

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL DIRIGIDO AL MANEJO DEL
SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

CLAUDIA ELIZABETH MENDOZA FIGUEROA

DIRECTOR DE TESIS: SAMUEL JURADO CÁRDENAS

REVISORA: DRA. ERIKA VILLAVICENCIO AYUB

Ciudad de México, noviembre de 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Quiero agradecer a Dios por estar en cada paso en todas las millones de maneras, formas, personas, momentos, alegrías, deseos... no dejándome perder nunca la esperanza.

A mí esposo, Marlon: Te amo compañero de vida y agradezco que estés conmigo en cada loquera, en cada alegría, en cada lágrima. Gracias por tu amor, apoyo, tiempo, compañía, sonrisas, optimismo y paciencia.

A mí hijo, Sebastian: Aún estás muy chiquito, pero quiero que sepas que eres el motor de mi vida. Tú has sido el precursor de buscar ser una mejor persona y concluir mis planes. Me supero cada día por ti hijito. Lamento el tiempo que no hemos pasado juntos; agradezco tu absoluta comprensión y todas las sonrisas, abrazos y besos que me das sin resentimiento alguno, te amo de la manera más absoluta que he amado jamás cachorrín.

A mí suegra, Esperanza Núñez, que amorosamente cobija y abraza a mi familia. Sin su invaluable apoyo, tiempo y dedicación éste proyecto no hubiera podido realizarse. A mis compadres, Nora y Víctor, por ser unos co-padres maravillosos para mi hijo y estar siempre dispuestos con su amor, cuidado, apoyo y dedicación. Los quiero mucho.

A mis hermanos, por su cariño, apoyo y porras. Mejor herencia no me pudo dejar mi superhéroe favorita. Los amo. Mami: Lamento la demora. En algún lugar del Universo, a ti, por tu amor, por ser mi viga más sólida, mi inspiración.

A mí Bolín: No hay edad para los sueños hijita postiza, no los saques de tu cabecita por más cosas en contra que aparezcan. Si no se pudo a la primera, no significa que no se pueda. Ser un ejemplo para ti es el mejor regalo que me has dado, el más atesorado. El ejemplo de amor por la vida pese a toda adversidad me lo has dado tú mi niña, te amo.

A mis amigos por comprender todas las veces que no pude acompañarlos. Gualito: Te adelantaste en el viaje amigo, pero sé que sigues con nosotros, en nuestro corazón. Fer G.: Gracias por tu amistad, apoyo, cariño y sabiduría de vida, mi yaochimalli sensei, te quiero mucho.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi segundo hogar, por todo lo que me ha enseñado, por todas las maravillosas personas que he conocido.

Al Dr. Samuel Jurado mi agradecimiento más profundo, sin su guía, conocimiento, apoyo, tiempo y dedicación no habría llegado hasta aquí. Lo admiro, gracias por creer en mí, en mi trabajo, por ser en sí mismo el espíritu universitario. Me siento muy orgullosa de haber trabajado éste proyecto con usted.

A mis sinodales: Mtra. Ingrid Cabrera, Lic. Damariz García y Mtra. Blanca Girón, por compartir su conocimiento y su tiempo.

Gracias a la vida...

ÍNDICE

Introducción	4
Capítulo I Síndrome de desgaste Ocupacional	
Antecedentes	9
Definición del Síndrome de Desgaste Ocupacional	11
Sintomatología	15
Desarrollo del Síndrome de Desgaste Ocupacional	18
Variables relacionadas al Síndrome de Desgaste Ocupacional	23
Capítulo II La intervención Cognitivo Conductual	
Definición	33
Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales	38
Método	
Planteamiento del problema	45
Justificación	45
Objetivos	46
Hipótesis	47
Variables	47
Diseño	49
Participantes	49
Instrumentos	50
Materiales	58
Procedimiento	59
Análisis de resultados	60
Resultados	61
Discusión y conclusiones	65
Referencias	69
Anexos	83

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, los trabajadores de todo el mundo hacen frente a importantes cambios en la organización del trabajo y las relaciones laborales; sufren una mayor presión para satisfacer las exigencias de la vida laboral moderna. De acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo (2016), el ritmo de trabajo marcado por las comunicaciones instantáneas y los altos niveles de competitividad mundial hace que la línea de separación entre la vida laboral y la personal sea cada vez más difícil de identificar. Los factores de riesgo psicosocial tales como la mayor competencia, las elevadas expectativas de rendimiento y jornadas de trabajo más largas, contribuyen a un medio ambiente de trabajo cada vez más estresante. Además, como consecuencia de la actual recesión económica que está provocando un proceso de cambio organizativo y de reestructuración cada vez más vertiginoso, los trabajadores se enfrentan a un mercado laboral precario: reducidas oportunidades de empleo, el temor a perder sus trabajos, despidos masivos, desempleo y una menor estabilidad financiera, con consecuencias dañinas para su salud mental y bienestar.

La problemática de la salud de los trabajadores, en sus diferentes aspectos, ha sido motivo de la preocupación creciente de muchos organismos internacionales (Rodríguez, 2011). En el Plan de Acción Mundial sobre la Salud de los Trabajadores 2008-2017 de la Organización Mundial de la Salud (2007), se integran las necesidades en materia de salud ocupacional. Sobresale en el plan la

urgencia de realizar intervenciones grupales dentro de los lugares de trabajo, bajo el fundamento de que la salud de los trabajadores no está condicionada sólo por los riesgos en el lugar de trabajo, sino también por factores sociales e individuales y por el acceso a los servicios de salud.

En base al informe anual 2016 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en conmemoración del Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, el estrés relacionado con el trabajo está reconocido en la actualidad como un problema global que afecta a todas las profesiones, y a los trabajadores, tanto de los países en desarrollo como de los desarrollados. En este complejo contexto, el lugar de trabajo constituye al mismo tiempo una importante fuente de factores de riesgo psicosocial y, el escenario ideal para abordarlos, con el objeto de proteger la salud y bienestar de los trabajadores a través de medidas colectivas. Constituye un principio universal el que todas las personas tienen derecho a las mejores condiciones de salud posibles. Sin salud en el trabajo una persona no puede contribuir a la sociedad y alcanzar el bienestar. Si la salud en el trabajo está amenazada, no existen las bases para lograr el empleo productivo y el desarrollo socioeconómico. La salud está reconocida como una combinación de factores biológicos, psicológicos (pensamientos, emociones y comportamientos), y sociales (socioeconómicos, socioambientales y culturales). El estrés es la respuesta física y emocional a un daño causado por un desequilibrio entre las exigencias percibidas y los recursos y capacidades percibidos de un individuo para hacer frente a esas exigencias. El estrés relacionado con el trabajo está determinado por la organización del trabajo, el diseño del trabajo y las relaciones laborales, y tiene

lugar cuando las exigencias del trabajo no se corresponden o exceden de las capacidades, recursos o necesidades del trabajador o cuando el conocimiento y las habilidades de un trabajador o de un grupo para enfrentar dichas exigencias no coinciden con las expectativas de la cultura organizacional de una empresa.

La adaptación a circunstancias adversas del ambiente laboral puede provocar trastornos psicológicos como el Síndrome de Desgaste Ocupacional. Cuando se percibe como satisfactorio, el trabajo es gratificante; cuando se percibe como insatisfactorio, ocasiona desilusión (Hernández, 2009).

Pines (1994) menciona que después de muchos años de investigar en diferentes profesiones el Burnout, llegaba a la conclusión de que la causa principal de dicho síndrome radica en la necesidad de creer que nuestras vidas tienen sentido y que las tareas que emprendemos son útiles e importantes; y que la falta de significado existencial en el trabajo que se desempeña es otro de los elementos que imposibilitan al trabajador para enfrentarse exitosamente a situaciones de estrés.

La relación persona-trabajo es dinámica y mutuamente influenciable y, en tales términos, éste círculo interdependiente puede caracterizarse por su armonía e implicaciones positivas; por ejemplo, por un lado la productividad, el desarrollo humano y la salud y por otro, aquellos de índole negativa tales como el pobre desempeño, la enajenación, la enfermedad o incluso la muerte (Juárez, 2008).

Para Beck (1969, 1976, 1979, 1985), las intervenciones cognitivo-conductuales han sido útiles en el tratamiento de casos de depresión, ansiedad y estrés, mostrando una serie de cambios graduales que se han venido dando en las

ciencias de la conducta, elaborando técnicas basadas en la aplicación de la lógica y de reglas de evidencias que han servido para el desarrollo y mejoramiento de las mismas.

Desde la perspectiva de la OIT (2016), la protección de la salud mental en el trabajo tiene más impacto si se centra en estrategias preventivas. Tanto la salud en el trabajo como las medidas de promoción de la salud en el lugar de trabajo pueden contribuir a mejorar la salud mental y el bienestar de las mujeres y los hombres en el trabajo. Esto implica la puesta en práctica de la salud en el trabajo, lo que supone proteger la salud de los trabajadores mediante la evaluación y gestión de los riesgos psicosociales para prevenir el estrés y en el trabajo.

Por lo anterior, es que se plantea el llevar a cabo una intervención cognitivo conductual a través de un programa que proporcione herramientas que permitan a personas laboralmente activas y con presencia de Síndrome de Desgaste Ocupacional acceder a una mejora en su calidad de vida tanto laboral, personal y social, sabiendo identificar y responder asertivamente a los síntomas por medio de la reestructuración cognitiva y la solución de problemas.

El primer capítulo aborda el Síndrome de Desgaste Ocupacional (SDO), puntualizando sus antecedentes, definición, dimensiones, sintomatología y desarrollo; así como el abordar cuáles son las variables relacionadas y el impacto que tiene en el sujeto y la organización, buscando tener un panorama general del SDO y sus repercusiones personales, laborales y sociales.

El segundo capítulo está integrado por los antecedentes, definición y técnicas utilizadas en la Intervención Cognitivo Conductual, deteniéndonos en aquellas que se han implementado para llevar a cabo el presente programa.

Posteriormente, se expone el proceso metodológico que se llevó a cabo para la realización del programa, finalizando con los resultados obtenidos, la discusión y conclusiones del presente trabajo.

CAPITULO I

El Síndrome de Desgaste Ocupacional

Antecedentes

A principios de la década de los años setenta, Freudenberger (1974) observó a lo largo de un año que la mayoría de sus compañeros voluntarios sufrían una pérdida progresiva de energía hasta llegar al agotamiento, mostrando síntomas de ansiedad y depresión así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. En base a estas observaciones, elige el término “burnout” (estar quemado) para referirse a un patrón conductual caracterizado por el agotamiento, decepción y pérdida de interés como consecuencia del trabajo cotidiano desarrollado por profesionales dedicados al servicio y la ayuda pero que no logran alcanzar las expectativas depositadas en su trabajo.

Maslach (1977) comienza a divulgar el término en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos, en la que conceptualizó el síndrome como el desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal de la salud y profesores. El síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual, pero también afectaría a aspectos organizacionales y sociales. Esto conllevaba a que los individuos, después de meses o años de dedicación, terminaban “quemándose” por el trabajo.

A este respecto, Maslach y Pines (1977) plantean la investigación del burnout mediante la aplicación de cuestionarios y entrevistas desde una perspectiva psico-social, partiendo de la deshumanización, despersonalización y la sobrecarga en el trabajo, relacionadas con el estrés y la frustración en el trabajo. Pretenden identificar las condiciones ambientales que originan el burnout, los factores que ayudan a mitigarlo y los síntomas específicos que caracterizarían el síndrome (especialmente los de tipo emocional), a través de distintas profesiones.

La investigación sobre el síndrome de burnout tiene sus orígenes en ocupaciones relacionadas con prestación de servicios, en las cuales la actividad principal se centraba en la relación entre proveedor y receptor. El enfoque de estas investigaciones no era la respuesta ante el estrés del individuo, sino las transacciones que llevaba a cabo en su sitio de trabajo; en sus emociones, motivos y valores en los que basaba su trabajo con los receptores de servicios. El abordaje metodológico partía de dos vertientes, la clínica y la psicología-social, que se enfocaban a los síntomas del burnout por un lado y a la relación entre el proveedor y el cliente, por el otro. Sin embargo, ambos tipos de investigación eran de naturaleza descriptiva y cualitativa, ya que utilizaban entrevistas, estudios de casos y observaciones *in situ* (Cordes y Dougherty, 1993).

Maslach y Jackson (1981) desarrollaron el Maslach Burnout Inventory (MBI) el cual es un inventario de 22 reactivos en los que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos en relación a diversos aspectos de su interacción continua con el trabajo y su desempeño habitual. El

MBI se divide en tres subescalas, cada una de las cuales mide tres dimensiones citadas como centrales en el modelo: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal (Manassero, 2003).

Desde su construcción, el MBI se ha estudiado y aplicado con el fin de verificar su validez en distintas muestras, siendo la herramienta más ampliamente utilizada por los investigadores (Maslach y Jackson, 1996)

El MBI fue diseñado originalmente para aplicarse a trabajos relacionados con los servicios humanos, sin embargo, en respuesta al rápido crecimiento en el interés sobre el tema se realiza una versión más general, el Maslach Burnout Inventory General-Survey (MBI-GS) no exclusivo para profesionales de servicios y que ha sido traducido a varios idiomas (García, Gutierrez, Ruiseñor, Familiar, 2008).

Definición del Síndrome de Desgaste Ocupacional

Para Gil-Monte (2005) el estrés laboral es uno de los conceptos que la psicología de la salud ha estudiado ampliamente; sin embargo, son pocos los acuerdos sobre sus significados y definición. El síndrome de desgaste ocupacional aparece cuando el trabajador se ve desbordado y se percibe impotente para hacer frente a los problemas que le genera su entorno laboral. Los individuos se sienten desgastados y agotados por la percepción continuada de presión en su trabajo. Es una patología que tiene su origen en el entorno, no en el individuo. De acuerdo con este autor, uno de los principales desacuerdos se presenta cuando hay que

decidir si el término estrés se aplica al estímulo u objeto estresante, a la percepción subjetiva que se hace del estímulo u objeto ó a la respuesta psicológica y fisiológica interna o externa que se desarrolla después de una evaluación de la percepción del estímulo. En lo anterior existe un proceso que inicia con un posible objeto estresante, un proceso cognitivo de evaluación para determinar si el estímulo es un estresor mediante estrategias de afrontamiento y finalmente, la eficacia de las estrategias determinan las consecuencias del estrés laboral. Este proceso se desarrolla de manera progresiva.

Su progreso está vinculado a la utilización de estrategias de afrontamiento, más ó menos funcionales, por parte del individuo, con las que intenta autoprotgerse del estrés laboral derivado de sus relaciones con los clientes de la organización y, en general con su contexto de trabajo (ver Figura 1).

Figura 1. Proceso de estrés laboral crónico

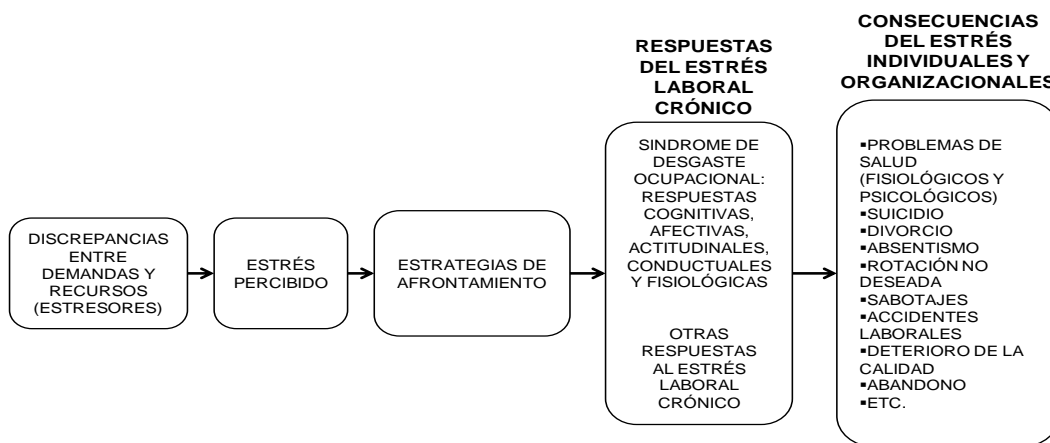


Figura 1. Proceso de estrés laboral crónico. Pedro R. Gil-Monte. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Factores antecedentes y consecuentes. Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional. Conferencia impartida en la Jornada “El Síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales” organizada por el Servicio de Acción Social de la Diputación de Valencia el 25 de noviembre de 2005.

Se trata de una experiencia subjetiva, de carácter negativo, que se caracteriza por la aparición de cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo y hacia su propio rol profesional.

Las respuestas psicológicas, conductuales y fisiológicas del proceso de estrés pueden convertirse con su prolongación en el tiempo en consecuencias; es decir, la coexistencia en el tiempo de varias respuestas al estrés laboral convierte lo que fue una respuesta en consecuencias más o menos permanentes, que afectan significativamente el ritmo de vida de la gente en términos de disminución del desempeño laboral acompañado de agotamiento emocional y sentimientos de minusvalía, los cuales se combinan con una serie de malestares físicos y somáticos en una espiral de deterioro con finales de enfermedad (Gil-Monte, 2005).

Aunado a lo anterior, se presentan una serie de disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas que impactan de manera nociva a las personas y, por lo tanto, a la organización.

Maslach y Jackson (1981) al estudiar las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas, llegan a la definición más empleada y conocida en la literatura.

Desde un enfoque psicosocial, conceptualizan el fenómeno como un síndrome que se define principalmente en tres dimensiones:

- Baja realización personal en el trabajo: Son aquellas respuestas negativas hacia sí mismos y el trabajo. El trabajador tiende a evaluarse de manera negativa y esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y la relación con las personas a las que atiende. Es el sentimiento de no verse realizado en el trabajo, describiéndose como sujetos ineficaces, inútiles y con baja autoestima.
- Agotamiento o cansancio emocional: Es la pérdida progresiva de energía, el cansancio, el desgaste, la fatiga. Situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado por haber mantenido un contacto cotidiano con las personas a las que hay que atender como objeto del trabajo. Ésta sensación provoca a su vez el distanciamiento emocional del trabajo para evitar la sobrecarga.
- Despersonalización: Se manifiesta por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas. Puede ser considerada como el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo; estas personas son vistas por el profesional o trabajador de forma deshumanizada debido a un

endurecimiento afectivo, lo que conlleva a que éste les culpe de sus propios problemas.

Éstas tres dimensiones del síndrome están presentes y son variables que afectan lo físico-emocional (agotamiento emocional), lo cognitivo-emocional (logro personal) y a lo social (despersonalización) (Sánchez-Anguita, 2013).

Sintomatología

De acuerdo con Gil-Monte (2005), la delimitación de los síntomas es un punto de partida adecuado para definir qué es el Síndrome de Desgaste Ocupacional ó de Quemarse en el trabajo, pues permite describir la patología. La literatura presenta más de 100 síntomas asociados al Síndrome. Estos síntomas afectan negativamente a:

- Afectos y emociones: Agotamiento emocional, irritabilidad, odio
- Cogniciones: Baja autoestima, baja realización personal en el trabajo, sentimientos de impotencia, para el desempeño del rol profesional, sensación de fracaso profesional.
- Actitudes: Cinismo, despersonalización, apatía, hostilidad, suspicacia.
- Conductas: comportamiento suspicaz y paranoide, aislamiento, consumo de tranquilizantes, rigidez, quejas constantes, aumento de accidentes, conductas agresivas hacia los clientes, absentismo.

- Sistema fisiológico: Cansancio, insomnio, úlcera de estómago, dolor de cabeza, dolor de espalda, fatiga, hipertensión.

Paine (1982) presenta una taxonomía estableciendo cinco categorías para distribuir los síntomas:

- a) Síntomas físicos que se caracterizan por el aumento de fatiga y agotamiento físico, aumento de molestias y dolores musculares y aparición de alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo (cardiorrespiratorio, digestivo, reproductor, nervioso, etc.);
- b) Desarrollo de conductas de exceso, caracterizadas por el aumento en el consumo de barbitúricos, estimulantes y otro tipo de sustancias (alcohol, tabaco, café), aparición de conductas de riesgo, de conductas hiperactivas y agresivas;
- c) Problemas de ajuste emocional entre los que se encuentran agotamiento emocional, paranoia, depresión, sentirse atrapado, miedo a volverse loco, etc.;
- d) Alteraciones de las relaciones interpersonales caracterizada por el aislamiento del individuo y su negación a comunicarse con los demás por la aparición de conflictos interpersonales, así como indiferencia y frialdad con las personas hacia las que se trabaja y
- e) Síntomas actitudinales y cambios en los valores y en las creencias del individuo, donde incluye síntomas como cinismo e ironía hacia los clientes de la organización ó sensación de impotencia, de frustración, y de fracaso.

Los modelos teóricos elaborados para explicar el desarrollo del proceso de estrés laboral se diferencian entre respuestas y consecuencias del estrés laboral crónico. Sin embargo, esta diferencia es muy relativa ya que algunos síntomas, al hacerse crónicos, se intensifican y degeneran hacia procesos más graves. En el caso del Síndrome de Desgaste Ocupacional (SDO) esa diferencia entre respuestas y consecuencias sugiere que el deterioro cognitivo, afectivo y actitudinal es previo a la aparición de un gran número de síntomas conductuales y fisiológicos, que estarían en la categoría de consecuencias (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Principales Síntomas Psicológicos del SDO

SÍNTOMAS COGNITIVOS	SÍNTOMAS AFECTIVOS-EMOCIONALES	SÍNTOMAS ACTITUDINALES	OTROS SÍNTOMAS
* Sentirse contrariado	* Nerviosismo	* Falta de ganas de seguir trabajando	Conductuales:
* Sentir que no valoran su	* Irritabilidad y mal	* Apatía	* Aislamiento
* Percibirse incapaz para	* Disgusto y enfado	* Irresponsabilidad	* No colaborar
* Pensar que no puede	* Frustración	* Evitación	* Contestar mal
* Pensar que trabaja mal	* Agresividad	* Pasar de todo	* Enfrentamientos
* Falta de control	* Desencanto	* Estar harto	
* Verlo todo mal	* Aburrimiento	* Intolerancia	Físicos:
* Todo se hace una montaña	* Agobio	* Impaciencia	* Cansancio
* Sensación de no mejorar	* Tristeza y	* Quejarse por todo	
* Inseguridad	* Desgaste	* Evaluar negativamente a	
* Pensar que el trabajo no vale	* Angustia	* Romper con el entorno laboral	
* Pérdida de autoestima	* Sentimientos de culpa	* Ver al cliente como un enemigo	
		* Frialdad hacia los clientes	
		* No aguantar a los clientes	
		* Indiferencia	
		* Culpar a los demás de su situación	

De Pedro R. Gil-Monte. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Factores antecedentes y consecuentes. Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional. Conferencia impartida en la Jornada "El Síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales" organizada por el Servicio de Acción Social de la Diputación de Valencia el 25 de noviembre de 2005

Algunas investigaciones sugieren que, para identificar el estrés laboral en términos de respuestas ó consecuencias, el mejor criterio es el tiempo que un síntoma permanece después de haber sido considerado respuesta a un estresor (Burke y

Greenglas, 1995; Krausz, Koslowsky, Shalom y Elyakim, 1995). Es muy importante tener presente el contexto en el que surge la patología y su proceso de desarrollo, así como la concurrencia de varios síntomas que deterioran el plano cognitivo, afectivo y actitudinal del individuo para considerar que un determinado síntoma es indicador del síndrome.

Cuando el individuo está bajo estrés le resulta difícil mantener un equilibrio saludable entre la vida laboral y la vida no profesional; al mismo tiempo, puede abandonarse a actividades poco saludables como el consumo de tabaco, alcohol y drogas. En casos extremos, el estrés prolongado ó los acontecimientos laborales traumáticos pueden originar problemas psicológicos y propiciar trastornos psiquiátricos que desemboquen en la falta de asistencia al trabajo e impidan que el empleado pueda volver a trabajar (OMS, 1999).

