



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**Sistema de Universidad Abierta y Educación a  
Distancia**

**Manuscrito Recepcional**

**Programa de Profundización en**

**Psicología Clínica**

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO  
CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LOS SÍNTOMAS DEL  
ESTRÉS LABORAL Y BURNOUT**

**Reporte de Investigación Teórica**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**Rubí Mariana Delgadillo Valdés**

**Directora:** Lic. Verónica Cristina Morales Vásquez

**Vocal:** Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza

**Secretaria:** Mtra. Laura Edith Pérez Laborde

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México

Noviembre, 2019.





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

# INDICE

<b>Introducción</b> .....	8
<b>CAPÍTULO I</b> .....	12
<b>Marco Teórico</b> .....	12
<b>1.1. Estrés</b> .....	12
<b>1.2. Fases del estrés</b> .....	13
<b>1.3. Síndrome de burnout</b> .....	15
<b>1.4. Antecedentes</b> .....	18
<b>1.5. Síntomas del Burnout</b> .....	22
<b>1.6. Causas y factores psicosociales del Síndrome de Burnout</b> .....	24
1.6.1. Consecuencias de los factores psicosociales en el trabajo.....	26
<b>1.7 Modelos teóricos del síndrome de burnout.</b> .....	28
<b>1.8. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de burnout</b> .....	30
<b>CAPÍTULO II</b> .....	32
<b>Modelo De Intervención Cognitivo Conductual</b> .....	32
<b>2.1. Bases teóricas de la teoría de la conducta</b> .....	35
2.1.1. La reflexología rusa y las leyes del Condicionamiento Clásico .....	35
2.1.2. El conexionismo de Thorndike .....	37
2.1.3. El conductismo.....	38
2.1.4. Condicionamiento operante.....	39
2.1.5. Teoría del aprendizaje Social .....	40
<b>2.2. Surgimiento de las terapias cognitivas</b> .....	41
2.2.1. El modelo de Terapia Cognitiva .....	41
2.2.2. El modelo de Terapia Racional Emotiva Conductual.....	42
<b>2.3. Intervención</b> .....	42
<b>2.4. Principales técnicas cognitivo-conductuales</b> .....	43
<b>2.5. Otras investigaciones</b> .....	44
<b>CAPÍTULO III</b> .....	47
<b>Propuesta de Intervención</b> .....	47
<b>3.1. Metodología</b> .....	47
3.1.1. Justificación.....	47
3.1.2. Objetivos .....	48
3.1.3. Instructor.....	49
3.1.4. Participantes .....	49
3.1.5. Materiales.....	50

3.1.6. Escenario.....	51
3.1.7. Procedimiento .....	51
3.1.8. Carta Descriptiva.....	52
<b>Alcances y limitaciones.....</b>	<b>63</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>63</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>66</b>

# ¡Gracias!

A mis seres queridos que depositaron su confianza en mí.

A mis profesores que fueron parte importante del mi crecimiento  
intelectual.

A mi asesora, la Lic. Verónica Morales, quien me apoyo mucho en la  
construcción de este documento.

**"Confiar en ti mismo no garantiza el éxito, pero no hacerlo  
garantiza el fracaso."**

- Albert Bandura.

## **Resumen**

Aunque los estudios del Síndrome de Burnout llevan más de 50 años, este síndrome se ha ido incrementando a nivel mundial durante los últimos años, por ello los profesionales se han enfocado más en su estudio. Sin embargo, existen muy pocos registros sobre medidas de prevención y medidas para combatir el Burnout. Por ello, se consideró que es importante ampliar y proponer una intervención cognitivo-conductual que servirá como herramienta para prevenir la prevalencia del Síndrome de Burnout dentro de las empresas.

La propuesta de intervención se realizó desde el enfoque Cognitivo conductual, la cual consiste en un taller de seis sesiones de dos horas. Ha sido diseñada para ser impartida a una población de 5 a 25 hombres y mujeres que puedan estar en riesgo de padecer el síndrome de burnout.

El objetivo general de la propuesta de intervención es proponer un taller basado en técnicas cognitivo-conductuales que proporcionen herramientas básicas a trabajadores de diversas áreas laborales para que vayan adquiriendo las habilidades necesarias para mejorar de manera asertiva sus relaciones personales, así como disminuir los niveles de estrés y ansiedad que se asocian al síndrome de Burnout. Además, también podrán identificar, analizar y modificar los pensamientos disfuncionales que inciden de forma directa en su estado emocional y conductual, y puedan así mejorar su calidad de vida.

**PALABRAS CLAVE:** burnout, estrés, Intervención, cognitivo, conductual

## **Abstract**

Although studies of Burnout Syndrome take more than 50 years, this syndrome has been increasing worldwide in recent years, so professionals have focused more on their study. However, there are very few records on prevention measures and measures to combat Burnout. Therefore, it was considered important to expand and propose a cognitive-behavioral intervention that will serve as a tool to prevent the prevalence of Burnout Syndrome within companies.

The intervention proposal was made from the Cognitive behavioral approach, which consists of a six-session two-hour workshop. It has been designed to be taught to a population of 5 to 25 men and women who may be at risk of suffering from burnout syndrome.

The general objective of the intervention proposal is to propose a workshop based on cognitive-behavioral techniques that provide basic tools to workers from various work areas so that they are acquiring the necessary skills to assertively improve their personal relationships, as well as decrease the levels of stress and anxiety that are associated with Burnout syndrome. In addition, they can also identify, analyze and modify dysfunctional thoughts that directly affect their emotional and behavioral state, and thus improve their quality of life.

**KEY WORDS:** burnout, stress, intervention, cognitive, behavioral



## Introducción

Desde la antigüedad el ser humano para sobrevivir y coexistir en una sociedad ha realizado actividades económicas productivas las cuales le generan una satisfacción social, económica y personal. Sin embargo, estas actividades en exceso pueden generar un desgaste físico y mental para las personas.

Además, las personas también están expuestas a alteraciones emocionales, laborales, sociales y personales que pueden provocar ansiedad o preocupación, se puede desencadenar en estrés que es una tensión emocional en la cual está relacionada con agentes fisiológicos como dolor muscular, dolor de cabeza, cansancio excesivo, mandíbula rígida entre otros.

En México, de acuerdo con Juárez-García, A, Idrovo, A, Camacho-Ávila, A, & Placencia-Reyes, O (2014). “el síndrome de burnout se encuentra asociado a un sinnúmero de variables demográficas, laborales, personales, de salud y de rendimiento en la población laboral mexicana; de ellas destacamos las más enunciadas.” Sin embargo, en este estudio, de los 64 artículos revisados (se consideraron en esta investigación basada en una metabúsqueda de 12 bases de datos) los cuales todos son muestras mexicanas, se encontró que la gran mayoría de la investigación se centra en profesionales de la salud (más del 50%), principalmente en enfermeras y médicos.

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el 43% los mexicanos padecen estrés laboral, puesto que se trata de la nación que más horas trabaja, pero que tiene menores índices de productividad dentro del grupo de países miembros.

Además, situación económica en el país ha orillado a las empresas a tener en su nómina menos cantidad de personas de las que requiere sus necesidades, por ello es por lo que a los empleados se les satura de actividades y presiones para cubrir dichas necesidades.

En la presente investigación teórica se lleva a cabo una revisión documental sobre el panorama actual del Síndrome de Burnout, coloquialmente llamado “estar quemado” o “estrés laboral”. Se realiza una profunda investigación teórica sobre la evolución del concepto desde estrés a Burnout.

En el capítulo 1 se explicará lo que es el estrés y como puede derivar a ser síndrome de burnout, desde la evolución de su definición, sus posibles causas, los síntomas físicos y emocionales del individuo.

En el capítulo 2 se revisarán los antecedentes del enfoque cognitivo conductual, las características y técnicas más utilizadas para atender trastornos de ansiedad. Además, se menciona la eficacia en el tratamiento enfocada al síndrome de burnout.

En el capítulo 3 se encuentra la intervención que se realizó desde el enfoque Cognitivo conductual, la cual consiste en un taller de seis sesiones de dos horas. Ha sido diseñada para ser impartida a una población de 5 a 25 hombres y mujeres que puedan estar en riesgo de padecer el síndrome de burnout

## **Planteamiento del problema**

En la actualidad, las exigencias del mercado laboral y la constante competencia en las instituciones han llevado a que se eleven las demandas de los trabajadores por lograr posicionarse, el cual provoca grandes consecuencias a nivel emocional, cognitivo, conductual y social que repercuten directamente en trastornos sobre la adaptación al medio laboral y personal de los empleados.

De acuerdo con el estudio Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (Emedo), en un estudio realizado por la Universidad Nacional autónoma de México a cargo de Jesús Felipe Uribe Prado, doctor en psicología por la Facultad de Psicología de la UNAM, a más de 500 profesionistas, individuos entre 25 y 40 años son quienes más padecen el síndrome del burnout; 100 por ciento de los encuestados presentó algún grado de estrés, mientras que 60 por ciento manifestó tener niveles altos de este, así como daños físicos.

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) indican que México ocupa el primer lugar en estrés laboral a nivel mundial, con jornadas de trabajo excesivas y menos días de vacaciones al año que otros países: 500 horas más que el promedio en Estados Unidos, España, Francia, Alemania, Chile y Canadá. Además, también señala que el 43% los mexicanos padecen estrés laboral, puesto que se trata de la nación que más horas trabaja, pero que tiene menores índices de productividad dentro del grupo de países miembros.

Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden

influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo (Organización Internacional del Trabajo, 1984).

Por ello es por lo que los factores psicosociales relacionados estresantes en el trabajo contribuyen a una serie de daños para la salud ya que la interacción entre los individuos y su medio ambiente de trabajo es determinada por sus condiciones de trabajo y por sus capacidades y necesidades humanas.

Sin embargo, en México existe poca información sobre la magnitud del problema que conlleva el estrés laboral o síndrome de Burnout. Es por ello por lo que casi la mitad de los mexicanos que trabajan bajo presión padece o ha padecido el Síndrome de Burnout.

El estrés laboral es un fenómeno cada vez más importante en la sociedad actual, fenómeno que se manifiesta tanto a nivel individual, grupal como 3 organizacional; es una respuesta física y emocional negativa, que ocurre cuando los requerimientos del trabajo no coinciden con las capacidades, recursos o necesidades del trabajador. Es un trastorno de “adaptación” entre el trabajador y la situación estresora (Pérez Jáuregui, 2000).

Por ello es por lo que es un tema que ha adquirido mucho interés en los investigadores sociales en los últimos 50 años, y con ello a buscar soluciones eficaces ante este problema y más ahora que se ha modificado la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, la cual, entre otras cosas, la cual señala que las pequeñas y medianas empresas deberán atender factores de riesgo psicosociales que padece su personal, así como el estrés laboral, ansiedad y el desequilibrio del sueño.

# CAPÍTULO I

## Marco Teórico

### 1.1. Estrés

En la actualidad muchas personas se exponen a diversas alteraciones emocionales laborales sociales familiares o personales que les pueden provocar ansiedad y preocupaciones, que conlleva a sentirse fatigados tanto emocional como físicamente.

Su significado etimológico, el estrés fue un término que fue tomado del latín (*stringere*: tensar o estirar) y utilizado por el idioma inglés (*strain*: tensión) para describir la opresión, la adversidad y la dificultad (Moscoso, 1998).

El estrés como término fue incorporado a las ciencias de la salud por Hans Selye en 1936, que hace referencia a la respuesta que se genera en el organismo ante diversos estímulos provenientes del exterior (Gil, 2004). En 1950 llamó estresores a dichos estímulos y añadió que existen dos factores que determinan el grado en que un estresor evoca una respuesta de estrés. Que involucra al contexto que es lo que proviene del ambiente físico y social; así como la vulnerabilidad, que se refiere a las características individuales, tales como el género, la edad y la personalidad (Ivancevich, 1989).

En la actualidad, la definición propuesta por Selye sigue siendo válida en lo básico, sin embargo, se han elaborado numerosas definiciones a partir de entonces.

Peiró (1992) menciona que el estrés es un fenómeno que se adapta a los seres humanos y que contribuye a la supervivencia. Además, este proporciona un eficaz desempeño en las actividades de la vida diaria del individuo. Mientras que para Sells (1970), el estrés hace referencia a una falta de disponibilidad de respuestas adecuadas ante una situación que

produce consecuencias importantes y graves. Desde el enfoque médico, afirmado por Selye, el estrés se entiende como la consecuencia del desgaste del organismo que se presenta como un fenómeno natural, producido por la adaptación del organismo al medio ambiente (Gil & López, 2004).

Vieco y Abello (2014) definen el estrés como “el resultado de la interacción entre las demandas psicológicas elevadas y la limitada libertad para la toma de decisiones, es decir, el bajo control.”

De acuerdo con Arcienega (2012) se reconocen tres tipos de estrés: estrés personal, estrés en el trabajo y estrés social. Se define el estrés personal como la experiencia subjetiva mediante la cual una persona cree que sus recursos son limitados, insuficientes o poco adecuados para responder a las exigencias.

Además, Cano (2002) menciona que el estrés supone una reacción compleja a nivel biológico, psicológico y social. La mayor parte de los cambios biológicos que se producen en el organismo cuando está sometido a una reacción de estrés no son perceptibles para el ser humano y se precisan procedimientos diagnósticos para determinar el nivel de la reacción.

## **1.2. Fases del estrés**

Para Selye (citado en Gil & López, 2004; Juárez, 2004), la respuesta de estrés es un mecanismo llamado *síndrome de adaptación general* que consiste en:

**Alarma:** Durante esta primera fase de alarma, constituye el aviso claro de la presencia de un agente estresante. Las reacciones fisiológicas ante este agente son las primeras que aparecen para advertir a la persona que debe ponerse en estado de alerta una vez percibida la situación; por ejemplo, cuando hay exceso de trabajo o estudio, esta fase puede hacerle frente y resolver esto de la mejor forma posible, con lo cual la verdadera señal de estrés no llega a

materializarse. Solamente cuando la barrera estresante supera a la persona y esta se da cuenta de que sus fuerzas no son suficientes, puede decirse que toma conciencia del estrés existente, lo cual la sitúa así en la fase de alarma (Naranjo, 2009)

Con el estrés se pone en marcha el eje hormonal hipotálamo-hipófisis-suprarrenal: aumenta el nivel de adrenalina, la glucosa en sangre, la presión sanguínea, los latidos del corazón (Martín, 2007); se cierra el sistema digestivo y se produce una mayor tensión muscular (Vega, 2010). Todas estas respuestas son normales debido a que vienen incluidas dentro de nuestro bagaje genético proporcionado por nuestros antepasados, con la finalidad de preparar al cuerpo para emprender la huida o lucha ante un estímulo que pueda poner en peligro la vida.

**Resistencia:** Cuando el estrés prolonga su presencia más allá de la fase de alarma, la persona entra en la segunda fase, denominada de resistencia. Intenta continuar enfrentado la situación, pero se da cuenta de que su capacidad tiene un límite y, como consecuencia de esto, se frustra y sufre. Empieza a tomar conciencia de que está perdiendo mucha energía y su rendimiento es menor, lo cual la hace tratar de salir adelante, pero no encuentra la forma; esto hace que esta situación se convierta en un círculo vicioso, sobre todo cuando va acompañada de ansiedad por un posible fracaso (Naranjo, 2009)

Si los sistemas vitales del organismo se encuentran sobre activados por un tiempo prolongado, aunque sea a un nivel bajo, puede producir trastornos físicos o psicológicos con el tiempo (Vega, 2010). La prolongación de estímulos estresantes provenientes del medio ambiente también tendrá repercusiones en la vida social del individuo.

