidad o carencia material, debían resolver más problemas y por lo tanto se producía un conflicto entre la mística profesional, la satisfacción laboral y la responsabilidad hacia el cliente.

Una de las definiciones de estrés laboral asistencial (síndrome de *burnout*) más aceptada es la de Slipak (2001) quien plantea que es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos primordiales son: agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada hacia los demás y sentimientos de inadecuación por las tareas que debe realizar. Se establece una relación causal entre la inadecuación en el trabajo y la sintomatología psicofísica, estos aspectos son imprescindibles para definir el síndrome de desgaste laboral o síndrome de *burnout*.

De acuerdo con Edelwich y Brodsky (1980), involucra una pérdida progresiva del idealismo, de la energía y del deseo de alcanzar los objetivos y aparece en los profesionales de ayuda como resultado de sus condiciones de trabajo.

Mientras que Pines, A., Aronson, E., Kafry, D. (1981) señalaron que el *burnout* es “el agotamiento mental, físico y emocional producido por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes”. El aporte de estas autoras es que no circunscribieron el *burnout* solo a las profesiones de servicio, como Maslach y Jackson, sino que lo ampliaron a otras, como el comercio y la política, que también implican excesivas demandas psicológicas y del cual es preciso tener más conocimiento.

Para Starrin, Larsson y Styrborn (1990) todos saben instintivamente lo que es el *burnout*, aunque la mayoría pueda ignorar su definición. En las revisiones de la literatura científica sobre el síndrome hechas por Smith y Nelson (1983), estos concluyen que no es posible ofrecer una definición concisa debido a su complejidad.

La definición más extendida es la de Cristina Maslach y Susan Jackson (1981) que lo definen como una manifestación comportamental del estrés laboral y lo entienden como un síndrome tridimensional cuyos síntomas son:

- Baja realización personal en el trabajo, entendida como la tendencia de los profesionales a evaluar negativamente su actividad laboral y su ejercicio.
- Agotamiento emocional, caracterizado por la experiencia de no poder dar más de sí mismos a nivel afectivo.
- Despersonalización, definida como el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas destinatarias del trabajo.

Síndrome que involucra el cansancio emocional, el cual lleva a la pérdida de la motivación y que progresa hacia sentimientos de inadecuación y fracaso, así lo define Cristina Maslach (1982). Estima que es el producto del estrés personal relacionado o determinado por una condición laboral y que es característica de las profesiones de ayuda (médicos, enfermeras, educadores, policías). En 1977, en el Congreso Anual de la Asociación de Psicología Aplicada (APA) lo da a conocer en el ambiente psicológico, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda. Propuso que solo se aplicara a trabajadores que estuvieran en contacto directo con personas en el seno de una organización, lo que creó una gran polémica.

La revisión bibliográfica hecha por Perlman y Hartman (1982) de una serie de trabajos que contienen definiciones del síndrome de *burnout*, comprendido entre los años 1974-1980, los llevó a definirlo como una respuesta al estrés emocional crónico que contiene tres componentes principales: el agotamiento emocional y/o físico, la baja productividad laboral y un exceso de despersonalización”.

Los autores Smith, Watstein y Wuehler (1986) concluyeron que el *burnout* describe un frágil patrón de síntomas, conductas y actitudes que es único en cada persona, dificultando que se pueda aceptar una definición global del síndrome. Para Garden (1987), es prematuro dar una definición, pues existe una ambigüedad en la realidad del síndrome que la investigación aun no ha aclarado. En esta misma línea, García Izquierdo y Velandrino (1992) plantean que aunque hayan pasado 20 años de la aparición del término *burnout* no hay una definición que sea aceptada unánimemente. Mientras que Davidoff (1980) plantea que es posible que estemos usando un nuevo término para definir antiguos problemas.

El planteamiento presentado por Brill (1984) sobre el síndrome de *burnout* es que consiste en un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor en su puesto de trabajo en el que antes funcionaba bien y que luego no puede tener este bienestar a menos que obtenga ayuda de una intervención externa para lograr un reajuste laboral.

Concebir el *burnout* como un “estado” ha dificultado su comprensión y la identificación de las estrategias adecuadas para su afrontamiento, esto de acuerdo con Price y Murphy (1984), los cuales creen que el síndrome de *burnout* es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral caracterizado por sentimientos de fallo laboral, desgaste y labilidad emocional, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad y aislamiento.

Para autores como Shirom (1989), Pines y Orson (1988) y Burke (1987) el síndrome de *burnout* involucra fatiga emocional, física y mental, pérdida de las fuentes de energía, sentimientos de impotencia, inutilidad, desorientación profesional, frialdad o aislamiento, distanciamiento emocional, sensación de estar atrapados, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, baja autoestima, cansancio emocional y cognoscitivo.

En cambio, para Mingote (1998) y Manassero (1994) el síndrome de *burnout* se trata de un trastorno adaptativo asociado a un incorrecto afrontamiento de las exigencias psicológicas del trabajo que perjudica la calidad de vida de la persona que lo padece, disminuyendo la respuesta personal y repercutiendo negativamente en la calidad de la enseñanza.

Según Ganster y Schan-Broeck (1991), el *burnout* es un tipo de estrés, una respuesta afectiva crónica como consecuencia de condiciones estresantes del trabajo que se da en profesionales con altos niveles de contacto personal.

El *burnout* es visto por García Izquierdo (1991) como un problema característico de los trabajos de “servicios humanos”, es decir de aquellas profesiones que deben mantener una relación continúa de ayuda hacia el “cliente”: médicos, profesores, enfermeras, asistentes sociales, psiquiatras, psicólogos y policías. Por esta razón, una de las características del síndrome de *burnout* es el desgaste emocional que dicha interacción produce en el trabajador.

Desde la perspectiva psicoanalítica, algunos investigadores entienden que el SQT (síndrome de quemarse por el trabajo) es un estado resultante de un trauma narcisista que conlleva una disminución en la autoestima de los sujetos.

*Burnout* significa “quemado” o desgaste físico en el trabajo para Grau y Chacón (1996), el cual es definido como un proceso de desgaste profesional, inversamente proporcional a la implicación y entrega en el trabajo, frecuente en los trabajadores de servicios asistenciales o médicos, enfermeras, profesores y maestros, psicólogos, policías y otras profesiones que requieren las relaciones humanas.

En resumen, estas investigaciones demuestran que el síndrome de *burnout* está presente en profesiones que exigen una relación de ayuda y contacto constante con otros seres humanos (tiene que ver con la parte cualitativa del trabajo) en las que existe responsabilidad con la vida, en las que hay contacto con la enfermedad y la muerte o el futuro de otros. Considerado como una enfermedad profesional que se caracteriza por el agotamiento emocional, crisis vocacional, la insatisfacción personal, fatiga, la culpa y que se acompaña por síntomas físicos, psíquicos y sociales.

Una definición conductual basada en la coexistencia de un grupo de respuestas motoras, verbales, cognitivas y fisiológicas ante una situación laboral con elevadas exigencias y prolongadas en el tiempo es la presentada por Hombrados (1997).

La coexistencia de estas supone el desarrollo del síndrome de *burnout*. Sus elementos fundamentales son los cambios emocionales, cognitivos, los cambios negativos en la ejecución profesional, la presión social y/o profesional que aparecen continuamente. Para Ehrenreich (1999), es un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado.

Reflejo de la mayoría de los ambientes laborales actuales, según Farber (2000), donde se exigen mejores resultados en menos tiempo y con el mínimo de recursos posibles. Este autor señala cuatro variables importantes que explican la aparición y desarrollo del síndrome de *burnout*: la presión de satisfacer las demandas de otros, la intensa competitividad, el deseo de obtener más dinero y la sensación de ser desprovisto de algo que se merece.

Para Pedro R. Gil Monte (2002) el *burnout* es una respuesta al estrés laboral crónico que conlleva una experiencia subjetiva de carácter negativa compuesta por cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que la persona se relaciona en el trabajo, especialmente hacia los clientes o hacia el propio rol profesional, esto cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento usadas por el profesional. Supone una sensación de fracaso profesional y en las relaciones interpersonales.

Después de hacer una amplia revisión sobre el síndrome de *burnout*, Burke y Richardsen (1991) concluyen que el síndrome ocurre a un nivel individual, que es una experiencia psicológica interna rodeada de sensaciones, actitudes, motivos, expectativas y que es una experiencia negativa que provoca problemas de *distrés* y *discomfort*.

Este síndrome es una respuesta a una situación de estrés laboral crónico prolongado en el tiempo. Se caracteriza por el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que trabaja, como hacia el propio papel o rol profesional y encontrarse emocionalmente agotado.

En el campo de la psicología, Vinaccia y Alvaran (2004) son quienes reconocen el síndrome de *burnout* como fatiga laboral o un desgaste profesional que se caracteriza por un estado de agotamiento intenso y persistente, pérdida de la energía, baja motivación y extrema irritabilidad, tanto en el medio familiar como laboral, al igual que el enojo, la agresividad, la desmoralización, causados por problemas del trabajo o del hogar.

En las organizaciones públicas es donde mayor se presenta este tipo de padecimientos, especialmente cuando el trabajador tiene que estar en contacto permanente con los usuarios, como profesores que trabajan en escuelas y universidades; médicos y enfermeras que prestan servicios en clínicas y hospitales o policías que trabajan en organismos de seguridad.

Según Mariblanca Staff Wilson (2005), el síndrome de *burnout* también llamado síndrome de “estar quemado”, es considerado la fase avanzada del estrés profesional. Se produce cuando se desequilibran las expectativas en el ámbito profesional y la realidad diaria en el trabajo. Es un mal invisible que afecta la calidad de vida de los individuos, es el resultado de un estado de estrés o frustración prolongados.

El síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) ha sido definido como un síndrome de agotamiento físico y emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, un pobre autoconcepto y la pérdida del interés por los clientes que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicio.

El síndrome de *burnout* es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad laboral que provoca deterioro en la salud física y mental de los individuos. Surge para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y la atención a los usuarios de las organizaciones de servicio (voluntariados, sanitarias, de servicios sociales, educativos).

Garcés de los Fayos (1994) señala algunos puntos que resumen su búsqueda del concepto de *burnout*:

- El síndrome de *burnout* es consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo. Estos eventos serían de carácter laboral, debido a que la clave de su aparición está precisamente en la interacción de las personas con las condiciones de trabajo.
- Es necesario que se encuentren presentes interacciones intensas y duraderas entre el trabajador y el usuario para que el síndrome aparezca. Así, se define el síndrome de *burnout* como un proceso continuo que va surgiendo de manera paulatina y que se va instaurando en el individuo hasta provocar los síntomas propios del síndrome.

En la actualidad, se aplica el término síndrome de *burnout* a diversos grupos de profesionales desde directivos, voluntarios de organizaciones del tercer sector hasta amas de casa; es decir, personas que estén expuestas a situaciones de estrés laboral crónico y las estrategias de afrontamiento utilizadas no sean eficaces.

Mencionaremos algunas definiciones de *burnout* aplicables a la situación del cuidador de un enfermo de alzhéimer, como las de:

- Freudenberger (1974), el *burnout* es una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada como resultado de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador.
- Pines y Kafry (1978), es una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal.
- Pines, Aronson y Kafry (1981) dicen que es un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicados durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente.
- Maslach y Jackson (1981) lo consideran un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

Somos de la opinión de que podemos hablar del síndrome de *burnout* como de un trastorno adaptativo vinculado al inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo, que deterioran la calidad de vida de las personas que lo padecen.

De acuerdo con Ericka Matus, de la Universidad Latina de Panamá, el *burnout* es permanecer siempre estresado y pensando en el trabajo por terminar, es cuando el nivel de estrés aumenta a diario, afectando el apetito, el sueño, el humor, volviendo a las personas más irritables y poco tolerantes. También aclara que esto depende de la persona, pues algunas pueden trabajar perfectamente bajo mucha tensión y serán más productivas y asertivas, mientras otros no podrán mantenerse en pie, y manifestarán enfermedades psicosomáticas, como mareos, ceguera, dolores de cabeza, dolores estomacales o tensión en la espalda, lo que les impide cumplir con sus tareas.

## **2.2 Antecedentes históricos del síndrome de *burnout***

Desde que se inicia el estudio de este fenómeno hasta la actualidad, se han usado diversas estrategias para estudiarlo. Para su estudio se ha seguido un criterio de décadas. Desde sus inicios hasta entrada la década de los ochenta, su investigación se caracterizaba por la expansión de estudios dirigidos a brindar descripciones clínicas del síndrome. A continuación presentamos una descripción general de los trabajos realizados en cada década.

En sus inicios (década de los setenta), los estudios se dirigen a la delimitación conceptual del fenómeno, integrarlo en los campos de estudios existentes y diferenciarlo de fenómenos afines, como la alienación, el tedio o la depresión, y al desarrollo de instrumentos para su medición. Surgieron numerosas definiciones que describen las diferentes facetas de la patología, a la vez que subrayan unos u otros síntomas.

En los ochenta, la investigación se centra en el desarrollo de modelos que integren la patología en los modelos para explicar el estrés laboral. Se identifican algunos de sus principales antecedentes y consecuencias, se analiza la evolución del síndrome, se publican numerosos estudios sobre la validez y confiabilidad de los instrumentos psicométricos para su evaluación y el estudio estadístico de la prevalencia del síndrome en algunas profesiones. Se construyen modelos para explicar y aportar evidencia empírica sobre las principales variables que influyen en la aparición del síndrome de *burnout* y cuáles son sus consecuencias.

En la década de los noventa, abundan los estudios en revistas científicas médicas que complementan los estudios realizados hasta el momento en revistas psicológicas. Hay un avance importante en el conocimiento de la patología, pues empieza a tener proyección social y se exige el diagnóstico y prevención por diversas organizaciones

del mundo del trabajo vinculado al auge de la filosofía sobre la calidad de la vida laboral y la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo.

En esta década, la investigación sobre el *burnout* se consolidó en Europa y en el resto de los continentes. El interés se centró en identificar puntos normativos de corte que permitieran diferenciar a los individuos afectados por el síndrome de aquellos que, aunque presentan determinados niveles en uno o todos los síntomas, no estaban clínicamente afectados.

La característica básica de la década fue la aplicación de los modelos de ecuaciones estructurales también llamados modelos causales y modelos LISREL, que permitieron analizar relaciones “multicausales” entre las dimensiones del SQT, sus antecedentes y consecuencias y contrastar modelos factoriales.

A inicios del siglo XXI, surgen estudios sobre el síndrome de *burnout* en todas las publicaciones vinculadas a la salud en el trabajo y se consolida el impacto social del problema. Organizaciones internacionales y gubernamentales lo consideran entre las patologías laborales que deben ser prevenidas. En algunos casos el síndrome es considerado como accidente laboral que otorga a quien lo padece el derecho a compensaciones económicas por lo que se demandan programas de intervención dirigidos a la prevención y tratamiento.

Fue descrito por primera vez por H. B. Bradley (1969) como una metáfora de un fenómeno presente en oficiales de policía de libertad condicional, usando el término “*staff burnout*”. Posteriormente, en 1974, es desarrollado extensamente por el psicólogo psicoanalista de origen alemán que residía en Estados Unidos, Herbert Freudenberger, para referirse a la problemática padecida por algunos trabajadores del ámbito de los servicios sociales, que manifestaban un conjunto de síntomas físicos y

psíquicos bien diferenciados: percepción de un estado de agotamiento, consecuencia del trabajo intenso, al punto de no tener en cuenta sus necesidades personales y “quemarse” por su dedicación al trabajo. Fue el primero en detectar que estas manifestaciones aparecían en profesionales cuyo trabajo consistía en la atención social, educativa o sanitaria, en términos de una relación de ayuda, consejo o enseñanza.

Esta perspectiva psicológica de Freudenberger es estrictamente individual, es una respuesta a una interacción inadecuada entre profesionales celosos de su trabajo, de las necesidades y exigencias de clientes, pacientes y estudiantes, lo que implica que el trabajador realiza un esfuerzo cada vez mayor. Los profesionales víctimas del *burnout* se vuelven menos sensibles, poco comprensivos, se muestran distantes e incluso cínicos, con una tendencia a culpar a otros de sus problemas. Este comportamiento es inconsciente, puede ser una estrategia defensiva frente a la presión experimentada. Esta imagen del profesional víctima de su propio celo laboral representa una aproximación a la problemática del *burnout*, pero no es la única, otros modelos atribuyen su origen a una afluencia de múltiples causas.

En los ochenta, las investigaciones sobre el síndrome de *burnout* se realizaron en los Estados Unidos y posteriormente en Canadá, Gran Bretaña, Francia, Alemania, Israel, Italia, España, Suecia y Polonia. En estos países se aplicaron y adecuaron los instrumentos creados en Estados Unidos, especialmente el Maslach Burnout Inventory de Maslach y Jackson que hoy en día es mundialmente usado y aceptado.

El interés por este campo aumentó debido a tres factores que Perlman y Hartman (1982) señalan como fundamentales:

- a. La importancia mayor que se le dio a los servicios humanos como partícipes del bienestar individual y de la colectividad.

- b. La mayor exigencia que los pacientes, usuarios o alumnos hacían de los servicios sanitarios, sociales y educativos.
- c. Los conocimientos por parte de los investigadores de los efectos perjudiciales del estrés en las personas y en los ambientes en los que participa el trabajador.

De acuerdo con Cherniss (1980), en la década de los setenta se desarrolló el concepto de síndrome de *burnout* a partir de la hipótesis de que existía en la sociedad moderna una tendencia individual a incrementar la presión y el estrés laboral sobre todo en los servicios sociales, en especial los profesionales relacionados con la atención de personas en situaciones de enfermedad o carencia material, porque deberían resolver más problemas y se produciría un conflicto entre la mística profesional, la satisfacción laboral y la responsabilidad hacia el cliente.

La profesora de Psicología en la Universidad de California, en la década de los ochenta, Cristina Maslach, estudió las respuestas emocionales de empleados cuyas profesiones implicaban la ayuda a personas, eligiendo el término "*burnout*", empleado usualmente por abogados californianos, para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre sus compañeros. Término popular usado en los medios de comunicación dirigidos al público general, revistas médicas y estudios. De hecho, su definición es considerada la más efectiva y precisa. Define estar quemado como un síndrome de fatiga emocional, despersonalización y de un enriquecimiento personal reducido que puede producirse en individuos que trabajan en profesiones de ayuda que están en contacto directo con pacientes, estudiantes o clientes.

Señala la hipótesis de que las personas idealistas tienen un riesgo mayor de sufrir *burnout*. Una segunda hipótesis es que el síndrome de *burnout* resulta de la exposición a estresores crónicos, como el trabajo nocturno continuo, la escasez de personal y/o los bajos salarios que a su vez implican una sobrecarga laboral, el trato con usuarios problemáticos, la insuficiente especificidad o congruencia entre las tareas, las funciones, la formación profesional, que implican conflicto, ambigüedad de rol y la progresiva falta de autonomía para poder tomar decisiones.

Este enfoque aborda el problema del *burnout* desde una perspectiva psicosocial, que busca identificar las condiciones del ambiente que originan e inciden en el *burnout* y los factores que ayudan a mitigarlo. Su aporte principal está en presumir que es un proceso en el que las conductas y actitudes de los profesionales se vuelven negativas como respuesta al *burnout*. Mismo que es el resultado de una diferencia entre los ideales y expectativas individuales con la realidad contraria de la vida laboral.

Las presiones de los profesionales provienen de tres fuentes:

- Endógenas: dentro de ellos mismos, su manera de entender y vivenciar la situación.
- Exógenas: de las necesidades de los clientes, percibidas como muy agudas.
- Contextuales: a partir de las características del entorno laboral (compañeros, superiores en el trabajo y el entorno).

Desde sus investigaciones iniciales hasta la actualidad, el tema ha experimentado una gran difusión entre profesionales y público en general. A través de la aparición masiva de revistas, periódicos, la realización de seminarios, cursos de formación, servicios de consultoría, el diseño de distintos instrumentos para la detección y

evaluación del síndrome de *burnout* y su posible tratamiento y la creación de organizaciones que han evaluado seriamente las repercusiones del síndrome de *burnout*.

Resumiendo, es un proceso que surge como respuesta al estrés laboral crónico y por lo tanto es un fenómeno vinculado a la aparición de riesgos psicosociales en el trabajo, que puede ser catalogado como un proceso de acoso psicosocial en el trabajo.

También se han generado diversos campos de investigación que abordan el tema del síndrome de *burnout* desde distintas perspectivas:

- **La perspectiva clínica** lo entiende como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral, que conlleva la disminución de la autoestima de los sujetos en cuestión. La diferencia consiste en que el *burnout* entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés, que plantean un “etiquetamiento”. Desde este enfoque clínico, se señala que el síndrome se refiere a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con otras personas.
- **La perspectiva organizativa** se centra en el análisis de las causas de la organizacional profesional que generan *burnout*, se inscribe como un síndrome propio de determinados profesionales.
- **La perspectiva histórica** se centra en la consideración de los rápidos cambios sociales que propician el distanciamiento entre las relaciones de servicio y la realidad social.

- **La perspectiva psicosocial** lo considera un proceso que se desarrolla por la interacción entre características del entorno laboral y rasgos o características personales con las diferentes manifestaciones en distintas etapas, o sea es un síndrome de baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización, como lo caracteriza Maslach. Se conceptualiza como una respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza porque el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional, en especial en relación con las personas hacia las que trabaja. Esta perspectiva no considera el síndrome de *burnout* como producto final, sino como un “proceso” que recorre una secuencia de etapas con síntomas bien diferenciados. (Gil-Monte y Peiró, 1997).

### **2.3 Modelos teóricos-etiológicos del síndrome de *burnout***

No existe un único modelo que explique el síndrome de *burnout*, cada modelo se centra y analiza algunas variables. La característica fundamental de estos modelos es que buscan explicar la etiología del síndrome desde marcos teóricos diferentes a la propia teoría del síndrome. Agrupan una serie de variables y discuten a través de que procesos los trabajadores llegan a sentirse “quemados”.

Desde los trabajos presentados por Freudenberger se han elaborado diferentes teorías explicativas de *burnout*. Dos perspectivas principales se han desarrollado: la perspectiva clínica (Selye, 1934) que entiende al *burnout* como un estado al cual llega la persona producto del estrés laboral que padece (analiza el problema en relación al estado personal) y la perspectiva psicosocial (Maslach, 1986) que lo considera un proceso que se desarrolla por la interacción que se produce entre las características del entorno laboral en el cual la persona se desempeña y sus características personales (proceso dinámico, producto de la interacción de varios factores).

El modelo planteado por Elelwich y Brodsky (1980) explica el desarrollo del síndrome como un proceso de desilusión o desencanto hacia la actividad laboral y consta de cuatro fases:

- La fase de entusiasmo. Al inicio de la actividad laboral en que el sujeto desarrolla una gran ilusión, expectativas y energía poco realistas sobre el trabajo sin conocerlo realmente.
- La fase del estancamiento: en la que el sujeto aun realiza su trabajo, pero ya no lo es todo en su vida. Ahora está centrado en sus aficiones personales, la familia, el hogar, los amigos. Se comienzan a apreciar las contraprestaciones recibidas por el trabajo.
- Fase de frustración: aquí el sujeto se pregunta si vale la pena el trabajo que está haciendo, si vale la pena ayudar a los demás cuando estos no colaboran. Pueden aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.
- Una cuarta fase la de apatía. Considerado un mecanismo de defensa frente a la frustración, que se caracteriza porque el sujeto se siente continuamente frustrado por su trabajo, hace lo menos, evita las innovaciones, los cambios y a las personas que debe atender, pero necesita el trabajo para poder vivir.

En el modelo diseñado por Price y Murphy (1984), se plantea que los sentimientos de culpa son una variable clave para entender el deterioro psicológico en el que deriva el síndrome. Las personas que lo sufren atraviesan seis fases sintomáticas:

- La de fase desorientación en la que se presentan sentimientos de celo profesional.
- Una segunda fase que se caracteriza por la inestabilidad emocional.

- La tercera fase comprende la aparición de sentimientos de culpa por el fracaso profesional, donde los sujetos se atribuyen fallos que no están bajo su control y se sienten culpables por la situación.
- La fase de soledad y tristeza que, si se supera, puede terminar en una fase de solicitud de ayuda.
- El restablecimiento del equilibrio inicial con el que abordó la profesión.

A continuación presentamos algunas de las propuestas más divulgadas:

Desde la psicología clínica que considera al *burnout* como un estado:

Año	Autor	Conceptualización
1974	Freudenberger	Estado de agotamiento, decepción y pérdida de interés como consecuencia del trabajo cotidiano en la prestación de servicios y ante expectativas inalcanzables.
1983	Fischer	Estado resultante del trauma narcisista que lleva a la disminución en la autoestima.

Tomado del libro "El síndrome de quemarse por el trabajo" Pedro Gil-Monte

Desde la Psicología Social, basada en la teoría sociocognitiva del yo. Estos modelos analizan los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción y el papel del pensamiento autorreferente en el funcionamiento humano, inspirados en los trabajos de Albert Bandura.

Los modelos que encontramos son:

Año	Autor	Conceptualización
1983	Harrison	<p>Las personas que trabajan en profesiones de servicios están motivados para ayudar a las demás. Si en su contexto laboral existen factores que obstaculizan su tarea y no les permiten alcanzar sus objetivos esto afecta su esperanza de lograrlos y con el tiempo se produce el <i>burnout</i> que retroalimenta negativamente su motivación para ayudar.</p> <p>Según este modelo, la motivación para ayudar determinará la eficacia del trabajador en consecución de los objetivos laborales; de modo que a mayor motivación mayor eficiencia laboral. Dado que los sentimientos de competencia son altamente reforzantes para estos profesionales, pueden ser considerados como un gran factor de ayuda, de modo que mantendrán y aumentarán los sentimientos de eficiencia e influirán positivamente en la motivación para ayudar.</p> <p>Es aplicable a los trabajadores que han desarrollado expectativas altas sobre la consecución de sus objetivos laborales e intentan ayudar a los demás en situaciones que requieren más que una simple motivación para alcanzar el éxito.</p>
1988	Pines y Aronson	<p>Proceso de desilusión en una persona altamente motivada por su trabajo que se caracteriza por fatiga emocional, física y mental, sentimientos de inutilidad, impotencia, sentirse atrapado y baja autoestima.</p> <p>Es un modelo similar al de Harrison, con la diferencia de que solo los trabajadores que intentan darle un sentido existencial a su trabajo llegan al <i>burnout</i>, es decir, los que justifican su existencia por la labor de carácter humanitario y de ayuda que desarrollan en su trabajo. Desarrollarán el síndrome de <i>burnout</i> los que se fijen altas metas en su vida profesional y mantengan grandes expectativas. Así un trabajador que inicialmente no esté muy motivado puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no el síndrome de <i>burnout</i>.</p>
1993	Cherniss	<p>Señala que las características del ambiente que facilitan que el trabajador desarrolle sentimientos de éxito se corresponde con las características de las organizaciones que ayudan a prevenir el síndrome de <i>burnout</i> (alto nivel de desafío, autonomía, control y retroalimentación de los resultados y apoyo social del supervisor y de los compañeros).</p> <p>Se establece una relación causal entre la incapacidad del trabajador para desarrollar sentimientos de competencia o éxito personal y el síndrome de</p>

		<p><i>burnout</i>. El autor incorpora la noción de “autoeficacia percibida” de Bandura. Los que tienen un fuerte sentimiento de autoeficacia percibida experimentan menos estrés en las situaciones de amenaza y la situación es menos estresante cuando creen que pueden afrontarlas de manera positiva. El logro de los objetivos personales por uno mismo aumenta los sentimientos de autoeficacia, mientras que el fallo conlleva a sentimientos de fracaso, baja autoeficacia y puede dar lugar al desarrollo del síndrome de <i>burnout</i>.</p>
--	--	--

Tomado del libro “El síndrome de quemarse por el trabajo” Pedro Gil-Monte

Psicología de las organizaciones basada en las teorías del estrés laboral. Considera los estresores del contexto de la organización y las estrategias de afrontamiento empleadas:

Año	Autor	Conceptualización
1983	Golembiński	El estrés laboral está generado por la sobrecarga laboral o por la pobreza de rol que es su antítesis. Ambas situaciones producen pérdida de autonomía, disminución de la autoestima, irritabilidad y fatiga.

Tomado del libro “El síndrome de quemarse por el trabajo” Pedro Gil-Monte

#### **2.4 Factores causales del síndrome de *burnout***

Las causas varían de un individuo a otro, en su inicio y en la forma en que se desarrolla. La valoración cognitiva (modulada a su vez por las características individuales del sujeto) que la persona hace de los eventos estresantes laborales es imprescindible para que el individuo sufra de *burnout*. Creemos que las actitudes individuales, las creencias personales, los factores de personalidad y las estrategias de afrontamiento aprendidas juegan un papel importante tanto en el inicio como en el desarrollo del síndrome.

Las relaciones que se mantienen con miembros relevantes de su entorno, como familiares y amigos, la falta de apoyo afectivo y social, también son variables que pueden ocasionar situaciones perniciosas, generadoras de *burnout*. Para Maslach (1978), las variables organizacionales que influían más significativamente sobre el *burnout* son las personales, esto es ratificado por LeCroy y Rank (1986).

De acuerdo con Pedro Gil-Monte (2012), las relaciones interpersonales, en especial con los clientes de la organización, son la principal fuente de estrés que origina el desarrollo del síndrome de *burnout*. Las relaciones conflictivas con los clientes es un problema que los miembros de la organización consideran sumamente relevante en la aparición del síndrome debido a su frecuencia e intensidad. Este surge de forma progresiva, en una sucesión de etapas y con un aumento progresivo de la severidad. Tiene su origen en el entorno laboral y no en el trabajador.

Su origen está en las relaciones interpersonales de carácter profesional que se forman en el entorno laboral, especialmente con los clientes de la organización. Si estas llevan exigencias desmedidas y una tensión para el componente emocional y cognitivo de la psique aparecen las condiciones que propician que las fuentes de estrés laboral motiven el patrón de respuestas que constituyen los síntomas del síndrome de *burnout*. Esta es la explicación de que este síndrome es una respuesta al estrés laboral crónico característico de los profesionales que trabajan con las personas.

En el estudio que realizaron Hare, Pratt y Andrews (1988), llegan a la conclusión que con personal de enfermería el *burnout* es un problema tanto de la organización laboral como personal. Para autores como Moreno y Oliver (1993) y Olabarria (1995), los principales factores causales son organizacionales y laborales.

El síndrome de *burnout* no aparece en un instante, es un estado que surge gradualmente, es un proceso de respuesta a la experiencia laboral diaria y a ciertos eventos. Para que se genere el *burnout* es necesaria la interacción entre las respuestas individuales al estrés y la presión laboral en el ambiente de trabajo. Está condicionado por el nivel individual de tolerancia a los estresores y las interpretaciones que realiza de las diversas situaciones y de la intensidad o grado de tensión objetiva bajo la que se desenvuelve.

El síndrome de *burnout* surge cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que acostumbran a emplear los profesionales. Para un trabajador es una sensación de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales con los usuarios.

El personal sanitario está sometido a estresores, como la escasez de personal, trabajo en turnos rotativos y la consecuente alteración del biorritmo, el trato con usuarios problemáticos, el contacto con la enfermedad, el dolor y la muerte, el conflicto y la ambigüedad del rol. En conclusión, como describe Llor et al. (1995), este tipo de trabajo conlleva tres características, que son factores de riesgo y que determinan la aparición del síndrome: un gran esfuerzo mental y físico, continuas interrupciones y reorganización de las tareas que agravan el nivel de carga y esfuerzo mental y el trato con la gente en condiciones de extrema ansiedad y aflicción.

Los factores relacionados con las características de la vida laboral que contribuyen al síndrome de *burnout* pueden agruparse en cinco categorías generales:

- a. Organización y relaciones organizacionales: cambios, comunicación inadecuada, conflictos interpersonales, conflictos con los objetivos de organización.

- b. Desarrollo profesional: falta de oportunidades de promoción, nuevas responsabilidades más allá del nivel de capacitación, desempleo.
- c. Función: conflicto de funciones, ambigüedad de funciones, recursos inadecuados para lograr las tareas, autoridad inadecuada para lograr las tareas.
- d. Tareas o asignaciones laborales: sobrecarga cuantitativa y cualitativa, subcarga cuantitativa y cualitativa, responsabilidad por la vida y el bienestar de los demás. Nivel bajo en la toma de decisiones.
- e. Ambiente y condiciones laborales: estética inadecuada, exposiciones físicas, problemas ergonómicos, ruido, olores, riesgos de seguridad.

Los factores que incrementan la aparición del síndrome en los profesionales de la salud según Nogareda (2006), se pueden clasificar como los factores de la tarea (determinado por la necesidad de dar respuesta inmediata a informaciones complejas, numerosas y constantemente diferentes), los factores de la organización y el horario de trabajo. Las actividades de coordinación y distribución de tareas, ambas condicionadas por la transmisión eficaz de la información entre los miembros del equipo de salud. El ambiente laboral es muy importante en la salud mental de los trabajadores en cualquier disciplina.

Para abordar el análisis de las variables facilitadoras del *burnout* debemos adoptar un esquema integrador con diseños que abarquen todos los contextos que influyen en la aparición del síndrome.

Para Manassero, Vázquez, et al. (1994), se debe abordar el *burnout* desde un diseño integral que recoja distintos grupos de variables relevantes; las características sociodemográficas (sexo, estado civil, antigüedad profesional), profesionales (nivel educativo, tipo de centro, puesto profesional), el ambiente físico y social (apoyo social), las características personales del individuo (conductuales, psicológicas, fisiológicas) y para la organización (disfuncionales y bajo rendimiento).

A continuación presentamos solo algunas variables relacionadas con el *burnout* (por lo amplio) que consideramos las más importantes en la predicción y descripción del síndrome:

- Variables o factores individuales: Las personas con un patrón de personalidad tipo A son más susceptibles de sufrir de *burnout* que los de tipo B, porque los sujetos con tipo A manifiestan impaciencia, velocidad excesiva, urgencia temporal, esfuerzo por el logro, competitividad, habla y gestos bruscos y compromiso excesivo con el trabajo. Mientras que el tipo B se asume que está más exento de sufrir estrés. Cebriá y Segura (2001) analizaron rasgos de personalidad y el *burnout* en médicos de familia y encontraron significativas asociaciones entre la ansiedad e inestabilidad emocional y niveles elevados de cansancio emocional y despersonalización, la tendencia a valorar las situaciones ambiguas como amenazantes aumenta la vulnerabilidad al estrés.

En cuanto a la edad y a los años de ejercicio profesional, la relación no está bien definida en lo que se refiere al *burnout*. Maslach (1982) opina que conforme los años avanzan, el sujeto gana experiencia y seguridad en sus funciones laborales pudiendo presentar en consecuencia una menor vulnerabilidad.

Para la variable edad, los resultados obtenidos por Gil-Monte (2002) no fueron concluyentes. En algunos estudios se obtuvo que con el paso de los años disminuía la frecuencia del síndrome. Profesionales como Meadow (1981) & Olmeda (1998) encontraron que los profesionales que se encuentran entre los 30 y 50 años presentan niveles más elevados. Esto puede explicarse debido al abandono de profesiones o a la capacidad de estos para conseguir estrategias de afrontamiento adecuadas para el manejo del síndrome.

En cuanto al sexo, el síndrome de *burnout* afecta de manera diferente a mujeres y hombres. De acuerdo con diferentes estudios realizados, las mujeres presentan características relacionadas con el trabajo que las predisponen a padecer el síndrome, por ejemplo presentan más conflicto de rol, sintomatología depresiva, conflictos entre la familia y el trabajo, entre otras. Maslach y Jackson precisan que las mujeres son más propensas que los hombres a la dimensión de agotamiento emocional. Mientras que los hombres son más propensos a la dimensión de despersonalización.

Para Gil-Monte y Peiró (1977), las mujeres son más vulnerables que los hombres. A esto influye la doble carga de trabajo profesional y familiar como la elección de profesiones que aumentan el rol de la mujer. A la misma conclusión llegaron Travers y Cooper (1997) que concuerdan en que las mujeres están más expuestas a situaciones de tensión, ya que realizan una jornada de trabajo doble, la laboral y la familiar, esto junto con la elevada presión en el trabajo y la falta de apoyo social en muchos casos.

Para variables, como el estado civil, el número de hijos, el grado académico, el puesto de trabajo o tipo de contrato, los resultados que se obtuvieron son muy dispares y es difícil concluir la existencia de predisposiciones.

- Variables del contexto organizacional: congrega los factores laborales relacionados con el *burnout*, como estrés de rol, clima laboral negativo, satisfacción laboral, realización de las expectativas laborales, toma de decisiones, grado de autonomía y apoyo social. Los cambios en el sitio de trabajo afectan de manera diferente de acuerdo con la edad y etapa de su vida. Fases como elección de una profesión, lucha por avanzar y alcanzar un alto nivel de madurez y experiencia pueden ser estresantes dependiendo de la organización, de la personalidad del sujeto y de que las fases se acompañen del reconocimiento y de la recompensa apropiados.

- Variables del contexto familiar, social y cultural: en un estudio realizado por Smith, Birch y Marchant (1984) sostienen que las relaciones familiares y/o de parejas positivas otorgan a la persona cierta inmunidad para evitar *burnout*. Para Farber (1983), la sociedad tiene una importancia decisiva en el desarrollo del síndrome, pero el papel de las condiciones sociales y culturales en la facilitación del *burnout* ha sido apenas estudiado.

Para Moreno, Oliver y Aragonés (1991), el estrés que perciben los individuos que comienzan a trabajar en las profesiones de ayuda se debe al conflicto que se produce al encontrar un sistema deshumanizado y despersonalizado al que deben adaptarse. El apoyo social fuera del trabajo es un factor mitigante importante para la aparición del estrés. El cónyuge suele ser la persona más importante, pero amigos y otros familiares tienen un papel importante para dar apoyo a los individuos con ocupaciones estresantes.

Para Maslach, los máximos determinantes del *burnout* en cuanto a las características propias del trabajo son:

- la baja implicación laboral del modelo organizacional: las personas están satisfechas o no con sus trabajos, con las organizaciones en las que se desempeñan y con el clima en que se desenvuelven. Las personas tienden a comparar su ideal de cómo deben ser las cosas con su realidad. De esta comparación se establece un juicio y una actitud asociada a su trabajo y como consecuencia establece un determinado grado de satisfacción o insatisfacción. Estas consecuencias pueden afectar la cantidad y calidad del trabajo que desempeñan.
- la sobrecarga laboral. Esta se relaciona con las presiones derivadas del tiempo.
- la burocratización. Los problemas que se generan de ella según Peiró (1991) y Esteve (1995) son de diversa índole: problemas de coordinación entre los miembros de la propia entidad, incompetencia por parte de algunos profesionales, problemas de libertad de acción, falta de incorporación de innovaciones, respuestas disfuncionales a los problemas organizacionales. La falta de ajuste de la organización puede generar tensiones que han sido identificadas como antecedentes y causas directas del síndrome de *burnout*.
- el ambiente laboral. Existe interés en investigar la manera en que se relacionan las situaciones propias del ambiente laboral con la aparición del *burnout* que manifiesta el profesional.
- el *discomfort* físico. Las instalaciones, la disposición, las características de los espacios de trabajo asignados, la existencia o no de espacios abiertos, cómo se usan estos espacios, si se cuenta con el equipo necesario para la realización de las funciones, todo esto contribuye al desarrollo del síndrome de *burnout*.

Los agentes estresantes aparecen en cualquier profesión, en cualquier nivel y en cualquier circunstancia en la que se someta a una persona a una carga a la que no es capaz de acomodarse rápidamente, donde no se sienta competente o con la que se responsabilice demasiado. Estos se clasifican de la siguiente manera:

- Estresores del ambiente físico: la iluminación, el ruido, ambientes contaminados, la temperatura, peso.
- Estresores de la tarea: la generación de estrés varía de persona a persona, porque las características de cada tarea y de lo que genera en los profesionales va en función de lo que le gusta o no hacer. Cuando la tarea se adecúa a las expectativas y capacidades del profesional, contribuye al bienestar psicológico y es una motivación.

Tanto Maslach (1981) como Gil-Monte hablan de una disposición del trabajador a “quemarse” que se caracteriza por una serie de rasgos, como ser altruista, entusiasta y entregado con su trabajo, muy humano, pero excesivamente idealista, que llevan a los profesionales a implicarse demasiado en los problemas convirtiéndose en un reto personal su solución, lo que los hace sentir culpables de los fallos y repercute en bajos sentimientos de realización personal en el lugar de trabajo.

Algunos investigadores consideran que los profesionales más proclives a sufrir del síndrome de *burnout* son sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, entusiastas, pero susceptibles de identificarse excesivamente con los demás.

De acuerdo con la psicóloga Gabriela Charnes (2001), las principales fuentes causales del síndrome de *burnout* en los profesionales de ayuda son:

- Las características propias del trabajo: el contacto directo con la persona que recibe la ayuda puede ser fuente de tensión emocional por las características, sentimientos y conductas propias de las personas enfermas, la naturaleza misma de la enfermedad o problemática, los problemas de comunicación con y los pacientes, la frustración relativamente alta de los profesionales de la salud, sobre todo en los primeros años de servicio profesional, y el conflicto de rol con colegas, pacientes, familiares de los pacientes.
- Los factores ambientales y organizacionales: el escaso control que tiene el profesional sobre el ambiente laboral, contratos, horarios, la ambigüedad de rol (ausencia de información clara sobre las tareas que se espera que cumpla, la sobrecarga asistencial, la ausencia de espacios estructurados de aprendizaje, de reflexión y elaboración, la falta de participación en la toma de decisiones acerca del trabajo, la falta de coordinación y de comunicación entre profesionales, liderazgo y supervisión inadecuados, ausencia de entrenamiento y de orientación frente a la problemática o tarea, escasos espacios de interacción social y de apoyo mutuo, sobrecarga de trabajo administrativo.

Causas de *burnout* en las enfermeras y enfermeros: las sobrecargas de trabajo, el continuo trato con personas deprimidas, la impotencia ante la enfermedad, los turnos rotativos que perturban el ritmo biológico de los trabajadores, los trabajos nocturnos, el alto índice de contratación temporal, las cargas de trabajo familiares (más del 80% son mujeres) y la alta responsabilidad de las tareas que realizan, estas según el Sindicato de Enfermería de España.

Los trabajadores que laboran en contacto con las personas están sometidos a unas condiciones de trabajo que convierten las relaciones interpersonales laborales en fuente de riesgo, lo que hace que su trabajo sea arriesgado por el deterioro psicosocial que les puede traer. Estas condiciones de trabajo se pueden agrupar en cuatro niveles de acuerdo con McGrath (1976):

### **2.5 Manifestaciones o consecuencias del síndrome de *burnout***

El trabajador se va viendo afectado poco a poco en su salud, por la exposición a determinadas condiciones de trabajo de las cuales no tiene control a pesar de recurrir a todos sus recursos personales. No es por la sensibilidad personal del trabajador que esto ocurre, sino por las condiciones de trabajo en la que se encuentra, de acuerdo con los estudios realizados por el Licdo. Manuel Fidalgo Vega, del Centro Nacional de Condiciones de Trabajo en el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España.

El síndrome de *burnout* es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés que se genera por la relación entre el profesional y el cliente y por la relación profesional-organización. Surge un deterioro cognitivo (frustración y desencanto profesional), afectivo (desgaste emocional y culpa en algunos casos), y actitudinal (cinismo, indolencia e indiferencia frente a los clientes o frente a la organización) en el trabajador. Algunos de estos síntomas al hacerse crónicos se intensifican y degeneran en procesos más graves si no se corrige la situación.