Desarrollo del Síndrome de Desgaste Ocupacional

Existe una diferencia clave entre el Síndrome de Desgaste Ocupacional como estado o como proceso, ya que como estado entraña un conjunto de síntomas que sugieren un fenómeno estático, un resultado final; mientras que la concepción como proceso, lo aborda como un particular mecanismo de afrontamiento al estrés que implica fases en su desarrollo (Rodríguez-Marín, 1995; Gil-Monte y Peiró, 1997).

El progreso del síndrome será en función de la interacción entre las condiciones del entorno laboral y las variables personales. El entorno laboral es el desencadenante de la etiología de los síntomas y de su progreso, pues las diferentes fuentes de estrés afectan de manera diferente a la intensidad y la frecuencia con la que se desarrolla esa sintomatología. Junto a las condiciones de trabajo, algunas variables individuales (sociodemográficas y de personalidad) influyen en la frecuencia e intensidad con la que los individuos perciben los síntomas y en sus consecuencias (Gil-Monte, 2005).

En general, se admite que el Síndrome de Desgaste Ocupacional es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas globales.

El hecho de que la sintomatología varíe mucho de una a otra persona ha influido en ahondar las discrepancias entre algunos autores en el momento de definirlo, pues depende a qué se le dé más importancia: al síntoma que se presenta en primer lugar o a la secuencia completa del proceso.

Martínez (2010), señala que históricamente, algunos de los autores han intentado una visión global (Gil-Monte, Peiró y Valcarcel, 1995; Golembiewski, Hilles y Daly, 1986; Golembiewski y Munzenrider, 1988; Golembiewski, Schreb y Boudreau, 1993; Golembiewski, Sun, Lin y Boudreau, 1995; Leiter y Maslach, 1988; Cherniss, 1982 y 1980; Edelwich y Brodsky, 1980). Por lo tanto, hay una variedad de modelos que tratan de explicar el desarrollo del Síndrome de Desgaste Ocupacional (SDO).

Para Edelwich y Brodsky (1980), el proceso consta de varias etapas por las que atraviesa el trabajador hasta llegar a manifestar SDO:

- 1) Etapa de entusiasmo: El trabajador experimenta su profesión como algo estimulante y los conflictos se interpretan como algo pasajero y con solución. Tiene elevadas aspiraciones y una energía desbordante.
- 2) Etapa de estancamiento: Comienza cuando no se cumplen las expectativas sobre el trabajo, aún cuando el trabajo todavía representa una posible fuente de realización personal. Los objetivos empiezan a aparecer como difíciles de conseguir, replanteándose el esfuerzo personal y los beneficios obtenidos, empezando a aparecer frustración.
- 3) Etapa de frustración: Es el periodo de la desilusión y de la desmotivación laboral, en la que brotan los problemas emocionales, físicos y conductuales. Es la etapa nuclear del síndrome, cuestionándose la eficacia del esfuerzo personal frente a los obstáculos derivados del desempeño. Aunque existe la posibilidad de afrontar la situación y encauzar el malestar hacia una nueva fase de entusiasmo, la falta de recursos personales y organizacionales puede condicionar el tránsito a la fase de apatía.
- 4) Etapa de apatía: Se produce la resignación del trabajador ante la imposibilidad de cambiar las cosas; implica sentimientos de distanciamiento, inconformidades laborales y conductas de evitación e inhibición de la actividad laboral. Se evitan las innovaciones y los cambios e incluso, se intenta evitar a las personas a las que deben atender.

Según Edelwich y Brodsky (1980), este proceso tiene un carácter cíclico, de manera que se puede repetir en diferentes momentos en la vida laboral de una persona y en el mismo o en diferentes trabajos.

Cherniss (1980) por otra parte, subraya que se llega al Síndrome de Desgaste Ocupacional por un proceso de acomodación psicológica entre un trabajador estresado y un trabajo estresante, y distingue tres fases:

- a. Fase de estrés, que es caracterizada por un desajuste entre las demandas laborales y los recursos del trabajador.
- b. Fase de agotamiento, en la que llegan a producirse de forma crónica respuestas emocionales ante el desequilibrio presentándose preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento.
- c. Fase de afrontamiento defensivo, en la que se aprecian cambios en las actitudes y en la conducta del trabajador, como el trato robotizado impersonal, frío y cínico hacia los clientes.

Golembiewski et.al (1987; 1988; 1993; 1995) proponen una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. La primera fase está constituida por la despersonalización como un mecanismo disfuncional de afrontamiento, desencadenándose el estrés por la sobrecarga laboral y pobreza del rol, provocando sentimientos de pérdida de autonomía y de control. Esto, a la vez, genera una baja realización personal en el trabajo con sentimientos de irritabilidad, fatiga y una disminución de la autoimagen

positiva. Posteriormente, mostrará señales de agotamiento emocional desarrollando estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral. Entienden, pues, que la dimensión que mejor describe y predice la aparición del Síndrome es la despersonalización, seguida de la baja realización personal y, por último, el agotamiento emocional.

Para Leiter y Maslach (1988), como consecuencia de los estresores laborales, los trabajadores desarrollan sentimientos de agotamiento emocional que posteriormente dan lugar a la aparición de una actitud despersonalizada frente a quienes ofrecen sus servicios, y como consecuencia de ello pierden el compromiso y disminuye su realización personal en el trabajo.

El agotamiento emocional, por tanto, sería la dimensión que ocasionaría la baja realización personal, estando éste proceso mediatizado por despersonalización. Este proceso vendrá determinado por las interacciones que cada dimensión mantenga con los diversos componentes organizacionales: competencia (fomento de habilidades y afrontamiento efectivo), autonomía y participación en la toma de decisiones, colaboración y apoyo de jefes y compañeros así como la cooperación con el cliente.

Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995), proponen que el proceso comienza con sentimientos de baja realización personal en el trabajo, y, paralelamente, un alto nivel de agotamiento emocional, lo que conduce al desarrollo de actitudes de despersonalización. Después se incorpora el sentimiento de culpa en el proceso.

Es posible identificar dos perfiles en la evolución del SDO. El primero, identifica a los trabajadores que no desarrollan sentimientos de culpa intensos y que aunque sufran el síndrome, se pueden adaptar al entorno laboral, por lo que el síndrome no resulta incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral, a pesar de que ésta sea deficiente. El segundo, incorpora la aparición de sentimientos de culpa como un síntoma más. La aparición de sentimientos de culpa puede originar un círculo vicioso en el proceso que intensifica sus síntomas.

Los sentimientos de culpa llevarán a los trabajadores a una mayor implicación laboral para disminuir su remordimiento, pero como las condiciones del entorno laboral no cambian se incrementará la baja realización personal en el trabajo y el agotamiento emocional y aparecerá de nuevo la despersonalización.

Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa o intensificará los existentes originando un anclaje que mantendrá o incrementará la intensidad del Síndrome de Desgaste Ocupacional (SDO). De esta manera, a mediano o largo plazo, se producirá un deterioro de la salud del trabajador (Gil-Monte, 2005; Gil-Monte, 2007).

Variables relacionadas al SDO y su impacto

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2006), el estrés es una preocupación creciente a escala mundial. Los ambientes de trabajo estresantes se

caracterizan por una falta de tiempo, horarios de trabajo incontrolables, distracciones de fondo, antagonismos (causados por malas relaciones entre los empleados, intimidación o acoso), falta de espacio, incertidumbre general y una presión para hacer más con menos. Una amplia gama de factores ambientales relacionados con el trabajo pueden desencadenar reacciones de estrés y contribuir a una salud mental deficiente, incluyendo:

- Cambio organizacional asociado con reducción de personal, expansión rápida o reestructuración del trabajo (incluyendo ascensos, descensos y transiciones de puestos);
- Incertidumbre o falta de control sobre las tareas del trabajo (roles mal definidos, falta de prioridades claras, inseguridad laboral, restricción de perspectivas que estimulan sentimientos frustrados);
- Directores o colegas problemáticos, administración inadecuada o insensible, hostilidad de los compañeros, acoso, políticas negativas de oficina;
- Exigencias extremas del ambiente de trabajo (largas horas, falta de autonomía en la toma de decisiones, mucha responsabilidad, compromiso fuerte, peligro, eventos traumáticos);
- Condiciones de trabajo deficientes y factores de estrés físicos (ruido, iluminación deficiente, falta de espacio, temperaturas extremas, ergonomía deficiente, peligros químicos, falta de acceso a programas de salud para el empleado);

- Tareas monótonas o repetitivas o sub-utilización de habilidades;
- Bajo salario que conduce a sobre tiempo y trabajo a destajo;
- Culturas organizacionales que promueven el estigma y la discriminación hacia las personas con problemas de salud mental

Los factores físico ambientales del puesto de trabajo, las dificultades de ajuste entre trabajador y puesto y factores psicológicos de una amplia etiología como: responsabilidad, monotonía, sensibilidad, frustración, problemas familiares y personales provocan en el trabajador un estado de burnout (Fernández-Montalvo y Garrido, 2002).

Palmer et. al. (2005) mencionan que la causa de éste síndrome se da por los factores dañinos de la organización misma, como sobrecarga de trabajo, injusticia, falta de recompensa por el trabajo desempeñado, conflicto con los valores, perdida de la cordialidad en el ambiente laboral y pérdida de control sobre lo que se realiza.

En el ambiente laboral, las relaciones interpersonales pueden llegar a convertirse en una fuente de desgaste laboral. Sin embargo, cuando en éstas hay una buena comunicación y apoyo, se amortiguan los efectos negativos del síndrome.

Entre los factores individuales relacionados con el SDO, Grau et.al. (2005) han estudiado diversos rasgos de la personalidad como el optimismo, la afectividad, la autoestima, el deseo de destacar y obtener buenos resultados, un alto grado de auto-exigencia, la baja tolerancia al fracaso y el perfeccionismo extremo.

Rotger (1994) menciona que hay que considerar las características del individuo además de las situaciones físicas y sociales. Una persona puede sentirse estimulada ante una situación competitiva mientras que otra, ante la misma situación, se sentirá muy agobiada. Las diferencias individuales y la influencia de los factores de personalidad tienen un papel determinante sobre el tipo de respuestas que un sujeto realiza ante una situación que percibe como estresante. Así, ante una situación de sobrecarga de trabajo, una persona puede reorganizar eficazmente su estilo de trabajo, buscar y conseguir ayuda de otras personas u obtener nuevos conocimientos.

Otras características de personalidad han puesto de manifiesto que en condiciones de conflicto las personas ansiosas experimentan mayor nivel de conflicto que las que muestran menor ansiedad; los introvertidos también reaccionan más intensamente que los extrovertidos, y, finalmente, las personas rígidas presentan un mayor grado de conflicto y de reacciones desadaptadas ante el estrés que las personas flexibles.

Constituye un principio universal el que todas las personas tienen derecho a las mejores condiciones de salud posibles. Sin salud en el trabajo una persona no puede contribuir a la sociedad y alcanzar el bienestar. Si la salud en el trabajo está amenazada, no existen las bases para lograr el empleo productivo y el desarrollo socioeconómico. La carga que suponen las enfermedades resulta de gran relevancia para el mundo del trabajo. Tiene un importante impacto en el bienestar de las personas, reduce las expectativas de empleo y salarios, los ingresos

familiares y la producción de las empresas, y causa elevados costes directos e indirectos para la economía.

La Organización Internacional del Trabajo (1984) definió los factores de riesgo psicosocial en términos de “las interacciones entre el medio ambiente de trabajo, el contenido del trabajo, las condiciones de organización y las capacidades, necesidades, cultura del trabajador, y consideraciones personales externas al trabajo que pueden, en función de las percepciones y la experiencia, tener influencia en la salud, rendimiento del trabajo y satisfacción laboral” (ver Tabla 2).

Tabla 2. Características estresantes del trabajo (Factores de riesgo psicosocial)

CATEGORIA	CONDICIONES QUE DEFINEN EL PELIGRO
CONTENIDO DEL TRABAJO	
Medio ambiente de trabajo y equipo de trabajo	Problemas relacionados con la fiabilidad, disponibilidad, adecuación y mantenimiento o reparación del equipo y las instalaciones
Diseño de las tareas	Falta de variedad y ciclos de trabajo cortos, trabajo fragmentado o carente de significado, infrutilización de las capacidades, incertidumbre elevada
Carga de trabajo/Ritmo de trabajo	Exceso o defecto de carga de trabajo, falta de control sobre el ritmo, niveles elevados de presión en relación con el tiempo
Horario de trabajo	Trabajo en turnos, horarios inflexibles, horarios impredecibles, horarios largos o que no permiten tener vida social
CONTEXTO DE TRABAJO	
Función y cultura organizativas	Comunicación pobre, bajo niveles de apoyo para la resolución de problemas y el desarrollo personal, falta de definición de objetivos organizativos
Función en la organización	Ambigüedad y conflicto de funciones, responsabilidad por otras personas
Desarrollo profesional	Estancamiento profesional e inseguridad, promoción excesiva o insuficiente, salario bajo, inseguridad laboral, escaso valor social del trabajo
Autonomía de toma de decisiones, control	Baja participación en la toma de decisiones, falta de control sobre el trabajo (el control, particularmente en forma de participación, es asimismo una cuestión organizativa y contextual más amplio)
Relaciones interpersonales en el trabajo	Aislamiento social y físico, escasa relación con los superiores, conflicto interpersonal, falta de apoyo social
Interfaz CASA-TRABAJO	Exigencias en conflicto entre en trabajo y el hogar, escaso apoyo en el hogar, problemas profesionales duales

Fuente: Cox et. al. (2000)

Esta definición destaca la interacción dinámica entre el medio ambiente de trabajo y los factores humanos. Una interacción negativa entre las condiciones de trabajo y los factores humanos puede dar lugar a trastornos emocionales, problemas comportamentales, cambios bioquímicos y neurohormonales, que supongan riesgos adicionales de enfermedades mentales o físicas. Por el contrario, cuando existe un equilibrio entre las condiciones de trabajo y los factores humanos, el trabajo produce una sensación de dominio y autoestima, aumenta la motivación, la capacidad de trabajo y satisfacción, y mejora la salud.

La OMS (2006) propone que si se toman las medidas para reconocer los factores ambientales que causan estrés y las señales tempranas de estrés mal manejado, los empleadores pueden promover un lugar de trabajo mentalmente saludable y mejorar la productividad. La falta de atención a la salud mental del trabajador y al estrés laboral puede ser una proposición costosa ya que los problemas de salud mental en el trabajo generalmente se manifiestan como problemas de desempeño: mayor ausentismo, menor productividad, mayor renovación de empleados, aumento en los días de incapacidad a corto y largo plazo y mayores demandas por discapacidad.

Un trabajador estresado suele ser más enfermizo, estar poco motivado y tener menos seguridad laboral. Además, la entidad para la que labora suele tener peores perspectivas de éxito en un mercado competitivo. Dado que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1986), un entorno laboral saludable no es únicamente aquel en que hay ausencia de circunstancias perjudiciales, sino

abundancia de factores que promuevan la salud. Estos pueden incluir la evaluación permanente de los riesgos para la salud, el suministro de información y capacitación adecuada en materia de salud y la disponibilidad de estructuras y prácticas institucionales de apoyo que promuevan la salud. Un entorno laboral saludable es aquel en que la salud y la promoción de la salud constituyen una prioridad para los trabajadores y forman parte de su vida laboral (OMS, 1999).

Una organización que no goce de una buena salud no puede obtener lo mejor de sus empleados y esto en un mercado cada vez más competitivo, puede afectar no sólo a los resultados, sino, en última instancia, a la supervivencia de la propia organización.

El estrés laboral puede afectar a la organización aumentando el ausentismo, la menor dedicación, el aumento de la rotación del personal, deterioro del rendimiento y la productividad, aumento de las prácticas laborales poco seguras y de las tasas de accidentes, aumento de las quejas de usuarios y clientes, efectos negativos en el reclutamiento del personal, aumento de los problemas legales ante las demandas presentadas y las acciones legales emprendidas por trabajadores que sufren estrés y deterioro de la imagen institucional tanto entre sus empleados como de cara al exterior (OMS, 1999).

Desde la perspectiva de la Organización Internacional del Trabajo (2016), la protección de la salud mental en el trabajo tiene más impacto si se centra en estrategias preventivas. Tanto la salud en el trabajo como las medidas de promoción de la salud en el lugar de trabajo pueden contribuir a mejorar la salud mental y el bienestar de las personas en el trabajo y reducir el riesgo de

transtornos mentales. Esto implica la puesta en práctica de la salud en el trabajo, lo que supone proteger la salud de los trabajadores mediante la evaluación y gestión de los riesgos psicosociales para prevenir el estrés y los trastornos mentales en el trabajo.

Sánchez-Anguita (2013) menciona que la lucha contra el estrés se debe centrar en la eliminación de las fuentes de estrés y que la prevención tendrá que ver con la formación en los trabajadores sobre las estrategias que promuevan la capacidad de adaptación, su capacidad para afrontar los requerimientos de aquello que les genera estrés. Aclara que en algunos casos será más difícil lograr los resultados deseados ya que algunas personas, ante unas mismas condiciones ambientales, generan niveles de estrés más altos o de tipo patológico mientras que otros no los desarrollan.

Señala que incorporar políticas generales que tiendan a minimizar los factores de riesgo en el trabajo y una atención personalizada posibilitará la realización de un plan adecuado para la prevención del estrés, basada en una intervención sobre la organización y orientada a la modificación de las condiciones de trabajo más inadecuadas y a las demandas de estrés.

Las técnicas de intervención para mejorar las estrategias de afrontamiento son diseñadas con el fin de intervenir en problemas conductuales para aplicar al mundo laboral y a las dificultades con el estrés; consisten en una serie de entrenamientos para afrontar las situaciones de estrés que permiten optimizar las competencias en el área personal, emotiva, social y laboral.

Disponer de nuevos recursos para el afrontamiento posibilita las políticas de prevención y el buen funcionamiento del individuo y la empresa. Para ello, pueden clasificarse según el área en que se centran:

- a) Técnicas de los recursos generales: Son técnicas que incrementan los recursos personales individuales frente a todo tipo de estresores como la preparación y actitud positiva, control de la dieta, tiempo de sueño, ocio, ejercicio, relajación, etc.;
- b) Técnicas fisiológicas: Son técnicas que inciden sobre los aspectos fisiológicos de la sintomatología para minimizarlos o neutralizar sus efectos como la respiración profunda o la relajación muscular progresiva;
- c) Técnicas cognitivas: Si la interpretación de la situación estresante es diferente dependiendo del sujeto que la sufre, parece recomendable incidir en técnicas que ayuden a cambiar el patrón de pensamiento del individuo. El objetivo debe ser el cambio sobre la percepción, interpretación y evaluación de los acontecimientos estresores por medio de la reestructuración cognitiva la cual consiste en la reflexión y análisis de los errores en el procesamiento de la información y las distorsiones cognitivas;
- d) Técnicas conductuales: Sirven para promover el cambio de conductas en el sujeto para que éstas sean más adaptativas al tipo de problemas o situación que se tiene que afrontar como el entrenamiento en asertividad, habilidades sociales, resolución de problemas y desensibilización sistemática, entre otras.

La prevención del estrés y sus consecuencias en el trabajador no sólo requiere de una intervención personalizada sobre el individuo sino que es necesario intervenir sobre los aspectos ambientales del entorno laboral. La organización, la tarea, los compañeros, son factores determinantes para el mantenimiento de un estado de bienestar psicológico y de unos parámetros óptimos de rendimiento.

CAPITULO II

La intervención Cognitivo-Conductual

Beck (1964), desarrolló la terapia cognitiva como un tratamiento estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales y modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales. Propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de las personas.

Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino por el modo como las personas *interpretan* esas situaciones (Beck, 1964; Ellis, 1962).

En términos cognitivos, cuando los pensamientos disfuncionales son sometidos a la reflexión racional, las emociones suelen modificarse.

A la actividad de evaluación de lo que está sucediendo como experiencia inmediata y que se desarrolla de forma silenciosa y casi imperceptible, la terapia cognitiva la señala con el concepto de *pensamientos automáticos*. No surgen de una deliberación o un razonamiento, sino que parecen brotar de una manera espontánea, y suelen ser veloces y breves. Tales ocurrencias súbitas no son sometidas a examen y terminan por ser ignoradas sin reconocer que tienen un

estrecho vínculo con lo que se siente en el momento de la aparición de esa imagen o idea. Si se logra identificar el pensamiento automático, probablemente se podrá evaluar, al menos hasta cierto punto, la validez del mismo. Si al hacerlo, se aprecia que la interpretación ha sido errónea y se logra corregirla, seguramente el estado de ánimo mejorará.

Las creencias son un fenómeno cognitivo más perdurable. A partir de su infancia, las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo. Las creencias centrales son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo. Estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas, creyendo que es así como las cosas “son”.

Las *creencias centrales* constituyen el nivel esencial de la creencia. Son globales, rígidas y se generalizan en exceso. Los *pensamientos automáticos*, que son las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, son en cambio, específicos para cada situación y se considera que constituyen el nivel más superficial de la cognición.

Las creencias centrales inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias, que consisten en actitudes, reglas y presunciones, a menudo no expresadas. Desde las primeras etapas de su desarrollo, las personas tratan de comprender su entorno. Necesitan, además, organizar sus experiencias de una manera coherente para lograr la adaptación que necesitan (Rosen, 1988). Sus

interacciones con el mundo y con los demás las llevan a ciertos aprendizajes que conforman sus creencias y son variables en cuanto a su grado de exactitud y funcionalidad.

Las *creencias disfuncionales* pueden ser “desaprendidas” y en su lugar se pueden aprender otras creencias basadas en la realidad y más funcionales. A los inicios de la terapia cognitiva la atención se dirige a los pensamientos automáticos, a estos conocimientos vecinos a la conciencia. La labor pedagógica del terapeuta le lleva a enseñar a su paciente a reconocer, evaluar y modificar sus pensamientos para lograr un alivio de sus síntomas.

Posteriormente el tratamiento atiende a las creencias y pensamientos que subyacen en las ideas disfuncionales. Aquellas creencias intermedias y centrales que resultan relevantes son evaluadas de distintas maneras y son modificadas para lograr un cambio en las conclusiones a las que llega la persona a partir de sus percepciones de los hechos. Esta modificación más profunda de creencias fundamentales disminuye las posibilidades de recaídas en el futuro (Evans, 1992; Hollon, DeRubeis y Seligman, 1992).

Beck (1983) considera que los sujetos en estado de ánimo depresivos poseen unas ideas negativas de sí mismos y de los demás. Utiliza el concepto de la *triada cognitiva* como tres patrones principales que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de modo personal, tomando como único parámetro sus propias concepciones o creencias. El primer componente de la

triada se centra en la visión negativa de la persona acerca de sí mismo, viéndose como un individuo desgraciado, torpe, con poca valía, con tendencia a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo físico, psíquico o moral. A causa de esto se siente inútil, se subestima y se autocrítica.

El segundo componente de la triada cognitiva se centra en la tendencia a interpretar sus experiencias de una manera negativa, aún cuando pudieran hacerse otras interpretaciones más aceptables. El tercer componente se centra en la visión negativa acerca del futuro. Anticipa que las dificultades y los sufrimientos actuales continuarán indefinidamente, espera penas, frustraciones y privaciones interminables.

Las distorsiones cognitivas o creencias disfuncionales, ayudan al individuo a mantener su creencia de la validez de los conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia de lo contrario. Estas distorsiones cognitivas son:

- Pensamiento dicotómico: Ver las cosas como blancas o negras, falsas o verdaderas, felices o infelices, no como extremos de un mismo continuo.
- Sobregeneralización: Ver un simple suceso negativo como un modelo de derrota de la persona que nunca acabará.
- Abstracción selectiva: Poner atención en un detalle, sacándolo de su contexto, ignorando otros hechos importantes de la situación y definiendo la experiencia sobre la base de ese detalle.