**Agotamiento:** Esta se caracteriza por la fatiga, la ansiedad y la depresión, las cuales pueden aparecer por separado o simultáneamente. La fatiga incluye un cansancio que no se

restaura con el sueño nocturno, y generalmente va acompañada de nerviosismo, irritabilidad, tensión e ira (Naranjo, 2009).

La teoría de Selye (citado en Lazarus, 1993) fue evolucionando, y él mismo, en 1974, hizo una distinción entre estrés positivo y negativo:

1. *Eustrés*: estrés que se asocia con sentimientos positivos y procesos fisiológicos de protección, que además ayudan a mejorar el rendimiento del individuo.
2. *Distrés*: estrés que se relaciona con sentimientos negativos y funciones destructivas para el organismo, los cuales limitan el rendimiento del organismo.

### **1.3. Síndrome de burnout**

Entre Estrés General y síndrome de Burnout se distingue con facilidad pues el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el Burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles de la vida y actividad del ser humano a diferencia del Burnout, que como la mayoría de los autores estiman, es un síndrome exclusivo del contexto laboral (Martínez 2010).

Para conceptualizar lo que es el Síndrome de Burnout, Freudenberg (1974), quien fue el primero por definirlo, lo describe como una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador, además el empleó el concepto de Burnout para referirse al estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en su "Free Clinic" de Nueva York. Ya que estos jóvenes se esforzaban en sus funciones, llegando a afectar su propia salud con el fin de alcanzar ideales superiores y recibiendo casi ningún tipo de reforzamiento por su esfuerzo. Por lo que tiempo después presentaron conductas cargadas de irritación,



agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos (Buendía & Ramos, 2001; Ramos, 1999; Buendía 1998; Mingote, 1998; Hombrados, 1997, Carlin y Garcés de los Fayos, 2010).

En 1976 Maslach acuñó el término y propuso que sólo se aplicará a trabajadores insertos en el ámbito laboral que realizan su trabajo en contacto directo con personas en el seno de una organización. Posteriormente Maslach y Jackson (1981) lo mencionan como respuesta al estrés crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actividades y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actividades de despersonalización), y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional. Además, entienden que el burnout se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por: a) agotamiento emocional, b) despersonalización y c) reducida realización personal (Carlin y Garcés de los Fayos, (2010).

Es por ello, por lo que el Burnout no se da de un momento a otro, ni podría decirse que es sinónimo de estrés, pero puede detonarse después de que el estrés se ha hecho crónico. Además, es un síndrome que regularmente aparece en trabajadores que desempeñan cargas excesivas de trabajo en ambientes de trabajo violentos o demasiado competitivos.

En 1987 Burke, es que explica el Burnout como un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento (Ramos & Buendía, 2001).

A través de una revisión de diversos estudios Shirom (1989), lo define como consecuencia de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, de manera que al descender los recursos personales aumenta el síndrome, por lo que la variable de afrontamiento sería determinante en la comprensión del burnout y concluye que el contenido del síndrome de

Burnout tiene que ver con una pérdida de las fuentes de energía del sujeto y lo define como “una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo” (Buendía y Ramos (2001, Carlin y Garcés de los Fayos, (2010).

Farber (2000) lo describe como un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, porque la presión y competencia laboral exige intentar producir cada vez mejores resultados al menor tiempo y con los mínimos recursos posibles. Además, señala cuatro variables importantes para explicar la aparición y el desarrollo del Burnout: 1) la presión de satisfacer las demandas de otros, 2) intensa competitividad, 3) deseo de obtener más dinero y 4) sensación de ser desprovisto de algo que se merece (Martínez Pérez, 2010).

Cano (2002) definió el estrés laboral como una percepción subjetiva producto de la interacción entre la persona y su ambiente de trabajo.

De esta manera Carlin y Garcés de los Fayos (2010) mencionan que cuando el estrés laboral sobrepasa las capacidades del individuo a la hora de afrontarlas, puede llegar un periodo de agotamiento extremo que impida realizar las tareas asignadas de un modo correcto. Si además de este bajo rendimiento ocurre un agotamiento emocional, un aumento del sentimiento de despersonalización o cinismo, y baja el sentimiento de eficacia profesional, estaríamos ante el denominado síndrome de burnout, “estar quemado” o “desgaste psíquico”.

En la actualidad el síndrome de Burnout sigue teniendo una gran importancia para investigadores ya que se presenta en diversos grupos de profesionales que incluyen desde directivos hasta amas de casa, desde trabajadores en los ámbitos sociales hasta voluntarios de organizaciones etc. Por lo tanto, se acepta que el síndrome de Burnout es el resultado de un proceso en el que el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral y ante el que las estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces (Martínez y Pérez 2010). Es

decir que, en el área laboral, los individuos suelen llevar sus esfuerzos al extremo para cubrir las presiones y cargas laborales, las cuales, al ser cotidianas el individuo tiene un estrés prolongado, además el individuo se caracteriza por no tener estrategias de afrontamiento adecuadas, provocando la sensación de “estar quemado”, así como otros síntomas como el cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.

#### **1.4. Antecedentes**

Las primeras investigaciones sobre los efectos del estrés fueron realizadas por Walter Cannon, en 1929, su observación fue acerca de los cambios corporales relacionados con el dolor, el hambre y las principales emociones. Demostró claramente que los estímulos asociados con la excitación emocional causan cambios en los procesos fisiológicos básicos (López Santana, et. Al. (2014).

Más tarde el término “Síndrome de Burnout fue acuñado por Cristina Maslach en 1976. Montoya Zuluaga & Moreno (2012) mencionan que Maslach fue quien efectuó un análisis general de las características del trabajo propio del personal sanitario y realizó diversos estudios de los procesos emocionales de los profesionales en diferentes situaciones laborales así como el comportamiento manifestado de estos con sus clientes; además, las inferencias consumadas en este estudio la llevaron a concebir el Síndrome de Burnout como un pérdida gradual de interés y de responsabilidad entre los compañeros de trabajo desde una perspectiva psicosocial (Maslach & Pines, 1977), que le permitió una definición tridimensional del burnout compuesta por:

El agotamiento emocional, referido al excesivo esfuerzo físico junto a la sensación de tedio emocional, producto de las continuas interacciones que los trabajadores mantienen entre ellos y con sus clientes.

La despersonalización, percibida como el desarrollo de respuestas cínicas hacia los clientes y actitudes negativas e indiferentes hacia el entorno laboral. baja realización personal, manifestada en sentimientos de fracaso, pérdida de confianza en sí mismo y negativo autoconcepto que conlleva a sentimientos de incompetencia en el trabajo.

A mediados del 2019 se modificó la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, la cual señala que las pequeñas y medianas empresas deberán atender factores de riesgo psicosociales que padece su personal, así como el estrés laboral, ansiedad y el desequilibrio del sueño.

Esto está más detallado en el apartado 5 de la NOM 035 la cual señala como obligaciones del patrón como:

#### **“Obligaciones del patrón**

*5.1 Establecer por escrito, implantar, mantener y difundir en el centro de trabajo una política de prevención de riesgos psicosociales que contemple:*

- *La prevención de los factores de riesgo psicosocial;*
- *La prevención de la violencia laboral, y*
- *La promoción de un entorno organizacional favorable.*

*5.2 Identificar y analizar los factores de riesgo psicosocial, de acuerdo con lo establecido en los numerales 7.1, inciso a), y 7.2, de esta Norma, tratándose de centros de trabajo que tengan entre 16 y 50 trabajadores.*

*5.3 Identificar y analizar los factores de riesgo psicosocial y evaluar el entorno organizacional, de conformidad con lo señalado en los numerales 7.1, inciso b), 7.2 y 7.3,*

*respectivamente, de la presente Norma, tratándose de centros de trabajo que tenga más de 50 trabajadores.*

*5.4 Adoptar las medidas para prevenir y controlar los factores de riesgo psicosocial, promover el entorno organizacional favorable, así como para atender las prácticas opuestas al entorno organizacional favorable y los actos de violencia laboral, con base en lo dispuesto por el Capítulo 8 de la presente Norma.*

*5.5 Identificar a los trabajadores que fueron sujetos a acontecimientos traumáticos severos durante o con motivo del trabajo y, canalizarlos para su atención a la institución de seguridad social o privada, o al médico del centro de trabajo o de la empresa-*

*5.6 Practicar exámenes médicos y evaluaciones psicológicas a los trabajadores expuestos a violencia laboral y/o a los factores de riesgo psicosocial, cuando existan signos o síntomas que denoten alguna alteración a su salud y el resultado de la identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial, a que se refiere el numeral 7.1 y 7.2 de esta Norma, así lo sugiera y/o existan quejas de violencia laboral mediante los mecanismos a que alude el numeral 8.1, inciso b) de la presente Norma.*

*Los exámenes médicos y evaluaciones psicológicas podrán efectuarse a través de la institución de seguridad social o privada, médico, psiquiatra o psicólogo del centro de trabajo, según corresponda, y deberán efectuarse de conformidad con lo establecido por las normas oficiales mexicanas que al respecto emitan la Secretaría de Salud y/o la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, y a falta de éstas, los que indique la institución de seguridad social o privada, o el médico del centro de trabajo, que le preste el servicio médico.*

*5.7 Difundir y proporcionar información a los trabajadores sobre:*

*A. La política de prevención de riesgos psicosociales;*

B. *Las medidas adoptadas para combatir las prácticas opuestas al entorno organizacional favorable y los actos de violencia laboral;*

C. *Las medidas y acciones de prevención y, en su caso, las acciones de control de los factores de riesgo psicosocial;*

D. *Los mecanismos para presentar quejas por prácticas opuestas al entorno organizacional favorable y para denunciar actos de violencia laboral;*

E. *Los resultados de la identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial para los centros de trabajo que tengan entre 16 y 50 trabajadores, y de la identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y la evaluación del entorno organizacional tratándose de centros de trabajo de más de 50 trabajadores, y*

F. *Las posibles alteraciones a la salud por la exposición a los factores de riesgo psicosocial.*

#### **5.8 Llevar los registros sobre:**

A. *Los resultados de la identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y, además, tratándose de centros de trabajo de más de 50 trabajadores, de las evaluaciones del entorno organizacional;*

B. *Las medidas de control adoptadas cuando el resultado de la identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y evaluación del entorno organizacional lo señale, y*

C. *Los nombres de los trabajadores a los que se les practicaron los exámenes o evaluaciones clínicas y que se comprobó la exposición a factores de riesgo psicosocial, a actos de violencia laboral o acontecimientos traumáticos severos.”*

Esta modificación entra en vigor a partir de octubre del 2019, sin embargo, es importante que las empresas identifiquen los factores de riesgo psicosocial para sus empleados ya que, a partir del 2020, la Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STPS) podrá aplicar sanciones de no encontrar que se identificaron estos factores y que fueron atendidos a través de un plan de acción.

La modificación de la NOM 035 tiene como fin el disminuir el estrés laboral en México ya que de acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el 43% los mexicanos padecen estrés laboral.

### **1.5. Síntomas del Burnout**

De acuerdo con Cano (2002) “a nivel psicológico muchos síntomas producidos por el estrés pueden ser fácilmente identificados por la persona que está sufriendo dichos cambios. La reacción más frecuente cuando nos encontramos sometidos a una reacción de estrés es la ansiedad.” Debido a esto es muy importante aprender a identificar el cómo se reacciona cuando hay presencia del estrés, entre los principales síntomas de la ansiedad se encuentran:

**Cognitivo-subjetivo:** Preocupación, temor, inseguridad, dificultad para decidir, miedo, pensamientos negativos sobre uno mismo pensamientos negativos sobre nuestra actuación ante los otros, temor a que se den cuenta de nuestras dificultades, temor a la pérdida del control, dificultades para pensar, estudiar, o concentrarse, etc.

**Fisiológico:** Sudoración, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, temblor, molestias en el estómago, otras molestias gástricas, dificultades respiratorias, sequedad de boca, dificultades para tragar, dolores de cabeza, mareo, náuseas, molestias en el estómago, tiritar, etc.

**Motor u observable:** Evitación de situaciones temidas, fumar, comer o beber en exceso, intranquilidad motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse, etc.), ir de un lado para otro sin una finalidad concreta, tartamudear, llorar, quedarse paralizado, etc.

Además de estos síntomas, el estrés puede producir enfado o ira, irritabilidad, tristeza-depresión, y otras reacciones emocionales. Pero además de estas reacciones emocionales podemos identificar el agotamiento físico, la falta de rendimiento, etc. Por último, si el estrés es muy intenso y se prolonga en el tiempo, puede llegar a producir enfermedades físicas y desórdenes mentales, en definitiva, problemas de salud.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) menciona que los principales síntomas son:

**Emocionales:** Ansiedad, miedo, irritabilidad, mal humor, frustración, agotamiento, impotencia, inseguridad, desmotivación, intolerancia.

**Conductuales:** Disminución de la productividad, cometer errores, reportarse enfermo, dificultades en el habla, risa nerviosa, trato brusco en las relaciones sociales, llanto, apretar las mandíbulas, aumento del consumo de tabaco, consumo de alcohol y otras sustancias.

**Cognitivos:** Dificultad de concentración, confusión, olvidos, pensamiento menos efectivo, reducción de la capacidad de solución de problemas, reducción de la capacidad de aprendizaje.

**Fisiológicos:** Músculos contraídos, dolor de cabeza, problemas de espalda o cuello, malestar estomacal, fatiga, infecciones, palpitaciones, respiración agitada, aumento de la presión sanguínea, agotamiento, mayor riesgo de obesidad y de problemas cardiovasculares, deterioro en la memoria, problemas de sueño.



Para la Comisión Ejecutiva Confederal de UGT (2006) es importante destacar que la forma y el ritmo con que se producen estos cambios degenerativos en el estado de salud del trabajador afectado no son iguales en todos los casos; por lo cual no siempre será fácil delimitarlos en la práctica, se han descrito 4 formas de evolución de esta patología:

**Leve:** los afectados presentan síntomas físicos, vagos, e inespecíficos como cefaleas, dolores de espalda, lumbalgias, etc., y se vuelven poco operativos. Uno de los primeros síntomas de carácter leve pero que sirve como primer escalón de alarma, es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico.

**Moderada:** aparece insomnio, déficit de atención y concentración, tendencia a la automedicación. Este nivel presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa.

**Grave:** mayor en absentismo, aversión por la tarea, cinismo. Abuso del alcohol y psicofármacos.

**Extrema:** aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio.

## **1.6. Causas y factores psicosociales del Síndrome de Burnout**

De acuerdo con Fontana (1995) las causas generales del estrés laboral son

- 1) Problemas de organización
- 2) Respaldo insuficiente
- 3) Horas extras (Cherniss, 1980)
- 4) Salario insuficiente

## 5) Incertidumbre e inseguridad del puesto

Así como las causas específicas tales como: dificultad de especificar las funciones desempeñadas, conflicto de funciones, expectativas personales poco valoradas, incapacidad de tomar decisiones, desacuerdo con los superiores, aislamiento, trabajo excesivo y liderazgo inadecuado. Sin embargo, las diferencias en las características individuales, tales como la personalidad y los estilos de afrontamiento, son las más importantes para predecir si ciertas condiciones de trabajo provocarán estrés (Ramos, J., Arias-Díaz, R., Arias-Ramos & Nava (2001).