Los efectos de los estresores laborales a corto plazo traen consigo cambios en el humor, el comportamiento, el funcionamiento cognitivo y de activación fisiológica; y a largo plazo el deterioro de la salud física y mental, favorece la aparición de trastornos psicológicos, como la ansiedad, la depresión, el *burnout*, la insatisfacción

laboral, el insomnio, los problemas familiares, la incapacidad para tomar decisiones, la distractibilidad y los olvidos frecuentes. A nivel organizacional se ha asociado con ausentismo, relaciones laborales pobres, altas tasas de inestabilidad laboral, mal clima en la organización, baja motivación, falta de satisfacción con el desempeño del empleo, mala productividad y pobre sentido de cohesión de los trabajadores con la organización.

A continuación, presentamos en la Tabla N.º 2 los síntomas descriptivos del síndrome de *burnout*:

**Tabla N.º 2. Síntomas descriptivos del síndrome de *burnout*.**

<b>Emocionales</b>	<b>Cognitivos</b>	<b>Conductuales</b>	<b>Sociales</b>
Depresión	Pérdida de significado	Aumento del uso de cafeína, drogas, tabaco, alcohol y drogas	Conflictos interpersonales
Indefensión	Pérdida de valores	Desorganización	Evitación de contactos
Desesperanza	Desaparición de expectativas	Evitación de responsabilidades	Malhumor
Irritación	Modificación del autoconcepto	Absentismo	Aislamiento
Apatía	Desorientación cognitiva	Conductas inadaptativas	Evitación profesional
Desilusión	Pérdida de la creatividad	Sobreimplicación	Formación de grupos críticos
Pesimismo	Distracción	Evitar tomar decisiones	
Hostilidad	Cinismo	Disfunciones sexuales y problemas de sueño	
Falta de tolerancia	Criticismo generalizado	Fatiga crónica	
		Aparecen o aumentan los trastornos psicósomáticos	
		Pérdida de apetito	

Fuente: Buendía y Ramos (2001)

De acuerdo con un estudio realizado por Ismael Cosío Villegas (2010), entre las principales consecuencias del síndrome de *burnout* en el personal sanitario se encuentran: los síntomas físicos (dolores de cabeza constantes, trastornos gastrointestinales, taquicardias), trastornos psicológicos (ansiedad, agresividad, depresión, hostilidad), problemas conductuales relacionados directamente con el ausentismo laboral, retrasos, deterioro en la calidad de la atención médica, baja percepción de la eficacia en el trabajo, aumento en el uso de estrategias de afrontamiento pasivas, como omisión de algunas actividades de cuidado y asistencia al paciente. Consecuencias que tienen un impacto directo en la calidad de los servicios de salud y con el compromiso social de las instituciones de salud.

- ❖ Consecuencias personales: puede producir un deterioro en la salud de los profesionales y en sus relaciones interpersonales, dentro y fuera del ámbito laboral. Sus principales manifestaciones se centran en la presencia de sentimientos de estar desgastado, sentirse tenso, irascible o nervioso, sentirse fatigado en grado extremo, ansiedad, depreciaciones del yo, depresiones, sentimientos de baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional, despersonalización.
- ❖ Consecuencias familiares: en la familia se evidencia más las consecuencias del síndrome de *burnout*, ya que termina ocasionando maltrato y el divorcio, debido a que la irritabilidad, el cansancio, llegar tensos a la casa y agotados física y emocionalmente, termina produciendo un cuadro no adecuado de vida familiar y de pareja.
- ❖ Consecuencias sobre la organización: cuando los trabajadores de una organización padecen síntomas del síndrome de *burnout*, las consecuencias para la empresa son importantes.

Las conductas y actitudes laborales alteradas que presentan los sujetos quemados, el deterioro en la salud física y psíquica, deterioro de las relaciones personales que inciden en el funcionamiento y rendimiento de la empresa, lo que se refleja en el deterioro de la atención al cliente.

La insatisfacción con el rol laboral y la presión del trabajo según García Matud (2002) se correlacionan con la sintomatología de tipo somático, depresiva, de ansiedad e insomnio. El síndrome de *burnout* tiene consecuencias laborales negativas que afectan el clima laboral interno de la organización y se presentan con un deterioro de la comunicación y en las relaciones interpersonales que se manifiesta por la indiferencia, frialdad y cinismo, disminuyendo el rendimiento, la productividad y la calidad del trabajo. Se presenta una actitud negativa y descuidada, se vuelven insensibles, crueles, poco compasivo con sus clientes, estas son las consecuencias para las organizaciones cuando existe el síndrome de *burnout* entre los empleados.

También se produce una insensibilidad ante las dificultades humanas, corroborando uno de los legados más devastadores del *burnout*: el endurecimiento del corazón, y el absentismo laboral es otra consecuencia.

El síndrome de *burnout* produce en el sujeto un impacto de múltiples dimensiones, con expresión fisiopatológica (a través del sistema neurovegetativo, endocrino e inmunológico), psicológica (en el funcionamiento cognitivo, las emociones y la conducta) y social. Existe una interacción entre los distintos niveles tanto para la producción de síntomas como en lo que se refiere a los posibles amortiguadores.

- a. Psicosomáticos: síntomas asociados que aparecen en primer lugar: las alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), tensión muscular, fatiga crónica, las cefaleas, migrañas, dolores musculares, dolores de espalda, molestias gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, acidez o ardor estomacal, úlcera duodenal), alteraciones del sueño (insomnio), alteraciones respiratorias (asma, sensaciones de ahogo) alteraciones dermatológica (urticaria), alteraciones menstruales, disfunciones sexuales, impotencia.
  
- b. Conductuales: serie de conductas anómalas (ausentismo laboral, problemas relacionales). Se destacan aquellas de la conducta alimentaria, abuso de drogas, fármaco, cafeína y alcohol, rigidez, quejas constantes, consumo de tranquilizantes y barbitúricos, conductas de alto riesgo (conducción temeraria), tabaquismo. También surgen en ocasiones conductas paradójicas defensivas, como el desarrollo excesivo de pasatiempos (que ocupan la mente de las personas incluso en el trabajo), interés creciente por el estudio para liberarse de la rutina, pseudoausentismo laboral con el objetivo de reducir el número de horas reales en el trabajo (educación continua, actividades sindicales), conductas de no adaptación, desorganización.
  
- c. Emocionales: el distanciamiento afectivo de las personas a las que debe atender puede sentir que no tiene nada que ofrecer a otras personas, sensación de falta de recursos emocionales. La persona puede volverse irritable e impaciente, mostrarse distante, insensible y negativa, con baja autoestima, falta de motivación, sentimientos de culpa, distanciamiento y agotamiento emocional, sentimientos de frustración profesional deseos de

- a. Psicosomáticos: síntomas asociados que aparecen en primer lugar: las alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), tensión muscular, fatiga crónica, las cefaleas, migrañas, dolores musculares, dolores de espalda, molestias gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, acidez o ardor estomacal, úlcera duodenal), alteraciones del sueño (insomnio), alteraciones respiratorias (asma, sensaciones de ahogo) alteraciones dermatológica (urticaria), alteraciones menstruales, disfunciones sexuales, impotencia.
  
- b. Conductuales: serie de conductas anómalas (ausentismo laboral, problemas relacionales). Se destacan aquellas de la conducta alimentaria, abuso de drogas, fármaco, cafeína y alcohol, rigidez, quejas constantes, consumo de tranquilizantes y barbitúricos, conductas de alto riesgo (conducción temeraria), tabaquismo. También surgen en ocasiones conductas paradójicas defensivas, como el desarrollo excesivo de pasatiempos (que ocupan la mente de las personas incluso en el trabajo), interés creciente por el estudio para liberarse de la rutina, seudoausentismo laboral con el objetivo de reducir el número de horas reales en el trabajo (educación continua, actividades sindicales), conductas de no adaptación, desorganización.
  
- c. Emocionales: el distanciamiento afectivo de las personas a las que debe atender puede sentir que no tiene nada que ofrecer a otras personas, sensación de falta de recursos emocionales. La persona puede volverse irritable e impaciente, mostrarse distante, insensible y negativa, con baja autoestima, falta de motivación, sentimientos de culpa, distanciamiento y agotamiento emocional, sentimientos de frustración profesional deseos de

abandonar el trabajo, se muestra receloso en su relación con los compañeros. Aparece la ansiedad, que conlleva una disminución de la concentración y del rendimiento en el trabajo.

- d. Psicológicos: frustración, irritabilidad, ansiedad, baja autoestima, desmotivación, melancolía, depresión, odio, cinismo, aburrimiento, pérdida de idealismo, de los valores, incompetencia, sensación de desamparo, preocupación, baja realización personal en el trabajo, sentimiento de impotencia para el desempeño del rol profesional, sensación de confusión, dificultad para tomar decisiones, sentimiento de inferioridad, desconcentración, comportamientos paranoides y/o agresivos.
  
- e. Defensivos: usados por el sujeto para aceptar sus sentimientos. Niega o desplaza sentimientos hacia otras situaciones o ámbitos que no tengan que ver con su realidad laboral o desarrolla actitudes cínicas hacia los clientes culpabilizándolos, de manera implícita, de ser los causantes de las propias dificultades.
  
- f. Sociales: rehuir a los contactos, conflictos interpersonales, malhumor familiar, aislamiento, esquivar el contacto en el área profesional.
  
- g. Para la organización: infracción de normas, ausentismo, abandonos, disminución del rendimiento, pérdida de calidad del servicio, accidentes, rotación o fluctuación del personal, retrasos, descansos alargados, comunicación deficiente, disminución en el rendimiento, falta de compromiso laboral, pobre atención y concentración, acciones hostiles, conductas agresivas hacia los clientes y conflictos laborales.

La deficiente calidad de vida en el trabajo originan comportamientos desajustados como el ausentismo, pesimismo, malas relaciones interpersonales, dificultad para realizar las tareas, incumplimientos.

Paine (1982), establece cinco categorías para distribuir los síntomas:

- a. Síntomas físicos caracterizados por el aumento de la fatiga y agotamiento físico, aumento de molestias y dolores musculares, aparición de alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo.
- b. Desarrollo de conductas de exceso que se caracterizan por un aumento del consumo de barbitúricos, estimulantes, aparición de conductas de riesgo, hiperactivas y agresivas.
- c. Problemas de ajuste emocional como agotamiento emocional, paranoia, depresión, sentirse atrapado, miedo a volverse loco.
- d. Alteración de las relaciones interpersonales, caracterizadas por aislamiento del individuo y su negación a comunicarse con los demás, aparición de conflictos interpersonales, indiferencia y frialdad con las personas hacia las que se trabaja.
- e. Síntomas actitudinales y cambios en los valores y en las creencias del individuo, se incluyen cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, sensación de impotencia, de frustración y fracaso.

A continuación presentamos el Cuadro N.º1 que contiene los principales síntomas psicológicos del SQT (síndrome de quemarse por el trabajo) obtenidos en el 2001 por Pedro Gil-Monte:

**Cuadro N. °1. Principales síntomas del SQT según Pedro Gil-Monte**

<b>Síntomas cognitivos</b>	<b>Síntomas afectivo-emocionales</b>	<b>Síntomas actitudinales</b>	<b>Síntomas conductuales</b>
Sentirse contrariado Sentir que no valoran tu trabajo Percibirse incapaz para realizar las tareas Pensar que no pueden abarcarlo todo Pensar que trabajas mal Falta de control Verlo todo mal Todo se hace una montaña Sensación de no mejorar Inseguridad Pensar que el trabajo no vale la pena Pérdida de la autoestima	Nervosismo Irritabilidad y mal humor Disgusto y enfado Frustración Agresividad Desencanto Aburrimiento Agobio Tristeza y depresión Desgaste emocional Angustia Sentimientos de culpa	Falta de ganas de seguir trabajando Apatía Irresponsabilidad Asquearse Pasar de todo Estar harto, intolerancia Impaciencia Quejarse por todo Evaluar negativamente a compañeros Romper con el entorno laboral Ver al paciente como un enemigo Frialdad hacia los pacientes No aguantar a los pacientes Indiferencia Culpar a los demás de su situación	Aislamiento No colaborar Contestar mal Enfrentamientos físicos: Cansancio

Fuente Pedro Gil Monte (2001)

## 2.6 Etapas o fases del proceso del síndrome de *burnout*

El estrés y el síndrome de *burnout* tienen dos fases en común y una última específica:

- “**Reacción de alarma**”. En la que se genera un desequilibrio entre recursos y demandas de trabajo.
- “**Resistencia**”. En la que el cuerpo se ajusta al factor de estrés.
- “**Agotamiento**”. En la que la continuidad de la tensión y la falta de soluciones activas lleva a cambios de conducta, típicos de un afrontamiento de tipo huidizo y defensivo.

De acuerdo con Edelwich y Brodsky (1980), establecen varias etapas por las que atraviesa el trabajador hasta llegar al síndrome de *burnout*:

- **Fase de entusiasmo:** surge durante los primeros años del ejercicio de la profesión, periodo en el se idealizan las perspectivas laborales, en la que el trabajador experimenta su profesión como algo estimulante y los conflictos se explican como algo pasajero y con solución. El profesional tiene altas expectativas profesionales, pero poco realistas. La consecuencia de esto es que se produce sobre identificación con los usuarios y da lugar a gastos excesivos de energía.
- **Fase de estancamiento:** en la que los sujetos comienzan a ser conscientes de una excesiva implicación en el trabajo que puede llevar a abandonar las necesidades personales. “ Igualmente el trabajador puede no sentirse recompensado o reconocido en algunas ocasiones por sus jefes o clientes, lo que aumenta la conciencia de que al involucrarse de manera excesiva en el trabajo puede causar un descenso en otras actividades atractivas y agradables.

El profesional observa que su trabajo no siempre tiene el resultado que él quiere de reconocimiento de sus superiores. Los objetivos empiezan a aparecer como difíciles de conseguir aun con esfuerzo.

- **Fase de frustración:** constituye el núcleo central del síndrome de desgaste profesional y se caracteriza por el cuestionamiento del valor de sí mismo y del trabajo en sí mismo provocando una sensación general de frustración. Es el periodo de la desilusión y de la desmotivación laboral, en la que surgen los problemas emocionales, físicos y conductuales.
- **Fase de apatía:** mecanismo de defensa desarrollado para combatir el daño emocional progresivo causado por la frustración que se experimenta y desemboca en una falta de interés hacia el usuario; restablece un sentimiento de vacío total que se manifiesta primeramente como un distanciamiento emocional y aumenta hasta el desprecio y cinismo, como consecuencia de las etapas anteriores. Se produce la resignación del trabajador ante la imposibilidad de cambiar las cosas.
- **Etapas de *burnout*:** en esta etapa se llega a la imposibilidad física y psíquica de seguir adelante en el trabajo y entra con fuerza la sintomatología: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

Se llega al *burnout*, según Cherniss (1980), desde el estrés laboral a través de un proceso de acomodación psicológica entre un trabajador estresado y un trabajo estresante y distingue entre:

- **Fase de estrés:** que se caracteriza por un desajuste entre las demandas laborales y los recursos del trabajador para enfrentar estos acontecimientos.
- **Fase de agotamiento:** en la que llegan a producirse de forma crónica respuestas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga.
- **Fase de agotamiento defensivo:** en la que ocurren cambios en las actitudes y en la conducta, como la robotización, el cinismo, el trato impersonal y frío.

Para Mariblanca Staff Wilson, en su fase inicial se reconocen varias etapas que se manifiestan por el exceso de trabajo, el sobreesfuerzo que lleva a estados de ansiedad y fatiga, la desmoralización y pérdida de la ilusión, la pérdida de vocación y la decepción de los valores y la falta de respeto a sus superiores.

La evolución del síndrome es explicado por Maslach y Jackson (1981-1982) a través de tres dimensiones:

- **El agotamiento emocional** caracterizado por la ausencia o falta de energía, entusiasmo, generalmente relacionada con las demandas excesivas del trabajo, liberando una reacción defensiva que se manifiesta por el alejamiento del profesional de su clientela.
- La siguiente dimensión o fase es **la despersonalización o deshumanización** en la que la persona muestra insensibilidad emocional, cinismo y la crítica exacerbada de todo lo que lo rodea.
- Debido a todo esto surge la última fase: la **disminución de la realización personal**, donde aparece el sentimiento de incompetencia, sintiéndose infeliz consigo mismo, insatisfecho con su desarrollo personal, experimentando un descenso en el sentimiento de competencia y éxito.

En resumen, el síndrome de *burnout* se agrava en relación directa con la magnitud del problema y el tiempo de exposición a los factores desencadenantes. Al inicio, los procesos de adaptación protegen al individuo, su repetición le agobia y le agota, generando sentimientos de frustración y conciencia de fracaso, en relación directa entre la sintomatología, la gravedad y la responsabilidad de la tarea que se realiza.

## **2.7 Profesiones de riesgo**

Francisco Alonso-Fernández (2007), establece una clasificación de los trabajos en los que se sufre del síndrome de *burnout* con más frecuencia: competitivos (empresarios, directivos), creativos (escritores, artistas, investigadores), de responsabilidad y entrega (médicos, enfermeras), de relaciones (profesorado, funcionarios, vendedores), de a prisa (periodistas), del miedo (trabajadores con profesiones de alto riesgo, policías, bomberos, soldados) y del aburrimiento (trabajos parcelarios, mecánicos, rutinarios y monótonos); es decir, aquellas profesiones que exigen interacciones humanas trabajador-cliente de carácter intenso y duradero, debido a la necesidad emocional de las personas a quien asiste.

La excesiva demanda de estas personas y el alto grado de dependencia del trabajo hacen que el síndrome tenga una mayor probabilidad de aparecer, sumando a esto las condiciones físicas y sociales del trabajo diario. Cuanto más intensa la relación interpersonal, mayor es el riesgo de padecer el síndrome.

Estos profesionales pueden ser caracterizados como de desempeño satisfactorio, comprometidos con su trabajo y con altas expectativas con a las metas que se proponen.

Según Bernardo Moreno (2000), de la Universidad Autónoma de Madrid, indica que el síndrome de *burnout* afecta principalmente a las profesiones asistenciales (la docencia y la asistencia a víctimas). Se explica, con base en el contexto (estado de necesidad emocional de las personas a las que se asiste: mientras más intensas las demandas y la dependencia del trabajo del especialista, mayor probabilidad de que aparezca el síndrome de *burnout*) y a las condiciones personales de quien presta el servicio, a esto se agregan las condiciones físicas y sociales del trabajo. Con respecto a las condiciones personales, las personas con una elevada autoexigencia, una baja tolerancia al fracaso, una elevada necesidad de excelencia y perfección, de control y un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea, entre otros elementos.

El síndrome de *burnout* se puede desarrollar en todo tipo de profesionales, según Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), y opinan que no únicamente en los que trabajan en contacto directo con los receptores de su trabajo. En muchos de sus estudios han utilizado como muestra directivos, vendedores o profesionales que no trabajan en servicios con personas.

Según Gil-Monte y Moreno Jiménez (2007), se debe reservar el diagnóstico de Síndrome de *Burnout* a aquellas profesiones que mantienen contacto directo y constante con personas (docentes, sanitarios, trabajadores sociales, fuerzas policiales, personal de justicia, trabajadores de la banca, árbitros y jueces deportivos, trabajadores del sector turismo) y estrés laboral para las profesiones que carecen de contacto directo y constante con las personas y que no tengan relación de ayuda y servicio.

En resumen, afecta de modo especial a aquellas profesiones cuyas tareas se reducen a la relación continua y estrecha con personas, sean clientes o usuarios, sobre todo si existe una relación de ayuda y/o servicio.

Como ya hemos mencionado, los más susceptibles de padecerlo son: el personal sanitario, los profesionales dedicados a la docencia y los asistentes sociales. Sin embargo, la prevalencia de este riesgo puede igualmente encontrarse en policías, personal de justicia, de rescate, editorialistas, psiquiatras y psicólogos. También, en nuestra sociedad definida como de “servicios”, se puede encontrar en otros profesionales, como directivos, mandos intermedios, secretarías y deportistas.

En cuanto al género, la mujer es la más propensa a padecerlo debido a su doble papel de madre y trabajadora, roles en los que está relacionado el afecto y cuidado de otras personas, sumándole el papel de la madre actual que se incluye en el mercado laboral, que la hace una trabajadora a doble jornada.

De acuerdo con Garden (1989), hay personalidades más susceptibles al síndrome de *burnout* como las personalidades emotivas, la de aquellos que tienen más desarrollada la sensibilidad para los temas relacionados con el trato humano, los llamados activistas sociales que ofrecen ayuda a los demás, calificados como visionarios (por tomar su labor como una cruzada y no como una forma de ganarse la vida), suelen ser personas autoexigentes, perfeccionistas y con baja tolerancia al fracaso.

Pero existe discrepancia entre los autores, ya que algunos señalan diversas características de la personalidad, como la empatía, sensibilidad, delicadeza, idealismo y orientación hacia los demás, y otros señalan características como ansiedad, ideación obsesiva, entusiasmo y susceptibilidad a identificarse con otros. Todo esto pone de relieve la dificultad para identificar un patrón típico de trabajador con *burnout*. Gil-Monte y Peiró (1997) hacen referencia a un locus control externo, a un patrón de conducta tipo A, al autoconcepto negativo y a la falta de autoconfianza en la propia eficacia laboral como variables vinculadas a la aparición del síndrome de *burnout*.

Por el contrario, Kobasa (1979) afirma que hay personalidades positivas o resistentes, caracterizadas por un sentimiento de compromiso (creer en lo que uno mismo es y en lo que hace), por una percepción de control, es decir, la tendencia a pensar y actuar con la convicción de la influencia personal en el rumbo de los acontecimientos y por la tendencia al reto, creencia de que la característica de la vida es el cambio frente a la estabilidad, que podrían afrontar o moderar los efectos del *burnout*

Para Dorz y cols. (2003), los trabajadores con sentido del humor resisten el *burnout*. Garrosa (2003) dice que las personas con habilidades emocionales tienen menos probabilidad de resultar afectados por síndrome, al igual Grau, Salanova y Peiró (2000) dicen que la autoeficacia personal es una variable con efectos moduladores en el proceso de desgaste profesional.

En Estados Unidos, en la Universidad de Harvard, se realizó un seguimiento a un grupo de 21,290 enfermeras a lo largo de cuatro años para evaluar las condiciones que influían en su estado de salud física y emocional. Se demostró que con el paso del tiempo, las mujeres con actividades que demandan una alta carga laboral, con poco control sobre ella y escaso apoyo del entorno laboral, presentan una disminución importante de su salud física y emocional y un deterioro de sus habilidades.

En México, Atance realizó en 1997 un estudio para establecer un perfil de riesgo de *burnout* en el personal sanitario y concluyeron que el perfil epidemiológico de riesgo es: mujer de 44 años sin pareja estable, con más de 19 años de antigüedad en la profesión y más de 11 en el mismo lugar de trabajo, profesional de atención especializada, con más de 21 pacientes a su cargo, a los que dedica más 70 por ciento de la jornada laboral y entre 36 y 40 horas semanales.

## 2.8 Prevención y tratamiento del síndrome de *burnout*

La organización debe ser responsable de mejorar las condiciones de trabajo del personal, para así poder realizar las tareas de prevención y tratamiento a un nivel óptimo de calidad y eficiencia.

Debido a la creciente realidad de la existencia del síndrome de *burnout*, las organizaciones públicas y privadas deben tomar en serio las consecuencias de este, así como el deterioro de la calidad de vida laboral que supone. En el contexto de la economía global, los aspectos del “bienestar” y la “salud” de los trabajadores son determinantes a la hora de evaluar la eficacia o no de una organización y de establecer la calidad de ella.

Las estrategias y técnicas de intervención más importantes en el *burnout* son las de Manassero y cols. (2003), Ramos (1999), Matteson e Ivansevich (1977), Peiró y cols. (1994) y Leiter (1988). Aun existen diversas interpretaciones sobre los tipos de intervención apropiados para corregirlo, de tipo individual, acentuando la acción psicológica, de tipo social u organizacional, incidiendo en las condiciones de trabajo.

Según Monte y Peiró (1997), las estrategias de intervención para la prevención y el tratamiento del síndrome de *burnout* pueden agruparse en tres categorías:

a. **Estrategias de intervención individual:** se emplean estrategias de afrontamiento y control centradas en el problema. Entre las que se encuentran:

- Las técnicas conductuales centradas en conseguir que la persona domine un grupo de habilidades y competencias que faciliten el afrontamiento de los problemas laborales, como enseñar a desconectarse del trabajo y separar la vida personal y

familiar de lo laboral, mejorar la ejecución del trabajo, alcanzando una mayor asertividad, habilidad social, solución de problemas y autocontrol. Todas estas técnicas, acompañadas de una dieta equilibrada, no fumar ni beber en exceso, no consumir fármacos psicoactivos y hacer ejercicio físico, mejoran el estado de salud y el sistema inmunológico, aumentando la resistencia ante los efectos del estrés. Peiró (1992).

- Las técnicas fisiológicas se centran en reducir la activación fisiológica y el malestar emocional y físico provocado por las fuentes de estrés laboral, destacándose las técnicas de relajación física, el control de la respiración y el *biofeedback*, según Guerrero y Vicente (2001).

- Las técnicas cognitivas buscan mejorar la percepción, la interpretación y la evaluación de los problemas y de los recursos personales que realiza el individuo, la más empleada es la desensibilización sistemática, la detención del pensamiento, el control de los pensamientos irracionales, la eliminación de actitudes disfuncionales. Guerrero y Vicente (2001) y Rubio (2003).

b. **Estrategias de intervención social:** Sandin (1995) afirma que el apoyo social actúa de forma directa en la salud. Esta estrategia busca romper el aislamiento y mejorar los procesos de socialización al aumentar el apoyo social, incrementando la capacidad del individuo para afrontar el estrés. Adler y Mattheuwe (1994) corroboraron que el apoyo social se relaciona significativamente con la salud física y psicológica.

c. **Estrategia de intervención organizacional:** busca modificar las condiciones laborales generadoras de estrés. Parker afirma que es ingenuo y éticamente debatible el someter a los trabajadores a programas de entrenamiento

contra el estrés mientras se sigan sometiendo a las mismas exigencias excesivas o condiciones de trabajo inapropiadas. Las organizaciones deben disponer diferentes estrategias para prevenir el síndrome de *burnout*, como mejorar el ambiente físico, formar planes de carrera, prestar atención a aspectos relacionados con los turnos, fomentar el trabajo en grupo.

### **A. Prevención**

Desde la aparición del concepto, se han intentado desarrollar estrategias para eliminar o reducir los riesgos que dan lugar a su aparición, para mejorar la calidad de vida laboral y prevenir el estrés en el trabajo.

La tarea de prevención debe estar dirigida a evitar lo perjudicial y promover lo beneficioso, eliminando las variables que facilitan la aparición del síndrome de *burnout* y fortalecer aquellas que dan bienestar físico, psíquico y social.

Las medidas para prevenir el *burnout* se pueden contener en tres niveles distintos de actuación. En uno, implementando acciones de corte organizativa, en otro fomentando o regulando las “interacciones” que se producen en la empresa entre los individuos y acciones que están focalizadas en el trabajador, las “individuales”. Todas estas acciones deben ser implementadas desde y por la organización.

#### **Nivel organizativo**

- Realizar la identificación y evaluación de riesgos psicosociales, modificando aquellas condiciones específicas y antecedentes que promueven la aparición del SQT.
- Establecer programas de acogida que integren un trabajo de ajuste entre los objetivos de la organización y los percibidos por el individuo.
- Establecer mecanismos de *feedback* o retroinformación del resultado del trabajo.

- Promover el trabajo en equipo.
- Disponer de oportunidad para la formación continua y desarrollo del trabajo.
- Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo, descentralizando la toma de decisiones.
- Disponer del análisis y la definición de los puestos de trabajo, evitando ambigüedades y conflictos de roles. Establecer objetivos claros para los profesionales.
- Establecer líneas claras de autoridad y responsabilidad.
- Definición de competencias y responsabilidades. Es esencial conseguir un diseño óptimo de las funciones y responsabilidades propias de la actividad laboral para reducir el estrés, por ejemplo, a través de formación dirigida a mejorar los recursos instrumentales en su trabajo, así como a aumentar la competencia psicosocial del profesional
- Regular las demandas en lo referente a la carga de trabajo, adecuarla.
- Mejorar las redes de comunicación y promover la participación en la organización.
- Fomentar la colaboración y no la competitividad en la organización.
- Fomentar la flexibilidad horaria.
- Favorecer y establecer planes de promoción transparentes e informar de estos.
- Crear, si no se puede eliminar el foco de riesgo, grupos de soporte para proteger de la ansiedad y la angustia.
- Promover la seguridad en el empleo.
- Establecer asistencia por personal especializado e informar al personal de los servicios que se ofrecen.
- Facilitar a los trabajadores los recursos adecuados para conseguir los objetivos de trabajo.

**Nivel interpersonal**

- Fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores, favorecer el trabajo en grupo y evitar el aislamiento. Educarlos en estrategias de colaboración y cooperación grupal.
- Promover y planificar el apoyo social en el trabajo.
- Realizar grupos de apoyo para discutir la relación con el trabajo por parte de los profesionales.
- Dirigir con un estilo adecuado. Formar a los gestores en ello.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Establecer trabajos de supervisión profesional en grupo a los trabajadores.

**Nivel individual**

- Realizar una orientación profesional al inicio del trabajo.
- Tomar en cuenta la diversidad de tareas y la rotación en ellas.
- Poner en práctica programas de formación continua.
- Mejorar los recursos de resistencia y proteger a la persona para afrontar las situaciones estresantes.
- Educar en la identificación, discriminación y resolución de problemas.
- Entrenar en el manejo de la ansiedad y el estrés en situaciones inevitables de relación con el usuario.
- Implementar cambios en el ambiente de trabajo.
- Entrenamiento de la distancia emocional con el usuario, manteniendo un equilibrio entre la sobreimplicación y la indiferencia.
- Establecer programas de supervisión profesional individual.
- Aumentar los recursos o habilidades comunicativas y de negociación.
- Trabajar el *feedback*, reconociendo las actividades finalizadas.

Para complementar, estas estrategias se pueden utilizar para proteger y promover un mayor control del trabajador el uso de algunas técnicas:

- Técnicas de reestructuración cognitiva: para modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales. Se trata de volver a evaluar y reestructurar las situaciones problemáticas para que dejen de serlo.
- Adiestrar en técnicas de autorregulación o control: para neutralizar o eliminar las consecuencias del síndrome (gestión del tiempo, delegación, desarrollo de habilidades sociales, de asertividad, de entrenamiento en solución de problemas) para mantener la motivación y el sentido del desempeño del puesto de trabajo.
- Aprender técnicas de relajación para que la persona esté en mejores condiciones de afrontamiento.

Travers y Cooper (1997) y Peiró (1991) consideran que un plan de prevención en el síndrome de *burnout* debe incluir tres niveles:

- Intervención centrada en el individuo.
- Intervención centrada en los aspectos relacionales.
- Intervención centrada en la propia organización.

Los programas para el manejo del estrés laboral y el síndrome de *burnout* tienden a centrarse en soluciones a nivel individual, cuando se sabe que las causas están en el entorno laboral. Una técnica de intervención en este nivel es a través de la asesoría individual de los sujetos que están experimentando los efectos negativos del estrés, con la que se trata de mejorar los recursos de protección o de resistencia para afrontar eficientemente los estresores propios de la función laboral y potenciar la percepción de control, la autoeficacia personal y la autoestima.

Otra técnica está dirigida a brindar a los individuos o grupos de trabajo capacitación y educación en técnicas de ajuste y adaptación. Estas pueden llevarse a cabo de forma preventiva o reactiva, con individuos o grupos estresados.

Hay varias formas de ayudar a los empleados a afrontar el estrés y a controlar sus efectos. Algunas de las formas positivas en que una organización puede atenuar o eliminar los estresores en sus empleados son: una mejor comunicación, la participación, el desarrollo organizacional y el rediseño de trabajos y puestos. Existen cuatro técnicas que requieren la cooperación de los empleados y jefes, gerentes o directores para el manejo del estrés laboral y son: el apoyo social, la meditación, la biorretroalimentación y los programas de bienestar personal.

Para Mariblanca Staff Wilson, el síndrome de *burnout* es multidimensional con grandes implicaciones, por lo que se debe prevenir de forma planificada y dirigida. La prevención debe enfocarse hacia dos niveles:

- ❖ el personal o del recurso humano (intervención personal): deben usarse técnicas para enfrentar el estrés, el entrenamiento en relaciones y autocontrol, modificar creencias, desarrollar habilidades y cambiar conductas para reconocer y superar limitaciones. Equilibrar áreas como la familia, amistades, descanso y trabajo.
- ❖ el contexto laboral: se debe orientar a la creación de una buena atmósfera de trabajo, facilitando espacios de reuniones informales, fomentando la colaboración y regulando la competencia, mejorar los sistemas de cooperación e interrelación del equipo de trabajo, modificar las políticas del personal, promover cursos de formación continuada, mejorar los recursos logísticos y tecnológicos.

Se debe promover la atención a los profesionales afectados, formando grupos de expertos capaces de ofrecer la ayuda necesaria, a través de técnicas de relajación, cursos de aprendizaje de administración del tiempo y en la calidad de vida. También realizar revisiones médicas periódicas y programas de promoción de la salud, educar para tener una dieta sana y hacer ejercicio físico adecuado.

La orientación psicológica (*counseling*) y los cursos de manejo del estrés pueden ayudar a algunos individuos a controlar sus síntomas, pero rara vez atienden a los factores que los causaron y estos continúan dañando al individuo y a la organización. Para reducir el estrés en el trabajo, las intervenciones deberían estar dirigidas a aumentar la capacidad del empleado para hacer frente a las situaciones estresantes o a reducir los factores de estrés en el ambiente de trabajo.

Son tres los tipos de estrategias que abordan las condiciones laborales: intervenciones de tarea y técnicas, mejorando la definición del rol y las relaciones sociales e intervenciones que abordan múltiples cambios dirigidos tanto al trabajo como a los empleados. De acuerdo con Price & Kompier (2005), la mayoría de los programas tienen como objetivo reducir la valoración cognitiva de los factores de estrés y sus subsiguientes efectos, en lugar de reducir o eliminar los factores de estrés en sí.

Los programas enfocados en el manejo del estrés laboral han demostrado ser efectivos para prevenir resultados adversos en la salud mental. Los estudios sugieren que las intervenciones que se concentran en los cambios técnicos y de tareas ofrecen oportunidades prometedoras para el mejoramiento de la salud mental.

El Programa de Apoyo a los Proveedores de Cuidado Personal es un ejemplo exitoso de un programa que aumenta efectivamente la capacidad de los grupos de proveedores de cuidado personal a movilizar conductas de equipo de apoyo social y técnicas de resolución de problemas.

Este programa está diseñado para aumentar el apoyo social y la participación en la toma de decisiones relacionadas con el trabajo para los equipos de proveedores de cuidado personal y las instalaciones de atención de salud mental.

El estrés de los profesionales sanitarios podría evitarse si se modificaran los factores que lo generan. El trabajo de prevención va encaminado al logro de dos objetivos fundamentales:

- a. Evitar lo nocivo: es decir, eliminar los factores que provocan el síndrome.
- b. Fomentar lo beneficioso: potenciar aquellos otros factores que impiden la aparición del síndrome, promocionar la salud mental y la calidad de vida en general.

Para la prevención del síndrome de *burnout* y de sus consecuencias debemos intervenir sobre:

- Los factores educativos. Se deben introducir cambios sustanciales en la formación pre y posgraduada. Deberían ser advertidos acerca de los riesgos para la salud de la profesión y entrenados para afrontarlos con más éxito.  
La estructura sanitaria. Con una clara decisión se podrían mejorar algunos aspectos que repercuten creando estrés profesional. Ayudaría si la organización definiera claramente los objetivos sanitarios y la forma de lograrlos; ello permitiría delimitar con claridad las funciones de los distintos profesionales e ilusionarlos con un proyecto racional, en el cual ellos contribuirían en su definición y consecución. También se podrían establecer clara y conscientemente los incentivos necesarios para lograr la satisfacción de los profesionales sanitarios en el trabajo cotidiano. Los incentivos pueden ser económicos, morales y profesionales. Modificar la estructura sanitaria permitiría evitar mucha frustración e insatisfacción profesional.
- Los factores sociales: la modificación de estos es un trabajo a largo plazo que exige la colaboración de autoridades, profesionales sanitarios y medios de comunicación.

Los profesionales deberían criticar honestamente el sistema de salud y a los propios profesionales que contribuyen a empeorarlo; esta crítica permite que la población acepte la independencia de los profesionales, desligándolos de los males endémicos de la organización sanitaria.

- Los factores personales: la personalidad de algunos profesionales sanitarios favorece la presentación del estrés laboral crónico o síndrome de *burnout* y agrava sus consecuencias, ya que hay factores estresantes inevitables (el roce con la muerte, el dolor) se debería seleccionar a los candidatos o aspirantes a profesionales sanitarios en función de características personales que favorecieran su resistencia frente a estos factores y su disposición a interesarse por mejorar los déficits personales que cualquiera pueda tener.

La creación de grupos de apoyo para profesionales sanitarios podría ayudar a soportar los factores estresantes. La capacitación en el manejo del estrés, en técnicas de inoculación contra el estrés, métodos de relajación, la capacitación en destrezas sociales y adaptación pueden ayudar a desarrollar la capacidad para afrontar el estrés laboral. Varios estudios muestran que dichos métodos son efectivos para prevenir consecuencias adversas en la salud mental en ambientes de trabajo (Murphy 1996; Van der Klink y otros, 2001).

Entre las formas de prevención para Charnes (2001) se incluye que es importante practicar ejercicio físico regularmente, realizar actividades recreativas (dibujar, pintar, tocar un instrumento musical, jardinería, tallar, hacer cerámica), ejercicios de relajación o de meditación (yoga), comer bien, evitar el alcohol y la cafeína, dormir entre siete u ocho horas diarias, tener tiempo libre para sí mismo, mantener una red de amigos y amigas con quienes compartir actividades recreativas o de plática, solicitar apoyo a familiares y amigos, desarrollar una actitud mental positiva, aceptarse y

cuidarse, fijarse metas y objetivos realistas y ajustados a los valores personales y expresar los sentimientos (positivos o negativos).

A nivel laboral, las intervenciones de prevención dependen del respaldo y decisión de la organización para crear y mantener condiciones que permitan un examen constante de las dinámicas y problemas laborales.

Para Oscar Slipak, disminuir las fuentes de estrés en el trabajo no es fácil, se debe valorar y evaluar correctamente los factores estresantes, sus causas, los factores condicionantes y todas aquellas situaciones individuales o grupales que incurren en el conflicto.

También es importante que las leyes que rigen la relación entre empleados y empleadores cubran las necesidades físicas y psicológicas de los empleados para que los efectos se perciban en la situación general.

Sobre la base de lo anterior, algunos métodos proporcionados por las organizaciones serían:

- **Modificación del clima laboral:** propiciar un clima de aprecio y reconocimiento a la dignidad personal de los empleados, permitiéndoles la participación en la toma de decisiones en lo que se refiere a la modificación del trabajo y a la estructura de la organización.
- **Apoyo social:** creación de programas de orientación para el personal, promocionar la cohesión de los grupos de trabajo y adiestrar a los supervisores para que adopten una actitud de comprensión y ayuda.

- Redefinición de los papeles de los empleados: con el fin de mitigar la tensión provocada por la ambigüedad de los papeles.
- Eliminar el exceso e insuficiencia de trabajo: lo cual se logra si se realiza una buena selección y adiestramiento, se toman decisiones justas para los ascensos y se distribuye equitativamente el trabajo.
- Tratamiento de los que padecen enfermedades relacionadas con el estrés: la empresa debe implementar programas de orientación que enseñen técnicas de control del estrés y proporcionar instalaciones para el ejercicio físico.

Algunos de los métodos individuales que mencionaremos son parte de los programas de las empresas, pero otros pueden aprenderse y practicarse en forma individual, entre estos tenemos:

- La meditación: con la que se busca relajar la mente y el cuerpo. Aminorando el ritmo de procesos fisiológicos como la frecuencia cardíaca y respiratoria.
- La biorretroalimentación: que consiste en la medición electrónica de procesos orgánicos como la frecuencia cardíaca y la tensión muscular. Con esta se aprende a controlar los estados internos.
- La modificación de la conducta: la persona aprende a relajarse y luego condiciona sus reacciones emocionales positivas a los fenómenos desencadenantes de la tensión. Su conducta se modifica para que tome con calma y aprenda a relajarse frente a los estresores.

Algunas recomendaciones para prevenir el síndrome de *burnout* son las siguientes:

- Hacer ejercicio al menos tres veces por semana por 30 minutos.
- Promover espacios de interacción social.

- Establecer periodos exclusivos de descanso físico y emocional.
- Tomar vacaciones activas para cambiar el tipo de actividad.
- Desconectarse completamente del trabajo, por lo menos un día a la semana.
- Platicar con alguien que de verdad les escuche.
- Aprender estrategias para el manejo del estrés.
- Reír, cantar, divertirse.

### **B. Tratamiento**

Cuando el síndrome ya se ha hecho presente en el trabajador resulta preciso el apoyo de las personas cercanas para evitar mayores consecuencias. El apoyo social es la variable moderadora más importante de los efectos del síndrome de *burnout*. Una buena calidad de relaciones interpersonales en el trabajo modera el nivel de *burnout*, media en la satisfacción laboral y aumenta la calidad de vida del trabajador. El soporte social satisface la necesidad básica de comunicación entre las personas, además proporciona información técnica, supervisión y soporte emocional.

Para afrontar el síndrome es esencial fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores, fomentando la participación, adiestrando en la identificación y resolución de problemas, consolidando la dinámica grupal para el logro de un consenso para el cambio y aumentando el control del trabajador sobre las demandas psicológicas del trabajo.

No existe una técnica única y sencilla de tratar efectivamente el síndrome de *burnout* y habitualmente se utiliza un modelo de intervención de varios componentes integrados de forma complementaria.

En casos del síndrome de *burnout* se ha intervenido con técnicas cognitivas-conductuales como las de afrontamiento del estrés, reestructuración cognitiva, inoculación de estrés, terapia racional emotiva y ensayo conductual. También se pueden usar técnicas de entrenamiento en relajación, de autorregulación o control, de gestión del tiempo, de mejora de las habilidades sociales.

El tratamiento será personalizado a cada caso. Lo más importante es facilitar la toma de conciencia de enfermedad por el afectado, lo que no siempre resulta fácil y además se debe:

- **Evitar el aislamiento:** esta es una consecuencia negativa del síndrome de *burnout*. Aislamiento de los compañeros, de la familia y del entorno social. El profesional sanitario estresado debe verse como un enfermo y su aislamiento, hostilidad, agresividad, ironía y sarcasmo como síntomas de su enfermedad.
- **Generar opiniones, creencias y actitudes positivas en el trabajo:** cuando aparece el *burnout* va acompañado de insatisfacción frente al trabajo. Sin embargo, si su mente estuviera despierta, despejada encontraría que el trabajo diario está lleno de desafíos. Lo mejor sería hacer énfasis en estos y mostrárselos al profesional estresado para que se ilusione con su práctica cotidiana. A estos profesionales se les deben ofrecer ideas y hechos que le hagan evidente el lado atractivo, positivo y de reto que tiene el trabajo diario.
- **Atender a la drogodependencia y otras psicopatologías:** el estrés se agrava y se complica con el consumo de alcohol y psicofármacos. Es frecuente la depresión y puede llegarse al suicidio. Al tratar este síndrome se deben tener en cuenta estas complicaciones.