- Descalificación de las experiencias positivas: No tener en cuenta las experiencias positivas por alguna razón y mantener una creencia negativa no basada en la experiencia diaria. No permitirse disfrutar sintiéndose bien, porque se piensa que si se siente bien, después se sentirá mal. Se siente mal incluso por sentirse bien (culpabilidad).
- Inferencia arbitraria: Ver las experiencias como negativas, existiendo o no evidencia a favor, pretendiendo adivinar el pensamiento de los demás y el futuro sobre todo si se refiere a sucesos negativos.
- Magnificación y/o minimización: Magnificar sus errores y los éxitos de los demás, los errores de los otros no tienen importancia y las cualidades personales no son relevantes ó son escasas.
- Razonamiento emocional: Asumir que sus sentimientos negativos son el resultado de que las cosas son negativas. Si se siente mal significa que su situación real es mala.
- Automandatos “debería”: Intenta siempre mejorar sin estar satisfecho con lo realizado. La consecuencia de estos pensamientos es la culpa, la ira y el resentimiento.
- Etiquetación: Si se equivoca una vez se etiqueta como “persona estúpida”, cuando no consigue alguna cosa generaliza “soy un perdedor”.
- Personalización: Verse a sí mismo como la causa de algunos sucesos externos desafortunados o desagradables de los que no es responsable.

Persons, Burns y Perloff (1988) demostraron que la terapia cognitiva es eficaz para pacientes que cuentan con distintos niveles de educación, ingresos y extracción social. Este abordaje ha sido adaptado para trabajar con pacientes de todas las edades, desde lo preescolares (Knell, 1993) hasta los ancianos (Casey y Grant, 1993; Thompson, Davies, Gallagher y Krantz, 1986).

En la intervención cognitiva, el terapeuta busca, mediante diversos recursos, producir un cambio cognitivo –un cambio en el pensamiento y el sistema de creencias del paciente- para conseguir, a partir de allí, una transformación de sus emociones y comportamientos. Puede variar, según los casos, la índole de las dificultades, los objetivos, la capacidad del individuo para establecer un vínculo terapéutico sólido, su motivación para el cambio, su experiencia previa en terapia y sus preferencias. El énfasis que se da al tratamiento depende del trastorno particular.

Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales

Las técnicas cognitivas son una serie de herramientas psicológicas basadas en el entrenamiento de la persona en su capacidad de auto-observación y autocorrección de sus pensamientos, su conducta y emociones. Ayudando al individuo a interpretar las situaciones de una manera menos amenazante, entrenándole en habilidades para la toma de decisiones y la resolución de problemas, identificar pensamientos negativos y dificultades personales para

aprender después a cambiarlos. Para que se dé éste cambio de manera funcional, es necesario que el individuo pueda desarrollar una visión tanto de sí mismo como de los demás de forma asertiva. Es decir, que sea capaz de expresar lo que quiere, siente o necesita tomando en consideración el momento apropiado, el lugar adecuado, la forma apropiada con la persona adecuada.

Wolpe (1958) da inicio a un amplio movimiento en el cual participó una numerosa cantidad de investigadores y clínicos provenientes de diversas formaciones teóricas. Definió a la asertividad como la expresión adecuada de cualquier emoción que no fuera la ansiedad con relación a otra persona y la consideró, no sólo, la expresión de conducta más o menos agresiva, sino también de sentimientos de afecto, agrado y amistad, liberados de cualquier vestigio de ansiedad.

Fensterheim y Baer (1977), destacan la libertad emocional como el reconocimiento y expresión adecuada de todos y cada uno de los estados afectivos. Saber lo que la persona siente no es suficiente, debe expresarlo y expresarlo adecuadamente. La conducta asertiva emerge como ese aspecto de la libertad emocional que se refiere a la defensa de los propios derechos. Esto supone:

- 1) Conocer tus derechos
- 2) Hacer algo al respecto
- 3) Hacerlo dentro del marco de la lucha por la libertad emocional

El que no sabe defender sus derechos tiene poca libertad, se siente incómodo y temeroso y, en su hambre de libertad, puede mostrarse a veces rencoroso y desagradable, con estallidos fuera de tono.

Parte del reconocimiento de sus derechos supone el reconocimiento de los derechos de los demás y el respeto a los mismos. Mencionan que las personas realmente asertivas poseen cuatro características:

- 1) Se sienten libres para manifestarse. Mediante palabras y actos, hacen esta declaración “Éste soy yo. Esto es lo que yo siento, pienso y quiero”
- 2) Pueden comunicarse con personas de todos los niveles (amigos, extraños y familiares) y esta comunicación es siempre abierta, directa, franca y adecuada.
- 3) Tienen una orientación activa en la vida. Van tras lo que quieren. En contraste con las personas pasivas, que aguardan a que las cosas sucedan, intentar hacer que sucedan las cosas.
- 4) Actúan de un modo que juzgan respetable. Al comprender que no siempre pueden ganar, aceptan sus limitaciones. Sin embargo, siempre lo intentan con todas sus fuerzas, de modo que, ya ganen, pierdan o empaten, conservan su respeto propio.

Destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetivo de la realidad que tiene la persona y la práctica de hábitos cognitivos nuevos, *la*

reestructuración cognitiva es una estrategia general de las terapias cognitivo-conductuales y presenta el siguiente esquema:

- 1) Situación
- 2) Pensamiento (sentimiento)
- 3) Error cognitivo o distorsión cognitiva
- 4) Reestructuración
- 5) Pensamiento (sentimiento) nuevo
- 6) Actuar

Se identifica la situación específica en la que se encuentra la persona y los pensamientos que está teniendo en ése momento. Una vez establecido esto, mediante un diálogo socrático se invita a la reflexión y el razonamiento de aquellos pensamientos ó sentimientos que se experimentan ante esa situación. Se identifican las distorsiones cognitivas en base a pruebas concretas de su veracidad, se reestructuran esos pensamientos, se generan nuevos pensamientos o sentimientos y se actúa en base a lo reestructurado. Con ésta técnica lo que se pretende lograr es que la persona identifique sus tipos de patrones de pensamientos negativos comprendiendo cómo influyen estas cogniciones en sus respuestas emocionales y conductuales ante situaciones estresantes y cambien esta mentalidad al sustituir las ideas negativas con otras más adaptativas y saludables (ver Tabla 3).

Algunos enfoques se valen de la refutación directa para desafiar la lógica o racionalidad de la mentalidad negativa, mientras que otras lo hacen mediante una relación colaboradora con la persona en un intento por explorar mutuamente la solidez de las diversas distorsiones cognitivas.

Tabla 3. Errores cognitivos y su reestructuración

ERROR COGNITIVO	REESTRUCTURACIÓN
Abstracción selectiva	Fijarse en lo negativo y resolverlo
Fijarse en lo negativo	Fijarse en lo positivo y reforzarlo
Expresiones negativas	Dar valor tanto a lo positivo como a lo negativo
Magnificar lo negativo	Ajustar (replantear la situación)
Desestimar lo positivo	Reforzar lo positivo Resolver lo negativo
Etiquetas y autoetiquetas Todo, nada, siempre, nunca	Matizar Replantear Concretar Descubrir
Catastrofismo “Seguro que...” “Y si...”	Valorar datos de probabilidad Prevenir errores Mitigar los efectos

De Cámara Conde N, Carretero Román J, Sánchez Alfonso J, Reina Alonso CN. Efectividad de una intervención enfermera cognitivo conductual para disminuir el estrés en los profesionales sanitarios de los dispositivos de emergencias extrahospitalarias del SUMMA 112. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010 Mar-Abr. Recuperado en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyectonatalia.pdf

Crespo y Labrador (2003) conciben a las preocupaciones como cadenas de pensamiento o imágenes, con carga afectiva negativa y relativamente incontrolables, direccionadas hacia un futuro que se percibe como incontrolable o hacia ciertas consecuencias de acciones pasadas, respecto a las cuales ya no se puede hacer nada.

En la mayoría de los casos, estas preocupaciones interfieren en el afrontamiento efectivo y en la solución de la situación estresante.

El sistema de *solución de problemas* es una variable del método científico. Busca ayudar a las personas a resolver problemas y tomar decisiones funcionales y adecuadas. Ofrece un entrenamiento en un modelo sistemático de resolución de problemas cotidianos para mejorar la capacidad para afrontar situaciones estresantes. Los modelos contemporáneos de resolución de problemas identifican dos procesos como componentes principales: la orientación del problema y el estilo de resolución del problema. La orientación del problema es el conjunto relativamente estable de esquemas cognitivo-afectivos que representa las ideas, actitudes y reacciones emocionales generales de la persona acerca de los problemas cotidianos y su capacidad de afrontarlos con éxito. Si es negativa, genera afecto negativo y motivación para la evasión, lo que más tarde opera para inhibir o interrumpir los intentos subsecuentes de resolver problemas. El estilo de resolución de problemas se refiere a las actividades cognitivo-conductuales básicas que emprende la gente cuando intenta afrontar problemas en su vida diaria. Se identifican tres estilos; el primero de ellos es la resolución racional de problemas, y es un estilo adaptativo que implica la aplicación sistemática y planeada, constanding de los siguientes elementos:

- **Orientación General:** Identificar las soluciones problemáticas, inhibir las respuestas impulsivas y buscar soluciones a cada situación, estableciendo metas realistas.

- Definición del problema y respuesta habitual del mismo: Expresado de forma clara y concreta, susceptible de observación y cuantificación.
- Generar el mayor número posible de alternativas de solución.
- Toma de decisiones: elegir la alternativa más adecuada y útil teniendo en cuenta nuestra experiencia, los valores, la intuición y tomando en cuenta los costos y beneficios de la probabilidad de éxito de la alternativa elegida.
- Verificación: Comprometerse con el plan de solución y llevarlo a cabo, evaluando la eficacia de la respuesta o solución elegida.
- Si no se alcanzan los objetivos, determinar si se requiere mantener la solución del problema para afrontar con eficiencia la situación estresante, pensar en otras alternativas o volver a considerar las estrategias ya elaboradas en los pasos anteriores.

Los objetivos específicos de la solución de problemas son mejorar la orientación positiva y disminuir la orientación negativa, fomentando la aplicación generalizada de estas habilidades en diversos problemas de la vida cotidiana con el fin de mejorar la capacidad general de afrontar la angustia psicológica y disminuirla.

MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Debido a los constantes cambios en las organizaciones por alcanzar una mayor competencia en los mercados económicos y las repercusiones negativas que pueden tener éstos en los trabajadores, llevándolos a presentar el síndrome del desgaste ocupacional, se plantea el siguiente cuestionamiento: ¿es posible que un programa con técnicas cognitivo conductuales (reestructuración cognitiva y solución de problemas) pueda ayudar al manejo del síndrome de desgaste ocupacional en los trabajadores?

Tomando en consideración la posibilidad de que los individuos presenten de manera consecuente al Síndrome de Desgaste Ocupacional, síntomas de ansiedad, depresión, baja autoestima así como respuestas cognitivas y conductuales hacia los demás de forma despersonalizada (Freudenberger, 1974; Edelwich y Brodsky, 1980; Cherniss, 1980; Maslach, 1982; Paine, 1982; Gil-Monte, Peiró y Varcancel, 1995; Gil-Monte, 2005; Gil-Monte, 2007) se plantea si éstos síntomas presentan cambios después de aplicar un programa con técnicas cognitivo conductuales (reestructuración cognitiva y solución de problemas).

JUSTIFICACIÓN

En base a la literatura revisada y la importancia de hacer intervenciones que ayuden a los trabajadores que presentan síndrome de desgaste ocupacional, se aplicará un programa cognitivo-conductual con técnicas de reestructuración

cognitiva y solución de problemas, incluyendo de forma paralela, ejercicios relacionados con asertividad, buscando tener un impacto positivo respecto al manejo del síndrome de desgaste ocupacional en los trabajadores.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo del presente trabajo es observar si un programa basado en técnicas cognitivo-conductuales tiene un efecto positivo en el manejo del síndrome de desgaste ocupacional en los trabajadores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proporcionar al trabajador técnicas que le permitan un mejor manejo del síndrome de desgaste ocupacional.
- Detectar si existen cambios significativos en los puntajes obtenidos de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EDO) después de la intervención.
- Observar si existen cambios significativos en los puntajes obtenidos en el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey II.
- Observar si existen cambios significativos en los puntajes obtenidos en la Escala de Autoestima de Rosenberg-
- Observar si existen cambios significativos en los puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad de Beck.
- Observar si existen cambios significativos en los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck.

- Observar si existen cambios significativos en los puntajes obtenidos en la Escala de Registro de Opiniones.

HIPOTESIS

H1: La aplicación de un programa con técnicas cognitivo-conductuales (reestructuración cognitiva y solución de problemas) ayuda a un mejor manejo del Síndrome de Desgaste Ocupacional.

H0: La aplicación de un programa con técnicas cognitivo-conductuales no ayuda a un mejor manejo del Síndrome de Desgaste Ocupacional.

VARIABLES

Variable independiente: Programa de Intervención con técnicas cognitivo-conductuales (reestructuración cognitiva y solución de problemas).

Definición conceptual:

Un programa de intervención cognitivo-conductual es un procedimiento estructurado y breve, basado en una problemática presente, destinado a resolver dicha problemática y a modificar los pensamientos y las conductas disfuncionales que influyen en el estado de ánimo y en la conducta de las personas (Beck, 1964).

La reestructuración cognitiva es una técnica cognitivo-conductual destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetivo que tiene una persona de la realidad y la práctica de hábitos cognitivos nuevos.

La técnica cognitivo-conductual de solución de problemas ofrece un entrenamiento en un modelo sistemático de resolución de problemas para mejorar la capacidad de afrontar situaciones estresantes, buscando tomar decisiones funcionales y adecuadas.

Definición operacional:

Puntuaciones obtenidas en la Escala de Desgaste Ocupacional (Villavicencio, 2015), Inventario de asertividad de Gambrill y Richey II (Guerra, 1996), Inventario de Ansiedad de Beck (Robles, 2010), Inventario de Depresión de Beck (Jurado, 1998), Escala de Autoestima de Rosenberg (Jurado, 2015) y Escala Registro de Opiniones (Jurado, 2009).

Variable dependiente: Síndrome de Desgaste Ocupacional.

Definición conceptual.

El Síndrome de Desgaste Ocupacional es la respuesta al estrés emocional crónico al tratar extensivamente con otros seres humanos, principalmente cuando estos tienen problemas. Se caracteriza por una sensación de no poder dar más de sí desde el punto de vista profesional (agotamiento emocional), que constituye el elemento central del síndrome. Suele conducir a un distanciamiento de los compañeros de trabajo y de los pacientes y/o clientes, esto conduce a la deshumanización de las relaciones, (despersonalización). Por último, el profesional suele sentir que las demandas laborales exceden sus capacidades (sentimientos de inadecuación profesional), los tres elementos están ligados entre

sí a través de una relación hipotéticamente asimétrica en la que el primero conduce a los otros dos (Maslach, 1982).

Definición operacional.

Es la puntuación obtenida de las respuestas de la Escala EDO (Villavicencio, 2015). En la cual el índice obtenido en la escala indica que bajas puntuaciones en eficacia profesional y altas puntuaciones en agotamiento y en cinismo suponen percibirse desgastado por el trabajo.

DISEÑO

Cuasiexperimental pretest-tratamiento-posttest con un solo grupo.

PARTICIPANTES

La muestra fue no probabilística e intencional, tomándose como criterios de inclusión al programa que los sujetos presentaran el Síndrome de Desgaste Ocupacional de acuerdo a las puntuaciones obtenidas en la Escala de Desgaste Ocupacional (Villavicencio, 2015), ser trabajadores activos así como el no estar bajo tratamiento psiquiátrico. De este modo se conformó un grupo de cuatro sujetos, dos de sexo femenino y dos de sexo masculino entre los 24 y 49 años de edad, desempeñándose dos como capacitadores de personal, uno como atención a clientes vía telefónica y uno más como profesor de educación primaria. Su estado civil fue casado (3) y soltero (1). La escolaridad era principalmente licenciatura (3) y bachillerato (1).

INSTRUMENTOS

Escala de Desgaste Ocupacional (EDO)

La Escala de Desgaste Ocupacional (EDO), es un instrumento utilizado para medir el Síndrome de Desgaste Ocupacional en sus tres dimensiones (Agotamiento Emocional, Despersonalización e Insatisfacción de Logro). Villavicencio (2015) lleva a cabo un análisis factorial confirmatorio para probar la estructura factorial del instrumento, quedando un modelo propuesto de 11 reactivos. Mediante la técnica de ecuaciones estructurales, se concluyó que el instrumento cumple con los aspectos psicométricos necesarios para aplicarse en población laboral mexicana. Específicamente, puede afirmarse que los reactivos que lo conforman tuvieron cargas factoriales importantes, contando con una estructura sólida estadísticamente hablando.

Con el fin de medir algunas variables relacionadas al Síndrome de Desgaste Ocupacional (SDO), se utilizaron los siguientes Instrumentos:

Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey II

El inventario de Asertividad de Gambrill y Richey es una escala de autorreporte. La versión original, en inglés, fue publicada en 1975. Consta de dos subescalas: Grado de Incomodidad (GI) y Probabilidad de Respuesta (PR) que incluyen 40 reactivos que presentan situaciones de interacción con extraños, amigos, compañeros de trabajo y personas íntimamente relacionadas. Dichas situaciones se engloban en ocho categorías: Rechazar peticiones, admitir limitaciones

personales, iniciar contactos sociales, expresar sentimientos positivos, realizar conductas asertivas en lugares públicos, discrepar de las opiniones de otros, afrontar la crítica de los demás y expresar sentimientos negativos.

Los 40 reactivos del inventario constituyen dos subescalas:

- 1) Grado de Incomodidad (GI): Evalúa el malestar subjetivo que la persona experimentaría en las situaciones descritas según una puntuación que va de 1 a 5, donde 1=nada y 5=demasiado.
- 2) Probabilidad de Respuesta (PR): Evalúa la probabilidad de que la persona lleve a cabo la conducta descrita, referida en una escala de 1 a 5, donde 1=siempre y 5=nunca.

Finalmente se pide al sujeto señalar aquellas situaciones en las que le gustaría ser más asertivo o comportarse de manera distinta a como lo hace normalmente. Las combinaciones de las puntuaciones obtenidas en ambas subescalas, Grado de Incomodidad (GI) y Probabilidad de Respuesta (PR) configuran cuatro grupos posibles:

- 1) Asertivos: Personas con el GI bajo y PR alta serían las propiamente asertivas, pues no experimentan incomodidad y actúan asertivamente.
- 2) No Asertivos: Personas con GI alto y PR baja, es decir, personas que manifiestan altos niveles de ansiedad en situaciones que requieren conductas asertivas, sin actuar asertivamente.

- 3) Actores Ansiosos: Personas con GI alto y PR alta. Serían personas que despliegan conductas asertivas pero que experimentan altos niveles de ansiedad.
- 4) Indiferentes: Personas con un GI bajo y PR baja. No actúan asertivamente pero tampoco experimentan ansiedad.

Gambrill y Richey consideraron que la distinción entre el grado de incomodidad y la probabilidad de respuesta es importante en tanto que las diferentes combinaciones de estos factores podrían indicar la necesidad de procedimientos de cambio conductual distintos. La inclusión de estos dos factores, GI y PR, permitiría describir diferentes categorías diagnósticas y por tanto señalar el procedimiento terapéutico idóneo.

Guerra (1996), dada la falta de información para la interpretación de los puntajes en nuestro país, lleva a cabo su estandarización en México, obteniendo una versión definitiva en la cual todos los reactivos habían probado su poder discriminativo con un valor t al 0.001, señalando la capacidad de los reactivos de discriminar entre quienes obtienen puntajes bajos y altos en ambas subescalas (GI y PR), con coeficientes alfa y de consistencia interna mayores a 0.85, pudiendo afirmar que el inventario obtenido es altamente confiable.

Escala de Autoestima de Rosenberg

Rosenberg (1965) creó la escala de autoestima con el propósito de conocer la percepción de los atributos personales y la percepción de valía en contextos

interpersonales, definiendo a la autoestima como un fenómeno interpersonal derivado de la percepción de sí mismo y los ideales sociales y culturales. Mientras menos discrepancias existan entre ambos, la autoestima será mayor; por el contrario, a mayor discrepancia, la percepción de valía del individuo será negativa y habrá menor autoestima. Esta escala originalmente esta conformada por 10 reactivos que se contestan en base a una escala tipo Likert de cuatro opciones que van de “extremadamente de acuerdo” a “extremadamente en desacuerdo”. Es una escala de auto aplicación en la que los participantes eligen las respuestas que más los identifican. En 2015 se lleva a cabo una adaptación de la escala en estudiantes universitarios de la Ciudad de México por David y Samuel Jurado y colaboradoras, en donde la escala original de 10 ítems pierde dos, el 1 y el 3, por el análisis factorial exploratorio, señalando que los ocho reactivos restantes ajustaron adecuadamente cuando se sometieron al análisis factorial confirmatorio. Como resultado, se observó una capacidad discriminativa mediante la t de Student y una confiabilidad por consistencia interna de 0.79, por lo que se concluyó que dicha adaptación es válida y confiable.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Es un Inventario de auto aplicación para evaluar sintomatología ansiosa y fue desarrollada por Beck y col. en 1988 para evaluar específicamente la severidad de los síntomas de ansiedad de una persona. El BAI consta de 21 reactivos cada uno

de los cuales se califica en una escala de 4 puntos, en donde 0=poco o nada y 3=severamente el síntoma en cuestión. Consta de cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico y obedecen a dos dimensiones: la de los síntomas subjetivos y la de los síntomas somáticos. El inventario se caracteriza por hacer énfasis en los síntomas de la ansiedad que comparte mínimamente con la depresión. Ello permite obtener una medición de los síntomas de ansiedad de una manera relativamente más pura que otras escalas de ansiedad altamente correlacionadas con las medidas de depresión (Clark y Watson, 1991).

Con la finalidad de de determinar la validez y confiabilidad del BAI en población mexicana, Robles y col. (2000) llevan a cabo una versión mexicana del BAI, traduciéndolo al español y realizando un estudio piloto con estudiantes universitarios y posteriormente en una muestra de 1000 sujetos, obteniendo tanto en la muestra piloto como en la de estandarización una consistencia interna alfa de 0.84 y 0.83 respectivamente. La estructura factorial de la versión traducida resultó similar a la encontrada con la versión original y el análisis factorial de componentes principales arrojaron cuatro factores que corresponden a los encontrados por otros autores tanto en adolescentes como en adultos, psiquiátricos y normales (Osman, Beverly, Kooper, Barrios, Joylene y Wade, 1997; Steer, Ranieri, Beck y Clark, 1993; Steer, Rissmiller, Ranieri y Beck, 1993). Estos factores se han denominado por el tipo de reactivos que conglomeran: a) subjetivo, b) neurofisiológico, c) autonómico y d) pánico. De esta manera concluyeron que la versión traducida al español del Inventario de Ansiedad de

Beck es una escala válida y confiable que puede utilizarse para evaluar la sintomatología de ansiedad en población mexicana tanto psiquiátrica como normal.

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es una escala que se utiliza para medir la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas. Consta de 21 reactivos y cada uno tiene cuatro opciones de respuesta que van del 0 al 3 y es auto aplicable. Se le solicita a la persona que elija la respuesta que más lo ó la represente en cada reactivo y que encierre en un círculo el número asignado para su respuesta. Al final se hace la sumatoria del total de sus respuestas para obtener el puntaje crudo y después éste es consultado en las tablas normativas para que sea convertido a rango percentilar. De acuerdo a las propiedades psicométricas reportadas por Beck, Steer y Garbin (1988) en un detallado artículo que integra los estudios de investigación realizados por 25 años, el BDI representa un síndrome general de depresión que se puede dividir en tres factores altamente intercorrelacionados: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática. Señalan que existe evidencia de que el BDI discrimina entre subtipos de depresión y claramente distingue la depresión de la ansiedad. En México, el Inventario de Depresión de Beck es estandarizado por Jurado y col. en 1998 con una muestra normativa de 1508 personas, presentando una confiabilidad por consistencia interna alfa de 0.87. El análisis factorial mostró que la versión mexicana, al igual que la original, se

compone por los tres factores antes mencionados, obteniendo las tablas normativas tanto para estudiantes como para población en general. Concluyen que el BDI desarrollado cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez requeridos para evaluar los niveles de depresión en residentes de la Ciudad de México.