En el medio ambiente de trabajo se ha identificado, en numerosos estudios, una serie de factores psicosociales, potencialmente negativos, vinculados con la salud. Tales factores son: la mala utilización de habilidades, la sobrecarga de trabajo, la falta de control, el conflicto de autoridad, la desigualdad en el salario, la falta de seguridad en el trabajo, los problemas en las relaciones laborales, el trabajo por turnos y el peligro físico (OIT, 1984).

El diagrama presenta un conjunto de factores humanos del medio ambiente de trabajo que están en continua interacción dinámica. El medio ambiente de trabajo, las tareas y los factores de organización son representativos de las condiciones de trabajo que nos ocupan (OIT, 1984).

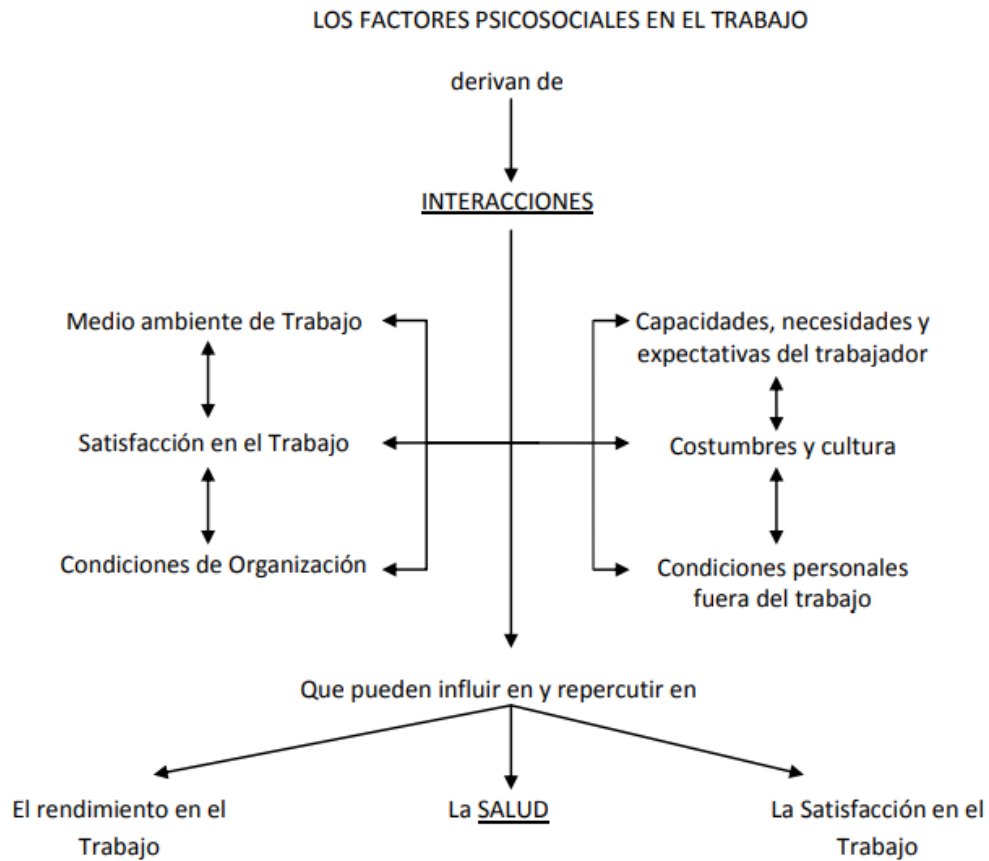


Figura 1: Los factores psicosociales en el trabajo (OIT, 1984).

1.6.1. Consecuencias de los factores psicosociales en el trabajo

De acuerdo con OIT (1984) varios equipos de investigadores han recapitulado recientemente los estudios sobre los factores psicosociales en relación con la profesión, sus interacciones y repercusiones sobre la salud. Haremos referencia a continuación sólo a algunos de los numerosísimos estudios que podrían presentar interés. Muchos de sus argumentos parecen confirmar las tesis propuestas, pero no son concluyentes. Existen muchos estudios epidemiológicos, pero pocos de ellos son experimentales, longitudinales e interdisciplinarios.

✓ Consecuencias fisiológicas

- Las hormonas suprarrenales
- El sistema nervioso central

- Las reacciones cardiovasculares
- ✓ Consecuencias psicológicas
- ✓ Las reacciones de comportamiento
  - El rendimiento en el trabajo
  - El absentismo y la movilidad laboral
  - Consumo excesivo de tabaco y de alcohol
  - Repercusiones fuera del medio de trabajo
- ✓ Los problemas persistentes de salud
  - Afecciones somáticas crónicas
  - Los riesgos psicosociales en el trabajo y la salud mental
  - Los trastornos psicológicos agudos: enfermedad psicógena colectiva
  - Accidentes del trabajo

Dentro de los factores desencadenantes se consideran los siguientes:

- Ambiente físico del trabajo tales como el ruido, vibraciones, iluminación, temperatura, condiciones climatológicas, higiene, toxicidad, y disponibilidad del espacio físico (Barragán, 2004).
- Demandas estresantes del puesto como turnos rolados de trabajo, el trabajo nocturno, estar expuesto a riesgos y peligros, o la sobrecarga laboral (Gil-Monte & Periró, 1997).

- Demandas estresantes del puesto se encuentran la oportunidad del sujeto para emplear las habilidades adquiridas, las tareas a realizar, la retroalimentación recibida sobre su desempeño o la identidad de las tareas que realiza. En cuanto al rol se encuentran el conjunto de expectativas y demandas sobre conductas que esperan de la persona que ocupa el puesto (Gil-Monte & Peiró, 1997). En los cargos que se caracterizan por tener trato con el cliente los estresores son el trato directo e intenso con el cliente y el involucramiento en los problemas con el cliente (Bakker, Demfrouiti, Schaufeli, 2002).
- Estresores relacionados con las nuevas tecnologías, la aparición de nuevas tecnologías facilita o dificultan el desempeño de las tareas, llevando a un cambio drástico en las habilidades que la persona pone en práctica para desempeñar su trabajo (Gil-Monte & Peiró, 1997).

### **1.7 Modelos teóricos del síndrome de burnout.**

La necesidad de explicar el episodio del síndrome de quemarse por el trabajo (relación de antecedentes-consecuentes de sus dimensiones), junto con la utilidad de integrarlo en marcos teóricos más amplios, que permitan explicar su etiología de manera satisfactoria, ha dado lugar a la aparición de diversos modelos teóricos. Estos modelos agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome, y discuten a través de que procesos los individuos llegan a sentirse quemados.

Los modelos elaborados desde consideraciones psicosociales pueden ser clasificados en tres grupos (Gil-Monte & Peiró, 1999):

**Modelos basados en la teoría sociocognitiva del yo (Harrison 1983; Cherniss, 1993; Thompson, Page & Cooper, 1993).**

Estos modelos se caracterizan por recoger las ideas de Albert Bandura para explicar la etiología del síndrome de quemarse por el trabajo. Básicamente consideran que: a) las cogniciones de los individuos influyen en o que éstos perciben y hacen y, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás, y b) la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, y también determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan a la acción.

**Modelos estructurados desde la teoría del intercambio social (Buunk & Schaufeli, 1993; Hobfoll & Freedy, 1993)**

Estos modelos proponen que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales.

**Modelos elaborados desde una teoría organizacional (Golembiewski, Munzenrider & Carter, 1983; Cox, Kuk & Leiter, 1993), y el modelo de Winnubst, 1993)**

Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Todos ellos incluyen el síndrome de quemarse por el trabajo como una respuesta al estrés laboral.

## **1.8. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de burnout**

El diagnóstico y tratamiento del burnout tienen una gran importancia ya que son imprescindibles para decidir cuándo, dónde y a quien se debe intervenir. El diagnóstico adecuado requiere una valoración de los síntomas que presenta el trabajador, analizar procesos similares y evaluar la frecuencia e intensidad con que el individuo presenta los síntomas, así como identificar las fuentes que han ocasionado el estrés y que originaron la aparición de los síntomas (Gil-Monte, 2005).

Es importante que como cualquier afección primero se identifique si los síntomas que tiene el individuo se ajustan a un determinado perfil y diferenciarlo de otras 43 afecciones, para determinar esto se deben realizar procedimientos cualitativos y cuantitativos, los primeros se refieren a entrevistas al trabajador y los segundos consisten en realizar escalas psicométricas para determinar el grado de incidencia del síndrome y así conocer los antecedentes más relevantes que originan el desarrollo del mismo en ese momento en la organización (Gil-Monte, 2005).

En un principio el burnout se describió por técnicas proyectivas, entrevistas, observaciones clínicas, auto-informes y cuestionarios, recientemente estos métodos de evaluación han sido sustituidos por instrumentos de medición más confiables (Uribe, 2008). El cuestionario es el método que más se ha empleado para estimar el síndrome del burnout, debido a esto se han elaborado demasiados para evaluarlo (Gil- Monte & Peiró, 1997).

En general los cuestionarios recogen las respuestas del sujeto en cuanto a cambios emocionales y cognitivos, cambios negativos en la ejecución profesional y consecuencias de una situación de presión profesional que aparece de manera continuada (Ramos, 2008).

En México y muchos otros países el instrumento más utilizado para medir el burnout es el Maslach Burnout Inventory - MBI de Maslach y Jackson, consta de 22 reactivos que

recogen afirmaciones sobre pensamientos, sentimientos, emociones y conductas del profesional relacionados con su trabajo. Las puntuaciones de los sujetos son categorizadas mediante un sistema de percentiles para cada escala (Ramos, 2008; Uribe 2008). Sin embargo, de acuerdo con Schute, Toppinen, Kalimo y Schaufeli (2000) diversos estudios hechos por diferentes investigadores; las normas, puntuaciones y criterios presentan problemas con las clasificaciones de patología, clasificaciones diagnósticas y niveles de burnout, ya que estos pueden diferir según las profesiones, el país y la cultura.

Actualmente se han desarrollado escalas enfocadas a contextos más definidos y poblaciones particulares, tal es el caso de los instrumentos desarrollados para la evaluación de burnout en población mexicana (Uribe, García, Leos, Archundia, Pizano, Lozano, 2007 en García et al., 2008), el EMEDO, Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional, que consta de 70 reactivos y que mide tres dimensiones de Maslach más factores psicossomáticos y factores psicossociales. Una vez que se identifica el síndrome se debe dar pie al tratamiento y en algunos casos a la prevención.

De acuerdo con Ramos (2008) las principales estrategias de intervención que se deben aplicar a las personas que padecen el síndrome de burnout deben integrar técnicas que permitan: a) Modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales (entrenamiento de técnicas que permitan la adquisición y mejora de estrategias individuales de afrontamiento, principalmente las centradas en la solución de problemas). b) Desarrollar estrategias cognitivo – conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del síndrome (entrenamiento en técnicas de solución de problemas, entrenamiento de inoculación de estrés, técnicas de organización personal, etc.) c) Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y la asertividad. d) Fortalecer las redes de apoyo social. e) Disminuir y, si es posible eliminar, los estresores del contexto organizacional.



Para Ramos (2008) teniendo en cuenta el nivel de intervención, las estrategias a utilizar se pueden diferenciar en:

- ✓ Estrategias individuales deben dar respuesta a las necesidades individuales sobre el afrontamiento del estrés, como pueden ser, ejercicio físico, técnicas de relajación, biofeedback, técnicas cognitivas, uso eficaz del tiempo, habilidades sociales y asertividad, desarrollo de habilidades de comunicación, etc.
- ✓ Estrategias sociales las cuales consideran grupos de trabajo y la interacción social, por lo cual deben incluir, apoyo profesional, desafío profesional, apoyo emocional, eficacia profesional, habilidades sociales, liderazgo, etc.
- ✓ Estrategias organizacionales las cuales requieren entrenar a los trabajadores en acciones de desarrollo y cambio organizacional, tales como, programas de socialización anticipatoria, implementación de sistemas de evaluación y feedback, procesos de desarrollo organizacional, rediseñar la realización de las tareas, clarificar la toma de decisiones, mejorar la supervisión, establecer objetivos claros de autoridad y responsabilidad, mejorar las redes de comunicación organizacional, cambiar actividades, mejorar las recompensas, favorecer la promoción del profesional, aumentar las responsabilidades, aumentar la participación en la toma de decisiones, promover la flexibilidad laboral, promover el trabajo en equipo, etc.

## **CAPÍTULO II**

### **Modelo De Intervención Cognitivo Conductual**

La terapia Cognitivo Conductual es una forma de psicoterapia breve creada por Aaron Beck hace casi cincuenta años. Aunque la propuesta inicialmente era para el tratamiento de la

depresión, ha resultado útil dentro de la terapéutica de distintos trastornos mentales. Actualmente es muy efectiva para tratar tipos de problemas o trastornos y crear conductas nuevas, pensamientos positivos que sean favorables para que se pueda adaptar a su entorno. Además de que tiene grandes ventajas como la descripción precisa de las respuestas conductuales, cognoscitivas y afectivas de las personas, así como de los contextos en que tales respuestas se manifiestan. El objetivo principal de la aplicación de este modelo terapéutico es identificar y cambiar los patrones de comportamiento y del procesamiento de la información. Esto quiere decir que la terapia cognitivo conductual identifica la relación entre lo que pensamos (cogniciones), lo que sentimos (emociones) y lo que hacemos (conductas) (Stallard, 2007) y realiza una intervención actuando de manera práctica en la modificación de esta relación de acuerdo con el caso de cada paciente (Kendall, 1990). Utiliza un instrumento de evaluación para ubicar exactamente en dónde surge esta relación disfuncional (Rivera, Fayne & Lucio, 1987).

Kendall & Hollon (1979) conceptualizan a la terapia cognitivo conductual como un tipo de tratamiento que le interesa preservar la eficacia de las técnicas conductuales a través de las interpretaciones cognitivas que realiza el individuo. Sin olvidar los factores biológicos y sociales que explican la condición actual (Ruiz, Díaz & Villa lobos, 2012).

En cuanto a su origen Ángeles, M., Díaz, M. & Villalobos, A., (2012) mencionan que los fundamentos teóricos conductuales que sirvieron de base para el desarrollo de la TCC fueron:

- a) La reflexología y las leyes del condicionamiento clásico,
- b) El conexionismo de thorndike
- c) El conductismo de watson y los posteriores desarrollos neoconductistas de hull, guthrie, mowrer y tolman, y, por último

d) La contribución de skinner y el análisis experimental de la conducta.

Algunos de los representantes más acreditados han argumentado que la TCC debe considerarse como un conjunto de técnicas eficaces, sin obedecer a ningún modelo terapéutico. Desde un punto de vista fenomenológico se pueden señalar cuatro rasgos obvios de la TCC en la actualidad (Ángeles et al 2012):

- La TCC es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptada, de carácter aprendido. Estas respuestas se han practicado a lo largo de tanto tiempo que se han vuelto hábitos del repertorio comportamental del individuo. Por esto la TCC considera que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos.
- Al tratarse de mejora de salud, la TCC tiene técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo.
- La TCC tiene una naturaleza educativa que puede ser explícita, además de la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema y la lógica del tratamiento.
- La TCC posee un carácter auto – evaluador a lo largo de todo el proceso con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos.

## 2.1. Bases teóricas de la teoría de la conducta

La Terapia de Conducta surge a mediados de los años cincuenta, como alternativa radical a las psicoterapias imperantes de la época, posicionándose especialmente frente al modelo psicoanalítico, esta terapia parte de la idea de que toda la conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje. De esta forma los terapeutas de conducta empezaron a centrarse en la conducta observable y el ambiente que lo produce (Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012).