Para Villalobos (1999), el tratamiento debe ser preventivo y se deben realizar las acciones necesarias para modificar los procesos causales usando criterios organizacionales y personales. Algunas formas de tratamiento son:

- La atención individual del problema. Estos programas de atención individual en los lugares de trabajo incluyen la propagación de información sobre el estrés, sus causas y la forma de controlarlo a través de la educación para la salud de los trabajadores. Villalobos (1999) opina que para que esto sea posible es necesario que cada departamento de recursos humanos cuente con un profesional idóneo que ayude a los empleados de forma personalizada en los momentos de crisis psicológica, emocional o física y los oriente al logro de un buen desempeño laboral.
  
- Entre las medidas que pueden tomar las organizaciones está motivar a los empleados por medio de charlas de divulgación sobre el tema de salud ocupacional, explicación de la importancia de contar con una buena salud física y emocional para el buen desempeño de las actividades laborales. Se debe tener en cuenta la opinión de los empleados al momento de tomar ciertas decisiones y propiciar situaciones de diálogo para conocer sus demandas y necesidades.

## **2.9 Investigaciones nacionales sobre el síndrome de *burnout***

- ❖ De acuerdo con las conclusiones a las que llegó la licenciada Jenny Matteus Escobar en su tesis “Programa de terapia de grupo cognitivo conductual para maestros de la Escuela Básica General del IPHE que presentan Síndrome de *Burnout*” del 2004, el programa de terapia cognitivo conductual no disminuyó los síntomas en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización

y falta de realización personal, tampoco redujo los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo en las maestras que mostraron síntomas leves y moderados de *burnout*. Sin embargo, redujo el nivel de ansiedad subjetiva en las maestras que presentaban síntomas de *burnout*.

El psicólogo José Eloy Hurtado Bayo en su tesis para optar por el título de magíster en psicología clínica del año 2004, denominada “Manejo del estrés en el personal de rescate y atención a emergencias: prevención del Trastorno por Estrés Postraumático Secundario” concluye que el personal de rescate y atención del SINAPROC que participó del estudio padecía una cantidad significativa de síntomas asociados al estrés postraumático secundario con una intensidad leve, revelaban un buen grado de satisfacción con el trabajo de rescate y atención a emergencias y un riesgo bajo de *burnout*, pero con aparente tendencia a aumentar en el futuro. También pudo comprobar que había una disminución en los niveles de ansiedad como rasgo de personalidad en el personal del SINAPROC después de asistir a un entrenamiento en competencias de afrontamiento.

- ❖ En la Facultad de Medicina se realizó una investigación llamada “Prevalencia del Síndrome de *Burnout* en los docentes de escuelas primarias oficiales y particulares en dos corregimientos del distrito de La Chorrera”, 2004, realizada por la Licenciada Mérida Rodes. Esta investigación pretende ahondar en la prevalencia del constructo *burnout* desde la vertiente educativa, ya que es donde se han originado y desarrollado mayores esfuerzos de estudios a nivel mundial. También deseaba saber si existían diferencias estadísticas significativas entre el sector público y privado. Encontró una prevalencia del 12% del síndrome en los educadores encuestados, que es predominante en el sexo femenino (21), que atender más de un grado aumenta el riesgo de padecer

el síndrome, quienes tienen entre 5-9 años de servicio tienen más riesgo de *burnout*, el bajo salario, las debilidades en el sistema de desarrollo profesional, el nivel de ruido, la iluminación, la carga de trabajo y el número de estudiantes aumentan el riesgo de padecer de *burnout*.

- ❖ Los doctores **Christian Ortega Loubon**, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, **Roberto Salas** y **Ricardo Correa**, residentes de la Universidad de Miami, USA, realizaron un estudio en el Hospital Aquilino Tejeira de la Región de Salud de Coclé, llamado “Aspectos epidemiológicos del Síndrome de *Burnout* en el personal sanitario” (2011). Este es un estudio descriptivo, transversal. El universo correspondió a todo el personal sanitario que labora en el Hospital, emplearon la encuesta de Maslach para la medición de tres dimensiones del síndrome de burnout sobre una escala likert de seis puntos. Estudiaron 156 profesionales, la dimensión más determinante fue la baja realización personal con 31.4%, seguido de un 21.2% de cansancio emocional y 17.2% de despersonalización.

En este estudio se llegó a la conclusión de que la prevalencia del síndrome de *burnout* en el personal sanitario del Hospital Aquilino Tejeira fue de 4.5%. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la edad y el cansancio emocional; el cargo y la despersonalización; los años de trabajo, el cargo y la falta de realización personal. No se encontró relación entre las demás variables sociodemográficas y laborales sobre el síndrome, es inconsistente. Estos resultados demostrarían que las variables del ambiente laboral, sobre todo las de tipo motivacional y personal (habilidades de afrontamiento), inciden de manera más directa que las características demográficas de las personas.

En la tesis realizada por **Yaravis Garzón** en el año 2011, titulada “El Síndrome de *Burnout* en docentes del Centro Regional Universitario de Veraguas”, se investigó la relación entre el síndrome de *burnout* y las variables sexo, edad, área de conocimiento y años de servicio en una muestra de 192 docentes del Centro utilizando la prueba de Maslach (MBI). Se llegó a la conclusión que existen niveles bajos del síndrome de *burnout* en los docentes. Encontró diferencias significativas en la dimensión despersonalización por sexo, siendo los hombres los más afectados.

En cuanto a la edad en las mujeres y despersonalización, también resultó significativa, arrojando que a mayor edad, menor despersonalización. Además, pudo determinar que no existe relación entre ninguno de los niveles del *burnout* y el área de conocimiento y los años de servicio docente, así como tampoco entre la dimensión despersonalización en mujeres y la edad en los hombres.

- ❖ **Yandra Ávila** presentó su trabajo “Terapia cognitivo- conductual enfocada en disminuir los síntomas de ansiedad y del Síndrome de *Burnout* en enfermeras de la Región Metropolitana de Salud” del 2011. Estudio dirigido a crear conciencia de la importancia y repercusiones que el desgaste profesional o síndrome de *burnout*, es un proceso en el que el estrés y las ansiedades de cada día socavan gradualmente la salud física y mental del cuidador, afectando la atención que brinda y las relaciones personales.
  
- ❖ El trabajo presentado por **Gloria Grimaldo** para optar por el título de magíster en Docencia Superior, titulado “Factores psicológicos y sus efectos en el desempeño laboral de los docentes del Programa de Postgrado del nivel

superior de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Panamá”, del año 2005. Tiene el objetivo de valorar la presencia de factores

psicológicos y sus efectos en el desempeño de los docentes del Nivel Superior. Factores psicológicos que se agrupaban bajo el síndrome de estrés laboral. En este trabajo se llegó a la conclusión de que la población estudiada era mayoritariamente masculina (62%) y el 43% estaba entre los 56 a 65 años. En el nivel académico, 52.4% tenía maestría y el 47% doctorado. El 92% tenían niveles bajos de despersonalización y el 90.4% manifestaba cansancio emocional. Lo que indicaban la existencia de niveles latentes de estrés laboral en un nivel medio. Concluye que el nivel de estrés que presentan los docentes del Programa de Postgrado del Nivel Superior no afecta actualmente el desempeño laboral.

- ❖ De acuerdo con el artículo publicado por **Karin Caballero** en la Revista Siete del día 11 de agosto de 2011, que habla sobre el síndrome de *burnout*, plantea que se desconoce que se hayan realizado estudios generales sobre este síndrome en las áreas de trabajo, ya que no es reconocido legalmente como una enfermedad, por lo que no se brinda tratamiento ni se otorga tiempo de descanso obligatorio para su recuperación, tampoco se encuentra entre los diagnósticos profesionales. De este tema se tiene poca información lo que impide conocer datos sobre su prevalencia y su frecuencia en las diferentes profesiones de nuestro país.
  
- ❖ **Lilibeth Lao**, médica laboral en los Consultorios Médicos Paitilla, indica que existen personalidades más propensas a sufrir de exceso de estrés y así llegar al *burnout*. Personalidades con sensibilidad emocional alta, necesidad de los otros, dedicación al trabajo, idealismo, personalidad ansiosa y elevada autoexigencia son algunas de las características.

## **CAPÍTULO II**

### **ENCUADRE TEÓRICO: PSICOTERAPIA DE APOYO**

## **1. Psicoterapia general**

### **1.1 Orígenes de la psicoterapia**

La psicoterapia tiene su origen en la cultura occidental, como la medicina, la magia, la religión y la filosofía. La convivencia subjetiva y relacional en la que viven los individuos le generan problemas que podemos clasificar como: conducta normal y conducta anormal o socialmente desviada. El estudio de la conducta humana ha sido abordado y estudiado y han surgido distintas teorías cuyo objetivo es ayudar al ser humano a vivir y desenvolverse en la sociedad de manera asertiva y funcional, a través del logro de cambios o modificaciones en el comportamiento con su adaptación al entorno social.

El uso de la psicoterapia en el tratamiento de los trastornos del comportamiento, del pensamiento y las emociones humanas pueden observarse hasta en las sociedades primitivas. Los primeros tratamientos de los problemas mentales se remontan a la edad de piedra donde los métodos primitivos se caracterizaban por el miedo y la creencia supersticiosa en los demonios, brujería y la magia. Donde las causas de la anormalidad están conectadas a cuestiones sobrenaturales y místicas. También son de tipo animista, la enfermedad se debe a un fenómeno de posesión, un alma extraña que ocupa el lugar del alma del paciente. La ceremonia terapéutica consistía en un ritual, realizado por el hechicero o chaman, en presencia de la tribu, generalmente, cuyo objetivo era el retorno del alma del paciente y la expulsión del alma posesiva; el tratamiento más impresionante usado era el proceso de “trepanación”, que consistía en romper la cabeza del paciente para aliviar la tensión o liberar los malos espíritus.

En la edad media los “terapeutas” atribuían la conducta anormal a fuerzas sobrenaturales (posesión diabólica, maldiciones de brujas o magos). Para lo que recurrían a tratamientos psicoterapéuticos que consistían en oraciones, torturas, exorcismo e incluso la hoguera. La iglesia tuvo un papel fundamental al considerar los trastornos mentales como producto de una voluntad sobrenatural, del diablo. El pecado se convierte en la raíz de todo mal y la confesión en el procedimiento terapéutico para evitarlo. El castigo es la muerte (en la Santa Inquisición). El médico Robert Burton (1576-1640) era partidario de las causas psicológicas y sociales de la enfermedad mental y realzó las causas emocionales de estos trastornos. Thomas Sydenham (1624-1689) fue de los primeros en describir las neurosis y de afirmar que la histeria no estaba ligada a las mujeres exclusivamente.

En 1410, el padre Gilberto Gofré creó el primer hospital psiquiátrico de occidente en Valencia, donde se impartía una terapia ocupacional, similar a la que se brinda en la actualidad.

En Grecia y el mundo antiguo, la psicoterapia constituía la transición entre los métodos originales de la medicina mágica y la incipiente mentalidad racional. Lain (1958) plantea que en Grecia surge el origen de la psicoterapia actual, sus orígenes derivados de la tradición filosófica y médica. Se produce una transición desde el animismo hasta la mentalidad racional. Y en la antigua Grecia, Aristóteles y Platón reconocían el empleo del lenguaje para fines curativos.

Aristóteles denomina bálsamo a la palabra persuasiva, bajo cuya influencia el hombre “cambia de condición”. Gorgias y otros sofistas propusieron la aplicación técnica de la palabra para la curación de algunas enfermedades. (Feixas y Miró, 1993). Platón dijo que el discurso bello produce un estado de armonía en todas las

partes del alma (*sophrosyne*), que posee efectos somáticos beneficiosos y es la condición para que los fármacos sean eficaces. (López y Morales, 1970). Es también Grecia una de las principales cunas de la medicina occidental. El pensamiento racional produjo cambios relevantes en la concepción y clasificación de las enfermedades y la conducta anormal.

En la psicoterapia y la psicopatología, se mencionan dos nombres destacables del siglo XVII y principios del XIX ellos son: F. J. Gall (1758-1826) y A. Mesmer (1758-1826). Gall estaba convencido de que determinadas funciones corporales y emocionales y los rasgos del carácter estaban controladas por determinadas áreas del cerebro, mientras que la forma del cráneo se relacionaban con la extensión y preponderancia de las zonas cerebrales y con base en ello se podía estudiar el carácter. A este método diagnóstico le llamó “frenología”.

Mesmer le da un gran impulso a lo que actualmente se conoce como psicoterapia. Su aportación consistió en explicar la enfermedad mental como emanada de una causa natural y no del diablo. Apoyado por la ciencia defendió su creencia de que las personas enfermaban cuando ocurría un desequilibrio en el fluido de carácter magnético que poseían en su cuerpo. Básicamente su método consistía en colocar imanes cerca del paciente, la ingesta de fluido de hierro y pases de imanes por determinadas zonas del cuerpo.

En el campo de la psicología a partir de las dos guerras mundiales fue creciendo la intervención de los psicólogos en los asuntos sociales y públicos. Desde la selección de personal para el reclutamiento y selección de puestos hacia una labor más allá de la puramente diagnóstica. La psicoterapia pasó a ser campo de trabajo de los psicólogos, que adoptaron inicialmente en su mayoría la orientación psicoanalítica.

A partir de la Segunda Guerra Mundial, comienza a reconocerse socialmente el trabajo psicoterapéutico de los psicólogos y en la conferencia de Boulder (1949) se define el rol del psicólogo clínico que debe recibir formación en áreas como diagnóstico, investigación y terapia. Después de esto, la Asociación Psiquiátrica Americana defiende que esta solo debe ser practicada por médicos psiquiatras.

Los psicólogos comienzan a desarrollar modelos terapéuticos distintos al psicoanálisis. Carl Rogers crea en 1943 la terapia centrada en el cliente como alternativa nueva de psicoterapia; desde el ámbito académico se acentúa el conductismo y la terapia de conducta, la cual se propone que los trastornos mentales sin base orgánica son trastornos aprendidos y por lo tanto susceptibles de ser modificados con base en procedimientos de reaprendizaje. Los conductistas Eysenck, Skinner y Wolpe desarrollan esta nueva concepción de la psicoterapia. Las nuevas alternativas son la psicología humanista, entre las que se destaca C. Rogers, el modelo sistémico de terapia familiar (Bateson, Jackson, Halley, Minucia) y el modelo cognitivo (Ellis, Beck, Meichenbaum, Mahoney).

Las tendencias actuales en el campo de la investigación, según Seixas y Miró (1993):

- La tendencia a la investigación de resultados. La comprobación de que la psicoterapia es más efectiva que el placebo y el no tratamiento.
- La tendencia creciente hacia la terapia breve con base en criterios de economía terapéutica y social bajo criterios de efectividad y eficiencia.
- La tendencia hacia la búsqueda de modelos eclécticos e interactivos que den cuenta de lo anterior o seleccione el tipo de terapia en función del cliente-problema-terapeuta específico.

## 1.2 Definición

La psicoterapia es el tratamiento psicológico de pacientes adultos con dificultades emocionales o problemas psicológicos a través de la interacción y vínculo que se establece entre tratante y paciente, que implica la comunicación entre paciente y terapeuta y que emplea métodos con una base teórica, en la que se trabajan los temas de conflicto, sufrimiento, ambivalencia y preocupaciones personales por medio de las técnicas de intervención psicológica. La psicoterapia facilita cambios positivos de personalidad, de conducta y de ajuste.

La psicoterapia es cualquier técnica psicológica que facilita cambios positivos en la personalidad, la conducta o el ajuste, que incluye la interacción verbal entre un profesional de la salud mental y sus pacientes, de acuerdo con Dennis Coon, que cuentan con muchos métodos, como psicoanálisis, desensibilización, terapia Gestalt, terapia centrada en el cliente, terapia de la realidad, terapia conductual.

La psicoterapia puede ser definida como una relación entre dos personas (un paciente y un profesional) en donde el primero solicita orientación para resolver sus problemas, a un segundo que cuenta con experiencia y formación teórico-clínica en mejorar la calidad de vida. Implica la búsqueda de *insight* acerca de los orígenes de los problemas que sufre el paciente o de los propósitos que satisface la propia conducta indeseable.

En otras palabras, la psicoterapia consiste de una relación entre cliente y terapeuta, la cual es diseñada para crear una atmósfera de confianza que ayuda a disolver las defensas debilitantes del cliente.

Continúa diciendo Benito que para que una intervención sea considerada como terapéutica debe basar sus intervenciones en una teoría científica del funcionamiento y del cambio conductual y psicológico de las personas, presentar un conjunto de técnicas, capacidades o maneras para la promoción de una mejoría del motivo de consulta del paciente. Si no se establece un grupo de criterios claros aumentará la aparición de mecanismos “psicoterapéuticos” de dudosa naturaleza y sin aplicabilidad clínica comprobada.

Las psicoterapias pueden ofrecerse de diversas formas: individual, familiar, grupal y pueden diferir en aspectos como frecuencia de las sesiones y su grado de estructuración, la duración y los objetivos planteados.

La psicoterapia es un tratamiento que ejerce un profesional autorizado usando medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos en un contexto de una relación profesional.

De acuerdo con Alberto Peláez, la psicoterapia puede ser definida como la modificación de la conducta anormal y la promoción de conductas normales por medios psicológicos y actitudinales además del uso de experiencias correctivas. La psicoterapia es considerada como transaccional, ya que los procesos psicológicos se producen tanto de terapeuta a paciente como a la inversa, por innumerables transacciones.

Se caracteriza por el establecimiento de sesiones semanales, de una a cuatro citas semanales, según el caso y el modelo de trabajo del especialista, las citas tienen una duración de 45 a 50 minutos y su extensión en el tiempo depende de los objetivos que se plantean en el trabajo paciente y especialista, así como las cualidades que vaya adquiriendo el tratamiento en su curso. Se necesita una atmosfera que favorezca la

buena relación médico-enfermo, en la cual este sienta confianza suficiente para hablar sin temor y se sienta escuchado.

El término psicoterapia se refiere a intervenciones planificadas y estructuradas que tienen como objetivo influir sobre el comportamiento, el humor y los patrones emocionales a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. (World Health Report, 2001).

Según la APA (1995) la psicoterapia depende de la relación única entre el psiquiatra y el paciente. Emplea la comunicación verbal para tratar un amplio espectro de trastornos, disfunciones y malestares mentales. Muchas formas de psicoterapia derivan de dos modelos teóricos el psicoanálisis y la teoría del aprendizaje. Se puede impartir de forma individual, familiar o grupal dependiendo de las necesidades.

Es un proceso de descubrimiento cuyo objetivo es eliminar o controlar los síntomas perturbadores o dolorosos, de manera que el paciente pueda volver al funcionamiento normal. Implica una relación muy delicada entre el paciente y su psicoterapeuta, quien tiene gran cantidad de información confidencial, por lo que es sumamente importante seguir una serie de principios éticos y de funcionamiento, para lo cual existe un Código Deontológico del Psicólogo.

Aquí mencionaremos algunas líneas básicas de actuación que deben cumplirse:

- Respeto por la persona: toda persona posee dignidad y es insustituible.
- Protección de los derechos humanos: los derechos humanos son el fundamento ético sobre los que debe apoyarse la conducta profesional del psicólogo.
- Sentido de la responsabilidad: en relación con el papel del psicólogo al abordar la solicitud de ayuda del paciente en situación de fragilidad. La responsabilidad es amplia, por ejemplo, el psicólogo no debe abandonar a sus pacientes, debe

formarse y ser competente en su trabajo, no debe ingerir sustancias estimulantes y debe tener un buen estado mental.

- **Honestidad**: debe evitar el engaño, la estafa o fraude, no dejarse corromper, mantener una conducta razonable, ser modesto en el trato y decente en su actuación.
- **Sinceridad**: absoluta sinceridad al comunicar los datos, hechos y valorizaciones, basándose en la ciencia o en su experiencia.
- **Prudencia**: necesaria para dirigir las acciones y tratamientos para hacer el bien y procurar el bienestar de los pacientes.

Según la Canadian Psychiatric Association (2001), la psicoterapia consiste en una serie de procedimientos llevados a cabo por un médico entrenado para tratar enfermedades mentales, emocionales y psicosomáticas a través de la relación con el paciente en un encuadre individual, familiar o grupal, utilizando medios verbales o no verbales de comunicación.

La psicoterapia debe ser entendida según Meltzoff, J y Kornreich, M. (1970) como la aplicación planificada de técnicas derivadas de principios psicológicos establecidos por personas calificadas. A través del entrenamiento y la experiencia, para entender estos principios y aplicar estas técnicas con la intención de asistir a las personas para modificar características personales como sentimientos, valores, actitudes y comportamientos juzgados por el terapeuta como mal adaptativos.

La psicoterapia es el tratamiento, por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, según Wolberg, Lewis (1977), en la cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente para eliminar, modificar o retardar algún síntoma preexistente, mediatizar patrones de conductas perturbados y promover el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo.

Como un proceso interpersonal define Strupp H. (1978) la psicoterapia, que es diseñada para generar modificaciones de sentimientos, cogniciones, actitudes y comportamientos problemáticos para la persona que busca ayuda en un profesional capacitado.

La psicoterapia es definida por Kolb (1982) como el tratamiento de los problemas y los trastornos emocionales y de la personalidad por medios psicológicos. Para tratar estos problemas y trastornos y ayudar a los pacientes a transformarse en personas maduras, satisfechas e independientes, pueden utilizarse muchas técnicas distintas. Pero, un factor importante común a todas ellas es la relación entre el paciente y el terapeuta con sus experiencias interpersonales. Freud fue el primero en comprender y describir el proceso psicoterapéutico como una experiencia interpersonal entre el paciente y el terapeuta.

De acuerdo con la definición de Joan Coderch, la psicoterapia es aquella actividad con fines curativos, realizada por un profesional capacitado y entrenado para ella, que utiliza medios psicológicos para tratar y entender los sufrimientos emocionales de los seres humanos.

Fernández Liria y sus colaboradores en el 2002 definen la psicoterapia como un proceso de comunicación interpersonal entre un sujeto que necesita ayuda y un profesional experto (terapeuta), cuyo objetivo es lograr cambios para mejorar la salud mental del paciente.

La psicoterapia es definida por Freud como un tratamiento psíquico de los trastornos anímicos y corporales con medios que actúan directa e indirectamente sobre lo anímico del ser humano.

En la Enciclopedia de Psicología para Todos, aparece definida la psicoterapia como un proceso en el que una persona ayuda a otra. Es decir, un profesional que le presta sus conocimientos a una persona con problemas psicológicos utilizando métodos basados en teorías psicológicas para conocer la naturaleza del problema y poder diseñar la manera más eficaz para resolverlo.

Para Lambert M. J., la psicoterapia es una relación entre personas involucradas en un proceso compartido, en la cual uno o varios es definido como alguien que necesita asistencia específica para así mejorar el funcionamiento o como personas apoyadas por personal capacitado para brindar asistencia. A esto, Orlinsky, Ronnestad y Willutzki opinan que a esta se le deben agregar las aclaraciones siguientes en cuanto a la relación terapéutica: se debe incluir todo lo que ocurre entre el terapeuta y el paciente dentro o fuera de la sesión, en lo que se refiere al mejoramiento del funcionamiento de las personas, no debemos limitar su uso a personas que cumplen con un diagnóstico de trastorno o discapacidad, también se deben incluir personas que buscan desarrollo emocional, controlar conductas desadaptativas o desarrollar aspectos espirituales y una filosofía de vida. Y que quienes se encarguen de brindar el servicio deben estar acreditados y tener una certificación de un centro de enseñanza.

Psicoterapia, según la definición dada por Friederich Dorsch en su “Diccionario de Psicología”, es un tratamiento de las enfermedades psíquicas o de los trastornos fisiológicos de origen psíquico mediante métodos psicológicos.

Hablamos de psicoterapia cuando se cumplen las siguientes condiciones:

- Se establece una relación interpersonal de tipo prolongado entre dos o más personas.
- Uno de los participantes ha tenido una experiencia y/o entrenamiento especial en el manejo de las relaciones humanas.

- Uno o más de los participantes ha entrado en relación por un sentimiento de insatisfacción en su ajuste emocional y/o interpersonal.
- Los métodos usados son de naturaleza psicológica (sugestión, explicitación, persuasión).
- El terapeuta procede de acuerdo con alguna teoría formal sobre el desorden mental en general y el desorden específico del paciente en particular.
- El propósito del proceso es el mejoramiento de las dificultades que llevaron al paciente a buscar la ayuda de un terapeuta.

En conclusión, la psicoterapia es un tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de las manifestaciones físicas o psíquicas del sufrimiento humano, origina el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación a su entorno social, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial de las personas de forma individual, grupal y familiar para mejorar su calidad de vida, por medio de un cambio en sus actitudes, pensamientos y conducta.

### **1.3 Objetivos de la psicoterapia**

La psicoterapia promueve el cambio o modifica las conductas o actitudes que afectan al individuo en su adaptación a su ámbito social, le ayuda a actuar de manera asertiva en su vida, con la integración de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial, consiguiendo una vida más agradable y funcional.

Los objetivos de la psicoterapia, de acuerdo con Seligman (1998), son el fortalecimiento psíquico y emocional del individuo para el afrontamiento de la vida y sus dificultades, en formas más adaptativas y beneficiosas para la consecución de su bienestar personal, familiar, de pareja, social y ocupacional; restaurar la esperanza,

alentar y generar optimismo; lograr el *insight*, resolver conflictos, mejorar el sentido del yo, cambiar los patrones inaceptables de la conducta, encontrar un propósito en la vida, mejorar las relaciones interpersonales y aprender a abordar los problemas de forma racional.

La psicoterapia es un proceso de descubrimiento cuyo objetivo es eliminar o controlar síntomas perturbadores o dolorosos de modo que el paciente pueda volver a un funcionamiento “normal”.

Permite que la persona tenga una mayor comprensión y conocimiento de sí mismo, de su entorno y las relaciones que establece con este, logra cambios positivos en distintas áreas de su vida, contribuye a superar desafíos, resolver problemas, así como a superar momentos de crisis, aprender a contactar y tramitar emociones, como la tristeza, el miedo, la ira y la ansiedad, y a fortalecer su autoestima y concepto de sí mismo.

Algunos objetivos de la psicoterapia son:

- **Eliminar el sufrimiento** del paciente, así como descartar las dificultades impuestas por los síntomas.
- **Modificar:** la motivación inadecuada, la disminución de la fuerza del yo, las limitaciones del tiempo y la economía del paciente imponen límites a la ayuda que se puede brindar al paciente y esto produce que lo que se logra sea una modificación de los síntomas del paciente, más que la cura.
- **Retardar:** algunas formas malignas de enfermedad emocional (trastornos esquizofrénicos), aunque la psicoterapia sea bien aplicada solo sirve para retardar un proceso deteriorante.

#### **1.4 ¿Qué tipos de problemas se tratan con psicoterapia?**

Los motivos más frecuentes de consulta son:

1. Depresión, tristeza, duelos por pérdidas o cambios significativos de vida.
2. Ansiedad, estrés, ataques de pánico, fobias, angustia.
3. Problemas con las relaciones familiares, sociales y de parejas.
4. Conflictos y malestar laboral, académico y ocupacional.
5. Problemas de autoestima, inseguridad en sí mismo, bajo autoconcepto.
6. Sentimientos de culpa, ambivalencia por choque de ideas, valores, deseos.
7. Confusión personal respecto a proyectos de vida y dificultad para tomar caminos.
8. Trastornos psiquiátricos: alimentarios, del estado de ánimo, psicóticos, de personalidad y adicciones.

También la psicoterapia puede ayudar a:

- Entender su enfermedad.
- Definir y alcanzar objetivos de bienestar.
- Superar temores o inseguridades.
- Manejar el estrés
- Comprender sus experiencias traumáticas pasadas.
- Separar su verdadera personalidad de los cambios en su estado de ánimo ocasionados por la enfermedad.
- Identificar los desencadenantes que pueden agravar los síntomas.
- Mejorar sus relaciones con familia y amigos.
- Instalar una rutina estable y confiable.
- Desarrollar un plan para enfrentar la crisis.
- Comprender por qué las cosas le molestan y qué hacer para evitarlo.
- Poner fin a los hábitos destructivos (alcoholismo, el despilfarro, la drogadicción, conductas sexuales peligrosas).

### 1.5 Proceso psicoterapéutico y sus fases

La finalidad de la psicoterapia de apoyo es contener la ansiedad del paciente, ofrecerle un lugar donde se le escuche, en el que trate confidencialmente sus problemas y reciba la orientación de cómo afrontarlos. Crear un espacio de cordialidad, escucha activa, asertividad y flexibilidad, donde el paciente esté cómodo y pueda expresar sus síntomas, problemas, temores, enfatizando la confidencialidad.

Existe una primera fase. El momento de énfasis en el contacto: en este primer momento se debe tratar de establecer el *rapport*, detectar el sufrimiento de la persona que acude en busca de ayuda, explorar los niveles de introspección y demostrar habilidad. Podemos dividir esta fase en tres etapas: la primera, el momento social, de saludo y toma de datos; la segunda etapa consiste en detectar el motivo por el cual el paciente solicita ayuda, mostrar empatía, buscar un marco de referencia del paciente y su problema, y en la tercera etapa se trata de definir concretamente el posible problema.

Para Fisch y Weakland (1982), el objetivo del terapeuta en la entrevista inicial consiste en recoger información sobre los factores esenciales de cada caso: la naturaleza de la enfermedad, cómo se está haciendo frente al problema, los objetivos del paciente, la actitud y el lenguaje que utiliza.

Establecer una adecuada relación entre el terapeuta y el paciente determina el éxito o el fracaso de la evaluación y el tratamiento. El terapeuta debe lograr que el paciente hable de su problema, de su historia con sus propias palabras conservando un ambiente natural y relajado, que permita que tanto terapeuta como paciente permanezcan tranquilos. Esto para formarse un juicio del paciente, de sus problemas e iniciar una buena relación terapéutica, sin llegar a un diagnóstico inmediato.

Primero, el terapeuta debe presentarse y preguntar el nombre del paciente, luego debe tratar de captar el lenguaje del paciente y utilizarlo para establecer el *rapport*. Hay que reconocer las señales del paciente como el lenguaje corporal, el lenguaje verbal y no verbal, que a menudo es difícil controlar, ya que indican los sentimientos del paciente y permiten establecer una buena relación. Se debe explorar el sufrimiento del paciente, responder con empatía, establecer los objetivos (uno que se discute con el paciente y otro terapéutico), basado en la naturaleza de la enfermedad y demostrar pericia.

En la segunda fase, se hace énfasis en el diagnóstico: sus funciones son organizar los datos recibidos, entender o captar lo significativo, predecir el curso, ayudar a seleccionar las estrategias de intervención más adecuadas y facilitar la comunicación entre los trabajadores de la salud. El diagnóstico debe servir para la preparación específica de un tratamiento. El diagnóstico se valora según la ayuda que presta la aplicación efectiva de un tratamiento determinado.

Según Pérez es sumamente importante el establecimiento de un posible diagnóstico para definir el plan de tratamiento racional y el pronóstico del curso de la enfermedad del paciente. Este debe basarse en la historia psiquiátrica, el examen del estado mental, el examen físico y neurológico, los test psicológicos y los exámenes de laboratorio. Se debe tomar en cuenta la edad, la situación vital, los rasgos de la personalidad, el nivel de instrucción, las habilidades y las capacidades del paciente.

En la tercera fase, el énfasis está en las intervenciones fundamentales para producir un cambio.

Los ingredientes esenciales de toda psicoterapia son:

→ Por parte del terapeuta:

- a. Un auténtico interés por el paciente como persona.
- b. Respeto por el paciente.
- c. Contacto cálido.
- d. Tolerancia y aceptación del paciente, evitando los prejuicios.
- e. Receptividad y capacidad de escuchar al paciente.
- f. Empatía.
- g. Especificación real de las propias limitaciones y recursos.

→ Por parte del paciente:

- a. Confianza en el terapeuta.
- b. Cooperación en el buen desarrollo del trabajo terapéutico.
- c. Comprensión de los objetivos y de los métodos del tratamiento que proponga el terapeuta.
- d. Motivación real para efectuar el cambio necesario.

→ En la propia relación terapéutica:

- a. Delimitación del cómo y cuándo de las sesiones.
- b. Contrato que delimite los objetivos, los medios para conseguirlos, las expectativas que el paciente tiene del terapeuta y el terapeuta del paciente.

## **1.6 Práctica de la psicoterapia**

La psicoterapia de apoyo no solo consiste en “hablar de sus problemas”, también implica la búsqueda de soluciones. Algunas incluyen tareas para realizar en el hogar como tomar nota de sus estados de ánimo, escribir sus problemas y las posibles

soluciones, escribir sus pensamientos o sus sueños, participar en actividades sociales que antes le generaban angustia, practicar la relajación o aprender nuevas formas de reaccionar ante eventos o personas.

En la actualidad, casi todas las psicoterapias son breves y se enfocan en los pensamientos, sentimientos y problemas actuales de la persona. Enfocarse en el pasado puede ayudar a explicar por qué pueden suceder algunas cosas en su vida, pero enfocarse en el presente lo puede ayudar a encarar el presente y prepararse para el futuro.

Con la ayuda del terapeuta, el paciente aprenderá a resolver sus problemas y evitar los desencadenantes, por lo que las citas ya no necesitan ser tan frecuentes y se harán cada vez más esporádicas.

La psicoterapia es una herramienta terapéutica indispensable en el tratamiento de los trastornos mentales, ya sea sola o como complemento al tratamiento farmacológico. Se basa en la relación profesional y humana del paciente con su especialista. Se usan procedimientos psicológicos y conocimientos sobre el psiquismo para provocar cambios a nivel psíquico, aliviando el sufrimiento y promoviendo el crecimiento personal.

#### Niveles de intervención terapéutica:

- Primer nivel: apoyo emocional, mediante el establecimiento de la relación terapéutica, en la cual el paciente no se sienta juzgado, sino apoyado y ayudado para poder afrontar los conflictos en un ambiente donde se respeten sus temores y necesidades.

- Segundo nivel: *counseling* o asesoramiento y técnicas de solución de problemas. Técnicas que buscan aumentar las capacidades resolutivas del paciente en situaciones de crisis.
- Tercer nivel: psicoterapia reglada, con modelos específicos, cuando hay presencia de un trastorno mental.

La psicoterapia de apoyo o ayuda psicológica no reglada es la más sencilla y la que debemos usar en la atención primaria, ya sea como única técnica de abordaje o como base estructural para cualquier otra forma de psicoterapia. (relación de apoyo).

### 1.7 Enfoques

La determinación de las psicoterapias es muy complicada, así como la estimación de su número. En Estados Unidos, en los años 1960, había 60; en 1975, 125; y en 1986, más o menos 400, y continúa creciendo el número, aunque se pueden identificar “familias de psicoterapias” con elementos en común. De acuerdo con Garfield y Bergin (1994), actualmente existen más de 400 dispositivos de psicoterapia y dentro del mismo psicoanálisis existen cerca de 200 variantes, lo que demuestra que el campo de la psicoterapia ha crecido y se ha diversificado ampliamente.

Entre los principales tipos de psicoterapia tenemos:

- Terapia de la conducta: modifica la funcionalidad de la conducta. Forma de tratamiento psicológico derivado de la investigación de laboratorio desde el enfoque de conducta. Lo que hoy se conoce como la terapia de la conducta, es en realidad la integración de varias líneas de investigación, entre las más notables están:

- La línea de investigación dentro del paradigma de la inhibición recíproca, cuyo mayor representante fue Joseph Wolpe.
  - La línea que investigaba dentro del paradigma operante, con su mayor representante B. F. Skinner.
  - La línea de las terapias cognitivas, como la TREC (Albert Ellis) y la TCC (Aaron Beck).
- 
- Terapia cognitiva: modifica los esquemas de pensamiento. Su premisa central es que los hombres sufren por la interpretación que realizan de los sucesos y no por estos en sí mismos. Durante el proceso terapéutico se busca que el paciente flexibilice la adscripción de significados y encuentre él mismo interpretaciones más funcionales y adaptativas.
  
  - Terapia cognitivo-conductual: mezcla ambos planteamientos, ya que sus fundamentos no son del todo contradictorios y permiten complementarse. Forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. La TCC le puede ayudar a cambiar cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de otras "terapias habladas", la TCC se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora".

En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora. Se originó para combatir contra la depresión y la ansiedad. Su fundamento está en la identificación y modificación de pensamientos desadaptativos o patrones inadecuados de conducta, mediante el uso de los principios básicos del aprendizaje, para reducir o eliminar conductas o sentimientos negativos, modificando los procesos cognitivos asociados a conductas y sentimientos.

- **Psicodinámica:** es un enfoque particular de psicoterapia que utiliza conceptos psicodinámicos y un estilo de comunicación que, según la modalidad, hace más o menos uso de la asociación libre y de la abstinencia del terapeuta. Se deriva del psicoanálisis, del cual surge como modificación para una mayor brevedad, por medio de la focalización de la intervención en ciertos conflictos destacados en la condición actual del consultante. Todas las corrientes psicodinámicas coinciden en la importancia del fenómeno de la transferencia/contratransferencia como elemento fundamental para el análisis, y se usa como principal elemento "curativo" a la interpretación, que es la única que permite hacer consciente lo inconsciente y colocar el conflicto psíquico en un lugar desde el cual pueda ser reaprehendido y trabajado por el paciente a través del insight y la elaboración. Tiene como propósito incidir en la estructura y funcionamiento del aparato psíquico, con el fin de regular apropiadamente la conformación de la personalidad del ser humano.
- **Terapia gestáltica:** consiste en atender a otro ser humano de forma que permita ser lo que realmente es, según Kierkegaard, "con fundamento en el poder que lo constituye". Terapia existencialista, que se ocupa de los problemas provocados por nuestra aversión a aceptar nuestra responsabilidad de lo que somos y lo que hacemos. Su propósito es restaurar las partes perdidas de la personalidad y por medio de ella recuperar la experiencia y funcionamiento rechazados. La terapia de la Gestalt revela al individuo de momento a momento, cuándo desempeña la función de negar partes de sí mismo o de evadirse de su mundo hasta que, a través de la terapia, descubre de forma inequívoca cómo ha evolucionado. Lo que le importa al terapeuta de la Gestalt es la esencia de la "unidad", el molde de la persona dentro del mundo.

- Valoración de la actualidad: se pretende que el sujeto no se refugie en el pasado.
  - Valoración de la conciencia y aceptación de la experiencia: más allá de los discursos intelectuales y las interpretaciones.
  - Valoración de la responsabilidad o integridad: cada uno es responsable de conducta.
- **Sistémica**: disciplina terapéutica que se aplica para el tratamiento de disfunciones, trastornos y enfermedades concebidas como expresión de las alteraciones en las interacciones, estilos relacionales y patrones de comunicación humano. Busca entender y analizar cómo un sistema se ve a sí mismo dentro de su realidad, a partir del contexto que le rodea, lo cual incluye principios, normas sociales, valores, educación, elementos culturales en que se desenvuelve el sistema familiar. Se hacen intervenciones retomando recursos que ayudan a la familia a esclarecer su forma de vivir. El método terapéutico consiste en incluir un cambio en la estructura y funcionamiento familiar para aumentar la capacidad del sistema para enfrentar la nueva situación. Cambio que se dirige a modificar los patrones de las relaciones familiares disfuncionales. Debe participar toda la familia, sus métodos incluyen el genograma, las prescripciones paradójicas, los rituales, las representaciones de roles y las preguntas circulares.
  - **Integrativa**: adopta una actitud hacia la práctica de la psicoterapia que declara el valor inherente de cada individuo. Es una psicoterapia de unificación que responde de forma apropiada y eficaz a la persona en el plano afectivo, conductual, cognitivo y fisiológico de su funcionamiento; también trata la dimensión espiritual de la vida, con una conciencia de los aspectos sociales y transpersonales de los sistemas que rodean a la persona.

Estos conceptos se utilizan dentro de una perspectiva evolutiva del ser humano en la que cada fase vital presenta tareas propias del desarrollo, necesidades, sensibilidades, crisis y oportunidades para un nuevo aprendizaje.

- **Humanista:** corriente dentro de la psicología de la posmodernidad, que nació como parte de un movimiento cultural más general originado en los Estados Unidos en los años sesenta y que implica planteamientos en esferas como la política, las artes y el movimiento social denominado “contracultura”. La psicología humanista es una escuela que pone de relieve la experiencia no verbal y los estados alterados de conciencia como medio de realizar el pleno potencial humano. El principal cuestionamiento que se le ha hecho a las aproximaciones psicológicas de esta corriente es su falta de rigor teórico. Motivado principalmente por la crítica a los modelos académicos de adquisición del conocimiento, los psicólogos humanistas privilegiaron la experiencia directa y el aprendizaje vivencial en sus centros de formación.
- **Terapia familiar:** en esta terapia los miembros de la familia: marido, esposa y los hijos trabajan en grupo para resolver los problemas de sus miembros. De acuerdo con Pinsof, Wynne y Hambright (1996), dura poco tiempo y se centra en problemas concretos como pleitos frecuentes o adolescentes deprimidos.

Los terapeutas familiares creen que los problemas rara vez se limitan a un solo miembro y que los cambios de un miembro durarán poco si el sistema familiar permanece inalterado. El terapeuta trata a la familia como una unidad, pero no siempre se reúne con todos los integrantes en cada sesión.

- **Terapia existencialista:** según los cuales “ser en el mundo” crea conflictos profundos. Se centra en los problemas de la vida, como: el significado, la decisión y la responsabilidad. Favorece el conocimiento de uno mismo y la autorrealización, pone de manifiesto el libre albedrío, la capacidad humana de tomar decisiones, es decir, cree que podemos elegir convertirnos en la persona que queremos ser.

Tratan de infundir coraje a sus pacientes para que tomen decisiones satisfactorias y socialmente constructivas. Se centran en temas como la muerte, la libertad, el aislamiento y la futilidad según Yalom (1980). Un ejemplo de este tipo de terapia es la logoterapia de Víctor Frankl, que hace énfasis en la necesidad de encontrar el significado de la vida y mantenerlo. Los terapeutas existencialistas ayudan al paciente a descubrir las limitaciones autoimpuestas a su identidad personal. Según Bugental y Sterling (1995), para que tengan éxito debe aceptarse plenamente el reto de cambiar su vida.

Un aspecto central de la terapia existencialista para Gerwood (1998) es la confrontación donde se invita al paciente a examinar sus valores y decisiones para que asuma la responsabilidad de la calidad de su vida. Cuando la terapia tiene éxito crea un renovado sentido de propósito y una reconsideración de lo que es importante en la vida.

En nuestros días la mayoría de los psicólogos clínicos (54%) declaran usar una orientación ecléctica, es decir, usan diversos métodos terapéuticos, de acuerdo con las necesidades del caso.

Según Kendall (1992), hay diversos tipos de psicoterapia, pero todos ellos tienen en común cuatro características:

- El psicoterapeuta establece una relación genuina y cuidadosa con el paciente.
- El psicoterapeuta lo ayuda a emprender una autoexplicación psicológica.
- El psicoterapeuta y el paciente trabajan en equipo para establecer objetivos cuyo fin es resolver los problemas psicológicos del paciente y mejorar su desenvolvimiento personal.
- El psicoterapeuta enseña al paciente técnicas para hacer frente a la tensión y controlar su vida de forma autónoma y eficaz.