Escala Registro de Opiniones

Es una escala de autorreporte. Consta de de 100 reactivos, los cuales tienen como propósito poner de manifiesto las ideas irracionales particulares que contribuyen, de forma encubierta, al estrés e infelicidad.

Esta escala forma parte de las Técnicas de Autocontrol Emocional de Davis, Mckay y Eshelman publicadas en 1988. El instrumento fue construido originalmente tomando como base las siguientes 10 ideas irracionales de Albert Ellis:

- 1) Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos;
- 2) Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende;
- 3) Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas;
- 4) Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran;

- 5) Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones;
- 6) Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa;
- 7) Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente;
- 8) Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo;
- 9) El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente;
- 10) La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.

Cada una de las 10 ideas irracionales consta de 10 preguntas redactadas en forma diferente pero que evalúan el sentido original de cada idea. Jurado G. (2009) lleva a cabo la estandarización en México de la escala, obteniendo una confiabilidad KR-20=0.95, mostrando una estructura interna homogénea y consistente, destacando que la idea irracional 6 “Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa” y sus variantes, fue la que más sobresalió en respuestas, lo que implicaría que el ambiente y las experiencias de vida causan ansiedad en niveles muy importantes que pueden afectar la calidad de vida de las personas.

Entrevista estructurada

Se elaboró una entrevista estructurada que proporcionara información acerca de los participantes en las áreas familiar, escolar, personal, laboral, social y salud, buscando explorar sus antecedentes y el conocimiento que tenían acerca del síndrome de desgaste ocupacional. Se preguntó acerca de sus expectativas en éstas áreas, habilidades y formas de reaccionar ante las dificultades y lo que esperaban de participar en el programa de intervención cognitivo-conductual (ver anexo 3).

MATERIALES

- Cartel para invitar a las personas a integrarse al Programa de intervención cognitivo-conductual dirigido al manejo del Síndrome de Desgaste Ocupacional por medio de la red social Facebook (ver anexo 1).
- Formato de Respuesta de los instrumentos utilizados (ver anexo 2)
- Formato de Entrevista (ver anexo 3)
- Manual del participante: En él se aborda qué es el Síndrome de Desgaste Ocupacional, sus síntomas y dimensiones, cómo afecta a la empresa y a la vida personal de quién lo padece, así como en qué consisten tanto el enfoque como las técnicas en las que sustenta el programa en el cual participan (ver anexo 4).

- Formatos de las actividades a realizar: Se utilizaron formatos para llevar a cabo las técnicas de reestructuración cognitiva (ver anexo A, B, C, D, E y F) y solución de problemas (ver anexo G, H, I y J).
- Carta descriptiva (ver anexo 5)
- Lápices, bolígrafos y marcadores.

PROCEDIMIENTO

Se presentó el programa directamente en cinco empresas y una escuela, buscando poder aplicarlo en personal que presentara Síndrome de Desgaste Ocupacional. Sin embargo, argumentando costos de tiempo y autorizaciones de índole legal, no se pudo aplicar el programa. Ante ello, se decidió utilizar la red social Facebook, realizando una convocatoria en la cual por medio de una imagen, se exponía brevemente algunos de los síntomas del Síndrome de Desgaste Ocupacional, señalando que si se presentaban podría ser un indicador de padecer SDO, haciendo la invitación abierta para poder diagnosticarlo y en caso de tenerlo ser partícipe de un programa para su atención (ver anexo 1). En ella se postularon dos personas, a las cuales se les aplicó el instrumento Escala de Desgaste Ocupacional (EDO), presentando el síndrome una de ellas. Se concedió un tiempo de quince días a la convocatoria, sin que se postularan más personas. En base a los resultados de la convocatoria en Facebook, se optó por informar del programa a familiares, amigos y conocidos, postulándose siete personas, a las cuales se les aplicó el instrumento EDO, de las cuales sólo tres presentaron el síndrome. Posteriormente se les informó que eran candidatos al programa y se acordaron las

fechas y tiempos para realizar una entrevista estructurada (ver anexo 3) con el fin de obtener información general y antecedentes clínicos, personales, familiares, laborales y sociales así como para la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey II, Escala de Autoestima de Rosenberg, Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala Registro de Opiniones (ver anexo 2), con el fin de determinar factores relacionados tanto con el SDO como con el Programa de Intervención. Después se fijó una fecha de inicio del taller en base a la disponibilidad de tiempo que tuviera cada uno, planteándose que el Programa de Intervención constaba de seis sesiones con una duración de dos a tres horas cada una. Se anexa carta descriptiva (ver anexo 5).

ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Se realizó la prueba “d” de Cohen, la cual permite calcular el tamaño del efecto de una intervención antes y después de la misma, proponiendo seis parámetros para saber la magnitud e importancia de las diferencias obtenidas en cada una de las puntuaciones :

- Ningún efecto: ≥ -0.15 a < 0.15
- Efecto pequeño: ≥ 0.15 a < 0.40
- Efecto medio: ≥ 0.40 a < 0.75
- Efecto grande: ≥ 0.75 a < 1.10
- Efecto muy grande: ≥ 1.10 a < 1.45 y
- Efecto enorme: > 1.45

Para la comparación de muestras pre-post intervención, se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon debido a que el tamaño de la muestra fue menor a 30 sujetos.

RESULTADOS

Por medio de la prueba “d” de Cohen se obtuvieron los siguientes resultados:

Pre-test *versus* Post-test Escala de Desgaste Ocupacional (EDO):

Se encontró que hubo una magnitud del efecto catalogada dentro de los parámetros de Cohen como “efecto enorme”, obteniendo un puntaje $d=2.33$, lo cual indica que después de haber participado en el Programa de Intervención Cognitivo-Conductual si se encontró una diferencia muy importante respecto al Síndrome de Desgaste Ocupacional mostrado por los participantes antes del mismo.

Pre-test *versus* Post-test Inventario de Ansiedad de Beck (BAI):

Se observó una magnitud del efecto catalogada dentro de los parámetros de Cohen como “enorme efecto”, obteniendo un puntaje $d=1.63$, lo cual indica que si existieron diferencias muy importantes en la Ansiedad reportada por los participantes antes y después de haber participado en el Programa de Intervención.

Pre-test versus Post-test Inventario de Depresión de Beck (BDI):

En base a los resultados obtenidos, se encontró una magnitud del efecto catalogada dentro de los parámetros de Cohen como “enorme efecto”, obteniendo un puntaje $d=3.59$, lo cual indica que si existieron diferencias muy importantes en el nivel de Depresión informado por los participantes antes y después de haber participado en el Programa de Intervención.

Pre-test versus Post-test Escala de Autoestima de Rosenberg:

De acuerdo al puntaje obtenido, se observó una magnitud del efecto catalogada dentro de los parámetros de Cohen como “muy grande efecto”, obteniendo un puntaje $d=1.32$, lo cual indica que si existieron diferencias importantes en el nivel de Autoestima reportado por los participantes antes y después de haber participado en el Programa de Intervención.

Pre-test versus Post-test Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey II:

En los resultados obtenidos, se observa que si hubo una diferencia catalogada dentro de los parámetros de Cohen como “efecto muy grande” mostrado por los participantes antes y después de haber asistido al Programa de Intervención respecto a la Asertividad y sus dos sub-escalas, obteniendo una puntuación para Grado de Incomodidad (GI) de $d=1.25$ y para Probabilidad de Respuesta (PR) de $d= 1.15$.

Pre-test versus Post-test Escala Registro de Opiniones:

Se observaron diferencias catalogadas dentro de los parámetros de Cohen de “efecto grande”, “efecto muy grande” y “efecto enorme” respecto a las ideas irracionales que presentaban los participantes antes y después de haber asistido al Programa de Intervención (ver Tabla 5).

Tabla 5. Puntuaciones Cohen obtenidas en la Escala Registro de Opiniones

Idea Irracional	Postula que:	Puntuación <i>d</i> obtenida	Parámetro de Magnitud del Efecto de acuerdo a Cohen
1	Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.	2.99	EFEECTO ENORME
2	Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende.	1.15	EFEECTO MUY GRANDE
3	Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.	1.36	EFEECTO MUY GRANDE
4	Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.	0.82	EFEECTO GRANDE
5	Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las tragedias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como los acontecimientos inciden sobre sus emociones.	0.72	EFEECTO GRANDE
6	Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.	1.53	EFEECTO ENORME
7	Es mas fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.	4.02	EFEECTO ENORME
8	Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.	5.72	EFEECTO ENORME
9	El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente.	2	EFEECTO ENORME
10	La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.	4	EFEECTO ENORME

Los datos obtenidos, por medio de la prueba no paramétrica de Wilcoxon, no mostraron diferencias estadísticamente significativas pre-post en la Escala de Desgaste Ocupacional (EDO), Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey II, Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de Depresión de Beck (BDI) y en las Ideas Irracionales uno, tres, cinco, seis, siete, nueve y diez, encontrándose diferencias estadísticamente significativas para las Ideas Irracionales dos, cuatro y ocho (ver tabla 4).

Tabla 4. Resultados Pre-Post por medio de la prueba no paramétrica de Wilcoxon

	Calificación z	Valor p
Escala de Desgaste Ocupacional	-1.84	0.06
Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey II:		
Grado de Incomodidad (GI)	-1.82	0.06
Probabilidad de Respuesta (PR)	-1.82	0.06
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	-1.82	0.06
Inventario de Depresión de Beck (BDI)	-1.82	0.06
Escala de Autoestima de Rosenberg	-1.82	0.06
Escala Registro de Opiniones:		
Idea Irracional uno	-1.63	0.1
Idea Irracional dos	-2	0.04
Idea Irracional tres	-1.63	0.1
Idea Irracional cuatro	-1.89	0.05
Idea Irracional cinco	-0.81	0.41
Idea Irracional seis	-1.84	0.06
Idea Irracional siete	-1.84	0.06
Idea Irracional ocho	-1.89	0.05
Idea Irracional nueve	-1.63	0.1
Idea Irracional diez	-1.84	0.06

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la realización de éste programa, se buscó probar que tan efectiva podría ser una intervención Cognitivo-Conductual para disminuir en el Síndrome de Desgaste Ocupacional (SDO) en trabajadores activos por medio de las técnicas de reestructuración cognitiva y solución de problemas. No obstante las puntuaciones obtenidas por medio de la prueba no paramétrica de Wilcoxon, los resultados obtenidos por medio de la “d” de Cohen, muestran que respecto a la importancia y magnitud del efecto que tuvo la intervención en el SDO reportado por los participantes, antes y después de haber asistido al Programa de Intervención, sí se encontraron diferencias que implican un efecto de grande a enorme tanto en el SDO que presentaban como en asertividad, depresión, ansiedad, autoestima y su manejo de las ideas irracionales.

Gil-Monte (2005) menciona que el progreso del SDO está vinculado a la utilización de estrategias de afrontamiento funcionales que permitan a las personas auto protegerse del estrés ocasionado por sus contextos laborales. Se observó que proporcionar estrategias que ayuden a reestructurar el sistema de creencias a través del análisis de las ideas irracionales así como el contar con un método que ayude a dar solución a algunos de los problemas relacionados con SDO, si ayuda a disminuir los síntomas y a tener una percepción de sí mismos más realista.

Si bien es un síndrome que ocurre y se manifiesta de forma personal, también es importante señalar, como lo indica la literatura consultada, que tanto los factores

físico-ambientales del puesto de trabajo, las dificultades de ajuste entre trabajador-puesto (Fernández-Montalvo y Garrido, 2002) y los factores dañinos en la organización misma (Palmer, 2005), son determinantes para presentar SDO. En este sentido, fue preciso puntualizar la contribución del entorno laboral en la presencia del SDO, ya que los participantes consideraban que presentar el síndrome era sólo una cuestión personal.

Cabe hacer la observación, que dos de los participantes renunciaron a sus empleos, uno, después de la segunda sesión y el otro al poco tiempo de haber concluido el programa de intervención. Así mismo, una semana después de haber finalizado el programa de intervención, uno de los participantes tomó la decisión de solicitar su divorcio. Al pedir sus comentarios acerca de las decisiones que tomaron, los que renunciaron mencionaron que se sentían mejor respecto a su percepción acerca de la organización y su desempeño laboral, más tranquilos, y esto les permitía sentirse seguros respecto de sus decisiones. Comentaron que presentar el Síndrome de Desgaste Ocupacional implicaba que ellos tenían que actuar para hacerle frente, observando que las organizaciones en las que laboraban no tenían ninguna intención de cambiar, de proporcionar una mejor calidad de vida para sus trabajadores, por lo que, el comprometerse a cambiar sus modos de afrontamiento para desempeñarse mejor, no mejoraría su vida laboral por lo que buscarían emplearse en empresas más responsables, en las cuales se garantizará el crecimiento y mejora laboral. Una participante, incluso, mencionó

que el poder aprender a manejar el SDO sería una razón más por parte de la organización para seguirle proporcionando más trabajo por el mismo sueldo.

De la participante que solicitó el divorcio, comentó que una de sus fuentes mayores de estrés era su vida de pareja ya que se casó por darle gusto a sus padres, además de haberse enamorado de otra persona, indicando que necesitaba sentirse más segura respecto a lo que le pasaba en el trabajo para tomar decisiones en su vida personal.

Como lo menciona Sánchez-Anguita (2013), la lucha contra el estrés se debe centrar en la eliminación de las fuentes de estrés y la prevención tiene que ver con la formación en los trabajadores de estrategias que promuevan la capacidad de adaptación y de afrontamiento.

Pese a que la literatura es basta respecto a los síntomas, el proceso de desarrollo, las dimensiones que lo componen y las repercusiones del Síndrome de Desgaste Ocupacional (SDO), no se encontraron referencias respecto a la oposición de las personas a tan sólo pensar en presentar SDO. Como lo menciona la Organización Mundial de la Salud (2006), las culturas organizacionales son de tal naturaleza que los trabajadores estarán renuentes a usar los programas de asistencia al empleado por temor a violaciones de confidencialidad, estigma por parte de compañeros de trabajo o represalias de los jefes o directivos. Aceptar la posibilidad de que se puede padecer SDO, es algo a lo que no se desea exponer ningún trabajador. La vergüenza o el miedo a ser excluido o despedido es algo a

lo que no se quiere arriesgar, algo que es preferible no ver, no tratar, pensar que “solamente es estrés, que ya se quitará con el tiempo”.

El presente estudio contó con limitaciones respecto al número de participantes y de sesiones, por lo que se sugiere, para estudios futuros, que la cantidad de participantes cuente con un mínimo de 30 y que el Programa de Intervención cuente con más sesiones, y, tomando en consideración las decisiones importantes en cuestión laboral y personal que tomaron los participantes durante y después de haber participado en el programa de intervención, proporcionar de manera paralela algún tipo de apoyo psicológico de manera individual, explorando de manera específica los cambios que van presentado los individuos al sentirse más seguros respecto a sus estrategias de afrontamiento ante el Síndrome de Desgaste Ocupacional (SDO). Así mismo, para futuras investigaciones, se propone la realización de un análisis diferencial profundo de la sintomatología consecuente al proceso del SDO, con el fin de enriquecer la información actual y, de éste modo, contar con más herramientas que permitan una intervención oportuna que le proporcione a los individuos una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS

- Aguilera, V. M., Acosta F., Rodriguez R. M., Madrigal MG., Pozos B. E., (2008) Evaluación de las intervenciones socioeducativas y promoción de la salud ocupacional. Revista cubana de salud y trabajo, pp. 50 - 60.
- American Psychological Association (2010). Manual de publicaciones de la American Psychological Association. Tercera edición traducida de la sexta edición en inglés. Editorial Manual Moderno. México.
- Beck, A. T. 1964. Thinking And depression: II. Theory and therapy. Archieves of General Psychiatry, 10, pp. 561-571.
- Beck, A.T. (1967) Depression Clinical Experimental and Theoretical Aspects. Nueva York: Harper & Row.
- Beck , A.T. (1976) Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A.T., Rush AJ., Shaw B. F. (1979). Cognitive Therapy of Depression. Nueva York: Guilford. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Gary, E. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao (España): Desclée de Brower.
- Beck, A.T. (1985) "Teoretical perspectives on Clinical Anxiety" En A.H. Tuma y J.D. Master (comps) Anxiety and the Anxiety Disorders. Pp183-196 Hillside, N,J: Erlbaum.

- Beck, A., Steer A. y Garbin, G. (1988). Psychometric properties of the beck Depression Inventory: twenty-five years evaluations. *Clinical Psychology Review*, 8, pp. 77-100.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, pp.893-897.
- Beck, J.S. (2000), *Terapia Cognitiva, conceptos básicos y profundización*. Barcelona, España. Editorial Gedisa.
- Cámara Conde N, Carretero Román J, Sánchez Alfonso J, Reina Alonso CN. Efectividad de una intervención enfermera cognitivo conductual para disminuir el estrés en los profesionales sanitarios de los dispositivos de emergencias extrahospitalarias del SUMMA 112. *NURE Investigación*. No. 45 [Revista en Internet] 2010 Mar-Abr. Recuperado en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyectonatalia.pdf
- Carlin, M. y Garcés de los Fayos, E. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*. Vol. 26, núm. 1, enero, pp. 169-180. Servicios de Publicaciones de la Universidad de Murcia, España. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps>

- Casas, A.E., Prat, G., Vilamala, S., Escandell, M., García-Franco, M., Martín, J., López, E. y Ochoa, S. (2014). Validación de la versión española del Inventario de Asertividad Gambrill y Richey en población con diagnóstico de esquizofrenia. *Anales de Psicología*, Vol. 30, núm. 2, mayo-agosto 2014, pp. 431-437. Universidad de Murcia, España. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16731188006>
- Casey, D.A. y Grant, R.W. (1993) Cognitive Therapy with depressed elderly inpatients, en J. Wright, M. Thase, A.T. Beck y J. Ludgate (comp.) *Cognitive therapy with inpatients*. Nueva York, Guilford Press, pp. 295-314.
- Coe, R. (2003) Magnitud del Efecto: Una guía para investigadores y usuarios. *Revista de Psicología de la PUCP*. Vol. XXI, I, Edición de aniversario.
- Cherniss, C. (1980a). *Professional burnout in human service organizations*. Nueva York: Praeger.
- Cherniss, C. (1980b). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills: Sage.
- Cherniss, C. *Cultural trends: Political, economic and historical roots of the problem*. In W. S. Paine (Ed.), *Job stress and burnout*. Beverly Hills, CA: Sage, 1982, pp. 83-94.

- Clark, L.A. y Watson, D. (1991) Tripartite model anxiety and depression. Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, pp.316-336.
- Cordes, C. y Dougherty, T. (1993) A review and integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18, 621-656.
- Crespo, M. y Labrador, F.J. (2003) *Estrés, España, Síntesis*.
- Cox, T. Griffiths, A. and Rial-González E. (2000). *Research on work related stress*. European Agency for Safety and Health at Work. Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg.
- Davis, M., McKay, E.M. y Eshelman E.R. (1988). *Técnicas de Autocontrol Emocional*. Ediciones Martínez Roca. Barcelona, España, pp. 149-177-
- Domínguez, L.A. (2013). Tamaño del efecto: Cálculo mediante un módulo en Visual Basic. *Revista IIPSI*, vol. 16, núm. 2, pp. 235-240. Facultad de psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Ellis, A. 1962. *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York, Lyle Stuart. [Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao, Declee de Brouwer, 1994.]
- Evans, J.M.G., Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Piasecki, J.M., Grove, W.M., Garvey, M.J., y Tuason, V.B. (1992) Differential relapse following cognitive therapy

and pharmacology for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, pp.802-808.

Fensterheim, H., y Baer, J. (1977) *No diga si cuando quiera decir no*. Grijalbo. Barcelona. España.

Freudenberger, H.J. (1974) Staff burn-out, *Journal of Social Issues*, 30 (1).

Fernández-Montalvo, J. y Garrido, E. (2002) *Psicopatología laboral. Transtornos derivados del trabajo*. Pamplona, España, Universidad de Navarra.

Gambrill, E. y Richey, Ch. (1975) An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior therapy*, 6, 550-561.

Garcés de los Fayos, E. y Vives, L. (2003). *Hacia un modelo teórico explicativo del burnout en deportistas: Una propuesta integradora*. Universidad de Murcia, España. *Edupsykhé*, Vol. 2, núm. 2, pp. 221-242.

García, S., Gutiérrez, J., Ruiseñor, H. y Familiar, I. (2008). Síndrome de desgaste ocupacional e implicaciones económicas de la Salud Mental en el Contexto Laboral Mexicano. *Psicología de Salud Ocupacional en México*, p. 157. Facultad de Psicología UNAM.

Gil-Monte, P.R., Peiró, J. M. y Varcárcel, P. (1993). Estrés de rol y autoconfianza como variables antecedentes en el síndrome de burnout en profesionales de Enfermería. En L. Munduate y M. Barón (Comp.), *Gestión de Recursos Humanos y Calidad de Vida Laboral* (pp.231-241). Sevilla:Eudema.

- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid, España, Síntesis Psicología.
- Gil-Monte, P.R. (2005) *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid, España. Psicología Pirámide, Editorial Pirámide.
- Gil-Monte, P. R., Salanova, M., Aragón, J.L., Schaufeli, W. (2005). Jornada “El síndrome de quemarse por el trabajo en servicios sociales. Servicio de Acción Social de la Diputación de Valencia, España.
- Golembiewski, R.T., Hilles, R. and Daly, R. (1987). Some effects of multiple OD interventions on burnout and worksite features. *Journal of Applied Behavioral Science* 23: 295-314.
- Golembiewski, R.T. y Munzenrider, R.F. (1988). *Phases of burnout: Developments in concepts and applications*. Nueva York: Preager.
- Golembiewski, R.T., Scherb, K. y Boudreau, R. (1993) Burnout in cross-national setting: Generic and model specific perspectives. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional Burnout Recent developments in theory and research*. London: Taylor y Francis.
- Golembiewski, R.T., Sun, B., Lin, C. y Boudreau, R.A. (1995). Burnout among Taiwanese police: A cross-cultural replication of the phase model. *Advances in International Comparative Management*, 10, pp. 145-162.

- Grau, A., Suñer, R., García, M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *GacSanit.* 19 (6), 463-470.
- Greene, G. (1961) *Un caso acabado*. Trad. Jaime Zulaiko. Barcelona España. Seix Barral.
- Guerra, M.T. (1996) estandarización del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey para población de la Ciudad de México. Tesis de Licenciatura. México. Facultad de Psicología. UNAM.
- Gutierrez, R. y Angeles Y. (2012) Estrés organizacional, factores psicosociales, estrés laboral-organizacional. Trabajo, salud y salud mental, salud ocupacional. México. Editorial trillas.
- Hernández H.G.P. (2009). Descubre tus señales de congruencia e incongruencia en el desgaste profesional (burnout) en personal de enfermería. Tesina de posgrado para la Especialidad en Programación Neurolingüística. Centro interdisciplinario de Ciencias de la Salud. Unidad Santo Tomás. Instituto Politécnico Nacional. México.
- Juárez, G. A. (2008) La percepción de control en la salud y bienestar laboral: desarrollo de un modelo psicosocial. *Psicología de la salud ocupacional en México*. México, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Jurado, D., Jurado, S., López, K., Querevalú, B. (2015) Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg en universitarios de la Ciudad de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. Vol. 5. Num. 1, Agosto 2014-Enero 2015. Sociedad Mexicana de Medicina Conductual. México.
- Jurado, G. (2009). Validación y Confiabilidad del Instrumento "Registro de Opiniones" basado en la Terapia Racional Emotiva. Tesis de Licenciatura. Universidad del Tepeyac. Escuela de Psicología. México.
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. Vol. 21, núm. 3, pp. 23-31.
- Knell, S.M. (1993) *Cognitive-behavioral play therapy*. Northvale, NJ, Jason Aronson.
- Ledesma, R., Macbeth, G. y Cortada de Kohani, N. (2008). Tamaño del efecto: Revisión teórica y Aplicaciones con el sistema estadístico ViSta. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 40, núm. 3, pp. 425-439.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297-308.

- Leka, S., Griffiths A. y Cox, T. (2004). La organización del trabajo y el estrés. Estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales. Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones. Universidad de Nottingham, Reino Unido. Biblioteca de la Organización Mundial de la Salud. Serie protección de la salud de los trabajadores, núm. 3. Clasificación NLM: WA 440.
- Llanos del Pilar A.M.P. (2008). Evaluación de las propiedades psicométricas del Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo en un grupo de enfermeras. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- López-Ibor, J.J. y Valdés, M.M. (2002). DSM-IV-TR, Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Mason, S.A.
- Manassero M. A., Vázquez, A., Ferrer, V. y Fornés, J., Fernández, M. A. (2003) Estrés y burnout en la enseñanza. Palma, España. Universitat de les Illes Balears. Edicions UIB, colección psicología 004.
- Martínez, A. (2010): "El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión". Revista de Comunicación *Vivat Academia*, nº 112, Septiembre 2010. Madrid: Universidad Complutense. Recuperado en Julio de 2016 en <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Maslach, C. y Jackson S. E. (1981) Maslach Burnout Inventory. Manual. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press.

Maslach, C. (1982). Burnout: the cost of caring. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Maslach, C. (1982). Burnout: A social psychological analysis. En J.W. Jones (Ed.), The burnout syndrome: Current research, theory, interventions. Londres: Park Ridge, London House.

Maslach, C., Jackson, S. y Schwab, R. (1996) Maslach Burnout Inventory educators-survey (MBI-ES). In MBI Manual. 3rd edition. Edited by Maslach C, Jackson S, Leiter M. USA: Consulting Psychology Press.

Maslach, C. y Pines, A. (1977) The burn-out syndrome in day care setting. Child Care Quarterly, 6 (2), 100-113.

Morales, V.P. (2012). El tamaño del efecto (effect size): análisis complementarios al contraste de medias. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Disponible en <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oDelEfecto.pdf>

Organización Internacional del Trabajo (2002). Conferencia Internacional del Trabajo, Registro y notificación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y lista de la OIT relativa a enfermedades profesionales. 90 Reunión, informe V(1), Ginebra.

Organización Internacional del Trabajo (2016) Estrés en el trabajo. Un reto Colectivo. Centro Internacional de Formación de la OIT, Turín, Italia.

Organización Mundial de la Salud (1986) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Canadá.

Organización Mundial de la Salud (1999) Salud Ocupacional para Todos. Espoo, Finlandia.

Organización Mundial de la Salud (2003) Manual de normas y procedimientos de bioseguridad comité de vigilancia epidemiológica (COVE). División de talento humano. Salud ocupacional. Recuperado de: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/gc-bioseguridad.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (2006) Prevención del suicidio un instrumento en el trabajo. Departamento de salud mental y abuso de sustancias. Manejo de trastornos mentales y cerebrales. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2007) Salud de los trabajadores: Proyecto de Plan de Acción Mundial. Consejo Ejecutivo 120ª reunión.Rev.1. Pp.1-9. Recuperado en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB120/B120_28Rev1-sp.pdf.

Osman, A., Beverly, A., Kopper, Barrios, F., Joylene, R. y Wade, T. (1997). The beck Anxiety Inventory: reexamination of factor structure and psychometric properties, *Journal of Clinical Psychology*, 53, pp. 7-14.

- Palmer, Y., Gómez, A. (2005). Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de burnout en médicos anesestesiólogos. *Salud Mental*, 28 (1), febrero 2005, 82-91.
- Persons, J.B., Burns, D.D. y Perloff, J.M. (1988) Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive therapy and Research*, 12, pp. 557-575..
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2000). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*. Vol. 18, núm. 2, pp. 211-218.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez R. M. C., Aguilera V. M. A., Rodríguez G. R.M., López P. M. R., Mtra. Sara Adriana García C. S.A. (2011) Efectividad del programa de intervención cognitivo-conductual para disminuir los síntomas de estrés y el síndrome de burnout en personal de mantenimiento y vigilancia de una universidad pública. *Revista Waxapa Año 3, Vol. 2, No. 5*. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara, México.
- Rotger, D. (1994). El estrés de los bomberos. *Mapfre Seguridad*, 55, Tercer trimestre, Mallorca, España.

- Rosen, H. (1988) The constructivist development paradigm, en R.A. Dorfman (comp.) Paradigms of clinical social work. Nueva York, Brunner/Mazel, pp. 317-355.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princenton, NJ: Princenton University Press.
- Sánchez-Anguita, M. A. (2013) Psicopatologías laborales. Salamanca, España. Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca, Biblioteca Salmanticensis, Estudios 309.
- Steer, R., Ranieri, W., Beck, A. y Clark, D. (1993). Further evidence for the validity of the Beck Anxiety Inventory with psychiatric outpatients. Journal of Anxiety Disorders, 7, pp. 195-205.
- Steer, R., Rissmiller, D., Ranieri, W. y Beck, A. (1993). Structure of the computer assisted Beck Anxiety Inventory with psychiatric inpatients. Journal of Personality Assessment, 60, pp. 532-542.
- Thompson, L.W., Davies, R., Gallaher, D. y Krantz, S.E. (1986) Cognitive Therapy with older adults, en T.L. Bring (comp.) Clinical gerontology; A guide to assessment and intervention. Nueva York: Haworth Press.
- Tonon, G. (2004) Calidad de vida y desgaste profesional, una mirada al síndrome de burnout. Buenos Aires, Argentina. Espacio editorial.

Uribe, R. et al. (2006), El espacio iberoamericano del libro. Bogotá: CERLALC, disponible en:

http://www.cerlalc.org/secciones/libro_desarrollo/Panorama.pdf

Uribe, J.F. (2008) Psicología de la Salud Ocupacional en México, México, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Uribe-Prado, J. F., García, A., Leos, J., Archundía, J. Pizano, D. y Lozano, M. (en prensa). La escala mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO): Estudio exploratorio de un instrumento de burnout para mexicanos. Revista de Psicología Social y Personalidad.

Valera, E.A. y Sánchez-Meca, J. (1997). Pruebas de significación y magnitud del efecto: Reflexiones y propuestas. Anales de Psicología, vol. 13, núm. 1, pp. 85-90. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, España.

Villavicencio, E. (2015) Compromiso (“engagement”) y desgaste ocupacional: su relación con socialización organizacional y resiliencia. Tesis de Doctorado. México. Facultad de Psicología, UNAM.

Wolpe, J. (1958) Psicoterapia por inhibición recíproca. Bilbao. Desclee De Brouwer

ANEXOS

ANEXO 1 CARTEL PUBLICADO EN LA RED SOCIAL FACEBOOK



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGIA



¿TE HAS SENTIDO
ESTRESADO?

¿YA NO TE SIENTES
MOTIVADO COMO
ANTES PARA HACER TU
TRABAJO?

¿SIENTES
QUE A VECES
YA NO
PUEDES DAR
MÁS EN TU
TRABAJO?



¿HAS PENSADO
QUE TRABAJAS
SÓLO PORQUE
TE PAGAN?

¿CONSIDERAS QUE
HAS ESTADO
IRRITABLE O
MOLESTO SIN
RAZÓN APARENTE?



PODRÍAS ESTAR EXPERIMENTANDO EL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL

Te invitamos a participar en el programa de intervención que te ayudará a afrontarlo y darle una solución.

¡NO FALTES!

Tendrá una duración total de seis sesiones de dos horas cada una, contando con una a dos sesiones a la semana. Es SIN COSTO, sólo te pedimos tu compromiso para participar.

Informes e inscripciones a los correos:
cemendozaf@hotmail.com y erikavilla@hotmail.com

ANEXO 2 FORMATOS DE RESPUESTA DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Con la finalidad de proteger los derechos de autor, y favorecer el uso responsable de los instrumentos de evaluación psicológica, no se incluye en el presente trabajo la versión íntegra de los mismos; estos deben solicitarse a:

Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Coordinación de Psicología Clínica

Facultad de Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México

ANEXO 3 FORMATO DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ENTREVISTA CLÍNICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: _____
EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
ESCOLARIDAD: _____
RELIGIÓN: _____
ESTADO CIVIL: _____
OCUPACIÓN ACTUAL: _____
MOTIVO DE CONSULTA: _____
FECHA DE ENTREVISTA: _____

MOTIVO DE CONSULTA

ANTECEDENTES INMEDIATOS AL MOTIVO DE CONSULTA:

DURACIÓN: _____

FRECUENCIA: _____

CONSECUENCIAS:

¿QUÉ SABES RESPECTO AL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL?

¿CÓMO OBTUVISTE ESA INFORMACIÓN?

¿LA INFORMACIÓN QUE TIENES ES LA MISMA QUE TIENEN OTRAS PERSONAS EN TU LUGAR DE TRABAJO?

¿CÓMO INTERVIENES TÚ, TUS HABILIDADES, TUS DEFECTOS, EN ÉSA PROBLEMÁTICA?

¿QUÉ PIENSAS, QUE SENTIMIENTOS TE GENERA PRESENTAR SDO?

ANTES DE QUE PUDIERAS PONERLE NOMBRE Y APELLIDO A LO QUE TE PASABA, ¿QUÉ SENTÍAS?

¿ES IGUAL AHORA?

SALUD

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD: _____

DIABETES: _____

HIPERTENSIÓN: _____

CÁNCER: _____

TRATAMIENTOS: _____

MEDICAMENTOS DE EMPLEO DELICADO: _____

ALCOHOL: _____

TABACO: _____
OTRAS DROGAS: _____
CIRUGIAS: _____
SALUD ACTUAL: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿CÓMO ES LA INTERACCIÓN EN TU FAMILIA?
¿QUIÉN PROPORCIONA LOS PREMIOS Y CASTIGOS? EN QUÉ CONSISTEN?
EN TU FAMILIA RECONOCEN TUS LOGROS? ¿CÓMO TE DAS CUENTA QUE LO ESTÁN HACIENDO? ¿EN QUÉ MOMENTO LO HACEN? ¿SI NO LO HACEN DE MANERA INMEDIATA CÓMO REACCIONAS?
¿QUE PARTE DE LA CASA ES DONDE MEJOR TE SIENTES? ¿POR QUÉ?
EN GENERAL, ¿TE GUSTA TU FAMILIA? ¿QUÉ LE CAMBIARÍAS Y POR QUÉ?

ANTECEDENTES ESCOLARES

HÁBLAME DE TU ESTANCIA EN LA ESCUELA. ¿CÓMO FUE?

PRIMARIA: _____

SECUNDARIA: _____

BACHILLERATO: _____

UNIVERSIDAD: _____

OTROS: _____

Problemas en la lectoescritura: _____

Problemas de adaptación: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

¿CÓMO TE DESCRIBES A TI MISMO? ¿POR QUÉ TE DESCRIBES DE ESA MANERA?
¿CONSIDERAS QUE EN ALGUNOS AMBIENTES O CON ALGUNAS PERSONAS ERES DIFERENTE? ¿POR QUÉ?
¿QUÉ OPINA LA GENTE DE TI?
¿CON QUÉ HABILIDADES CUENTAS?
¿QUÉ ACTIVIDADES SE TE DIFICULTA REALIZAR?
¿QUÉ HACES PARA SUPERAR TUS DIFICULTADES?
ANTE UNA CRISIS ¿CÓMO REACCIONAS? ¿POR QUÉ?
¿Y ANTE UNA SITUACIÓN INESPERADA CÓMO REACCIONAS? ¿POR QUÉ?
¿A QUÉ LE TIENES MIEDO O TEMOR?

MENCIONAME TRES CUALIDADES Y TRES DEFECTOS Y POR QUÉ
¿CUÁL ES TU PASATIEMPO FAVORITO?
¿QUÉ HACES CUANDO ALGO TE SALE MAL? ¿QUÉ CONCEPTO TIENES DE TI MISMO EN ÉSE MOMENTO?
¿QUÉ HACES CUANDO ALGO TE SALE BIEN? ¿QUÉ CONCEPTO TIENES DE TI MISMO EN ÉSE MOMENTO?
¿QUÉ TAN FRECUENTEMENTE UTILIZAS LOS PREMIOS Y CASTIGOS CUANDO HACES ALGUNA ACTIVIDAD?
¿DEDICAS ALGÚN MOMENTO DEL DÍA PARA PENSAR EN LO QUE HICISTE O DESEAS HACER?
EN GENERAL, ¿CONSIDERAS QUE TÚ TIENES ALGO QUE VER EN LO QUE TE SUCEDE EN LA VIDA?
¿QUÉ HACES CUANDO PERCIBES QUE TE FALTA INFORMACIÓN PARA ACTUAR O TOMAR UNA DECISIÓN?
¿TE ES FÁCIL ACEPTAR LA INFORMACIÓN QUE TE BRINDAN OTRAS PERSONAS? ¿POR QUÉ?
¿ACOSTUMBRAS PLANEAR TUS ACTIVIDADES ? ¿CÓMO LAS PLANEAS?
DESCRIBEME DETALLADAMENTE LO QUE HACES EN UN DÍA NORMAL
¿QUÉ PLANES TIENES PARA MAÑANA?
¿CON QUÉ FRECUENCIA LLEVAS A CABO TODO LO QUE PLANEAS DEL 1 AL 100?
¿QUÉ PUEDE HACER QUE NO CUMPLAS CON LO QUE PLANEAS EN UN DÍA COMÚN?
¿QUÉ PIENSAS CUANDO NO HAS TERMINADO LAS ACTIVIDADES QUE PLANEASTE Y YA NO HAY MÁS TIEMPO? ¿CÓMO TE SIENTES Y POR QUÉ?
¿CUÁNDO LOGRAS LO QUE TE PROPONES TE PREMIAS? ¿CÓMO? ¿CON QUÉ?
EN GENERAL, ¿QUÉ LOGROS HAS TENIDO?
¿CÓMO TE IMAGINAS QUE SERÁS EN DIEZ AÑOS?
¿LO QUE HACES EN TU VIDA TE SATISFACE?
¿CONSIDERAS QUE CON FRECUENCIA PONES EXTREMA ATENCIÓN A LO QUE PIENSAS, DICES O HACES? ¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?
¿QUÉ TE GUSTARÍA CAMBIAR DE TU VIDA?
¿TE PONES NERVIOSO CON FRECUENCIA? ¿QUÉ TE PONE NERVIOSO?
¿QUÉ HACES CUANDO TE PONES TRISTE?
¿Y CUANDO ESTAS ALEGRE?
¿TE CONSIDERAS UNA PERSONA "EXPLOSIVA"? ¿POR QUÉ?
¿ANTE QUE SITUACIÓN TE SIENTES INCÓMODO? ¿POR QUÉ? ¿QUÉ HACES, CÓMO REACCIONAS?
¿QUÉ TANTA INCOMODIDAD TE VER A ALGUIEN SUFRIR, LLORAR, DOLERSE?

¿PRESENTAS PENSAMIENTOS O CONDUCTAS FRECUENTES COMO REVISAR A CADA MOMENTO TU BOLSO O PENSAR MUCHAS VECES UNA COSA?
¿QUÉ ERES CAPAZ DE HACER PARA CONSEGUIR LO QUE QUIERES?
¿Y SI NO LO CONSIGUES, QUÉ HACES?
¿TE CONSIDERAS DISTRAIDO?
¿CÓMO REACCIONAS ANTE UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA?
¿QUÉ TIPO DE SITUACIONES SON LAS QUE DIRÍAS QUE MÁS TE MOLESTAN?
¿HAZ HECHO ALGO QUE NO ES ACEPTABLE SOCIALMENTE Ó PARA OTRAS PERSONAS CON TAL DE OBTENER ALGO QUE TÚ DESEABAS?
¿CÓMO LE HACES PARA LOGRAR LO QUE QUIERES DE OTRAS PERSONAS?
¿LE ENCUENTRAS SENTIDO A TU VIDA? ¿POR QUÉ?
¿QUÉ TE MOTIVA A SEGUIR ADELANTE EN LA VIDA?
¿QUÉ TE GUSTARÍA LOGRAR EN UN FUTURO?

ANTECEDENTES LABORALES

¿CÓMO HA SIDO TU TRAYECTORIA LABORAL?
AL HACER TU TRABAJO ¿TE CONCENTRAS CON FACILIDAD? ¿CÓMO O EN QUÉ TE DAS CUENTA DE ELLO?
TE DEJAN UN TRABAJO A ENTREGAR EN UNA SEMANA, TE VAS PROGRAMANDO PARA HACERLO POCO A POCO O LO DEJAS PARA EL ÚLTIMO DÍA?
EN GENERAL, ¿CÓMO DESCRIBES TU SITUACIÓN LABORAL? ¿CÓMO TE HACE SENTIR?
CUANDO TE LLAMA LA ATENCIÓN TU JEFE ¿CÓMO TE SIENTES LA MAYORÍA DE LAS VECES?
NARRAME UN DISGUSTO QUE HAYAS TENIDO CON TU JEFE
¿SUSPENDES CON FACILIDAD LAS ACTIVIDADES QUE DEBES HACER POR LAS QUE TE SON MÁS PLACENTERAS?
¿TOLERAS ACTIVIDADES QUE EN EL MOMENTO SON LABORIOSAS PERO QUE TE AYUDARÁN A UN FUTURO?
CUANDO TE SIENTES PRESIONADO ¿QUÉ HACES PARA TRANQUILIZARTE?
¿QUÉ OCURRE CUANDO NO CUMPLES LAS ACTIVIDADES PLANEADAS?
¿PUEDES TRABAJAR SIN TENER ALIMENTOS CERCA?
¿TE SATISFACE LO QUE HACES EN TU TRABAJO?
¿QUÉ OTRAS ACTIVIDADES TE GUSTARÍA HACER?
¿QUÉ TE IMPIDE HACER LO QUE TE GUSTA?

¿SIENTES QUE TU AMBIENTE LABORAL TE LIMITA? ¿CÓMO? ¿EN QUÉ MOMENTO? ¿POR QUÉ?
¿QUÉ CONSIDERAS QUE PODRÍAS HACER TÚ PARA MODIFICAR ESAS LIMITACIONES?
¿QUÉ TE PARECE RUTINARIO DE TU VIDA? ¿POR QUÉ?
¿QUÉ TE GUSTARÍA CAMBIAR EN TU TRABAJO?
¿QUÉ TE MOTIVA A TRABAJAR?
¿QUÉ TE LLEVÓ A ELEGIR ÉSE PUESTO?
¿DÓNDE TE GUSTARÍA TRABAJAR, CON QUIÉN, POR QUÉ?
¿QUÉ PIENSAS O SIENTES ANTES DE EMPEZAR A HACER TU TRABAJO?
¿Y DURANTE SU REALIZACIÓN?
¿Y AL FINALIZAR TU TRABAJO?
¿QUIÉN O QUÉ TE PROPORCIONA GENERALMENTE LAS GRATIFICACIONES Y SANCIONES? ¿EN QUÉ CONSISTEN?

ANTECEDENTES SOCIALES

EN GENERAL, ¿CÓMO TE LLEVAS CON LA GENTE?
¿TIENES AMIGOS? ¿DESDE HACE CUANTO TIEMPO SON AMIGOS?
¿CON QUE TIPO DE PERSONAS TE ES MÁS FÁCIL RELACIONARTE? ¿Y MÁS DIFÍCIL?
¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZAS CON TUS AMIGOS MÁS CERCANOS?
¿QUÉ TE RESULTA MÁS GRATIFICANTE, ESTAR SOLO O EN GRUPO?
¿QUÉ TANTO TRABAJO TE CUESTA ESTABLECER UNA CONVERSACIÓN CON PERSONAS DESCONOCIDAS? ¿POR QUÉ?
¿TE CUESTA TRABAJO INTEGRARTE A UN GRUPO QUE NO CONOCES?
¿CON QUIÉN O QUIENES TIENES PROBLEMAS POR CÓMO TE COMPORTAS?
¿CÓMO DIRÍAS QUE LA CENA QUE PEDISTE NO ES COMO ESTA EN EL MENÚ?
¿CÓMO TE NEGARÍAS A UAN PERSONAS QUE TE PIDE UN FAVOR URGENTE?
¿COMUNICAS TUS LOGROS A LOS DEMÁS?
¿ESPERAS SER RECONOCIDO POR OTRAS PERSONAS?
¿CONSIDERAS QUE A VECES REACCIONAS DE FORMA DIFERENTE A LA DE LOS DEMÁS? ¿POR QUÉ?
¿ESTA DIFERENCIA TE HA PRODUCIDO PROBLEMAS CON LOS DEMÁS?

¿QUÉ PROVOCA QUE TÚ ACTUES DE ÉSTA MANERA?
¿HAS SENTIDO DESEOS DE AGREDIR VERBAL O FÍSICAMENTE A ALGUIEN CUANDO VA EN CONTRA DE TUS VALORES O PRINCIPIOS MORALES?
CUANDO HACES LAS COSAS BIEN ¿LA GENTE TE LO RECONOCE?
¿HAS DEJADO DE HACER COSAS IMPORTANTES SI NO TE LO VALORAN LOS DEMÁS?
¿ANTE QUE SITUACIONES CONSIDERAS QUE TUS ESFUERZOS NO SON RETRIBUIDOS SATISFACTORIAMENTE?
¿CONSIDERAS QUE TU DESEMPEÑO EN GENERAL TIENE CONSECUENCIAS POSITIVAS PARA TI? ¿POR QUÉ?
¿RECIBES PREMIOS CONSTANTES POR LO QUE HACES?

IMPRESIÓN CLÍNICA

DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA DURANTE LA ENTREVISTA:

MOTIVACIÓN PARA SU PARTICIPACIÓN:

METAS TENTATIVAS DEL PARTICIPANTE:

ELABORÓ: CLAUDIA ELIZABETH MENDOZA FIGUEROA
 FECHA DE ENTREVISTA:

ANEXO 4 MANUAL DEL PARTICIPANTE



PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



EL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL

Este manual pertenece a: _____

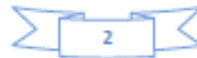
Facilitador: Claudia E. Mendoza Figueroa





ÍNDICE

CAPÍTULO	PÁGINA
Objetivos.....	2
Expectativas.....	2
¿Qué es el Síndrome de Desgaste Ocupacional?.....	3
Síntomas.....	3
Dimensiones.....	5
¿Cómo afecta a la empresa?.....	7
¿Cómo afecta a la vida personal del trabajador?.....	8
¿Qué se puede hacer?.....	9
El enfoque Cognitivo Conductual.....	9
Pensamientos Automáticos.....	10
Errores Cognitivos.....	11
Flujo básico de las Ideas Irracionales.....	12
Técnica de reestructuración Cognitiva.....	13
Técnica de Solución de Problemas.....	14
Bibliografía.....	16
Anexos.....	18





OBJETIVOS DEL PROGRAMA

GENERAL:

Identificar y conocer qué es el Síndrome de Desgaste Ocupacional y a través de la aplicación de técnicas cognitivo conductuales auxiliar en el manejo de sus síntomas para proveer al participante de una mejor calidad vida.

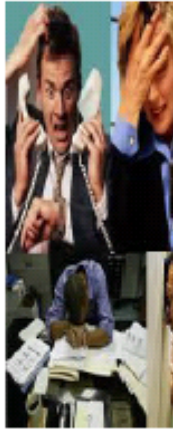
ESPECÍFICOS:

- ✚ Identificar que es el Síndrome de Desgaste Ocupacional.
- ✚ Conocer sus síntomas y las dimensiones que lo conforman.
- ✚ Evaluar el impacto que el SDO tiene para la empresa y para quién lo presenta.
- ✚ Presentar los fundamentos básicos de la Terapia Cognitivo Conductual.
- ✚ Proporcionar herramientas cognitivo-conductuales para el tratamiento del SDO

EXPECTATIVAS DEL PARTICIPANTE:



¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL?



Es la pérdida progresiva de energía hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión así como desmotivación en el trabajo y agresividad con los clientes tanto externos como internos.

El patrón conductual se caracteriza por el agotamiento, decepción y pérdida de interés como consecuencia del trabajo cotidiano desarrollado por el trabajador y que no logra alcanzar las expectativas depositadas en su trabajo.

El síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y puede tener repercusiones de índole individual pero también afectar aspectos organizacionales y sociales.

El Síndrome de Desgaste Ocupacional refiere **SÍNTOMAS** psicósomáticos, emocionales y conductuales:

PSICOSOMÁTICOS:



- ✓ Fatiga crónica
- ✓ Migraña
- ✓ Trastornos del sueño
- ✓ Desordenes gastrointestinales
- ✓ Dolores musculares
- ✓ Alteraciones respiratorias
- ✓ Alteraciones alimentarias
- ✓ Hipertensión Arterial
- ✓ Taquicardias
- ✓ Mareo
- ✓ Disfunciones sexuales
- ✓ Asma
- ✓ Alteraciones en el ciclo menstrual



EMOCIONALES:



- ✓ Distanciamiento afectivo
- ✓ Actitud cínica
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Desorientación
- ✓ Dificultad para concentrarse

- ✓ Ansiedad
- ✓ Aburrimiento
- ✓ Sentimientos de culpabilidad
- ✓ Baja tolerancia a la frustración
- ✓ Melancolía
- ✓ Depresión

CONDUCTUALES:



- ✓ Superficialidad en el contacto con los demás
- ✓ Comportamientos de alto riesgo
- ✓ Aumento de conductas violentas
- ✓ Ausentismo
- ✓ Abandono de trabajo



NOTAS: _____



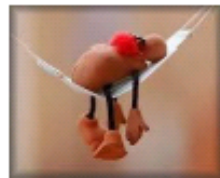
El Síndrome de Desgaste Ocupacional (SDO) es una experiencia individual específica del contexto laboral. Constituye una respuesta del individuo a la sobrecarga de trabajo.

El SDO se define principalmente en **TRES DIMENSIONES**:

- 1) **Baja realización personal en el trabajo:** Son aquellas respuestas negativas hacia sí mismos y el trabajo. El trabajador tiende a evaluarse de manera negativa y esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y la relación con las personas a las que atiende. Es el sentimiento de no verse realizado en el trabajo, describiéndose como sujetos ineficaces, inútiles y con baja autoestima.



- 2) **Agotamiento o cansancio emocional:** Es la pérdida progresiva de energía, el cansancio, el desgaste, la fatiga. Los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado por haber mantenido un contacto cotidiano con las personas a las que hay que atender como objeto del trabajo. Ésta sensación provoca a su vez el distanciamiento emocional del trabajo para evitar la sobrecarga.





- 3) **Despersonalización:** Se manifiesta por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas. Puede ser considerada como el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo; estas personas son vistas por el profesional o trabajador de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva a que éste les culpe de sus propios problemas.



Estas tres dimensiones del síndrome están presentes y son variables que afectan tanto lo físico-emocional (agotamiento emocional), como lo cognitivo-emocional (logro personal) y lo social (despersonalización).



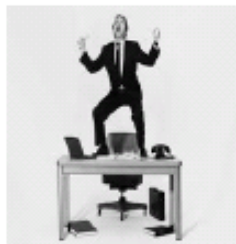
NOTAS: _____



¿CÓMO AFECTA A LA EMPRESA?

El Síndrome de Desgaste Ocupacional (SDO) trae resultados negativos tanto para el trabajador como para la organización en la que se desempeña. Para la organización, el SDO conlleva deterioro en la calidad del servicio o servicios que se prestan, rotación de personal, ausentismo y hasta abandono de trabajo.

Los trabajadores con el síndrome causan retrasos, disminuyen su productividad, reducen su rendimiento y desarrollan constantes sentimientos negativos hacia su desempeño laboral. Sintiendo incapaz de realizarlo correctamente, pese al interés que tienen por su trabajo, el trabajador presenta frecuentes conflictos interpersonales con sus compañeros, abuso de psicofármacos, alcohol o drogas.



NOTAS: _____



¿CÓMO AFECTA A LA VIDA PERSONAL DEL TRABAJADOR?

El Síndrome de Desgaste Ocupacional no solamente afecta al individuo como trabajador o a la empresa donde labora. Más allá de las paredes de la empresa, es frecuente que presente actitudes negativas hacia sí mismo, menor satisfacción con su pareja, una conducta en el hogar de irritación, disgusto y tensión, relacionándose claramente con la presencia de depresión, así como deterioro de las interacciones personales.



SALUD



PERSONALIDAD



PAREJA



HIJOS



AMIGOS



¿QUÉ SE PUEDE HACER?

Lo primero, es poder diagnosticarlo. El Síndrome de Desgaste Ocupacional ha sido descrito en sus inicios por técnicas proyectivas, entrevistas, observaciones clínicas, auto-informes y cuestionarios. Recientemente estos métodos de evaluación han sido sustituidos por instrumentos de medición más confiables en términos de escalas para medir principalmente los tres factores que lo constituyen: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización en el trabajo.

En México se ha desarrollado por medio del Dr. Felipe Uribe Prado (2006) y la Dra. Erika Villavicencio Ayub (2014), de la Facultad de Psicología de la UNAM, la Escala de Desgaste Ocupacional (EDO), ofreciendo un instrumento confiable y válido para medir en Síndrome de Desgaste Ocupacional.

En base a que el diagnóstico sea positivo, se pueden implementar técnicas cognitivo-conductuales para tratar los síntomas y de esta manera tener una mejor calidad de vida dentro y fuera de la empresa.

EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

Muchos de los problemas que presentan las personas tienen una base emocional. Esta base emocional, distorsiona la percepción de la realidad, presentando conductas poco adaptativas. De esta forma, se plantea que los problemas psicológicos se derivan de esquemas o patrones distorsionados del pensamiento que influyen en nuestro estado de ánimo y conducta.

Debido a la distorsión, estos esquemas hacen que los problemas se vean sin solución alguna. “Uno mismo, en vano y permanentemente, se crea el propio sufrimiento cuando piensa de manera irracional y disfuncional. Así pues, también uno mismo puede cambiar esta manera de pensar y crear de nuevo una plenitud emocional y conductual” (Ellis, 1997). La modificación del pensamiento promueve que el individuo encuentre una visión objetiva de sus problemas y ello conduce a una mejora tanto en su estado de ánimo como en su conducta. Para llevar a cabo una intervención cognitivo conductual, el



facilitador o terapeuta trabaja conjuntamente con el individuo, buscando la identificación de los esquemas específicos de pensamiento y de conducta que sustentan sus dificultades para poder proporcionar herramientas tanto conductuales como cognitivas (del pensamiento) para su solución o afrontamiento.

Una situación difícil ó problema, por tanto, presenta el siguiente esquema A-B-C:



PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Son una actividad rápida de evaluación (ya sea en palabras o imágenes) que no surge de una reflexión o un razonamiento, sino que parecen brotar de manera automática y suelen ser veloces y breves. No se es muy consciente de estos pensamientos, sólo se toma conciencia de la emoción que surge de ellos. Por esta razón, muchas veces los pensamientos automáticos son aceptados como ciertos, sin ser sometidos a ninguna clase de crítica.

Surgen de nuestras creencias. A partir de las interacciones con el mundo y con los demás, las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, de otras personas y del mundo. Las creencias son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar y son consideradas como verdades absolutas, creyendo que es así como las cosas "son". Estas creencias son globales, rígidas y se generalizan en exceso. Por lo anterior, las creencias influyen en la forma de ver una situación, y esa visión a su vez influye en el modo como piensa, siente y se comporta la persona. Son variables en cuanto a su grado de exactitud y funcionalidad. Las creencias disfuncionales o irracionales, pueden ser "desaprendidas" y en su lugar se pueden aprender otras creencias basadas en la realidad y más funcionales.



ERRORES COGNITIVOS

Existen diversos errores cognitivos comunes que se presentan al momento de interpretar la realidad. Estos errores conducen a la irracionalidad, a tener pensamientos, emociones ó comportamientos que conducen a consecuencias contraproducentes y autodestructivas, interfiriendo de manera importante en la supervivencia y bienestar (ver anexo A).

Las creencias irracionales que la gente mantiene y que ayudan a crear sentimientos y acciones que sabotean su posibilidad de afrontar aquellas situaciones adversas o desagradables de la vida suelen surgir de tres afirmaciones absolutistas básicas (MASTURBATORY) generadoras de neurosis:

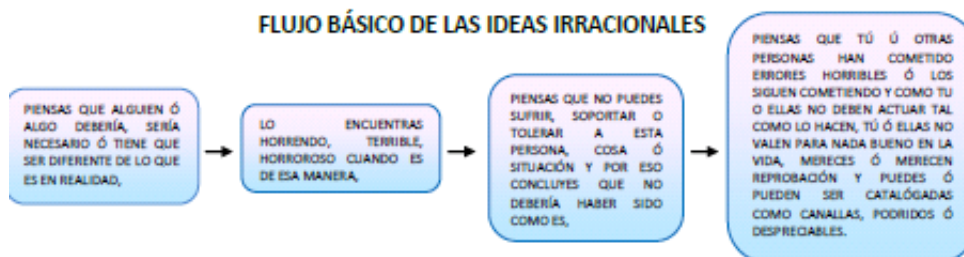
- A) "Debo, absolutamente, tener éxito en la mayoría de mis actuaciones y relaciones, las cuales deben estar bien o ser catalogadas como buenas; de no ser así, *¡como persona soy alguien del todo inadecuado e inútil!*" RESULTADO: Sensaciones de grave ansiedad, depresión, desespero, inutilidad y acciones de evitación, renuncia, abandono y adicción (VER ANEXO D)

- B) "El resto de la gente debe, absolutamente, tratarme con consideración, justicia, respeto y amabilidad, precisa y absolutamente de la forma como quiero que me traten; ¡de lo contrario, no son tan buenos como dicen y la sociedad y el Universo deberían condenarlos, censurarlos y castigarlos por su falta de consideración, no merecen alcanzar la felicidad mientras vivan!" RESULTADO: Sentimientos de ira, furia, resentimiento y acciones de lucha, enemistad, violencia, guerras y genocidios (VER ANEXO D)

- C) "Las condiciones bajo las que vivo deben ser absolutamente confortables, placenteras y valiosas para que consiga prácticamente todo lo que quiero de manera cómoda, rápida y fácilmente y no me ocurra casi nada de lo que no quiero; ¡de lo contrario, será algo horrible, no lo soportaré, y todo este maldito mundo será asqueroso!" RESULTADO: Sentimientos de autocompasión, ira y baja tolerancia a la frustración, así como acciones de abandono, queja continuada y adicciones (VER ANEXO D)



FLUJO BÁSICO DE LAS IDEAS IRRACIONALES



Por lo anterior, lo que busca este enfoque de intervención es que las personas puedan hacer una mejor interpretación y valoración subjetiva de aquello que les acontece así como contar con la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias ó de los demás de una manera honesta, oportuna y profundamente respetuosa. Tener como meta fundamental lograr una comunicación y entendimiento satisfactorios.

Fomenta el ser asertivo, triunfar en el respeto mutuo, en la continuidad de los acercamientos satisfactorios y en la dignidad humana, no importando que a veces no se logre un resultado práctico ó personalmente beneficioso ó inclusive que se requiera ceder. Los componentes de la asertividad son respetarse a sí mismo, respetar a los demás, ser directo, honesto y oportuno, mostrar control emocional, saber decir y escuchar, ser positivo y la expresión no-verbal de los mensajes.

Para ello, cuenta con herramientas y estrategias para obtener los cambios que se esperan. Entre ellos, se encuentra la reestructuración cognitiva y la solución de problemas, las cuales se describirán a continuación.



NOTAS: _____



TÉCNICA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Consiste principalmente en modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva que se tiene acerca de un acontecimiento ó situación. Esto se logra mediante el trabajo con aquellos pensamientos que son desadaptativos ó irracionales y que provocan problemas emocionales que influyen irremediabilmente en la conducta o respuesta que se da. La teoría que sustenta la reestructuración cognitiva es que no son las situaciones ó los acontecimientos lo que nos causan nuestros estados extremos de depresión, enfado, ansiedad, etc., sino que son los pensamientos que nosotros tenemos sobre esos hechos los responsables de nuestras emociones. Por tanto, cambiando nuestros pensamientos ó actitudes, podremos cambiar nuestras emociones y adquirir hábitos cognitivos nuevos. Sigue el siguiente esquema de trabajo:

- 1) Situación: Ocurre un evento ó situación problemática ó difícil de manejar
- 2) Surge un pensamiento ó sentimiento desagradable, para lo cual se hace la pregunta: ¿Qué me estoy diciendo a mí mismo respecto a lo que estoy pensando ó sintiendo?
- 3) Se identifica la distorsión cognitiva o el pensamiento/creencia irracional
- 4) Se cuestionan dichas creencias, sometiéndolas a una evaluación de evidencia a favor ó en contra: ¿Qué pruebas tengo de que esto que estoy pensando/sintiendo es verdad? ¿Tengo la certeza de esto? ¿Existe alguna otra explicación posible?
- 5) REESTRUCTURACIÓN de los pensamientos/sentimientos irracionales
- 6) Pensamiento/sentimiento nuevo
- 7) Actuar

Se identifica la situación específica en la que se encuentra la persona y los pensamientos que está teniendo en ése momento. Una vez establecido esto, mediante un diálogo socrático, se invita a la identificación, cuestionamiento y reflexión de las distorsiones cognitivas o pensamientos irracionales que se experimentan ante esa situación, alentando a que en base a hechos y evidencias, se haga un replanteamiento o reestructuración de los mismos y que se actúe en función del nuevo pensamiento/sentimiento.



SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Este sistema es una variable del método científico. Una situación se puede convertir en problemática o en un problema si se utiliza una respuesta que no da la solución ó los resultados que se espera tener. Por lo tanto, se define como problema el fracaso para encontrar una respuesta eficaz ante una situación determinada. La técnica de solución de problemas busca ayudar a las personas a resolver problemas y a tomar decisiones funcionales y adecuadas. Consta de cinco etapas:

- 1) Especificar el problema: Lo primero es identificar el problema y tratar de expresarlo de la forma más clara y concreta posible y en términos susceptibles de observación y cuantificación.
- 2) Perfilar la respuesta: Consiste en describir con detalle el problema y la respuesta habitual a dicho problema, considerando tanto para el problema como para la respuesta que damos las siguientes premisas: "quién", "qué", "dónde", "cuándo", "cómo" y "por qué". Posteriormente se hace un análisis de estas premisas, buscando reclasificar tanto el problema como las respuestas que se dan, intentando generar objetivos para la solución del problema.
- 3) Hacer una lista con al menos diez alternativas de solución para cada uno de los objetivos: En esta etapa, lo que se hace es una "tempestad de ideas". No importa lo descabellado que parezca una solución, lo importante es generar nuevas ideas sin juzgar si es buena, mala, disparatada, extraña ó imposible. Se excluyen las críticas, todo se vale, lo que importa es la cantidad y salirse de la rutina mental para después poder repasar la lista y ver si se pueden combinar ó mejorar algunas ideas.
- 4) Valorar las consecuencias: De todos los objetivos posibles para la solución del problema, se seleccionan aquellos que sean más atractivos. De las alternativas para llevar a cabo cada uno, seleccionaremos las tres más prometedoras y analizaremos las consecuencias de llevarlas a cabo. Se evaluarán tomando en consideración:
 - a) ¿Cómo afectaría en lo que siento, necesito ó quiero el hecho de poner en práctica esta estrategia?
 - b) ¿Cómo afectaría a las personas conocidas?
 - c) ¿Cómo cambiaría mi reacción ante mí mismo?



d) ¿Cómo afectaría a mi vida en este momento, en el próximo mes, en el próximo año?

Una vez hecho este análisis, se utilizará un método de puntuación para cada estrategia, valorando tanto lo positivo como lo negativo:

Si la consecuencia es básicamente personal se dará 2 puntos.

Si la consecuencia es básicamente social se dará 1 punto.

Si la consecuencia es básicamente a largo plazo se dará 2 puntos.

Si la consecuencia es básicamente a corto plazo se dará 1 punto.

Si tenemos una estrategia que sea personal a largo plazo, se puntuará con 4 puntos, si es personal a corto plazo 3, social a largo plazo 3, social a corto plazo 2.

- 5) Evaluar los resultados: Este es el paso más difícil porque requiere que se actúe conforme a los resultados de todo el trabajo anterior y se pongan en práctica las decisiones. Al hacerlo podremos observar si las cosas suceden tal como estaban previstas y si se está satisfecho con los resultados obtenidos. Satisfecho significa que la nueva respuesta es útil para alcanzar los objetivos de un modo que la anterior "solución" no lo era.



NOTAS: _____



BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar K. E. (1984) *Cómo no amargarse la vida*. Pax México. México.
- Aguilar K. E. (1987) *Cómo ser tú mismo sin culpas*. Pax México. México.
- Beck J.S.(2000), *Terapia Cognitiva, conceptos básicos y profundización*. Barcelona, España. Editorial Gedisa.
- Cámara Conde N, Carretero Román J, Sánchez Alfonso J, Reina Alonso CN. Efectividad de una intervención enfermera cognitivo conductual para disminuir el estrés en los profesionales sanitarios de los dispositivos de emergencias extrahospitalarias del SUMMA 112. NURE Investigación. No. 45 [Revista en Internet] 2010 Mar-Abr. Recuperado en:
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyectonatalia.pdf
- Cordes, C. y Dougherty, T. (1993) *A review an integration of research on job burnout*. *Academy of Management Review*, 18, 621-656.
- Crespo, M. y Labrador, F.J. (2003) *Estrés, España, Síntesis*.
- D’Zurilla, T. J., Goldfried, M. R. (1971) *Problem Solving and Behavior Modification*. *Journal of Abnormal Psychology*. American Psychiatric Association. U. S. A.
- Ellis A. (1996) *Una terapia breve más profunda y duradera*. Paidós. Barcelona, España.
- Freudenberger, H.J. (1974) *Staff burn-out*, *Journal of Social Issues*, 30 (1).
- Fernández-Montalvo, J. y Garrido, E. (2002) *Psicopatología laboral. Transtornos derivados del trabajo*. Pamplona, España, Universidad de Navarra.
- García, S., Gutiérrez, J., Ruiseñor, H. y Familiar, I. (2008). *Síndrome de desgaste ocupacional e implicaciones económicas de la Salud Mental en el Contexto Laboral Mexicano*.



- Gutiérrez M. R., Ángeles J. Y. (2012). Estrés organizacional, factores psicosociales, estrés laboral-organizacional. Trabajo, salud y salud mental, salud ocupacional. Trillas. México.
- Juárez, G. A. (2008) La percepción de control en la salud y bienestar laboral: desarrollo de un modelo psicosocial. Psicología de la salud ocupacional en México. México, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lyddon W. J., Janes J. J. (2002) Terapias cognitivas con fundamento empírico. Aplicaciones actuales y futuras. Manual Moderno. México.
- Maslach, C. (1982). Burnout: the cost of caring. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Maslach, C. y Pines, A. (1977) The burn-out syndrome in day care setting. Child Care Quarterly, 6 (2), 100-113.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Perry, M.G. (1989). Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines. New York: Wiley.
- Osborn, A. F. (1963). Applied Imagination: Principles and Procedures of Creative Problem Solving. 3ra ed.. New York: Scribner's.
- Sánchez-Anguita, M. A. (2013) Psicopatologías laborales. Salamanca, España. Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca, Biblioteca Salmanticensis, Estudios 309.
- Sank L. I., Shaffer C. S. (1993) Manual del Terapeuta para la Terapia Cognitiva Conductual en grupos. Biblioteca de Psicología, Desclée de Brouwer. España.

ANEXO 5 CARTA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

SESIÓN	TIEMPO EN MINUTOS	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD PRINCIPAL	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	ACTIVIDAD PARA CASA
1	5	PRESENTACIÓN	PRESENTAR A LOS PARTICIPANTES Y A LA TERAPEUTA.	BIENVENIDA	SE LE PEDIRÁ A CADA INTEGRANTE DEL GRUPO QUE ESCRIBA SU NOMBRE EN EL GAFETE. POSTERIORMENTE SE LE SOLICITARÁ A CADA UNO QUE SE PRESENTE, INDICANDO SU EDAD, Y QUE LE GUSTA HACER EN SUS RATOS LIBRES.	GAFETES PERSONALIZADORES	NINGUNA
1	5	MATERIAL	ENTREGA DE MATERIAL	ENTREGA DE MATERIAL	SE LE PROPORCIONARÁ A CADA UNO DE LOS PARTICIPANTES SU MANUAL	MANUAL	NINGUNA
1	10	REVISIÓN DE EXPECTATIVAS	IDENTIFICAR CUALES SON LAS EXPECTATIVAS QUE TIENE EL GRUPO RESPECTO A SU PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA	EXPECTATIVAS	A CADA UNO DE LOS INTEGRANTES SE LE PEDIRÁ QUE DIGAN EN VOZ ALTA CUALES SON LAS EXPECTATIVAS QUE TIENEN AL SER PARTE DEL PROGRAMA Y QUE LAS ESCRIBAN EN SU MANUAL.	MANUAL	NINGUNA
1	10	DEFINICIÓN DE OBJETIVOS	DEFINIR LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA Y ACLARAR DUDAS	OBJETIVOS	SE PRESENTARÁ EL OBJETIVO GENERAL Y LOS ESPECÍFICOS AL GRUPO, ASÍ COMO EL NÚMERO DE SESIONES.	MANUALES	NINGUNA
1	5		ESBOZAR LA IMPORTANCIA DEL SDO	DINÁMICA DE ESCRIBIR CON LA BOCA	SE LE SOLICITARÁ A CADA PARTICIPANTE QUE COLOQUE SU BOLÍGRAFO DENTRO DE SU BOCA Y EN UNA HOJA DE PAPEL PEQUEÑA ESCRIBA UNA ACTIVIDAD LABORAL QUE REALICE TODOS LOS DÍAS	BOLÍGRAFOS Y HOJAS DE PAPEL	NINGUNA
1	5	SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL	DESCRIBIR EN QUE CONSISTE EL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL	DESCRIBIR EL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL	DE MANERA EXPOSITIVA, SE EXPONDRÁ EN QUE CONSISTE EL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL.	MANUALES	NINGUNA
1	10		DESCRIBIR LOS SÍNTOMAS QUE PRESENTA EL SDO	SÍNTOMAS DEL SDO	DE MANERA EXPOSITIVA SE REVISARÁN LOS SÍNTOMAS DEL SDO	MANUALES	NINGUNA
1	10		DESCRIBIR LAS DIMENSIONES QUE PRESENTA EL SDO	DIMENSIONES SDO	DE MANERA EXPOSITIVA SE REVISARÁN LAS DIMENSIONES DEL SDO	MANUALES	NINGUNA
1	5	¿CÓMO AFECTA A LA EMPRESA EL SDO?	QUE LOS PARTICIPANTES SE DEN CUENTA DE LAS AFECTACIONES QUE TRAE A LA EMPRESA EL SDO	¿CÓMO AFECTA A LA EMPRESA EL SDO?	DE MANERA EXPOSITIVA SE REVISARÁ COMO ES QUE EL SDO AFECTA A LA EMPRESA	MANUALES	NINGUNA
1	5	¿CÓMO AFECTA A LA VIDA PERSONAL DEL TRABAJADOR EL SDO?	QUE LOS PARTICIPANTES SEPAN CÓMO EL SDO AFECTA LA VIDA PERSONAL DE QUIEN	¿CÓMO AFECTA A LA VIDA PERSONAL DEL TRABAJADOR EL SDO?	DE MANERA EXPOSITIVA SE REVISARÁ COMO ES QUE EL SDO AFECTA A LA VIDA PERSONAL DE QUIEN LO PRESENTA	MANUALES	NINGUNA
1	10		QUE LOS PARTICIPANTES ANALICEN EL IMPACTO EN SU VIDA PERSONAL DEL SDO	ANÁLISIS DE CÓMO LES AFECTA PRESENTAR EL SDO	TOMANDO EN CUENTA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA, LOS PARTICIPANTES ANALIZARÁN DE FORMA INDIVIDUAL LOS EFECTOS QUE TIENE EL SDO EN CADA UNA DE LAS ÁREAS DE SU VIDA.	MANUAL	NINGUNA
1	10	¿QUÉ SE PUEDE HACER SI SE PRESENTA EL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL?	ORIENTAR A LOS PARTICIPANTES ACERCA DE QUE SE PUEDE HACER SI SE PRESENTA EL SDO	¿QUÉ SE PUEDE HACER SI SE PRESENTA EL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL?	DE MANERA EXPOSITIVA SE RELATARÁ QUÉ SE PUEDE HACER CUANDO SE PRESENTA SDO	MANUAL	NINGUNA
1	10	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	DESCRIBIR QUE ES LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	DE MANERA EXPOSITIVA SE EXPLICARÁ EN QUE CONSISTE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	MANUALES	NINGUNA
1	10	TAREA	TAREA PARA CASA	DARLES LA TAREA PARA REALIZAR EN CASA	SE LES DARÁ UN FORMATO PARA REALIZAR LA TAREA EN CASA, LA CUAL CONSISTIRÁ EN QUE UTILIZANDO EL FORMATO DE SITUACIÓN/RESPUESTA DESCRIBAN AQUELLAS SITUACIONES QUE LES HAN PARECIDO ESTRESANTES O DIFÍCILES DE MANEJAR EN LA ÚLTIMA SEMANA Y LO QUE HICIERON ANTE ESA	FORMATO DESCRIPCIÓN DE UN DÍA NORMAL. FORMATO SITUACIÓN/RESPUESTA.	FORMATO DE SITUACIÓN RESPUESTA
110							
OBSERVACIONES DE LA SESIÓN:							

SESIÓN	TIEMPO EN MINUTOS	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD PRINCIPAL	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	ACTIVIDAD PARA CASA
2	5	RECEPCIÓN A LA SEGUNDA SESIÓN	DAR LA BIENVENIDA A LOS PARTICIPANTES A LA SEGUNDA SESIÓN	RECEPCIÓN A LA SEGUNDA SESIÓN	SE LES DARÁ LA BIENVENIDA A LA SEGUNDA SESIÓN. PREGUNTÁNDOLES ACERCA DE LA TAREA QUE REALIZARON EN CASA.	NINGUNO	NINGUNA
2	10	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	DESCRIBIR QUE SON LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	DE MANERA EXPOSITIVA SE EXPLICARÁ EN QUE CONSISTEN LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	MANUAL	NINGUNA
2	15	ERRORES COGNITIVOS	MOSTRAR A LOS PARTICIPANTES LOS DIFERENTES TIPOS DE ERRORES COGNITIVOS	ERRORES COGNITIVOS	DE FORMA EXPOSITIVA, SE EXPLICARÁN LOS DIFERENTES ERRORES COGNITIVOS	MANUAL Y FORMATO DE ERRORES COGNITIVOS	NINGUNA
2	10	DINAMICA DE LA LECHE	REFLEXIONAR ACERCA DE SI MISMOS RESPECTO A SUS GUSTOS	DINAMICA DE LA LECHE	SE LES PREGUNTARÁ A QUIEN LE GUSTA LA LECHE Y A QUIEN NO. DE LOS QUE LES GUSTA LA LECHE, SE PEDIRÁ QUE CON UN ENVASE DE LECHE, TRATEN DE CONVENCER A LOS QUE NO LES GUSTA DE QUE CONSUMAN LECHE. AL FINAL SE LES PROPORCIONARÁ UN VASO, A LOS QUE LES GUSTA LA LECHE, PARA QUE LA ABRAN Y DEPOSITÁNDOLA EN EL VASO, LA BEBAN. AL FINALIZAR SE HARÁ UNA REFLEXIÓN ACERCA DE QUE LO QUE NOS GUSTA NO SIEMPRE ES LO QUE ESPERAMOS.	LECHE TINTURADA Y VASOS	NINGUNA
2	15	VACIADO DE FORMATO DE SITUACIÓN/ RESPUESTA	EJEMPLIFICAR LOS ERRORES COGNITIVOS EN LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	VACIADO DE FORMATO DE SITUACIÓN/ RESPUESTA	EN BASE A LA TAREA QUE REALIZARON, SE HARÁ EL VACIADO EN EL FORMATO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	FORMATO DE REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	NINGUNA
2	10	TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES	HACER UNA INTRODUCCIÓN ACERCA DE LAS TÉCNICAS QUE SE EMPLEARÁN EN EL PROGRAMA	TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES	DE MANERA EXPOSITIVA SE EXPLICARÁ EN QUE CONSISTEN LAS TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES QUE SE EMPLEARÁN EN EL PROGRAMA	MANUAL	NINGUNA
2	60	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	APLICAR LA TÉCNICA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	TÉCNICA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	DE MANERA EXPOSITIVA SE LES DIRÁ EN QUE CONSISTE LA TÉCNICA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA. POSTERIORMENTE UTILIZANDO LO YA HECHO EN EL FORMATO DE REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS, SE HARÁ UN ANÁLISIS DE ELLOS DETALLADAMENTE UTILIZANDO EL FORMATO DE REGISTRO, ANÁLISIS Y GENERACIÓN DE PENSAMIENTO.	FORMATO DE REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y FORMATO DE REGISTRO, ANÁLISIS Y GENERACIÓN DE PENSAMIENTO.	NINGUNA
2	10	TAREAS	DARLES LA TAREA PARA REALIZAR EN CASA	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	SE LLEVARÁN LOS FORMATOS QUE ESTUVIMOS TRABAJANDO EN ESTA SESIÓN Y APLICARÁN LA TÉCNICA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA EN TODAS LAS SITUACIONES QUE SE LES PRESENTEN DIFILES DE MANEJAR.	FORMATO DE REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y FORMATO DE REGISTRO, ANÁLISIS Y GENERACIÓN DE PENSAMIENTO.	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA
135							
OBSERVACIONES DE LA SESIÓN:							

SESIÓN	TIEMPO EN MINUTOS	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD PRINCIPAL	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	ACTIVIDAD PARA CASA
3	5	RECEPCIÓN A LA TERCERA SESIÓN	DAR LA BIENVENIDA A LOS PARTICIPANTES A LA TERCERA SESIÓN	RECEPCIÓN A LA TERCERA SESIÓN	SE LES DARÁ LA BIENVENIDA A LA TERCERA SESIÓN, PREGUNTÁNDOLES ACERCA DE LA REALIZACIÓN DE SU TAREA.	NINGUNO	NINGUNA
3	60	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	TRABAJAR EN SU TAREA DE PENSAMIENTOS IRRACIONALES Y GENERACIÓN DE PENSAMIENTO	REVISIÓN DE SUS TAREAS Y PROFUNDIZAR EN LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	EN BASE A SUS TAREAS, SE HARÁ UNA PROFUNDIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE CADA UNO DE LOS PARTICIPANTES.	TAREAS	NINGUNA
3	60	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	APLICAR LA TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	APLICAR LA TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	DE MANERA EXPOSITIVA SE EXPLICARÁ EN QUE CONSISTE LA TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS. POSTERIORMENTE UTILIZANDO LOS FORMATOS DE LA MISMA SE APLICARÁ LA TÉCNICA EN BASE A SITUACIONES DEFINIDAS POR ELLOS MISMOS COMO PROBLEMÁTICAS, HACIENDO UN ANÁLISIS DE ELLAS DETALLADAMENTE.	FORMATOS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	NINGUNA
3	10	TAREAS	DARLES LA TAREA PARA REALIZAR EN CASA	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	SE LLEVARÁN LOS FORMATOS QUE ESTUVIMOS TRABAJANDO EN ESTA SESIÓN Y APLICARÁN LA TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN TODAS LAS SITUACIONES QUE SE LES PRESENTEN COMO PROBLEMÁTICAS.	FORMATOS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS
135							
OBSERVACIONES DE LA SESIÓN:							

SESIÓN	TIEMPO EN MINUTOS	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD PRINCIPAL	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	ACTIVIDAD PARA CASA
4	5	RECEPCIÓN A LA CUARTA SESIÓN	DAR LA BIENVENIDA A LOS PARTICIPANTES A LA CUARTA SESIÓN	RECEPCIÓN A LA CUARTA SESIÓN	SE LES DARÁ LA BIENVENIDA A LA CUARTA SESIÓN, PREGUNTÁNDOLES ACERCA DE LA REALIZACIÓN DE SU TAREA.	NINGUNO	NINGUNA
4	60	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	TRABAJAR EN SU TAREA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	TAREA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	SE HARÁ UN ANÁLISIS DE SUS TAREAS, PIDIENDO QUE COMENTEN SU EXPERIENCIA Y DUDAS AL APLICARLA.	TAREAS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	NINGUNA
4	60	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	SE RETOMARÁN LOS FORMATOS DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	SE TRABAJARÁ EN SUS VIVENCIAS COTIDIANAS EN EL TRABAJO, IDENTIFICANDO SUS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y ERRORES COGNITIVOS.	FORMATO DE REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y FORMATO DE REGISTRO, ANÁLISIS Y GENERACIÓN DE PENSAMIENTO.	NINGUNA
4	10	TAREAS	DARLES LA TAREA PARA REALIZAR EN CASA	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	SE LLEVARÁN LOS FORMATOS QUE ESTUVIMOS TRABAJANDO EN ESTA SESIÓN Y APLICARÁN TANTO LA TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS COMO LA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA EN TODAS LAS SITUACIONES QUE SE LES PRESENTEN COMO PROBLEMÁTICAS O DIFÍCILES DE MANEJAR	FORMATOS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA
135							
OBSERVACIONES DE LA SESIÓN:							

SESIÓN	TIEMPO EN MINUTOS	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD PRINCIPAL	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	ACTIVIDAD PARA CASA
5	5	RECEPCIÓN A LA QUINTA SESIÓN	DAR LA BIENVENIDA A LOS PARTICIPANTES A LA QUINTA SESIÓN	RECEPCION A LA QUINTA SESIÓN	SE LES DARÁ LA BIENVENIDA A LA QUINTA SESIÓN, PREGUNTÁNDOLES ACERCA DE LA REALIZACIÓN DE SU TAREA.	NINGUNO	NINGUNA
5	60	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	TRABAJAR EN SU TAREA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	TAREA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	SE HARÁ UN ANÁLISIS DE SUS TAREAS, PIDIENDO QUE COMENTEN SU EXPERIENCIA Y DUDAS AL APLICARLA.	TAREAS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	NINGUNA
5	60	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	TRABAJAR EN SU TAREA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	TAREA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	SE HARÁ UN ANÁLISIS DE SUS TAREAS, PIDIENDO QUE COMENTEN SU EXPERIENCIA Y DUDAS AL APLICARLA.	TAREAS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	NINGUNA
5	10	TAREAS	DARLES LA TAREA PARA REALIZAR EN CASA	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	SE LLEVARÁN LOS FORMATOS QUE ESTUVIMOS TRABAJANDO EN ESTA SESIÓN Y APLICARÁN TANTO LA TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS COMO LA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA EN TODAS LAS SITUACIONES QUE SE LES PRESENTEN COMO PROBLEMÁTICAS O DIFILES DE MANEJAR	FORMATOS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA
	135						
OBSERVACIONES DE LA SESIÓN:							

SESIÓN	TIEMPO EN MINUTOS	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD PRINCIPAL	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	ACTIVIDAD PARA CASA
6	5	RECEPCIÓN A LA SEXTA SESIÓN	DAR LA BIENVENIDA A LOS PARTICIPANTES A LA SEXTA SESIÓN	RECEPCION A LA SEXTA SESIÓN	SE LES DARÁ LA BIENVENIDA A LA SEXTA SESIÓN, PREGUNTÁNDOLES ACERCA DE LA REALIZACIÓN DE SU TAREA.	NINGUNO	NINGUNA
6	45	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	TRABAJAR EN SU TAREA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	TAREA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	SE HARÁ UN ANÁLISIS DE SUS TAREAS, PIDIENDO QUE COMENTEN SU EXPERIENCIA Y DUDAS AL APLICARLA.	TAREAS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	NINGUNA
6	45	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	TRABAJAR EN SU TAREA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	TAREA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	SE HARÁ UN ANÁLISIS DE SUS TAREAS, PIDIENDO QUE COMENTEN SU EXPERIENCIA Y DUDAS AL APLICARLA.	TAREAS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	NINGUNA
6	15	CONCLUSIONES DEL PROGRAMA	HACER UNA CONCLUSIÓN GRUPAL DE LO QUE SE VIÓ EN EL PROGRAMA	CONCLUSIONES	SE LES PEDIRÁ QUE POR MEDIO DE UNA LLUVIA DE IDEAS SE LLEGUEN A CONCLUSIONES DE LO QUE SE VIÓ EN EL PROGRAMA.	NINGUNO	NINGUNA
6	30	APLICACIÓN DEL POST-TEST	EVALUAR SI EL PROGRAMA TUVO ALGÚN IMPACTO EN LOS PARTICIPANTES QUE PRESENTARON EL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL	POST TEST	SE LES DARÁ A CONTESTAR LA BATERIA PSICOMÉTRICA	BATERÍA PSICOMÉTRICA	NINGUNA
6	10	DESPEDIDA	ACLARAR DUDAS DE LO EXPUESTO EN LA SESIÓN	ACLARAR DUDAS DE LAS SESIONES	SE LES SOLICITARÁ QUE COMPARTAN AQUELLAS DUDAS QUE TENGAN ACERCA DE LO QUE SE VIÓ EN LAS SESIONES	NINGUNO	NINGUNA
	150						
OBSERVACIONES DE LA SESIÓN:							

ANEXO A

ANEXO A	
SITUACION	RESPUESTA

ANEXO B

ANEXO B

REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

NOMBRE: _____

SITUACIÓN: (¿QUÉ ESTABAS HACIENDO?, ¿QUÉ SUCEDIÓ?, ¿CON QUIÉN ESTABAS?, ¿DÓNDE ESTABAS?)
FECHA Y HORA: _____
EMOCIÓN (UTILIZANDO UNA SOLA PALABRA, INDICA QUE EMOCIÓN SIENTES. POR EJEMPLO, TRISTEZA, ENOJO, ALEGRÍA, ETC)
INTENCIDAD: (EN UNA ESCALA DEL 1 AL 10, ¿QUÉ TANTO LA SIENTES?) _____
PENSAMIENTO AUTOMÁTICO: (¿QUÉ ESTOY PENSANDO EN ESTE MOMENTO?)
RESPUESTA FISIOLÓGICA: (¿QUÉ SIENTO EN MI CUERPO?)
INTENCIDAD: (EN UNA ESCALA DEL 1 AL 10, ¿QUÉ TANTO LA SIENTO?) _____

SITUACIÓN: (¿QUÉ ESTABAS HACIENDO?, ¿QUÉ SUCEDIÓ?, ¿CON QUIÉN ESTABAS?, ¿DÓNDE ESTABAS?)
FECHA Y HORA: _____
EMOCIÓN (UTILIZANDO UNA SOLA PALABRA, INDICA QUE EMOCIÓN SIENTES. POR EJEMPLO, TRISTEZA, ENOJO, ALEGRÍA, ETC)
INTENCIDAD: (EN UNA ESCALA DEL 1 AL 10, ¿QUÉ TANTO LA SIENTES?) _____
PENSAMIENTO AUTOMÁTICO: (¿QUÉ ESTOY PENSANDO EN ESTE MOMENTO?)
RESPUESTA FISIOLÓGICA: (¿QUÉ SIENTO EN MI CUERPO?)
INTENCIDAD: (EN UNA ESCALA DEL 1 AL 10, ¿QUÉ TANTO LA SIENTO?) _____

ANEXO C

ANEXO C			
ERRORES COGNITIVOS			
1	PENSAMIENTO DEL TODO O NADA, BLANCO-NEGRO Ó DICOTÓMICO	5	CATALOGAR
	<p>SÓLO SE OBSERVAN DOS CATEGORIAS Y NO SE OBSERVA LA GAMA DE POSIBILIDADES ENTRE ELAS,, TODAS VALIDAS Y ACEPTABLES. SON RÍGIDOS E INFLEXIBLES.</p> <p>"ME QUIERES O NO ME QUIERES", "SI LO HAGO SOY BUENO, SI NO LO HAGO SOY MALO"</p>		<p>COLOCAMOS A NOSOTROS MISMOS Y A LOS DEMAS UNA ETIQUETA NEGATIVA RESPECTO A CUALQUIER ERROR QUE SE COMETE.</p> <p>"SOY UN INÚTIL", "ES UN MENTIROSO", "SOY TONTO", "ES UNA FRESA"</p>
		9	SOBREGENERALIZACIÓN
			<p>LLEGAMOS UNA CONCLUSIÓN NEGATIVA DE LA SITUACIÓN, MÁS ALLÁ DE LO QUE ÉSTA AMERITA, DE FORMA ABSOLUTA.</p> <p>"NO PUDE ESTABLECER UNA CONVERSACIÓN CON ESA PERSONA, NO SÉ RELACIONARME CON LA GENTE"</p>
2	PENSAMIENTO CATASTRÓFICO O DE ADIVINACIÓN DEL FUTURO	6	MAGNIFICAR/MINIMIZAR
	<p>PREDECIR EL FUTURO NEGATIVAMENTE SIN TENER EN CUENTA OTRAS POSIBILIDADES</p> <p>"ME VOY A DEPRIMIR TANTO QUE NO PODRÉ SEGUIR TRABAJANDO", "SI ME DEJA ME MUERO", "SI LE DIGO QUE NO, ME DEJA DE HABLAR"</p>		<p>AL MOMENTO DE EVALUARNOS O EVALUAR A LOS DEMÁS Ó A LAS SITUACIONES, MAGNIFICAMOS LO NEGATIVO Y MINIMIZAMOS LO POSITIVO.</p> <p>"EL HECHO DE QUE HOY ME LLAME NO SIGNIFICA QUE ME QUIERE", "DURANTE TODO EL CURSO NO ENTENDÍ NADA, ÉSTA CALIFICACION ES POR QUE EL PROFESOR ME AYUDO"</p>
		10	PERSONALIZACIÓN
			<p>LLEGAMOS A CREER QUE LAS PERSONAS TIENEN UNA ACTITUD NEGATIVA HACIA NOSOTROS SIN QUE PENSEMOS EN OTRA EXPLICACIÓN PARA SU COMPORTAMIENTO.</p> <p>"SE QUE LE CAIGO MAL, POR ESO ME HABLO ASÍ", "ESO QUE DIJO LO MENCIONÓ POR QUE VIÓ QUE YO ESTABA AHÍ"</p>
3	DESCALIFICAR O DEJAR DE LADO LO POSITIVO	7	FILTRO MENTAL O ABSTRACCIÓN SELECTIVA
	<p>CONSIDERAR DE UNA MANERA POCO RAZONABLE QUE LAS EXPERIENCIAS, LOGROS O CUALIDADES NO VALEN NADA. HAY AUTO-CONDENA, PARTEN DEL PERFECCIONISMO EXTREMO.</p> <p>"OBTUVE UNA BUENA CALIFICACION PORQUE LAS PREGUNTAS ERAN DEMASIADO SENCILLAS" "ME FELICITARON PORQUE ESTA VEZ LLEGÓ MI JEFE DE BUEN HUMOR" "ESTA VEZ SI TUVE SUERTE, MI TRABAJO FUE DE LOS MEJORES"</p>		<p>PONEMOS MUCHA ATENCIÓN A UN DETALLE NEGATIVO IGNORANDO LOS DEMAS ELEMENTOS DE UNA SITUACIÓN, SACÁNDOLO DE CONTEXTO Y VALORANDO TODA LA SITUACIÓN EN FUNCIÓN DE ÉSE ÚNICO ASPECTO.</p> <p>"SI ME DIJO QUE LE GUSTABA MI DESEMPEÑO, PERO SU MIRADA ERA INDIFFERENTE", "ME INVITO A LA FIESTA PERO FUE PORQUE ESTABA CON LOS DEMÁS Y NO PODÍA DEJAR DE INVITARME"</p>
		11	AFIRMACIONES DEL TIPO "DEBO" O "TENGO QUE"
			<p>TENEMOS Y NOS FORMAMOS UNA IDEA PRECISA Y RÍGIDA RESPECTO DEL COMPORTAMIENTO QUE HAY QUE OBSERVAR Y SOBRE-ESTIMAMOS LO NEGATIVO AL NO CUMPLIR LAS EXPECTATIVAS.</p> <p>"DEBO SER EL MEJOR DE LA CLASE", "TENGO QUE SER UN BUEN AMIGO"</p>
4	RAZONAMIENTO EMOCIONAL	8	LEER LA MENTE
	<p>PENSAR QUE ALGO TIENE QUE SER REAL PORQUE ASÍ LO SENTIMOS, ASUMIENDO QUE LO QUE SE SIENTE ES EL MEJOR INDICADOR DE LA REALIDAD, LA CUAL ES ABSOLUTA.</p> <p>"TÚ ME ERES INFIEL, YO LO SIENTO", "YA NO ME QUIERES, LO SIENTO", "SE QUE ME FELICITARON POR EL TRABAJO, PERO SIENTO QUE LO DIJERON POR COMPROMISO"</p>		<p>TENEMOS LA SEGURIDAD DE SABER LO QUE LA OTRA PERSONA ESTA PENSANDO, SIN NINGUNA EVIDENCIA Y SIN TOMAR EN CUENTA OTRAS ALTERNATIVAS.</p> <p>"PIENSA QUE NO TENGO NI IDEA", "SE ESTA BURLANDO DE MI", "PIENSA QUE CON ESTO LE VOY A DECIR QUE SI"</p>
		12	VISIÓN EN FORMA DE TUNEL
			<p>SÓLO VEMOS LOS ASPECTOS NEGATIVOS DE UNA SITUACIÓN</p> <p>"MI JEFE NO SABE ABSOLUTAMENTE NADA", "ESE PROFESOR NO SABE ENSEÑAR Y ADEMÁS ES TORPE E IRRESPONSABLE", "SI ME RECHAZARON ESE PROYECTO ME VAN A RECHAZAR TODOS, SOY UN TONTO"</p>

ANEXO D

ANEXO D

“Debo, absolutamente, tener éxito en la mayoría de mis actuaciones y relaciones, las cuales deben estar bien o ser catalogadas como buenas; de no ser así, ¡como persona soy alguien del todo inadecuado e inútil!”

Principales Sub-ideas:

- 1) Debo encontrar sincero amor y aprobación casi siempre por parte de todas que encuentro importantes.
- 2) Debo probarme a mi mismo que que soy plenamente competente, idóneo y capacitado, ó al menos tener una competencia real ó talento en algo importante.
- 3) Mi miseria emocional proviene casi plenamente de mis presiones externas, de las que tengo poca habilidad para cambiar o controlar; a menos que esas presiones cambien, no puedo hacer que me sienta sin ansiedad, deprimido, abatido u hostil.
- 4) Si sobrevienen los acontecimientos que me ponen en peligro real ó que amenazan mi vida, tengo que preocuparme excepcionalmente y perturbarme por ellos.
- 5) El pasado de mi vida me influenció inmensamente y permanece importante aún porque si antes me afectó, algo fuertemente tiene que seguir determinando mis sentimientos y conducta aún hoy; todavía permanece la credulidad y condicionantes de mi primera infancia, y no puedo superarlo y pensar por mí mismo.
- 6) Debo tener un alto grado de orden y certeza en el mundo que me rodea para ser capaz de sentirme cómodo y actuar adecuadamente.
- 7) Necesito desesperadamente a los demás para confiar y depender de ellos; permaneceré siempre tan débil que también necesitaré un poder sobrenatural en el que confiar, especialmente en momentos de grave crisis.
- 8) Debo comprender la naturaleza o secreto del mundo para vivir felizmente en él.
- 9) Puedo y debería otorgarme una valoración global como ser humano, y solamente puedo considerarme bueno y respetable si lo hago bien, realizo acciones que merecen la pena y tengo personas que normalmente me aceptan.
- 10) Si me pongo deprimido, con ansiedad, avergonzado ó enfadado, ó cedo débilmente a los sentimientos de perturbación que las personas ó los acontecimientos tienden a hacerme sentir, actúo muy incompetente y vergonzosamente. No debo hacer esto y si lo hago me convierto en una persona totalmente débil e inútil.
- 11) Las creencias mantenidas por autoridades respetuosas ó por mi sociedad deben probarse que son correctas y no tengo derecho a cuestionarlas en teoría ó en la práctica. Si lo hago, las personas tienen perfecto derecho a condenarme y a castigarme y no puedo soportar su desaprobación.

“El resto de la gente **debe, absolutamente, tratarme con consideración, justicia, respeto y amabilidad, precisa y absolutamente de la forma como quiero que me traten; *¡de lo contrario, no son tan buenos como dicen y la sociedad y el Universo deberían condenarlos, censurarlos y castigarlos por su falta de consideración, no merecen alcanzar la felicidad mientras vivan!*”**

Principales Sub-ideas:

- 1) Los demás deben de tratar a cada uno de una manera amable y justa; y si actúan con rudeza ó con falta de ética se convierten en personas inútiles, merecen dura condena y castigo y el mundo casi con seguridad verá que ellos reciben esta clase de retribución a su mala manera de conducirse.
- 2) Si los demás se comportan impropia ó estúpidamente se convierten en idiotas totales y se deben sentir totalmente avergonzados de sí mismos.
- 3) Si las personas tienen la habilidad de actuar bien pero en realidad eligen esquivar y eludir las responsabilidades que deberían aceptar y llevarlas a cabo, ellos se convierten en inútiles y deberían sentirse plenamente avergonzados de sí mismos. Las personas deben alcanzar todo su potencial para llevar una vida feliz y que merezca la pena, de otra forma tienen poco ó ningún valor como seres humanos.

“Las condiciones bajo las que vivo **deben ser absolutamente** confortables, placenteras y valiosas para que consiga prácticamente todo lo que quiero de manera cómoda, rápida y fácilmente y no me ocurra casi nada de lo que no quiero; *jde lo contrario, será algo horrible , no lo soportaré , y todo este maldito mundo será asqueroso!*”

Principales Sub-ideas:

- | |
|---|
| 1) Las cosas deben ir de la forma que me gustaría que fueran, porque necesito lo que quiero; y la vida es horrorosa, terrible y horrenda cuando no consigo lo que quiero. |
| 2) Cuando existen en mi mundo peligros ó personas ó cosas temibles, debo preocuparme continuamente de ellas; de esa forma tendré el poder de controlarlas ó cambiarlas. |
| 3) Encuentro más fácil evitar enfrentarme a las muchas dificultades de la vida y a las responsabilidades personales que comprometerme a formas más compensatorias de autodisciplina. Necesito un bienestar inmediato y no puedo pasar por un dolor presente para alcanzar un mejor futuro. |
| 4) Las personas deberían actuar mejor de lo que normalmente lo hacen; y si no se comportan bien y me crean complicaciones, confusiones ó escándalos innecesarios, considero que son horrendas y terribles y no puedo soportarlas. |
| 5) Puesto que existen desventajas en mi vida, bien por mis tendencias hereditarias ó por las influencias de mi entorno pasado ó presente, yo no puedo hacer prácticamente casi nada para cambiarlas; debo continuar sufriendo constantemente a causa de estas desventajas. Por lo tanto, casi no vale la pena vivir. |
| 6) Si cambiara algún elemento perjudicial o desagradable en mí mismo ó mi vida resulta ser muy dura, esa dificultad no debería existir. Lo encuentro demasiado difícil para hacer algo; también podría no hacer ningún esfuerzo, ó muy poco para cambiarlo. |
| 7) Tienen que prevalecer claramente los valores de justicia, equidad, igualdad y democracia; cuando no existen no lo puedo soportar y la vida parece demasiado insoportable para seguir viviéndola. |
| 8) Debo encontrar soluciones correctas y prácticamente perfectas a mis problemas y a los de los demás; si no las encuentro, ocurrirá la catástrofe y el horror. |
| 9) Las personas y los acontecimientos externos producen prácticamente toda mi infelicidad y tengo que permanecer víctima impotente de ansiedad, depresión, sentimientos de inadaptación y hostilidad a no ser que estas condiciones y personas cambien y me permitan detener mis sentimientos y pensamientos perturbados. |
| 10) Puesto que he logrado nacer y seguir vivo ahora, mi vida tiene que continuar indefinidamente, ó al menos hasta que quiera seguir viviendo. Considero que es muy feo y horrible pensar en la posibilidad de morir y no tener ya más una existencia. |
| 11) En tanto y cuanto siga vivo, mi vida tiene que tener un sentido ó finalidad insólita ó especial; si no puedo crear este sentido ó finalidad por mí mismo, el mundo ó alguna fuerza sobrenatural en el Universo debe otorgármela. |
| 12) No puedo soportar la incomodidad de sentirme angustiado, deprimido, culpable, avergonzado ó perturbado emocionalmente de cualquier otra forma; si realmente me volviera loco o me internaran en una institución mental, nunca podría soportar ese horror y tendría que suicidarme. |
| 13) Cuando las cosas realmente me han ido mal durante un período bastante largo de tiempo y no existe ninguna garantía de que cambie y ninguno se haga cargo de mi vida y haga mejor las cosas para mí, sencillamente no puedo soportar el pensamiento de vivir más y debo considerar seriamente en suicidarme. |

ANEXO E

ANEXO E

¡TU TIENES DERECHO A...!

A continuación se te presentan algunos de los derechos básicos que tú tienes por el sólo hecho de ser un ser humano. Es conveniente considerar que éstos derechos los tenemos todos, por lo que es nuestra responsabilidad conocerlos y ponerlos en práctica de forma adecuada. En ellos esperamos que te apoyes durante el camino para el mejoramiento de tu autoestima.

TU TIENES DERECHO A:	APLICACIÓN:	RESPONSABILIDAD:	COMENTARIO:
A considerar tus propias necesidades.	Lo que tú necesitas es importante; subestimarlo o sacrificarlo constantemente provoca que después reclames en son de víctima, agrediendo a otros que tal vez no son culpables de la incapacidad para defender lo tuyo.	Es conveniente salir al encuentro de nuestras necesidades sin que por ello descontemos las de los demás; buscar un plano de igualdad es legítimo. Nosotros y nadie más tenemos la responsabilidad de satisfacer nuestros propios requerimientos.	Uno mismo se pone muchas veces en condiciones de perdedor. Sin embargo, no por negar nuestras necesidades los demás dejarán de satisfacer las suyas. Los demás no tienen que adivinar lo que necesitamos.
A cambiar de opinión.	Tenemos derecho a cambiar de opinión. No porque ya hemos dado un juicio debemos forzosamente apegarnos a él.	Es recomendable no estar cambiando constantemente de opinión, sobre todo si ésta repercute en consecuencias para los demás, ya que ello provoca descontrol.	A veces después de haber emitido un juicio u opinión tenemos nueva información, ya sea del exterior o de cómo nos sentimos de la decisión tomada, por lo que es sano considerar un cambio. Mantenernos rígidos sólo porque ya se decidió algo refleja terquedad.
A tener y a expresar tus propios sentimientos y opiniones.	Tus sentimientos y opiniones son parte importantísima de ti, negarlos sólo lleva a que explotes después o a que busques formas manipulativas, convenencieras o chantajistas de expresión. Tienes derecho a sentirte como quieras, no conviene reprocharte por ello, sino aprender a conducir tus sentimientos adecuadamente.	Es conveniente hacer esfuerzos para controlar sentimientos negativos que provienen de ideas irracionales que tú mantienes en tu pensamiento o expresar opiniones ofendiendo a los demás.	El hacer respetar lo que es propio no nos desliga de la necesidad de ser oportunos en la comunicación. Sentirte culpable por tener un sentimiento sólo complica aún más la situación. El primer paso para manejarlo es aceptar que existe y no pelear contra él.

TU TIENES DERECHO A:	APLICACIÓN:	RESPONSABILIDAD:	COMENTARIO:
A rehusar peticiones sin sentirte culpable o egoísta.	Eres un sistema de energía limitado con necesidad de abastecer, eso implica que inevitablemente tienes que poner límites a los demás y establecer prioridades.	Tienes la responsabilidad de respetar también un no de los demás. Tampoco es conveniente que por tu derecho a rehusar se adopten posiciones extremas que afecten la reciprocidad necesaria en una relación.	Rehusar no significa rechazar a la persona, sino poner límites.
A ser tratado con respeto y dignidad.	En ningún sentido alguien tiene derecho a ofendernos, menospreciamos o ridiculizarnos, así hayamos cometido errores o actos incompetentes; pensemos diferente o busquemos nuestras propias fórmulas de vida, cualesquiera que éstas sean.	Es importantísimo practicar el respeto a los demás, a sus formas diferentes de manifestarse, a ejercer trato cortés y amable, comprender que el tener un derecho no niega el mismo derecho de la otra persona en la situación.	Las diferencias de los demás no los hacen menos valiosos que nosotros, tenemos el derecho a decir, sentir y actuar como nos plazca, siempre y cuando respetemos a los demás en el proceso.
A cometer errores.	Como ser humano puedes equivocarte cientos de veces y no por ello eres un ser poco valioso o despreciable.	Tienes el deber de tratar honestamente de no cometer los mismos errores una y otra vez.	Es mucho mejor aprender del error que condenarte por ello. También es importante respetar a los demás en su dignidad cuando fallan. Los demás tienen derecho a molestarse por tus errores más no a ofenderte por ello.
A pedir lo que quieres.	Pedir información, ayuda, un cambio de actitud o que se te satisfaga, te hace demostrar que eres humano, no un ser invulnerable y frío que no necesita de los demás.	Tu derecho a pedir no debe confundirse con el querer exigir que los demás te den lo que tú quieres. Es importante respetar las decisiones de los demás.	Es importante no desvalorizar lo que queremos; es nuestra responsabilidad señalar en forma directa y con claridad el grado de deseo para no dar lugar a adivinanzas y malos entendidos.

TU TIENES DERECHO A:	APLICACIÓN:	RESPONSABILIDAD:	COMENTARIO:
A hacer menos de lo que eres humanamente capaz de hacer.	Ejercitar este derecho nos ayuda a no vivir siempre bajo presión, es verdad que hay que hacer las cosas lo mejor posible pero principalmente las importantes.	Puedes hacer tu trabajo agradable, pedir que te ayuden, establecer ambientes cómodos que te faciliten las tareas pero sin justificar por ello acciones irresponsables.	La presión emocional es muchas veces síntoma inequívoco de exigencia desmedida a dar el 100% o más en todo. Para facilitar el cambio personal es clave que las metas sean primero que todo realistas .
A establecer tus propias prioridades y tomar tus propias decisiones.	Tienes derecho a decidir por ti y afrontar las consecuencias de lo que tú eliges o decides; a ser tú mismo, identificarte como alguien diferente que busca sus estímulos y maneras, únicos.	Es importante aprender a responsabilizarnos de las consecuencias de nuestros actos sin culpar a los demás indiscriminadamente. Así como entender que las personas pueden no querer ayudar si nuestras decisiones son negativas. Es importante hacer de los errores oportunidades. No hacemos las víctimas de las circunstancias. Por supuesto hay que respetar éste mismo derecho en los demás.	Una sobrevaloración de este derecho nos puede orillar a actos irreflexivos en donde perdemos la capacidad de escuchar o aprender de experiencias ajenas. Es muy importante sin embargo que nos definamos como seres únicos e independientes y demos una respuesta personal al tipo de vida que deseamos.
A sentirte bien contigo mismo.	Procurar tu bienestar, disfrutar lo que haces bien, aceptarte como eres, sentirte un individuo con valor, gozar tus logros y comprenderte sin por ello justificar falsamente errores cometidos, es indispensable para obtener satisfacción.	Sentirte bien contigo mismo. No debe implicar creerte mejor o más valioso que los demás o no considerarlos, dándote prioridad única afectándolos al ser insensible a lo que necesitan. Aceptarte como eres no implica la negación del deseo de mejorarte, sino tu valoración y reconocimiento positivo y alegre de lo que hayas logrado (sea lo que fuere), al momento presente.	Muchas veces uno se crea culpabilidades que no son saludables. Es importante entender que somos humanos y que al participar en el proceso de vivir tenemos la oportunidad de disfrutar, de reconocer ante nosotros mismos los esfuerzos que hacemos por superarnos y ser en una palabra nuestros mejores amigos.

TU TIENES DERECHO A:	APLICACIÓN:	RESPONSABILIDAD:	COMENTARIO:
A tu privacidad, a que te dejen solo.	Tienes derecho a tu esparcimiento personal, a tener tu lugar de recogimiento para la lectura, reflexión, oír música, etc.	Es conveniente ordenar el tiempo de tal forma que nos permita desarrollar las actividades que se desean ejercer en soledad. No hacerlo así, a la larga nos puede llevar a la agresión o desesperación con los demás.	A veces cuando se vive en espacios reducidos o cambian las responsabilidades se olvida que es necesario tener momentos de soledad y/o privacidad. Por ejemplo, una pareja con hijos que ya no comparten cosas solos y todo el tiempo están con ellos, o el marido que deja de estudiar o leer cosas que le interesan porque no se facilitan esos momentos que son en ocasiones muy importantes para el crecimiento personal.
A calmarte, tomar tu tiempo y pensar.	Las mejores decisiones se dan porque pensamos acertadamente sobre las situaciones, esto hace indispensable que nos demos todo el tiempo que consideremos necesario para reflexionar.	No es conveniente actuar deliberadamente con calma para afectar a los demás. Si el tiempo en el que deseamos reflexionar conlleva una decisión que involucra a otra persona, tienes la responsabilidad de realmente aprovechar ese tiempo y pensar.	En un mundo de prisa como el que vivimos se requiere de mucha reflexión y ésta se da idealmente en condiciones de tranquilidad; es necesario que velemos por darnos las situaciones de paz necesarias. A veces es imposible darnos un plazo límite a priori para asegurar que llegaremos a conclusiones definitivas.
A no usar tus derechos.	En ti está la decisión de renunciar a la defensa de uno de tus derechos, ya sea por tus valores, conveniencias o autoexigencias.	Tienes la responsabilidad de enfrentar con madurez las consecuencias de tu decisión sin culpar con facilidad a otros de la opción que elegiste. Es conveniente analizar concienzudamente el efecto de no hacer valer un derecho específico a corto, mediano y largo plazo.	No es una obligación ser asertivo o defender tus derechos siempre; eres libre de decidir incluso renunciar a algo. Exigirte ser siempre asertivo es una meta ilusoria.

TU TIENES DERECHO A:	APLICACIÓN:	RESPONSABILIDAD:	COMENTARIO:
A pedir reciprocidad	Si tú das tienes derecho a pedir, no exigir, actos recíprocos, o tienes el derecho de escoger a las personas que si te correspondan como tú lo deseas.	No porque tú des, el otro está obligado a corresponder, ni en la forma ni en la medida de tus deseos. Es importante hacerte responsable de tu decisión de dar, que es independiente de los demás, que pueden actuar como deseen, y no culpar después.	A veces se cree que este derecho no existe por el lema aprendido de "amar es dar sin esperar recibir". Sin embargo, esperar algo a cambio no nos hace, seres interesados o utilitaristas. Por ejemplo una mamá que hace "todo" por sus hijos puede estar activamente formando su irresponsabilidad, ya que la mamá sustituye la acción de disciplinas o hábitos que bien les serviría aprender a ellos fomentando además la insensibilidad hacia las necesidades de ella deshumanizándolos.
A tener éxito.	En ocasiones nos negamos este derecho como si no mereciéramos tener consecuencias positivas por esfuerzos hechos o por no considerar que podemos hacer cosas valiosas o útiles. Existe el miedo al éxito por pensamientos negativos que indican que si lo obtenemos no podremos enfrentar adecuadamente las nuevas responsabilidades	Es conveniente vencer nuestros temores cuando éstos se fundamentan en problemas imaginarios que tienen el efecto de restarnos capacidad para lograr enfrentar debidamente las exigencias que los éxitos implican. Es mejor hacernos responsables de combatir las ideas de "no voy a poder", prepararnos con el mejor esfuerzo en lugar de culpar a las circunstancias que se presentaron o a la mala suerte que "explica" un fracaso.	Existe el miedo al éxito que muchas veces se forma por la creencia de que no podremos con el "paquete". En otras ocasiones si existen razones objetivas para no emprender una idea. Lo importante es distinguir cuándo es un temor imaginario y cuándo se funda en datos reales. No es adecuado descontar opciones que pueden llevar al éxito antes de hacer claramente esta distinción.

TU TIENES DERECHO A:	APLICACIÓN:	RESPONSABILIDAD:	COMENTARIO:
A obtener la calidad relativa a lo que pague.	Tienes todo el derecho de revisar tu cuenta en un restaurante, obtener calidad de un producto o servicio, regresar una mercancía, exigir un cumplimiento puntual de los compromisos. Ser tímido en este derecho puede afectar directa y fuertemente el bolsillo.	Tienes la responsabilidad de expresar tu inconformidad sin agresión pero si puedes hacerlo con firmeza. A veces las fallas en productos o servicios no son intencionales. Más que evaluar a las personas, la meta es defender el derecho que tienes.	Si abusan de ti en este respecto en gran medida se debe a no pedir con asertividad exactamente qué es lo que quieres. Es recomendable que no dejes dudas y exijas claridad en las respuestas.
A ser feliz.	Parece obvio, pero olvidamos con frecuencia este derecho básico; si tú estás satisfecho puedes dar lo mejor de ti mismo a los demás. Procurar tu felicidad, por tanto, es pensar también en los demás.	No es conveniente que el ejercicio de tu felicidad se contraponga a tus metas responsables de mediano y largo plazo, como tampoco actuar irresponsablemente afectando a otros. Ser feliz no es una meta, es una tarea diaria que requiere esfuerzo y también sacrificios que a menudo canjean el gozo de un corto plazo por uno mayor después. Ser feliz es una responsabilidad personal en la que los demás pueden ayudar, pero en nosotros está el dar la última palabra.	Tienes derecho a disfrutar lo que tienes y lo que te rodea. También es necesario desarrollar la habilidad para saber responder a los problemas que la realidad y las circunstancias presentan para no dejarse vencer ante obstáculos que por no superarlos nos hacen más débiles aún. Puede existir un entorno fabuloso pero al mismo tiempo persistir la incapacidad para disfrutarlo. Hay circunstancias difíciles y también la capacidad para atenuarlas. Para ser feliz, también hay que aprender a serlo.

ANEXO F

ANEXO F					
REGISTRO, ANÁLISIS Y GENERACIÓN DE PENSAMIENTO					
INSTRUCCIONES: Cuando notes que tu estado de ánimo empeora, pregúntate: "¿QUÉ ESTA PASANDO POR MI MENTE EN ÉSTE MOMENTO?" Y, tan pronto como te sea posible, haz por escrito el pensamiento en la columna correspondiente a PENSAMIENTO AUTOMÁTICO.					
FECHA Y HORA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	EMOCIÓN	CONDUCTA	CONSECUENCIAS
	1) ¿Qué acontecimientos reales, cadena de pensamientos, ensoñaciones ó recuerdos te llevaron a ésa emoción desagradable? 2) ¿Qué sensaciones físicas perturbadoras experimentaste? (Si hubo alguna)	1) ¿Qué pensamientos y/o imágenes pasaron por tu mente? 2) ¿En qué medida creíste en cada uno de ellos en ése momento?	1) ¿Qué emoción/es (tristeza, angustia, ira, etc.) sentiste en ese momento? 2) ¿Cuán intensa (0 a 100%) fue la emoción/es	1) ¿Qué hago? (Conductas observables)	1) ¿Cuáles son las consecuencias de la conducta que presenté? (Observables, tangibles y medibles)
FECHA Y HORA	ERROR DE PENSAMIENTO	EVIDENCIA A FAVOR	EVIDENCIA EN CONTRA	RESPUESTA(S) ALTERNATIVA(S)	RESULTADO
	1) ¿Qué error de pensamiento es el que estoy teniendo? 2) ¿Cuáles son las sub-ideas de ése error del pensamiento?	1) ¿Cuál es la evidencia de que este pensamiento automático es verdadero? 2) ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir?	1) ¿Qué evidencia existe de que éste pensamiento automático es falso? 2) ¿Existe alguna otra explicación posible? 3) ¿Qué es lo peor que podría pasar? ¿Podría soportarlo?	1) ¿Cuál es el efecto de creer en éste pensamiento automático? 2) ¿Cuál podría ser el efecto de cambiar mi pensamiento? 3) ¿Qué debo hacer al respecto? 4) Si _____(nombre de un amigo) se encontrara en ésta situación y tuviese éste pensamiento, ¿qué le diría?	1) ¿Cuánto crees tú ahora en cada pensamiento automático? 2) ¿Qué emoción/es sientes en éste momento? ¿Con qué grado de intensidad (del 0 al 100%) 3) ¿Cuál es la alternativa más realista? 4) ¿Qué vas a hacer?

ANEXO G

ANEXO G
PERFIL DEL PROBLEMA

1. SITUACIÓN

¿QUIÉN ESTA IMPLICADO? (OTRAS PERSONAS)

¿QUÉ SUCEDE? (¿QUÉ HA SUCEDIDO Ó DEJADO DE SUCEDER? ¿QUÉ TE MOLESTA?)

¿DÓNDE SUCEDE? (LUGAR)

¿CUÁNDO SUCEDE? (MOMENTO DURANTE EL DÍA, FRECUENCIA, DURACIÓN)

¿CÓMO SUCEDE? (LAS REGLAS QUE PARECE SEGUIR, ESTADOS DE ÁNIMO IMPLICADOS)

¿POR QUÉ SUCEDE? (RAZONES QUE UNO MÍSMO Ó LOS DEMÁS DAN PARA JUSTIFICAR EL PROBLEMA EN EL MOMENTO EN QUE SE PRESENTA)

2. RESPUESTA

¿DÓNDE LO HAGO? (LUGAR)

¿CUÁNDO LO HAGO? (TIEMPO EN REACCIONAR, DURACIÓN DE LA RESPUESTA)

¿CÓMO LO HAGO? (ESTILO, HUMOR, INTENSIDAD Ó CONTROL)

¿CÓMO ME SIENTO? (EMOCIONES DE CÓLERA, DEPRESIÓN, CONFUSIÓN, ETC.)

¿POR QUÉ LO HAGO? (PENSAMIENTOS SOBRE ELLO, TEORÍAS, EXPLICACIONES, RAZONAMIENTOS)

¿QUÉ QUIERO? (OBJETIVOS QUE SÍ SE CUMPLIERAN SIGNIFICARÍAN QUE EL PROBLEMA ESTA SOLUCIONADO)

ANEXO I

ANEXO I
TEMPESTAD DE IDEAS

OBJETIVO A: _____

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____

OBJETIVO B: _____

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____

OBJETIVO C: _____

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____

ANEXO J

ANEXO J
VALORACIÓN DE CONSECUENCIAS

OBJETIVO A

Si la consecuencia es básicamente personal se dará 2 puntos .
Si la consecuencia es básicamente social se dará 1 punto .
Si la consecuencia es básicamente a largo plazo se dará 2 puntos .
Si la consecuencia es básicamente a corto plazo se dará 1 punto .

ESTRATEGIA: _____

CONSECUENCIAS POSITIVAS	PUNTUACIÓN		CONSECUENCIAS NEGATIVAS	PUNTUACIÓN
_____	_____		_____	_____
_____	_____		_____	_____
_____	_____		_____	_____
TOTAL:	_____		TOTAL:	_____

ESTRATEGIA: _____

CONSECUENCIAS POSITIVAS	PUNTUACIÓN		CONSECUENCIAS NEGATIVAS	PUNTUACIÓN
_____	_____		_____	_____
_____	_____		_____	_____
_____	_____		_____	_____
TOTAL:	_____		TOTAL:	_____

ESTRATEGIA: _____

CONSECUENCIAS POSITIVAS	PUNTUACIÓN		CONSECUENCIAS NEGATIVAS	PUNTUACIÓN
_____	_____		_____	_____
_____	_____		_____	_____
_____	_____		_____	_____
TOTAL:	_____		TOTAL:	_____