Los fundamentos teóricos conductuales que sirvieron de base para el desarrollo de la terapia de la conducta fueron: a) la reflexología y las leyes del condicionamiento clásico, b) el conexionismo de Thorndike, c) el conductismo de Watson y los posteriores desarrollos neoconductistas de Hull, Guthrie, Mowrer y Tolman, y, por último, d) la contribución de Skinner y el análisis experimental de la conducta (Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012).

### 2.1.1. La reflexología rusa y las leyes del Condicionamiento Clásico

De acuerdo con Kazdin (1983) Un antecedente importante del conductismo y la modificación de conducta es el trabajo de tres destacados fisiólogos rusos: Ivan M. Sechenov, Ivan P. Pavlov y Vladimir M. Bechterev. Ya que estos investigadores se comprometieron profundamente con los métodos de investigación objetivos y desarrollaron los procedimientos de experimentación de la neurofisiología.

Ivan M. Sechenov (1829-1905) Es considerado como el “padre de la fisiología rusa. Él se apoyaba en explicaciones subjetivas de los fenómenos psicológicos, en lugar de en la experimentación objetiva. Basándose en sus trabajos sobre neurofisiología, propuso la aplicación de los métodos de la fisiología al estudio de los problemas psicológicos. Su interés principal fue en combinar la neurofisiología con la psicología. En su trabajo llamado “Los

reflejos del cerebro”, consistió en demostrar la influencia inhibitoria del cerebro sobre los reflejos espinales, mismo que tuvo un extraordinario influjo sobre Pávlov (Kazdin, 1983).

El condicionamiento clásico es uno de los procesos más estudiados y teorizados en psicología desde hace mucho tiempo ya que es uno de los principios básicos del aprendizaje y el comportamiento.

Ivan Pavlov (1849–1936) realizó investigaciones sobre el condicionamiento clásico. Entre sus principales aportaciones de Pavlov a la psicología se encuentra la formulación de la ley del reflejo condicional, que por un error en la traducción de su obra al inglés fue llamada ley del reflejo condicionado (Ángeles et al., 2012).

Su investigación se basa al estudio de los reflejos condicionados donde Su trabajo realizado casi exclusivamente con perros como animales experimentales, reveló que las secreciones glandulares estaban provocadas por sustancias localizadas en el mismo sistema digestivo donde su importancia radica en haber intentado investigar de forma objetiva los reflejos condicionados, desde el punto de vista del fisiólogo (Kazdin 1983).

Kazdin (1991) resume entre las principales aportaciones de Pavlov: a) la investigación objetiva de los reflejos condicionados (desde el punto de vista de un fisiólogo), b) la defensa del objetivismo en la investigación, c) la demostración de importancia del aprendizaje en la explicación de la conducta animal, d) el proporcionar un modelo metodológico a seguir y un modelo de investigación de la conducta humana.

Así mismo Kazdin (1991) también menciona las limitaciones de su teoría del condicionamiento, que se puede resumir en: 1) el haber ignorado otras respuestas autonómicas a excepción de la salivación y el miedo, 2) el no poder explicar empíricamente el escape activo o pasivo, la conducta de evitación o los resultados conductuales del castigo,

y 3) el hecho de que los aspectos técnicos del condicionamiento clásico resultaron bastante más complejos que la teoría del aprendizaje competidora, es decir, la teoría del refuerzo de Thorndike.

Vladimir M. Bechterev (1857-1927) Al igual que Sechenov y Pavlov, renunció a las nociones subjetivas y mentalistas alrededor de las que había girado la psicología hasta este momento, pensaba que los hábitos complejos implicaban una serie de reflejos motores donde se interesaba en los reflejos asociativos y en su aplicabilidad a los problemas psicológicos era más amplio que el de Pavlov. Usó fundamentalmente perros como sujetos experimentales con el fin de descubrir la localización cortical de la conducta refleja (Kazdin 1983).

La importancia de los estudios de la reflexología es que aportaron una serie de investigaciones que, pueden considerarse en toda regla aplicaciones clínicas precursoras de la Terapia de Conducta, además tienen que ver con la importancia otorgada al aprendizaje en la adquisición de respuestas emocionales, así como con la posibilidad de utilizar una metodología experimental para intervenir sobre dichas respuestas, promoviendo directamente el interés por el desarrollo de las técnicas terapéuticas.

#### 2.1.2. El conexionismo de Thorndike

Edward Lee Thorndike (1874–1949) ha sido el conductista no-pavloviano americano más influyente de las primeras décadas del siglo XX. El empleó métodos objetivos y rechazó como objeto de estudio de la psicología los procesos mentales y la conciencia (Kazdin, 1978), además que él no tenía ningún interés sobre los reflejos neuronales (Ángeles et al., 2012).

Thorndike se centró sobre la adquisición de respuestas no existentes en principio en el repertorio del organismo, bajo condiciones estimulantes específicas e invariables. Llevó a cabo sus experimentos con diversas especies para descubrir en qué forma varían las

respuestas. Thorndike acuñó el término de conductas instrumentales. Él explicaba que el aprendizaje en términos de respuestas conectoras a distintas condiciones estimulantes. De hecho, afirmó explícitamente que “aprender es conectar” (Kazdin 1983).

### 2.1.3. El conductismo

El paradigma positivista que caracterizó el inicio del siglo XX y que influyó definitivamente en el objeto y metodología de las investigaciones de los Fisiólogos Rusos, tuvo como máximo representante en Estados Unidos a John B. Watson (1878-1958). Para Watson la psicología debía ser una disciplina totalmente objetiva, dedicada a la predicción y control de la conducta (Ángeles et al., 2012).

De acuerdo con (Ángeles et al., 2012). Los principios básicos del conductismo (término acuñado por él) eran los siguientes:

1. El objeto de estudio de la psicología es la conducta manifiesta; concretamente las respuestas (R) suscitadas por los estímulos ambientales (E), por lo que con posterioridad la psicología propuesta por Watson recibió el apelativo de psicología E-R. Para Watson la conciencia, no era sino un sustituto del concepto religioso del alma, sin ninguna posibilidad de acercamiento científico, por tanto, lo rechazaba enérgicamente.

2. La metodología de la experimentación animal como método objetivo debe ser el método de investigación de la psicología. Watson sugirió que el método del reflejo condicionado utilizado en los trabajos de los fisiólogos rusos Pavlov y Bechterev podía ser el sustituto de la introspección (Kazdin, 1978).

3. El conductismo supone una ruptura radical con las corrientes psicológicas tradicionales que no describen la conducta en términos de conductas directamente observables.

4. La conducta se explica en términos de condicionamiento clásico pavloviano de los reflejos estímulo-respuesta del sistema nervioso del individuo. Watson, por ejemplo, mantenía que la conducta verbal era mejor explicada desde los reflejos espinales.

El conductismo de Watson con su énfasis en la ciencia natural y con sus aplicaciones potenciales a los más diversos campos de la actividad humana, encajó muy bien en la cultura estadounidense de esa segunda década del siglo XX (Ardila 2013)

#### 2.1.4. Condicionamiento operante

El condicionamiento operante se define como un aprendizaje en el cual se fortalece o debilita una respuesta voluntaria, dependiendo de sus consecuencias favorables o desfavorables. Las bases para comprender el condicionamiento operante se determinaron mediante experimentos con animales. (Feldman, 2003).

Los principios del condicionamiento operante describen la relación entre la conducta y los acontecimientos ambientales que influyen sobre ella. La mayor parte de los principios describen los efectos que tienen las consecuencias que siguen a la conducta. Los principios básicos del condicionamiento operante son los que se refieren al reforzamiento, castigo, extinción y control del estímulo (Kazdin 1983)

Feldman (2003) menciona que el término operante hace hincapié en este aspecto: el organismo opera en su ambiente para producir un resultado deseable. El condicionamiento operante actúa cuando aprendemos que trabajar en forma diligente puede generar un aumento, o que estudiar con ahínco da por resultado buenas calificaciones.

Thorndike en 1932 realizó un experimento donde mantenía a un gato dentro de una jaula, el cual estaba muy hambriento y afuera ponía un plato con alimento. En la jaula había una palanca que al ser presionada por el gato se abría la puerta para así poder llegar al alimento.



Después de varios ensayos el gato pisaría deliberadamente la palanca tan pronto como lo metieran en la jaula. Finalmente, Thorndike explicó que las respuestas que generan satisfacción tienen más posibilidades de repetirse, a lo que llamó Ley del Efecto (Feldman, 2003).

#### 2.1.5. Teoría del aprendizaje Social

Esta teoría atribuye un papel importante a la interacción entre los factores cognitivos, sociales y conductuales en la adquisición, mantenimiento y tratamiento de los problemas psicológicos en general. Esta teoría postula que los factores cognitivos median todas las interacciones entre las demandas situacionales del individuo y sus intentos para afrontarlas de manera efectiva (Carrascoza, 2008).

En Ángeles et al., (2012) se menciona que la aportación fundamental de Bandura estriba en plantear la posibilidad del aprendizaje a través de la observación (imitación), como una forma de superar las limitaciones establecidas por la forma experiencial de adquisición de comportamientos. Es por ello por lo que en su teoría él destaca la capacidad que tienen los niños para aprender observando a otros. Así de esta forma aborda con detalle los distintos elementos implicados en el aprendizaje observacional, tratando de diferenciarlo de los paradigmas de condicionamiento y para llamarlo condicionamiento vicario.

Además, otra relevante contribución de Bandura (1977) ha sido el concepto de autoeficacia y su relación con el tratamiento, pues es considerado un proceso central del cambio terapéutico. La autoeficacia se define como los juicios de cada individuo sobre su capacidad para realizar la conducta requerida para producir un resultado.

## **2.2. Surgimiento de las terapias cognitivas**

Desde el punto de vista de la Psicología clínica, los dos principales representantes de los modelos cognitivos son Aaron Beck y Albert Ellis. Cada uno desarrolló sus modelos de forma independiente a los que denominaron Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva respectivamente. Ambos se enfocan en las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones, aunque, desde el inicio, admiten que no toda la vida emocional puede explicarse por el pensamiento (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2012).

### **2.2.1. El modelo de Terapia Cognitiva**

Fue desarrollada por Aaron Beck en la década de los sesentas, la cual tuvo una gran popularidad y reconocimiento por el enfoque que dio hacia las perturbaciones emocionales, principalmente la depresión y a la ansiedad.

Menciona Cabezas y Lega (2006) “Uno de los grandes aportes de este enfoque (Beck et al., 1979) fue el de identificar las distorsiones cognitivas, entre las que se pueden señalar: generalización excesiva, magnificación y minimización, personalización y pensamiento absolutista dicotómico, y se plantean como aquellos procesos cognitivos que cambian”

Además, en su modelo los elementos cognitivos son los pensamientos e imágenes que se tienen, pero que no se les presta mucha atención muy a menudo, estos emergen automáticamente y son extremadamente rápidos, que nombra Pensamientos Automáticos. Estos tienen la característica de ser difíciles de interrumpir y la mayoría de las veces se cree en ellos a pesar de que no sean muy lógicos y se asocian con las diversas emociones que influyen en la conducta (Beck, 1990).

### 2.2.2. El modelo de Terapia Racional Emotiva Conductual

De acuerdo con lo que dice Cabezas y Lega (2006) esta terapia, la cual fue desarrollada por Albert Ellis, “está basada en la idea de que tanto las emociones como las conductas de un individuo son producto de las creencias que posee y de la interpretación que haga de la realidad (Ellis, 1962). Por lo tanto, la meta fundamental de la TREC es la de asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos “irracionales” o disfuncionales y ayudarlo a que los sustituya por otros más “racionales” o eficientes, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal como el ser feliz, el poder establecer relaciones con otras personas, etc “ (Ellis y Becker, 1982).

Además, Ellis no trata de decir que la emoción no pueda existir sin el pensamiento, ya que es probable que sí pueda darse sola; pero en tal circunstancia, tan solo existe momentáneamente. Por consiguiente, parece bastante difícil que podamos sostener nuestras emociones sin que las estemos reforzando con nuestros pensamientos o ideas de forma repetitiva. Por lo tanto, la emotividad sostenida en los seres humanos es frecuentemente el resultado de nuestros pensamientos o auto verbalizaciones. De aquí extrae Ellis una serie de explicaciones referentes al origen y mantenimiento de los estados y trastornos emocionales (Navas 1981).

### 2.3. Intervención

Álvarez y Fernández (1991) clasifican en dos categorías los distintos estudios revisados en su trabajo sobre la prevención y el tratamiento del burnout: la prevención primaria, que engloba aquellos estudios que aportan propuestas sobre aspectos que han demostrado experimentalmente ser relevantes para prevenir el síndrome, y la secundaria, que engloba estudios que comparan técnicas de intervención (Guerrero, 2005)

## 2.4. Principales técnicas cognitivo-conductuales

### **Estrategias individuales:**

Guerrero (2005) las clasifica en técnicas fisiológicas, conductuales y cognitivas:

**Técnicas fisiológicas:** Están orientadas a reducir la activación fisiológica y el malestar emocional y físico provocado por las fuentes de estrés laboral. Entre otras, destacan las técnicas para la relajación física, el control de la respiración y el biofeedback (Guerrero y Vicente, 2001). En cuanto a las técnicas de control de respiración, Labrador (1996) explica que las situaciones estresantes provocan respiración rápida y superficial, lo que implica un aumento de la tensión general del organismo. Estas técnicas consisten en facilitar al individuo el aprendizaje de una forma apropiada de respirar para que en situaciones de estrés pueda controlar su respiración de forma automática lo que le permitirá una adecuada oxigenación del organismo.

**Técnicas conductuales:** El fin de estas técnicas es conseguir que la persona domine un conjunto de habilidades y competencias que le faciliten el afrontamiento de los problemas laborales. Entre ellas se encuentran el entrenamiento asertivo, el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de solución de problemas y las técnicas de autocontrol (Guerrero y Vicente, 2001).

**Técnicas cognitivas:** El abordaje cognitivo busca mejorar la percepción, la interpretación y la evaluación de los problemas laborales y de los recursos personales que realiza el individuo. Entre las técnicas cognitivas más empleadas destacan la desensibilización sistemática, la detención del pensamiento, la inoculación de estrés, la reestructuración cognitiva, el control de pensamientos irracionales, la eliminación de

actitudes disfuncionales y la terapia racional emotiva (Guerrero y Vicente, 2001; Rubio, 2003)

### **Estrategias de intervención social:**

Con ellas se busca romper el aislamiento y mejorar los procesos de socialización al potenciar el apoyo social a través de políticas de trabajo cooperativo. Se ha de mostrado que el apoyo social amortigua los efectos perniciosos de las fuentes de estrés laboral e incrementa la capacidad del individuo para afrontarlas. Sandín (1995) afirma que el apoyo social actúa sobre la salud de forma directa. Asegura que disfrutar de una óptima red de apoyo facilita las experiencias individuales de autoestima, afecto positivo y sensación de control, que protegen al individuo de posibles trastornos y que posiblemente mejoren el sistema inmunológico.

### **Estrategias de intervención organizacional:**

Estamos convencidos de que las acciones específicas de los programas de intervención organizacional se han de dirigir a la modificación de los aspectos disfuncionales en la estructura de la organización, la comunicación, la formación de los profesionales, los procesos de toma de decisiones, el ambiente físico, los turnos, el reparto de tareas, etc. Parkes (2001) afirma de manera categórica que es ingenuo e incluso éticamente discutible el someter a los trabajadores a programas de entrenamiento contra el estrés mientras persistan en la empresa las exigencias excesivas o las condiciones de trabajo inapropiadas

## **2.5. Otras investigaciones**

En intervenciones con la terapia cognitivo conductual contra el burnout realizadas por otros autores, se documenta la intervención cognitivo conductual como un tratamiento eficaz contra casos de depresión, ansiedad y estrés.