Existen diferentes formas de psicoterapia que se basan en marcos teóricos diferentes, denominados enfoques. Presentamos algunos de estos enfoques terapéuticos más utilizados:

1. **Psicoterapia reconstructiva:** se centra en la reestructuración emocional y cognitiva del paciente. Busca un cambio de carácter o estructura psicológica; no se limita al control de un síntoma, usa la indagación profunda en los orígenes más tempranos del conflicto.
  - a. Psicoanálisis (Sigmund Freud); puede requerir de varios años de terapia e incluye todos los aspectos de la vida del paciente.
  - b. Modificaciones del psicoanálisis: terapia de juego analítico (Anna Freud), análisis del carácter (Wilhelm Reich), análisis cognitivo (Jean Piaget), análisis existencial (Ludwing Binswanger) y análisis transaccional (Eric Berne).
  - c. Estrategias de grupo: psicodrama (J. L. Moreno), psicoanálisis en grupos (Alexander Wolf) y psicoanálisis ortodoxo (S. R. Slavson).

2. **Terapia reeducativa:** pretende un cambio a nivel de conducta en busca de una mayor adaptabilidad y funcionalidad de acuerdo con la realidad del individuo. Se centra en la exploración de nuevas formas de percepción y conducta (individual o en grupo), por ejemplo, la terapia centrada en el paciente (Carl Rogers), la terapia conductista (Iván Pavlov, B. F. Skinner, J. B. Watson) y la terapia cognitiva-conductual (Aaron Beck).
  
3. **Terapia de apoyo:** se centra en el refuerzo de la autoestima del paciente, de su capacidad de adaptación y de su sensación de bienestar emocional. Puede hacerse en un periodo corto de tiempo o de forma intermitente durante años (de forma individual o en grupo). Ejemplos de ella son la terapia cognitiva breve, la terapia breve centrada en la solución y la terapia de aflicción, adaptaciones de formas de terapia más convencionales.
  
4. Algunos autores hablan de **terapias de *insight***: las cuales difieren entre sí por su orientación y metodología, cuya meta fundamental es brindar al cliente un mayor conocimiento de sus sentimientos, motivaciones y acciones. Las principales terapias de *insight* son el psicoanálisis, la centrada en el cliente, la racional-emotiva, las conductuales (que se basan en la suposición de que todo comportamiento normal o anormal se aprende).

### **1.8 Dimensiones psicoterapéuticas**

**Terapia individual:** participan un terapeuta y un paciente, dentro de esta categoría pueden considerarse cualquier enfoque, pues solo necesita cumplir este requisito numérico. Esta modalidad permite profundizar en la exploración psíquica e histórica. Es un acompañamiento terapéutico dirigido a una persona que plantea un problema o enfrenta un malestar en su vida y necesita ayuda.

Por lo que acude a sesiones de poco más o menos de una hora, en las que expresa libremente sus pensamientos y emociones sobre lo que está viviendo, creándose un espacio de intimidad y confianza entre el terapeuta y la persona.

- **Terapia grupal:** es un tratamiento en el que los pacientes, seleccionados a partir de ciertos criterios, forman un grupo coordinado por un terapeuta experto, para ayudarse unos a otros a efectuar cambios y superar problemas. Permite la resolución directamente en el grupo de las transferencias múltiples que experimentan los pacientes y que pueden ser exploradas simultáneamente. Tiene la facultad de eliminar inmediatamente las resistencias (aislamiento, sospecha, seducción, intelectualización, arrogancia, impulsividad). Se utilizan diferentes enfoques en la terapia de grupo dependiendo de las necesidades de las personas. Permite que aparezcan comportamientos que en las sesiones individuales no se presentarían. Las diferencias individuales pueden provocar la aparición de múltiples resistencias, que los miembros del grupo retroalimentan mutuamente.

Entre sus ventajas están que el individuo puede representar o experimentar directamente los problemas y que los miembros del grupo con problemas similares brinden soporte y opiniones útiles. Es decir, la oportunidad de obtener información inmediata de parte de sus compañeros sobre las situaciones que experimenta y la oportunidad para el paciente y para el terapeuta de observar las respuestas psicológicas, emocionales y conductuales del sujeto frente a determinados temas o situaciones. También, según MCluskey (2002), la terapia de grupo contribuye eficazmente a entender las relaciones interpersonales. Además es una modalidad económica y suele necesitarse de un tiempo menor para ir experimentando modificaciones en uno mismo y en las personas que lo rodean.

- **Terapia de *insight*:** cuyo objetivo es lograr que el paciente conozca mejor sus emociones, pensamientos y conducta.
- **Terapia de acción:** cuyo fin es conseguir cambios directos de los pensamientos, hábitos, sentimientos o conducta alterados, sin tratar de penetrar en su origen ni significado.
- **Terapia directiva:** técnica en que el terapeuta ofrece una orientación decisiva. En la psicoterapia tradicional, el papel del terapeuta sitúa al paciente en una relación de dependencia. Todo lo que sea iniciativa o creatividad es acaparado por el experto. La directividad puede ser definida como aquellas intervenciones del terapeuta que, intencionadamente o no, en una sesión intentan dirigir, influir o modelar las respuestas naturales o el actuar del paciente, tanto dentro como fuera de esta.

Para Bischoff y Tracey (1995), la psicoterapia directiva es:

- a. Cualquier intento del terapeuta de liderar, dirigir o controlar la actividad verbal en la terapia.
- b. Cualquier declaración de desafío o confrontación al cliente.

Las conductas directivas serían enseñar, estructurar, confrontar o desafiar, preguntar o informar directivamente e interpretar directivamente al cliente.

- **Terapia no directiva:** estilo de terapia en que los pacientes asumen la responsabilidad de resolver sus propios problemas; sus terapeutas lo ayudan, pero no los guían ni aconsejan. Es una actitud hacia el cliente. Actitud por la que el terapeuta se rehúsa a orientar al cliente en una dirección determinada y a considerar que el cliente debe pensar, sentir o actuar de una manera determinada, actitud por la cual el terapeuta testimonia que tiene confianza en las capacidades de autodirección de su cliente.

- **Terapia de tiempo limitado:** terapia iniciada con la expectativa de que dure un número reducido de sesiones.
- **Terapia de apoyo:** técnica en que el terapeuta se propone ofrecer apoyo en vez de promover el cambio personal.

A continuación, presentaremos la Tabla N. °3 que incluye un resumen de las diferencias fundamentales entre las distintas terapias:

**Tabla N. °3. Diferencias fundamentales entre las distintas terapias.**

Terapia	¿ <i>Insight</i> o acción?	¿Directiva o no directiva?	¿Individual o de grupo?	Enfoque de la terapia
Psicoanálisis	<i>Insight</i>	Directiva	Individual	Búsqueda de sinceridad
Terapia psicodinámica breve	<i>Insight</i>	Directiva	Individual	Uso constructivo del conflicto
Terapia centrada en el cliente	<i>Insight</i>	No directiva	Ambos	Aceptación, empatía
Terapia existencial	<i>Insight</i>	Ambos	Individual	Facultamiento personal
Terapia Gestalt	<i>Insight</i>	Directiva	Ambos	Hincapié en la conciencia inmediata
Terapia conductual	Acción	Directiva	Ambos	Cambios observables de la conducta
Terapia cognoscitiva	Acción	Directiva	Individual	Orientación constructiva
Terapia conductual racional-emotiva	Acción	Directiva	Individual	Claridad de pensamiento y de metas
Psicodrama	<i>Insight</i>	Directiva	De grupo	Representaciones constructivas
Terapia familiar	Ambas	Directiva	De grupo	Responsabilidad compartida de los problemas.

## **1.9 Eficacia**

De acuerdo con la guía del National Institute of Mental Health de Gran Bretaña (2004), las terapias psicológicas son importantes para el cuidado de la salud mental. Existen datos de su eficacia en la atención primaria en trastornos de ansiedad, depresivos, adaptativos y somáticos, ya sea como tratamiento único o en combinación con medicamentos.

Los trastornos para los que hay evidencia clara de su eficacia son: la depresión mayor, la ansiedad generalizada, las fobias (social), los trastornos obsesivo-compulsivos, el trastorno por estrés postraumático, los trastornos alimentarios, los programas de intervención familiar en esquizofrenia, trastornos de personalidad, abuso de alcohol y cocaína y disfunciones sexuales. Al igual se comprueba la eficacia en grupos como niños y en la tercera edad.

Los cambios que se logran a través de la psicoterapia, de acuerdo con estudios sobre la eficacia (resultados obtenidos en condiciones ideales) y efectividad (resultados en las condiciones en las que se da la práctica en la realidad) de la psicoterapia, muestran desde el inicio que el 80% de los pacientes estaban mejor que los no tratados. Estos cambios continúan después que se termina la terapia y tienen significación estadística y clínica.

También ha demostrado ser eficiente desde el punto de vista costo-beneficio. Gabbard mostró que al incluir la psicoterapia en el tratamiento se reducen los gastos de tratamientos posteriores y aumenta la productividad laboral.

**PSICOTERAPIA DE APOYO**

“La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas.”

Sigmund Freud

## 2 Psicoterapia de Apoyo con modelo Psicodinámico

### 2.1 Definición

<p>“La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas” Sigmund Freud</p>
---

Es la más empleada en la clínica, pero hay pocos manuales sobre su técnica y la investigación es escasa, según Ariel Alarcón Prada, un médico psiquiatra y psicoanalista de la Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia. Tiene sus raíces en el psicoanálisis. En la actualidad muchas escuelas psicoterapéuticas, enfoques y técnicas la usan.

La psicoterapia de apoyo requiere la comprensión del papel de la historia del paciente en la formación de sus síntomas, así como el manejo de los efectos de la alianza de trabajo y la transferencia en la relación paciente-terapeuta. Para Noyes y Kelb (1975) es una técnica terapéutica especialmente útil cuando es necesario tomar medidas inmediatas para aliviar a un paciente de quien se sabe poco y que sufre de angustia incontrolable. Es un importante procedimiento técnico para el manejo de las alteraciones agudas de la personalidad. Se busca el equilibrio psicodinámico perdido.

La psicoterapia de apoyo es una técnica que utiliza una serie de recursos que, de acuerdo con Julio Grimaldo Pérez (1995), están destinados a restituir o reforzar las defensas del yo, en pacientes cuyo marco perceptivo está mal integrado, enseñándole a enfrentar con éxito sus problemas emocionales. Su objetivo básico es que el paciente regrese a un nivel de equilibrio emocional, a través de la disminución de los síntomas que generan ansiedad.

Para Alberto Perales (1986), es una técnica psicológica que se basa en una relación emocional médico-paciente positiva, en la que el terapeuta utiliza una actitud receptiva como aliento constante a la persona para que pueda mitigar o eliminar las emociones psicotóxicas (término usado en sentido figurado para referirse a aquella emoción que es normal en su calidad, pero anormal en su duración, frecuencia o

intensidad, con una descarga inadecuada, que tiene efectos nocivos para el organismo o la conducta adaptativa), como la angustia, la vergüenza, la culpa, cuyo objetivo es el alivio sintomático y la resolución de problemas actuales, estimulando la actualización de las potencialidades del paciente. Es una terapia de yo a yo, realizada frente a frente.

El término psicoterapia de apoyo se ha usado en la literatura en dos sentidos:

1. Se caracterizaba por ser un tratamiento indicado para los pacientes más trastornados, que debían ser instruidos, tranquilizados y apoyados por alguien fuerte; eran personas que no estaban capacitadas para recibir una terapia intensiva, que era considerada como el tratamiento universal para todo aquel que fuese inteligente e íntegro.
2. La segunda definición de origen reciente presenta una aproximación orientada psicoanalíticamente, adecuada a una amplia variedad de problemas. Su estilo es dialogado, generalmente no se interpreta; se apoyan las defensas, a menos que sean desadaptativas. Se busca minimizar la frustración y la ansiedad.

La psicoterapia de apoyo se enfoca en el aquí y el ahora, en el presente, busca establecer una relación terapéutica que ayude a la persona en momentos de transición y que sirva de apoyo para procesos adaptativos. También está indicada para trastornos del afecto, como la depresión, la ansiedad y para personas que no puedan someterse a otro tipo de proceso terapéutico.

La técnica psicoterapéutica, según Pancheri(1982), se basa en tres objetivos:

- Reducir la ansiedad y la agresividad.
- Aumento de la capacidad de análisis de sus relaciones interpersonales.
- Aumento de la capacidad de introspección.

Busca reforzar las defensas sanas para que la persona enfrente del mejor modo posible una crisis vital. Según Prada (2008), la cantidad y cualidad de apoyo difiere de un paciente a otro, de una situación a otra.

De acuerdo con Rockland (1989), la psicoterapia de apoyo se lleva a cabo cara a cara, con sesiones generalmente de una vez por semana, pero pueden incrementarse o disminuirse de acuerdo con el tratamiento. El terapeuta debe sentirse cómodo si debe reponer sesiones a las que el paciente ha faltado por no poder acudir, siempre y cuando los argumentos sean válidos, y permanecer alerta al *acting out* del paciente en lo que se refiere a los problemas con su asistencia.

También nos explica que la psicoterapia de apoyo basada en la teoría psicoanalítica puede ser definida a través de tres técnicas importantes. Con respecto a la interpretación, usa los pasos preliminares de la técnica interpretativa, es decir, la clarificación y la confrontación, más no de forma “per se”. Usa el apoyo cognitivo y emocional, es decir, afirmaciones del terapeuta que refuerzan los compromisos adaptativos entre el impulso y la defensa a través del aprovisionamiento de la información congruiva (la persuasión y el consejo), por medio del apoyo emocional (sugestión, reaseguramiento, dar aliento y alabanza). Además, utiliza la intervención directa del ambiente por medio del terapeuta, los familiares u otros servicios del personal de salud mental comprometidos en funciones auxiliares.

Rockland (1932) la define como una intervención psicoterapéutica basada fundamentalmente en los principios teóricos y técnicos de la escuela psicoanalítica. En general la psicoterapia de apoyo es un método de tratamiento encaminado a la comprensión completa de los conflictos del paciente, así como de las maniobras defensivas, las funciones yoicas, la organización del superyó y de las relaciones objétales.

El terapeuta habla más en la terapia de apoyo, pero no debe hacerlo por el simple hecho de hablar ni dirigir el discurso del paciente, pues la psicoterapia de apoyo no es una conversación social. En algunas ocasiones, puede permanecer callado y no responder a alguna pregunta del paciente, pero debe ofrecerle una explicación de por qué no lo hace. Tampoco debe desviarse mucho de las metas terapéuticas o de las áreas mal adaptativas del paciente. Es una intervención centrada en la realidad, basada en metas directas con un gran poder de impacto en la vida del paciente.

Para Ursano (2004), la psicoterapia de apoyo es una intervención a corto plazo con objetivos inmediatos dirigida a reforzar las defensas adaptativas del paciente de modo que estas le permitan sobrellevar de forma más adecuada su cotidianidad haciendo hincapié en la movilización de las fortalezas de la persona para exaltar su autoestima y usar defensas adaptativas y estrategias de afrontamiento positivas.

Así vemos que el término apoyo es usado en general para diferenciar un tipo de psicoterapia menos ambiciosa, menos intensiva y que provoca menos ansiedad que la denominada terapia psicoanalítica, orientada a la introspección exploratoria o expresiva. Para Langsley y Yager (1988), este método psicoterapéutico es el que hay que aprender en el proceso de formación de todo terapeuta.

Actualmente existe un interés creciente por la terapia de apoyo como objeto de interés por derecho propio y un número cada vez mayor de artículos y libros se han dedicado a describirla o estudiarla. (Novalis y Cols. (1977), Werman (1984). Para Omstein (1986) y Rockland (1993) el apoyo es visto como un elemento esencial de todas las formas de psicoterapia, que se diferencian por el grado y no por la presencia de técnicas de apoyo.

## **2.2 Antecedentes de la terapia de apoyo basada en el modelo psicoanalítico**

Históricamente, el apoyo es utilizado por el hombre desde siglos atrás en las más diversas y variadas ocasiones probablemente con éxito. No tenía la sistematización de hoy en día, pero su utilidad no está en discusión. Ofrecer ayuda a quien lo necesita significa apoyo emocional, por medio de una figura comprensiva que lo escuche, lo acepte tal y como es, sin juicios ni crítica, que lo refuerce y ayude a sanear las cosas hasta que sea capaz de enfrentarse al problema.

Al inicio, la psicoterapia de apoyo se basaba esencialmente en la sugestión, en los elementos de magia, en la teatralidad y los trucos. Por esta razón, los psicoanalistas no confiaban mucho en su efectividad. Henry Ellenberger, en su libro *The Discovery of the Unconscious*, de 1970, plantea cinco tratamientos utilizados siglos atrás, diseñados de acuerdo con la etiología específica de la enfermedad.

Estos son:

- La restauración del alma, usada en enfermedades en las que se creía que el alma del paciente se había ido o había sido robada de su cuerpo.
- La extracción del objeto patógeno, empleada en enfermedades que se creían fueron causadas por un objeto nocivo e intrusivo en el cuerpo del paciente.
- La eliminación de espíritus malignos, usada en pacientes cuyo cuerpo había sido poseído por un espíritu maligno.
- La contramagia, usada en enfermedades causadas por hechicería, embrujos malignos que habían sido lanzados al paciente.
- La confesión, usada en enfermedades causadas por la infracción de un tabú tribal.

Estos antiguos tratamientos tenían varios elementos en común: la figura del curandero representaba prestigio y poder. El paciente, enfermo y en estado de regresión, creía completamente que el curandero lo curaría, convicción que se basaba

en la persona y no en la técnica. La esencia de estos tratamientos residía en la relación específica entre el paciente en regresión y el poderoso e idealizado curandero. Esta

transferencial relación aumentaba la sumisión del paciente a las sugerencias del curandero. La cura estaba cimentada en la sugestión, a veces ayudada por trucos y espectáculos. A pesar de esto algunos psicoanalistas aplicaron su conocimiento psicoanalítico para comprender como estos tratamientos de apoyo lograban sus efectos.

Según Ernest Jones (1912), la sugestión dependía de la transferencia positiva que se establecía entre el paciente y el tratante, que jugaba un papel principal en todos los tratamientos psicoterapéuticos excepto en el psicoanálisis. Manifestó que en esta transferencia había elementos eróticos y que la sugestión era mayor en pacientes con alto grado de psiconeurosis, lo que los hacía más susceptibles a los efectos terapéuticos.

En la psicoterapia de apoyo ocurría una transferencia hacia el terapeuta de todos los deseos reprimidos, logrando así la mejora de los síntomas. Mientras que en el psicoanálisis los deseos reprimidos son hechos conscientes y analizados haciéndolos disponibles para ser sublimados.

Paul Schilder (1938), discutió las siguientes técnicas como parte de la psicoterapia de apoyo: la persuasión, el consejo, la discusión, el uso de la fuerza de voluntad, la hipnosis catártica, la hipnosis como técnica de sugestión, la sugestión sin hipnosis, la concentración, la relajación, el cambio del ambiente y la hospitalización.

Maurice Levine (1945), agregó a esta lista el uso de farmacología, el uso del alivio, la terapia ocupacional, una rutina diaria, los pasatiempos, una firmeza autoritaria, la educación, facilitar formas adecuadas para manifestar la agresividad, proporcionar compensaciones aceptables para el miedo y los sentimientos de inferioridad, ignorar sentimientos y actitudes, satisfacción de necesidades neuróticas, la oportunidad para la sana identificación, la confesión y la ventilación. Técnicas que

eran efectivas en ambientes no condenatorios, en una relación constructiva, en la que se transmitía respeto, sentimientos positivos, esperanza y afecto al paciente, lo que llevaba a la identificación con el paciente.

Ewen Cameron (1959), presentó una lista similar de técnicas de apoyo. Recalcó que aunque estas eran usadas en la práctica clínica, no eran reconocidas en la literatura y que se debía remediar esta situación. Fue el primer autor psicoanalíticamente orientado en oposición a la creencia de que ningún otro tratamiento que no fuera el psicoanálisis era inferior.

La psicoterapia de apoyo orientada psicodinámicamente inició cuando la teoría estructural psicoanalítica fue aplicada a tratamientos de apoyo. Fue hasta 1951 que Merton Gill la aplicó al tratamiento de apoyo. En su libro “Psicoterapia y Psicología del Yo” detalla tres principios básicos de la terapia de apoyo:

- El apoyo y actividades de alabanzas del Yo, en la que se combinan las defensas adaptativas con la gratificación. Contrario al comportamiento que utiliza las defensas mal adaptativas que deben ser desalentadas.
- Las defensas que son necesarias para que el paciente siga funcionando deben ser reforzadas.
- Inducir “neurosis artificial” para lograr la descarga parcial a conducciones instintivas.

Según Gill, Merton (1951), las psicoterapias actuales eran una mezcla de intervenciones de apoyo y exploratorias. La intervención dependía de la situación clínica específica y exigía del terapeuta un nivel alto de habilidad, experiencia y sensibilidad.

Sandor Firenczi (1961), decía que la transferencia entre paciente y tratante debía ser positiva, inconsciente y de carácter “sexual”, y debía tener sus raíces en fantasías eróticas infantiles reprimidas.

Estas técnicas son efectivas solo en un contexto libre de condenación, en una relación constructiva, que transmite respeto, sentimientos positivos, afecto y esperanza para el paciente, todo esto llevando a la identificación con el paciente.

A principios de los años sesenta, Sidney Tarachow (1962), estableció el verdadero principio de la intervención de apoyo, donde el terapeuta es real al grado que no interpreta la transferencia, pero responde a ello como si fuera una relación real. Para este autor, la diferencia principal entre psicoanálisis y terapia de apoyo radica en que en el análisis la transferencia es analizada constantemente y en la terapia de apoyo se responde como si se tratara de una verdadera relación.

Tarachow (1962-63) mencionó dos principios de psicoterapia de apoyo:

- a. Suministrar desplazamientos, es decir, nuevos síntomas y nuevas resistencias, por ejemplo, desplazamientos en la transferencia, desplazamiento a nuevos síntomas y resistencias usando la interpretación inexacta, transferencia no analizada, introyecciones: culpar algo en el cuerpo, o proyecciones, culpar a otros por las dificultades del paciente.
- b. Suministrar estabilidad.

Tanto John Gedo (1964) como Glover (1960) cuestionaron el hecho de que solo el psicoanálisis podía conducir a un cambio estructural verdadero y duradero, así como que los resultados de las psicoterapias generales son menos permanentes que aquellos obtenidos por el psicoanálisis.

El psicoterapeuta Paul Dewald's, en su libro *A Dynamic Approach* (1971), compara algunos aspectos de exploración y apoyo. Describe de forma detallada cómo el terapeuta de apoyo inspecciona el repertorio defensivo del paciente y escoge aquella defensa que debe ser reforzada, también indica los paralelos entre la psicoterapia de apoyo y los aspectos de la temprana relación paterno-infantil, proporcionando el motivo de la realización de la intervención de apoyo.

Expresa, a su vez, que el verdadero terapeuta de apoyo puede llevar al aumento de la identificación del paciente usando sus actitudes y valores; igualmente intenta proporcionar un Superyó más benigno con el que el paciente puede identificarse. Asimismo Dewald's habla sobre la inconsistencia entre las necesidades terapéuticas del paciente (para la terapia de apoyo) y el foco excesivo sobre el tratamiento exploratorio en la mayoría de los programas psiquiátricos de adiestramiento.

Werman, M., D. (1984), escribe el primer libro encaminado exclusivamente a la psicoterapia de apoyo "*Practice of Supportive Psychotherapy*" donde habla del Yo auxiliar y de las funciones del Superyó que disminuyen las defensas patológicas que animan a estados más sanos, usando solo el material consciente - subconsciente, prescindiendo de la regresión y ayudando al paciente a tomar decisiones. El terapeuta además refuerza la sublimación de los impulsos sexuales agresivos, realiza "pseudointerpretaciones" para aumentar la intelectualización y la racionalización, exalta la adaptación y refuerza los comportamientos positivos. Mientras que la defensa mal adaptativa es tratada explicando al paciente como estas destruyen sus intereses, dejando intactas las fuentes inconscientes de ansiedad, los sueños son ignorados o respondidos como interpretaciones orientadas a la realidad y la asociación libre es desalentada.

En su formulación de la terapia de apoyo a pacientes *borderline*, Otto Kenberg (1984) habla de la exploración de las defensas primitivas y de la transferencia negativa y se presentan en el aquí y ahora de la relación terapéutica. El terapeuta debe realizar un cuidadoso examen antes de tomar una decisión para poder determinar si el paciente necesita un acercamiento exploratorio o de apoyo.

### **2.3 Metas y objetivos de la psicoterapia de apoyo**

Consisten en intervenir en una crisis y lograr restablecer el equilibrio anterior a la crisis o evento traumático. No se pretende un cambio interno, sino una vuelta al estado previo ya existente. Su aproximación se da a través de la orientación, escucha y consejería.

- Lograr que el paciente disminuya su sintomatología, favoreciendo el equilibrio psicológico.
- Mejorar la autoestima del paciente.

Los autores Strain y Newcorn (2003), sugieren que entre las metas de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno de adaptación se deben incluir las siguientes:

- Analizar el estresor que está afectando al paciente y determinar si puede ser eliminado o minimizado.
- Remoción de síntomas.
- Identificar las preocupaciones y conflictos que experimenta el paciente.
- Alivio de la crisis o disminución del desequilibrio agudo.
- Movilización y preservación de los aspectos saludables del paciente para que funcione mejor.
- Clarificar e interpretar lo que significa el estresor para el paciente.
- Identificar la mejor manera de reducir el estresor.

- Lograr la expresión de sus sentimientos.
- Ayudar a hacer uso de su red de soporte social.
- Replantear el significado del estresor.
- Maximizar las habilidades de afrontamiento del paciente.
- Ayudar al paciente a conducirse ante el estresor.
- Evaluar el logro de sus metas.
- Restablecimiento de la homeostasis psíquica.

Los objetivos dependen de la valoración que se haga del sujeto y de la disciplina psicológica en la cual se llevará a cabo dicha intervención. Por su parte, Roskin (1982) afirma que el objetivo de la intervención de apoyo es ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes evitando el *insight* hacia los deseos y defensas inconscientes.

Para Grimaldo Pérez (1996), la psicoterapia de apoyo busca restaurar la homeostasis psicológica, ese equilibrio que permite reducir y/o eliminar los síntomas que generan ansiedad y depresión mediante el empleo de técnicas reforzantes.

A menudo, según Seres (1956) y Bellak (1958), el objetivo consiste en reintegrar el paciente a un nivel de funcionamiento anterior al de la crisis, de la misma manera busca mejorar síntomas, mantener y restaurar su autoestima, las funciones del Yo y las habilidades adaptativas. Las funciones del Yo incluyen la relación con la realidad, el pensamiento, la formación de defensas, la regulación del afecto y la función sintética.

De acuerdo con Munich (1977), los objetivos de la psicoterapia de apoyo son el alivio de los síntomas, el mantenimiento o restauración funcional, el aumento de la autoestima y la mejora de la adaptación al estrés interno y externo.

En resumen, el objetivo de la psicoterapia de apoyo está orientado principalmente en el aquí y en el ahora de la situación actual del paciente, evitando investigar el pasado o tratar de acceder al inconsciente del paciente, remover los síntomas, movilizar y preservar los aspectos saludables para que funcione mejor, ayudando al paciente a conducirse mejor ante el estresor, restableciendo la homeostasis psíquica.

#### **2.4 Indicaciones**

Ha sido indicada en una gran diversidad de situaciones y trastornos, como medida de soporte para la búsqueda del alivio de la angustia y el restablecimiento del equilibrio perdido.

- Pacientes con relaciones interpersonales severamente deterioradas.
- Pacientes con discapacidad física o déficits mentales que son vulnerables y difíciles de someterse a otras formas de psicoterapia.
- Pacientes con enfermedad física crónica necesidad mortal.
- Personas con niveles elevados de estrés laboral crónico o síndrome de *burnout*.
- Personas en crisis aguda o estados temporales de desorganización e incapacidad para funcionar (muerte de un ser querido, divorcio, enfermedades crónicas, pérdida del trabajo, víctimas de crímenes, abusos, desastres naturales o accidentes).

#### **2.5 Herramientas técnicas de la psicoterapia de apoyo con modelo psicodinámico**

Las técnicas son los procedimientos cuyo uso está condicionado a factores, como los rasgos de la personalidad, la edad, nivel educativo, la cultura, el nivel de inteligencia y la naturaleza del problema.

Según Pinkers (1997), las técnicas que se utilizan en la psicoterapia de apoyo son específicas, pero al mismo tiempo se encuentran elementos familiares de estilo convencional, técnicas encaminadas a alcanzar los objetivos de la terapia.

Entre las técnicas se encuentran:

- Aliento (incluye la alabanza, los comentarios empáticos) y reforzamiento, lo cuales son sutiles y que generalmente forman parte de una conversación entre dos personas. Alabanza es lo que técnicamente llamamos reforzamiento, el cual es importante cuando están implicadas nuevas conductas o respuestas.
- Reestructuración: esta técnica cognitiva puede utilizarse para ayudar al paciente con sus emociones dolorosas, prolijas o esquivas o con las autorreferencias negativas y así aumentar la autoestima.
- Absolución: donde el terapeuta se percibe como autoridad poderosa, cuando brinda un mensaje de tranquilidad, el paciente puede vivirlo como una absolución eliminando así la culpa o la obligación.
- Racionalización: la cual utiliza la justificación mediante argumentos de tipo racional. Sin embargo, la racionalización puede ser útil cuando un paciente ve aun los descubrimientos de terapia como pruebas recientes de inadecuación personal.

Algunas de las herramientas técnicas más utilizadas en la psicoterapia de apoyo de acuerdo con Winnicott (1994) son la formulación del caso, el encuadre, la escucha silenciosa y la alianza terapéutica, la liberación de los sentimientos, el reforzamiento del principio de la realidad, alentar el sentimiento de esperanza real, estimular la socialización, dar seguridad y esperanza, enseñar a razonar, reorganización perceptiva, interpretación, sugestión, la persuasión y el consejo.

A continuación mencionaremos algunas:

- Alentar la alianza terapéutica: también es denominada alianza de trabajo o alianza de ayuda, se refiere al grado en el cual el paciente experimenta como sólida y

útil para el logro de sus objetivos en la terapia. Es fortalecida al transmitirle al paciente que la terapia es un esfuerzo en conjunto de parte del paciente y el terapeuta. Ambos tienen roles importantes que jugar dentro de la relación. Según Arredondo (2008), la alianza terapéutica contiene cuatro componentes:

- La relación afectiva entre paciente y su terapeuta. Que se debe ceñir rigurosamente a normas y propósitos claramente definidos, en los que ambos estén de acuerdo, cumplirlos y dar lo mejor de sí para lograr las metas propuestas.
  - La capacidad del paciente (y el terapeuta) para actuar de acuerdo con el propósito de la terapia.
  - La comprensión empática y el compromiso del terapeuta.
  - El acuerdo entre paciente y terapeuta sobre los objetivos y tareas de tratamiento.
- 
- Construir una relación terapéutica con el paciente. Debe ser empática, que transmita confianza, de modo que el paciente esté cómodo y sienta que nos preocupamos por sus problemas, preocupación que el paciente debe entender que es solo profesional; sin prisas, con una escucha activa, calmada, en un lugar que no tenga interferencias y que sea tranquilo. Usar un lenguaje claro, sencillo y comprensible.
  
  - Escuchar atentamente: el deber inicial del terapeuta en psicoterapia es escuchar, escuchar sin interrupciones, animando al paciente para que exprese sus problemas libremente (cómo se siente, qué necesita), favoreciendo la expresión de las emociones. El silencio terapéutico es una de las principales herramientas técnicas del psicoterapeuta. La escucha silenciosa, respetuosa y atenta del paciente está estrechamente relacionada con el encuadre. Escuchar atentamente con un silencio

activo es permitirle al paciente expresar libremente, a su manera, sus sentimientos, sus temores, conflictos y necesidades. No se trata de un silencio retador, incómodo o desinteresado. Al principio no se debe hablar mucho, sino debemos transmitirle al paciente la sensación de que lo acompañamos, que nos interesa y respetamos intensamente.

Si el paciente se siente incómodo, podemos intervenir con frases cortas que demuestren nuestro interés, estimulándolos a continuar a su relato. La escucha terapéutica implica respeto hacia las emociones, sentimientos, idiosincrasia, convicciones, su modo de ser, sus ideas. Se le permite ser él mismo sin críticas o rechazo de nuestra parte. En la anamnesis se usan primero preguntas abiertas para luego ir concretando, se hacen aclaraciones y un resumen de lo que contó el paciente, para estar seguros de que eso es lo que el paciente quiso decir.

- Formulación del caso: después de escuchar al paciente detenidamente, en una o varias entrevistas, sobre lo que le está pasando, su historia personal y sus antecedentes, se formula su caso. Esta formulación del caso o psicodinámica es un conjunto de hipótesis acerca de las causas, influencias y precipitantes del problema psicológico, interpersonal o del comportamiento del paciente; es mucho más amplia que un simple diagnóstico.

Para Eells (1997), permite al terapeuta organizar la compleja y amplia información del paciente, guiando su proceder, los cambios buscados, la forma de alcanzarlos y los posibles obstáculos que se pueden presentar a lo largo del tratamiento. Para Luborsky (1984) la formulación es el elemento primordial e imprescindible que se debe aclarar antes de iniciar cualquier psicoterapia. Es la hipótesis que el terapeuta construye de lo que le está sucediendo al paciente, basándose en la corriente que sustenta su práctica y que le sirve de guía para diseñar sus intervenciones futuras. Debe incluir explicaciones de por qué le ocurre esto al paciente.

Eells (1997) plantea que en una psicoterapia de apoyo de orientación psicodinámica, la formulación incluye además del diagnóstico psicológico el diagnóstico del grado de estructuración del Yo, su desarrollo psicosexual, la influencia en su vida de sus relaciones tempranas, la estructuración y dinámica de sus relaciones objétales, los recursos de su personalidad, los mecanismos de defensa más habituales, todo esto para definir ampliamente el conflicto por el que atraviesa, los recursos con los que cuenta y los que le faltan para superarla.

- Ofrecer información con un lenguaje adecuado, sin tecnicismos de lo que le está ocurriendo, su diagnóstico, desculpabilizarlo, hacerlo consciente de cuál es su problema, cómo, cuándo y dónde, cuál es el tratamiento, cuánto va a durar, si va o no a haber seguimiento, los tratamientos terapéuticos y el pronóstico. Aclarar dudas.

- Encuadre: esto es lo que Sánchez (1994), ha denominado encuadre con sus diferentes componentes especialmente el de la habitualidad, configura aspectos que, al hacerse conscientes para el paciente, estructuran y dan un sentido de confiabilidad a la psicoterapia y al terapeuta, esenciales para el logro de sus propósitos. Para que el encuentro entre dos personas llegue a un fin, son necesarias temporalidad (momento) y una espacialidad (lugar) definidas.

Encuadres o contratos hay en todas las interacciones humanas. Es el aporte de la teoría psicodinámica, hacer consciente el encuadre y destacarlo no solo como parte de la sociedad, sino como un poderoso instrumento para el cambio psíquico. Este define quiénes, por qué o para qué, cuándo, dónde, cómo y a qué precio se encontrarán paciente y terapeuta, elementos que deben ser aclarados antes de comenzar la psicoterapia, así como la neutralidad, la abstinencia y la atención libremente flotante importantes para el terapeuta, y la asociación libre para el paciente. Elementos que

originalmente fueron explicados por Freud en sus escritos técnicos de 1910 y 1911 de los consejos al médico y sobre la iniciación del tratamiento.

Uno de los elementos centrales al definir el encuadre es acordar con el paciente las metas que se proponen lograr con la psicoterapia y si se puede establecer un tiempo realista en el cual las metas psicoterapéuticas puedan ser cumplidas.

Deben ser realistas para no ofrecer falsas esperanzas al paciente. Mientras más claro y estable sea el encuadre, más apoyado y protegido se va a sentir el paciente. El terapeuta trata de recibir al paciente tal cual es sin juzgarlo y tratando al máximo de comprenderlo sin involucrarse en su vida más allá del consultorio.

- Favorecer la esperanza. Ayudándolos a superar el pesimismo mórbido, sin parecer triunfalistas, resaltando cualquier mejoría. Tranquilizarlo sobre la eficacia de los posibles tratamientos para su padecimiento.
- Reforzar la autoayuda.

Para concluir con la formulación del caso, sabemos quién es el paciente, cuál es su historia y qué lo llevó a la crisis actual; con el encuadre se establecen los parámetros desde los cuales se trabajará con el paciente. En la escucha terapéutica, se le ofrece toda la libertad y acogida posibles para que se encuentren consigo mismos y, por último, con la alianza terapéutica, se hace consciente al paciente de su capacidad de establecer vínculos humanos sanos y de crecimiento interior.

Estas herramientas técnicas presentadas configuran el ambiente básico para que el paciente se desarrolle y restablezca o mantenga su equilibrio emocional.

Según Rockland (1989) las técnicas de la psicoterapia de apoyo pueden dividirse en dos grandes grupos:

1. Aquellas que se basan en el conocimiento psicodinámico, pero que pueden ser utilizadas por terapeutas sin entrenamiento psicodinámico y
2. Aquellas que requieren entrenamiento y habilidades psicodinámicas.

En psicoterapia de apoyo, existen muchas técnicas utilizadas por los terapeutas, según Julio Grimaldo; a continuación presentamos algunas de las más importantes:

- **La liberación de los sentimientos:** los terapeutas de orientación dinámica usan la función catártica como factor terapéutico, porque al verbalizar se alivia el Yo del paciente y así el terapeuta refuerza la sensación de ser comprendido, mejorando la relación terapéutica.
- **Reforzamiento del principio de la realidad:** la actividad terapéutica debe orientarse a centrar al paciente que, en medio de una intensa crisis, pierde el control y se sumerge en la fantasía. Debe ayudarlo a poner los pies en la tierra. El terapeuta debe ser objetivo en sus apreciaciones y críticas para que el paciente adopte una actitud realista y menos emocional.
- **Alentar el sentimiento de esperanza real:** para proyectar confianza en el paciente, el terapeuta debe confiar en sí mismo e identificarse con las técnicas que usa. Esta imagen de seguridad y confianza hace que el paciente esté tranquilo y confiado en que la persona que lo está ayudando a resolver sus problemas es apto. El terapeuta solo debe alentar aquellos sentimientos que son posibles, de lo contrario el paciente se sentirá frustrado y sus síntomas se intensificarán.
- **Estimular la socialización:** promover las condiciones sociales que favorecen las relaciones interpersonales y grupales para que el paciente realice

actividades placenteras, sociales y recreativas, para que se sienta bien con la gente.

- **Dar seguridad y confianza:** dar seguridad es uno de los métodos de apoyo más importante que usa la psicoterapia de apoyo. Se debe alentar su participación en cualquier actividad social, laboral o académica. Estas formas de alentar disminuyen la ansiedad del paciente. Otra forma es asegurarle que su caso no es único, que su problema es conocido, que sus síntomas, aunque molestos, no son peligrosos y que no se van a volver locos. Siempre y cuando se diga la verdad.
- **Enseñarle a razonar:** el terapeuta debe enseñarle a usar sus potenciales cognitivos, reforzando cualquier actividad para darle confianza en su capacidad de resolver sus dificultades. La idea es que el paciente piense correctamente.
- **Reorganización perceptiva:** determinada por el crecimiento cualitativo. El paciente percibe relaciones que antes no percibía, ve las cosas de otra manera, ya no interpreta las cosas de forma catastrófica, sino como experiencias que no deben ocurrir, pero si ocurren sabe cómo enfrentar saludablemente.
- **La interpretación:** una de las técnicas más utilizadas, uno de sus objetivos en la psicoterapia de apoyo es desarrollar el *insight* del paciente. A través de las interpretaciones, se pretende que el paciente comprenda la causa y naturaleza de su desadaptación y los medios de que dispone el terapeuta para ayudarlo a superar esta dificultad.
- **La sugestión:** es la inducción de ideas, sentimientos y acciones que ejerce el terapeuta sobre el paciente para logra objetivos específicos, reforzar las actitudes positivas, inducir al paciente a realizar acciones deseables, reforzando todas las conductas adaptativas. Valiosa en personas emocionalmente inmaduras.

- **Persuasión y consejo:** el terapeuta enseña, educa y aconseja al paciente. Persuadir es inducir al paciente con recursos cognitivos. Incluye actividades como análisis realista de la situación, explicar las causas, explicar la necesidad del cambio de hábitos y actitudes inadecuados y estimularlo a que se enfrente con la realidad. El consejo es ofrecer recomendaciones y opiniones.

Autores como Perales y col. (1998) sugieren la psicoterapia de apoyo como el tratamiento de elección para el trastorno adaptativo (forma en la que podemos clasificar el síndrome de *burnout*, según el DSM IV TR en ausencia de una clasificación propia). Establecen que debe estar fundamentada en las siguientes estrategias:

- Uso de la abreacción y el diálogo terapéutico para el alivio directo cuando la angustia no es abrumadora. Las técnicas de relajación son útiles.
- Adiestramiento y soporte en el afronte del problema o el manejo de la crisis, buscando la reestructuración cognoscitiva y corrigiendo las distorsiones interpretativas de la situación.
- Reestructuración y reforzamiento del sistema de soporte social. Se facilitan nuevos elementos de apoyo, especialmente una positiva relación emocional médico-paciente.
- Identificar los factores de personalidad que favorecieron la continuidad de la patología, su manejo asociado al aprendizaje y la asimilación positiva de la experiencia.
- Sostenimiento de contactos posteriores de seguimiento evaluativo para prevenir el desarrollo de nuevas patologías.

En la obra “El psicoanálisis y psicoterapias dinámicas” (1954), Bibring detalló cinco principales clases de intervenciones psicoterapéuticas:

- **La abreacción:** se refiere a revivir en la mente, la descarga de relaciones tensas y afectos que han sido neuróticamente bloqueados.
- **La interpretación:** hipótesis inducida por el terapeuta, con la tentativa de aclarar el proceso inconsciente activo provisto de comportamientos.
- **La sugestión:** consiste en a inducción del proceso mental por el terapeuta en el paciente, independientemente del proceso de pensamiento racional del paciente.
- **La manipulación:** incluye el consejo y dirección, aplicada al entorno y a la situación de tratamiento. Incluye la manipulación empírica.
- **La clarificación:** radica en repetir con exactitud lo que el paciente dice, lo cual ayuda a realizar conexiones que el paciente no ve. Esta no resuelve el conflicto neurótico, pero da inicio a su proceso ayudando al paciente a ver con más claridad sus conflictos.

De acuerdo con estas cinco técnicas, Bibring distingue la psicoterapia de apoyo de la exploratoria. Describe que la psicoterapia de apoyo usa la sugestión, la abreacción, la manipulación y la clarificación, pero no así la interpretación; mientras que el psicoanálisis y la psicoterapia exploratoria usan los cinco grupos de técnicas, pero bajo la interpretación, es decir, todas son adecuadas mientras se dirijan la interpretación, introduciendo un nuevo *insight* en el inconsciente.

Otra lista de técnicas de apoyo fue presentada por Franz Alexander (1961), la que incluía: gratificación de necesidades independientes, oportunidad de abreacción, repasar objetivamente la situación de tensión aguda, asistencia a la falla del juicio temporal, manipulación de la situación de vida, reforzamiento de las defensas

adaptativas del Yo, la experiencia correctiva emocional y la variación de la frecuencia y la longitud de las sesiones (que él consideró psicoanalíticas, pero consideradas en la actualidad técnicas de apoyo).

Fred Pine (1984) sugiere el uso de cuatro clases de estrategias de apoyo (debido a que los pacientes con los que trabajaba padecían de graves daños psíquicos y no era conveniente usar un tratamiento puramente psicoanalítico o puramente exploratorio):

- La interpretación es presentada con la sugerencia de que el paciente no responda de forma inmediata.
- La interpretación es retrasada hasta que el paciente haya adquirido mejores defensas y la posibilidad que la desorganización sea menor en respuesta a la interpretación.
- El autor ensombrece la diferenciación entre el apoyo y la exploración. En este modelo las intervenciones de apoyo están al servicio de la interpretación. También argumenta que el *insight* es una de las más eficaces clases de apoyo.
- Incremento de la actividad del paciente versus la interpretación. Con el objetivo de:
  - Preparar al paciente para la interpretación (permitiéndole reagrupar las defensas).
  - Dar al paciente más control de la interpretación.

Otros mecanismos de apoyo o intervenciones según Wallerstein (1986) son:

- la experiencia correctiva
- prueba de realidad y reeducación
- huida de situaciones de vida desfavorables

- el acuerdo manifiesto. Acuerdo tácito entre el paciente y el terapeuta, en el cual el terapeuta abandonará ciertas áreas de lo psicopatológicamente inexplorado a cambio de que el paciente mejore en otras áreas.

**Procedimientos utilizados en el desarrollo de la psicoterapia de apoyo:**

- ❖ **Relación médico-paciente:** se consigue, básicamente, en el genuino deseo de acercamiento emocional por parte del terapeuta, de su capacidad de empatía, lo que implica poder vivenciar el sufrimiento del paciente manteniendo la distancia y la objetividad. Esta relación emocional debe constituirse desde la primera entrevista, desarrollándose durante la elaboración de la historia clínica.
- ❖ **Usando procedimientos tan sencillos como escuchar atentamente,** evitando las interrupciones innecesarias, asentimientos con la cabeza en los momentos oportunos, con respeto hacia el paciente, sin diferencias de raza, credo, condición socioeconómica, cultural o filiación política.
- ❖ **Estimular la verbalización de los sentimientos:** por sí misma es altamente terapéutica. El terapeuta aprovecha cualquier oportunidad para reforzar la sensación de comprensión empática. El clima de confianza que se alcanza clarifica la vigencia de los sentimientos que están en juego, ayudando al paciente a reconocerlos, asimilarlos y facilitar su descarga a través de vías normales de expresión.
- ❖ **Señalamiento continuo de la realidad:** el terapeuta debe reforzar continuamente el principio de realidad para evitar en el paciente la angustia, la crítica y el desconcierto a la hora de tomar decisiones.

También porque se refuerzan los límites reales del yo, ayudándolo por medio de indicaciones y en ocasiones con consejos directos a que tome decisiones y discrimine estímulos.

- ❖ **Alentar el sentimiento de esperanza real:** la actitud del terapeuta es determinante, ya que debe mostrar que tiene confianza en sus métodos y en la capacidad de adaptativa del paciente, con el análisis sensato y optimista de la situación que, por complicada, se hará énfasis en lo positivo y en la mejor solución posible.
- ❖ **Satisfacer la necesidad de dependencia y combatir el sentimiento de soledad:** sobre todo al principio del tratamiento, ya que el paciente necesita un punto de apoyo que le ofrezca seguridad.
- ❖ **Para esto es útil fijar un esquema regular de citas** que le brinde la seguridad de que en la fecha indicada contará con un espacio y tiempo propios, en los que será escuchado, y medir las vicisitudes importantes de su vida. Si el caso es muy grave, se puede ofrecer apoyo más allá del consultorio. Al final de la consulta, se reafirma la hora y día de la siguiente sesión, aclarándole que, de ser necesario, puede comunicarse vía telefónica a cualquier hora (lo que expresa apoyo continuo, brindando su ayuda como un ego auxiliar permanente). El ofrecimiento de ayuda debe ser sincero.
- ❖ **Combatir el sentimiento de “no puedo” y alentar la autoafirmación:** la intensidad de la reacción emocional depende, en realidad, de la manera en la que el paciente percibe la situación y de su sentimiento de impotencia para alterarla en su beneficio. Constantemente se debe subrayar al paciente

que el problema no está en que no puede, sino en que no sabe cómo resolver la situación. Todos los éxitos que se logren deben ser reforzados verbal y afectivamente. El terapeuta en ocasiones es guía, en otras, modelo de acción. Puede, incluso, permitirse revelar un poco de sí mismo, comentado cómo resuelve él situaciones similares y enseñar con el ejemplo de modelos más asertivos.

- ❖ **Combatir falsos conceptos, reasegurando y cortando el circuito de síntoma-idea-temor:** en la psicoterapia de apoyo se usa el tiempo necesario para corregir y explicar los conceptos equivocados y dándole bases lógicas para romper la relación síntoma físico – idea de grave enfermedad orgánica – temor.
- ❖ **Alentar la socialización y la exteriorización de intereses:** toda terapia es un proceso educativo de socialización. En ella debe alentarse al paciente a reasumir actividades placenteras o iniciar nuevas áreas de recreación.
- ❖ **Utilización adecuada del ambiente:** se busca eliminar los estímulos externos que son fuente de estrés, usando creativamente, los potenciales del entorno y la colaboración de la red de “otros significativos” con el propósito de reforzar los sistemas de soporte social del paciente. En la actualidad, no existe impedimento para combinar la psicoterapia de apoyo con otras técnicas de tratamiento como la medicación coadyuvante.

La psicoterapia de apoyo está indicada en toda enfermedad, aunque en diversos grados de prioridad. También es básica en enfermedades somáticas crónicas para que el paciente se adapte a su dolencia, pronóstico, limitaciones y secuelas inevitables. Especialmente en las enfermedades terminales, como preparación para enfrentar la

muerte. También en pacientes muy sanos psíquicamente y bien adaptados que se han afectado por una crisis (los de la presente investigación) y en pacientes con deficiencias yoicas para los cuales el tratamiento exploratorio sería contraproducente.

Para Wolberg, está contraindicada en pacientes que presentan problemas con la autoridad, de competencia con esta o rechazo de la dependencia, aunque la única contraindicación que encontró fue el desinterés del terapeuta de realizarla.

De acuerdo con Prada (2008), hay que hacer una formulación psicodinámica del paciente, de sus fortalezas y debilidades en el momento de la evaluación para establecer si es o no candidato para recibir psicoterapia de apoyo. Mientras más grave sea la crisis y más frágil el paciente, más apoyo necesitará.

## **2.6 Fases del tratamiento**

De acuerdo con Rockland (1989), hay cuatro fases en el tratamiento en la psicoterapia de apoyo, cada una de las cuales tiene sus propias tareas y puntos de enfoque superponiéndose, es decir, una termina y la otra empieza en número determinado de sesiones. Estas fases son:

- La fase de evaluación y planeamiento de la intervención: comienza con la evaluación clínica del paciente, luego la formulación del diagnóstico, lo que incluye la valoración psicopatológica del paciente, sus fortalezas, su ambiente social, su motivación, nivel de inteligencia y sistema de apoyo, con el fin de formular un tratamiento fundado en información lógica y apropiada. La evaluación comienza con la formulación del diagnóstico multiaxial del DSM IV-TR.

La presencia de una patología en el eje I ocasiona que el terapeuta se incline por un tratamiento de apoyo, al menos inicialmente. Los desórdenes y características del eje II influyen al escoger el tratamiento y a predecir la seriedad y clases de resistencias. El eje III indicará si el paciente está utilizando la somatización como parte de su repertorio psíquico. Los ejes IV y V ayudan a poner el evento presente en un contexto con importantes implicaciones en el tratamiento.

Además del diagnóstico multiaxial es necesario realizar un diagnóstico psicodinámico enfocado en el núcleo de los conflictos inconscientes del paciente y en los estilos predominantes de enfrentarlos.

Rockland (1989), señala que la evaluación debe contar con una valoración de las habilidades del paciente, su motivación para entenderse a sí mismo y su interés en la introspección. También incluir las tendencias opuestas de convertir el conflicto psíquico en comportamiento (*acting out*) o en síntomas físicos (somatización). Se debe estudiar el uso de la proyección, la identificación proyectiva y la negación por su importante implicación en la prognosis y el tratamiento. Solo después que se ha cumplido con todo lo anterior se podrá planear la psicoterapia.

Se puede organizar la planeación del tratamiento basándose en tres parámetros: duración (breve o de tiempo ilimitado) y naturaleza del tratamiento (apoyo o exploración mixta) y tamaño del grupo de pacientes (individual, de pareja o grupal).

- Etapa temprana del tratamiento: de acuerdo con Rockland (1989), las tareas de esta fase consisten en establecer la alianza terapéutica y en identificar

los patrones mal adaptativos que serán socavados y las fortalezas y defensas que serán apoyadas. En esta fase se estructura el tratamiento y se identifican las principales áreas que se trabajarán en el futuro.

La alianza terapéutica establece la estructura y el marco para el tratamiento, la delimitación clara de los roles y obligaciones de cada participante. La alianza debe ser sólida y clara, pues sobre ella se sentará el intercambio entre el paciente y el terapeuta.

El terapeuta al principio usa la clarificación y la confrontación para identificar las principales conductas positivas o negativas. La educación del paciente es preponderante; si se presenta el *acting out*, se usa el establecimiento de límites y prohibiciones para minimizarlo.

El rol del terapeuta en esta etapa de terminación, de acuerdo con Kathryn Zerbe (2008), es:

- Estar emocionalmente presente.
- Indagar las paradojas sobre cómo el síntoma manifiesto es un intento de autocuración.
- Ayudar a los pacientes a identificar sus sentimientos.
- Ayudar a los pacientes a ver cómo se identifican con sus síntomas.
- Reconocer como terapeuta la contribución a la relación terapéutica.
- Mantener el foco en los pacientes como una vía inicial para cultivar su “verdadero *self*”.
- Estar consciente de las conductas inauténticas de los pacientes o de las pseudoalianzas.
- Buscar las oportunidades para reconocer y aplaudir las reacciones genuinas y espontáneas de los pacientes (funciones del verdadero *self*).

- **La etapa media del tratamiento:** la tarea principal aquí consiste en trabajar en los puntos de mayor trascendencia identificados durante la etapa temprana. Los patrones, las conductas y las defensas mal adaptativas son trabajadas, clarificadas, confrontadas y minadas. A la vez, los comportamientos y defensas adaptativas son apoyadas y fortalecidas.

El terapeuta de apoyo usa el elogio y otras gratificaciones transferenciales para afirmar cualquier cambio del paciente que sea positivo y dirigido a mejorar la adaptación. El progreso es visto como un indicador de que el progreso adicional puede ser alcanzado.

Rockland (1989) establece que si surge en esta etapa media algún tema será añadido a la terapéutica como si se hubiese identificado en la etapa temprana. Esta etapa es crucial para el curso de la intervención. Aquí se desarrolla al máximo el trabajo terapéutico. El terapeuta usa todo su conocimiento teórico y técnicas aprendidas para luchar en nombre de las metas terapéuticas establecidas.

El rol del terapeuta en esta etapa intermedia, de acuerdo con Kathryn Zerbe (2008):

- Dirigir la autocrítica de los pacientes.
- Contestar las olas emocionales de los pacientes.
- Promover conductas autónomas mientras se reconocen las necesidades de dependencia.
- Animarlos a expresar sus sentimientos.
- Validar la autoridad personal de los pacientes.
- Promover la intimidad y las relaciones interpersonales fuera de la terapia.
- Establecer límites y saber cuándo ser un “objeto lo suficientemente malo”.

- Etapas de la terminación: empieza con el establecimiento de la fecha de terminación. Esta etapa es de igual importancia que en la psicoterapia exploratoria y más difícil de lidiar, generalmente es manejada de forma distinta por el terapeuta y puede ser una gradual atenuación de la relación. Las tareas principales son: volver a trabajar en los temas de mayor relevancia, los cuales tienden a reaparecer con gran intensidad, y trabajar con las reacciones del paciente al terminar, sentimientos de pérdida y miedo al futuro. La ansiedad y la sintomatología del paciente suele aumentar.

El criterio de terminación es haber alcanzado con éxito las metas que fueron planteadas al inicio del tratamiento. Las metas iniciales pueden ser reconsideradas y estar sujetas a cambios, este aspecto puede afectar el momento de la terminación.

El terapeuta no debe iniciar la separación o atenuación del proceso mientras existan otros estresores presentes en la vida del paciente.

Según Rockland (1989), el terapeuta de apoyo no intenta deshacer las resistencias a la pérdida y proceso de duelo durante la terminación. Al paciente se le da toda la ocasión de hablar y experimentar las reacciones a la separación. La terminación en la terapia de apoyo normalmente no tiene efectos negativos. El paciente puede terminar antes si así lo desea, el terapeuta debe comunicarle al paciente que este es un deseo de aumentar su autonomía e independencia. La actitud del terapeuta es promover su independencia, mas debe recordarle al paciente que se le pueden presentar dificultades en el futuro y que no debe sentir ningún miedo a regresar a la terapia.

Establece Rockland (1989) que, dependiendo de la psicopatología del paciente y de su psicodinámica, el terapeuta puede alentar el contacto mínimo, pero regular en el futuro (que le escriba o llame) para saber cómo está. Es importante que el terapeuta de

apoyo le comunique al paciente que su interés por él no acaba con la finalización de la terapia.

Según Zerbe (2008), en esta etapa es razonable esperar que los síntomas estén bajo control. Los pacientes deben desarrollar nuevas capacidades psicológicas y herramientas concretas para afrontar el trastorno.

El rol del terapeuta en esta etapa de terminación, de acuerdo con Kathryn Zerbe (2008):

- Revisar el rumbo entero del tratamiento.
- Señalar el progreso de cada paciente.
- Ayudar a los pacientes a explorar y describir con honestidad qué parte del tratamiento no se pudo lograr.
- Estar muy pendiente de los sentimientos de pérdida que se despiertan, relacionados con pérdidas anteriores y trabajarlos.
- Normalizar la experiencia de “dejar ir” y hacer el luto por la pérdida del terapeuta.
- Dejar tiempo para poder despedirse.

## **2.7 Transferencia y contratransferencia en la psicoterapia de apoyo**

Según Freud, la transferencia es el fenómeno psíquico inconsciente donde se reviven figuras pasadas y modos de relación pertenecientes a figuras anteriores, generalmente figuras parentales de la infancia. En todos los tipos de psicoterapia independientemente de su enfoque, los pacientes revivirán con los terapeutas sus patrones de relación emocional inapropiados para la situación, que conciernen a una relación con sus padres en la niñez.

La transferencia según Strupp (1989) es la tendencia de los pacientes a “atribuir” al terapeuta sentimientos que se parecen a los que les inspiran las personas importantes en su vida. Conforme el paciente revive las emociones reprimidas, el terapeuta le ayudará a reconocerlas y entenderlas. A menudo, el paciente provoca en los demás ira, rechazo, aburrimiento, críticas y otras reacciones negativas. Los buenos terapeutas aprenden a no rechazarlos y a participar de sus “juegos”, logrando que se dé un cambio terapéutico.

Un elemento fundamental de la psicoterapia de apoyo es hacer que el paciente sea consciente de la situación y que le dé un manejo apropiado. Por medio de la transferencia y la contratransferencia, el terapeuta puede saber el momento clínico del mundo interno del paciente y reaccionar apropiadamente.

En la psicoterapia de apoyo, la transferencia casi nunca es interpretada, sino que es usada para comprender lo que está pasando en el paciente, para luego mostrarle alternativas para manejar la situación o su significado de la demanda infantil.

En la psicoterapia de apoyo, según Rockland (1989), el terapeuta intenta mantener una transferencia levemente positiva mientras ambiciona evitar la aparición de la transferencia idealizada, erótica, negativa y hostil. Las transferencias que se encuentran fuera del área consciente del paciente no son abordadas ni se intentan minar las defensas que las protegen a menos que se conviertan en un obstáculo para el tratamiento. El terapeuta de apoyo usa la comprensión de las transferencias inconscientes para guiar la intervención. Si es un paciente dependiente el terapeuta tiene más libertad para darle consejos o más autoritario en relación a un paciente que inconscientemente desea depender de una figura de autoridad.

Las transferencias problemáticas, como la sobreidealizada o la transferencia negativa, se abordan inmediatamente. Rockland (1989) plantea que se pueden atenuar contrastándolas con la realidad del tratamiento y en ocasiones dirigiendo la atención del paciente a relaciones similares fuera de la situación terapéutica.

La transferencia es decisiva para cualquier modalidad de psicoterapia. En ocasiones es abordada para desentrañar y mostrarle al paciente los confines del inconsciente, sentimientos, fantasías y pensamientos que yacen dentro de él; en otras ocasiones es usada para comprender por lo que está atravesando el paciente y poder mostrarle opciones de manejo a su situación y relaciones.

La transferencia según Kernberg (2000) no es interpretada en la psicoterapia de apoyo, pero tampoco es ignorada. La cuidadosa observación de los desarrollos transferenciales ayuda al terapeuta a analizar con tacto la naturaleza “inadecuada” de

los mismos, su reproducción, en las sesiones, de interacciones patológicas en las que el paciente se ve implicado con los otros significativos; y alentar al paciente para disminuir este comportamiento patológico en la sesión.

De acuerdo con Rockland (1989), la contratransferencia es de particular preocupación en la psicoterapia de apoyo, aunque puede interferir con la labor terapéutica dentro de cualquier modalidad, pues el terapeuta cambia frecuentemente la forma en que interviene: en ocasiones las intervenciones están basadas en la comprensión psicodinámica y en otras como un trabajador de salud mental. El terapeuta de apoyo no opera con normas de intervención tan claras como lo hace el terapeuta de exploración o el psicoanalista. Tener que ser más real, proveer gratificaciones parciales, alternar entre minar defensas mal adaptativas y confrontar por un lado y tener que ofrecer guía y consejos interfiere en el criterio para

proporcionar intervenciones adecuadas, lo que lo hace vulnerable al *acting out* contratransferencial.

Para Rockland (1989), existe el peligro de un uso excesivo de esta actividad (ofrecimientos de ayuda y consejos) impulsada por las necesidades propias del terapeuta y deseos racionalizados al ver al paciente más necesitado de lo que realmente está.

Rockland (1989) plantea que para manejar adecuadamente la contratransferencia, primero debe estar consciente de sus sentimientos y respuestas y estar consciente de cómo sus problemas contratransferenciales puede llegar a expresarse. El análisis personal es vital para evitar esto. También considera que es primordial y útil establecer con anticipación una estructuración las sesiones, pues así cualquier desviación alerta al terapeuta de posibles dificultades contratransferenciales.

En segundo lugar, considera que el terapeuta debe hacer una introspección y un examen detallado de sus sentimientos. Debe utilizar sus conocimientos sobre sí mismo para detectar que puede estar desatando la contratransferencia.

En caso de que los problemas contratransferenciales persistan, Rockland (1989) aconseja que es útil buscar la ayuda de un colega con mayor experticia, persona que puede examinar la situación desde una perspectiva objetiva y fuera del tratamiento, sin estar envuelta en las distorsiones contratransferenciales del terapeuta y ofrecerá sugerencias apropiadas para la resolución del problema.

La contratransferencia no es negativa, mala o vergonzosa; es inherente a toda psicoterapia y todos los psicoterapeutas lidian con ella. Es beneficioso que el terapeuta la use para aprender más sobre su paciente y sus propios sentimientos y deseos.

## **2.8 Uso de la interpretación en la psicoterapia de apoyo**

La interpretación no es la técnica principal, pero sí se utiliza, solo que con un uso diferente que en la psicoterapia psicoanalíticamente orientada. En la psicoterapia de apoyo, el paciente debe estar preparado para recibir la interpretación. Según Ursano, Sonnenberg, Lazar (2004), la interpretación se formula como una posibilidad que le permite al paciente un espacio para aceptarla o rechazarla de manera y trabajar en ella.

La mayoría de las interpretaciones que se formulan son indirectas, se muestra al paciente lo semejante que es una situación presente con una del pasado (infancia), hay que señalarle el proceso mental que lo lleva a establecer la semejanza entre el ayer del paciente y el aquí y ahora de la situación terapéutica. Si el paciente estuviera muy regresivo al detectar un material producto de conflictos inconscientes que “amenaza” la estabilidad global de proceso, con una relación terapéutica sólida se debe formular una interpretación.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN**

### **1. Planteamiento del problema**

¿Contribuye la psicoterapia de apoyo con modelo psicodinámico a que los cuidadores de pacientes con alzhéimer disminuyan el nivel *burnout*?

### **2. Preguntas de investigación**

- 1) ¿Es efectiva la psicoterapia de apoyo con modelo psicodinámico para ayudar a bajar los niveles de estrés laboral crónico o síndrome de *burnout* en los cuidadores de personas con alzhéimer?
- 2) ¿Cuál es el nivel de estrés laboral de los cuidadores de personas con alzhéimer antes y después de aplicar la psicoterapia de apoyo con modelo psicodinámico?
- 3) ¿El nivel de estrés laboral crónico será menor después de aplicar la psicoterapia de apoyo con modelo psicodinámico?
- 4) ¿Ayuda a mejorar la calidad de vida de los cuidadores?

### **3. Objetivos de Investigación**

#### **a. Objetivos Generales**

1. Promover estilos de vida saludables en los cuidadores de pacientes con alzhéimer a través de la incorporación de la psicoterapia de apoyo.
2. Reconocer la efectividad de la psicoterapia de apoyo con modelo psicodinámico en la disminución del estrés laboral crónico o síndrome de *burnout*.

#### **b. Objetivos Específicos**

- 1- Medir en una muestra de cuidadores los niveles de estrés laboral crónico o síndrome de *burnout* pre y post tratamiento.

- 2- Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en los distintos instrumentos aplicados antes y después de aplicar la psicoterapia de apoyo con modelo psicodinámico a los cuidadores de personas con alzhéimer.
- 3- Minimizar el estrés laboral crónico o síndrome de *burnout* y los efectos psicológicos en los cuidadores de pacientes con alzhéimer.
- 4- Validar estadísticamente la efectividad de la Psicoterapia de Apoyo con base psicodinámica.

#### 4. Hipótesis

##### 4.1 Hipótesis de investigación y estadística

H<sub>0</sub>: La media del síndrome de *burnout* del grupo experimental antes del tratamiento será igual que la media del síndrome de *burnout* del grupo experimental después del tratamiento.

$$H_0: \bar{X} G_1 = \bar{X} G_2$$

H<sub>1</sub>: La media del síndrome de *burnout* del grupo experimental antes del tratamiento será diferente que la media del síndrome de *burnout* del grupo experimental después del tratamiento.

$$H_1: \bar{X} G_1 \neq \bar{X} G_2$$

Donde:

$\bar{X} G_1$ : Media del síndrome de *burnout* del grupo experimental antes del tratamiento.

$\bar{X} G_2$ : Media del síndrome de *burnout* del grupo experimental después del tratamiento.

## 5. Diseño de investigación

El diseño de esta investigación es cuasiexperimental con preprueba, postprueba y grupo control, en lista de espera y estudio de caso. Fue cuasiexperimental porque no contamos con los rigurosos controles que exigen los diseños experimentales en cuanto al grado de confiabilidad que pueda esperarse sobre la equivalencia inicial de los grupos. (Hernández Sampieri, 2010).

Se aplicó un instrumento de evaluación el CESQT (Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo) para medir los niveles de *burnout* a un grupo cuidadores de personas con alzhéimer del Hogar Bolívar de Ancianos, se utilizaron dos grupos: experimental y control. Aquí los sujetos de investigación se asignaron al azar a los grupos Al grupo experimental se le aplicó una intervención basada en la psicoterapia de apoyo con modelo psicodinámico dirigida a disminuir su sintomatología, favoreciendo el equilibrio psicológico y mejorando su autoestima. Finalizada la intervención se aplicó a ambos grupos (experimental y control) nuevamente el instrumento de medición CESQT, de esta forma se pudo comprobar el efecto de la intervención de la psicoterapia de apoyo de modelo psicodinámico sobre el nivel de *burnout* en los cuidadores del Hogar Bolívar de Ancianos. Luego de terminado el tratamiento al grupo experimental, la autora se compromete también a brindar la terapia al grupo control por razones éticas. (Alan E. Kazdin. 2001. Métodos de Investigación en Psicología Clínica. México: Editorial Prentice Hall).

## **6. Diseño estadístico**

Los resultados fueron analizados a través de estadísticas no paramétricas, descriptivas e inferenciales. Los resultados de las pruebas serán sometidos a pruebas de hipótesis con un alfa de 0.05 para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de la preprueba y la postprueba en cada grupo.

## **7. Variables**

Las variables de nuestro estudio están constituidas por:

- a. Variable independiente: Psicoterapia de apoyo con modelo psicodinámico
- b. Variable dependiente: Síndrome de *burnout*

## **8. Definición de variables**

### **a. Definición conceptual de la variable independiente**

Psicoterapia de apoyo con modelo psicodinámico: es según Julio Grimaldo (1995), la técnica que utiliza una serie de recursos destinados a restituir o reforzar las defensas del yo, en pacientes cuyo marco de referencia perceptivo se encuentra mal integrado, enseñándole a enfrentar con éxito sus problemas emocionales. Su objetivo es restaurar la homeostasis psicológica, el equilibrio que permite reducir o eliminar los síntomas que le generan ansiedad a través de mecanismos reforzadores.

Según Perales (1992), la psicoterapia de apoyo es una terapia de yo a yo, que se realiza cara a cara, con la finalidad de mitigar o eliminar emociones psicotóxicas (angustia, cólera, vergüenza, culpa), conducente al alivio sintomático y la resolución de problemas actuales.

El objeto en la psicoterapia de apoyo según Wolberg (1967), es llevar al paciente a un equilibrio emocional tan rápido como sea posible, para que pueda funcionar a un nivel próximo a su norma. Reforzando las defensas existentes y elaborar mejores “mecanismos de control”. Intentando reducir o eliminar los factores externos perjudiciales que actúan como fuentes de estrés.

### **b. Definición operacional de la variable independiente**

Psicoterapia de Apoyo con modelo psicodinámico: la terapia dirigida a los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer y que presentan signos de *burnout* consistió de doce sesiones de psicoterapia individual con una duración de 50 minutos, una vez a la semana. El objetivo principal de la intervención es que cada paciente logre adaptarse o eliminar la situación o situaciones estresantes. Esto se logró mediante la creación de un ambiente de contención en el cual pudieron hacer catarsis y recibir el apoyo adecuado a cada caso individual.

Las sesiones del estudio se diseñaron de la siguiente manera:

- Fase inicial (1-3)
- Fase Intermedia (4-9)
  - Fase Intermedia I (4-6)
  - Fase Intermedia II (7-9)
- Fase Final (10-12)
- Fase de seguimiento (13)

### **c. Diseño de las sesiones**

#### Sesiones de la 1 a la 3. Fase inicial.

El objetivo primordial es establecer cuál es el foco de la psicoterapia:

- Saludo, fase social. Establecer *rapport*.
- Establecer la alianza terapéutica.

- Explicación breve del programa.
- Aclarar aspectos relevantes de la relación terapéutica.
- Establecer el contrato terapéutico. (objetivos, reglas, duración de las sesiones).
- Incentivarlo o motivarlo a que acepte y/o participe en la terapia.
- Educar al paciente acerca de su trastorno.
- Obtener del paciente cuáles son sus expectativas acerca de la terapia.
- Manejo de las resistencias del paciente.
- Presentación sobre estrés y síndrome de *burnout*.
- Escuchar atentamente sin interrumpir y animando al paciente a expresar libremente sus problemas.
- Qué pensó, soñó y sintió después de la primera sesión de terapia.
- Cómo pasó la semana anterior, especialmente en lo que respecta a sus síntomas.
- Proporcionar información sobre los fundamentos de la psicoterapia de apoyo con modelo psicodinámico.
- Explorar un poco más sobre la historia del paciente.
- Establecer las causas y la dinámica del origen del problema del paciente.

Sesiones de la 4 a la 9. Fase intermedia. Se dividirán en Fase Intermedia I y II.

En la fase intermedia el objetivo principal es consolidar la alianza terapéutica, mantener el trabajo psicológico, el desarrollo personal continuo y explorar las resistencias.

Sesiones de la 4 a la 6. Fase Intermedia I

- Examinar y aclarar frustraciones ambientales y personales.
- Explorar los conflictos.
- Utilizar los *insight* del paciente para que supere sus problemas.
- Ayudarlo a aceptar los cambios.

- Ayudarlo a manejar las fuerzas internas que lo impiden.
- Promover la intimidad y las relaciones interpersonales fuera de la terapia.
- Animarlo a expresar sus sentimientos.

#### Sesiones de la 7 a la 9. Fase Intermedia II

- Ayudarlo a ajustarse a situaciones ambientales que no pueden ser corregidos.
- Ajuste de aquellos patrones y síntomas que por el corto tiempo de la terapia no puedan ser removidos.
- Superar las resistencias que presenta el paciente al no querer abandonar las ganancias primarias y secundarias neuróticas.
- Ayudarlo a enfrentar el temor o resistencias a actuar por sus propios medios.
- Remover síntomas cuya corrección es urgente.

#### Sesiones de la 10 a la 12. Fase Final.

Uno de los objetivos es el tema de la terminación de la terapia, trabajar con los sentimientos y dificultades que se presenten en la finalización.

- Trabajar con lo que ha aprendido a lo largo de la terapia.
- Se empieza a preparar al paciente para la separación que se dará en poco tiempo.
- Se explica que es muy probable que al aproximarse la separación se sienta peor y que esto es causado por el miedo al abandono.
- Trabajar con los problemas de separación.
- Exponer técnicas que ayuden a mantener un estilo de vida saludable.
- Volver a trabajar en los temas de mayor relevancia.
- Alentar al paciente a tomar sus propias decisiones y a establecer metas.
- Reafirmar la capacidad del paciente para obtener su independencia.
- Fortalecer la autoestima y el autoconcepto del paciente.
- Trabajar los sentimientos de pérdida que puedan despertarse relacionados con pérdidas anteriores y trabajarlos.

- Promover su independencia.
- Evaluación sobre el cumplimiento de los objetivos del programa.
- Hacerle saber que en el futuro si es necesario puede volver.
- Aplicación del postest.

### Sesión 13. Fase de seguimiento.

- Seguimiento después de un mes para examinar si los logros terapéuticos se mantienen.

#### **d. Definición conceptual de la variable dependiente**

El síndrome de *burnout* según Cristina Maslach (1982) es un síndrome de cansancio emocional en el cual hay una pérdida de motivación y que avanza hacia sentimientos de inadecuación y fracaso, siendo producto del estrés personal relacionado con una determinada condición laboral.

El síndrome de *burnout* es la respuesta al estrés laboral crónico, según Pedro Gil-Monte (1977), que conlleva una experiencia subjetiva negativa que está compuesta por cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, las personas con las que se relaciona: clientes, compañeros, jefes, o hacia su propio rol profesional. Esto sucede cuando sus estrategias de afrontamiento fallan, lo que supone una sensación de fracaso tanto profesional como en las relaciones interpersonales.

El proceso del síndrome de *burnout* implica una serie de variables afectivas, cognitivas-aptitudinales y actitudinales; más que un estado, es una respuesta particular a corto y mediano plazo al estrés crónico en el trabajo.

#### **e. Definición operacional de la variable dependiente**

La variable dependiente (síndrome de *burnout*) se midió a través de la observación, la entrevista clínica y la prueba cuestionario para la evaluación del

síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT), cuyo autor es Pedro R. Gil-Monte (2011), y es definido de la siguiente manera: respuestas a la escala CESQT cuyas puntuaciones se encontraban entre los niveles medio (34 a 66), alto (67 a 89) y crítico (>89).

Entre los contenidos evaluados están: agotamiento emocional con manifestaciones psicofisiológicas como ansiedad, abatimiento, irritabilidad; despersonalización o actitudes negativas e insensibles hacia los destinatarios del servicio y aislamiento; y por la falta de realización personal, sentimientos de fracaso, falta de motivación y baja autoestima.

## **9. Población y muestra**

### **a. Población (universo de estudio):**

El universo está formado por 50 cuidadores de pacientes con alzhéimer que laboran en el Hogar Bolívar de Ancianos y que respondieron de manera voluntaria a las pruebas, residentes en la ciudad de Panamá.

### **b. Muestra:**

Se utilizó una muestra no probabilística seleccionada intencionalmente, es decir, todos los que cumplían con los criterios de selección con un tamaño de 18 participantes que obtuvieron un nivel de síndrome de *burnout* medio, alto y

crítico en el instrumento de evaluación seleccionado para la investigación. Se asignaron a través de un muestreo aleatorio simple a dos grupos: el experimental y el control o en lista de espera, con nueve sujetos en cada uno.

**c. Criterios de selección****→ Criterios de inclusión**

1. Niveles de *burnout* medio, alto y crítico.
2. No presentar un trastorno psicológico diagnosticado.
3. Ser cuidador de una persona mayor o con alzhéimer.
4. No estar recibiendo atención psicológica o psiquiátrica por esta u otra condición.
5. Estar dispuesto a participar en la terapia.
6. Haber firmado la nota de consentimiento informado (ver anexo 1).

**→ Criterios de exclusión**

1. Tener un nivel de burnout muy bajo, bajo.
2. No firmar el consentimiento informado.
3. Abandonar el programa antes de terminar.
4. Dejar de asistir a tres sesiones continuas de psicoterapia.
5. No estar dispuesto a participar de la psicoterapia de apoyo.

**d. Instrumentos de medición y evaluación**

Las características clínicas de los participantes (nivel de medio, alto y crítico de *burnout*, cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión) se obtuvieron mediante la aplicación de una entrevista clínica y la evaluación de la psicóloga investigadora.

Los datos personales, historia de vida, y los datos sociodemográficos de los participantes fueron recolectados a través de una entrevista clínica. Se registró toda la información principal obtenida durante el periodo de tratamiento y se efectuó una historia clínica de cada uno de los participantes.

Se utilizaron los siguientes instrumentos de medición:

- **CESQT.** Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo.

Mediante este instrumento se evalúan las cogniciones, las emociones y las actitudes de la persona relacionadas con sus experiencias laborales. Desarrollado por Pedro R. Gil-Monte en el 2011, es un instrumento de autoinforme compuesto por 20 ítems que evalúa el síndrome de quemarse por el trabajo o síndrome de *burnout*.

Estos 20 ítems se valoran mediante un formato de escala likert con una frecuencia de cinco puntos (Nunca (0), raramente (1), a veces (2), frecuentemente (3) y muy frecuentemente (4)).

La persona debe indicar con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los elementos del cuestionario. De aplicación individual o colectiva, su aplicación dura entre cinco y diez minutos, fue diseñado para evaluar los niveles del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT). Se evalúan las cogniciones, las emociones y las actitudes de la persona relacionadas con sus experiencias laborales.

Se compone de cuatro escalas:

- Ilusión por el trabajo (It): definida como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de realización personal. Formada por cinco ítems. El individuo percibe su trabajo como atractivo y alcanzar sus metas profesionales es una fuente de realización personal.
- Desgaste psíquico (Dp): definida como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas. Formada por cuatro ítems.

- Indolencia (In): esta escala está formada por seis ítems. Definida como la aparición de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización.
- Culpa ©: está formada por cinco ítems. Definida como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales.

Las tres primeras permiten generar una puntuación global. La escala de Culpa permite diferenciar dos perfiles (con culpa y sin culpa) que llevan aparejados consecuencias distintas. Existen dos versiones del CESQT, cada una de las cuales se responde en un ejemplar autocorregible distinto.

La versión principal se debe aplicar a todos los trabajadores que realizan su actividad laboral atendiendo a personas, y una versión alternativa, llamada Desencanto profesional (CESQT-DP), dirigida a aquellos profesionales que no trabajan en contacto directo con las personas.

Durante el desarrollo de la prueba, se evaluaron diversos colectivos profesionales: docentes, personal sanitario, empleados de la administración pública, lo que ha permitido establecer perfiles y baremos diferentes para los principales sectores a los que va dirigido. Incluye una versión dirigida a profesionales que no se dedican a los servicios, en los que se evalúa el Desencanto profesional. El único cambio consiste en sustituir la escala de Indolencia, que evalúa las actitudes negativas hacia los receptores del servicio, por la escala Desencanto, que evalúa la indiferencia hacia los problemas de la organización.

En la entrevista clínica el psicólogo empieza a interactuar con el paciente cuando tiene ya una idea clara de lo que debe lograrse en el curso de la interacción y con un plan ya trazado para lograr los objetivos. Para que sea efectiva debe ser dirigida a una meta y tener un propósito.

La entrevista clínica es el encuentro entre el paciente y el psicólogo que provocará un intercambio afectivo permitiendo la observación y establecimiento del vínculo necesario para que el entrevistado sienta la confianza. Se realiza una anamnesis detallada de los antecedentes y datos personales del paciente, el examen mental; todo esto con el fin de establecer un diagnóstico y así decidir cuál es el tratamiento más adecuado.

Las entrevistas clínicas tienen tres metas principales: recabar información acerca del cliente; obtener los datos necesarios para llegar a un diagnóstico o para tomar decisiones importantes; establecer una relación con el cliente que permita una evolución e intervención continua si se requiere. La estructura de la entrevista depende de la orientación teórica, el entrenamiento y las preferencias personales del entrevistador y su estructura puede variar en el curso de esta.

Las etapas de la entrevista son las siguientes:

- el principio donde la mayoría de los clínicos establecen el *rapport* (relación armoniosa y cómoda de trabajo).
- la parte media de la entrevista debe ser suave y fácil para el cliente. Las técnicas no directivas, con preguntas abiertas, minimizan la tensión del cliente y lo ayudan a establecer un buen *rapport*.
- el cierre de la entrevista proporciona datos valiosos para la evaluación y para fortalecer el *rapport*. Se realiza una conclusión cerca de la entrevista.

El objetivo de la entrevista clínica es la atención del paciente para solucionar un problema de salud, para lo que se debe crear una buena relación médico-paciente, en la que el médico debe aplicar sus conocimientos técnicos y su humanidad y el paciente su confianza.

La entrevista clínica tiene tres fases:

- Etapa de contacto. Es para que el paciente se sienta a gusto y seguro. Es la apertura de la relación médico-paciente, donde la principal herramienta es el entendimiento.
- Etapa de desarrollo. Llegar a donde se quiere llegar manteniendo al paciente relajado. Es en la que se trata la problemática.
- Etapa de despedida y cierre. Se crea un espacio para resumir lo que ha sucedido en la entrevista, aclarar dudas o planificar futuras entrevistas. Preparamos al paciente para terminar la sesión.

Existen dos tipos de entrevista utilizada por los profesionales de la salud mental: la dirigida a la introspección (psicodinámica) y la centrada en los síntomas (descriptiva), que es la más compatible con el acercamiento descriptivo requerido por el DSM-IV.

Según el DSM-IV, la entrevista dirigida a los síntomas parte del concepto de que los trastornos psiquiátricos se manifiestan con un conjunto de síntomas, signos y conductas características, un curso previsible, y una respuesta al tratamiento. (Ver Anexo N°2)

**e. Limitaciones**

- El desinterés de las personas por participar del programa.
- Ideas preconcebidas del significado de recibir atención psicológica (la creencia de que se debe tener un trastorno mental severo, temor a las burlas de sus compañeros o poner en peligro su trabajo por no estar capacitados mentalmente para el ejercicio de este).

- Experiencias negativas previas con la atención psicológica (mal manejo de la información suministrada).
- Poca literatura sobre el tema.
- Falta de instrumentos con baremos latinos.
- Falta de acceso a las personas o instituciones.
- Horario (turnos rotativos).
- Bajo nivel educativo.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y ANÁLISIS**

## **Resultados**

En este capítulo, se presenta el procedimiento de búsqueda y selección de la muestra y el análisis de los datos sociodemográficos de los sujetos. Luego presentamos los resultados encontrados en nuestra investigación en el grupo control y el grupo experimental del nivel de *burnout*, en los cuales se compara el pretest y el posttest de ambos grupos. Por último, se encuentra la discusión de los resultados, las conclusiones y las recomendaciones.

### **1. Procedimiento**

Para seleccionar la población de la cual obtendríamos la muestra, presentamos nuestro proyecto a la Dirección del Hogar Bolívar de Ancianos, ubicado en la ciudad de Panamá, donde justificamos y explicamos ante los directivos la importancia y el alcance del proyecto. Posteriormente nos autorizaron, remitiéndonos con la jefa de Recursos Humanos para organizar el horario en el que el personal estaba disponible para realizar la evaluación.

Es bueno señalar que la directora del Hogar Bolívar de Ancianos se mostró muy interesada en la realización del proyecto, ya que observaban un grado de estrés elevado en el personal, posiblemente por la cantidad de trabajo y más aun, por lo delicado de sus tareas, ya que de ellos dependen los adultos mayores, con diferentes grados de discapacidad física y mental.

Se realizó un primer encuentro con el personal que aceptó participar durante el cual se les explicó el motivo de nuestra presencia; se expuso sobre el síndrome de *burnout*, así como la explicación y propósitos del proyecto. Se dialogó con ellos sobre la importancia de la confidencialidad y privacidad de la información que se brindaría al participante como parte del estudio.

Se evaluaron 50 cuidadores que laboran en el Hogar, por medio de la aplicación de la prueba CESQT (Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo). Se analizaron dieciocho (18) cuidadores, los cuales obtuvieron puntajes que los clasificaban en niveles de *burnout* crítico, alto y medio, lo cual indica que un 45% de los cuidadores evaluados sufren del síndrome de *burnout*. Con estos resultados, se hizo contacto con los 18 cuidadores que cumplieron los criterios de inclusión. A los cuales se les realizaron las entrevistas clínicas individuales. Finalmente, los cuidadores recibieron la fecha de inicio, lugar y hora de las sesiones psicoterapéuticas.

Para poder crear una relación de confianza que contribuyera al establecimiento del *rapport*, se adecuaron las condiciones donde los participantes se sintieran cómodos. Para ello las sesiones psicoterapéuticas se efectuaron en la Biblioteca del Hogar Bolívar de Ancianos que funcionó como consultorio, un lugar cerrado, que promovía la privacidad en la relación terapéutica y se adecuó la distribución del mobiliario de manera que permitiera el desplazamiento tanto de la terapeuta como de los participantes. Los dieciocho cuidadores que cumplían los criterios de inclusión fueron posteriormente asignados de forma aleatoria, al grupo experimental y al grupo control o en lista de espera, nueve en cada grupo, respectivamente.

Al grupo experimental y otros nueve al grupo control. Al grupo experimental, se le aplicó el tratamiento de psicoterapia de apoyo con modelo psicodinámico, en doce sesiones (una vez a la semana, 50 minutos por sesión) y luego de esto, se reevaluó la muestra (postest). Al grupo denominado control se le evaluó al inicio y al final, sin la aplicación de la variable independiente (psicoterapia de apoyo con modelo psicodinámico). Tanto la evaluación como la terapia se llevaron a cabo de acuerdo con un cronograma que se estableció sobre la base del tiempo que tenía disponible el personal.

Se procedió inicialmente a obtener el consentimiento informado de los cuidadores (ver Anexo 1) para participar de la investigación, destacando nuevamente la confidencialidad y privacidad de su historial clínico y personal. Luego se procedió a aplicar los instrumentos y técnicas de medición seleccionados.

Una vez seleccionada la muestra, se procedió a iniciar la psicoterapia de apoyo que tuvo una duración de doce (12) sesiones, con una de seguimiento un mes después de haberse establecido la duodécima sesión. Las sesiones tuvieron una frecuencia de una vez por semana de acuerdo con los días en que estaban de turno y a la misma hora con una duración de 50 minutos. En la última sesión, se aplicó el postest y la evaluación subjetiva del paciente en lo referente a la efectividad del tratamiento (cuestionario postratamiento).