Un ejemplo de estas intervenciones es la realizada por Rodríguez, Aguilera, Rodríguez & López (2011), donde se pretendió que en personal de mantenimiento y vigilancia de una universidad pública aprendiera a reconocer y controlar sus pensamientos negativos y a modificarlos por pensamientos y conductas positivas. El método consistió en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar a los participantes a controlar sus pensamientos automáticos, identificar las relaciones afecto y conducta, examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos erróneos, sustituir las cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas y a aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Respecto de la efectividad de esta intervención se comprobó que a corto plazo (tres semanas / 6 sesiones) el programa de intervención fue efectivo en la disminución de estrés y burnout.

Beck y Beck (Rodríguez et al., 2011) encontraron que cuando el apoyo orienta a los sujetos como medida para proporcionar herramientas, es posible lograr reducir las reacciones emocionales desagradables y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los pensamientos

En otro estudio realizado por Reyes y González-Celis (2016) se diseñó y evaluó una intervención cognitivo-conductual dirigida a cuidadores formales de ancianos institucionalizados. Ésta tuvo una duración de nueve sesiones de 1 hora cada una, las cuales fueron impartidas en la institución donde laboran, de manera individual y en horarios de trabajo. Para efectuar la intervención, se diseñaron dos manuales, uno dirigido al terapeuta y otro dirigido al participante.

Los resultados obtenidos en esta investigación (donde se utilizó un programa de entrenamiento en solución de problemas y una intervención cognitivo-conductual que incluía

relajación, entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva y entrenamiento en gestión del tiempo se logró la disminución del burnout y de su dimensión de desgaste físico y psíquico) que utilizó una intervención cognitivo-conductual muestra disminución no sólo en el puntaje global de burnout y en su dimensión de desgaste físico y psíquico, sino, también, en sentimientos de culpa y desilusión por el trabajo.

Van der Klink Blonk, Schene, Van Dijk (2001) Con estudios cuasi experimentales en Gran Bretaña concluyeron que los enfoques cognitivo – conductuales son más efectivos en la mejora de la calidad de vida laboral y los recursos psicológicos.

Otra investigación llevada a cabo por Rubio 2003 citada en Guerrero & Rubio, (2005) con orientadores de Institutos de enseñanza secundaria demostró que existen relaciones significativas entre las actitudes disfuncionales y el burnout. En este trabajo se encontró que los docentes más afectados por los máximos niveles de burnout presentan más actitudes disfuncionales, manifiestan una desajustada necesidad de aprobación de los demás, miedo al fracaso y afán de perfeccionamiento.

A partir de esos resultados, se propuso que es indispensable entrenar al sujeto para que identifique el papel que juegan sus propias actitudes en el origen y persistencia de su estrés laboral. Al revisar los factores causales del burnout, se encontró que el más citado es la escasa formación recibida en técnicas de autocontrol y en manejo del estrés (Caballero, Bermejo, Nieto & Caballero, 2001 en Guerrero & Rubio, 2005).

## CAPÍTULO III

### Propuesta de Intervención

#### Método

La propuesta de intervención que se propone en este proyecto es el desarrollo de un taller donde se sugiere aplicar un método cuasi experimental (para medir la efectividad) dicho taller consta de seis sesiones, cada una de ellas descritas a lo largo del procedimiento. Entre ellas se desarrollan las siguientes etapas:

- Aplicación de instrumentos
- Estructura del taller
- Medir efectividad del taller

#### 3.1. Metodología

##### 3.1.1. Justificación

De acuerdo con Quiceno & Vinaccia Alpi, (2007) “El estrés está relacionado con un sin número de situaciones que pertenecen a la vida cotidiana y el burnout es sólo una de las formas que tiene de progresar el estrés laboral”.

Por ello es por lo que en ambientes laborales donde existe altos niveles de estrés es donde hay mayor prevalencia del Síndrome de Burnout y más con aquellos empleados comprometidos que mantienen jornadas de trabajo más intensas además que de acuerdo con el guía de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo, este problema afecta preferentemente a trabajadores/as de ciertos sectores: sanitarios, docentes, personal de seguridad, servicios sociales, etc.



La dimensión del agotamiento extenuante es el componente de estrés individual básico del burnout y se refiere a sentimientos de estar sobre exigido y vacío de recursos emocionales y físicos, los cuales hacen que los trabajadores se sientan debilitados y agotados, sin ninguna fuente de reposición y carentes de suficiente energía para enfrentar otro día u otro problema (Díaz & Gómez 2016).

Considerando esto se puede decir que las emociones son muy importantes para poder evitar que se empiece a desarrollar este fenómeno en los empleados ya que como lo menciona Alecsiuk, (2015) “el burnout emerge de forma gradual y como consecuencia de un agotamiento emocional”.

En la actualidad no existe un modelo de intervención por parte de los servicios de salud pública en México como lo son la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano de Seguridad Social o el Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado.

### 3.1.2. Objetivos

#### **Objetivo general**

El objetivo general de la intervención es proponer un taller basado en técnicas cognitivo-conductuales que proporcionen herramientas básicas a trabajadores de diversos ámbitos laborales para que vayan adquiriendo las habilidades necesarias para mejorar de manera asertiva sus relaciones personales, así como disminuir los niveles de estrés y ansiedad que se asocian al síndrome de Burnout. Además, también podrán identificar, analizar y modificar los pensamientos disfuncionales que inciden de forma directa en su estado emocional y conductual, y puedan así mejorar su calidad de vida.

#### **Objetivos específicos**

- Aprender a aplicar las diferentes técnicas y estrategias para eliminar los síntomas asociados al estrés laboral y Burnout desde el enfoque Cognitivo - Conductual.

- Proporcionar estrategias que ayuden a los participantes a comprender el trastorno de burnout, así como las diferentes técnicas de intervención

- Intervenir mediante técnicas cognitivo-conductuales para reducir la sintomatología asociada al síndrome de Burnout.

- Identificar y asistir a personas que padecen el síndrome de Burnout.

### 3.1.3. Instructor

Para impartir este taller se sugiere que el instructor esté graduado de la Licenciatura en Psicología; en dado caso que en la empresa no cuenten con un psicólogo titulado en la plantilla de empleados, se sugiere se pida apoyo a un externo que cuente con el grado ya que se debe brindar un respaldo académico, debido a que todo tratamiento psicológico debe regirse por estándares de actualidad, calidad técnica, responsabilidad y ética.

Además, se sugiere que sea un profesional que tenga experiencia en el área clínica o de la salud, tener conocimientos relacionados con el estrés, ansiedad, estrés laboral y burnout, así como tener experiencia impartiendo clases o capacitando. También es importante que posea otras competencias como puntualidad, tolerancia al estrés, manejo de grupos, ser dinámico, responsable, comprometido con la labor, empático y ético.

### 3.1.4. Participantes

Se sugiere que en esta intervención participen personas con las siguientes características:

Hombres y mujeres que se encuentren laborando y que puedan ser vulnerables a padecer el Burnout, principalmente si tienen sobrecarga laboral, que laboren en horarios extendidos, etc.

Se recomienda que sea un mínimo de 5 y un máximo de 25 personas, en dado caso que este número sea más grande, se sugiere también aumente el espacio donde se impartirá el taller, sin embargo, no es recomendable realizarlo a grupos muy grandes.

### 3.1.5. Materiales

- ✓ Hojas sueltas
- ✓ Lápices
- ✓ Computadora
- ✓ Proyector
- ✓ Pizarrón o pantalla blanca para el proyector
- ✓ Bocina
- ✓ Proyector
- ✓ Pantalla o pizarrón blanco
- ✓ Computadora
- ✓ Plumones de colores
- ✓ Colores

### 3.1.6. Escenario

El taller se llevará a cabo en la empresa pública o privada en donde laboren los participantes. Se sugiere un espacio de alrededor de 10 x 10 metros con buena ventilación, iluminación, que esté lo más alejado posible de distractores, que cuente con sillas y mesas de trabajo para los participantes. En caso de no disponer de un espacio con el tamaño adecuado, se requerirá ajustar el número de participantes.

### 3.1.7. Procedimiento

El taller surge al detectar la necesidad de crear formas de prevención y tratamiento para el Burnout debido que se observan deficiencias en este ámbito al revisar la literatura acerca de este padecimiento

Para poder dar el servicio en una institución será necesario brindar la información completa del taller “Intervención Cognitivo Conductual para disminuir síntomas de Burnout” junto con los objetivos generales y específicos, y cartas descriptivas. Todo lo esto tiene que acordarse previamente con la institución pública o privada que esté interesada en atender las problemáticas relacionadas con el estrés laboral o el síndrome de quemarse en el trabajo (burnout). Como es un tipo de intervención, se debe entregar una carta donde se expliquen los compromisos y responsabilidades que debe tener el instructor, así como los requisitos para desarrollar el taller. Se requiere además se incorpore la aplicación de la Escala Mexicana de Desgaste Emocional (EMEDO) (Anexo 1) y el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) (Anexo 2), sin embargo, aunque debe considerarse que no está estandarizado en población mexicana, ambos instrumentos ofrecen buenos parámetros de validez y confiabilidad.

### 3.1.8. Carta Descriptiva

<b>Taller “Intervención Cognitivo Conductual para disminuir síntomas del estrés laboral y Burnout”</b>				
<b>Sesión 1</b>				
Objetivo general de la sesión: Presentar al instructor y a los integrantes del grupo, así como el contenido general del taller.				
<b>Actividad</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida y encuadre	Dar a conocer a las personas que dirigirán las sesiones y tengan confianza en ellos. Integrar y conocer a los participantes Darles a conocer a los participantes el temario y las reglas básicas de convivencia para el taller	El instructor se deberá presentar. Posteriormente presentara el temario aclarando las dudas que surjan en los participantes. Indicará las reglas básicas de convivencia del taller. Los participantes se presentarán y expondrán sus expectativas del taller	Lápiz Papel Computadora Proyector Pizarrón o pantalla blanca Plumón de pizarrón	20 minutos
Solución de instrumento de medición Maslach Burnout Inventory (MBI) y EMEDO	Medir el nivel de estrés actual en los participantes del taller	El instructor proporcionará a cada participante los instrumentos de medición EMEDO (Anexo 1) y Maslach Burnout Inventory (MBI) (Anexo 2), se les pedirá a los participantes que contesten con la mayor sinceridad posible y que todas sus respuestas serán confidenciales.	Lápiz Cuestionarios impresos	30 min
Conociendo mis expectativas	Conocer el interés de los participantes en tomar el taller.	En equipo de 3 a 6 personas, realizaran un mapa mental con las expectativas que tienen sobre el taller. Después se realizará el mapa mental en el pizarrón con ayuda de la participación de todos.	Hojas blancas Lápices de colores	20 minutos
Lluvia de ideas	Conocer que es lo que los participantes saben del estrés y estrés laboral	Se les pedirá a los participantes que digan lo primero que se les ocurra al escuchar la palabra estrés y estrés laboral.	Computadora Proyector Pizarrón o Pantalla blanca	20 minutos

Exposición sobre estrés y estrés laboral	Introducir de forma breve los conceptos de estrés y estrés laboral	El instructor explicará a los participantes los conceptos básicos del estrés, estrés laboral y sus consecuencias.	Computadora Proyector Pizarrón o Pantalla blanca	30 minutos
Cierre	Resumen de conceptos aprendidos	El instructor hará preguntas a los participantes sobre cada concepto y su sintomatología	-----	10 minutos

**Taller “Intervención Cognitivo Conductual para disminuir síntomas del estrés laboral y Burnout”**

**Sesión 2**

Objetivo general de la sesión: Presentas los conceptos Importantes del Síndrome de Burnout.

<b>Actividad</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida y resolución de dudas	Reforzar lo visto en la sesión anterior	El instructor: Dara la bienvenida Pedirá expliquen lo aprendido o entendido en la sesión anterior. Complementará la información en caso de que los participantes omitan algún dato importante.	----	15 minutos
Introducción al Burnout	Introducir de forma concreta lo que es el burnout, síntomas y fases. Señalar las diferencias entre estrés y burnout.	El instructor explicará a los participantes: Concepto de estrés Concepto del síndrome de burnout. Síntomas y Fases del burnout Diferencias entre el estrés y burnout Consecuencias	Computadora Proyector Pizarrón o Pantalla blanca	30 minutos
Donde me duele	Los participantes identificarán si presentan síntomas físicos relacionados al burnout	El instructor procederá a llevar a cabo la dinámica “donde me duele” (Anexo 3) Se entregará a cada uno de las participantes hojas de la silueta de hombre- mujer Posteriormente se les entregara 2 colores, uno de color naranja y otro de color rojo. Se procederá a dar la primera instrucción la cual consiste en dibujar con color naranja las áreas en las cuales sienten una molestia moderada en el trabajo o después de él. Como segunda instrucción se dibujará con color rojo las áreas en las cuales sienten una molestia fuerte en el trabajo o después de él. Finalmente se pedirá la participación de 5 voluntarios los cuales compartirán lo expresado en las siluetas corporales.	Hojas sueltas Lápices	20 minutos
Como debo	Se explicará a los	El instructor entregara una hoja con instrucciones de cómo deben aprender a	Hojas sueltas	20

relajarme	participantes la importancia de una correcta relajación.	relajarse (Anexo 4). Además, explicara la importancia de una buena relajación ante momentos de estrés. Después de eso pedirá a 1 o 2 participantes que pasen al frente a explicar las instrucciones de una correcta relajación.	Lápices	minutos
Como debo respirar	Se explicará a los participantes la importancia de una correcta respiración.	El instructor entregara una hoja con instrucciones de cómo deben aprender a respirar (Anexo 5). Además, explicara la importancia de una buena respiración ante momentos de estrés. Después de eso pedirá a 1 o 2 participantes que pasen al frente a explicar las instrucciones de una correcta respiración.	Hojas sueltas	20 minutos
Cierre	Resumen de conceptos aprendidos	El instructor les pedirá a los participantes que en una hoja en blanco expliquen el aprendizaje que adquirieron durante la sesión	-----	15 minutos



**Taller “Intervención Cognitivo Conductual para disminuir síntomas del estrés laboral y Burnout”**

**Sesión 3**

Objetivo general de la sesión: Dar a conocer las bases de la reestructuración cognitiva para modificar pensamientos inadecuados.

<b>Actividad</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida y resolución de dudas	Reforzar lo visto en la sesión anterior	El instructor: Dara la bienvenida Pedirá expliquen lo aprendido o entendido en la sesión anterior. Complementará la información en caso de que los participantes omitan algún dato importante.	----	15 minutos
Reestructuración cognitiva y pensamientos inadecuados	Proporcionar a los participantes las herramientas necesarias para que puedan identificar los pensamientos inadecuados	El instructor: Explicará lo que es la reestructuración cognitiva. Explicará lo que es un pensamiento inadecuado	Computadora Proyector Pizarrón o Pantalla blanca	30 minutos
“Identifica lo absurdo”	Explicar el concepto de reestructuración cognitiva. Reconocer los pensamientos automáticos. Identificar pensamientos negativos.	El instructor: Pedirá a los participantes que identifiquen los pensamientos inadecuados de forma individual. Una vez identificados tendrán que analizarlos mediante preguntas que los hará reflexionar, estas preguntas deben ir encaminadas a	Hojas sueltas Lápices	40 minutos

	<p>Contradecir pensamientos a través de hechos.</p> <p>Aplicar los conocimientos para modificar pensamientos.</p> <p>Distinguir distorsiones cognitivas</p>	<p>la objetividad (que tanto esos pensamientos se alejan de la realidad), consecuencias (a que consecuencias me lleva este pensamiento) y relativizar (que pasaría si lo que pienso es cierto). (anexo 6)</p> <p>Se buscará que encuentren pensamientos alternativos. Se les explicará cómo llevar a cabo este paso y se les dará un listado con preguntas ejemplo (Anexo 7)</p>		
¿Que causa estrés en mi entorno laboral?	<p>Promover que los participantes identifiquen las situaciones de estrés en su trabajo y ayudarlos a buscar posibles soluciones.</p>	<p>El instructor les pedirá en una hoja en blanco identifiquen lo que les causa estrés en su trabajo y que pueden hacer para resolverlo.</p>	<p>Hojas sueltas</p> <p>Lápices</p>	<p>10 minutos</p>
Cierre	<p>Resumen de conceptos aprendidos</p>	<p>El instructor les pedirá a los participantes que en una hoja en blanco expliquen el aprendizaje que adquirieron durante la sesión</p>	<p>Hojas sueltas</p> <p>Lápices</p>	<p>15 minutos</p>
Tarea en casa	<p>Reforzar lo aprendido en la sesión</p>	<p>Identificar una situación que se les presente en el día.</p> <p>Llenar formato de autorregistro. (anexo 8)</p>	<p>Hojas sueltas</p> <p>Lápices</p>	<p>10 minutos</p>

**Taller “Intervención Cognitivo Conductual para disminuir síntomas del estrés laboral y Burnout”**

**Sesión 4**

Objetivo general de la sesión: Aprendiendo a disminuir el síndrome de burnout mediante la técnica de imaginería.

<b>Actividad</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida y resolución de dudas	Reforzar lo visto en la sesión anterior	El instructor: Dara la bienvenida Pedirá expliquen lo aprendido o entendido en la sesión anterior. Complementará la información en caso de que los participantes omitan algún dato importante.	----	15 minutos
Técnica de Imaginería.	Exposición de Conceptos básicos de la técnica de Imaginería.	El instructor expondrá brevemente los conceptos básicos de la técnica de imaginería	Computadora Proyector Pizarrón o Pantalla blanca	30 minutos
El bosque y el mar.	Realización de Relajación usando la Técnica de imaginería.	El instructor procederá a realizar la relajación usando la técnica de imaginería “Relajación el Bosque y el Mar” (Anexo 9)	Computadora Bocina	40 minutos
Compartiendo experiencias	Compartir experiencia de actividad realizada	El instructor pedirá a los participantes que compartan su experiencia de la técnica de relajación realizada.	---	20 minutos
Cierre	Resumen de conceptos aprendidos	El instructor les pedirá a los participantes que en una hoja en blanco expliquen el aprendizaje que adquirieron durante la sesión	Hojas sueltas Lápices	15 minutos

**Taller “Intervención Cognitivo Conductual para disminuir síntomas del estrés laboral y Burnout”**

**Sesión 5**

Objetivo general de la sesión: Conocer los conceptos de las técnicas cognitivo-conductuales, así como aprenderlos de manera práctica con ejemplos de la vida cotidiana y aprender técnicas para la reducción de síntomas.

<b>Actividad</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida y resolución de dudas	Reforzar lo visto en la sesión anterior	El instructor: Dara la bienvenida Pedirá expliquen lo aprendido o entendido en la sesión anterior. Complementará la información en caso de que los participantes omitan algún dato importante.	----	15 minutos
Exposición del tema Solución de Problemas	Dar a conocer el tema de Solución de problemas	El instructor explicará: La técnica de resolución de problemas Como jerarquizar las posibles soluciones Como genera soluciones alternativas. Conceptos básicos de esta técnica.	Computadora Proyector Pizarrón o Pantalla blanca	40 minutos
“Soy el mejor para...”	Conocer conceptos de autoeficacia y asertividad.	En equipo, por medio de entrevistas, generarán una	Hojas sueltas Lápices	25 minutos

		lista con su nombre y las competencias que cada participante posee, al finalizar se presentarán ante el grupo.		
Representando escenas”	Identificar lenguaje verbal y no verbal. Distinguir asertividad, pasividad y agresividad. Modelar conductas Brindar herramientas para actuar de manera asertiva	El instructor propondrá el tema sobre alguna problemática estresante mediante una situación, puede ser laboral o de la vida en general. Los participantes irán escenificando cada situación; el instructor irá modelando las conductas, tono de voz, hará notar los pensamientos irracionales, su forma de detenerlos y detallar las consecuencias en las emociones y conductas con los cambios que se generan por aplicarlo. También se verán los estilos de afrontamiento: asertivo, pasivo y agresivo. (anexo 10)	Hojas sueltas Lápices	25 minutos
Cierre	Resumen de conceptos aprendidos	El instructor les pedirá a los participantes que en una hoja en blanco expliquen el aprendizaje que adquirieron durante la sesión	Hojas sueltas Lápices	15 minutos

**Taller “Intervención Cognitivo Conductual para disminuir síntomas del estrés laboral y Burnout”**

**Sesión 6**

Objetivo general de la sesión: Los participantes practicarán la musicoterapia.

Actividad	Objetivos específicos	Procedimiento	Material	Tiempo
Bienvenida y resolución de dudas	Reforzar lo visto en la sesión anterior	El instructor dará la bienvenida Pedirá expliquen lo aprendido o entendido en la sesión anterior. Complementará la información en caso de que los participantes omitan algún dato importante.	----	15 minutos
Musicoterapia	Dar a conocer la musicoterapia como alternativa de relajación	El instructor: Explicará lo que es la musicoterapia. Pondrá a los participantes en una posición cómoda para ellos y comenzará a dar las instrucciones para la relajación al mismo tiempo que comienza la música de relajación. Una vez terminada se resolverán dudas que pudieran existir Se les brindará un disco con las instrucciones a seguir y la música para llevar a cabo la relajación en casa o en momentos de tensión.	Disco Musico terapia	30 minutos
Prevención de recaídas	Explicar en qué consiste la prevención de recaídas. Retroalimentar los casos fallidos. Brindar herramientas para continuar ante un fracaso, Destacar la importancia	Utilizando la tarea de los participantes, el instructor retroalimentará a los participantes que pudieron aplicar alguna de las posibles soluciones ante la problemática presentada. Se utilizará una técnica llamada “Vacuna ante el fracaso”, esta técnica consiste en retroalimentar y llegar a la conclusión del porqué no resultó la posible solución. Esto se logrará con ayuda del instructor y los integrantes del grupo. Cuando una opción de solución no funciona tendrá que	Computadora Proyector de imágenes Pantalla de reflexión Lista de soluciones creadas por los integrantes del grupo	30 minutos

	de no derrotarse ante un fracaso.	poner a prueba la siguiente propuesta de resolución		
Cierre	Resumir de los contenidos del taller. Resolver dudas. Reflexionar y dar opinión respecto a lo obtenido en el taller.	Los integrantes del grupo participarán de manera activa para que el instructor y los participantes puedan ayudar a resolver dudas.	-----	15 minutos
Recomendaciones	Brindar recomendaciones adicionales.	El instructor, mediante la encuesta que se llevó a cabo la primera sesión se hará la recomendación de que las personas que piensen que padecen burnout asistan con un especialista. Se resolverán dudas pendientes a lo largo de todo el taller. Los participantes comentarán como se sintieron a lo largo de las sesiones	-----	20 minutos
Cuestionario de retroalimentación	Aplicar cuestionario de retroalimentación.	Los participantes contestarán un cuestionario de retroalimentación (Anexo 11) para que el instructor obtenga retroalimentación para futuras aplicaciones del taller	Hojas sueltas Lápices	10 minutos

## **Alcances y limitaciones**

Al realizar esta propuesta de intervención se busca que tanto las personas como las instituciones identifiquen los factores que le generan estrés en los trabajadores, con la finalidad de establecer y ejecutar programas de acción para afrontarlo y evitar que se llegue al síndrome de Burnout.

Los resultados obtenidos con la aplicación de este taller pueden traer grandes beneficios a la institución ya que, de acuerdo con la literatura, la terapia cognitivo-conductual ofrece resultados confiables en poco tiempo.

Además, cada sesión fue diseñada para otorgar herramientas indispensables para disminuir de los malestares producidos por el trastorno de burnout ya que los entrenamientos cotidianos lograrán un éxito óptimo si se realizan con dedicación y compromiso de llevar a cabo estas tareas en casa.

También puede existir falta de compromiso por parte del individuo, quien puede negar que el estrés le está ocasionando un problema de salud o una desmotivación ocasionada por su trabajo ya sea por cuestión de personalidad o por evitar que sus empleadores lo vean como alguien poco productivo.

Una limitación más es que el taller no sea impartido por personal que se encuentre capacitado tanto en la terapia cognitivo conductual, o que no se utilice una adecuada intervención de acuerdo con las necesidades de la institución o de los participantes.

## **Conclusiones**

Es importante que las personas conozcan más acerca de los riesgos a la salud que conlleva el Burnout, ya que es una realidad latente que muchos desconocen.



Debido a que es un factor de riesgo para la salud de los individuos, deben promoverse más programas con iniciativas que les permita a los empleados prevenirlo o en su caso intervenirlo. El Síndrome de Burnout es un problema clínico y organizacional, que se debe atacar ya que no solo afecta la salud de los empleados, sino que también afecta a los objetivos o metas de las organizaciones generando pérdidas a ambas partes.

El síndrome de burnout surge por un estrés laboral crónico y constante, el cual deriva en una incapacidad laboral, afectando seriamente la productividad del trabajador en su área de trabajo, e incluso llegando a afectar gravemente su vida social y familiar. Por ello, se puede afirmar que este es un problema psicosocial.

Debido a que el síndrome de burnout tiene una alta incidencia en México (casi el 50% de los trabajadores lo padece) se ha convertido en un tema de interés en el país, es por ello por lo que a mediados del 2019 se modificó la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS 2018 para proteger al trabajador de este riesgo de salud grave el cual deriva en afectaciones físicas, mentales y cognitivas. Sin embargo, las empresas aún no están capacitadas para poder tratar un problema del área de la psicología clínica, ya que los psicólogos que laboran en las empresas en el área de recursos humanos en su mayoría tienen únicamente la formación organizacional.

Por lo tanto, es de gran importancia que la psicología clínica y la psicología organizacional trabajen en conjunto para poder disminuir y prevenir el síndrome de burnout ya que de acuerdo con Calabrese (2006) causa enfermedades como ataques cardiacos aumento de glucosa en la sangre, hipertensión, problemas en la familia y conflictos laborales.

Además, actualmente en las empresas e instituciones no existen medidas terapéuticas efectivas para combatir el Burnout, por lo tanto, es importante que cuenten con una propuesta para que se logren diseñar e implementar programas de prevención e intervención.

Cada una de las técnicas propuestas tiene gran confiabilidad y validez, así como investigaciones que sustentan su eficacia trastornos de estrés y ansiedad.

Para la realización de este taller se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales ya que desarrollar un tratamiento fundamentado en la interacción persona y el medio, centrándonos en sus conductas actuales y en las variables que las controlan.

## Referencias

Alecsiuk, B. (2015). Inteligencia emocional y desgaste por empatía en terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV (1), 43-56.

Ángeles, M., Díaz, M. & Villalobos, A., (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*.

Arciniega R. (2012). Factores organizacionales causantes del estrés en el trabajo y estrategias para afrontarlo. *Revista Venezolana de Gerencia*. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?Id=290/29024892005>

Ardila, R. (2013). Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(2), undefined-undefined. [fecha de Consulta 8 de octubre de 2019]. ISSN: 0120-0534. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?Id=805/80528401013>

Bakker, A., Demfrouiti, E. & Schaufeli, W. (2002). Validation of the Maslach Burnout Inventory – General Survey: an internet study, anxiety, stress and coping, 15 (3), 245-260.

Barragán, G. (2004). Factores psicosociales relacionados con el burnout en el personal de dos instituciones de asistencia social del Estado de México. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Los Reyes Iztacala.

Beck, A., (1990). *Con el amor no basta*. México: Paidós.

Buendía, J. & Ramos, F. (2001): *Empleo, Estrés y Salud*. Madrid: Pirámide.

Buendía, J. (1998): *Estrés Laboral y Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva, S.L

Burke, R. (1987): "Burnout in police work: An examination of the Cherniss model", *Group and Organization Studies*, nº12, pp.174-188.

Bunk, B, Shaufeli, W, & Ybema, J. (1994). Burnout, uncertainty, and the desire for social comparison among nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 1701-1718.

Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno.

Cabezas H, & Lega, L. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Revista Educación*, 30(2), undefined-undefined. [fecha de Consulta 9 de octubre de 2019]. ISSN: 0379-7082. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?Id=440/44030207>

Cano, A. (2002). *La Naturaleza del Estrés*. Recuperado de [http://www.ucm.es/info/seas/estres\\_lab/index.htm](http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/index.htm)

Calabrese G. (2006) Impacto del estrés laboral en el anestesiólogo. *Revista Colombiana de Anestesiología*, Sin mes, 233-240.

Carrascoza, C, (2008). Modalidades de tratamiento. La práctica de la Terapia Cognitivo Conductual: Una guía para su aplicación. *Anuario de Investigación en Adicciones*. 9 (1), 1 – 14.

Carlin, M., & Garcés de los Fayos Ruiz, E. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*, 26 (1), 169-180

Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek (eds.), *Professional*

burnout: Recent development in theory and research (pp. 135- 149). Washington, DC: Taylor & Francis.

Comisión Ejecutiva Confederal de UGT (2006). Guía sobre el síndrome del quemado (Burnout). Madrid: UGT

Comité Mixto OIT-OMS (1984). Factores Psicosociales en el Trabajo. OIT-Ginebra.

Cox, T., Kuk, G. & Leiter, M. (1993). *Burnout, health, work stress and organizational healthiness*. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Comp.): *Professional burnout: recent developments in theory and research* (pp. 177-193). Londres.: Taylor & Francis.

Fontana, D. (1995). Control del estrés. México: Manual Moderno.

Freudenberger, H.J. (1980): Burn-out. Nueva York: Doubleday.

Gil, J. (2004). *Psicología de la Salud, Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. España: Ediciones Pirámide.

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

*Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1999) Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo*. Madrid: Universidad de Valencia.

Golembiewski, R, Munzenrider, R. Y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461-481.

Guía de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. (2009) Departamento de Asistencia Técnica para la Prevención de Riesgos Laborales UGT Andalucía

Hobfoll, S. E. & Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). London: Taylor & Francis.

Hombrados, M.I. (1997): Estrés y Salud. Valencia: Promolibro

Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/estres-laboral>

Ivancevich, J. & Matteson, M. (1989). Estrés y trabajo. Una perspectiva gerencial. México: Trillas.

Juárez-García, A, Idrovo, A, Camacho-Ávila, A, & Placencia-Reyes, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud mental*, 37(2), 159-176. Recuperado en 16 de septiembre de 2019, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000200010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000200010&lng=es&tlng=es).

Kazdin, A. (1983). Historia de la Modificación de Conducta. Bilbao: Desclée de Brouwer. Cap. 1, 2, 3 y 4.