## **2. Datos sociodemográficos**

### **2.1 Heterogeneidad y homogeneidad de los sujetos**

La muestra de esta investigación fue homogénea, ya que todos presentaban un nivel de *burnout*, debido a que puntuaron positivos en la prueba CESQT para los niveles medio, alto y crítico de *burnout*. Igualmente todos trabajan en el mismo lugar y realizan las mismas funciones. La muestra es heterogénea que están entre los 18 y los 62 años de edad, pueden ser femeninos o masculinos. (Ver Tabla N°4 y Tabla N°10). Describimos como se distribuyen las variables: edad, género, escolaridad, estado civil, años de servicio y número de hijos.

**TABLA N° 4. Datos Sociodemográficos del Grupo Experimental.**

Sujeto	Edad	Sexo	Escolaridad	Estado Civil	Años de servicio
1	45	Masculino	VI año	Soltero	7
2	38	Femenino	Universidad	Soltera	9 meses
3	52	Femenino	VI año	Unida	36
4	41	Femenino	IV año	Casada	3
5	44	Femenino	VI año	Casada	4 meses
6	40	Femenino	V año	Casada	10
7	60	Femenino	III año	Unida	7
8	32	Masculino	II año	Soltero	9
9	56	Masculino	II año	Unido	31

Fuente Santamaría C , A , 2013

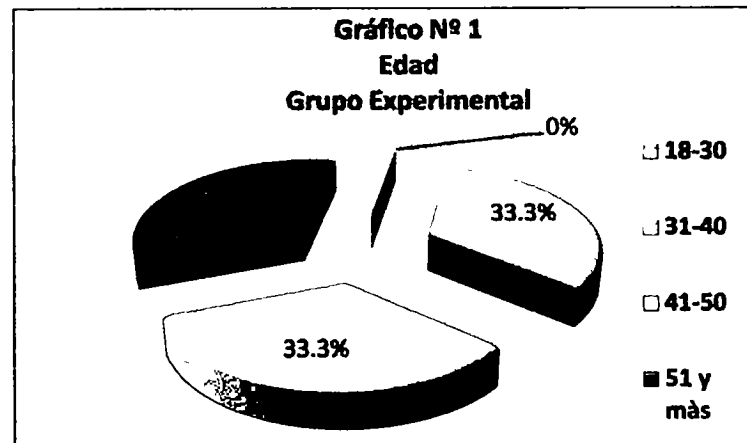
Podemos observar en la Tabla N° 4 la distribución de los nueve sujetos del grupo experimental en cuanto a las diferentes variables en estudio como lo son: edad, sexo, escolaridad, estado civil y antigüedad en el servicio.

Por medio de estas variables, estudiaremos a continuación las distribuciones de cada grupo, es decir, el grupo experimental y el grupo control.

**Tabla N°5. Distribución de edad del Grupo Experimental.**

<b>Edad</b>	<b>Grupo Experimental</b>
18-30	0
31-40	3
41-50	3
51 y más	3
<b>Total</b>	<b>9</b>

Fuente Santamaría C , A , 2013



Fuente Santamaría C , A , 2013

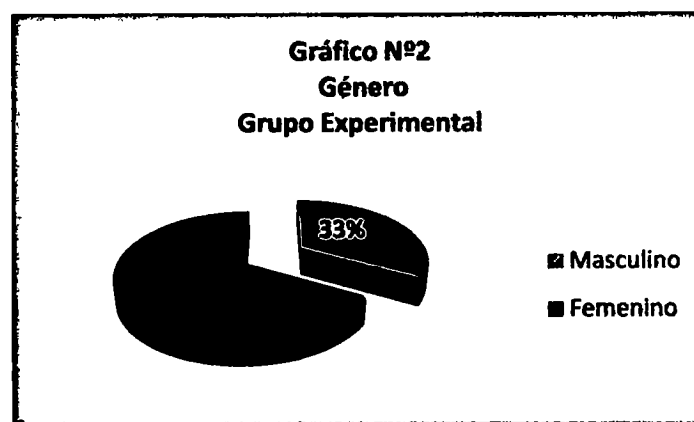
En el Tabla N° 5 y el Gráfico N° 1 observamos los rangos de edad de las 9 personas del grupo experimental en estudio, el 33.3% está en el rango de 31 a 40 años de edad, el 33.3% está en el grupo de 41 a 50 años de edad, y el 33.3% pertenece al grupo de 51 años y más. En este grupo ningún sujeto tiene menos de 30 años, por lo tanto el 100% de la población es mayor de 30 años, es una población muy madura.

Es importante señalar que el promedio de edad del grupo experimental es de 45 años de edad, coincide con el grupo control que el promedio es de 44 años.

**Tabla N°6 Género del Grupo Experimental.**

<b>Género</b>	<b>Grupo Experimental</b>
Masculino	3
Femenino	6
<b>Total</b>	<b>9</b>

Fuente Santamaría C , A , 2013



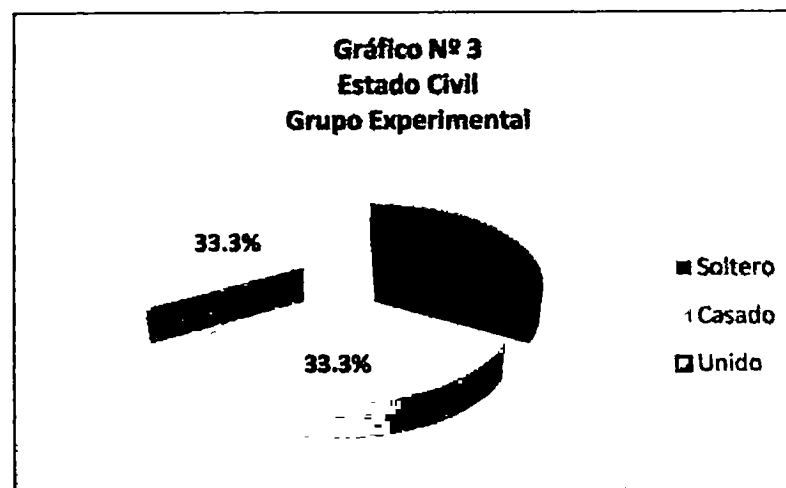
Fuente Santamaría C , A , 2013

En cuanto al género del grupo experimental la Tabla N° 6 y el Gráfico N° 2 refleja que el 67% es de género femenino y 33% es de género masculino. Al contrario del grupo control que es 67% masculino y 33% femenino.

**Tabla N° 7. Estado Civil del Grupo Experimental.**

<b>Estado civil</b>	<b>Grupo Experimental</b>
Soltero	3
Casado	3
Unido	3
<b>Total</b>	<b>9</b>

Fuente Santamaría C , A , 2013



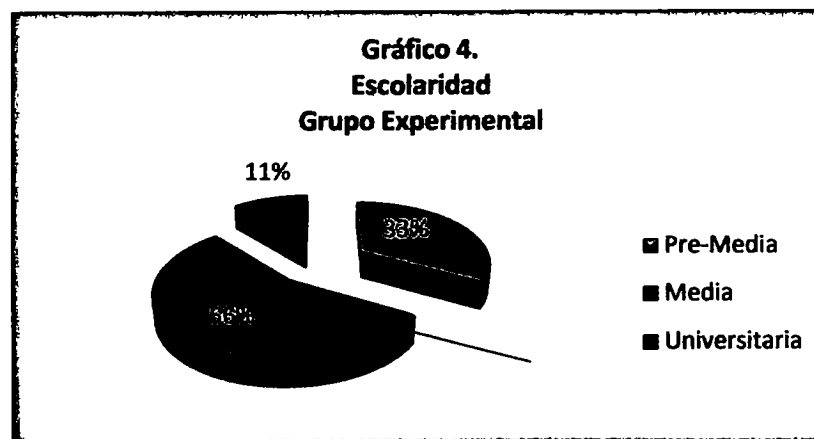
Fuente Santamaría C , A , 2013

En la Tabla N°7 y el Gráfico N°3 presentamos la información sobre el estado civil del grupo experimental aquí se representa que el 33.3% está unido, el 33.3% está soltero y 33.3% es casado.

**Tabla N°8. Distribución de escolaridad del Grupo Experimental.**

<b>Escolaridad</b>	<b>Grupo Experimental</b>
Pre-Media	3
Media	5
Universitaria	1
<b>Total</b>	<b>9</b>

Fuente Santamaría C , A , 2013



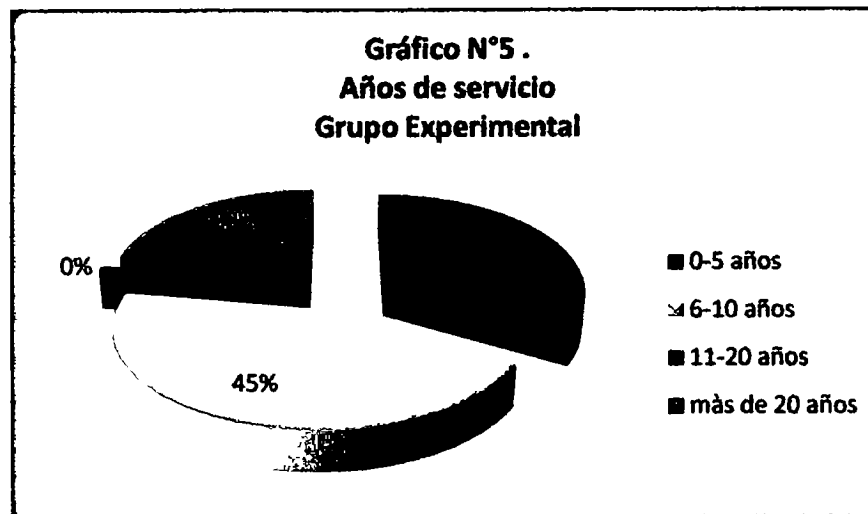
Fuente Santamaría C , A , 2013

En cuanto a la escolaridad del grupo experimental la Tabla N°8 y el Gráfico N°4 nos muestra que se distribuye de la siguiente forma: 56% de los sujetos en estudio tiene el nivel de pre-media (7° a 9°), el 33% nivel de media(X° a XII°) y 11% de nivel universitaria.

**Tabla N°9. Distribución según años de servicio del Grupo Experimental.**

<b>Años de servicio</b>	<b>Grupo Experimental</b>
0-5 años	3
6-10 años	4
11-20 años	0
más de 20 años	2
<b>Total</b>	<b>9</b>

Fuente Santamaría C , A , 2013



Fuente Santamaría C , A , 2013

En la Tabla N°9 y la Gráfica N°5 se refleja la antigüedad de cada participante del grupo experimental, agrupados en intervalos para su mejor estudio. El 45% del grupo tienen 6 a 10 años de servicio, el 33% tienen 5 años o menos de servicio, el 22% tiene más de 20 años de antigüedad en el trabajo. El promedio de antigüedad en este grupo es de 12 años de servicio, sin embargo, por la dispersión de datos calculamos la mediana que es de 7 años de servicio. En este grupo hay dos personas que tienen menos de un año de servicio.

**Tabla N° 10. Datos Sociodemográficos del Grupo Control**

<b>Sujeto</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Años de servicio</b>
1	18	Masculino	III año	Soltero	1
2	62	Masculino	VI grado	Unido	38
3	46	Masculino	VI grado	Unido	1
4	18	Masculino	VI grado	Soltero	1
5	48	Femenino	VI año	Viuda	21
6	62	Femenino	II año	Unida	38
7	52	Masculino	VI año	Unido	13
8	45	Masculino	VI grado	Unido	6
9	42	Femenino	II año	Casada	3

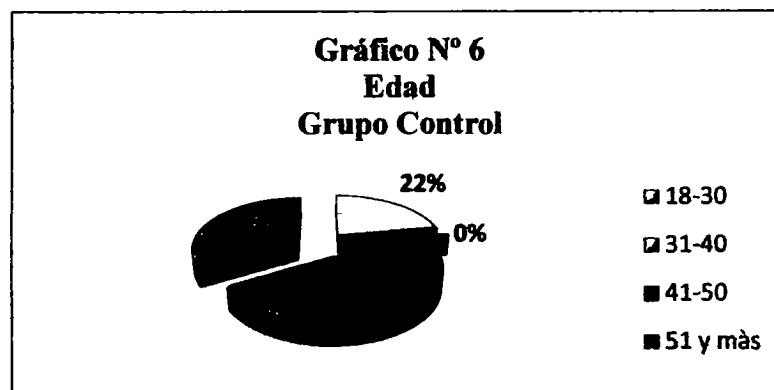
Fuente: Santamaría C, A, 2013

En la Tabla N°10 podemos observar la distribución de diferentes variables en estudio del grupo control como lo son: Edad, Escolaridad, estado civil y antigüedad en el servicio. Por medio de estas variables estudiaremos las distribuciones de cada grupo.

**Tabla N° 11. DISTRIBUCIÓN DE EDAD DEL GRUPO CONTROL**

<b>Edad</b>	<b>Grupo Control</b>
18-30	2
31-40	0
41-50	4
51 y más	3
<b>Total</b>	<b>9</b>

Fuente Santamaria C , A , 2013



Fuente Santamaria C , A , 2013

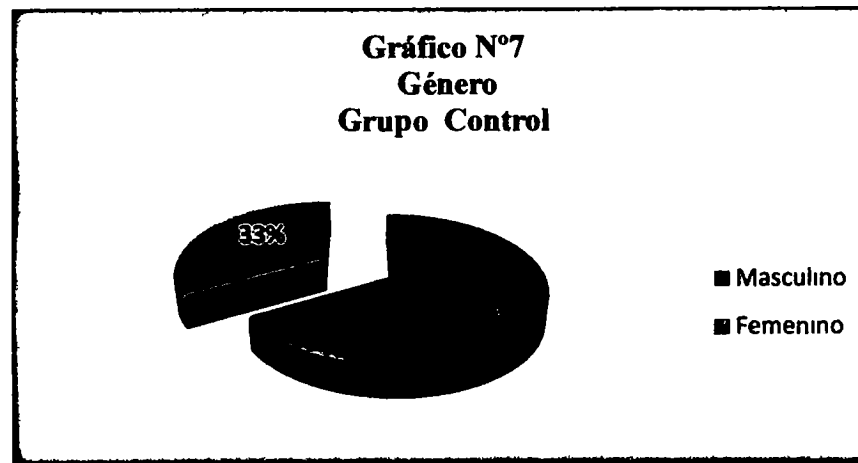
En la Tabla N°11 y la Gráfica N°6 podemos apreciar la distribución de la variable edad, para la muestra del grupo control que estuvo formado por nueve cuidadores. Al analizar los datos estadísticos de rangos de edad del grupo control observamos que las nueve personas en estudio, 45% está en el rango de 41 a 50 años de edad, 33% está en el grupo de 51 años y más, y el 22% pertenece al grupo de 18 a 30 años de edad.

Cabe destacar, que en este grupo se aprecia que 7 personas (78%) son mayores de 40 años, es una población madura, y solamente 2 personas de 18 años de edad (22%). Es importante señalar que el promedio de edad del grupo control es de 44 años.

**Tabla N°12. Género del Grupo Control**

<b>Género</b>	<b>Grupo Control</b>
Masculino	6
Femenino	3
<b>Total</b>	<b>9</b>

Fuente Santamaría C , A , 2013



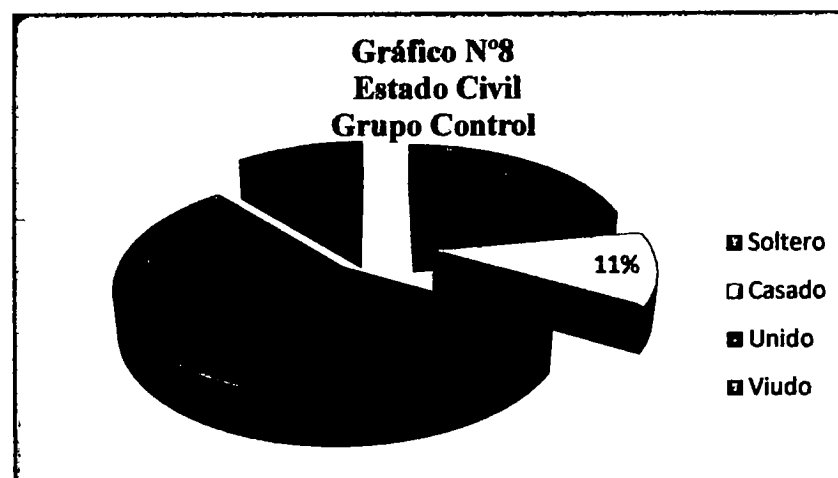
Fuente Santamaría C , A , 2013

En el Tabla N°12 y el Gráfico N° 7 podemos apreciar la distribución de la variable Género, para la muestra del grupo control que estuvo formado por nueve cuidadores. En cuanto al género del grupo control se visualiza que el 67% es del sexo masculino y 33% es de sexo femenino.

**Tabla N° 13. Estado Civil del Grupo Control.**

Estado civil	Grupo Control
Soltero	2
Casado	1
Unido	5
Viudo	1
<b>Total</b>	<b>9</b>

Fuente Santamaría C , A , 2013



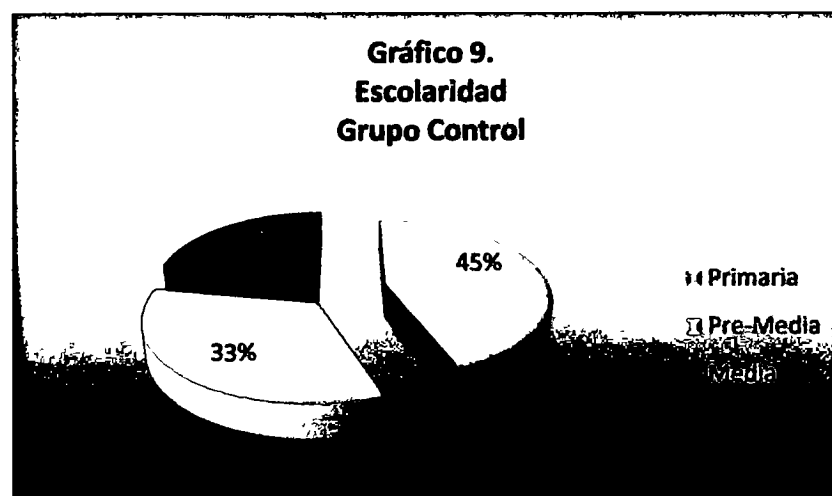
Fuente Santamaría C , A , 2013

En la Tabla N° 13 y el Gráfico N° 8 se aprecia la distribución según el estado civil en el grupo control. Podemos ver reflejado que el 56% está unido, el 22% está soltero, el 11% es casado y el 11% es viudo respectivamente.

**Tabla N°14. Distribución de escolaridad del Grupo Control.**

<b>Escolaridad</b>	<b>Grupo Control</b>
Primaria	4
Pre-Media	3
Media	2
<b>Total</b>	<b>9</b>

Fuente Santamaría C , A , 2013



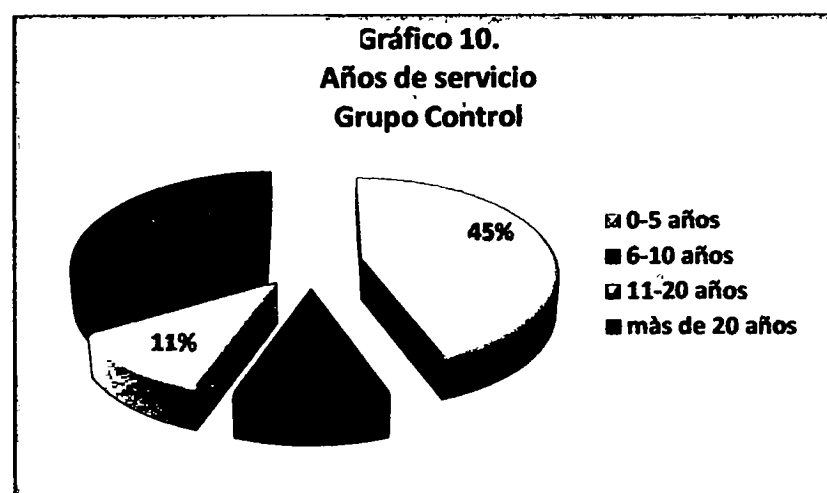
Fuente Santamaría C , A , 2013

En cuanto a la escolaridad del grupo control la Tabla N°14 y el Gráfico N°9 muestra que se distribuye de la siguiente forma: 45% de sujetos en estudio tiene el nivel de primaria, 33% de nivel pre-media (7° a 9°) y 22% de nivel media(X° a XII°). En este grupo nadie cuenta con un nivel universitario.

**Tabla N°15. Distribución según años de servicio del Grupo Control.**

Años de servicio	Grupo Control
0-5 años	4
6-10 años	1
11-20 años	1
más de 20 años	3
<b>Total</b>	<b>9</b>

Fuente Santamaría C, A, 2013



Fuente Santamaría C, A, 2013

En la Tabla N°15 y el Gráfico N°10 observamos los años de servicios de cada participante del grupo control agrupados en intervalos para su mejor estudio. El 45% del grupo tiene menos de 5 años de servicio, el 33% tiene más de 20 años de servicio, el 11% de 6 a 10 años y 11 a 20 años 11%. Se aprecia que en el grupo control la mitad de los sujetos es nuevo en el Hogar, el promedio de antigüedad en este grupo es de 14 años de servicio.

### 3. Análisis Estadístico

Se realizó un análisis estadístico de los resultados usando, para ello, el programa estadístico XLSTAT, versión 2016, para lo cual se utilizaron dos pruebas no paramétricas, la Prueba de Rangos de Wilcoxon para muestras apareadas y la de U-Mann-Whitney para muestras independientes.

En este estudio participaron dieciocho sujetos voluntariamente, tanto hombres como mujeres, que voluntariamente participaron, sujetos que primeramente cumplieron con los criterios de inclusión de tener un nivel elevado de *burnout*, luego de que se les aplicó el instrumento de evaluación y obtuvieran un nivel medio, alto o crítico en el Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT).

En el análisis estadístico descriptivo se incluyó lo siguiente:

- La media o promedio de la preprueba y postprueba del grupo experimental
- La desviación estándar de la preprueba y postprueba del grupo experimental
- La desviación estándar de la preprueba y postprueba del grupo control.
- La media, mediana, la desviación estándar de pre y post categorizados (de acuerdo con el nivel de *burnout*) del grupo del grupo experimental y el grupo control.

### 3.1 Prueba de hipótesis puntuación total del síndrome de *Burnout*

**TABLA N°16.** Comparación entre el pretest del grupo experimental y grupo control para los niveles de *burnout* según la escala de CESQT.

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pretest G. Exp.	60	85	80	90	40	75	75	65	80
Pretest G. C	80	40	55	75	70	90	40	40	40

Fuente Santamaría C, A, 2013

#### **Hipótesis.**

**Ho:** No existen diferencias significativas entre los niveles de *burnout* obtenidos por los sujetos del grupo experimental y grupo control antes de recibir el tratamiento.

**H<sub>1</sub>:** Existen diferencias significativas entre los niveles de *burnout* obtenidos por los sujetos del grupo experimental y grupo control antes de recibir el tratamiento.

**Nivel de significación:**  $\alpha = 005$ . **Cálculo estadístico de la prueba:** Prueba de Mann-Whitney / Prueba bilateral: para muestras independientes (G.E y G. C)

U	56.500
Valore esperado	40.500
Varianza (U)	124.412
valor-p (bilateral)	0.165
alfa	0.05

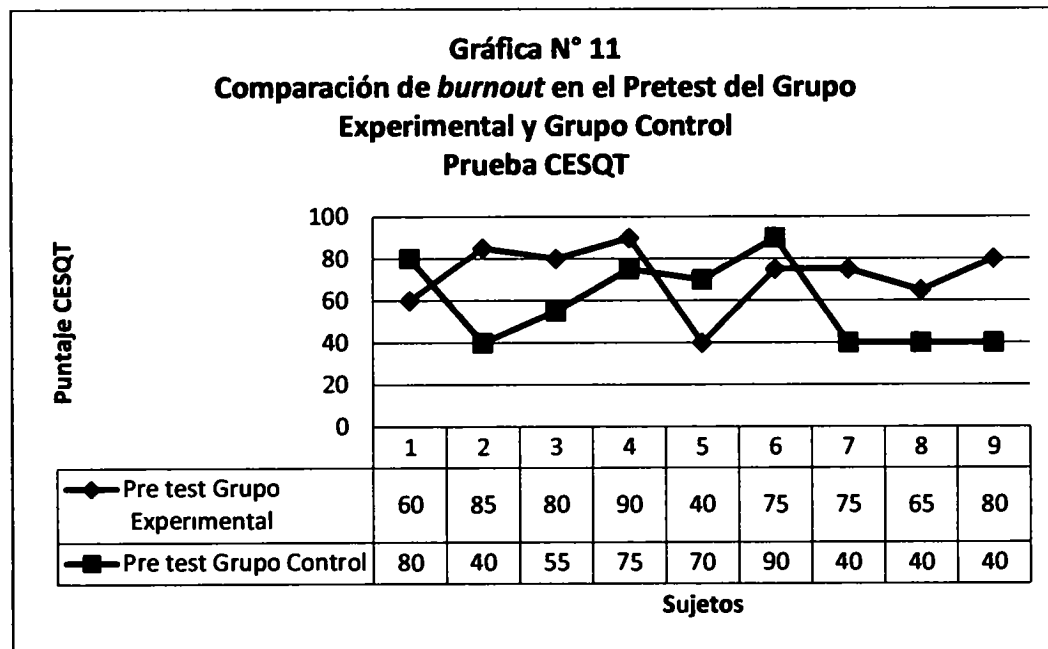
**Decisión:** como el p-valor calculado, es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$ , no se puede rechazar la hipótesis nula (Ho). Por lo tanto, rechazamos la (H<sub>1</sub>) y se acepta la (Ho). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (Ho), cuando es verdadera es de 16.46%.

**Conclusión:** a un nivel de significación de 0.05%, los puntajes obtenidos para el nivel total de *burnout*, no varían significativamente para el pretest del grupo experimental y grupo control. Esto significa que ambos grupos al iniciar el tratamiento estaban en las mismas condiciones en relación al síndrome de *burnout*. Así esta investigación cumple con el criterio de equivalencia inicial que es el fundamento de partida para toda investigación que se precie de estar dentro de los parámetros experimentales.

**TABLA N°17.** Estadísticas Descriptivas: comparación del nivel de *burnout* Pretest Grupo Experimental y Grupo Control.

Variable	Pre-test CESQT	
	Grupo Experimental	Grupo Control
Observaciones	9	9
Mínimo	40	40
Máximo	90	90
Media	72.22	58.89
Mediana	75.00	55.00
Desviación estándar	15.23	20.12

Fuente Santamaría C , A , 2013



Fuente Santamaria C , A , 2013

Esta gráfica N° 11 nos muestra que las puntuaciones de los niveles de *burnout* en el pretest del grupo experimental y el grupo control, no refleja una diferencia estadísticamente significativa. Debido a que los participantes mostraban características similares, que los hacen elegibles para ambos grupos y que aún no han sido sometidos al tratamiento.

**TABLA N° 18.** Comparación entre el pretest y el Postest del Grupo Experimental para los niveles de *burnout* según la escala de CESQT.

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pretest G. Exp.	60	85	80	90	40	75	75	65	80
Postest G. Exp.	5	25	5	40	45	5	40	45	33

Fuente Santamaria C , A , 2013

### Hipótesis.

**H<sub>0</sub>:** No existen diferencias significativas entre los niveles de *burnout* obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

**H<sub>1</sub>:** Existen diferencias significativas entre los niveles de *burnout* obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

**Nivel de significación:**  $\alpha = 005$

**Cálculo del estadístico de la prueba:** prueba de Wilcoxon de los rangos signados/Prueba bilateral: muestras apareadas.

V	44
Valore esperado	22.500
Varianza (V)	71.250
valor-p (bilateral)	0.013
alfa	0.05

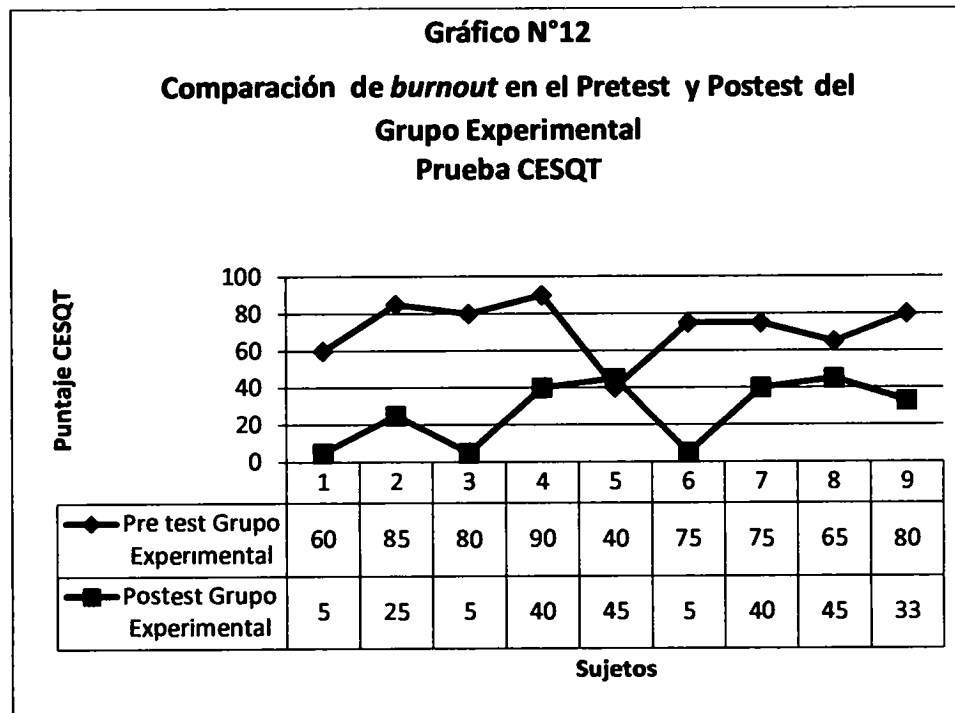
**Decisión:** puesto que el p-valor calculado, es menor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$ , se debe rechazar la hipótesis nula (H<sub>0</sub>), y aceptar la hipótesis alternativa (H<sub>1</sub>). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H<sub>0</sub>), cuando es verdadera es inferior al 1.29%.

**Conclusión:** a un nivel de significación del 0.05, los puntajes obtenidos establecen que existen diferencias significativas entre los puntajes del pretest y postest del grupo experimental. Estos resultados nos señalan que el tratamiento psicoterapéutico fue efectivo y por lo tanto se redujeron las puntuaciones con las cuales nos encontramos al inicio de esta experiencia.

**TABLA N° 19.** Estadísticas descriptivas: comparación *burnout* Pretest y Postest del Grupo Experimental.

	Pretest	Postest
Observaciones	9	9
Mínimo	40	5
Máximo	90	45
Media	72.22	27.000
Desviación típica	15.23	17.600

Fuente Santamaría C, A, 2013



Fuente Santamaría C, A, 2013

Observamos en esta gráfica que los niveles de *burnout* en el pretest son significativamente diferentes que las obtenidas en el postest. Vemos una disminución en casi todos los participantes de las sesiones psicoterapéuticas una vez recibido el tratamiento. A diferencia del sujeto 5 que se mantuvo en un nivel medio de *burnout*. Es nuestra impresión clínica que la psicoterapia no movilizó a este

sujeto por su condición física producto de su enfermedad crónica y de muy mal pronóstico.

**TABLA N°20.** Comparación de las puntuaciones del Pretest y Postest del Grupo Control para los niveles de *burnout* según la escala de CESQT.

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pretest GC	80	40	55	75	70	90	40	40	40
Postest GC	75	50	70	96	75	97	50	85	40

Fuente: Santamaria C, A, 2013

### Hipótesis.

**H<sub>0</sub>:** No existen diferencias significativas entre los niveles de *burnout* obtenidos en el pretest y postest por los sujetos del grupo control.

**H<sub>1</sub>:** Existen diferencias significativas entre los niveles de *burnout* obtenidos en el pretest y postest por los sujetos del grupo control.

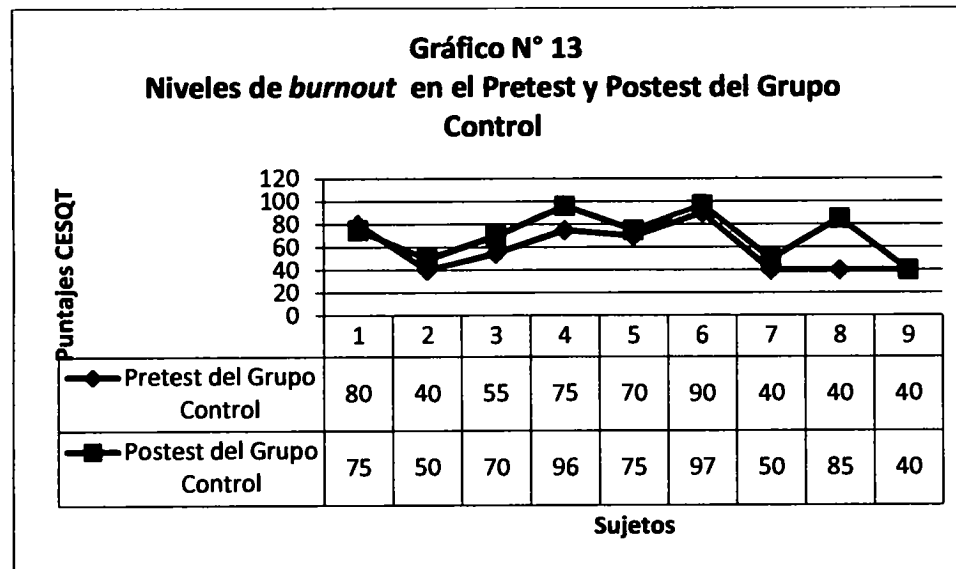
**Nivel de significación:**  $\alpha = 0.05$

**Cálculo del estadístico de la prueba:** prueba de signos/Prueba bilateral: muestras apareadas.

N+	1
Valore esperado	4.000
Varianza (N+)	2.000
valor-p (bilateral)	0.070
alfa	0.05

**Decisión:** como el valor-p calculado, es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$ , no se debe rechazar la hipótesis nula (H<sub>0</sub>). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H<sub>0</sub>) cuando es verdadera es inferior al 7.03%.

**Conclusión:** a un nivel de significación del 0.05, los puntajes obtenidos establecen que no existen diferencias significativas entre los puntajes del pretest y el posttest en los niveles de *burnout*.



Fuente: Santamaría C, A, 2013

Como observamos en esta gráfica los niveles de *burnout* en el pretest no son diferentes que los obtenidos en el posttest. Lo que si nos muestra es que casi todos los participantes tienden a aumentar sus niveles de *burnout*. Esto puede ser debido a que no recibieron el tratamiento.

#### **4. Análisis y discusión de los resultados**

Luego de la presentación de los resultados y de haber realizado el correspondiente análisis estadístico procederemos a su discusión y análisis con el fin de determinar la efectividad del tratamiento aplicado.

##### **4.1 En relación a los resultados estadísticos del Grupo Experimental**

De acuerdo con los resultados obtenidos en el Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT), analizados estadísticamente, pudimos observar que hay evidencias que comprueban la hipótesis alterna que plantea que los cuidadores que participaron de las sesiones de psicoterapia de apoyo disminuyeron significativamente sus niveles de *burnout* una vez terminaron la terapia. El grupo experimental mostró cambios estadísticamente significativos, que demuestran la efectividad del tratamiento. En el grupo experimental los nueve sujetos mostraron una tendencia a la disminución, la cual fue evidente y consistente. Después del tratamiento ya no se presentaron sujetos con niveles críticos de *burnout*, también se mostraron sujetos con niveles bajos y muy bajos, que en el pretest no se presentaron. Hay suficientes datos que sustentan la efectividad del tratamiento aplicado al grupo experimental. Este resultado coincide con las impresiones obtenidas en la entrevista final, donde los participantes expresaron haber mejorado mucho sus síntomas y mostraron alivio.

En el grupo experimental cuatro sujetos 4, 5, 7 y 8 (ver grafica N°12) presentaron una disminución de los niveles de *burnout*, pero sin llegar a los niveles bajo o muy bajo; alcanzando un nivel medio. A continuación analizaremos por separado la evolución de cada uno de estos sujetos.

El sujeto #-4 (mujer) presentaba un nivel crítico en el pretest, después de la terapia (apoyo) su nivel de *burnout* bajo a un nivel medio. La posible razón de que no alcanzara un nivel menor, es que durante la fase intermedia II se lastimó la espalda lo que la afectó a nivel físico, laboral y económico al tener que hacer frente a gastos extras, se le guió a buscar alternativas para enfrentar la situación. A pesar de no alcanzar un nivel bajo, es nuestra impresión clínica que la disminución fue significativa.

El sujeto #-5 (mujer) en el pretest presentaba un nivel medio, después de la terapia (apoyo) su nivel de *burnout* permaneció igual. Esto pudo deberse a que a poco tiempo de terminar la intervención fue víctima de una agresión por parte de su esposo, destruyó cosas, hubo maltrato físico, verbal y psicológico, que la dejó muy afectada además, de que tuvo que hacer frente a problemas de índole familiar y judicial que la alteraron emocional y laboralmente afectando sus resultados en el postest. Esto representa una variable que se produce accidentalmente en el tratamiento y que no pudo ser controlado por esta investigadora.

El sujeto #- 7 (mujer) en el pretest presentaba un nivel alto, después de las sesiones de terapia (apoyo) su nivel de *burnout* bajo a un nivel medio, este resultado pudo verse afectado porque descubrió una “bolita” en su seno y estaba esperando los resultados del examen que se hizo; esto la tenía muy preocupada por su historia familiar con el cáncer y que estaba a punto de cumplir la edad en la que la mayoría de sus familiares fallecían, todo esto complicado por el temor de perder su trabajo. A pesar de que estas situaciones se presentaron en la fase intermedia II se logró trabajar en ellas pudiendo la participante disminuir su nivel de *burnout*.

El caso del sujeto #- 8 (varón) cuyo nivel de *burnout* (medio) fue el mismo en el pretest y el postest. Se puede explicar porque a poco tiempo de terminar la intervención terapéutica su jefa organizó una reunión de trabajo, en su ausencia, donde revela a sus compañeros su

condición médica junto con la recomendación de que tuvieran mucho cuidado en su trato futuro. Esto lo ofendió y molestó mucho, porque supuestamente la información médica debe ser confidencial.

#### **4.2 En relación a los resultados estadísticos del Grupo Control**

Los niveles de *burnout* del grupo control no muestran diferencias estadísticamente significativas en el pre y el postest. Sin embargo, lo que se puede observar es que casi todos los participantes tienden a aumentar sus niveles de *burnout*. Este aumento en el grupo control podemos atribuirlo a que no recibieron el tratamiento para su condición.

En contraste con el grupo experimental, donde todos los sujetos presentaron mejorías, en el grupo control los participantes siguieron experimentando dolores musculares, cefaleas, cansancio, irritabilidad, problemas digestivos, alteraciones del sueño y del apetito, agotamiento, dolores de espalda y culpa.

En el grupo control dos sujetos 4,6 (ver grafica N°13) presentaron un aumento en sus niveles de *burnout* n llegar a los niveles bajo o muy bajo; alcanzando un nivel medio. A continuación analizaremos por separado la evolución de cada uno de estos sujetos.

En el caso del sujeto #4 (varón) cuyo nivel de *burnout* ya alto en el pretest aumentó su nivel de intensidad al momento en que realizamos el postest llegando a un nivel crítico, esto se puede explicar porque este sujeto estaba en la lista de espera del tratamiento. Entre otras cosas tuvo que enfrentarse a un divorcio y a un posible despido ya que su ex esposa trabajaba en el mismo lugar. Tan pronto se pueda el asistirá a las sesiones programadas.

En el caso del sujeto #-6 (Varón) cuyo nivel de *burnout* se mantuvo en la preprueba y postprueba en el mismo nivel crítico. Además fue sorprendido maltratando a uno de los ancianos a su cargo y fue suspendido en espera de si iba o no a ser despedido.

## CONCLUSIONES

1. El programa de Psicoterapia de Apoyo con modelo psicodinámico, diseñado y aplicado para los cuidadores del Hogar Bolívar de Ancianos que presentan síntomas de *burnout* en niveles de medio a crítico, fue efectivo y validado estadísticamente.
2. Los niveles de intensidad de *burnout* encontrados para ambos grupos experimental y control son medio, alto y crítico en la preprueba. Una vez aplicado el tratamiento (postprueba) al grupo experimental sus niveles disminuyeron, mientras que los niveles de los sujetos del grupo control (sin tratamiento) se intensificaron.
3. El programa de terapia de apoyo diseñado y desarrollado como método de intervención terapéutico para cuidadores que presentan síntomas de medio a crítico de *burnout* del Hogar Bolívar de Ancianos, pudo ser afectado por el número de sesiones (12) y por el hecho de que se dependía del turno (rotativo) para organizar el día y la hora de la sesión.
4. Los integrantes del grupo experimental pudieron expresar abiertamente las circunstancias laborales que le causaban malestar sin el temor de enfrentar represalias, reconocer las señales de alerta que su cuerpo enviaba, afrontar los sentimientos de culpa por comportarse de manera agresiva y/o negativa con sus compañeros y en especial con los adultos mayores bajo su cuidado.
5. Para esta investigadora y desde el punto de vista contratransferencial resultó alentadora la fase final, sin embargo, al inicio sentí la resistencia y desconfianza del personal de compartir sus experiencias, lo que me motivo para tratar de

cambiar la percepción negativa que tenían de los psicólogos y lograr que se sintieran cómodos y se expresaran libremente, y así poder ayudarlos a lidiar con lo estresante de su trabajo. Logre identificarme con ellos por la crudeza del trabajo que realizan. Removió en mí los recuerdos de la situación vivida con el cuidado de mi padre de 85 años que necesitó asistencia y cuidados.

6. Podemos hablar del síndrome de *burnout* como de un trastorno adaptativo vinculado al inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo, que deterioran la calidad de vida de las personas que lo padecen.
7. El *burnout* es una disfunción laboral con repercusiones en la esfera emocional y debe ser considerado un accidente profesional, de consecuencias graves, ya que la mayoría de las empresas no ofrecen los recursos necesarios para su afrontamiento.
8. El síndrome de *burnout* es una respuesta prolongada a estresores crónicos tanto a nivel personal como laboral, que se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento del individuo fallan.
9. El *burnout* no se genera por la carga cuantitativa, sino por la parte cualitativa del trabajo (es relacional), los individuos no se reponen con el descanso y afecta directamente la cognición, lo que provoca que la percepción de los hechos sea negativa y los lleve al aislamiento.
10. La administración del Hogar Bolívar debe ser consciente de lo vital que es mantener la buena salud física y mental de los cuidadores para el cuidado eficiente y humano de las personas a su cargo.

## RECOMENDACIONES

1. Replicar esta investigación manteniendo niveles de control más rigurosos a fin de obtener resultados más confiables y representativos.
2. En la atención de los síntomas de *burnout* a través del programa de psicoterapia de apoyo con modelo psicodinámico es lo que recomendamos para los cuidadores que tienen niveles medios, altos y críticos, se recomienda extender el número de sesiones (18) y realizar las sesiones en un horario que no concuerde con su hora de descanso.
3. Concientizar a las empresas u organizaciones que las consecuencias del síndrome de *burnout* son evitables mediante el establecimiento de programas que fomenten la salud de sus colaboradores y la apropiada configuración de los puestos de trabajo.
4. Preparar programas empresariales cuyo objetivo sea brindar herramientas a los colaboradores para hacer frente al *burnout* o al estrés laboral.
5. Se debe implementar leyes y/o políticas para la prevención de riesgos laborales cuyo objetivo principal sea concientizar a la sociedad sobre la importancia de evaluar y prevenir los riesgos de carácter psicosocial para disminuir los accidentes, el absentismo laboral y al mismo tiempo para mejorar la salud y la calidad de vida de los trabajadores.
6. Que las condiciones y ambiente de trabajo no deterioren la vida y salud de los trabajadores debe ser un objetivo necesario de todas las políticas empresariales y estatales.

7. Que las universidades y el gobierno trabajen juntos para que el Síndrome de *Burnout* sea considerado como un accidente profesional con amplias repercusiones en la Salud Mental.

## BIBLIOGRAFÍA

## BIBLIOGRAFÍA

### Libros

1. Alarcón Prada, Ariel. (2008). Fundamentos técnicos de la Terapia de Apoyo. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 37, suplemento N°1.
2. Alves Fariás, Jamilton. (2016). El modelo Burnout: engagement en enfermeros: el factor protector de la resiliencia. España: Ediciones Universidad de Salamanca.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. (2003). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). México: Editorial Manual Moderno.
4. Cruz Rubio, María. (2011). Manual de riesgos psicosociales: el estrés y el síndrome de burnout. Madrid: Editorial CEP, SL.
5. Díaz Mérida, Francisco M. (2005). Salud y seguridad en el trabajo. (Primera Edición). Panamá: Editora Géminis, S.A.
6. El Sahili González, Luis Felipe. (2015). Burnout consecuencias y soluciones. México: Editorial Manual Moderno.
7. Fernández Ruiz, Silvestre; Vásquez Mirelis, Rosalva D. (2015). Efectos del estrés (SQT) en los directivos y propietarios de pymes. México. Editorial Plaza y Valdés, S. A. de C. V.
8. Gil-Monte, Pedro R. (2006). El Síndrome de quemarse por el trabajo. España: Ediciones Pirámide.

9. Gil-Monte, Pedro R.; Moreno-Jiménez, Bernardo. (2007). El Síndrome de quemarse por el trabajo (Grupos profesionales de riesgo). España: Ediciones Pirámide.
10. Grimaldo, J. (1995). Introducción a la Psicoterapia. Lima, Perú: Editorial En Prens.
11. Gestal Otero, J. J. (2003). Riesgos Laborales del Personal Sanitario. (3<sup>a</sup>. ed.). España: McGraw-Hill-Interamericana.
12. Gestal Otero, J. J. (2003). Riesgos Laborales del Personal Sanitario. (3<sup>a</sup> edición). España: McGraw- Hill/Interamericana de España, S. A. U.
13. Hernández Sampieri, Roberto y otros. (2003). Metodología de la Investigación. (3<sup>a</sup>. ed.). México: McGraw Hill Interamericana.
14. Kazdin, Alan E. (2001). Métodos de Investigación en Psicología Clínica. México: Editorial Prentice Hall.
15. LaDou, Joseph. (2005). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. (3<sup>a</sup>. edición.). México: Manual Moderno.
16. Oblitas, L. (2008). Psicoterapias Contemporáneas. México: Cengage Learning.
17. Oramas Viera, Arlene (2015) Estrés Laboral y Síndrome de Burnout en docente cubanos de enseñanza primaria. Cuba: Editorial Universitaria.
18. Otero López, José Manuel. (2015). Estrés Laboral y Burnout en profesores de enseñanza secundaria. España: editorial Ediciones Díaz de Santos.

19. Palacio S., Jorge Enrique; Caballero D., Carmen Cecilia. (2012). Relación del Burnout y las estrategias de afrontamiento con el promedio académico en estudiantes universitarios. Bogotá, Colombia: Editorial Red Universitas Psychologic.
20. Perales, A. (1992). La Psicoterapia de Apoyo. Lima, Perú: Editorial UNMSM, Revista Diagnóstico. Vol.4 N°3.
21. Rebraca Shives, Louise. (2007). Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. (6ª edición). España: McGraw- Hill/Interamericana de España, S. A. U.
22. Williams, Stephen, Cooper, Lesley. (2004). Manejo del Estrés en trabajo. México: Editorial Manual Moderno

#### Documentos electrónicos

1. <http://www.alz.co.uk/&ei=M4vWT4u-6bih%3D588%26prmd%3Dimvns> The Global Voice on Dementia. (consultado junio 11 2013)
2. [http://www.alzheimer.info/tratamiento\\_alzheimer.html](http://www.alzheimer.info/tratamiento_alzheimer.html). Toda la información sobre el Alzheimer (consultado junio 11 2013)
3. <http://www.revenf.ucr.ac.cr/desgaste.pdf>>ISSN 1409-4568. Síndrome de desgaste profesional o de *Burnout* en el personal de enfermería. Número 13, 2007-2008. Arias, Fauribricio y otros. (consultado junio 11 2013)
4. <http://revistas.um.es/analesps/article/view/31281> *Burnout* en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el Síndrome del asistente desasistido. Portero P., Ana Isabel; Garcés De Los Fayos Ruíz, Enrique Javier. (Consultado julio 10 de 2013).

5. [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2010/salas\\_dj/pdf/salas\\_dj.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2010/salas_dj/pdf/salas_dj.pdf) Bienestar Psicológico y Síndrome de *Burnout* en docentes de la UGEL N° 7 (Consultado agosto 3 de 2013)
6. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33740108.pdf> El *burnout* en profesionales sanitarios (Consultado agosto 3 de 2013)
7. <http://mayores.pre.cti.csic.es/documentos/documentos/marco-calidad-01.pdf> Calidad de vida del cuidador del hemipléjico vascular de edad avanzada (Consultado septiembre 7 de 2013)
8. [http://geosalud.com/Salud%20Ocupacional/estres\\_laboral.htm](http://geosalud.com/Salud%20Ocupacional/estres_laboral.htm) Sindicato de Enfermeras de España (SATSE). Prevención del Estrés Laboral. (consultado marzo 2 de 2013)
9. <http://www.upd.edu.mx/librospub/inv/sinburnout.pdf> Informe final de la investigación. síndrome de *burnout*: un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango (consultado septiembre 27 de 2103)
10. <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n12/PDFs/Anbelacop.pdf> El síndrome de *burnout*. evolución conceptual y estado actual de la cuestión (consultado septiembre 27 de 2013)
11. [http://es.wikipedia.org/wiki/Burnout\\_\(ADndrome\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Burnout_(ADndrome)) Síndrome de *Burnout* (consultado agosto 3 de 2103).
12. [http://journal.intramed.net/index.php/Intramed\\_Journal/article/view/239/70](http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/view/239/70) El estrés laboral de los Profesionales de la Salud y la Calidad de Vida (consultado mayo 3 de 2014)
13. [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Tratamiento\\_alcohol\\_y\\_drogas/Articulos/Psicoterapias\\_de\\_apoyo.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Tratamiento_alcohol_y_drogas/Articulos/Psicoterapias_de_apoyo.pdf) Psicoanálisis, Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoterapia de Apoyo: Controversias Contemporáneas. (consultado enero 3 de 2014)

## Tesis

1. Acuña Ibarra, Yara del Carmen. (2000). Psicoterapia breve, Intensiva y de Urgencia aplicada a adultos mayores depresivos con manifestaciones de conductas parasuicidas. Universidad de Panamá. 2000.
2. Ávila Rodríguez, Yandra Adays. (2011). Terapia cognitivo conductual, enfocada en disminuir los síntomas de ansiedad y el síndrome de *Burnout* en enfermeras de la región metropolitana de salud. Trabajo presentado para optar por el Grado de Maestría en Psicología Clínica. Universidad de Panamá. 2011.
3. Castillo I., Aixa S. (2007). Estudio descriptivo sobre el Síndrome de *Burnout*. Universidad de Panamá. 2007.
4. Garzón, Yaravis. (2011). El síndrome de *Burnout* en docentes del Centro Regional Universitario de Veraguas. Universidad de Panamá 2011.
5. Hurtado Bayo, José Eloy. (2004). Manejo del estrés en personal de rescate y atención a emergencias: Prevención del trastorno por estrés postraumático secundario. Trabajo presentado para optar por el Grado de Maestría en Psicología Clínica. Universidad de Panamá. 2004.
6. Matteus Escobar, Jenny. (2004). Programa de terapia de Grupo Cognitivo Conductual para maestros de la Escuela Básica General del IPHE que presentan Síndrome de *Burnout*. Trabajo presentado para optar por el Grado de Maestría en Psicología Clínica. Universidad de Panamá. 2004.
7. Mainieri C., Roberto. (2000). La técnica de Bioinformación en el tratamiento del Estrés. Trabajo presentado para optar por el Grado de Maestría en Psicología Clínica. Universidad de Panamá. 2000.

8. Rodes, Melida. (2006). Prevalencia del Síndrome de *Burnout* en los docentes escuelas primarias oficiales y particulares en dos corregimientos del Distrito de la Chorrera. Trabajo presentado para optar por el grado de Maestría en Salud Pública con énfasis en Salud Ocupacional. 2006.
9. Urriola Guevara, Arelys I. (2009). Estudio descriptivo sobre el Síndrome de *Burnout* en los docentes del Instituto Nacional. Universidad de Panamá 2009.

**ANEXOS**

## **ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Respetados (as) señores (as) les solicito su participación voluntaria en la realización de este estudio. El estudio consiste en llenar algunas pruebas que miden el estrés laboral y/o el síndrome de *burnout* (CESQT), una entrevista clínica y posteriormente participar de la terapia dependiendo de los resultados de las pruebas aplicadas.

❖ Si participa:

- La información se utilizará para la realización de la tesis “Efectividad de la psicoterapia de apoyo en el estrés laboral crónico o Síndrome de *Burnout* en cuidadores de personas mayores con alzhéimer”. Los nombres se eliminarán, solo se usarán las iniciales, la fecha de nacimiento y el sexo. Solo serán revisados por la examinadora.

❖ Confidencialidad:

- Toda la información obtenida por las evaluaciones permanecerá en forma confidencial y anónima.
- Su información personal se codificará para que nadie pueda identificarlo.
- Ninguna persona en el Hogar Bolívar de Ancianos, ni siquiera la directora, verá los formularios, cuestionarios o entrevistas que usted completará.

❖ Beneficios:

- La información obtenida nos ayudará a obtener la muestra para la realización de la tesis.
- Directos: los cuidadores que participen de la intervención terapéutica disminuirán sus niveles de estrés laboral.
- Indirectos: la organización para la que trabajan, las personas a su cuidado y los familiares seguirán obteniendo un excelente cuidado.

- ❖ **Riesgos:** el estudio no conlleva ningún riesgo para usted. No recibirá ninguna compensación por participar. Los resultados permanecerán de manera confidencial y anónima.
- ❖ **Participación voluntaria:** su participación en la evaluación y en la terapia es voluntaria. Puede negarse a participar de ella. Tiene el derecho de retirarse de la terapia en cualquier momento.
- ❖ **Preguntas:** Si tiene preguntas sobre la participación en la evaluación y en la terapia, puede comunicarse con Licda. Ana Santamaría, personalmente, al celular 6745-6295 o al correo electrónico: [ana.raquel.196623@gmail.com](mailto:ana.raquel.196623@gmail.com).

Al firmar este documento reconozco que he leído y comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas de forma satisfactoria. Comprendiendo esto, doy mi consentimiento para la realización de la evaluación, terapia y firmo a continuación:

Firma del cuidador: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2. HISTORIAS CLÍNICAS

A continuación, presentamos las historias individuales obtenidas de las entrevistas clínicas realizadas al inicio de nuestra investigación. Estas contienen los datos personales, problemas actuales, breve historia familiar, situación laboral actual, relaciones interpersonales, impresión subjetiva del programa y los resultados obtenidos en la prueba utilizada. Con el fin de proteger la confidencialidad e identidad de la muestra participante en nuestra investigación se realizaron cambios en ciertos datos personales. A continuación las historias clínicas del grupo experimental:

### Historias del grupo experimental:

#### Sujeto 1

##### Datos generales

- Nombre: AGM
- Edad: 45 años
- Fecha de nacimiento: 11 de noviembre de 1967
- Sexo: masculino
- Escolaridad: bachiller
- Nacionalidad: panameño
- Religión: católica
- Ocupación: trabajador manual
- Estado civil: soltero
- Examinador: Ana R. Santamaría C.
- Preprueba: nivel medio de *Burnout*
- Postprueba: nivel muy bajo de *Burnout*

**Motivo de consulta:** evaluación del nivel de *Burnout* para obtener la muestra para el estudio “Efectividad de la psicoterapia de apoyo en el estrés laboral crónico o Síndrome de *Burnout* en cuidadores de personas con alzhéimer”.

### **Historia personal y familiar**

“A” recibió tratamiento psicológico a raíz de quedar ciego por una enfermedad llamada “neuritis óptica”, lo que le provocó depresión.

Es un hombre de 45 años, alto, delgado, pelo negro, lacio, derecho, es el hijo del medio de tres hermanos (en total son 13 hermanos). Nace en Piedras Gordas, Penonomé (lugar que recuerda con mucho afecto). Se describe como un hombre amoroso, no muy sociable, callado, cariñoso, trabajador, buen papá, buen hermano, buen esposo, flexible, accesible, buen amigo y compañero de trabajo. Es más bien introvertido (le cuesta relacionarse con los demás).

Ambos padres de “A” murieron cuando él era joven, primero su padre y luego su madre; el primero de mayo de 1983. Su padre abandonó a su madre con un niño de un mes y el mayor tenía solo 9 años, no los ayudó más, por lo que él estuvo muchos años resentido. Son 13 hermanos en total, 3 de padre y madre y 10 por parte de padre. Su relación con su madre fue muy buena, ella era una mujer muy cariñosa, que salió adelante con sus hijos; con su papá la relación era mala, él no le hablaba, estaba muy resentido con él porque los abandonó y no los apoyó ni siquiera económicamente. Se crió con su madre y sus hermanos. Tiene una excelente relación con todos ellos y muy cercana. Los describe como seres cariñosos, comprensivos, honestos, alegres, excelentes hermanos; cuando necesitó de su apoyo, siempre contó con ellos.

No recuerda haber tenido problemas para aprender a caminar, hablar, controlar esfínteres, hiperactividad, déficit de atención, epilepsia, problemas de sueño, no tiene fobias. Lo que recuerda es que su infancia fue muy dura, pues su padre los abandonó y no los ayudó económicamente, ni se interesa por ellos. Cuando estaba en la escuela no le gustaba estudiar y era muy inquieto, se portaba muy mal al punto que la maestra le suspendió el recreo por un año.

Cuidó de su abuela por muchos años, ya que sus hijos (7) no querían hacerse cargo de ella; cuando enfermó llevaron a su abuela a casa de una hija donde no duró mucho tiempo, pues murió. Él trabajaba para mantenerlos a ambos.

Él, sus dos hermanos y un sobrino trabajan en la misma institución: en el taller y como trabajador manual.

Ha atravesado muchos eventos fuertes en su vida, pero su fe lo ha ayudado a superarlos, enfermedades, hospitalizaciones y lo más doloroso para él es la traición de su esposa. Situación que lo ha dejado con una gran desconfianza para volver a enamorarse. Actualmente vive con su hijo de siete años, se ha dedicado por entero a su crianza y cuidado, ya que su esposa lo abandonó. Él es un buen hijo, estudioso y obediente, pero sobre todo muy inteligente. Al principio, la madre se llevó al niño, pero como su pareja actual no lo quería y lo maltrataba, lo dejó con su padre y lo visita de vez en cuando.

Él se lleva muy bien con el niño, hablan mucho, lo aconseja, quiere que él tenga la confianza de preguntarle lo que sea, le explica las cosas y trata de no hablarle mal de su mamá, no quiere que sufra ni que la juzgue.

Entre sus metas están:

- Construir una casa digna para su hijo y para él.
- Que su hijo se gradúe en la universidad.
- Arreglar su situación económica.
- Enamorarse otra vez.
- Preocuparse más por sí mismo.
- Conseguir la custodia de su hijo.

**Historia escolar**

Estudió hasta sexto año, hubiese querido estudiar más, pero no tenía los medios económicos para hacerlo y tuvo problemas de salud que se lo dificultaron. Cuando perdió la vista, se puso en contacto con la Asociación de Ciegos de Panamá, donde le enseñaron a hacer correas, hamacas y otras cosas que le sirvieron para subsistir.

**Historia médica**

Niega que algún miembro de su familia haya sufrido de problemas mentales, epilepsia, alcoholismo, drogadicción, retardo mental, enfermedades digestivas, mal de Parkinson, tuberculosis, diabetes, enfermedades cardíacas, hipertensión, disfunción sexual, hepatitis, obesidad, cáncer o alzhéimer. No informa sentir fobias.

A lo largo de su vida, ha sufrido de varias enfermedades serias como: tuberculosis, hernia, alergias, ceguera, tosferina, ha sido hospitalizado 3 veces (8, 4 y 57 días respectivamente).

Cuando tenía alrededor de 19 años, padeció de neuritis óptica (inflamación del nervio óptico que puede originar pérdida de visión parcial o completa, aunque en muchas ocasiones la capacidad visual se recupera), enfermedad que lo dejó ciego por unos meses, luego recuperó un porcentaje de la visión, pero no toda, el médico le dijo si hubiera ido a tiempo hubiese recuperado el total de la visión, pero por motivos económicos no pudo.

Actualmente, su salud es buena, la única dificultad que tiene es su poca visión, pero no toma ningún medicamento.

**Historia laboral**

Comienza a trabajar en el campo, en la zafra de caña y otras labores, luego sucede el problema de la pérdida de visión. Su primer trabajo formal es en el Hogar a los 29

años, actualmente su trabajo es permanente, su contrato dice trabajador manual, pero en realidad atiende a las ancianas de su pabellón (les da la comida, sirve, las mueve a las sillas). También fue secretario de la Asociación de Ciegos.

### **Historia social**

Tiene varios amigos, la mayoría son mujeres, piensa que son más sensibles y comprensivas que los hombres; sus amigos son alegres, inteligentes, sinceros, cariñosos, no cree que sean interesados. Él no es muy comunicativo, es un poco desconfiado y no se abre muy fácilmente con las personas, tiene que pasar un tiempo para que empiece a hablar, no se relaciona fácilmente con las personas. Tiene dos mejores amigos, una compañera de trabajo y un profesor, a ellos les cuenta sus problemas y les pide consejo.

### **Historia de sus relaciones de pareja**

Tuvo pocas novias, pues era muy tímido. Conoce a la madre de su hijo en la Asociación de Ciegos, donde ella era voluntaria. Al principio de la relación todo estaba bien, ella era sumisa, humilde, lo apoyaba, pero luego cambió mucho, conoció a un hombre que tenía un hijo, que estaba mejor económicamente y ella de la noche a la mañana se fue y lo abandonó, primero se llevó al niño, pero tanto la nueva pareja como el hijastro maltrataban al niño y él le dijo que mejor se lo dejara. Ella así lo hizo y lo visita muy de vez en cuando. Aunque ella lo abandonó trata de mantener una buena comunicación con ella por su hijo, porque a pesar de todo ella es su madre y su hijo la necesita.

### **Evaluación del estado mental**

- **Apariencia y conducta:** su apariencia general es apropiada, viene a las sesiones vestido adecuadamente (los varones no usan uniformes) y limpio, llega puntualmente. Su expresión facial es acorde con lo que expresa verbalmente. Su conducta motora es apropiada.

- **Proceso y contenidos del pensamiento:** la velocidad y flujo del habla son apropiados, no se evidenció una alteración en el contenido del pensamiento, ni una alteración en la percepción de la realidad, tampoco despersonalización.
- **Estado de ánimo y afecto:** estado de ánimo y afecto apropiados.
- **Funcionamiento intelectual:** tiene un vocabulario razonable, acorde con su nivel académico y su memoria está conservada.
- **Sentido del sí mismo:** no presenta despersonalización, confusión de identidad, orientada en tiempo y espacio, capaz de discernir, puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Experiencias perceptuales:** no presenta ningún tipo de alucinaciones.

### **Impresión diagnóstica**

Eje I: F.43 Trastorno de adaptación no especificado. Presencia de una baja autoestima.

Eje II: Sin diagnóstico.

Eje III: El paciente no reporta enfermedades médicas que pudiesen estar afectando su estado emocional.

Eje IV: Estudio psicosocial:

- temor a perder la vista nuevamente.
- amenaza de pérdida del empleo.
- trabajo estresante.
- disminución de los ingresos económicos.
- Aumento de las horas de trabajo (9 horas)
- economía insuficiente.

Eje V: GAF actual: EEAG= 70 0 80 (algunos síntomas leves)

## Sujeto 2

### Datos generales

- Nombre: DC
- Edad: 36 años
- Sexo: femenino
- Escolaridad: técnica en enfermería
- Nacionalidad: colombiana
- Religión: católica
- Puesto: auxiliar de enfermería
- Nivel socioeconómico: medio
- Estado civil: soltera
- Examinador: Ana Santamaría
- Pretest: nivel alto de *burnout*
- Postest: nivel bajo de *burnout*

**Motivo de consulta:** Evaluación del nivel de *Burnout* para obtener la muestra para el estudio “Efectividad de la psicoterapia de apoyo en el estrés laboral crónico o Síndrome de *Burnout* en cuidadores de personas con alzhéimer”.

### Historia personal y familiar

No ha consultado anteriormente con un psicólogo, psiquiatra o neurólogo. Es una mujer de 36 años, alta, delgada, de pelo negro, largo. Se describe como una mujer calmada, que aguanta muchas cosas, pero que cuando se rebosa “párate”, aprende las cosas porque le gusta preguntar las cosas que no sabe y así aprender. Es conservadora. Considera que su carácter es normal, cuando debe ser fuerte lo es. Es extrovertida, se relaciona fácilmente con quienes la rodean.

Al enfrentar sus problemas, busca apoyo en otras personas, necesita que alguien apruebe las decisiones que toma. Es muy voluble en sus decisiones. “D” emigra de Colombia a Panamá buscando un mejor futuro y deja a su padre de 77 años y a su madre de 82 años al cuidado de su hermana; anteriormente ella estaba al cuidado de ellos en Barranquilla. Ella tiene cuatro hermanas mujeres y un varón, una de las cuales vive en Panamá.

Su relación con sus padres es excelente, con sus hermanos se lleva bien, pero tiene una relación bastante tensa con su hermana que vive en Panamá. Sus hermanas tienen relaciones estables y con hijos. Ella no tiene hijos.

Su infancia fue muy alegre, siempre en compañía de sus padres y hermanos. Actualmente mantiene relaciones con un hombre menor que ella (17 años), su familia no está de acuerdo, porque él no tiene el mismo nivel educativo que ella y consume drogas y alcohol; ella es la que tiene que hacer frente a la mayoría de los gastos. También es violento cuando toma, en una ocasión trató de quemarla con un cigarrillo. Al parecer tiene algunos indicadores de las mujeres maltratadas, ella niega el maltrato y el consumo de drogas de su pareja. Entre sus metas está lograr ahorrar el dinero necesario para obtener sus papeles y así poder estar legal en el país y aspirar a un mejor trabajo y seguir estudiando.

### **Historia médica**

Nació por parto natural, su madre no tuvo complicaciones durante el embarazo, ni durante el parto. Ella no se puso amarilla o azul, no tuvo problemas para aprender a caminar, hablar, leer o escribir, no tuvo problemas para lograr el control de esfínteres, ni hiperactividad o déficit de atención, no sufrió de epilepsia ni tiene problemas de sueño. No presenta fobias. En su infancia sufrió de paperas y varicela.

Niega que algún miembro de su familia haya padecido de problemas mentales, epilepsia, alcoholismo, drogadicción, retardo mental, diabetes, hepatitis, obesidad, cáncer o alzhéimer; sus padres sufren de hipertensión y problemas cardíacos. Actualmente no tiene alergias, no ha sido operada, su salud es buena. Su sueño es tranquilo, reparador, duerme aproximadamente siete horas, aunque en estos últimos tiempos al levantarse se siente un poco cansada, no toma ni fuma.

### **Historia laboral**

Comenzó a trabajar a la edad de 18 años. En Barranquilla, Colombia, ella trabajó en una empresa en el área de seguridad ocupacional por cinco años y en la clínica de otra empresa. Aquí en Panamá su primer trabajo es en el Hogar Bolívar donde comenzó hace seis meses. Actualmente se desempeña como auxiliar de enfermería, sus turnos son rotativos, aproximadamente trabaja un promedio de 40 horas a la semana, no tiene que realizar tareas del trabajo en su casa.

Entre las tareas o actividades de su trabajo que le causan estrés están:

- Poco tiempo para realizar las tareas.
- Compañeros problemáticos
- Familiares conflictivos de los ancianos.
- Jefa de recursos humanos autoritaria.
- Enfermedad grave y/o muerte de un anciano
- Alto grado de responsabilidad.
- Comportamiento agresivo (físico o verbal) de los ancianos.
- Aumento de las horas de trabajo.
- Sobrecarga de trabajo
- Inseguridad laboral.
- Salario bajo.
- Problemas económicos.
- Pocas posibilidades de promoción en la empresa.
- Esfuerzo físico requerido.

**Historia social**

Tiene varios amigos, con los cuales se lleva bien, de ellos ha recibido mucho apoyo, especialmente ahora en esta nueva etapa de su vida. Sus amigos son desinteresados, no buscan obtener nada a cambio, suele salir con ellos a tomar unos tragos, a bailar, al cine, de paseo. Tiene una amiga a la que puede contarle todas sus cosas sin temor que se lo diga a alguien y a la que le pide consejos cuando tiene dudas. No se considera la líder de su grupo de amigos.

**Historia de sus relaciones de pareja**

Comenta que ha tenido varias relaciones, pero le han sido infieles y los ha dejado. Actualmente mantiene relaciones con un hombre menor que ella (17 años), es muy celoso, no quiere que hable con otros hombres, le gusta tomar mucho, cuando toma le grita y pelean.

**Evaluación del estado mental**

- **Apariencia y conducta:** su apariencia general es apropiada, viene a las sesiones en el uniforme de trabajo, el cual siempre está limpio. Su expresión facial es acorde con lo que expresa verbalmente. Su conducta motora es apropiada.
- **Proceso y contenidos del pensamiento:** la velocidad y flujo del habla son apropiados, no se evidenció una alteración en el contenido del pensamiento, ni una alteración en la percepción de la realidad, tampoco despersonalización.
- **Estado de ánimo y afecto:** estado de ánimo normal.
- **Funcionamiento intelectual:** tiene un vocabulario razonable, acorde con su nivel académico y su memoria está conservada.
- **Sentido del sí mismo:** no presenta despersonalización, confusión de identidad, orientada en tiempo y espacio, capaz de discernir, puede tomar decisiones por sí misma.
- **Experiencias perceptuales:** no presenta ningún tipo de alucinaciones.

**Impresión diagnóstica**

Eje I: F.43 Trastorno de adaptación no especificado. Presencia de una baja autoestima.

Eje II: Sin diagnóstico.

Eje III: La paciente no reporta enfermedades médicas que pudiesen estar afectando su estado emocional.

Eje IV: Estudio psicosocial:

- amenaza de pérdida del empleo.
- conflictos con los compañeros.
- trabajo estresante.
- disminución de los ingresos económicos.
- economía insuficiente.
- aumento de la jornada laboral.

Eje V: GAF actual: EEAG= 70 0 80 (algunos síntomas leves)

**Sujeto 3****Datos generales**

- Nombre: LL
- Edad: 52 años
- Sexo: femenino
- Fecha de nacimiento: 8 de noviembre de 1960
- Estado civil: unida
- Nivel socioeconómico: medio
- Escolaridad: primaria
- Religión: católica
- Años de servicio: 36 años
- Puesto: trabajadora manual
- Examinadora: Ana R. Santamaría C.
- Pretest: nivel alto de *burnout*
- Postprueba: nivel muy bajo de *burnout*

**Motivo de consulta:** evaluación del nivel de *Burnout* para obtener la muestra para el estudio “Efectividad de la psicoterapia de apoyo en el estrés laboral crónico o Síndrome de *Burnout* en cuidadores de personas con alzhéimer”.

### **Historial personal y familiar**

“L” recibió tratamiento psiquiátrico cuando tuvo a su primer hijo, ya que se le infectó la herida y estuvo a punto de morir, permaneció por 2 meses hospitalizada. A raíz de esto, pensaba que iba a morir constantemente y se deprimió. Le diagnosticaron depresión y ansiedad, pero ya superó este problema.

“L” es una mujer de 52 años de edad, de baja estatura, obesa, pelo negro lacio y corto, vestida apropiadamente. Se describe como una persona sencilla, tranquila, noble, extrovertida, apacible, muy buena, quizás demasiado buena. (Según su hija cualquiera la lastima), de buenos sentimientos y le gusta hacer amigos.

Sus padres están vivos. Su papá tiene 80 años y era su ejemplo a seguir, fue un buen padre y un buen esposo. Su mamá tiene 77 años y viven en Santa Marta, El Copé, en Coclé. Por el momento, la mamá está cuidando a su hermana que es mayor y está sola en la casa de esta. Ellos son un ejemplo de matrimonio.

Se lleva muy bien con sus padres y hermanos, los visita cada vez que tiene vacaciones. Se crió con sus padres y hermanos (tiene 6 hermanos: 2 mujeres y 4 hombres). Su infancia fue muy alegre, en el campo, con sus padres y hermanos, le gusta recordarla.

Vive con su esposo, que es albañil y tiene 47 años de edad; con su hijo mayor, de 30 años, que trabaja en la construcción (el cual es de una relación anterior) y su esposa, sus nietas de tres y un año, su hija de 18 años y su hijo de 14. Con todos se lleva muy bien.

Con su esposo su relación “fue muy buena”, pero desde el mes de febrero ella descubrió que le era infiel y el matrimonio atravesó una crisis. Su esposo le explicó que era algo pasajero y que él quería dejar a esta mujer, no obstante ella lo amenazó con hacerle un escándalo para que ella se enterara, pero que ya todo había terminado antes de que ella lo supiera.

Con sus hijos tiene una muy buena relación, existe mucha comunicación, habla con sus hijos de cualquier tema; les contó el problema de la infidelidad de su padre y ellos se sintieron muy ofendidos y le dieron su apoyo total. Ellos querían que su madre lo abandonara, porque ella es muy buena y es por eso que la gente abusa de ella.

Entre sus motivaciones están:

- Jubilarse
- Obtener una familia renovada y feliz después de que superen esta crisis matrimonial.
- Ser feliz. Aumentar su autoestima, saber que vale, que ella puede.

### **Historia escolar**

En la escuela llegó hasta sexto grado, siempre fue una alumna regular, no tuvo muchas oportunidades para estudiar, pues eran pobres, por lo que ella está tratando que sus hijos tengan una mejor educación que ella. Le gustaban el español y la matemática y su conducta en la escuela fue buena.

### **Historia médica**

Nació por parto natural a los 9 meses, su madre no tuvo problemas antes, durante o después del embarazo, ni durante el parto, tuvo control prenatal, no sufrió de hipoxia al nacer ni se puso amarilla. No tuvo problemas para aprender a caminar, hablar, leer, escribir, con el control de esfínteres, de hiperactividad, fobias.

Niega que en su familia alguien haya padecido de problemas mentales, epilepsia, alcoholismo, drogadicción, retardo mental, Parkinson, tuberculosis, diabetes, enfermedades cardíacas, hipertensión, hepatitis, obesidad, cáncer o alzhéimer.

Actualmente, sufre de asma y toma corticoides para su tratamiento. Lo que la ha hecho subir de peso. Su sueño es reparador, tranquilo. En términos generales su salud es bastante buena, no toma ni fuma.

### **Historia laboral**

Comenzó a trabajar hace 34 años cuando tenía 18 años, siempre en el mismo lugar, el Hogar. Aunque no es el trabajo mejor pagado, ella está satisfecha con lo que hace, aunque la cantidad de trabajo que tiene que hacer ahora es más, pues hay poco personal y aumentaron las

horas de trabajo. Ya no lo hace tan rápido como antes, porque ya se siente cansada y no tiene la misma energía de cuando era joven, sin embargo siempre lo hace con mucho cuidado para que todo quede bien hecho. Su relación con su jefa es buena no tiene problemas con ella, Sor “A” es muy buena y comprensiva. Haciendo un balance global ella siente que su historia laboral ha sido satisfactoria.

Entre las actividades del trabajo que le causan estrés están:

- Aumento de las horas de trabajo (de 8 a 9).
- Conflicto con los compañeros.
- Conflictos con la jefa de recursos humanos.
- Muerte y/o enfermedad de un anciano.
- Familiares de los ancianos conflictivos.
- Poco tiempo para realizar las tareas.
- Comportamiento agresivo (físico y/o verbal) de los ancianos.

- Temor a perder el empleo.
- Bajo salario.
- Alto grado de responsabilidad.
- Sobrecarga de trabajo.
- Insuficiente preparación.
- Pocas posibilidades de promoción.
- Esfuerzo físico requerido.
- Contacto diario con la enfermedad y la muerte.

### **Historia social**

Ella tiene pocos, pero buenos amigos; son personas desinteresadas, con los que se siente satisfecha. Es una persona sociable, suele organizar y asistir a reuniones familiares y de amigos en casa, también tiene un grupo de la iglesia con el que se reúne los fines de semana que ella tiene libre.

### **Historia de sus relaciones de pareja**

Refiere que tuvo algunos novios cuando era joven, pero relaciones serias solo dos. En la primera, tuvo a su hijo mayor, pero esta persona era muy irresponsable y la maltrataba, por lo que se separó de él. Su pareja actual la ayudó a criar a su hijo desde los 11 años de edad, ya que su padre no se hizo responsable. En su relación actual, con 20 años de casada, tiene 2 hijos, una joven de 18 y un hijo de 14.

Ya superó la crisis que sufrió su matrimonio en febrero por la infidelidad de su esposo; ahora están bien, trabajando para que la relación esté cada vez mejor. Ella ya no sospecha de su esposo, piensa que por ahora se está “portando” bien, pues llega temprano y cuando sale lo hace con ella o con los hijos. Ella luchó por mantener su matrimonio, pues piensa que el matrimonio es para siempre y que lo único que no podría perdonar es el maltrato en cualquiera de sus modalidades. Lo que no tolera es que su esposo la engañe. Para ella el peor defecto es la infidelidad, porque ella no es así.

### **Evaluación del estado mental**

La señora “L” se muestra colaboradora, amistosa y atenta durante el proceso. Vestida apropiadamente, con su uniforme de trabajo, peinada adecuadamente, su expresión facial es acorde con lo que expresa verbalmente, su conducta motriz es apropiada. No muestra tics, temblores, hipo o hiperactividad.

- **Nivel de conciencia:** la señora “L” muestra un nivel adecuado de conciencia con respecto a sí misma, al tiempo, lugar y persona.
- **Lenguaje:** no se evidenció compromiso en la estructura de la comunicación verbal. Fue capaz de entender y responder de forma lógica las preguntas que se le hicieron.
- **Memoria:** muestra buena capacidad de memoria, capaz de recordar hechos remotos y recientes sin dificultad. Conservada.
- **Atención:** no se observan alteraciones.
- **Estructuración del pensamiento y percepción:** sin evidencia de alteración percibida.
- **Estado de ánimo y afecto:** estado de ánimo normal, sin evidencia de depresión.
- **Conciencia de enfermedad:** la señora “L” estaba consciente de que presentaba cierta sintomatología que estaba afectando su vida familiar y laboral.
- No presenta alucinaciones ni distorsiones de las imágenes sensoriales.

### **Impresión diagnóstica**

Eje I: F. 43 Trastorno de adaptación no especificado. Presencia de baja autoestima.

Eje II: Sin diagnóstico

Eje III: La paciente no reporta enfermedades médicas que pudiesen estar afectando su estado emocional.

Eje IV: Estudio psicosocial:

- Infidelidad de la pareja.
- Trabajo estresante.

- Conflictos con los compañeros de trabajo.
- Economía insuficiente.
- Aumento del número de horas de trabajo por jornada (nueve horas).

Eje V: GAF actual: 80 síntomas moderados (crisis de angustia ocasionales, conflictos con compañeros de trabajo).

#### **Sujeto 4**

##### **Datos generales**

- Nombre: MdeC
- Edad: 41 años
- Sexo: femenino
- Estado civil: separada
- Nacionalidad: panameña
- Escolaridad: cuarto año (comercio)
- Ocupación: trabajadora manual
- Nivel socioeconómico: medio
- Religión: católica
- Pre prueba: Nivel crítico de *Burnout*
- Post prueba: Nivel medio de *Burnout*

**Motivo de consulta:** evaluación del nivel de *Burnout* para obtener la muestra para el estudio “Efectividad de la psicoterapia de apoyo en el estrés laboral crónico o Síndrome de *Burnout* en cuidadores de personas con alzhéimer”.

##### **Historia personal y familiar**

“M” es una mujer de 41 años, con dos hijas, una de 17 años y una de 11 años, casada por doce años, actualmente tiene ocho años de estar separada de su esposo, el cual tiene poco contacto con sus hijas y no se ha hecho económicamente cargo de ellas. Sus

padres están vivos, ambos tienen 76 años, su padre cumple en junio y su madre en mayo, ellos tienen 51 años de estar juntos; su padre es alcohólico, dejó de fumar hace más o menos unos diez años, ya que sufrió un infarto. Después de esto se puso muy amargado.

Ella tiene su casa en el terreno de sus padres. Su relación con ellos es muy buena, tiene seis hermanos (cuatro mujeres y dos varones), se lleva bien con ellos, son muy unidos, se apoyan unos a otros. Su infancia fue muy triste y no desea recordarla, pues su padre tenía problemas de alcoholismo. Cuando llegaba a la casa las insultaba de manera muy “fea”. Cuando llegaba el viernes ellas preferían esconderse en casa de su hermana mayor. Actualmente vive con sus hijas.

Se describe como una persona un poco desordenada, sensible, últimamente está muy irritable, es extrovertida, cuando algo no le gusta lo dice, se deprime con facilidad, es muy llorona.

Nace por parto natural, su madre sufrió de preeclampsia. Cuando era niña no tuvo problemas para aprender a caminar, hablar, leer o escribir, controlar sus esfínteres, hiperactividad, epilepsia ni trastornos del sueño; le tiene fobia a los perros (es capaz de tirarse a la calle si ve uno). Según ella, actualmente su salud es bastante buena, tiene problemas en la espalda a causa de su trabajo, pues tiene que levantar a las ancianas, ya sea para pasarlas a la cama o a la silla. Los únicos medicamentos que toma son las pastillas para el dolor de espalda. La operaron de una hernia y le hicieron cesárea por ambas hijas.

Entre sus metas están:

- estudiar para técnica de enfermería.
- que sus hijas se gradúen.
- que su hija pueda ser chef como quiere.

- mejorar su condición económica.
- terminar su casa.

### **Historia médica**

Niega que en su familia alguien haya sufrido de problemas mentales, Parkinson, retardo mental, tuberculosis, hepatitis, cáncer o alzhéimer. Tiene un sobrino que sufre de epilepsia, otro es adicto, una hermana tiene problemas digestivos, otra diabetes y su madre y su padre sufren de presión alta y obesidad. Su madre tiene el corazón grande.

Actualmente, está sufriendo de dolores en la espalda y en el coxis, el médico le dijo que tenía una hernia, debido a un esfuerzo mal hecho (levantando a una de las ancianas en el Hogar), el lado izquierdo del pecho lo tiene hinchado el médico le dijo que esto era una contractura muscular porque estaba estresada, toma medicamentos para el dolor, de ahí no tiene otra cosa, así que considera que, en general, su salud es bastante buena. También tiene sobrepeso.

### **Historial laboral**

Empezó a trabajar a los 18 años en una línea de producción en una fábrica de medias. Abandonó este trabajo porque pagaban muy poco, el salario dependía de su productividad. Después trabajó para una abogada, renunció porque la jefa era muy grosera con ella. Actualmente, lleva tres años laborando en el Hogar.

Entre las tareas que le causan estrés están:

- Sobrecarga de trabajo.
- Problemas con la jefa de Recursos Humanos.
- Conflicto con compañeros
- Aumento de las horas de trabajo.
- Bajo salario.

- Comportamiento agresivo (físico y verbal) de los ancianos a su cargo.
- Alto grado de responsabilidad.
- Contacto diario con la enfermedad y la muerte.
- Esfuerzo físico requerido
- Insuficiente preparación.
- Pocas posibilidades de promoción.
- Poco tiempo para realizar las tareas.
- Temor a perder el empleo

### **Historia social**

Tiene muchos conocidos, pero muy pocos amigos de verdad y solo un par de amigas a las que les puede contar lo que sea con toda confianza, sin temor a que le cuenten a otros lo que ella les dice. Sus amigos se interesan realmente por ella, se lleva muy bien con ellos, sale con ellos a fiestas, a la playa o a tomarse un trago de vez cuando. Ha tenido pequeños desacuerdos con sus amigos, pero los han solucionado.

### **Historia de sus relaciones de pareja**

“No ha tenido suerte con los hombres”, todos los que ha conocido la han traicionado de una u otra forma, solo se acercan a ella con el objetivo de tener relaciones sexuales. Su esposo de doce años la abandonó hace ocho años por otra mujer. Los hombres que se le acercan tienen pareja y solo quieren una relación sin compromisos. Ya está cansada de tener que mantenerse oculta. Está desilusionada de las relaciones amorosas. Y si ella llega a tener una relación estable se va a ir muy despacio, tiene que conocerlo muy bien, pues ella tiene dos hijas mujeres y no las quiere poner en riesgos.

Actualmente tiene una pareja que es “prestada”, pues está casado, él la ayuda económicamente, pero no piensa divorciarse de su esposa; solo se ven de vez en cuando; ella es una buena “amante”, pues no molesta a la esposa y solo lo llama en el horario en que él está en el trabajo, tampoco quiere causarle problemas en su matrimonio.

### **Evaluación del estado mental**

- **Apariencia y conducta:** su apariencia general es apropiada, viene a las sesiones vestida con el uniforme, el cual está limpio, llega puntualmente. Su expresión facial es acorde con lo que expresa verbalmente. Su conducta motora es apropiada.
- **Proceso y contenidos del pensamiento:** la velocidad y flujo del habla son apropiados, no se evidenció una alteración en el contenido del pensamiento, ni una alteración en la percepción de la realidad, tampoco despersonalización.
- **Estado de ánimo y afecto:** estado de ánimo y afecto apropiados.
- **Funcionamiento intelectual:** tiene un vocabulario razonable, acorde con su nivel académico y su memoria está conservada.
- **Sentido del sí mismo:** no presenta despersonalización, confusión de identidad, orientada en tiempo y espacio, capaz de discernir, puede tomar decisiones por sí misma.
- **Experiencias perceptuales:** no presenta ningún tipo de alucinaciones.

### **Evaluación del estado mental**

La paciente mostró al principio un poco de desconfianza, por el manejo de la información que ella compartiría, una vez superado este primer momento y logrado su confianza, se mostró colaboradora y atenta con el proceso.

- **Apariencia y conducta:** llega vestida con su ropa de trabajo. Su expresión facial es acorde con lo que expresa verbalmente, su conducta motriz es apropiada.
- **Proceso y contenidos del pensamiento:** velocidad y flujo del habla apropiados. No se evidenció alteración en el contenido del pensamiento ni en la percepción de la realidad.
- **Estado de ánimo y afecto:** el discurso del paciente evidenció un estado de ánimo depresivo, sin embargo no evidenció ansiedad. Afecto apropiado.

- **Funcionamiento intelectual:** la comunicación verbal es apropiada, muestra buena capacidad de memoria, recordó hechos remotos y recientes sin dificultad.
- **Sentido de sí misma:** no se evidenció despersonalización, ni confusión de identidad, capaz de tomar sus propias decisiones. Orientada en tiempo, lugar y espacio. Se evidenció lucidez de su parte durante todo el tiempo.
- **Experiencias perceptuales:** no presenta alucinaciones auditivas, olfatorias, visuales o somáticas.

### **I. Impresión diagnóstica**

Eje I: F.43 Trastorno de adaptación no especificado. Presencia de una baja autoestima.

Eje II: Sin diagnóstico.

Eje III: Contracción muscular en el pecho por estrés, lesión en la columna.

Eje IV: Estudio psicosocial:

- amenaza de pérdida del empleo.
- conflictos con los compañeros.
- trabajo estresante.
- disminución de los ingresos económicos.
- economía insuficiente.

Eje V: GAF actual: EEAG= 70 0 80 (algunos síntomas leves)

### **Sujeto 5**

#### **Datos generales**

- Nombre: JDB
- Edad: 44 años
- Sexo: femenino
- Fecha de nacimiento: 12 de agosto de 1968
- Escolaridad: secundarios
- Religión: católica

- Ocupación: trabajador manual
- Estado civil: casada
- Evaluador: Ana R. Santamaría C.
- Preprueba: nivel medio de *burnout*
- Postprueba: nivel medio de *burnout*

**Motivo de consulta:** evaluación del nivel de *Burnout* para obtener la muestra para el estudio “Efectividad de la psicoterapia de apoyo en el estrés laboral crónico o Síndrome de *Burnout* en cuidadores de personas con alzhéimer”

### **Historia familiar y personal**

“J” es una mujer de 44 años de edad, de baja estatura, de contextura gruesa, vestida apropiadamente, durante la entrevista estuvo alerta, presta atención, cooperadora, con expresiones faciales variables, el curso y la velocidad de su pensamiento es normal y lógico, sabe dónde está y por qué, orientado en tiempo y espacio, memoria normal, casada hace 25 años. Tiene 4 hijos (3 varones de 24, 22 y 15 años y una mujer de 20 casada y con 3 niños: de 5 y 3 años y otro de 5 meses). En estos momentos, está en trámites de divorcio, pues existe violencia intrafamiliar. Su esposo es drogadicto y alcohólico.

Considera que es una madre cariñosa, comprensiva, cercana y comunicativa, se considera un buen modelo. Piensa que su vida ha girado siempre en torno al bienestar de sus hijos. Para ella sus hijos son lo primero. Se describe como una persona alegre, paciente, cariñosa, aguantadora, luchadora, silenciosa. Ella es más bien introvertida.

Ambos padres están vivos, su padre tiene 69 años y su madre 65 años. Su papá era policía y su mamá trabajaba en la Caja de Seguro Social.

Su relación con su padre fue un poco conflictiva, con mala comunicación, ya que su padre se desentendió de ella y sus hermanos. Sus padres se separaron cuando ella tenía 6 años, ella y su hermana menor fueron criadas por su abuela. Su mamá tuvo que dejarlas al cuidado de su madre mientras ella trabajaba. Su madre se volvió a casar después de unos años, pero ellas permanecieron al cuidado de su abuela materna; no obstante su madre siempre estuvo pendiente de ellas.

Siempre fue muy apegada a su abuela, aunque quería mucho a su mamá y comprendía por qué tuvo que quedarse con su abuela. A pesar de esto, considera que su infancia fue normal, el recuerdo que tiene de su infancia es la separación de sus padres, un recuerdo triste que no ha podido superar y que quizás es la causa de haber permanecido todos estos años con su esposo a pesar del maltrato.

Los valores inculcados por sus abuelos maternos fueron bastante claros y tradicionales (el matrimonio era para siempre), cuando sus hijos estaban pequeños ella pensaba así. Ahora se ha dado cuenta de que ya no puede seguir soportando esta situación por más tiempo.

Tiene 8 hermanos: cuatro de madre y cuatro de padre: 5 mujeres y 3 varones. Su relación con sus hermanos es buena y cercana.

Niega que en su familia alguna persona haya padecido de problemas mentales, retraso mental, drogadicción, alcoholismo, enfermedades digestivas, mal de Parkinson, tuberculosis, hepatitis, diabetes, Alzheimer. Existe historia de enfermedades cardíacas (sus abuelos), hipertensión (mamá y abuela), obesidad (hermana), cáncer -leucemia (tía).

En su infancia solo recuerda haber sufrido de brasa y asma. Actualmente su salud general es buena. Lo único que toma es simvastatina, un medicamento para el colesterol. Su sueño es tranquilo y reparador (5-7 horas dependiendo del turno), tiene buen apetito, no toma ni fuma.

Entre sus motivaciones están:

- Estudiar enfermería.
- Estudiar técnico en diseño de modas.
- Graduar a su hijo menor.
- Que su hija termine la universidad.

### **Historia escolar**

Tiene secundaria completa (bachiller en letras), no estudia actualmente, pero quiere estudiar un técnico en diseño de modas en la Universidad de la Tercera Edad. Considera que fue una estudiante regular, que se ha esforzado mucho en los estudios, la materia en la que le fue mejor fue en español y en la que le fue deficiente fue en matemáticas, no tuvo problemas de conducta en la escuela. Se siente insatisfecha con su historia como estudiante, pues por dedicarse a sus hijos no estudió lo que realmente quería: enfermería.

### **Historia laboral**

Ha trabajado en varios almacenes, en unos no pagaban bien y eran unos explotadores y en otros, el ambiente no le gustaba, por lo que abandonó esos trabajos.

Además, los compañeros eran muy problemáticos. En el trabajo actual está desde hace aproximadamente 4 meses, sin embargo ella ya había trabajado aquí por un año y cuatro meses, pero tuvo que retirarse porque se enfermó de una bacteria en el estómago. Actualmente, se siente satisfecha en su trabajo actual en el Hogar. Haciendo un balance sobre su historia laboral, la considera satisfactoria.

Entre las tareas que le causan estrés están:

- Compañeros conflictivos.
- Aumento de las horas de trabajo

- Enfermedad y/o muerte de alguno de los ancianos a su cargo.
- Elevado grado de responsabilidad.
- Poco tiempo para realizar las tareas.
- Salario bajo.
- Comportamiento agresivo de los ancianos (verbal y físico).
- Sobrecarga de trabajo.
- Pocas posibilidades de promoción.
- Esfuerzo físico.
- Temor de perder el empleo.
- Familiares conflictivos de los ancianos.

### **Historia social**

Se considera muy sociable, amigable, le gusta dar cariño y recibirlo, tiene pocos, pero buenos amigos y amigas. Cuando conoce a alguien suele tener una actitud tranquila y desenvuelta. Su vida social es muy satisfactoria.

### **Historia de sus relaciones de pareja**

Se casó con su novio de toda la vida. Lo conoció en la escuela secundaria y desde allí se hicieron novios. Se casaron hace 25 años, su relación tuvo altos y bajos, que ella “aguantó” por sus hijos. En esta relación, se llegó al maltrato físico y económico; por lo que fueron a la fiscalía, se les mandó una evaluación psicológica para toda la familia, pero él no asistió. Después ella lo perdonó y regresaron, no obstante él se iba por temporadas y regresaba. Señala que ya no le interesaba lo que hacía cuando se iba, regresaba cuando le daba la gana. El esposo es drogadicto y alcohólico. Actualmente, ella ya decidió que no podía aguantar más maltrato, sus hijos están grandes y se mantienen solos, excepto el menor de 15 años. Todos apoyan la decisión que ella tomó: divorciarse y pedir manutención para el hijo menor y para ella.

Los tres defectos que considera molestos o intolerables en su pareja es el alcoholismo, la drogadicción, el maltrato físico, su agresividad y que es muy posesivo.

### **Evaluación del estado mental**

- **Apariencia y conducta:** su apariencia general es apropiada, viene a las sesiones en el uniforme de trabajo, el cual siempre está limpio, llega siempre puntual. Su expresión facial es acorde con lo que expresa verbalmente. Su conducta motora es apropiada.
- **Proceso y contenidos del pensamiento:** la velocidad y flujo del habla son apropiados, no se evidenció una alteración en el contenido del pensamiento, ni una alteración en la percepción de la realidad, tampoco despersonalización.
- **Estado de ánimo y afecto:** estado de ánimo normal.
- **Funcionamiento intelectual:** tiene un vocabulario razonable, acorde con su nivel académico y su memoria está conservada.
- **Sentido del sí misma:** no presenta despersonalización, confusión de identidad, orientada en tiempo y espacio, capaz de discernir, puede tomar decisiones por sí misma.
- **Experiencias perceptuales:** no presenta ningún tipo de alucinaciones.

### **Impresión diagnóstica**

Eje I: F.43 Trastorno de adaptación no especificado. Presencia de una baja autoestima.

Eje II: Sin diagnóstico.

Eje III: La paciente no reporta enfermedades médicas que pudiesen estar afectando su estado emocional.

Eje IV: Estudio psicosocial:

- Violencia doméstica
- amenaza de pérdida del empleo.
- conflictos con los compañeros.
- trabajo estresante.
- disminución de los ingresos económicos.
- economía insuficiente.

- aumento de la jornada laboral.

Eje V: GAF actual: EEAG= 70 0 80 (algunos síntomas leves)

## **Sujeto 8**

### **Datos generales**

- Nombre: VM
- Edad: 40 años
- Sexo: femenino
- Estado civil: unida
- Escolaridad: secundaria
- Nacionalidad: panameña
- Ocupación: trabajadora manual
- Religión: católica
- Examinador: Ana R. Santamaría C.
- Nivel socioeconómico: medio
- Preprueba: Nivel alto de *Burnout*
- Postprueba: Nivel muy bajo de *Burnout*

**Motivo de consulta:** evaluación del nivel de *Burnout* para obtener la muestra para el estudio “Efectividad de la psicoterapia de apoyo en el estrés laboral crónico o Síndrome de *Burnout* en cuidadores de personas con alzhéimer”.

### **Historia personal y familiar**

Anteriormente, recibió tratamiento psicológico por comer compulsivamente cuando estaba ansiosa, eso fue hace 12 años más o menos.

Mujer de 40 años, unida, panameña, de estatura mediana, obesa (364 libras), pelo negro, corto, Se describe como una mujer de carácter fuerte, le gusta llevarse bien con los

demás, es muy sociable, toma sus propias decisiones, enfrenta sola sus problemas. Su primer matrimonio duró 16 años, su esposo era alcohólico, la maltrataba y muere a causa de su adicción, actualmente está unida a una nueva pareja.

Su padre murió de un derrame a los 40 años y ella queda con su madre y hermanas, tenía 16 años y su hermana menor solo nueve meses cuando esto ocurrió. La relación con su padre era muy buena. Su madre tiene 62 años, se lleva bien con ella, es su confidente y es la persona que más la apoya. Tiene cuatro hermanas, ella es la mayor, su relación con ellas es buena y muy cercana, siempre están pendientes unas de las otras. Su infancia fue normal, recuerda que cuando su padre murió se puso muy triste, le gusta recordar su infancia.

Nace por parto natural, su madre no tuvo problemas antes, durante o después del embarazo, ella no se puso azul o amarilla, no tuvo ningún problema. No recuerda haber padecido ninguna enfermedad infantil, lo único que siempre fue un poco gordita (desde los 15 años comenzó a subir de eso). No tuvo problemas para aprender a caminar, hablar, leer o escribir, para controlar esfínteres, déficit de atención con o sin hiperactividad, fobias o temores. No presenta ninguna alergia. En su opinión su salud física en este momento es regular. No fuma ni bebe.

Su sueño es tranquilo, duerme aproximadamente unas siete horas, su sueño algunas mañanas es reparador, cuando se acuesta “cae como una piedra” hasta el día siguiente. A veces se levanta cansada, todo depende de la cantidad de trabajo.

Actualmente, vive con su hija de siete años (estudiante) con la que se lleva muy bien, es una niña muy tranquila y estudiosa, y con su esposo, tiene nueve años de estar con él (unida), su relación es buena, a veces discuten, pero nada que no puedan solucionar. Tiene una hija mayor de 21 años que tiene una niña de tres años; esta hija es de su pareja anterior.

Entre sus metas están que su hija termine sus estudios universitarios, pues los abandonó porque salió embarazada; bajar de peso y construir su casa.

### **Historia escolar**

Por problemas económicos, no pudo ir a la universidad, así que solo se queda con el bachillerato, pero al entrar al Hogar a trabajar, el Ministerio de Desarrollo Social ofreció un curso de cuidado a los ancianos y ella lo tomó.

### **Historia laboral**

Comienza a trabajar a los 24 años en una empresa de limpieza, en la cual trabajó por cuatro años aproximadamente hasta que la empresa cerró; luego trabajó cuidando a una niña con síndrome de Down, en este lugar trabajó hasta que los señores se mudaron a los Estados Unidos, ella se sentía muy bien en este trabajo, pues le permitían que ella llevara a su niña al trabajo y aprendió muchas cosas que le sirvieron para la educación de su hija. Después laboró en una biblioteca y en Durex, pero pagaban muy poco.

Luego fue a trabajar al Hogar hasta el momento actual, aquí trabajó para la casa unos años (para la casa significa que el Hogar paga su salario) hasta que el Ministerio de Desarrollo Social la nombra como empleada permanente.

Entre las situaciones que le causan estrés en el trabajo están:

- conflictos con la dirección de Recursos Humanos.
- aumento de las horas de trabajo (de 8 a 9).
- conflicto con los compañeros.
- familiares conflictivos de los ancianos.
- enfermedad o muerte de los ancianos a su cargo.
- alto grado de responsabilidad.
- esfuerzo físico requerido.

- poco tiempo para realizar las tareas.
- comportamiento agresivo (físico o verbal) de los ancianos.
- bajo salario.
- sobrecarga de trabajo.
- contacto diario con la enfermedad y la muerte.
- pocas posibilidades de promoción.
- preparación insuficiente.

### **Historia médica**

Niega que algún miembro de su familia haya padecido de problemas mentales, epilepsia, alcoholismo, drogadicción, retardo mental, enfermedades digestivas, Parkinson, tuberculosis, diabetes, hipertensión enfermedades cardíacas, hepatitis, obesidad, cáncer o alzhéimer.

Comienza a subir de peso alrededor de los 15 años y no ha dejado de subir de peso, come compulsivamente. Alrededor de los doce años tuvo problemas con las piernas, el médico que la atendió le inyectó un medicamento y la ayudó mucho, se desarrolló a los quince años.

Su salud no es muy buena, actualmente sufre del corazón, diabetes, hipertensión, obesidad. Ha aumentado aun más de peso en los últimos meses, pues está muy ansiosa por algunos problemas en el trabajo. Actualmente toma medicamentos (amoldipina, indapamida, clopidrogel, glibenclamida).

### **Historia social**

Piensa que es mejor tener pocos amigos que sean buenos que muchos que no sean sinceros. Se lleva bien con ellos, salen a pasear con sus familias, a comer, a fiestas. Se considera la líder del grupo, si hay que defender los derechos en el trabajo siempre se

acercan a ella. Estuvo a punto de perder el trabajo por esto. Desde joven ha tenido más amigos varones que mujeres, porque considera que las mujeres eran muy “bochinchosas”. Tenía dos buenas amigas a las que les contaba todo, al menos eso creía, pero la traicionaron, así que se alejó de ellas por completo.

### **Historia de sus relaciones de pareja**

Se casa con el que fue su primer novio desde los 17 años, quien murió por complicaciones causadas por su alcoholismo. De esta unión nació su hija mayor. Según ella, su madre no la dejaba salir con nadie, de la escuela a la casa y de la casa a la escuela.

### **Evaluación del estado mental**

- **Apariencia y conducta:** su apariencia general es apropiada, viene a las sesiones vestida con el uniforme, el cual está limpio, llega puntualmente. Su expresión facial es acorde con lo que expresa verbalmente. Su conducta motora es apropiada.
- **Proceso y contenidos del pensamiento:** la velocidad y flujo del habla son apropiados, no se evidenció una alteración en el contenido del pensamiento, ni una alteración en la percepción de la realidad, tampoco despersonalización.
- **Estado de ánimo y afecto:** estado de ánimo y afecto apropiados.
- **Funcionamiento intelectual:** tiene un vocabulario razonable, acorde con su nivel académico y su memoria está conservada.
- **Sentido del sí mismo:** no presenta despersonalización, confusión de identidad, orientada en tiempo y espacio, capaz de discernir, puede tomar decisiones por sí misma.
- **Experiencias perceptuales:** no presenta ningún tipo de alucinaciones.

### **Impresión diagnóstica**

Eje I: F.43 Trastorno de adaptación no especificado. Presencia de una baja autoestima.

Eje II: Sin diagnóstico.

Eje III: Hipertensión, cardiopatía, diabetes tipo II, obesidad.

Eje IV: Estudio psicosocial:

- amenaza de pérdida del empleo.
- conflictos con los compañeros.
- trabajo estresante.
- disminución de los ingresos económicos.
- aumento de las horas de trabajo
- economía insuficiente.

Eje V GAF actual: EEAG= 70 0 80 (algunos síntomas leves)

### **Sujeto 7**

#### **Datos generales**

- Nombre: TLG
- Edad: 61 años
- Sexo: femenino
- Estado civil: casada
- Nacionalidad: panameña
- Puesto: cuidadora privada
- Nivel socioeconómico: medio
- Escolaridad: bachiller
- Religión: católica
- Examinador: Ana R. Santamaría C.
- Preprueba: nivel alto de *Burnout*
- Postprueba: nivel medio de *Burnout*

**Motivo de consulta:** Evaluación del nivel de *Burnout* para obtener la muestra para el estudio “Efectividad de la psicoterapia de apoyo en el estrés laboral crónico o síndrome de *Burnout* en cuidadores de personas con alzhéimer”.

**Registro de la enfermedad presente**

La paciente expresa que desde hace aproximadamente 7 meses no se ha sentido bien. Se siente estresada por algunas de las tareas que realiza, como son: el tiempo para realizar las tareas, el trato con algunos de sus compañeros, cuando los ancianos se ponen agresivos o “peleones”, están enfermos, cuando las jefas se muestran autoritarias.

Su situación económica se ha desmejorado porque le redujeron las horas de trabajo y está muy preocupada, puesto que quizás ya no le puedan seguir pagando, su hija está pasando por un divorcio y su hijo se mudó de casa con su única nieta después de cinco años de vivir juntos.

Además, está preocupada porque en su familia ha habido muchas defunciones seguidas a causa de algún tipo de cáncer. Sus antepasados vivían entre 70 u 80 años, pero ahora no pasan de los 45 años. Ella estaba muy estresada cuando cumplió los 45 y preparó todo para su muerte, porque su madre murió de esta edad y dos de sus mejores amigas (primas) también murieron a esta edad.

**Historia personal y familiar**

No ha sido atendida anteriormente por psicología, psiquiatría o neurología. La Sra. “T” es una mujer de 61 años de edad, de baja estatura, robusta, su apariencia general es apropiada, vestida apropiadamente, su expresión facial es acorde con lo que expresa verbalmente, durante la entrevista estuvo alerta, presta atención, es cooperadora, su conducta motriz es apropiada, el curso y la velocidad de su pensamiento es normal y lógico, sabe dónde está y por qué, orientada en tiempo y espacio, su memoria es normal, su estado de ánimo y afecto son normales; con un vocabulario razonable.

Ella se describe como una persona alegre, cariñosa, que da mucha seguridad, confianza y paz a los demás, es respetuosa, le gusta bailar y escucha la opinión de los demás con respeto. Está casada desde hace 37 años con su novio de siempre, su esposo es conductor y tiene 59 años, tiene 3 hijos mayores: un varón de 35 años, que es policía (es su orgullo); otro varón de 32 años, que es cocinero, y una mujer de 30 años, que es ama de casa.

La señora “T” es la mayor de 12 hermanos (actualmente solo hay nueve vivos); al morir su madre, ella se hizo cargo de su crianza. Su madre muere a los 45 años de cáncer de seno y, luego, su padre también murió de cáncer en los pulmones.

Ella se crió con sus padres y sus hermanos, en la isla de Pedro González; recuerda que su infancia fue muy feliz y le gusta recordarla, opina que su isla es muy hermosa, con arenas blancas, tiene muy lindos recuerdos de ese lugar. En la isla, se dedicaba a “conchar” junto con sus hermanos y otros parientes. La relación con sus padres era excelente y con sus hermanos se lleva súper bien siempre se reúnen en la casa de alguno de ellos para comer, siempre están unidos, ella piensa que su madre sabía que iba a morir y los preparó, pues siempre los reunía para hablar y explicarles lo que debían hacer si ella llegaba a faltar.

### **Historia médica**

Su madre tuvo un embarazo normal de nueve meses, nació por parto natural, no hubo ningún problema antes, después o en el momento del parto o el embarazo. No tuvo problemas para aprender a caminar, hablar, leer o escribir, controlar esfínteres, de epilepsia o hiperactividad, no se puso azul ni sufrió golpes fuertes en la cabeza que le produjeran pérdida de conocimiento.

Actualmente goza de buena salud, visita al médico cada 5 meses como control, para asegurarse que todo esté bien; el médico le dice que tiene que estar vigilante por sus antecedentes familiares de cáncer. No padece enfermedades cardíacas, cáncer, bocio, diabetes, hipertensión ni úlceras; tampoco padece de alergias, de asma ni le han practicado cirugías. No está tomando ningún medicamento. Niega que algún familiar haya sufrido de problemas mentales, epilepsia, alcoholismo, drogadicción, retardo mental o Parkinson.

En la familia hay antecedentes de diabetes, tuberculosis, enfermedades cardíacas y cáncer. La mayoría de los familiares de “T” **han muerto** por algún tipo de cáncer (tanto jóvenes como mayores), también han muerto relativamente jóvenes, entre 42 y 45 años. Ella llegó a pensar que también moriría y preparó todos sus asuntos cuando iba a cumplir los 45 años, pero “nada pasó, ya cumplí 61”.

Normalmente duerme ocho horas diarias, no tiene problemas para dormir, su sueño es tranquilo y reparador.

### **Historia laboral**

Ella comenzó a trabajar a la edad de 16 años en casas de familia, de ahí pasó a trabajar como vendedora en una fábrica de ropa, luego se dedicó a cuidar enfermos en los hospitales hasta que conoció a la persona que cuida actualmente en el Hogar de forma privada (le pagan los familiares de la señora).

Su trabajo actual está en riesgo, ya que la familia de la persona que cuida no puede pagarle; antes trabajaba seis días a la semana ahora solo trabaja dos, así que su ingresos han disminuido considerablemente, por lo que no se encuentra satisfecha.

Se siente satisfecha con el trabajo que realiza, la relación con los jefes y compañeros de trabajo es buena. Haciendo un balance general, se encuentra satisfecha con su historia laboral.

Entre las actividades que le producen estrés están:

- Disminución de las horas de trabajo.
- Problemas económicos.
- Disminución de sus ingresos económicos.
- Enfermedad seria de la persona a su cargo.
- Alto grado de responsabilidad.
- Familiares del anciano conflictivos.
- Jefes autoritarios.
- Temor a perder el empleo.
- Hechos imprevistos y/o cambio de planes.
- Esfuerzo físico requerido.

### **Historia social**

Ella es muy sociable, cuando conoce a alguien se comporta tranquila y desenvuelta. Se siente satisfecha con la cantidad y la calidad de sus amigos cercanos o íntimos, una vez al mes se reúnen en la casa de un amigo o un familiar. En general está satisfecha con su vida social.

### **Evaluación del estado mental**

La señora “T” se muestra colaboradora, amistosa y atenta durante el proceso. Vestida con su uniforme de trabajo, peinada y maquillada adecuadamente, su expresión facial es acorde con lo que expresa verbalmente, su conducta motriz es apropiada. No muestra tics, temblores, hipo o hiperactividad.

- **Nivel de conciencia:** la señora “T” muestra un nivel adecuado de conciencia con respecto a sí misma, al tiempo, lugar y persona.

- **Lenguaje:** no se evidenció compromiso en la estructura de la comunicación verbal. Fue capaz de entender y responder de forma lógica las preguntas que se le hicieron.
- **Memoria:** muestra buena capacidad de memoria, fue capaz de recordar hechos remotos y recientes sin dificultad. Conservada.
- **Atención:** no se observan alteraciones.
- **Estructuración del pensamiento y percepción:** no se evidencia alteración.
- **Estado de ánimo y afecto:** estado de ánimo normal, sin evidencia de depresión.
- **Conciencia de enfermedad:** la señora “T” estaba consciente de que presentaba cierta sintomatología que estaba afectando su vida familiar y laboral.
- No presenta alucinaciones ni distorsiones de las imágenes sensoriales.

### **Impresión diagnóstica**

Eje I: F.43 Trastorno de adaptación no especificado. Presencia de una baja autoestima.

Eje II: Sin diagnóstico.

Eje III: La paciente no reporta enfermedades médicas que pudiesen estar afectando su estado emocional.

Eje IV: Estudio psicosocial:

- problemas de salud y fallecimiento de miembros de la familia.
- temor a padecer de cáncer.
- amenaza de pérdida del empleo.
- conflictos con los compañeros.
- trabajo estresante.
- disminución de los ingresos económicos.
- economía insuficiente.

Eje V: GAF actual: EEAG= 70 0 80 (algunos síntomas leves)

**Sujeto 8****Datos generales**

- Nombre: CM
- Edad: 32
- Sexo: masculino
- Estado civil: soltero
- Escolaridad: segundo año
- Religión: evangélica
- Años de servicio: 9 años
- Nivel socioeconómico: medio
- Puesto: trabajador manual
- Examinador: A. R.S.C.
- Preprueba: nivel medio de *Burnout*
- Postprueba: nivel medio de *Burnout*

**Motivo de consulta:** Evaluación del nivel de *Burnout* para obtener la muestra para el estudio “Efectividad de la psicoterapia de apoyo en el estrés laboral crónico o Síndrome de *Burnout* en cuidadores de personas con alzhéimer”.

**Historia personal y familiar**

Ha recibido atención psicológica con anterioridad, hace aproximadamente dos años, porque estaba muy deprimido por la muerte de su padre; además recibió orientación cuando le dieron el diagnóstico de VIH+.

Hombre de 32 años, altura media, delgado, pelo negro, lacio, de facciones indígenas, soltero, con una hija de 15 años, oriundo de la provincia de Chiriquí. Se describe como una persona polifacética, divertida, le gusta aprender cosas nuevas, escuchar música y bailar, especialmente música típica.

Es el mayor de nueve hermanos (seis varones y tres mujeres), su relación con ellos es muy cercana, trata de estar pendiente de sus necesidades y de aconsejarlos; su padre murió el año pasado de cáncer, su relación con él no era buena, su madre vive en Chiriquí junto a tres de sus hermanos, tiene una muy buena relación con ella, la ayuda económicamente y la apoya en todo lo que necesita.

A la edad de 15, años abandona la casa de sus padres, “cansado” de que su padre golpeará a su madre, cada vez que el padre tomaba, cuando llegaba a la casa, golpeaba a la madre y después ella lo golpeaba a él. Cuando tenía 12 años, al ver que su padre estaba golpeando a su madre, tomó un palo y lo golpeó, todos salieron huyendo de la casa, después de todo un proceso judicial, ellos regresan a la casa pero él no podía dormir pensando en que su padre podía hacerle un daño. Cansado de esta situación, a los 15 años decide irse a vivir a la ciudad.

Su infancia fue muy difícil, triste y dolorosa, por la situación con su padre y por el maltrato que sufrió por ambos padres.

Actualmente vive en la ciudad capital con su madrina de 55 años (auxiliar de enfermería) y el hijo de esta de 35 años (supervisor en un restaurante de comida rápida). Tiene buena relación con su hija, la cual ya tiene 16 años y vive con su abuela (la madre de él) en Chiriquí, ella le pide consejos; él nunca se casó con la madre de la niña porque su relación fue algo accidental, nada seria. No tiene contacto con la madre de la niña, pues al nacer ella se la deja y se fue. Ellos se ven siempre que él tiene vacaciones o unos días libres.

Entre sus motivaciones están:

- ayudar a su hermano que está enfermo.
- que su hija estudie una carrera.
- que su salud mejore.

**Historia médica**

Nace por parto natural, a los nueve meses, no tuvo problemas al nacer, no sabe si su madre tuvo control del embarazo, no se puso azul ni amarillo, no tuvo problemas para aprender a caminar, hablar, leer o escribir, controlar esfínteres, epilepsia o hiperactividad, no sufrió golpes en la cabeza que le causaran pérdida del conocimiento.

No padece de enfermedades cardíacas, cáncer, bocio, diabetes, hipertensión, alergias, asma, o fobias, tampoco le han practicado cirugías. Niega que alguien en su familia haya padecido de problemas mentales, enfermedades digestivas, cardíacas, Parkinson, tuberculosis, diabetes, hepatitis, obesidad o alzhéimer; en su familia, su hermano sufre de epilepsia, su padre sufrió de alcoholismo y murió de cáncer. Actualmente, está recibiendo la tripleterapia por su condición de VIH+. No tiene problemas para dormir, su sueño es tranquilo, reparador, normalmente duerme ocho horas diarias, tiene buen apetito, no tiene un horario especial para comer, no fuma y toma de vez en cuando.

**Historia laboral**

Comienza a trabajar a los 18 años, en Burger King, KFC, donde fue líder del sindicato, y en McDonald, se fue porque solo trabajaba 24 horas a la semana; luego trabajó en una casa de citas por 3 meses, después en casa de familia, pero los abandonó porque pagaban muy poco dinero, por peleas con el jefe y no le pagaban seguro, cree que ha cambiado de trabajo aproximadamente unas cinco veces. Actualmente lleva laborando en el Hogar diez años, los progresos que ha logrado en su trabajo es lograr su permanencia.

Algunas de las tareas que le causan estrés están:

- aumento de las horas de trabajo.
- jefa directa autoritaria.

- problemas de comunicación con recursos humanos.
- enfermedad y muerte de los ancianos a su cuidado.
- familiares conflictivos de los ancianos.
- poco tiempo para realizar las tareas.
- comportamiento agresivo (físico y/o verbal) de los ancianos.
- bajo salario.
- inseguridad en el empleo.
- exceso de responsabilidad.
- sobrecarga de trabajo.
- alto grado de responsabilidad.
- pocas posibilidades de promoción.
- hechos imprevistos.
- insuficiente preparación.
- esfuerzo requerido.

### **Historia social**

Es una persona muy sociable, divertida, tiene muchos amigos, ellos son desinteresados, se preocupan por él, por sus cosas, se lleva muy bien con ellos, se siente muy satisfecho con la cantidad y calidad de sus amigos. Suelen salir los fines de semana a pasear, a bailar, al cine o se reúnen en casa de alguno y se toman algunas cervezas. No ha tenido conflictos serios con ellos.

### **Historia de sus relaciones de pareja**

Ha tenido muy pocas relaciones, no quiere una relación seria por ahora, quiere disfrutar un poco antes de comprometerse en una situación estable, además siente temor por su enfermedad. Con la madre de su hija, solo fue una relación fugaz, la cual no debía tener consecuencia, pues él ya le había explicado a la joven cómo eran las cosas y él no quería compromisos y menos hijos.

### **Evaluación del estado mental**

- **Apariencia y conducta:** su apariencia general es apropiada, viene a las sesiones vestido adecuadamente (los varones no usan uniformes) y limpio, llega puntualmente. Su expresión facial es acorde con lo que expresa verbalmente. Su conducta motora es apropiada.
- **Proceso y contenidos del pensamiento:** la velocidad y flujo del habla son apropiados, no se evidenció una alteración en el contenido del pensamiento, ni una alteración en la percepción de la realidad, tampoco despersonalización.
- **Estado de ánimo y afecto:** estado de ánimo y afecto apropiados.
- **Funcionamiento intelectual:** tiene un vocabulario razonable, acorde con su nivel académico y su memoria está conservada.
- **Sentido del sí mismo:** no presenta despersonalización, confusión de identidad, orientada en tiempo y espacio, capaz de discernir, puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Experiencias perceptuales:** no presenta ningún tipo de alucinaciones.

### **Impresión diagnóstica**

Eje I: F.43 Trastorno de adaptación no especificado.

Eje II: Sin diagnóstico.

Eje III: VIH+

Eje IV: Estudio psicosocial:

- amenaza de pérdida del empleo.
- trabajo estresante.
- aumento de las horas de trabajo.
- disminución de los ingresos económicos.
- economía insuficiente.

Eje V: GAF actual: EEAG= 70 0 80

**Sujeto 9****Datos generales**

- Nombre: FT
- Edad: 56 años
- Sexo: masculino
- Estado civil: unido (hace 14 años)
- Escolaridad: segundo año
- Ocupación: trabajador manual
- Religión: católica
- Examinador: Ana R. Santamaría C.
- Preprueba: nivel alto de *burnout*
- Posprueba: nivel bajo de *burnout*

**Motivo de consulta:** evaluación del nivel de *Burnout* para obtener la muestra para el estudio “Efectividad de la psicoterapia de apoyo en el estrés laboral crónico o Síndrome de *Burnout* en cuidadores de personas con alzhéimer”.

**Historia personal y familiar**

El Sr. “F” niega que haya sido atendido por un psicólogo, psiquiatra o neurólogo anteriormente. No ha sido diagnosticado con depresión, ansiedad, fobias o adicciones.

Es un hombre de 56 años, de baja estatura, delgado, canoso. Se describe como un hombre observador, que le gusta cuidar mucho su salud, de carácter fuerte, protector de su familia. Es extrovertido no tiene dificultad para relacionarse con quien lo rodea, es un buen padre. Cuando debe enfrentar un problema prefiere enfrentarlo solo, toma sus decisiones sin que lo ayuden los demás, seguro de sí mismo.

Está unido hace 14 años con su pareja; su esposa trabaja en casa de familia y tiene 53 años de edad, tiene una hija de 13 años que está en segundo año, dice que es una niña muy inteligente, que le va muy bien en el colegio y es muy obediente, siempre le pide consejos. Viven solo ellos tres en la casa y su relación tanto con su esposa como con su hija es excelente.

Es el tercero de ocho hermanos (actualmente seis vivos), cinco hombres y tres mujeres. Se lleva muy bien con ellos, en la ciudad viven dos de ellos y los demás están en el interior. Él los visita siempre que tiene un tiempo libre.

Sus padres murieron ya, él se crió con ellos junto a sus hermanos, su relación con sus padres fue muy bonita, algunas veces tuvo desacuerdos con ellos, pero nada serio; ellos eran unos padres excelentes. Su infancia transcurrió en el campo, aunque pasó mucho trabajo considera que fue muy feliz y tiene muy buenos recuerdos de su infancia, por eso cuando se jubile quiere regresar a su campo, porque allí la vida es más sana. Con sus hermanos se lleva muy bien y para las fechas importantes tratan de estar juntos.

Entre sus motivaciones de vida están:

- comprar un terreno en el campo.
- que su hija se gradúe de la universidad.
- Jubilarse.

### **Historia médica**

Su madre tuvo un embarazo normal de nueve meses, nace por parto natural, no cree que su madre haya tenido problemas durante el embarazo o el parto, no sabe si él tuvo algún problema al nacer. No tuvo problemas para aprender a leer, caminar, hablar, leer o escribir, epilépticos o de sueño, no tiene fobias.

Niega que en su familia alguien haya padecido de problemas mentales, epilepsia, alcoholismo, drogadicción, retardo mental, enfermedades digestivas, Parkinson, tuberculosis, enfermedades cardiacas, hepatitis, obesidad, cáncer o alzhéimer. Su tío sufría de diabetes y dos de sus hermanos de hipertensión.

Actualmente goza de muy buena salud, le gusta cuidarse mucho, hace ejercicios, no toma ningún medicamento, no ha sido operado, no sufre de alergias, no fuma o usa drogas, toma un par de cervezas en las fiestas de fin de año, pero eso es todo. No ha subido o bajado de peso, come tres veces al día, tiene buen apetito. Su sueño es tranquilo y reparador, duerme un promedio de ocho horas. Es un poco delicado para las comidas, pues le gusta mantenerse en forma, así que solo come comidas saludables, trata de no comer fuera de casa.

### **Historia escolar**

Solo pudo estudiar hasta segundo año, porque sus padres no tenían suficientes medios económicos para mandarlos a todos a la escuela, los mayores tuvieron que trabajar para ayudar a los más jóvenes.

### **Historia laboral**

Comenzó a trabajar a los 15 años en el campo con su padre, trabajando la tierra, trabajó en la construcción como obrero por unos años; actualmente trabaja en el Hogar, donde ya tiene 31 años. No se encuentra satisfecho con su salario, pero piensa que con su educación no va a encontrar otro trabajo.

Entre las labores que más le causan estrés están:

- Poco tiempo para realizar las tareas.
- Comportamiento agresivo de los ancianos a su cargo (fisico y/o verbal).
- Jefa autoritaria.

- Aumento de las horas de trabajo.
- Bajo salario.
- Familiares conflictivos de los ancianos.
- Muerte y/o enfermedad de un anciano.
- Alto grado de responsabilidad.
- Inseguridad en el empleo.
- Preparación insuficiente.
- Contacto diario con la enfermedad y la muerte.
- Pocas posibilidades de promoción.
- Esfuerzo físico.

### **Historia social**

Tiene pocos amigos, prefiere pocos, pero que sean buenos, los amigos que tiene son dignos de confianza, a los que uno les puede contar lo que sea y no traicionan, son confidentes, se lleva bien con ellos, salen a ver juegos o con sus esposas e hijos.

### **Historia de sus relaciones de pareja**

Tuvo muchas novias, cuando se enamoró fue correspondido plenamente y acabaron por mutuo acuerdo, pero al final se casó con una mujer muy buena, decente, que lo quiere y respeta mucho. Al hacer un análisis de sus relaciones de pareja se siente satisfecho con ella.

### **Evaluación del estado mental**

- **Apariencia y conducta:** su apariencia general es apropiada, viene a las sesiones vestido adecuadamente (los varones no usan uniformes) y limpio. Su expresión facial es acorde con lo que expresa verbalmente. Su conducta motora es apropiada.

- **Proceso y contenidos del pensamiento:** la velocidad y flujo del habla son apropiados, no se evidenció una alteración en el contenido del pensamiento ni una alteración en la percepción de la realidad, tampoco despersonalización.
- **Estado de ánimo y afecto:** estado de ánimo normal.
- **Funcionamiento intelectual:** tiene un vocabulario razonable, acorde con su nivel académico y su memoria está conservada.
- **Sentido del sí mismo:** no presenta despersonalización, confusión de identidad, orientada en tiempo y espacio, capaz de discernir, puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Experiencias perceptuales:** no presenta ningún tipo de alucinaciones.

### **Impresión diagnóstica**

Eje I: F.43 Trastorno de adaptación no especificado. Presencia de una baja autoestima.

Eje II: Sin diagnóstico.

Eje III: El paciente no reporta enfermedades médicas que pudiesen estar afectando su estado emocional.

Eje IV: Estudio psicosocial:

- amenaza de pérdida del empleo.
- trabajo estresante.
- aumento de las horas de trabajo.
- disminución de los ingresos económicos.
- economía insuficiente.

Eje V: GAF actual: EEAG= 70 0 80 (algunos síntomas leves)

## ANEXO 3. MUESTRA DEL CESQT

# CESQT

Nombre y apellidos

Sexo Varon Mujer Edad Fecha / /

Centro/Empresa

Examinador

A continuación encontrará algunas afirmaciones referentes a sus sentimientos e ideas acerca de su trabajo y de las consecuencias que tiene para usted como profesional y como persona. Indique con qué frecuencia siente o piensa lo que se describe en cada una de ellas.

Para responder rodee con un círculo la alternativa (el número) que más se ajuste a su situación.

	0	1	2	3	4
	NUNCA	RARAMENTE	A VECES	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
		(algunas veces al año)	(algunas veces al mes)	(algunas veces al día)	(los días)
1 Mi trabajo me supone un reto estimulante	0	1	2	3	4
2 No me apetece atender a algunas personas en el trabajo	0	1	2	3	4
3 Creo que muchas de las personas que atiendo en el trabajo son insubordinables	0	1	2	3	4
4 Me preocupa el trato que doy a algunas personas a las que atiendo en el trabajo	0	1	2	3	4
5 Veo mi trabajo como una obligación	0	1	2	3	4
6 Creo que los familiares de algunas personas que atiendo en el trabajo son unos pesados	0	1	2	3	4
7 Pienso que trato con impaciencia a algunas personas a las que atiendo en mi trabajo	0	1	2	3	4
8 Pienso que estoy saturado por el trabajo	0	1	2	3	4
9 Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo	0	1	2	3	4
10 Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas	0	1	2	3	4
11 Me apetece ser irónico con algunas personas a las que atiendo en el trabajo	0	1	2	3	4
12 Me siento agobiado por el trabajo	0	1	2	3	4
13 Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo	0	1	2	3	4
14 Etiqueto o clasifico a las personas a las que atiendo en el trabajo según su comportamiento	0	1	2	3	4
15 Mi trabajo me resulta gratificante	0	1	2	3	4
16 Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento	0	1	2	3	4
17 Me siento cansado físicamente en el trabajo	0	1	2	3	4
18 Me siento desgastado emocionalmente	0	1	2	3	4
19 Me siento ilusionado por mi trabajo	0	1	2	3	4
20 Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo	0	1	2	3	4

## ANEXO 4. PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS

Los Datos obtenidos en este cuestionario tendrán un tratamiento estrictamente confidencial y serán para uso estadístico

Por favor, conteste las siguientes preguntas, referidas a los datos generales, donde aparecen varias opciones de respuesta, encierre en un círculo la que corresponde:

### A. Datos Generales

1) Nombre: \_\_\_\_\_

2) Edad: \_\_\_\_\_

3) Sexo: F: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_

4) Estado Civil:

- Casada (o)
- Divorciada (o)
- Unida (o)
- Soltera (o)

5) Número de hijos: \_\_\_\_\_

6) Estudios realizados:

- Primaria: \_\_\_\_\_
- Secundaria: \_\_\_\_\_
- Universidad: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

7) Profesión: \_\_\_\_\_

8) Cargo que ocupa actualmente: \_\_\_\_\_

9) Sistema laboral:

- Contrato eventual: \_\_\_\_\_
- Permanente: \_\_\_\_\_

10) Centro o Institución donde trabaja:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11) Tipo de institución:

- Estatal: \_\_\_\_\_
- Privada: \_\_\_\_\_

12) Tiempo que lleva en el mismo centro: \_\_\_\_\_

13) Tiempo que lleva en el mismo cargo: \_\_\_\_\_

14) Turnos:

- Horario habitual: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Rotativos: \_\_\_\_\_
- Mañana: \_\_\_\_\_
- Tarde: \_\_\_\_\_
- Noche: \_\_\_\_\_

15) Número de horas que trabaja en la semana: \_\_\_\_\_

16) Número de personas que atiende diariamente (promedio) en su trabajo:

\_\_\_\_\_

17) Qué tiempo de su jornada diaria pasa en interacción con los beneficiarios de su trabajo:

- Más del 75%: \_\_\_\_\_
- Cerca del 50%: \_\_\_\_\_
- Menos del 30%: \_\_\_\_\_

18) Tiene que realizar tareas del trabajo en su casa, en horario extra laboral:

- Si: \_\_\_\_\_
- No: \_\_\_\_\_
- Cuántas horas diarias (promedio): \_\_\_\_\_