Kazdin, A. (1991). Sobre los aspectos conceptuales y empíricos de la terapia de la conducta. En Caballo, V. (ed.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI

Kendall, P.C. (1990). *The coping cat workbook*. EUA: Temple University.

Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. En *Annual reviews of psychology*, 44, 1-21.

López Y., Díaz Y., Cintra Hernández, Y., & Limonta R. (2014). Estrés, el “gran depredador”. *Revista Información Científica*, 84 (2), 375-384.

Martín, I. (2007). Estrés académico en estudiantes de medicina. *Apuntes de psicología*, 25 (1), 87-99.

Martínez A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), undefined-undefined. [fecha de Consulta 21 de septiembre de 2019]. ISSN: Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?Id=5257/525752962004>

Maslach, C. Y Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.

Mingote, J.C. (1998): “Síndrome Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional”. *Formación médica continuada. (Versión electrónica) Vol. 5, nº8, pp. 493.*

Minici, A. Rivadeneira, C., Dahab, J. (2001). ¿Qué es la terapia cognitivo – conductual? [Versión electrónica]. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 1, 1 – 6

Molina-Jiménez, T., Gutiérrez-García, A., Hernández-Domínguez, L., & Contreras, C. (2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de Psicología*, 24 (2), 353-360

Montoya Z. & Moreno S. (2012) Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. *Psicología desde el Caribe* 205-227

Moscoso, M. (1998). Estrés salud y emociones: estudio de la ansiedad, cólera y hostilidad. *Revista de Psicología*, 3, 9-17.

Naranjo M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), undefined-undefined. [fecha de Consulta 8 de noviembre de 2019]. ISSN: 0379-7082. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=440/44012058011>

Navas R., José J. (1981) Terapia racional emotiva *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 13, núm. 1, pp. 75- 83

Peiró, J. M. & Salvador, A. (1992). *Desencadenantes del Estrés Laboral*. España: Editorial UDEMA S. A.

Pérez M.I. (2000). Cuando el estrés laboral se llama Burnout. Causas y estrategias de afrontamiento. Buenos Aires: Universidad Libros

Quiceno, J., & Vinaccia Alpi, S. (2007). Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 117-125.

Ramos, F. (2008). El síndrome de burnout. Madrid: Klinik, S.L.

Ramos, J., Arias-Díaz, R., Arias-Ramos, L., & Nava, R. (2001). Situación actual de la salud en el trabajo en México. *Revista Latinoamérica de la Salud en el Trabajo*, 1, 30-38.

Reyes K., & González-Celis A. (2016). Efectos de una intervención cognitivo-conductual para disminuir el burnout en cuidadores de ancianos institucionalizados. *Escritos de Psicología (Internet)*, 9(1), 15-23. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.1709>

Rivera, O., Fayne, E. & Lucio, E. (1987). Integración de estudios psicológicos. México: Diana.



Rodríguez M, Aguilera Velasco M, Rodríguez García R, López Palomar M, Mtra. García Cueva S. (2011). Efectividad del programa de intervención cognitivoconductual para disminuir los síntomas de estrés y el síndrome de burnout en personal de mantenimiento y vigilancia de una universidad pública. *Waxapa*, 5, 99-101

Sells, S. B. (1970). On the nature of stress. En J.E. Mc Grath, *Social and Psychological Factors in Stress*, (pp. 134-139). Nueva York: Holt Rinehart y Winston.

Schutte, N. Toppinen, S., Kalimo, R. & Schaufeli, W. (2000). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 73 (1), 53 – 67.

Thompson, M. S., Page, S. L. & Cooper, C. L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235

Uribe, J.F. (2008) Desgaste Ocupacional: Construcción, desarrollo y validación de un instrumento mexicano para medir “burnout”, la escala EMEDO. En Uribe, J.F. *Psicología de la Salud Ocupacional en México* (pp. 121-156). México: UNAM.

Van der Klink JJ, Blonk RW., Schene AH., van Dijk FJ. (2001) The Benefits of Interventions for Work-Related Stress *American Journal of Public Health*, American Public Health Association.

Vega, S. V. (2010). Desgaste ocupacional y estrés en odontólogos de la Ciudad de México. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM

Vieco Gómez, G., & Abello Llanos, R. (2014). Factores psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad en el mundo. *Psicología desde el Caribe*, 31 (2), 354-385.

## Anexos

### Anexo 1: Escala Mexicana de Desgaste laboral (EMEDO)

#### INSTRUCCIONES

A continuación, se le presentará una serie de enunciados a los cuales debe responder considerando su forma de pensar, sentir y actuar en determinadas situaciones; le pedimos que conteste de la manera más sincera posible, ya que nos es de gran utilidad. Para contestar utilice las HOJAS DE RESPUESTA anexas, marcando con una “X” el óvalo correspondiente a la respuesta que describa mejor su forma de pensar, sentir y actuar. Se le presentarán dos tipos de enunciados, los cuales tienen seis opciones de respuesta. En el primer tipo va en una escala de Totalmente en Desacuerdo (TD) a Totalmente de Acuerdo (TA) y puede elegir cualquiera de las seis opciones.

Ejemplo tipo 1):

1. Considero que es importante asistir a fiestas

TD

TA

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

En el segundo tipo de enunciados le pedimos que responda ¿con qué frecuencia...? ha tenido cierto padecimiento, debe contestar sin considerar los efectos producidos por sustancias como alcohol, estimulantes, cafeína, cocaína, opiáceos, sedantes, antidepresivos,

hipnóticos, ansiolíticos, etcétera. Utilizando la codificación: Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Frecuentemente, Casi Siempre, Siempre.

Ejemplo tipo 2):

¿Con qué frecuencia...? Tienes sangrado por la nariz.

N CN AV F CS S

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

**LAS PREGUNTAS QUE NO CORRESPONDAN A SU SEXO, DÉJELAS EN BLANCO.**

**NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS NI MALAS.**

**Sus respuestas son anónimas y confidenciales**

Sólo serán utilizadas con fines estadísticos. NO ESCRIBA EN ESTE CUADERNILLO  
¡GRACIAS!

¿Cómo me siento en el trabajo?

1. Siento que mi trabajo es tan monótono que ya no me gusta.
2. Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar.
3. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.

4. Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.
5. Siento que un día de éstos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo
6. Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.
7. Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo
8. Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.
9. Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo.
10. Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.
11. Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.
12. Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.
13. Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.
14. Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.
15. Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.
16. En mi trabajo todos me parecen extraños, por lo cual no me interesa interactuar con ellos.
17. Aunque me esfuerzo al realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.
18. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.
19. Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.

20. Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.
21. Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo.
22. Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.
23. Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.
24. Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.
25. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes
26. Siento que la energía que ocupo en mi trabajo no la puedo reponer.
27. Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.
28. No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.
29. Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.
30. En mi trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan.

¿Con qué frecuencia...?

31. Consideras que tienes sueño en exceso (más de 8 horas).
32. Te sientes deprimido (muy triste)
33. Sientes que la calidad de tu sueño es mala.
34. Tienes dolores de cabeza.

35. Sientes dificultad para deglutir.
36. Te despiertas bruscamente con gritos, llanto y mucho miedo. 37. Te has desmayado.
38. Tienes dolor durante tus relaciones sexuales.
39. Sientes indiferencia sexual.
40. Tienes pesadillas que alteran tu tranquilidad al dormir.
41. Te sientes desesperado (ansioso).
42. Despiertas y eres incapaz de moverte o hablar.
43. Te duelen las articulaciones de brazos y piernas.
44. Sufres intolerancia a diferentes alimentos.
45. Sufres vómitos. 46. Pierdes sensibilidad táctil (manos, piel, etc.).
47. Tienes dolores en el abdomen.
48. Tienes la sensación de debilidad muscular en cierta parte del cuerpo.
49. Te duele la espalda y el cuello.
50. Tienes molestias al orinar.
51. Consideras que tienes problemas respiratorios al dormir (p. e., roncar).
52. Te levantas de la cama durante la noche sin despertar.
53. Sientes un nudo en la garganta.
54. Llegas a perder la voz.

55. Dejas de dormir por varios días.

56. Sientes que interrumpes tu sueño durante la noche.

57. Sufres náuseas.

58. Sufres golpes irresistibles de sueño en situaciones inadecuadas (p. e., manejando, conversando).

59. Te duele el pecho.

60. Tienes molestias al defecar.

61. Tienes problemas para alcanzar un orgasmo cuando estás con una pareja.

62. Sufres diarrea. 63. Tienes la sensación de perder el equilibrio.

64. Te despiertas sintiendo taquicardia, sudoración, tensión muscular y confusión.

Las preguntas 65, 66 y 67 sólo para HOMBRES, las preguntas 68, 69 y 70 sólo para MUJERES.

65. Tienes problemas de eyaculación precoz.

66. Tienes problemas de erección.

67. Tienes problemas para alcanzar la eyaculación.

68. Tu menstruación es irregular.

69. Tienes pérdida menstrual excesiva (sangrado).

70. Durante tu periodo menstrual sufres dolores insoportables que te limitan en tus actividades.

71. ¿Qué edad tienes?
72. Sexo:
73. Estado civil:
74. Si tienes pareja, ¿cuántos años llevas con ella?
75. ¿Qué escolaridad tienes?
76. ¿Tienes hijos?
77. ¿Cuántos?
78. En tu trabajo, ¿qué tipo de puesto ocupas?:
79. ¿Cuál es el tipo de trabajo que desempeñas?
80. ¿Cómo es el contacto que mantienes con usuarios (pacientes, clientes, etc.)?
81. ¿Cuántos trabajos tienes?
82. ¿Cuántas actividades consideras tener en un día? (p. e., trabajos, deportes, religión, club, etc.).
83. ¿Cuántas horas trabajas al día? (en tu principal empleo).
84. ¿Cuánto tiempo de antigüedad tienes en la empresa donde laboras actualmente? 85. ¿Cuántos años has trabajado en tu vida?
86. ¿Cuántos empleos has tenido en tu vida?
87. ¿Cuántos ascensos has tenido en tu vida?



88. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado que recibes sin considerar impuestos, descuentos, etc.?
89. ¿En qué tipo de organización laboras?
90. ¿Qué tipo de contrato tienes?
91. ¿Tienes personas a tu cargo?
92. ¿Cuántas?
93. ¿Tomas algún medicamento en forma frecuente?
94. Si tomas algún medicamento, escribe cuál y para qué
95. ¿Cuánto tiempo tienes de tomarlo?
96. ¿Has tenido algún accidente importante? Especifica de qué tipo.
97. ¿Has tenido alguna intervención quirúrgica? Especifica de qué tipo.
98. ¿Fumas?
99. ¿Cuántos cigarros fumas al día?
100. ¿Con qué frecuencia ingieres bebidas alcohólicas?
101. En caso de que consumas drogas, ¿con qué frecuencia lo haces?
102. Durante una semana, ¿cuántas horas libres tienes?
103. ¿Haces ejercicio físico?
104. Si haces ejercicio, ¿cuántas horas a la semana le dedicas?

105. ¿Practicas alguna religión?

106. ¿Cuál?

107. ¿Tienes alguna preferencia política?

108. ¿De qué tipo es tu preferencia política?

109. ¿Qué tan devoto eres de tu religión?

110. ¿Qué tan involucrado estás con la inclinación política de tu preferencia?

\*\* Para obtener la versión final de este cuadernillo, así como las hojas de respuesta y plantillas de calificación deben solicitarse directamente con el autor de esta escala.

## **Anexo 2: MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)**

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

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

- Nunca: 1
- Algunas veces al año: 2
- Algunas veces al mes: 3

- Algunas veces a la semana: 4
- Diariamente: 5

Por favor, señale el número que considere más adecuado:

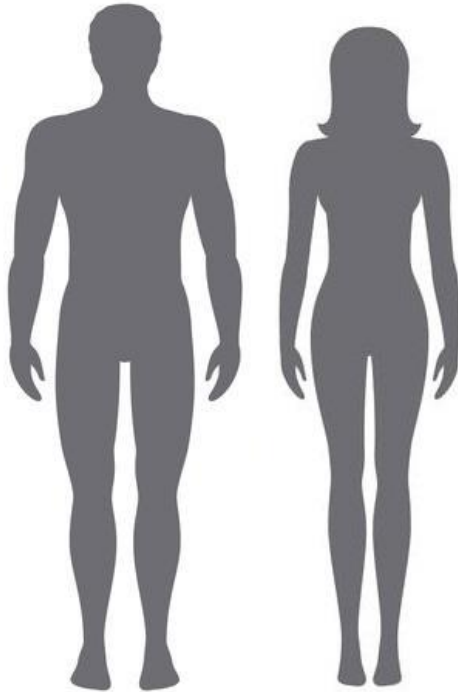
1. **AE** Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.
2. **AE** Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.
3. **AE** Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.
4. **RP** Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.
5. **D** Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.
6. **AE** Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
7. **RP** Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.
8. **AE** Siento que mi trabajo me está desgastando.
9. **RP** Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.
10. **D** Siento que me he hecho más duro con la gente.
11. **D** Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
12. **RP** Me siento muy enérgico en mi trabajo.

13. **AE** Me siento frustrado por el trabajo.
14. **AE** Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
15. **D** Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.
16. **AE** Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
17. **RP** Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.
18. **RP** Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.
19. **RP** Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20. **AE** Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
21. **RP** Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
22. **D** Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.

AE: Agotamiento Emocional; D: Despersonalización; RP: Realización Personal.

### **Anexo 3: Donde Me Duele**

Objetivo: Que los participantes señalen en el dibujo que partes de su cuerpo se ven afectadas a causa del estrés laboral o Síndrome de burnout.



### **Anexo 4: ¿Cómo puede relajar la mente y el cuerpo?**

Hay muchas formas de relajarse. Algunas formas están diseñadas para relajar la mente y otras para relajar el cuerpo. Pero, debido a la forma en que están conectados la mente y el cuerpo, muchos métodos de relajación trabajan tanto sobre la mente como sobre el cuerpo.

Es recomendable que pruebe uno o más de los siguientes consejos de relajación para ver cuál funciona mejor para usted.

#### **Cómo relajar la mente:**

1. Haga inspiraciones lentas y profundas.

2. Tome un baño tibio.
  3. Escuche música tranquilizante.
- Practique meditación consciente. El objetivo de la meditación consciente es enfocar su atención en las cosas que están sucediendo en este instante, en el momento presente. Por ejemplo, preste atención a su cuerpo. ¿Respira rápido o lento, en forma profunda o superficial? ¿Escucha ruidos, como el tráfico, o solo escucha silencio? La idea es darse cuenta de lo que sucede sin intentar cambiarlo.
  - Escriba. Algunas personas se sienten más relajadas después de escribir acerca de sus sentimientos. Una forma de hacerlo es llevar un diario.
  - Use las imágenes guiadas. Con las imágenes guiadas, usted se imagina en un determinado entorno que le ayuda a sentirse calmo y relajado. Puede usar cintas de audio, guiones o un profesor puede guiarle a través del proceso.

### **Cómo relajar el cuerpo:**

- Haga yoga. Puede obtener libros y videos para hacer yoga en el hogar o puede tomar una clase.
- Pruebe la relajación progresiva de los músculos. Este proceso implica tensionar y relajar cada grupo de músculos. La relajación progresiva de los músculos podría reducir la ansiedad y la tensión muscular. Si tiene problemas para dormirse, este método también podría ayudarle con sus problemas del sueño. Cuando relaja los músculos, el cuerpo recibe la señal de que está bien dormirse.
- Salga a caminar o haga otra actividad. Hacerse un tiempo para las cosas que disfruta también puede ayudarle a relajarse.

- Vaya a darse un masaje o pídale a alguien que le masajee la espalda.
- Tome una bebida caliente sin alcohol ni cafeína, como un té de hierbas o leche caliente.

Tomado de: northshore.org

### **Anexo 5: ¿Cómo se hacen los ejercicios de respiración?**

Existen muchos ejercicios de respiración que puede realizar como ayuda para relajarse. El primer ejercicio que se indica a continuación, la respiración abdominal, se aprende fácilmente y es fácil de hacer. Es mejor comenzar por allí si jamás ha realizado ejercicios de respiración con anterioridad. Los otros ejercicios son más avanzados. Todos estos ejercicios pueden ayudarle a relajarse y a aliviar el estrés.

#### **Respiración abdominal**

La respiración abdominal es fácil de realizar y es muy relajante. Intente este ejercicio básico en cualquier momento que necesite relajarse o aliviar el estrés.

1. Siéntese o acuéstese en una posición cómoda.
2. Coloque una mano sobre el abdomen justo debajo de las costillas y la otra mano sobre el pecho.
3. Respire hondo por la nariz y deje que el abdomen le empuje la mano. El pecho no debería moverse.
4. Exhale a través de los labios fruncidos como si estuviese silbando. Sienta cómo se hunde la mano sobre su abdomen y utilícela para expulsar todo el aire hacia afuera.

5. Realice este ejercicio de respiración entre 3 y 10 veces. Tómese su tiempo con cada respiración.
6. Note cómo se siente al final del ejercicio.

### Próximos pasos

Una vez que haya dominado la respiración abdominal, se recomienda que intente uno de estos ejercicios de respiración más avanzados. Intente los tres y vea cuál funciona mejor para usted:

- Respiración 4-7-8
- Respiración completa
- Respiración matinal
- Respiración 4-7-8

Este ejercicio también utiliza la respiración abdominal para ayudarle a relajarse. Puede realizar este ejercicio sentado o recostado.

1. Para comenzar, coloque una mano sobre el abdomen y la otra sobre el pecho, al igual que en el ejercicio de respiración abdominal.
2. Respire profunda y lentamente desde el abdomen y cuente en silencio hasta 4 a medida que inhala.
3. Contenga la respiración y cuente en silencio del 1 al 7.



4. Exhale por completo a medida que cuenta en silencio del 1 al 8. Intente sacar todo el aire de los pulmones para cuando llegue a 8.
5. Repítalo entre 3 y 7 veces o hasta que se sienta tranquilo.
6. Note cómo se siente al final del ejercicio.
7. Respiración completa

El objeto de la respiración completa es desarrollar el uso completo de los pulmones y centrarse en el ritmo de su respiración. Puede hacerlo en cualquier posición. Pero, mientras aprende, es mejor recostarse boca arriba con las rodillas flexionadas.

1. Coloque la mano izquierda sobre el abdomen y la mano derecha sobre el pecho. Observe cómo se mueven las manos al inhalar y exhalar.
2. Practique llenar la parte inferior de los pulmones respirando, de modo que la mano "del abdomen" (izquierda) suba cuando inhala y la mano "del pecho" permanezca quieta. Siempre inhale por la nariz y exhale por la boca. Haga esto 8 a 10 veces.
3. Cuando haya llenado y vaciado la parte inferior de los pulmones entre 8 y 10 veces, agregue el segundo paso a su respiración: primero, inhale aire hacia la parte inferior de los pulmones como antes y, después, siga inhalando aire hacia la parte superior del pecho. Respire lenta y regularmente. Mientras lo hace, la mano derecha se levantará y la mano izquierda bajará un poco a medida que el abdomen baja.
4. A medida que exhala lentamente por la boca, haga un sonido leve y sibilante a medida que baja la mano izquierda, primero, y la mano derecha, después. Mientras exhala, sienta cómo la tensión deja el cuerpo a medida que se relaja cada vez más.

5. Practique inhalar y exhalar de esta forma entre 3 y 5 minutos. Note que el movimiento del abdomen y del pecho sube y baja como el balanceo de las olas.
6. Note cómo se siente al final del ejercicio.
7. Practique la respiración completa diariamente durante varias semanas hasta que pueda hacerla casi en cualquier lugar. Puede utilizarla como una herramienta de relajación instantánea, en cualquier momento que lo necesite.

Advertencia: Algunas personas se marean las primeras veces que hacen respiración completa. Si comienza a respirar demasiado rápido o a sentirse aturdido, desacelere la respiración. Levántese poco a poco.

### **Respiración matinal**

Intente realizar este ejercicio cuando se levanta por la mañana para aliviar la rigidez de los músculos y liberar las vías respiratorias obstruidas. Luego, utilícelo a lo largo del día para aliviar la tensión en la espalda.

En posición de pie, inclínese hacia adelante desde la cintura con las rodillas levemente flexionadas y permita que los brazos cuelguen cerca del suelo.

Mientras inhala lenta y profundamente, regrese a la posición de pie enderezándose lentamente y levantando, por último, la cabeza.

Contenga la respiración solo por unos pocos segundos en esta posición de pie.

Exhale lentamente a medida que regresa a la posición original, flexionándose hacia adelante desde la cintura.

Note cómo se siente al final del ejercicio.

Tomado de: northshore.org

### **Anexo 6: Preguntas para reflexionar.**

- ¿Tengo evidencias suficientes?
- ¿Qué datos confirman lo que estoy pensando?
- ¿Me hace falta información?
- ¿Me infravaloro?
- ¿Mi interpretación es parcial?
- ¿Exagero?
- ¿Me responsabilizo en exceso?
- ¿Me sirve de algo darle vueltas de manera improductiva?
- ¿Me sirve de algo darle vueltas y más vueltas?
- ¿Cómo incide mi forma de pensar en mis relaciones sociales / familiares? ¿En mi trabajo? ¿En mi estado de ánimo?
- Me gustaría que las cosas fuesen de otra manera, pero... ¿Sería trascendente para mí?
- ¿Sería un contratiempo o sería una cosa realmente grave?
- ¿Sería una circunstancia desagradable o insuperable?

- ¿Me afectaría durante un periodo de tiempo (un mes, dos meses, un año) o durante toda mi vida?
- ¿Me podrían pasar cosas más graves? ¿Cuáles?

#### **Anexo 7: Preguntas de pensamientos alternativos.**

- ¿Es esta la única manera posible de interpretar la realidad?
- ¿Hay otras formas de hacerlo? ¿Cuáles?
- ¿Qué le diría a un amigo o familiar que tuviera estos tipos de pensamientos?
- ¿Qué me diría un amigo o familiar? ¿por qué?
- ¿Podría hacer alguna cosa más productiva para afrontarlo que darle vueltas al mismo tema una y otra vez? ¿Qué?
- ¿Qué probabilidades hay que estas formas sean las más adecuadas?
- ¿Tienen más probabilidades de ayudarme a conseguir mis objetivos que la forma inicial de plantearme la situación?
- ¿Tienen más probabilidades de conseguir mejorar mi estado de ánimo?
- ¿Tienen más probabilidades de incidir positivamente en mi manera de actuar?

## Anexo 8: Autorregistro de situaciones

Autorregistro de situaciones					
Situación	Cognición	Emoción	Conducta	Alternativa	Resultado
¿Dónde estás? ¿Qué sucede? ¿Quiénes participan?	¿Qué pensaste?	¿Qué sentiste?	¿Qué hiciste?	Pensamiento alternativo	¿Qué sucedió al pensar distinto?

## **Anexo 9: El Bosque y el Mar**

Autor: Francisco Barrios Marco, Fisioterapeuta, Especialista en técnicas de relajación.

Colócate en una posición cómoda, si puedes..... tumbado en una colchoneta, con los brazos extendidos cómodamente a los lados, las piernas estiradas, con los pies ligeramente abiertos hacia fuera, con una disposición a relajarte.....cierra los ojos....y siente tu respiración, tranquila, en calma.

Vamos A realizar un sencillo ejercicio de relajación:

A partir de este instante vas a tomar conciencia de tu respiración....no la modifique en absoluto, simplemente observa como respiras, no te identifiques con el proceso, has de realizarlo sin juicio, de igual forma en que mirarías como se mueve la llama de una vela, observando sin juzgar.

Observa tu respiración...sin modificarla, toma conciencia de que algo respira en ti, no te cuesta esfuerzo alguno respirar, respiras y te llenas de calma, respiras y te llenas de paz.

Vas a ir visualizando una serie de objetos y colores, se te van a dar unas indicaciones básicas, pero tu puedes añadir lo que desees para que te permita mejorar la visualización sugerida.

Vas a comenzar visualizando un prado verde.....del color verde que más te gusta.....visualiza una extensión de césped verde que se extiende hasta un bosque cercano..... observas la hierba verde.... los reflejos verdes del sol sobre la pradera.... extiendes la mirada hacia el bosque y ves hojas de todos los tonos de verde posibles.... es relajante ....muy relajante, el sol se refleja en las verdes hojas de los árboles y se forma ante tus ojos una miríada de delicadas tonalidades de verde que se reflejan entre si creando un espacio tridimensional de color verde..... es hermoso y lo disfrutas...respiro tranquilo y en calma un aire puro, lleno del oxígeno que producen los árboles del bosque, me encuentro respirando un aire puro, verde, relajante..... con cada respiración me relajo más y más..... escucho el susurro que produce el aire al pasan entre las hojas de lo árboles, es relajante, muy relajante, escucho el sonido del viento en las hojas y me relajo...más y más.....me quedo por unos instantes observando el prado verde, los viejos árboles centenarios, sus hojas hermosas..... y sintiendo mi respiración.....

Observa tu respiración....sin modificarla, toma conciencia de que algo respira en ti, no te cuesta esfuerzo alguno respirar, respiras y te llenas de calma, respiras y te llenas de paz.

A partir de este instante vas a visualizar una playa de arena dorada, es del tipo de arena que más te gusta y tiene un color bajo el sol para disfrutar observándolo.... me gusta esta playa....la visualizo..... miro hacia el horizonte y observo un mar tranquilo y azul que se desliza con suavidad hasta la orilla, donde lentamente las olas se deshacen mientras se desgrana el dulce sonido de la espuma.

Visualizo toda la playa, el mar azul.... la arena dorada....me tumbo sobre la arena y resulta muy placentero absorber su calor.... la energía del sol acumulada en los granos de arena penetra en mi espalda y la relaja, siento ese calor acumulado y como se infiltra en mi espalda ....es relajante...es muy agradable..... es una sensación deliciosa..... el mar azul.... el

cielo azul sin nubes.... el sonido del viento el las hojas de los árboles que hay detrás de mí..... el calor en mi espalda.....el sol incide sobre mis brazos y los calienta..... al tiempo que se hunden pesados en la arena que los calienta ..relajándose más y más.....el sol calienta mi pecho y mis piernas .... mi pierna .... que se hunden pesadas en la arena que las calienta, relajándose más y más...Escucho el sonido rítmico y balanceado de las olas que parecen mecerse en este mar azul tranquilo...bajo este cielo azul precioso...escucho el sonido del viento en las hojas de los árboles.... percibo el olor salobre del mar azul.....Tomo conciencia de mi cuerpo descansando relajado... mas relajado.

Tomo conciencia de este estado de conciencia tranquila, relajante, llena de paz y tranquilidad...y.....

Me preparo para abandonar el ejercicio...conservando todos los beneficios conscientes o inconsciente que me aporta.....contamos lentamente 1 .... 2 .... 3..... abro y cierro las manos lentamente tomando conciencia de las pequeñas articulaciones de los dedos.....tomo aire con más intensidad...realizando una respiración profunda ..... y abro los ojos...conservando el estado de relax y calma que he logrado con el presente ejercicio de relajación.

**Anexo 10: Diferencia de los tres estilos de relación (Caballo, 1993)**

No asertivo	Asertivo	Agresivo
<b>Conducta no verbal</b> Ojos que miran hacia abajo; voz baja; vacilaciones; gestos desvalidos; negando	<b>Conducta no verbal</b> Contacto ocular directo; nivel de voz conversacional; habla fluida; gestos firmes;	<b>Conducta no verbal</b> Mirada fija; voz alta; habla fluida/rápida; enfrentamiento; gestos de



<p>importancia a la situación; postura hundida; puede evitar totalmente la situación; se retuerce las manos; tono vacilante o de queja; risitas “falsas”.</p>	<p>postura erecta; mensajes en primera persona; honesto/a; verbalizaciones positivas; respuestas directas a las situación; manos sueltas.</p>	<p>amenaza; postura intimidatoria; deshonesto/a; mensajes impersonales.</p>
<p><b>Conducta verbal</b></p> <p>“Quizás”; “Supongo”; “Me pregunto si podríamos”; “Te importaría mucho”;</p> <p>“Solamente”; “No crees que”; “Ehh”;</p> <p>“Bueno”; “Realmente no es importante”;</p> <p>“No te molestes”.</p>	<p><b>Conducta verbal</b></p> <p>“Pienso”; “Siento”;</p> <p>“Quiero”; “Hagamos”;</p> <p>“¿Cómo podemos resolver esto?”; “¿Qué piensas?”;</p> <p>“¿Qué te parece?”.</p>	<p><b>Conducta verbal</b></p> <p>“Harías mejor en”; “Haz”;</p> <p>“Ten cuidado”; “Debes estar bromeando”; “Si no lo haces...”; “No sabes”;</p> <p>“Deberías”; “Mal”.</p>
<p><b>Efectos</b></p> <p>Conflictos interpersonales</p> <p>Depresión</p>	<p><b>Efectos</b></p> <p>Resuelve los problemas</p> <p>Se siente a gusto con los</p>	<p><b>Efectos</b></p> <p>Conflictos interpersonales</p> <p>Culpa</p>

Desamparo	demás	Frustración
Imagen pobre de sí mismo	Se siente satisfecho	Imagen pobre de sí mismo
Se hace daño a sí mismo	Se siente a gusto consigo mismo	Hace daño a los demás
Pierde oportunidades	Relajado	Pierde oportunidades
Tensión	Se siente con control	Tensión
Se siente sin control	Crea y fabrica la mayoría de las oportunidades	Se siente sin control
Soledad	Se gusta a sí mismo y a los demás	Soledad
No se gusta ni a sí mismo ni a los demás	Es bueno para sí y para los demás	No le gustan los demás
Se siente enfadado		Se siente enfadado

### Anexo 11: Cuestionario de fin de taller

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

Responde cada una de las preguntas

1. ¿Demostró dominio del contenido?
2. ¿Expuso los temas de acuerdo con el contenido?

3. ¿Adecuó el contenido de acuerdo con los asistentes?
4. ¿Apoyó su exposición con ejemplos para ser claro?
5. ¿Retroalimentó a los asistentes en las dinámicas?
6. ¿Resolvió las dudas de los participantes de forma clara?
7. ¿Resumió los puntos importantes de cada tema?
8. ¿Empleó estrategias didácticas adecuadas?
9. ¿Se expresó claramente?
10. ¿Favoreció la participación de los asistentes?
11. ¿Empleó estrategias didácticas para la comprensión?
12. ¿Se apoyó en material visual?
13. ¿Utilizó material de apoyo apropiado?
14. ¿Qué fue lo que te gustó y te desagradó del taller?
15. ¿Se cumplieron tus expectativas?
16. ¿Qué tanto te ayudó el taller en la disminución de tus síntomas?
17. ¿Qué requerirías que se abordara en el taller adicional a lo visto en las sesiones?
18. Comentarios sobre el taller y su utilidad:
19. Sugerencias para mejorar el desempeño del instructor:
20. Sugerencias para mejorar el contenido del taller: