



UNIVERSIDAD OPARIN S.C.

CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 8794

PLAN 25 AÑO 2008

**PROPUESTA DE TALLER
PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA
CAUSADA POR EL SÍNDROME DE BURNOUT**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

**LINARES SILVA
JEANETTE ELIZABETH**

ASESOR DE TESIS:

**LIC. OSCAR HUGO
AGUILAR HERNÁNDEZ**

ECATEPEC DE MORELOS, EDO MÉXICO., ENERO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD OPARIN S.C.

CLAVE UNAM 8794

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS
UNAM
Presente:

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: **“Propuesta de taller para prevenir la violencia obstétrica causada por el Síndrome de Burnout”**

Elaborado por:

Linares	Silva	Jeanette Elizabeth	415549176
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Núm. de cuenta

Alumna de la carrera de: Psicología

Reúne los requisitos académicos para su impresión.

Ecatepec de Morelos, Edo. de México, enero de 2023

Lic. Oscar Hugo Aguilar Hernández
Nombre y firma del Asesor
de la Tesis



Sello de la
Institución

Lic. Guadalupe Lilia Pérez Caballero
Nombre y firma del Director
Técnico

AGRADECIMIENTOS

Esta Tesis está dedicada totalmente a mi hijo que amo con todo mi corazón, siendo quien ha presenciado cada uno de mis esfuerzos para darle lo mejor de mí y mostrarle que no hay impedimento alguno para lograr lo que desee,

Gabriel gracias por tu paciencia y por cada una de las enseñanzas a tu “mamá estudiante” eres lo mejor que hay en mi vida, pues aprendimos juntos en cada instante, aprendimos de todo y que podíamos hacer hasta lo que todos creían que no era posible, gracias por no rendirte a despertar a diario temprano, por seguir mis sueños sin pretexto alguno, por todo tu amor infinito eres mi inspiración diaria a ser mejor persona en todo. Te amo demasiado y eres lo más importante por siempre y para siempre.

Agradezco profundamente a mi madre Isabel quien me enseñó una y otra vez a no rendirme, a no parar y a esforzarme día con día. Eres mi maestra de vida, gracias por apoyarme en cada etapa como estudiante y encaminarme siempre a superarme en todos los aspectos, gracias por darme toda la educación las herramientas y todo lo necesario para que jamás me faltara alguna sola cosa, eres perfecta te amo muchísimo. Contigo nada me falta mami

También a mi querida tía Socorro Silva quien fue una pieza fundamental para culminar mis estudios universitarios, gracias por toda tu comprensión y tu apoyo incondicional, gracias por llegar en el momento menos esperado donde fuiste mi red de apoyo junto a tu familia (Eric, Reyna y Miguel) quienes me alentaron a seguir y cuidaron de mi hijo apoyándolo en su educación diaria, no tengo palabras para agradecer su paciencia y su cariño.

Al igual que a mi Compañero de vida Carlos R. por su paciencia y sus consejos, por ayudarme mientras sentía que no podía más con esta investigación, gracias por enseñarme que las cosas siempre se pueden lograr con dedicación y con esfuerzos constantes, por motivarme y comprenderme ante las circunstancias difíciles, por escuchar las cosas que me apasionan de esta bella profesión, y por adentrarte en lo que amo, te amo siempre.

Agradezco de igual forma infinitamente a los seres que la vida puso en mi camino durante mi formación académica para llamarlos mejores amigos, los amo con todo mi corazón gracias por apoyarme en cada paso que damos **juntos ¡siempre!** y gracias por darme todo su apoyo y su comprensión ante diversas circunstancias que se presentaron. **son luz;** gracias por tanto Emmanuel Alzati, Isabel Méndez y Vanessa Reyes son más de lo que algún día pensé tener en mi vida, son más de las expectativas que cualquiera puede tener del concepto amistad.

Finalmente, a mi asesor Oscar Hugo Aguilar quien logro resolver cualquier duda con firmeza y con sus conocimientos durante mi formación académica siendo gran docente, quien tuvo paciencia ante tantas dudas, pues supo guiarme y apoyarme en el desarrollo de esta tesis no cabe duda que desde que llegue a Oparin supe que era quien quería que me guiara en este camino y quien me hizo adentrarme en el conductismo y el cognitivo conductual.

INDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1: SÍNDROME DE BURNOUT	5
1.1 Características del síndrome de burnout	6
1.2 Estrés y síndrome de burnout	10
1.2.1 <i>Estrés Laboral</i>	12
1.2 Síndrome de burnout a causa del covid 19	15
1.3 Tratamiento	17
CAPÍTULO 2: VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UNA CONSECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT	23
2.1 Agresión	23
2.2 Violencia	27
2.3 Ginecología	30
2.3.2 <i>Obstetricia</i>	32
2.4 Violencia obstétrica	34
2.5 Tipos de violencia obstétrica	40
CAPITULO 3: APROXIMACIONES TEÓRICAS	44
3.1 Psicoanálisis	44
3.2 Humanismo	47
3.3 Conductismo	49
3.4 Cognitivo conductual	53
3.5 Terapia cognitivo conductual	61
3.6 El síndrome de burnout desde el enfoque cognitivoconductual	68
3.3.6 <i>Cognitivos</i>	69
3.3.7 <i>Conductuales</i>	70
3.8 Violencia obstétrica desde un enfoque cognitivo conductual	70
CAPÍTULO 4 PROPUESTA DE TALLER PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA CAUSADA POR EL SINDRÓME DE BURNOUT	72
ANEXOS	104
CONCLUSIÓN	113

RESUMEN

Durante el desarrollo de la presente propuesta el objetivo general es identificar la situación principal que genera la violencia obstétrica en el área de ginecología y obstetricia en el área hospitalaria, donde fue fundamental utilizar el enfoque cognitivo conductual para poder comprender a detalle las circunstancias, así como la magnitud de la problemática que se presenta. Dicho enfoque aborda desde las cogniciones (emociones, sentimientos) hasta aspectos conductuales que derivan del individuo, tomando en cuenta las creencias iniciales que han causado un conflicto personal como un punto de partida para reconstruir y conformar nuevas habilidades objetivas, que permitan un adecuado desarrollo personal y social de acuerdo a las necesidades mismas.

Si bien el síndrome de burnout es una consecuencia derivada del estrés laboral crónico que aparece ante diversos estímulos desagradables continuos propiciando que específicamente en el personal médico de salud en el ámbito de ginecología y obstetricia al tener contacto directo con las usuarias generen conductas agresivas disfuncionales directas o indirectas, propiciando en las mujeres diversas problemáticas físicas y psicológicas en una etapa crucial de su vida, se busca mediante una restructuración cognitiva soluciones que favorezcan este tipo de conductas que se presentan.

Por ello, se realiza una propuesta de taller preventivo que dote al personal médico y de salud de nuevas habilidades que favorezcan la identificación de estresores que provocan inestabilidad además del manejo de los mismos mediante técnicas objetivas que favorezcan el aprendizaje de las mismas, así como el trato digno y la comunicación con las usuarias, buscando reducir el tipo de violencia mencionado.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación está enfocada directamente a indagar sobre la violencia obstétrica causada por el síndrome de burnout, donde se dedica a enumerar la sintomatología en médicos, enfermeras y encargados del área de salud. Por consiguiente tiene consecuencias insanas y es primordial identificar donde se considera que existen secuelas irreversibles para las mujeres que han sido víctimas, además es importante mencionar que este tipo de violencia se encuentra invisible dentro de los marcos de la salud reproductiva en relación con el parto humanizado, pues no se llevan a cabo dichos estándares; donde México ocupa uno de los primeros tres lugares a nivel mundial en generar este tipo de violencia y no existe algún parámetro que fundamente, o sustente llevar a cabo una acción legal en contra de este tipo de agresiones constantes; se pretende entonces que con la información recabada se busquen alternativas específicas acompañadas de técnicas que propicien soluciones objetivas.

Por consiguiente, se mencionan de forma detallada los rastros que derivan de la violencia obstétrica como son los trastornos de ansiedad y depresión además del posible desarrollo de estrés post traumático; identificando específicamente que lleva a los médicos y profesionales de la salud encargados del área a ejercer este tipo de conductas disruptivas sobre las pacientes con las que laboran.

Con base en lo anterior, es elaborada una propuesta de taller preventivo que ayude a disminuir y si es posible erradicar la situación que genera una problemática importante de violencia y que se desarrolla activamente; donde en diversas sesiones se brindará información a los profesionales de la salud que contenga temas específicos tales como el parto humanizado y la ética, además de la comunicación asertiva y la productividad por nombrar algunos.

Durante el primer capítulo se desarrolló de forma específica la transición del estrés al síndrome de burnout, así como sus características para detectarlo, de tal forma que se enumeraron tanto los malestares físicos asociados a los psicológicos y como es que pueden afectar al individuo.

Mientras tanto en el segundo capítulo se indagan sobre los tipos de agresiones que se convierten en violencia y sus distintas modalidades pueden establecerse de forma directa o indirecta y específicamente, se asocia el síndrome de burnout a la violencia obstétrica donde los médicos y profesionales de la salud establecen comunicación poco favorable, así como conductas disruptivas acompañadas con el trato poco digno que suele darse a las mujeres en el parto y puerperio.

Como consiguiente en el tercer capítulo se abordan las aproximaciones teóricas tomando en cuenta el psicoanálisis, el humanismo, el conductismo, y el cognitivo conductual siendo este último utilizado para respaldar la presente investigación de acuerdo con sus características y las necesidades de la misma. Donde se explica de forma precisa desde la perspectiva cognitivo conductual el desarrollo del burnout que propicia la violencia obstétrica.

CAPÍTULO 1: SÍNDROME DE BURNOUT

Al realizar una definición generalizada de este síndrome es importante abordar aspectos esenciales de su historia, que hicieron por primera vez que se pudiera establecer el significado de “Burnout” como se conoce actualmente; así como denominar ciertas características específicas.

Cabe destacar que la palabra burnout se utilizaba en la década de los 70's, para referirse a los deportistas que no cumplían con el rendimiento requerido en el aspecto atlético-deportivo, posteriormente se traduce esta palabra como “estar quemado”. Sin embargo, no fue hasta que Freudenberg en 1974 utiliza el término de “burnout” haciendo referencia a problemas de atención en servicios sociales que involucraban el contacto directo. (E. Álvarez & Fernández, 1991)

Este término revoluciona un aspecto preocupante en la vida laboral de los trabajadores es por ello que en los 80's, dentro de un congreso anual de la Asociación Americana de Psicólogos (A.P. A) definía que los propios trabajadores se estaban quemando.

Quien acuñe específicamente este término de acuerdo con E.Álvarez y Fernández adentrándose cada vez más en un aspecto completamente laboral de jornadas largas además de antigüedad es C.Maslach. en 1977 donde explica que el personal encargado de los servicios humanos al enfrentarse a jornadas rutinarias durante varios años de trabajo producía la aparición de “burnout”.

Es importante reconocer que el síndrome de burnout no siempre es diagnosticado de forma adecuada, pues muchos de los profesionistas no saben que lo presentan, aunque se vea alterada su salud física y psicológica, puede llegar a confundirse con otros malestares e incluso con enfermedades nada relacionadas.

Este síndrome se define como una respuesta al estrés laboral crónico, al que se enfrenta el ser humano de manera constante por un determinado tiempo; también es de suma importancia dar a conocer que el síndrome de burnout se presenta con más frecuencia en algunas áreas profesionales aquellas en las que trabajadores se encuentran en trato directo con las personas a las que les ofrecen sus servicios tales

como: Médicos, enfermeras, asistente social, psicólogos, docentes, personal penitenciario, etc. (Savio, 2018)

De acuerdo con las profesiones que tienen más riesgo de presentar este síndrome hay factores que predominan en la aparición y desarrollo del mismo, como lo son: personas ~~que~~ sin pareja estable, quienes tienen mayores turnos laborales, sobre carga de trabajo, rasgos de personalidad idealista, expectativas altruistas elevadas además de mayor ingreso económico. (Axayacalt, Celis, Moreno, Farias, & Suárez, 2006)

Por ello Savio 2018 menciona que el síndrome de burnout se conceptualiza como una situación de agotamiento de energía, que brinda una experiencia emocional negativa y poco favorable en el desarrollo de habilidades del individuo, en donde se siente agotado emocionalmente debido al contacto frecuente y en ocasiones exagerado del día a día con los usuarios, pacientes o clientes.

De tal forma debe entenderse en el ser humano como una respuesta a una fuente o varias de estrés crónico. Se caracteriza como un síndrome de afrontamiento y autoprotección frente al estrés que previo se ha generado; es muy interesante identificar como un estímulo externo puede llegar a afectar al interior del organismo biológico y psicológico donde expresa diversas respuestas para proteger el cuerpo ante ataques de estrés continuos; sin dejar de lado que la importancia de saber identificarlo en tiempo y forma para evitar un desgaste agravado. (Savio, 2018)

1.1 Características del síndrome de burnout

Debido a cada síndrome se encuentran características específicas, en este caso el burnout cuenta con aspectos físicos, emocionales, claros y concisos; es por ello que resulta imprescindible diferenciar como es que puede convertirse en un síndrome con base en el progreso de su desarrollo y su constante aparición de los mismos, por lo tanto, se necesita explicar a detalle posteriormente.

De acuerdo al párrafo anterior es importante definir que un síndrome es un conjunto de síntomas establecidos y entender que tiene una entidad definida, en una población en específico y que comprende un conjunto de características previas al diagnóstico.

La RAE lo define como un conjunto de síntomas característicos de una enfermedad o de un estado determinado. (Asociación de Academias de la Lengua Española , 2022)

Para identificar o bien dar algún diagnóstico sobre síndrome de burnout es necesario saber cuáles son las principales características, y como se genera.

Como principal precursor se encuentra el estrés

H. Seyle, uno de los principales referentes históricos en este tema, en sus primeros trabajos que se remontan a 1936, estableció que el estrés se refería a un estado interno del individuo, mientras que estresor aludía a la variedad de estímulos que pueden evocar las respuestas internas.

Se creía que el estrés provenía del interior del ser humano actuando de acuerdo a las sensaciones que tenía el individuo y para el mismo año, poco después, se establece de forma precisa que el estresor siempre va a estar de forma externa como un estímulo y provocará cambios internos afectando al individuo. (R. & Moreno, 2004)

Sin embargo, las principales características del síndrome de burnout se dan por fases y se les conoce como estados sucesivos que se desglosan de la siguiente forma:

Fase 1 Estrés laboral: Incluye las demandas y los recursos que le impongan al individuo que se encuentra laborando. las demandas tendrán que ser de acuerdo a sus capacidades (práctica y experiencia).

Fase 2 Exceso o esfuerzo: El individuo al verse envuelto en tareas de alta demanda como lo son sobre carga de trabajo, y el exceso de actividades laborales entrará en una crisis de tensión, fatiga e irritabilidad.

Provocando pensamientos negativos y recurrentes malestares físicos con los clientes pacientes o usuarios; ya que estas mismas tareas deben de estar acorde de las capacidades que posee y no deberán excederse.

Fase 3 Enfrentamiento defensivo: En esta fase se observarán alteraciones psicológicas y actitudinales como consecuencia de un mal manejo de estrés y de las actividades sobrecargadas rutinarias, donde específicamente se manejará un distanciamiento emocional evitando hacer contacto con los usuarios, clientes o pacientes, además de un cinismo notorio recurrente, donde se pueden dirigir con palabras inadecuadas e hirientes, presentando una falta de empatía y rigidez en el servicio.

De acuerdo a las fases anteriores, puede que se presente una derivada lista de síntomas, como consecuencia de la sobrecarga en el individuo y se dividen en dos que son psicosomáticos y conductuales.

En primer lugar, los que se conocen como psicosomáticos, producen dolores de cabeza, problemas para conciliar el sueño, así como desordenes gastrointestinales, hipertensión asma, dolores musculares, y en mujeres la perdida de ciclos menstruales.

En cuanto a síntomas conductuales se sitúan el abuso de sustancias dañinas como alcohol, tabaco o marihuana, y conductas de alto riesgo; Los síntomas más constantes y persistentes son los emocionales que aparecen como irritabilidad, baja autoestima, e ideas suicidas y de pocas ganas de seguir en el ámbito laboral, y por ultimo pero no menos importante ya que complementa los síntomas anteriores se encuentra el defensivo, que impide una adecuada aceptación del problema, lo que provoca una desatención total o parcial en los usuarios, utilizando comentarios irónicos. (E.Alvarez& Fernandez, 1991)

Con base en los datos anteriores es importante clasificar de forma estructurada los principales síntomas que afectan al individuo, haciendo especial énfasis en que las alteraciones físicas que aparecen son consecuencia de los procesos cognitivos , de los procesos afectivos-emocionales y actitudinales que intervienen entre la perspectiva del ambiente laboral como el principal estresor en la vida interpersonal de cada ser humano ; donde el primer indicador seria el síntoma psicológico (véase tabla 1)

Tabla 1*Principales síntomas psicológicos del síndrome del trabajador quemado (STQ)*

Síntomas cognitivos	Síntomas afectivo-emocionales	Síntomas actitudinales	Otros síntomas
-Sentirse contrariado	-Nerviosismo.	-Falta de ganas de	Conductuales:
-Sentir que no valoran tu trabajo.	-Disgusto y enfado.	seguir trabajando.	-Aislamiento.
-Percibirse incapaz para realizar las tareas.	-Irritabilidad y mal humor	-Irresponsabilidad.	-No colaborar.
-Pensar que no puedes abarcarlo todo.	-Frustración.	-Escaquearse.	-Contestar mal
-Percibirse incapaz de realizar tareas.	-Agresividad.	-Intolerancia.	-Enfrentamientos.
-Pensar que no trabajas mal.	-Desencanto.	-Impaciencia.	Físicos:
-Falta de control	-Aburrimiento.	-Quejarse por todo.	-cansancio
-Verlo todo mal.	-Agobio.	-Evaluar negativamente a compañeros.	-Dolor de cabeza
-Sensación de no mejorar.	-Tristeza y depresión.	-Romper con el entorno laboral.	-Fatiga.
-Todo se acumula.	-Desgaste emocional.	-Ver al paciente como un enemigo.	
-Inseguridad	-Angustia.	-Frialdad hacia los pacientes.	
-Pensar que el trabajo no vale la pena.	-Sentimientos de culpa.	-No aguantar a los pacientes.	
-Pérdida de autoestima.		-Indiferencia.	
		-Culpar a los demás de la situación.	

Como se puede apreciar en la tabla anterior, la principal sintomatología es la psicológica, ya que por este medio se puede realizar un diagnóstico oportuno y de no ser así el avance el síndrome de burnout ira en aumento, provocando una alteración física/psicosomática. (Gil-Monte, 2004)

Es preciso confirmar que el síndrome de burnout es originado por el estrés crónico recurrente y sus derivados, ocasionando una falta de información que produce no

identificar en tiempo y forma dicho síndrome, el individuo a menudo confundirá con una sensación física desagradable, que se provoca un estado de irritabilidad alto, y que le causa un malestar psicológico constante que confundirá con estrés.

1.2 Estrés y síndrome de burnout

Es necesario reconocer que el síndrome de burnout se inicia por el estrés que se compone de varios estímulos directos e indirectos en el ser humano como se mencionaba en una definición acerca del síndrome y por ello es importante resaltar diversos aspectos el estrés crónico recurrente y como se origina.

De acuerdo con Orlandini, Suele llamarse estrés al estresor, agente, estímulo o factor que lo provoca; También a la respuesta biológica ante el estímulo o bien para expresar la respuesta psicológica al mismo.

Sin embargo, ante la definición, existe el buen y el mal estrés donde el buen estrés ante una situación deseada y fácil de atender puede ser motivo de un estrés saludable, esto dependerá de la percepción que dará el individuo a dicha tarea y lo repetitivo que pueda llegar a ser; sin embargo, por contrario, está el estrés nocivo donde las tareas suelen ser demasiado prolongadas y repetitivas, además de presentar un exceso de hiper estímulos que generan malestar psicológico y biológico. Así como el hipo estrés que causa sensación de inconformidad y depresión en el trabajador por falta de actividades que le hagan sentir satisfecho y busca emplear su tiempo en otras actividades que poco a poco lo alejan de sus metas laborales, como también de los objetivos iniciales dentro del área donde se encuentra trabajando. Por tal motivo resulta necesario mantener al individuo en un balance saludable para poder realizar cualquier tipo de actividad que requiera el desempeño óptimo de sus actividades. (Orlandini, 2012)

Existen cinco tipos de estresores que originan el estrés crónico, y explican de forma detallada como se originan y se denominan: estresores de acuerdo a su impacto (véase tabla 1.2)

Tabla 1.2

Tipos de estresores que originan el estrés crónico

Según la intensidad del impacto	De acuerdo con su naturaleza	psicosociales	Reales, representados e imaginarios.	Exógenos, endógenos e intrapsíquicos
-De acuerdo a las circunstancias (catástrofes, tortura o pérdida).	-Pueden ser físicos, químicos o fisiológicos. -privación del sueño, hambre, sexo, menstruación, parto, inflamaciones, infecciones, intervenciones quirúrgicas, picazón o dolores.	-Macro sociales: situaciones sociales masivas como crisis económica o laboral, guerras, y el desempleo masivo. -micro sociales: Se centra de forma individual y en situaciones como: Rupturas amorosas, algún duelo o problema familiar.	Figuras imaginativas, videos, obras literarias, imágenes de películas, etc. -Se presentan en: formas de fantasía, e imaginación.	-Endógenos: proviene del interior del individuo: menstruación, deseo sexual, el hambre. -Exógenos: proveniente del ambiente; aire frío, calor y ruido. -Intrapsíquicos: originados en la mente del individuo.

Con relación a la tabla "los tipos de estresores que generan el estrés crónico" se mencionan las características de cada componente. (Orlandini, 1996)

Según la intensidad del impacto: Se toma en cuenta la intensidad con la que se haya dado la situación ante quien lo presenta, sin embargo, lo más esencial es la susceptibilidad con la que percibe este estímulo estresor el individuo, según la intensidad, la dependencia o el apego que tenga ante el mismo.

De acuerdo a su naturaleza: Son los aspectos biológicos del individuo los que predominan como estresores, totalmente biológicos incluidos en el organismo.

Psicosociales, macro sociales y micro sociales: el son situaciones colectivas que afectan al ser humano, provocando una inestabilidad emocional e incluso biológica y estos estresores se producen generalmente de forma externa; mientras que los micro sociales se dan en específico en el entorno "individual" cercano.

Reales, representados e imaginarios: El individuo con base en la información real recabada (películas, series, imágenes, información), propone escenarios catastróficos que solo existen de forma imaginativa sin ser comprobables.

Exógenos, endógenos e intrapsíquicos: Estresores que provienen del interior o exterior del individuo que provocan algún conflicto psíquico (pesadillas o alucinaciones), impidiendo el desarrollo en su ámbito cotidiano.

Como se puede observar los estresores son los principales generadores del síndrome de burnout, y existen diferentes tipos que afectaran directa e indirectamente la situación en la que se encuentre el ser humano; pues cada uno de ellos irrumpe el funcionamiento cognitivo y psicosocial del individuo.

1.2.1 Estrés Laboral

Este tipo de estrés se ve relacionado directamente con el burnout ya que este síndrome se da en el área de trabajo donde se desenvuelve el individuo que presenta una sintomatología concreta del síndrome.

El estrés laboral, implica un agotamiento excesivo físico y psicológico; de tal forma que el trabajador puede sentirse invadido e incluso no llegar a culminar las metas deseadas individuales afectando así a su desarrollo laboral y personal; pero ¿qué es el estrés y cuál es su relación directa con el burnout? Por lo tanto, es necesario adjuntar ciertas definiciones características que provocan su desarrollo.

Para determinar si existe estrés laboral hay que identificar puntos importantes como:

-El clima laboral: hace referencia a las personas que le rodean y servirá para identificar si existe presión por parte de altas jerarquías, o bien si se encuentra rodeado de un ambiente poco favorable que permita al individuo desarrollar de forma asertiva sus actividades.

-Estado físico del individuo: se tomarán en cuenta aspectos biológicos que puedan impactar de forma negativa en el desarrollo psíquico y conductual del ser humano. Como lo son algunas enfermedades crónicas e incluso de adicciones.

-Estado psico-social: se observará y se estudiará si al individuo le cuesta relacionarse fuera de áreas rutinarias o de trabajo en equipo, además si se encuentra totalmente

cómodo con su ambiente laboral y su desempeño en él, todo esto con base en sus características se va a definir si y el mal manejo, así como la falta de herramientas laborales producen un estrés recurrente.

Como se menciona en los puntos anteriores, es importante evaluar e identificar si existe estrés recurrente laboral es por ello que se generan dos cuestionarios basados en dos modelos principales:

Modelo demanda control (DC): toma en cuenta las características psicosociales del entorno de trabajo, así como las posibles habilidades que el individuo podrá desarrollar.

Modelo de esfuerzo recompensa(ERI): explica el estrés laboral en función del balance de su esfuerzo y las recompensas del trabajo. (Navines, Martin, Olive, & Valdéz,2015)

De acuerdo a los modelos los cuestionarios son *Content Questionnaire* para el modelo *DC* y *Effort- Reward* para el modelo *ERI*. Los cuales han sido parcialmente utilizados para investigar la relación del estrés laboral y la aparición de enfermedades psicológicas que se manifiestan de forma física en el individuo, como lo son las enfermedades cardiovasculares, y el síndrome de burnout. (Navines, Martin, Olive, & Valdéz, 2015)

En cuanto refiere, este síndrome avanza poco a poco hasta llegar a un incremento significativo en su progreso y con ello su gravedad se han investigado 3 fases principales las cuales son:

1.- Demandas laborales: en esta primera fase el individuo identificará el tipo de demanda existente en su área laboral, si resulta ser excesiva o si requiere de materiales e instrumentos que pueden ser demasiados e incluso inexistentes. también de forma primordial el recurso humano; donde el individuo se verá obligado a cumplir con jornadas estrictas y excesivas de trabajo con poco descanso o bien nulo en la fase 1 el estrés es menor.

2.-Exceso o sobreesfuerzo: en la segunda fase el individuo presentará síntomas de tensión, fatiga excesiva, e irritabilidad ante una alta demanda de trabajo que

involucre un contacto directo con los usuarios; el aspecto biológico y psicológico estarácada vez más deteriorado produciendo ansiedad.

3.-Enfrentamiento defensivo: El individuo en esta fase final tendrá conductas agresivas, invasivas e inadecuadas con los usuarios y tratará de alejarse lo más posible. Se comporta con rigidez y realiza comentarios hirientes, donde habrá falta de energía y entusiasmo incluso puede presentar signos psicósomáticos tales como urticaria, hipertensión, problemas gastrointestinales, etc. (E.Alvarez & Fernandez, 1991)

Como se ha mencionado el burnout tiene fases en aumento progresivo, si no es atendido, afecta no solo de forma física o psicológica; al mostrarse alertado cualquiera de estos dos aspectos el individuo presentará comportamientos que pueden llegar a ser perjudiciales (violentos o agresivos), mientras su estabilidad emocional y biopsicosocial se verá totalmente dañado.

En este punto es muy importante recalcar que se tomará en cuenta el estresor que se encuentra a nivel biológico del ser humano:

De acuerdo a la naturaleza: físicos, químicos, intelectuales o psicosociales, haciendo referencia a traumatismos mecánicos, aceleración cardíaca, luz, ruido, humedad, la temperatura del ambiente, pulsión ambiental, el uso de drogas, intoxicaciones, uso desustancias tóxicas como alcohol y tabaco. Que en conjunto con los estresores psicosociales (ocupacionales, laborales, académicos, familiares y sexuales) llegan a causar un estrés como respuesta a un estímulo donde la respuesta biológica innata e inesperada del individuo; Hans Selye lo denomina como un síndromegeneral de adaptación. (Orlandini, 1996)

Sin embargo, el estrés es el precursor para iniciar el síndrome de burnout, poco a poco va en aumento generando posible ansiedad y depresión; se considera que se vuelve un estrés crónico paulatino hasta que llega a causar que el individuo no pueda desarrollar su actividad laboral cotidiana con normalidad. “El estrés es la respuesta biológica al estímulo o para expresar la respuesta biológica al estresor, que denomina enfermedades psíquicas o corporales”

Al verse alterado un aspecto psíquico o biológico que afecta al individuo tendrá una serie de signos y síntomas característicos que va a facilitar el adecuado diagnóstico. (Orlandini,1996)

El síndrome de Burnout es un principal indicador psicológico que si no se trata afectará a nivel fisiológico, y crónico. Es importante mencionar que la variedad de síntomas asociados provoca insatisfacciones individuales reflejadas en el ámbito laboral del ser humano y también enlistar cada una de forma específica.

1.2 Síndrome de burnout a causa del COVID-19

En esta investigación se toma la iniciativa de obtener información a detalle sobre el burnout y el COVID-19, ya que durante el periodo 2019-2022 de la situación de pandemia que se originó a nivel mundial, se ha observado cambios en el área laboral de la salud en cuanto a médicos, residentes, enfermeras y personal que labora en centros hospitalarios de primer contacto.

la Organización Mundial de la Salud instauró el 2022 como el año en que empezaría a diagnosticarse como enfermedad, parece que los investigadores están tratando de acelerar ese proceso porque durante el 2020, con la pandemia de COVID-19, se agudizaron los casos del síndrome de desgaste profesional sobre todo en los países latinoamericanos. (INEGI, 2022)

Es importante destacar que el personal médico y hospitalario se ha visto envuelto en falta de instrumentos, equipos y herramientas que ayudarían a sobre llevar a los usuarios que presentaron y presentan dicho virus; de igual forma los de uso personal-esencial, lo que genera una tensión a causa de estresores tanto internos como externos donde se encuentran pensamientos recurrentes fatalistas y, agregando a esto el miedo generado por el desconocimiento durante la pandemia, ya que fue una situación repentina.

En este contexto, son múltiples los factores que interfieren en la calidad de la atención al paciente y en las cargas de trabajo de los profesionales. Entre

estos factores, se puede destacar la inseguridad en el cuidado del paciente y el desconocimiento de los aspectos fisiopatológicos de la enfermedad (Nonato & Thais, 2021)

También durante la evolución del virus y el aumento de los casos que se presentaron, existía por parte de los trabajadores del ámbito hospitalario gran tensión por el aislamiento al cual estaban sometidos puesto que para el año de 2019 aún no contaban con vacunas que apoyaban a la disminución de los síntomas graves, motivo por el que varios usuarios llegaban a las instalaciones pertinentes.

El personal hospitalario no importando que área tenían que utilizar nuevos y exigentes métodos sanitarios para evitar el contagio sumado a esto un gran agotamiento físico y cognitivo por laborar horarios extras e incluso sin salir de dichas áreas de trabajo. Los factores que más afectaron el desempeño en el personal médico fueron:

- Miedo al contagio
- Sobre carga de trabajo en el pico de oleadas por covid
- Falta de reconocimiento laboral
- Rechazo social fuera del ámbito laboral por miedo al contagio
- Falta de tiempo para atender demandas emocionales de pacientes contagiados de covid-19, generando en médicos sentimientos de culpa, impotencia y frustración además de generar ansiedad en el trabajador.

Todos los factores que se mencionan anteriormente favorecen la aparición y el desarrollo del estrés crónico propiciando de manera rápida el síndrome de burnout junto con un problema social e interpersonal que afecta no solo al individuo sino también a quienes lo rodean. (Jiménez, 2021)

Es así como los instrumentos y equipos de prevención que utilizaba el personal hospitalario durante la fase 1 de pandemia; detonaron la aparición de ansiedad por la molestia e incomodidad que generaban las mascarillas y protectores totales, que impedían realizar de forma rápida las maniobras necesarias en las instalaciones. Además, afectando el sistema biológico al no poder respirar de forma adecuada con las mascarillas y caretas que portaban.

La pandemia, al traer cambios inesperados y abruptos, obligó a las personas a modificar rutinas y estructuras de convivencia en las esferas laborales, familiares y personales, que impactaron en el desempeño al malabarear varias actividades en los mismos espacios y tiempos (Mucharraz, 2021)

Al modificarse rutinas y estructuras de convivencia entre los individuos se afecta el desarrollo psicosocial saludable, donde el contacto humano y la comunicación se ven limitados, afectando el ambiente laboral y el desarrollo de dichas actividades, provocando una falta de interés y un deterioro cognitivo a causa de un exceso de actividades durante el día sin tener mayor comunicación asertiva en el equipo de trabajo.

1.3 Tratamiento

Por consiguiente y de acuerdo a la información y la compilación de los datos principales que ayudan a la identificación temprana del Síndrome de burnout, se desarrolla un instrumento de medición que arroja la información necesaria para emplear un tratamiento adecuado al individuo.

La investigación sobre el burnout ha hecho énfasis que existe un lenguaje común de medición donde hace alusión a Maslach Burnout Inventory (MBI) que se ha utilizado a través de los años para medir el burnout y es en 1981 que Maslach Burnout Inventory (MBI) por Maslach y Jackson establecen unos criterios de medida y evaluación del burnout, y se extiende el uso de un instrumento de medida estandarizado.

No obstante, desde esta primera época hasta la actualidad, el estudio del burnout ha pasado por distintas etapas.

El tratamiento y su prevención consisten en estrategias que permitan modificar los sentimientos y pensamientos referentes a los 3 componentes del Síndrome de burnout, algunas de ellas son:

1. Proceso personal de adaptación de las expectativas a la realidad cotidiana.
2. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo

3. Fomento de una buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
4. Limitar la agenda laboral
5. Formación continua dentro de la jornada laboral (Axayacalt, Celis, Moreno, Farias, & Suárez, 2006)

Es por ello que en diversas fuentes de información dos autores que fueron los encargados de crear este instrumento conceptualizan el burnout de la siguiente manera:

Maslach y Jackson consideran al Burnout un constructo tridimensional, y por ello la escala está dividida en tres sub escalas: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, con resultados bajo-medio-alto. Pero también, con esta escala se pueden analizar los resultados en relación con la profesión del sujeto, es decir que hay puntuaciones de corte para distintos grupos: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental y otros profesionales (Martinez., 2010)

El test de MBI se construye a partir de 22 preguntas en una escala tipo Likert, que evalúa los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo, y en particular hacia los pacientes del síndrome que pueden presentar: desgaste emocional, despersonalización, y falta de realización personal, además evalúa el grado de intensidad del síndrome (leve moderado o severo) con una validez interna del 86%.

De tal forma que el individuo logrará identificar en compañía de un profesional de la salud mental cada punto del test convirtiéndolo en una herramienta para un adecuado desarrollo personal, y laboral; a continuación, se anexa el test de evaluación de MBI

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

Edad: _____ Sexo/género: _____

Área de trabajo: _____ Tiempo de trabajo: _____

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

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

	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca/ Pocas veces al año	Algunas Veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes Veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo positivamente a través de mi trabajo, en la vida de otras personas							
10. Siento que me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
16. Siento que trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas con mi profesión							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales de forma adecuada							
22. Siento que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							

- Subescalas para la forma MBI-HSS(MP):

Subescala	Código	Ítems	Número de ítems	Puntaje por ítem	Puntaje por subescala	Indicios Burnout
Agotamiento emocional	EE	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	9	De 0 a 6	De 0 a 54	Más de 26
Despersonalización	DP	5, 10, 11, 15, 22	5	De 0 a 6	De 0 a 30	Más de 9
Realización personal	PA	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	8	De 0 a 6	De 0 a 48	Menos de 34

- Valoración

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	De 0 a 18	De 19 a 26	De 27 a 54 (*)
Despersonalización	De 0 a 5	De 6 a 9	De 10 a 30 (*)
Realización personal	De 0 a 33 (*)	De 34 a 39	De 40 a 56

(*) Síntomas del Síndrome de Burnout

De acuerdo a la suma total de los ítems se determina si existe el burnout en el trabajador del área de la salud, donde se indica el nivel en el que se encuentra con base en la puntuación arrojada.

La aplicación de este test es un punto de partida para identificar e iniciar el tipo de tratamiento más adecuado en el individuo, existen diversas técnicas y medidas preventivas además de terapéuticas para realizar un acompañamiento adecuado al momento de ser identificado el síndrome; un claro ejemplo son las redes de apoyo que implementa House donde se encuentran definidas de acuerdo a la situación social y cultural en la que se encuentre el individuo.

- 1) Apoyo emocional: relacionado con el afecto, confianza y preocupación que un individuo experimenta proveniente de otro.
- 2) Apoyo instrumental: que son los recursos materiales económicos o de servicio con los que cuenta el profesional.
- 3) Apoyo informativo: que la permite a un sujeto conocer una situación y poseer unos instrumentos para afrontarlo.
- 4) Apoyo evaluativo: que es un feed-back de las acciones que el profesional va emprendiendo y le permite procesar su efectividad.

Por consiguiente, es necesario mencionar que son las redes de apoyo aplicadas en el entorno las que ayudarán y evitarán recaer en un desgaste excesivo donde el

trabajador tenga sensaciones, y síntomas desagradables; se incluyen de igual forma diversas estrategias que ayudan a la prevención del desarrollo del síndrome de burnout. Gil monte y Peiró (1997) desarrollaron algunos métodos como:

1.- Programas de socialización anticipatoria: provoca que el trabajador este centrado solo en los aspectos reales y objetivos de su trabajo donde dejan a un lado idealizar contextos laborales o personales dentro del área de desarrollo.

2.- Programas de retroinformación: son aquellos que se utilizaran para saber cómo se está dando la atención o el servicio, enfocándose al tipo de atención satisfactorio e insatisfactorio que los usuarios pueden presentar.

3.-desarrollo organizacional: le permitirá a la institución planear a largo plazo una planeación para la solución de conflictos efectiva que se situará en el área de trabajo colaborativa.

En cuanto al método anterior es importante saber que es preventivo y podrá incluirse en algunos tratamientos donde resulte eficiente como herramienta al igual que las redes de apoyo de House (Gil-Monte, 2004)

A su vez el tratamiento se enfoca a disminuir y desaparecer por competo de manera paulatina los síntomas y que el síndrome sea tratado para lograr un control parcial o total del mismo.

Existen también dos estrategias importantes creadas por Lazarus y Folkman (1986) para el tratamiento del síndrome y son:

- Por afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional: se entiende aquella seria de procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional que genera una situación estresante; su utilización es adecuada cuando los individuos perciben estresores que no pueden ser modificados y tienen que interactuar con ellos.
- Por afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema: se entienden aquellas estrategias que proceden a modificar las fuentes de estrés; son

estrategias que buscan solucionar la situación tomando en cuenta los costos y beneficios. (Gil-Monte, 2004)

Cada una de las estrategias anteriores tiene un área de aplicación en el tratamiento del individuo; tomando en cuenta que son para situaciones distintas:

1.- Donde en el área laboral no puede mantener controlada la situación por que esta fuera de su alcance.

2.-Segundo hace referencia a cuando el individuo puede modificar los diversos estresores que afectan su desarrollo laboral.

Por su parte Steptoe (1991) propone estrategias cognitivo conductuales como estrategias de afrontamiento (véase capítulo 3) todas con el fin de alejarse de la situación (estresores) que provocan el estrés crónico laboral, así, mismo La terapia cognitivo conductual es el principal precursor en conjunto con estrategias funcionales para el ser humano que se encuentra involucrado, pues permite una reestructuración de los pensamientos que hacen crónica y presente la ansiedad y la depresión. además, previo a la utilización de dichas técnicas y estrategias es necesario realizar una entrevista clínica que permita saber la situación actual del paciente para que resulten útiles.

Se debe agregar que en este capítulo el síndrome de burnout tiene consecuencias irreversibles para el individuo que lo padece tanto biológicas como psicologías marcando de una u otra forma su desarrollo individual e incluso las metas establecidas en el área donde desempeña su labor. también para el entorno donde se desempeña además de las personas que se encuentran en el equipo de trabajo e incluso los pacientes y usuarios es por ello la importancia de informar sobre los procedimientos de tratamiento y prevención que ayudarán a disminuir y evitar la incidencia de casos conflictivos violentos; acompañados de comentarios perturbadores o hirientes.

Como una de las principales consecuencias del síndrome de burnout específicamente en el área hospitalaria es la violencia en el área de ginecología y obstetricia; abordando en el siguiente capítulo las repercusiones que trae consigo.

CAPÍTULO 2: VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UNA CONSECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

De acuerdo al capítulo anterior el síndrome de burnout tiene diversos escenarios donde puede detonarse y desarrollarse; uno de ellos hace referencia al personal médico que labora en el área encargada de la salud, como lo son médicos especialistas, y de enfermería, además de pasantes de las áreas ya mencionadas.

En el presente capítulo, así como en la investigación se enfatizará solo en el área de ginecología y obstetricia.

Cabe mencionar que este tipo de violencia se ha identificado en espacios ginecológicos desde hace ya algunos años; pues es donde se brinda atención especializada y directa a mujeres durante el periodo de embarazo, parto y puerperio. se origina principalmente como consecuencia del síndrome de burnout, y se caracteriza por diversas agresiones a usuarias.

2.1 Agresión

Para poder establecer el origen y las posibles causas que lleven al individuo a tener comportamientos que de acuerdo a las “circunstancias” realicen dichos actos; provocando consecuencias poco favorables a personas que le rodean o al ser humano que las lleva a cabo, es fundamental identificar que es la agresión, así como sus tipos, por tal motivo es necesario conocer algunos criterios de dicho concepto.

La agresión es el acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño. (RAE, 2021)

La agresión se comprende como: un tipo de comportamiento intencional e interaccional donde existirá un agresor y una víctima de la situación. (Mosser, 1992)

De acuerdo con Serrano 1998, la agresión es la conducta intencional que puede causar daño psicológico o físico.

La agresión según Bandura 1972 es la conducta adquirida y controlada por reforzadores, la cual es perjudicial y destructiva.

Si bien se establece que la agresión es cualquier tipo de daño físico o psicológico que se ejerce de un individuo a otro, no se ha establecido en un parámetro de forma concreta cuales son las acciones que se consideran agresivas; es preciso mencionar que todas estas conductas suelen ser constructos que conforma cada ser humano de acuerdo al contexto donde se desarrolla e interactúa.

Es por ello que para reconocer que una conducta se considera agresiva se toman en cuenta tres principales criterios que son los siguientes:

1. *La comprobación de daño posible o real por la víctima:* donde la persona que recibe la agresión de acuerdo a su ideología sus valores y su entorno identifica si esa conducta causo daño físico o moral.
2. *La intención de parte del actor de producir consecuencias negativas:* donde el espectador (persona externa que presencia el acto y no es la victima) y la victima consideran que la conducta que causo daño moral no fue accidental y consideran intencional.
3. *El hecho de que el comportamiento puede considerarse por la víctima y/o un observador como no apropiado en la situación que se presente:* se considera el entorno donde se lleva a cabo tal conducta que puede afectar al individuo de forma directa por parte del agresor y que infrinja las normas de donde se encuentren.

Ahora bien, de acuerdo a los criterios que se utilizan para poder llamar a un comportamiento, inadecuado se considera que es necesario saber identificar las normas sociales que se señalan como “agresivas” dentro del entorno de los actores que llevan a cabo este tipo de acciones. (Mosser, 1992)

Es fundamental saber que la agresión está totalmente relacionada con el aprendizaje, pues ningún ser humano nace con estas “características” y será el mismo ámbito de desarrollo del individuo donde se adopten formas psicológicas de devaluación y degradación; y todos los juicios sobre lo positivo y lo negativo formarán parte de un ámbito subjetivo para cualquier persona externa a el entorno. por tal motivo es que dentro del desarrollo del “análisis del aprendizaje de la agresión”, de acuerdo a la definición anterior se determinan los tres principales

orígenes que lleva a la adquisición de “los modos agresivos de conducta” que se describen según Bandura & Ribes., (1980) como:

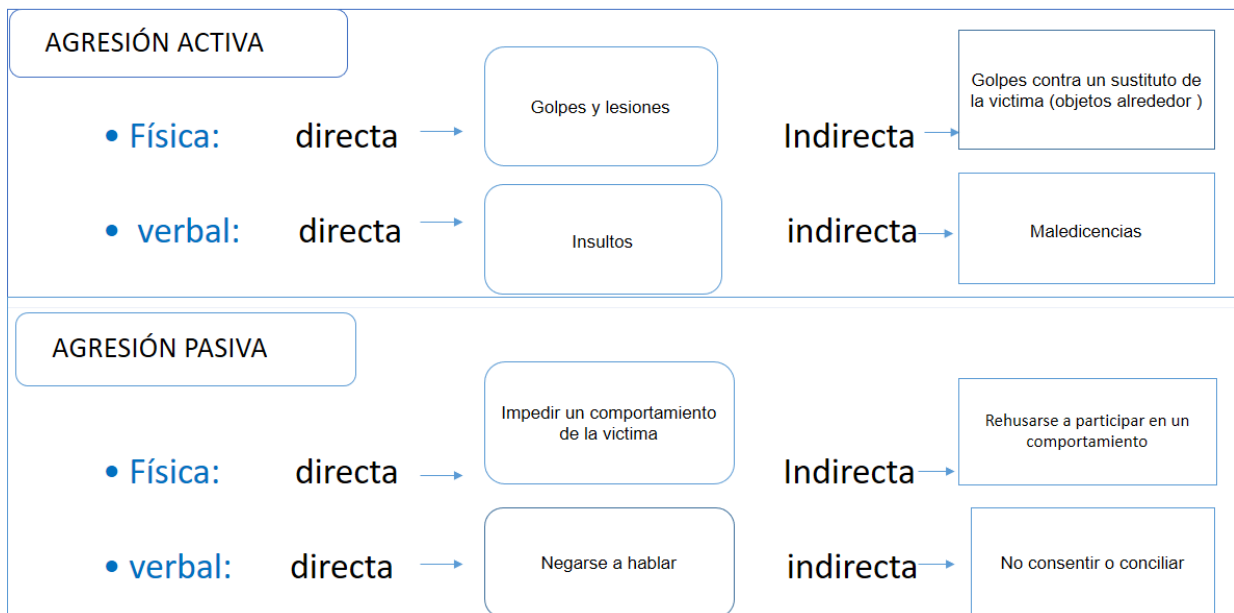
- *Aprendizaje por observación:* la exposición ante modelos agresivos en el entorno del individuo.
- *Aprendizaje por experiencia directa:* donde el individuo se ha encontrado relacionado con situaciones en su vida cotidiana experimentando por sí mismo actos “agresivos”
- *Influencias del moldeamiento:* donde el ser humano se encuentra frente a situaciones y conductas que llevan a cabo las personas que le rodean en su entorno y es incitado a generar actos y conductas “agresivas”

Bluss (1961) estableció y definió tres dimensiones que permiten la formulación de 8 tipos de agresión haciendo alusión a los diversos comportamientos que se pueden establecer como agresivos (Mosser, 1992) Véase esquema 1

Esquema 1 Tipos de agresión

El esquema 1 se separa en dos secciones, física y verbal de forma directa e indirecta explicando posteriormente de manera breve a que se refiere cada uno.

TIPOS DE AGRESIÓN



De acuerdo a los modos agresivos de conducta ya mencionados es necesario recalcar que ningún aspecto de aprendizaje es justificación para llevar a cabo acciones en otros entornos donde se desarrolla el individuo estas conductas agresivas que pueden afectar a otros seres humanos, y que no están relacionados con un ámbito de este tipo. Es decir que nada justifica alguna forma de agresión de ningún tipo, en ningún ámbito, o frente alguna circunstancia o bien bajo algún tipo de “costumbre” cultural o social.

Con base en los tipos de agresión anteriores se desarrollan 4 instrumentos de tipo psicométrico por Andreu (2001) que son:

1.-Cuestionario de Agresión:

compuesto por las escalas de agresión física y verbal, ira y hostilidad.

2.-Escala de Agresión Directa e Indirecta:

compuesta por las sub-escalas de agresión directa, indirecta y crítica.

3.-Escala de Agresividad Situacional y Creencias Justificativas:

compuesta por las sub-escalas de agresividad y creencias justificativas sobre la agresión extrema y moderada de tipo instrumental y reactivo.

En todos los instrumentos mencionados se profundizan y dimensionan los 8 tipos que interpreta Blus en 1961, claramente con un propósito establecido sobre la medición de la agresión. (Jose Graña, 2001)

Con estos aspectos a considerar es fundamental recalcar que la agresión es una respuesta conductual ante un estímulo ya sea ambiental o instrumental sobre el individuo y puede darse como consecuencia una respuesta poco favorable a los involucrados.

Se puede manifestar de forma física y psicológica donde los participantes (agresor, víctima, y observador) formarán parte de este constructo; sin dejar a un lado que dependerá del ser humano el tipo de aprendizaje en el que se haya visto involucrado cultural, familiar e individualmente para poder llevar a cabo conductas disruptivas que influyan en el desarrollo del mismo, y puede considerarse que la agresión es parte biológica de cada ser vivo pues estará acompañada por alguna emoción como el enojo que es parte del organismo; y resulta ser instintiva.

Por tanto, a no limitar la agresión sucede que constantemente pueden aparecer con mayor frecuencia estos actos convirtiéndose en algún tipo de violencia que ejerce el individuo y será con un fin en específico.

2.2 Violencia

La violencia esta encadenada por tanto a la agresión, siendo prioridad diferenciarel concepto anterior de este y saber que no implica un significado igual.

Posteriormente se abordan diversas definiciones importantes sobre la violencia tales como:

Acción y efecto de violentar RAE 2006

La organización mundial de la salud define la violencia como el uso intencionado de la fuerza, el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo o con otra persona, un grupo o comunidad que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte o daños psicológicos además de trastornos del desarrollo o privaciones.

OMS 2020 la definen como “la violación de la integridad de la persona “, la cual “suele ejercerse cuando interviene la fuerza física o la amenaza de su uso, pero también cuando se actúa en una secuencia que causa indefensión en el otro.

Según Vidal 2008 de acuerdo a las definiciones anteriores de igual forma la ONU 2020 establece tres tipos de violencia y son:

- Violencia auto infligida: comportamiento auto suicida y lesiones físicas en la persona
- Violencia interpersonal: violencia familiar que incluye a menores, pareja, y ancianos, así como personas sin parentesco alguno.
- Violencia colectiva: social política y económica. (organización mundial de la salud, 2014)

Por otra parte, existen otras propuestas de clasificación de violencia como la que realiza Vega 2019:

- *Violencia feminicida*: Es la acción de extrema violencia, que llevada a cabo y atenta el derecho a la vida y causa la muerte de la mujer por el hecho de serlo.
- *Violencia mediática*: Es aquella que se produce por los diversos medios masivos de comunicación a través de las publicaciones, la difusión de mensajes e imágenes con estereotipos que incitan a la sumisión o la explotación de las personas, que la injurian, difaman, discriminan, deshonran, humillan o que atentan contra su dignidad, su nombre y su imagen.
- *Violencia simbólica o encubierta*: Son los mensajes, valores, símbolos, los íconos, signos e imposiciones de la sociedad, económicos, políticos, culturales y de creencias religiosas que transmiten, reproducen y consolidan relaciones de dominación propia, exclusión, desigualdad y discriminación, naturalizando la subordinación de las personas implicadas.
- *Violencia contra la dignidad*: Es toda aquella expresión oral o escrita de ofensa, insulto, difamación, calumnia, amenaza u otras, tendenciosa o pública, que desacredita o descalifica, desvaloriza, degrada o afecta el nombre, la dignidad, la honra y la reputación de la persona.
- *Violencia contra los derechos reproductivos*: Es la acción u omisión que impide, limita o vulnera el derecho de las mujeres a la información, orientación, atención integral y tratamiento durante el embarazo o alguna pérdida, parto, puerperio y lactancia; donde limita a decidir de forma libre y responsable el número, así

como el espaciamiento de hijas o hijos; y a ejercer su maternidad segura para elegir métodos anticonceptivos seguros.

- *Violencia en servicios de salud:* Es toda acción discriminatoria, humillante y deshumanizada que omite, niega o restringe el acceso a la atención eficaz e inmediata y a la información oportuna por parte del personal de salud a los pacientes, poniendo en riesgo la vida y la salud.
- *Violencia laboral:* Es toda acción que se produce en cualquier ámbito laboral por parte de cualquier persona de superior, igual o inferior jerarquía que discrimina, humilla, amenaza o intimida a los empleados que provoca obstaculización limitando su acceso al empleo, permanencia o ascenso y que vulnera el ejercicio de sus derechos.
- *Violencia en el sistema educativo:* Es todo acto de agresión física, psicológica o sexual cometido en el sistema educativo regular, alternativo, especial y superiores contra de algún docente o alumno.
- *Violencia institucional:* Es toda acción u omisión de servidoras o servidores públicos o de personal de instituciones privadas o públicas, implicando una acción discriminatoria, prejuiciosa, humillante y deshumanizada que retarde, obstaculice, menosprecie o niegue el acceso y atención al servicio requerido.
- *Violencia contra los derechos y la libertad sexual.* Toda acción u omisión, que impida o restrinja el ejercicio de los derechos a disfrutar de una vida sexual libre, segura y plena o que vulnere su libertad de elección sexual.
- *Violencia en la familia.* Según el Observatorio Nacional Ciudadano (2020), considera como familia a un conjunto de individuos que comparten lazos de consanguinidad, afinidad y parentesco físico, y se encuentran habitando un espacio en común.

La violencia familiar se trata de poder y la jerarquía, por lo tanto, son comportamientos de control, coercitivo, amenazante y degradante, que pueden ser por parte de una pareja o ex pareja, familiar o cuidador. (López, 2022)

Así pues, se define que la violencia es todo aquel acto que lleva a cabo un agresor hacia una víctima con un fin específico de dañarlo, física o psicológicamente; este tipo de conducta violenta se presenta de forma recurrente en diferentes ámbitos y escenarios, donde se origina por diversas causas. Dado que proviene de la agresión, la violencia tampoco es justificable en ningún ámbito ni en contra de algún ser humano; es consecutiva y puede generar daños irreversibles.

Para continuar con el tema considerando las diferentes modalidades mencionadas anteriormente, es necesario hacer énfasis en dos principales tipos de violencia que serán el punto de partida para los siguientes capítulos de la presente investigación; tales como *“la violencia en los servicios de salud”* y *“la violencia a los derechos reproductivos”*, el primero refiriéndose a cualquier acto, acción u omisión en su derecho a los servicios de salud donde se encuentran tratos humillantes que interfieran en una atención adecuada de acuerdo a las necesidades del usuario, ya que es una forma de violentar su integridad y el segundo actúa limitando las decisiones de las mujeres para la elección de métodos anticonceptivos así como los actos integrales y humanizados del embarazo como la pérdida, parto o puerperio pues tienen que ser garantizados con un trato digno, para quien utilice dichos servicios.

Es por ello que antes de abordar el concepto referente a la violencia obstétrica es necesario conocer que es la ginecología y obstetricia, enumerando por separado cada una de ellas.

2.3 Ginecología

De acuerdo a los conceptos mencionados anteriormente y orientados al propósito de investigación, al abordar un tema de selección medica hay que reconocer todas y cada una de las áreas con las que se trabaja en ginecología, recordando que la palabra **Ginecología** viene del griego, mujer, y logia, estudio, literalmente se puede decir que es la ciencia de la mujer, o la especialidad clínico quirúrgica que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino Útero, Vagina y Ovarios. (Galván, 2010)

De tal forma que se tomará en cuenta cómo y cuál es la función que realiza en el ámbito hospitalario de forma breve para poder analizar el tipo de violencia que se genera en el área donde específicamente son atendidas muchas mujeres con necesidades médicas de urgencia del aspecto obstétrico. Por tanto, se establecen las siguientes definiciones:

La ginecología es la especialidad de la medicina que estudia los órganos sexuales de la mujer, su fisiología y sus enfermedades. (gran diccionario de la lengua española, 2016)

En este sentido la ginecología general es la atención tradicional de los órganos reproductores femeninos y las glándulas mamarias, pero implicando el cuidado integral de la salud femenina desde la pubertad hasta después de la menopausia. (Charles Beckman, 2019)

La ginecología significa “ciencia de la mujer”, sin embargo, al aplicarla a la práctica de la medicina, se refiere a una especialidad médica y quirúrgica que estudia su fisiología, además de tratar las enfermedades de su sistema reproductor, es decir: genitales externos, internos, mamas de la mujer no embarazada. (Clínicas Almaza , 2018)

Ahora bien, se resume que la ginecología es la rama especializada en conjunto con la medicina para estudiar la fisiología, externa e interna del cuerpo humano del género femenino encargándose de identificar algún tipo de anomalía y así mismo procurando el cuidado activo de la mujer que no se encuentra en una etapa gestante está totalmente ligada a la búsqueda de bienestar saludable físico evitando diversos tipos de enfermedades que pueden desarrollarse en las pacientes como lo son las de transmisión sexual o incluso que comprometan su integridad como tumores o anomalías en el útero así como las mamas; también se incluye la búsqueda de anticonceptivos y una vida sexual saludable con información suficiente para elegir decisiones que a la paciente le satisfagan de acuerdo a sus necesidades. Por otra parte, la obstetricia como siguiente punto abarca en conjunto con la ginecología el estudio de la mujer que se encuentra en una condición gestante y es de utilidad diferenciar ambos conceptos.

2.3.2 Obstetricia

En cuanto al cuidado del género femenino se refiere, la obstetricia forma parte primordial y central de esta investigación ya que se enfoca en el cuidado digno y adecuado en la etapa de reproducción activa de las mujeres.

Obstetricia, etimológicamente significa "ponerse enfrente" (Galván, 2010)

Como se menciona anteriormente la obstetricia es aquella rama de la medicina que en conjunto con la ginecología en particular la semiología obstétrica es la ciencia que estudia los síntomas y signos de las enfermedades, haciendo énfasis en los antecedentes obstétricos de la mujer donde se requiere de un examen obstétrico abdominal destinado a caracterizar al feto en crecimiento en el interior del útero para confirmar que la mujer se encuentra en una etapa gestacional. En esta área de la medicina se realiza como primer paso una canalización al primer control que tendrá la mujer durante su embarazo y se le llama control perinatal que será el primer contacto médico- paciente. Este control le permitirá a la paciente conocer si existe alguna anomalía al respecto; así como un embarazo de alto riesgo, así como recomendaciones de actividades físicas a realizar y alimentación. Todo lo anterior relacionado al embarazo.

En el ámbito de la ginecobstetricia Carvajal & Barriga, (2019) toman en cuenta los siguientes puntos que conformarán una historia clínica y así poder brindarle una atención adecuada a la paciente de acuerdo a sus necesidades y antecedentes:

Antecedentes ginecológicos:

- Menarquia/primer regla
- Ciclos menstruales: cantidad, perioridad, dismenorrea
- Factores de riesgo/ formula obstétrica
- Método anticonceptivo

Historia obstétrica:

- Historia de partos previos, año y lugar
- Complicaciones en el embarazo

- Vía de parto
- Patología del puerperio
- Datos del RN: APGAR, sexo, peso, talla, y salud actual

Historia de abortos previos:

- Año y lugar
- Indagar si fue espontaneo o provocado
- Legrado uterino
- Complicaciones posteriores al aborto

Anamnesis de acuerdo al embarazo presente:

- Fecha de ultima menstruación
- Calculo de edad gestacional
- Síntomas gestacionales “normales”: nauseas, vomito, cansancio, sueño, sensación de mareo, distensión abdominal, dolor pélvico, congestión mamaria, antojos, etc.
- Síntomas gestacionales patológicos: sangrado genital, dolor pélvico intenso, flujo genital que produce el mal olor o purito vaginal.
- Inicio de control prenatal y exámenes prenatales. (exámenes de rutina).
- Evaluación del bienestar fetal. (movimientos y signos).

Con base en la información anterior, referirse al área obstétrica se comprende entonces, que en conjunto con la ginecología son una rama de la medicina encargada del estudio de la anatomía, así como tratamiento del género femenino específicamente, la obstetricia es la encargada de atender en el momento en el que una mujer se encuentra en alguna etapa de gestación; así como el puerperio que se presenta posterior al parto donde se enfoca en los cuidados propios de la circunstancia (cesárea o parto vaginal).

Así pues, estos conceptos anteriores son de suma relevancia para poder dar continuidad a una de las principales consecuencias del síndrome de burnout en

médicos específicamente de la especialidad de ginecología y obstetricia donde según diversas investigaciones se ha dado a conocer que existe un tipo de violencia de tipo obstétrica.

2.4 Violencia obstétrica

Una vez identificados los conceptos principales que llevan hasta este punto para abordar la violencia obstétrica como consecuencia del síndrome de burnout, como se menciona en los capítulos anteriores, es un tipo de estrés crónico por parte del personal médico que labora y está en contacto específicamente con las usuarias, mismo comportamiento que se ha investigado y define que desvaloriza y realiza comentarios con contenido agresivo a las pacientes que requieren el tipo de atención ginecobstetricia; es así como se le da una conceptualización a este tipo de violencia en aspectos reproductivos y ginecológicos de la mujer.

De acuerdo a la investigación el termino de violencia según Celia Medina, (2019) obstétrica fue utilizado por primera vez en el año 2007 dentro de la llamada ley orgánica sobre el derecho delas mujeres a una libre violencia.

La violencia obstétrica, así como otras formas de violencia contra la mujer, representa un problema importante en el marco de los derechos de las mujeres y la lucha contra todas las formas de violencia de género. (Gobierno de México , 2020)

Sin embargo, se define la violencia obstétrica como toda acción, conducta, u omisión del derecho de la paciente en estado de gravidez o no, donde se percibe un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización, y patologización de los procesos naturales algunos conceptos son los siguientes:

-Se le nombra de esta manera solo cuando proviene por parte de un miembro del equipo de la salud, poniendo en riesgo la integridad física y psicológica de las mujeres embarazadas. (Celia Medina, 2019)

-La violencia de este tipo hace referencia a la “intervención desproporcionada e inexorablemente medicalizada del proceso natural de la condición de embarazo y de parto” Gherardi, 2016 citado en Jiménez, (2019)

También se expresa que como consecuencia propicia desordenes psicológicos e incluso biológicos, afectando la integridad y seguridad de la paciente evitando y anulando algún tipo de información que como derecho a los servicios de salud se tiene.

Con cautela es necesario expresar que dentro de los marcos de violencia de genero se encuentra este de tipo obstétrico, ya que se presenta solo en el género femenino, con afán de desvalorizar, agredir y hacer daño directo a la mujer, sin embargo, no se indagarán a fondo aspectos culturales y sociales con una perspectiva feminista; pues no es la finalidad de la presente investigación.

Por lo tanto, la atención obstétrica puede expresarse e identificarse como violencia cuando una composición de conductas constantes, que resultan aversivas, en lugar de salvaguardar y garantizar la dignidad y los derechos de cada paciente durante el proceso reproductivo, pues se invade y se atenta contra la salud de las mujeres. Y tal es el caso que como se menciona anteriormente la violencia obstétrica hace alusión a cualquier tipo de agresión física en alguna maniobra en cuanto a la gestación y el puerperio que puede afectar a las pacientes que hacen uso de este servicio; con respecto a su desarrollo en la maternidad libre y saludable.

Es primordial saber que México ocupa el cuarto lugar a nivel mundial al ejercer este tipo de agresiones constantes de una forma normalizada. (cámara de diputados, 2016) más adelante se explicarán los tipos, así como las consecuencias que genera.

Legalmente en 2007 en Venezuela y definida como (citado en Iglesias et al., 2019): la capacidad del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos

Y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. Venezuela, 2007 citado en Jiménez, (2019)

El ámbito obstétrico para la mujer influye en las decisiones primordiales, sobre su salud, el médico será el encargado que tomará iniciativa en cuanto a lo que mejor se acomode de acuerdo a sus necesidades de parto de la paciente, así como los cuidados y los métodos que puedan utilizarse durante o posteriormente.

En cuanto a México en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) realiza un primer acercamiento en el tema de la violencia obstétrica, que arroja la siguiente cifra: hay 8,743,987 mujeres mexicanas de 15 a 49 años que tuvieron un parto y de las cuales 2,921,514 manifestaron que tuvieron en la labor de parto, agresiones como gritos y regaños, así como mencionaron que médicos y enfermeras decidían ignorarlas.

Actualmente no existe una ley que sancione este tipo de prácticas en ningún lugar, sin embargo, existen leyes que ayudan a prevenir este tipo de sucesos tales como las siguientes:

Ley 26.485 de parto humanizado:

La primera ley nacional que se ocupa del tema de la violencia obstétrica es la ley 25929 conocida también con el nombre de ley de parto humanizado. En ella se establece que toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

La Ley 26.485 de protección integral:

Utilizada para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, establece en su artículo 6 inc. e) como una de las modalidades que puede tener la violencia de género a la “violencia obstétrica”, y dice que es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. (chile, 2018)

De acuerdo a las leyes que refieren a la violencia obstétrica la Coordinación para la Atención de los Derechos Humanos de Oaxaca, 2018 tienen que cumplir con ciertos parámetros para poder defender al muer gestante, y las leyes anteriores fueron creadas en chile, siendo uno de los principales países latinos que presentan un número importante al ser generador el sector salud de violencia obstétrica, sin embargo México a nivel nacional cuenta con los siguientes marcos normativos en materia de salud:

-NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida **Objetivo:** Establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.

-NOM-206-SSA1-2002 *Regulación de los Servicios de Salud, que Establece los Criterios de Funcionamiento y Atención en los Servicios de Urgencias de los Establecimientos de Atención Médica* **Objetivo:** Precisar las características y requerimientos mínimos de infraestructura física y equipamiento, los criterios de organización y funcionamiento del servicio de urgencias en los establecimientos para la atención médica, así como las características del personal profesional y técnico del área de la salud, idóneo para proporcionar dicho servicio.

-NOM-090-SSA1-1994 *Para la Organización y Funcionamiento de Residencia Médicas* **Objetivo y Campo de Aplicación** **Objetivo:** regular en el Sistema Nacional de Residencias, la organización y funcionamiento de los cursos de especialización y sub-especialización en las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

-NOM-001-SSA3-2012 *Educación en salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas* **Objetivo:** Regular la organización y funcionamiento de residencias médicas, en las unidades médicas receptoras de residentes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

-NOM-234-SSA1-2003 *Utilización de Campos Clínicos, para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado* Es de observancia obligatoria para los responsables de enseñanza de los establecimientos para la atención médica integrantes del Sistema Nacional de Salud, considerados como campos clínicos para los ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina y para quienes convengan e intervengan en sus procesos de selección, autorización, integración, actualización, enseñanza y tutoría.

-NOM-004-SSA3-2012 *Del Expediente Clínico* Establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración,

integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

-NOM-016-SSA3-2013 Establece las Características Mínimas de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento para los hospitales, así como para los consultorios de atención médica especializada.

Las normas anteriores son solo un contenido que apoyará a regular la presentación en cuanto a los servicios de salud dignos maternos refiere, de acuerdo a los derechos humanos, ayudando a evitar y regular diversos tipos de agresiones, así como también garantizando el acceso libre a este tipo de consultas, expedientes, y atenciones especializadas.

En México, resulta un problema en los servicios de salud, y se denomina que las mujeres que son atendidas durante su embarazo parto y puerperio, pasan por un sufrimiento innecesario causado por personal médico, además de la insatisfacción generalizada, que las hace sentir vulnerables ante ciertos acontecimientos nuevos en aspectos maternos; así mismo vulnerando sus derechos así como su salud; mientras tanto la Organización Mundial de la Salud (2014) establece que en todo el mundo muchas mujeres sufren de un trato poco amable e irrespetuoso con situaciones ofensivas durante el parto en centros especializados de salud. (Coordinación para la Atención de los Derechos Humanos de Oaxaca, 2018)

Por tal motivo este tipo de violencia que ejercen los médicos muchas veces a causa del mismo síndrome de burnout, puede identificarse solo cuando se ejerce realizando comentarios despectivos, trato humillante, insultos verbales, malas prácticas manuales (tacto vaginal), y no obstante suelen atenderles más médicos de lo normal, como lo son practicantes del área y todos realizan revisiones un tanto incomodas afectando su integridad sexual y reproductiva en el aspecto psicológico y en el cuerpo de la paciente. Por otra parte, incluye que se puede llegar a presentar un tipo de estrés post

traumático en aquellas mujeres que hayan pasado por este tipo de evento que les genero un malestar emocional, e incluso suelen tener problemas en el momento de poder ejercer su sexualidad activa de nueva cuenta, pues se incluye una sensación de miedo, angustia y temor ante este acto.

En cuanto a las diversas formas en las que se maneja este tipo de violencia el siguiente punto a tratar refiere a las circunstancias y las causas que genera.

2.5 Tipos de violencia obstétrica

Como se mencionaba en el punto anterior en cuanto la violencia obstétrica se refiere existen diversas modalidades que deben ser listadas, pues se dividen en cuatro tipos de los cuales se puede decir que no todas son aplicadas al mismo tiempo, pero si al menos la mayoría de las mujeres recalca que ha presenciado alguna de ellas.

Por acción:

Se engloban aquellas prácticas que se ejercen directamente sobre las mujeres tales como la maniobra de Kristeller, que es donde se hace una maniobra por parte del médico al momento de la contracción, y la administración de oxitocina que es una sustancia que induce al parto mediante las contracciones.

Separación prematura del binomio donde el menor es separado de una forma repentina evitando el primer contacto con la madre, se da principalmente cuando es por cesárea.

Brevemente es importante señalar que las maniobras realizadas, así como las decisiones que toma el personal médico, tienen que ser con base en el control de embarazo que ha estado llevando la paciente.

Por omisión:

Resulta cuando una paciente genera un trauma al no recibir los cuidados necesarios, pues no cuenta con la suficiente información en cuanto a su parto, y hay una falta de atención ante sus necesidades.

El ayuno prolongado consolida que las pacientes fueron privadas de consumir algún tipo de bebida o alimento dentro de las 8 horas iniciales después y antes de haber dado a luz.

En cuanto a la omisión suele darse también al no ser atendidas las preguntas, así como los malestares físicos que presenta la paciente, como las contracciones, haciéndola menos por “no aguantar”.

Físicas:

Se encuentra el tacto vaginal, que resulta doloroso e incómodo por ser demasiado brusco y se realiza durante las contracciones, y mujeres indican que es llevado a cabo por múltiples actores.

La episiotomía es aquella incisión en el perineo femenino, que en la mayoría de las situaciones es practicada si consentimiento alguno de la mujer, y se dan cuenta de este tipo de intervención por las molestias físicas al llegar a sus hogares.

Cesáreas sin previo aviso donde cabe destacar que no es por motivo de alto riesgo si no por practicidad del personal médico de salud.

La Imposición de métodos anticonceptivos en las mujeres es otro tipo de acción física donde el medico “sugiere” de una manera reiterativa el uso de el DIU o Implantes, y en muchas ocasiones no suelen preguntar si no es cuando realizan la maniobra en el cuerpo de las pacientes.

En relación a los aspectos de carácter físico, puede repercutir en la salud de la paciente a largo plazo provocando lesiones irreversibles como la esterilidad a causa de un mal procedimiento.

Verbales:

Este tipo de agresiones constantes se vuelven un tipo de violencia acompañadas de acciones y comportamientos recurrentes donde, el medico realiza comentarios despectivos de la situación por la que está pasando la mujer en parto, donde emiten regaños y palabras despectivas en cuanto a su ciclo reproductivo.

Las agresiones de tipo verbal constantes, repercuten específicamente en el aspecto psicológico, donde la mujer se siente humillada, se siente menos, y también desvalorizada por la etapa gestacional y de parto. (Jiménez, 2019)

En cuestión psicológica, principalmente afectan demasiado los comentarios irónicos, descalificadores, y las burlas; además de los diminutivos, o sobrenombres, las críticas por parte del médico por gritar o la imposibilidad para manifestar miedos o dudas; con base en los tipos y modalidades de violencia obstétrica donde más repercute es en el ámbito psíquico de las mujeres.

Los daños derivados de la violencia obstétrica pueden causar consecuencias psicológicas que afectan a la autoestima de la paciente que los ha presenciado, ya que producen alteración emocional, perturbación del sueño, ansiedad o sintomatología depresiva (García, 2018)

Así pues, cuando se produce violencia obstétrica, las mujeres perciben que el parto ha sido traumático o negativo y manifiestan sentirse “desapoderadas” (Murialdo, 2019). Dicha percepción afecta directamente a la autoestima y auto concepto de la mujer (Osorio y Saraceno, 2019)

Ya que es común que se produzcan alteraciones emocionales como una tristeza momentánea, la cual puede desaparecer con el tiempo, pero cabe mencionar que si este tipo de alteración no permite realizar las diversas actividades cotidianas se considera entonces que podría causar una depresión post parto.

Así pues, se identifica como daño más severo a nivel psicológico el diagnóstico del Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) en aquellas mujeres que sufren este tipo de violencia.

La prevalencia de ocurrencia de este trastorno es entre un 2 y 6% a nivel mundial. Además, un 35% de mujeres presentarán características diagnósticas o síntomas propios del TEPT (Ballard et al. 1995; García, 2018)

Tener un parto traumático puede provocar otras secuelas psicológicas, tales como: Jiménez, 2019 menciona la Influencia en el proceso de la maternidad, tanto en el actual como en posibles embarazos futuros de la siguiente forma:

-Dificultades para la adaptación tras el parto: puede desarrollar inestabilidad psíquica donde se sienta ajena a la nueva etapa que está viviendo

-Afectación de la salud y estabilidad mental: sufrir de algún trastorno del sueño, de ansiedad, taquicardias, sensibilidad excesiva, dolores recurrentes de cabeza irritabilidad, dolor corporal.

-Influencia en el vínculo afectivo madre-bebé y en el tipo de apego a desarrollar: rechazo de la madre al neonato afectando la lactancia materna y el primer vínculo de acercamiento, además acompañados por sentimientos de culpa.

-Rechazo a la sexualidad: la mujer puede sentirse deprimida lo que ocasiona que sienta culpa por el proceso traumático del cual fue víctima, y no gozará placenteramente de su sexualidad alejándose de aspectos íntimos, afectando su seguridad y su autoestima individual.

Como último punto a este capítulo podemos definir que la violencia obstétrica es una de las variadas consecuencias que deja en claro que se provoca por los diversos tipos de agresiones verbales y no verbales además de agresiones directas e indirectas que afectarán a las pacientes de forma paulatina en cuanto más estén relacionadas con el área y no se haya recibido un trato digno; también es sumamente importante enunciar que las normas que existen y que fueron enlistadas brevemente, no sancionan la violencia obstétrica, si no que fueron creadas para evitar tratos deshumanizados así como incitar al buen trato en pacientes que se encuentren en cualquier periodo de gestación y post parto, donde de esta forma las mujeres no sufran algún tipo de trastorno desencadenante de enfermedades que afecten el desarrollo óptimo en la maternidad y su vínculo con el recién nacido, así como el propio desarrollo de su sexualidad libre plena y sana a nivel psíquico.

CAPITULO 3: APROXIMACIONES TEÓRICAS

Con respecto a las aproximaciones teóricas, se indagarán de forma breve algunos enfoques psicológicos con el fin de explicar la funcionalidad de cada uno, no obstante, cabe mencionar que la presente investigación se sustenta en el Cognitivo conductual pues es el que se correlaciona tanto a guiar como apoyar en la realización de un taller preventivo, dotando de herramientas y técnicas que favorecen el desarrollo de dichas actividades, así como de aspectos orientados a su construcción.

Es por ello que resulta importante hacer énfasis que de acuerdo a los aspectos investigados es el que puede brindar una mejor explicación en cuanto a la teoría del tema que se desglosó en los capítulos anteriores para ello es necesario desmenuzarcada uno de estos enfoques a continuación.

De acuerdo al enfoque cognitivo conductual y su relación con el tema que se está llevando a cabo, resulta necesario siempre buscar aspectos científicos que respalden y validen cualquier tipo de información, así como respuesta a interrogantes en la investigación, de forma que pueda tener aspectos teóricos que, así como sus técnicas resulten favorables para los usuarios y usuarias.

Claramente el objetivo del presente capítulo es indagar cada uno de los enfoques más destacados, sin dejar a un lado la importancia de cada uno de ellos.

3.1 Psicoanálisis

Brevemente se desglosarán lo que fueron los inicios del psicoanálisis con el objetivo de identificar lo que realiza esta disciplina si bien es Sigmund Freud quien comienza con la filosofía de la naturaleza (monismo cerca del misticismo que intenta explicar la realidad filosófica a partir de un principio último).

Freud Caracterizo al psicoanálisis de la siguiente manera: “el psicoanálisis es el nombre de un método para la investigación de los procesos psíquicos que apenas son accesibles y que se basa en una investigación de una serie de conocimientos psicológicos obtenidos los cuales se integran generalmente en una nueva disciplina científica”.

Es primordial recordar que si bien el psicoanálisis no ha logrado ser una disciplina científica por su constante validez ilimitada que no logra integrarse a los paradigmas científicos busca mediante sus técnicas apoyar a los individuos intentando dar respuestas mediante sus principios básicos establecidos, se analizan procesos psicopatológicos y sus síntomas conocidos y desarrollados por Freud como fenómenos biológicos filogenéticamente en la teoría freudiana de la pulsión que se divide en tres fases, cabe recalcar que el inconsciente del ser humano es la principal pieza de donde parte esta teoría y su desarrollo. (Castanedo, 2008)

Esta corriente sostiene que en la mente humana convive con el yo, el superyó y el ello la legislación de un país, la ética, los principios religiosos, los valores culturales, etc. En su conjunto y contribuyen el superyó el cual actúa como una especie de policía que cuida que la conducta que las personas se mantengan dentro de los cánones establecidos por el grupo social al que pertenecen. El ello se forma a partir de los impulsos instintivos del hombre, que podría resumir en dos: uno amoroso o erótico, otro destructivo o fanático. (López, 2019)

De acuerdo con el enfoque freudiano y su trabajo se desarrolló lo que se conoce como teoría del desarrollo psicosexual donde destacan 5 fases esenciales del ser humano

Fase oral: esta fase se divide en dos partes en la primera el menor va a pasar la mayoría del tiempo descansando y tratando de reconocer lo que hay a su alrededor, así como las diferentes sensaciones que experimenta (hambre, sueño, dolor, malestar), y cuando las necesidades en el niño no se satisfacen, surgen emociones que pueden resultarle desagradables lo que desencadena las primeras experiencias y acercamientos a la ansiedad en cuanto a la provisión de alimento vital, donde el alimento que dotara la madre al recién nacido será un primer vínculo de amor donde el neonato vivirá experimentando y reconociendo el amor mediante la boca y en la segunda fase oral el niño ya tendrá la capacidad de asumir de forma más activa con relación a un objetivo, es decir que sabrá que tiene que expresar mediante el llanto su necesidad, de acuerdo a su experimentación mediante la boca masticando y succionando donde se forma el acercamiento al erotismo oral.

Fase anal: es la segunda fase de la evolución de la libido en la zona erógena anal donde el niño al eliminar heces y orina de su cuerpo le resulta placentero, ya que es como darle un regalo a sus progenitores que proviene de su cuerpo; el niño ira desarrollando experiencias nuevas tales como la satisfacción y la ansiedad donde por una parte el niño se sentirá orgulloso de poder contener sus esfínteres y cumplirá lo que le piden sus padres, mientras que por otra parte se desarrolla un sentimiento de culpa que proviene de la vergüenza, en esta fase se centra el erotismo oral y anal donde se da el acceso al objeto libidinal.

Fase Fálica: se da con la unificación de las pulsiones parciales de los órganos genitales pero el niño y la niña ambos solo conocen solo un órgano genital y es donde se origina el complejo de Edipo y se estructura la personalidad y la orientación del deseo sexual, el niño presentara conductas hostiles y amorosas hacia sus padres, por otra parte, desearan que muera el sexo opuesto del menor en sus progenitores y se creara un sentimiento de culpa interno por desear la desaparición y de un crimen que nunca sucedió; según Freud compara esta fase con alguna etapa de organización adulta

Fase latente: esta fase está en medio de la fase fálica y genital se inicia durante los 5y 6 años de edad la sexualidad evoluciona y predominara la ternura sobre los deseos sexuales, mientras que el pudor, la represión y el asco se hacen presentes.

Fase genital: esta es la cuarta fase del desarrollo que se caracteriza principalmente por la organización de la libido alrededor de las zonas genitales, la integración de las fases anteriores permiten que posterior a la pubertad se reconcilien los deseos sexuales de forma libre, tales son los patrones sexuales, la elección de la homosexualidad, de la heterosexualidad y la identidad que el individuo quiera elegir, se conceptualiza el amor y la sexualidad, los orgasmos y la necesidad de satisfacer los deseos sexuales de forma plena. Cabe mencionar que la identidad sexual hace referencia a la diferencia que se hace en cuanto a la ubicación sexual y siendo que se configuran los sentimientos que los jóvenes tienen en cuanto al sexo y la identidad sexual.

Donde entonces formará parte de un producto de un largo proceso de elaboración desarrollado desde la niñez donde influyen aspectos culturales, sociales y parentales de acuerdo a la relación que ha tenido con estos últimos en cuanto a las normas y si se aprobaron o desaprobaron comportamientos.

De acuerdo con lo que describe Freud el psicoanálisis es un método específicamente creado para abordar e indagar a profundidad las enfermedades mentales mediante un análisis de los conflictos sexuales inconscientes que se originan en la niñez, porque con base en la metodología psicoanalítica, se utilizan como herramientas de intervención e investigación donde se realiza un ejercicio de repeticiones para llegar al cometido; tomando en cuenta que en el psicoanálisis la libido es la energía sexual que realza los placeres y está relacionada con las funciones vitales del ser humano, donde todo ser vivo según esta teoría, pasara por las diferentes y fases del desarrollo psicosexual englobadas por Freud, Que de acuerdo al desarrollo de la sexualidad en la adultez se encontraran diversas conductas que serán vestigios del pasado del ser humano en cada una de las fases.

Por lo tanto, el psicoanálisis se caracteriza por que el paciente o cliente será inducido a una especie de duerme-vela donde el terapeuta o consejero será quien guiará e impondrá tareas tales que permitan recordar los traumas no solucionados. (Castellanos, 2020).

3.2 Humanismo

En el siglo xx surgen las primeras aportaciones con las obras de William James y Ludwing Bingswanger, sin embargo, el humanismo como tal se desarrolla en los cincuentas con inicios filosóficos, sociales y culturales; el término humanismo se centra, como otros en el ámbito del pensamiento, a una definición, en general, se tiende a asociar este término con las concepciones filosóficas que colocan al ser humano en cuanto tal como centro de su interés. (José L. Morotell, 2013)

El humanismo trabaja en conjunto con un enfoque holista que resulta una pieza importante en su metodología y que a su vez se sugiere como una herramienta

obligatoria para su estudio, donde tiene relación con la corriente filosófica conocida como el existencialismo, sin embargo, de igual forma está basado en la psicología positiva que resulta un complemento a lo que hoy en día es la psicología. Y todo esto relacionado con que la psicología actual se basa en los peores escenarios del ser humano provocando recuerdos y vivencias que limitan al individuo, contrario a la psicología positiva que pone de por medio principalmente los mejores escenarios de los seres humanos que les provoquen sensaciones favorables donde se prioriza la forma en que viven y como es que vale la pena vivir. (Ahmad R. Barragan. Universidad ETAC , 2012)

Uno de los principales factores que postula el humanismo es el de la autorrealización donde consiste en un impulso a actualizar mantener y mejorar el desarrollo y vida del organismo lo que se entiende que cada día se estará trabajando en un arduo auto crecimiento en aspectos individuales y sociales para la integración favorable en su desarrollo del ser humano y así ampliar nuevas metas

Rogers quien fue uno de los precursores en el humanismo refiere que la persona va a estar orientada a lo que más se sienta cómodo y atraído, así como donde más se sienta comprendido y escuchado, afirmando que el ser humano siempre va a estar direccionándose a todo aquello que le resulte constructivo y favorecedor, donde pueda construir su madurez; buscando desarrollar ante todas las adversidades su potencial buscando constantemente sus fortalezas en vez de buscar sus debilidades. (Vengochea, 2001)

Teniendo finalmente como motores del humanismo conceptos como:

- Felicidad
- Autorrealización
- Actitudes
- Emociones positivas
- Fortalezas
- Libertad
- Sentido de la vida

Entonces se entiende que cada uno de los conceptos anteriores siempre buscarán un lado favorable tomando en cuenta las características del ser humano donde no siempre resulta eficaz en algunos casos terapéuticos que requieren atenciones mayores a fondo. (Barragán, 2012)

3.3 Conductismo

Como siguiente punto considerando los diversos antecedentes de la psicología y las principales bases que llevaron a la investigación fisiológica del ser humano se indaga en el enfoque conductual donde se define el conductismo de acuerdo a sus primeras definiciones concretas y más conocidas como la filosofía de la ciencia del comportamiento por Zuriff (1985) y que hacia énfasis en que es una filosofía de la mente con criterios supuestos acerca de la naturaleza humana, pero de acuerdo con la RAE (2021) lo definiría como la teoría y el método de investigación psicológica basados en el estudio y análisis del comportamiento o conducta del individuo sin tener en cuenta sus pensamientos o su vida interior, hay diversas definiciones que hacen pensar a cualquier individuo, que esta teoría principal que apporto demasiado a la psicología que se conoce al día de hoy, solo se enfocaba en aspectos que no involucran mucho del interior del humano; sin embargo todo comienza con uno de los principales iniciadores del conductismo en 1913 Watson quien publica un artículo llamado “psychology as the behaviorist” donde hace críticas a la psicología mentalista centrándose en el estudio objetivo de la conducta sin tener que utilizar la conciencia o la introspección como un método, así como tampoco del alma o de la mente ya que realiza una importante comparación con la física o la química donde el afirmo que tampoco estas dos no necesitaban de ella para ser desarrolladas de forma explícita y precisa; y explico que la psicología era vista por los conductistas como “una rama objetiva y experimental de la ciencia donde el objetivo es la predicción y el control de la conducta” donde bien la introspección no forma parte de los métodos o del comportamiento del hombre, sin embargo con todo lo que implica su complejidad forma solo una parte del esquema total del conductista. (Ardila, 2013)

Jhon Broadus Watson fungió como uno de los principales psicólogos americanos más importantes del siglo xx quien fue el fundador de la escuela conductista y

el proclamo la conducta manifiesta, y al crearse la escuela conductual esta tenía dos principales objetivos el primero era la eliminación de otras escuelas ya que a la par surgió la Gestalt y el psicoanálisis, y la segunda fue conseguir aportar una base científica firme a un nivel igual al de las ciencias naturales y para esto una de las características del manifiesto conductista fue hacer énfasis en el ambiente donde Watson infiere con motivos biológicos así como también neurofisiológicos, y es como logro centrarse en lo que llamo “ambiente” ante las diferentes investigaciones con niños y adultos. Sin embargo, el conductismo se contrapuso a el estructuralismo, el funcionalismo y al psicoanálisis convirtiéndose en la escuela que evoluciono poco a poco con sus bases para convertirse en un gran sistema como describió Artila 1965-2006, citado en Ardila,(2013)

Con las ideas de Watson tan exageradas donde afirmaba que había que prestar atención solo a las conductas del individuo, que fueron expuestas varias culturas buscando aceptación y credibilidad no fueron bien recibidas sino hasta que Skinner aporta ideas sobre el análisis experimental del comportamiento la cual fue una de las más importantes y necesarias para la época del desarrollo del conductismo (Ardila, 2013)

Mientras tanto para validar este tipo de enfoque fungió Pavlov como uno de los precursores en el ámbito fisiológico porque considero que este tipo de ciencia resultaba exacta y acorde para el tipo de investigaciones que quería realizar, y no como lo fue la psicología desde un punto de vista conductista, más tarde rectifica su posición ante estas declaraciones haciendo especial enfoque a la importancia de reconocer las interpretaciones subjetivas ya que el permitir conocer los estados mentales de cada individuo resultaba fundamental para llenar los espacios que la fisiología no podía ocupar en el sistema nervioso Colodron (1968)

Simultáneamente Pavlov realiza investigaciones sobre la digestión donde se observa que los perros salivaban ante los estímulos que no eran instigadores del reflejo salival ya sea al oír pasos de quien los alimentaba, o bien ver la comida, así fue como introduce y utiliza el término “reflejo condicional” por vez primera en un congreso internacional de medicina en Madrid, España, donde se da a conocer los resultados

derivados de un estudio e investigación realizada por los alumnos de doctorado en el año de 1987 y describían que al ponerles en la boca la sustancia determinada a los animales salivarían a ella sin que se viera a la distancia y es por ello que se descubre la extinción experimental, consiguiendo el llamado reflejo extinguido. Pavlov mediante una teoría del arco reflejo considera que la conducta animal es la relación frente a la debida estimulación antecedente dependiente de círculos nerviosos formados por los receptores de las vías aferentes centrales y eferentes in dejar a un lado los músculos e insistiendo en que había un carácter reflejo en el animal. (Hilda Aguilera, 2007)

Entonces se describe arco reflejo como un movimiento que el individuo realizara de forma involuntaria a modo de respuesta o ante un determinado estímulo, pues la estructura nerviosa que se encargara de controlar dicho reflejo se llama arco reflejo; teniendo en cuenta el texto anterior Pavlov esclarece que los reflejos condicionales serán la relación nerviosa temporal entre los innumerables agentes del medio que rodea al anima, y estos agentes son detectados por los receptores del mismo.

Además la formación de reflejos condicionales se consideran como la base del fenómeno del aprendizaje, Pavlov mientras tanto centro sus investigaciones en el llamado reflejo alimenticio y en el reflejo defensivo de la boca creando el condicionamiento que refiere a la asociación que se forma entre dos estímulos que bajo circunstancias normales los estímulos incondicionados producen las respuestas incondicionadas fisiológicas que son todas aquellas respuestas que no necesitan haber sido aprendidas para ser llevadas a cabo y poseen conexiones neuronales innatas (Coria & al., 2010)

Ahora bien, si el estímulo natural produce una respuesta incondicionada no desencadenara ninguna respuesta incondicionada si es apropiadamente asociado en tiempo y forma con un estímulo incondicionado, y para cuando el estímulo neutral es capaz de desencadenar una respuesta que no estaba presente antes del aprendizaje se le conoce como estímulo condicionado y a su vez respuesta condicionada (cabe mencionar que cuando todo esto ocurre se cree que existe una representación del estímulo incondicionado a nivel neural). Gracias a la formación de los ya observados reflejos condicionales, se estableció que un reflejo es el mecanismo de una conexión

definida por medio del sistema nervioso entre los fenómenos del mundo exterior y las acciones correspondientes concretas del mismo organismo Pavlov 1921. posterior a esto Watson incorpora esta teoría a su sistema psicológico de condicionamiento, mientras que Pavlov rechaza los principios de Watson y Bechetrev defendiendo en todo momento y reafirmando que la clave de la psicología estaría siempre en la fisiología del sistema nervioso.

En cambio, Skinner quien tomando en cuenta los fundamentos que con anterioridad había establecido Pavlov sobre el condicionamiento, es quien continua con la búsqueda de la ciencia y que llamo a este proceso “orden de uniformidades en relación valida con los hechos”, Popper 1994 citado en (M. Zumbalable, 2005)

Posterior a esto considerando que Mach fue quien introduce el término de “análisis funcional” explica detalladamente argumentando que se orienta al análisis de las sensaciones, donde ayudara a que Skinner retome y adopte el análisis funcional que, con respecto a esta forma, se pueden establecer las relaciones entre los estímulos como lo que se define VARIABLE INDEPENDIENTE y las respuestas como Variables dependientes Mill 1917 citado en (M. Zumbalable, 2005)

Seguían en la introspección de las actividades recurrentes conductuales humanas y buscaron realizar un determinismo ambiental que fue desarrollado por Skinner, y consistía en contingencias ambientales filogenéticas u ontogenéticas estableciendo que los eventos que se encuentran en el ambiente serán siempre la variable independiente.

Continuando con las introspecciones conductuales, fue en la tercera década del siglo xx que Sherintong establece las llamadas leyes del reflejo y en ese momento en el que Skinner se mostró interesado en el estudio de la conducta del organismo decide desmenuzar cada dato importante hasta lograr que para el año de 1989 demostrara que las leyes de reflejo de Sherintong eran unas reglas de con variación entre los llamados E-R (estimulo - respuesta), lo que derivaba que el reflejo se consolide como una correlación observada de los hechos, donde en la misma búsqueda de respuestas Skinner realiza una pista para ratas que logro aportarle registros más estables en cuanto a una taza de respuesta de acuerdo a los propósitos que necesitaba.

Y fue así como finalmente se desarrolla la caja de Skinner convirtiéndose en el dato principal y básico de esta ciencia; donde la palanca representaba el reforzamiento continuo de tal forma que fue donde encontró curvas de extinción uniformes, y ya para 1938 con la obra de la conducta de los organismos presenta que había una distinción entre el condicionamiento respondiente y operante. (Plazas., 2006)

Dado que de acuerdo con los antecedentes el condicionamiento operante e instrumental se define como un método de aprendizaje que se produce a través de una asociación de refuerzos (recompensas), y los castigos con una determinada conducta, donde su objetivo será disminuir o aumentar la probabilidad de que se repita dicha conducta, cabe mencionar que las conductas que tengan un refuerzo positivo tienen mayor tendencia a repetirse, y sin embargo las que impliquen un castigo dejaran de aparecer o realizarse.

Y en cuanto al conductismo refiere aporta datos de gran importancia para que se desarrolle lo que se conoce como la ciencia cognitiva a partir de la segunda guerra mundial, estableciendo datos más específicos sobre las conductas en los individuos a causa de las pérdidas y los decesos presenciados, había que realizar introspecciones a fondo que permitieran regular los comportamientos “neuróticos” que presentaban quienes participaron y de esta manera se establecieron los procesos clínicos de la terapia de la conducta lo que conllevó a un arduo desarrollo de la terapia de la conducta, involucrando ya para los años 50 lo que se complementaba con la psicología cognitiva iniciada por la ciencia cognitiva para obtener mejores resultados. (Plazas., 2006)

3.4 Cognitivo conductual

En cuanto este enfoque cabe recordar que se inicia con la ciencia cognitiva que da paso a la unión del cognoscitividad y la conducta, por ello hay que tener en cuenta los principales antecedentes históricos que destacan de dicho planteamiento.

En cuanto a la ciencia cognitiva de acuerdo con Gardner es un campo interdisciplinario que se enfoca en analizar aspectos epistemológicos y por tanto la define como “un empeño contemporáneo de base empírica para resolver interrogantes

epistemológicas en torno a una vinculación con la naturaleza así mismo estudiando sus componentes, su evolución y su difusión”

No obstante que la ciencia cognitiva concibe que el conocimiento humano es un sistema que siempre estará recogiendo, almacenando, transformando, transmitiendo, y actuando sobre la información que recibe el individuo, ya sea del mismo entorno y como es que la interioriza para poder entenderla y gestionar un conocimiento y aprendizaje distinto.

Con base en ello se puede establecer entonces que el ser humano es un ser cognoscente que actuará causa de sus representaciones, en pocas palabras refiere a que la propia representación cognitiva humana se describirá en función de los símbolos, ideas, esquemas, imágenes, y otras formas de representaciones mentales que pueda adquirir el individuo. (Medina, 2008)

Es por ello que las diversas teorías cognitivas aseguran que los individuos son participantes activos en su entorno que juzgan y evolucionan ante los estímulos y logran interpretar dichos eventos y sensaciones aprendiendo de sus propias respuestas, pues de acuerdo con Beck quien también es uno de los principales iniciadores de la ciencia cognitiva, el ser humano desarrolla un esquema desde el cual se observa a sí mismo y a los demás en el medio ambiente donde se irá desarrollando y adquiriendo conocimientos, esto totalmente compuesto por las estructuras cognitivas, mismas que se generan en el individuo mientras que estas mismas hacen referencia a la información que se representa en un momento establecido, mientras que los contenidos cognitivos serán los contenidos concretos ya sean positivos o negativos. (Pizarro, 2006)

por otra parte, Gardner destacó que la noción de la ciencia cognitiva se extiende a todas las formas de conocimiento y a toda entidad inteligente, ya sea biológica, protoplásmica, artificial, humana, y no humana; así mismo introduce los 5 principales rasgos característicos de la ciencia cognitiva. Véase tabla 2.

Tabla 2.

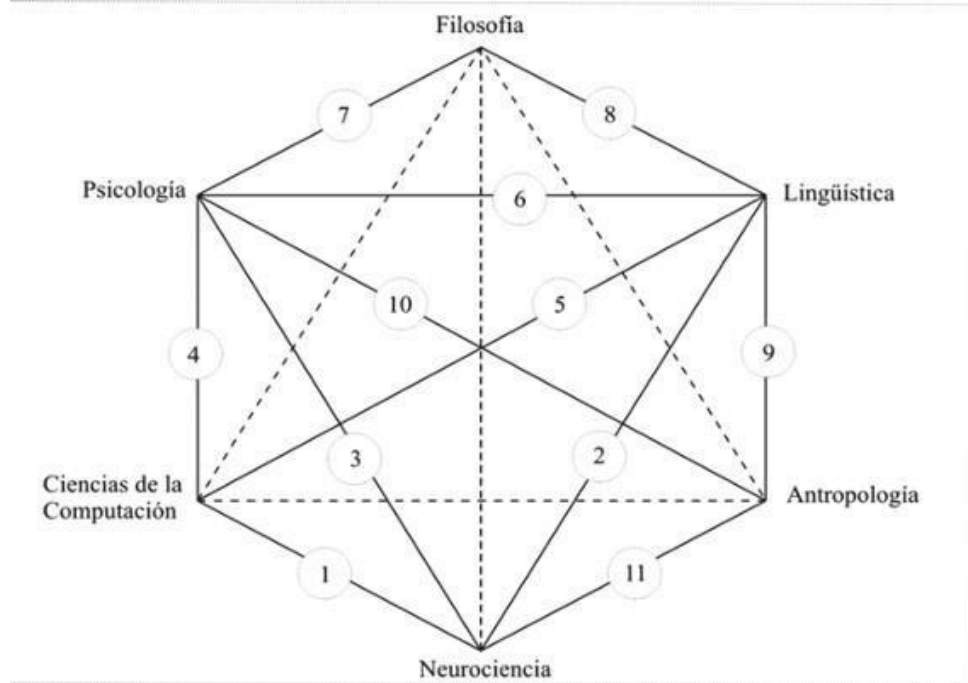
Rasgos característicos iniciales de la ciencia cognitiva según Fierro 2011

La medula de estas características se ha mantenido hasta la fecha, sin embargo, los han complementado Newell y Simon en 1994 y 1995 quienes introducen a la ciencia cognitiva los llamados símbolos físicos.

1.Actividades cognitivas de los seres humanos	-Al planear una estructura que sea representativa para el objeto o individuo -puede realizarse mediante sistemas biológicos o neurológicos, así como social y antropológico.
2.comprension de la mente substancial	-Se utiliza como aparato para llevar a cabo experimentos como un tipo de modelo del funcionamiento mental.
3. restar énfasis o no tomar en cuenta variables	-Al no tomar en cuenta factores históricos y culturales, resultara afectado el estudio científico de las diferentes entidades.
4.disciplinas que componen la ciencia cognitiva.	-Se sigue una dinámica de estudio establecida que explora y elabora una propuesta teórica aprovechando los distintos enfoques multidisciplinarios
5.ciencia cognitiva contemporánea.	-la ciencia cognitiva existe para Gardner de acuerdo con una serie de debates en cuanto a la tradición epistemológica.

Dado que las ciencias cognitivas hacen mención de forma plural, pues hacen especial referencia a un conjunto de otras disciplinas que previamente ya están estructuradas y es por ello que se desarrolló el llamado hexágono de Sloan, que aparece en el texto clásico de Gardner en 1988 llamado "hexágono cognitivo" (véase imagen 1)el cual agrupa diversas disciplinas en una serie de redacción de artículos de ciencias cognitivas, mientras que también la figura geométrica ya mencionada, abarca en sus vértices la filosofía, la lingüística, la antropología, las neurociencias así como la psicología y la inteligencia artificial.

Imagen 1 hexágono de Sloan



El hexágono Sloan en su representación corriente Sloan Report on Cognitive Science, 1978; Los nodos o vértices del hexágono representan las disciplinas mayores que contribuyen a las ciencias cognitivas donde las líneas numeradas hacen referencia a conexiones interdisciplinarias formalmente desarrolladas o establecidas, mientras que las líneas punteadas refieren a proyectos interdisciplinarios aún no consolidados institucionalmente.

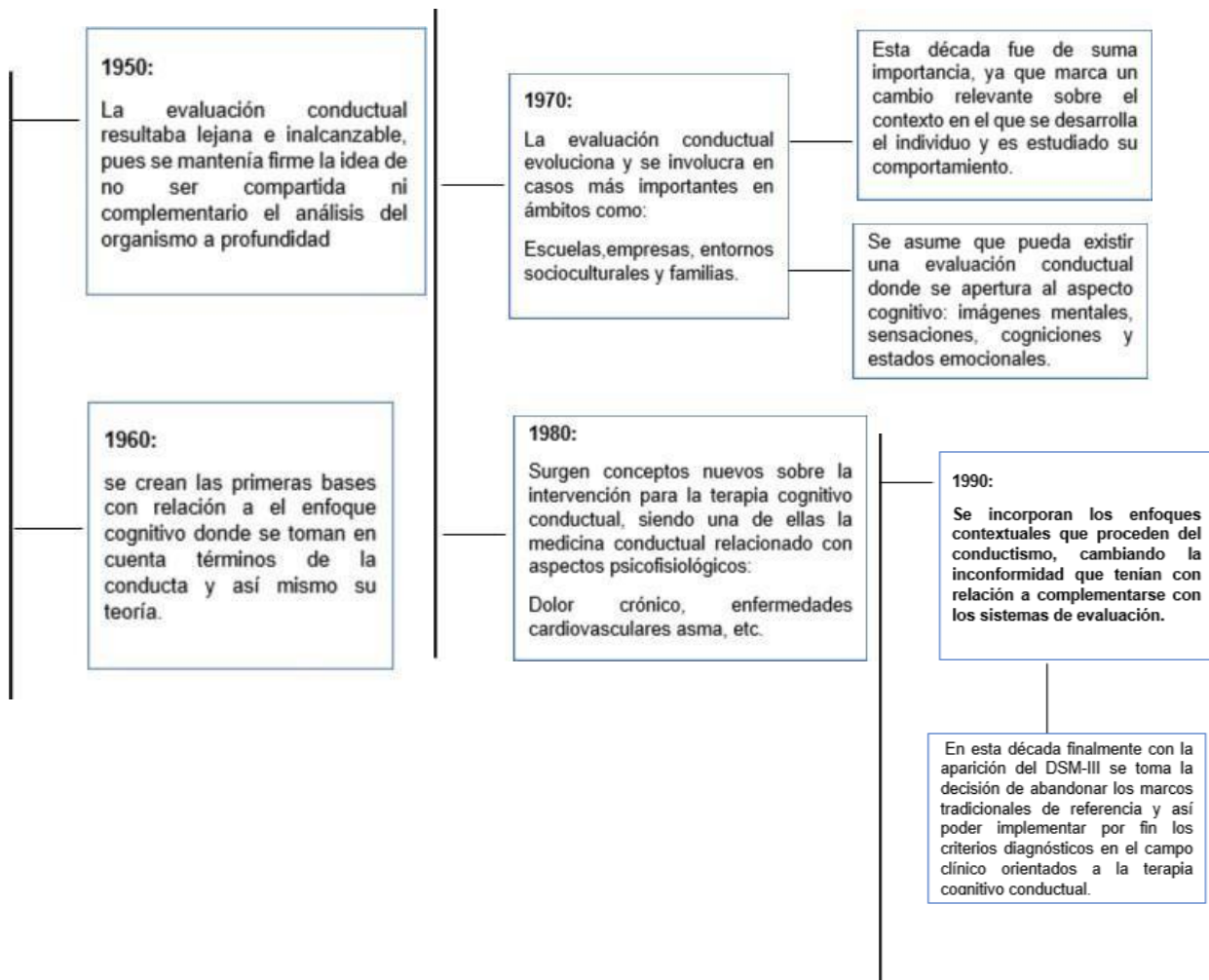
Es importante saber que cada disciplina se vincula con algunas de las otras mediante dos tipos de líneas: líneas llenas si el vínculo es muy fuerte y líneas punteadas si el vínculo es débil; sin olvidar que el programa de la psicología cognitiva es aquello que los psicólogos cognitivos tratan de caracterizar como la etiología del comportamiento, en términos de una serie de transformaciones de la información Fodor1975 citado en Fierro, (2011)

En otras palabras, el ser humano es comparado con un sistema de cómputo que se rige por el procesamiento de la información que se da por símbolos abstractos ya sean utilizados para administrar procesar y transformar la información, a esto se le llamo inputs y bien los outputs que fungen como acciones que se realizan para poder funcionar de acuerdo a las reglas preestablecidas de dicho sistema, por ello no

debe perderse atención en cuanto a las líneas mencionadas pues la relación entre cada uno de los nodulos disciplinarios implica los espacios que se establecen para la investigación, este hexágono es muy importante puesto que en relación con la psicología y la teoría de inteligencia artificial explica detalladamente como se ve involucrado con diversas disciplinas que apoyan sustancialmente al propio moldeamiento del comportamiento del ser humano. (Ruiz, Diaz, & Villalobos, 2012)

Para poder entender a detalle como avanza la terapia cognitivo conductual se establece la siguiente línea del tiempo 1.

Línea del tiempo 1 que expone de forma breve como se establecieron las primeras bases de la etapa cognitivo conductual:



Con relación al párrafo anterior se establece entonces que la evaluación conductual en un principio se enfocaba solo en la conducta manifiesta para poder ser evaluada es decir que de acuerdo al estímulo que percibía el organismo se tomaban en cuenta solo lo que se podía observar así mismo para el paradigma operante donde se enfocaba solamente en poder identificar conductas específicas.

Según (Ruiz, Diaz, & Villalobos, 2012) de acuerdo con el aspecto cognitivo se consideró una subdisciplina generada dentro de la propia psicología, con una evolución lenta y se desarrolló hasta la segunda mitad del siglo xx donde si bien Vega 1998 implementa la opción restrictiva que aborda una similitud simbólica computacional, y la opción amplia que establece que la psicología cognitiva abarca todos los procesos, así como las funciones mentales donde los análisis primordiales que se desarrollan son dos:

Psicología genética- Jean Piaget

Enfoque socio histórico- Lev Vygotsky

Cabe destacar que con la crisis que dificultó el desarrollo del conductismo junto con una evolución continua y persistente del enfoque cognitivo, fue como poco a poco se formuló el crecimiento de la nueva disciplina, donde para la creación de esta misma tiene como punto inicial el enfoque conductual. Pero con la diferencia de que la psicología cognitiva aborda aspectos más profundos relacionados con la percepción, el almacenamiento, y el procesamiento de la información, así como la forma en la que se comunica cada uno de los individuos.

Las principales áreas de trabajo en el área cognitiva son:

- Percepción
- Memoria
- Razonamiento
- Emoción
- Lenguaje
- Toma de decisiones

Mientras tanto en la segunda mitad del siglo xx se implementan las nuevas tecnologías incluyendo de esta forma los llamados test psicológicos donde se trabajó en conjunto con el método y la investigación científica para fundamentar dichos análisis.

Es por ello que con base en la psicología cognitiva con bases comprobables (científicas), y de acuerdo con Ruiz, Diaz, & Villalobos, (2012) se desarrollan tres momentos que fueron fundamentales para el surgimiento contextual de esta disciplina.

Momento 1

La práctica profesional donde por primera vez se reúnen a personas que cumplen con ciertos requisitos para ser admitidos profesionalmente como lo fue conducir o pilotear, parte importante de esto fue que se generaron los sistemas de evaluación y con ello la aplicación de técnicas cognitivas para intervenir la probabilidad de aprendizajes.

Momento 2

Se adentra en los sistemas del cerebro del ser humano trabajando a la par con la neurología pues Carlos Mendilaharsu fue quien investigo sobre las diversas afecciones corticales donde se usaron instrumentos relacionados con la psicología cognitiva y es con esto que se convierte la psicología cognitiva en un trabajo interdisciplinario.

Momento 3

Se desarrollan actividades de investigación y docencia que se encontraron relacionados y basados en temas cognitivos, fue en este momento que se introduce esta disciplina a la cátedra en la Universidad de la Republica, permitiendo ayudar a la construcción de la identidad del psicólogo, pues le brindaría un acercamiento al aspecto laboral y académico.

Siendo que en 2012 se crea el llamado núcleo interdisciplinario de ciencias

cognitivas donde se propone y se logra desarrollar un sistema educativo de ciencias cognitivas como maestrías y posgrados.

Por lo que con todo lo anterior cabe recordar que la terapia cognitivo conductual cuenta con diversas técnicas, así como terapias y procedimientos de intervención que resultan complementarias en cuanto al seguimiento del tratamiento de los diversos trastornos y las dificultades que envuelven el desarrollo del ser humano.

Por otra parte, la terapia cognitivo conductual es considerada como una serie de técnicas que resultan eficaces donde se desarrollan 4 rasgos primordiales que influyen en ser la base de la terapia cognitivo conductual.

Entonces al adentrarse en los avances teóricos de los inicios de la terapia cognitivo conductual se incluye la teoría de Bandura quien aporta su teoría del aprendizaje a través de la imitación que se origina mediante la observación y fue hasta 1969 que se expone sobre la teoría del aprendizaje social que lleva por nombre “teoría cognitiva social”, que aportó claramente a los procesos cognitivos del pensamiento y la emoción repercutiendo así en la conducta del ser humano, pero en 1977 Bandura introduce el concepto de autoeficacia y establece que cada individuo cuenta con la capacidad de realizar cualquier conducta para obtener el resultado que desea.

Si bien Bandura fue una pieza primordial para el adecuado desarrollo de diferentes técnicas que se basan en el aprendizaje, es por completo el enfoque cognitivo y la terapia cognitiva que desarrolla y así mismo difunden hasta 1974 por Mahoney y su publicación en *cognition and behavior* modification importante y destacada ayudando a consolidar la terapia cognitivo conductual derivado en 4 enfoques de intervención:

- Análisis conductual aplicado
- Conductismo mediacional
- Teoría del aprendizaje social
- Terapias cognitivas

Que de acuerdo con cada una está relacionada al conductismo fuertemente solo que, de una forma reducida, y abre panorama directo al cognitivo conductual como

una disciplina confiable. Posterior se desarrollaron las llamadas terapias contextuales que de acuerdo con Mahoney 1995 no estaban relacionadas con un aspecto mecanicista o asociacionista pues se basan en los principios fundamentales del aprendizaje tal como el modelo de aprendizaje social donde se incluyen diversas técnicas de relajación de sugestión e hipnosis Kadzin 1991

Mientras que los tratamientos están compuestos por técnicas de utilidad que se ejecutan mediante las diferentes secuencias que fueron revisadas previamente donde fue comprobada su efectividad al enfrentarse a diversos trastornos como el de adicción, de ansiedad, alimentarios, depresión y de disfunción sexual.

Sin antes evaluar cada situación por la cual está pasando el paciente y así identificar si se puede llevar a cabo este tipo de terapias.

3.5 Terapia cognitivo conductual

De acuerdo con el texto anterior es importante hacer énfasis en que actualmente con todas las bases cognitivas y conductuales junto a sus teorías cada una, así como métodos es como se fundamenta y consolida que existen tres aspectos básicos que son utilizados para describir de forma detallada la cognición de cada ser humano, Ver tabla 2.1

Donde se enuncian y se enmarcan de forma descriptiva las metáforas que engloban los principios básicos humanos cognitivos. (Ruiz, Diaz, & Villalobos, 2012)

Tabla 2.1 inicios de la terapia cognitivo conductual

Metáfora de condicionamiento

Abarca la resolución de problemas y el manejo de posibles soluciones que se dirigen a desarrollar estrategias y de esta forma logran desencadenar ciertas habilidades cognitivas que controlan la conducta manifiesta (conducta observable), que tiene el individuo con relación al medio en el que se desenvuelve.

Metáfora de procesamiento de información

Toma como base la terapia cognitiva de Beck y la terapia racional emotiva de Ellis, donde el funcionamiento cognitivo puede conceptualizarse como una codificación, descodificación, almacenamiento, recuerdo, procesamiento, sesgos y mecanismos de distorsión, etc.

Metáfora de la narración constructiva

Los humanos construyen sus realidades personales creando sus propios modelos representativos del mundo, es cuando el papel del terapeuta será guiar al paciente a ser consciente de cómo es que crea el mismo su realidad además de que consiste en crear dicha construcción tomando en cuenta cada una de las posibles consecuencias de la toma de decisiones.

De acuerdo con este capítulo donde se abordan los distintos antecedentes históricos de algunos de los enfoques utilizados por la psicología, algunos de ellos se centran en la motivación y el desarrollo del potencial del individuo mientras que otros en sus pulsiones energéticas y en lo observable en cuanto a técnicas que pueden resultar un poco inestables sin embargo la psicología es ciencia gracias al método experimental que permitió abrir una brecha mediante el conductismo y su nueva disciplina llamada cognitivo conductual desarrollando técnicas que ayudan a guiar al individuo a un acompañamiento que valide, observe, analice y cuestione su propio funcionamiento en el entorno donde se desarrolla.

Por tanto, es imprescindible abordar las diferentes técnicas, así como los ámbitos donde pueden desempeñarse tales como:

Técnicas de reestructuración cognitiva: las cuales son utilizadas principalmente para poder identificar analizar y modificar las propias cogniciones que internaliza el individuo y pueden no ser adecuadas para las necesidades sociales e individuales que requiera, muchas de estas pueden ser las auto verbalizaciones negativas haciendo énfasis en los errores que se han cometido a forma de reproche, así como también los pensamientos diferidos y distorsionados ante diversas situaciones cotidianas, y de igual forma las creencias.

Todo lo anterior con el fin de realizar una reestructura de las condiciones cognitivas del individuo y la base será el significado, pues se analiza la racionalidad de cada uno de ellos, para apoyar al cliente o paciente a pensar de forma certera, y de esta forma evitando distorsiones cognitivas que se produzcan tanto en la recopilación de la información, así como en su procesamiento.

Es en ese punto en específico que se desprenden tres tipos de terapias de acuerdo con Ramírez, 2020 y son:

Terapia racional emotiva (TRE): desarrollada en la década de los cincuentas por A. Ellis, establece que los diferentes trastornos psicológicos inician con una forma irracional que se establece mediante tres principales precursores que son la sociedad los progenitores y la autosugestión que se crea con los diversos factores que adquiere el ser humano; posteriormente propone según sus criterios y de acuerdo a la información obtenida es que propone once ideas más comunes características de la conducta disfuncional así como del pensamiento, conformadas por el catastrofismo, la auto-desvalorización, la impasividad, la pasividad exagerada, la prudencia, el hedonismo inmediato, y la sobre generalización. Todas las anteriores con una clara disfunción y creencias aprendidas irracionales; pero es posible la modificación con el debido proceso terapéutico A, B, C, D, E.

A: hace referencia a conocer a detalle cómo es que el paciente percibe los problemas y los atribuye a donde no existen.

B: se identificarán los sistemas de creencia con los que cuenta el paciente y como es que repercuten en su desarrollo así mismo el terapeuta fungirá como un facilitador que apoyará al paciente a poder verbalizar de la manera adecuada de acuerdo a las necesidades sus pensamientos y sus emociones.

C: se analizarán las emociones en el paciente que pueden ser benéficas y también las que perjudiquen, con el fin de identificar las consecuencias de los pensamientos que resultan como consecuencia de las mismas.

D: al identificar los pensamientos irracionales que emergen del paciente ante alguna situación, se pretende que puedan ser sustituidos por situaciones que orienten

a la racionalización efectiva positiva

E: se recolectarán los debidos efectos cognitivos de las fases anteriores.

La Terapia Cognitiva de Beck forma una pieza fundamental para el desarrollo de la teoría cognitiva donde hace énfasis explicando que influye de forma directa en el estado psíquico del cliente, y de esta forma asocia a los estados depresivos como aspectos formales que implican ciertos errores en cuanto a la imprecisión, la sobre generalización, la imprecisión y la magnificación o la magnificación ante las situaciones.

Entonces es como se desarrollan las técnicas empleadas por Beck cuyo objetivo será centrar en el paciente la terapia cognitiva para que el terapeuta pueda brindar apoyo en cuanto a los pensamientos depresivos que le generan situaciones de conflicto, y se representan de la siguiente manera abordadas por Ramírez, 2020:

- Escalonamiento de tareas según el grado de dificultad.
- Planificación de actividades y ampliación de actividades que resulten agradables.
- La terapia del éxito y del placer.
- La detención y recogida de los pensamientos automáticos.
- La argumentación en contra de los pensamientos automáticos.
- La identificación del set cognitivo negativo.
- La evaluación de las cogniciones.
- La terapia alternativa.
- Retribución.
- Terapia de anticipación.

Con relación a los puntos anteriores se determina entonces que el ser humano construye sus propios pensamientos y realidades de acuerdo a sus creencias y sus criterios, de tal forma que va creando a lo largo de su vida conexiones neuronales que le permiten tener cogniciones para la toma de decisiones que implicarán pensamientos que puedan aportar de forma benéfica durante un proceso continuo y le permitan establecer un óptimo y fluido desarrollo, que de no ser así la terapia cognitivo conductual podrá apoyar en la reestructuración de creencias y criterios para

moldearlos mediante sus técnicas principales que se han estudiado durante las diversas etapas de la construcción de dicha disciplina.

Técnicas de intervención Cognitivo Conductuales:

-Técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas: estas técnicas se especializan en poder regular los problemas que surgen al momento en el que el ser humano adquiere situaciones que se pueden volver problemáticas donde brinda métodos que pueden aportar soluciones a las problemáticas que se presentan. Y con ello se desglosa la *terapia de solución de problemas* :como primer punto se observa como una oportunidad de aprendizaje para el paciente tratando de sacar provecho de la situación de forma positiva, continuando como segundo punto se definirá de acuerdo a la situación en la que se encuentre el paciente con relación a los datos que el especifique de tal forma que solo se utilizaran los datos más importantes para la estructuración de la situación que se considera un “problema”, al seguir un tercer punto se examinarán dichas alternativas que apoyen a solucionar la situación con la que se encuentra inconforme el individuo y de esta manera el terapeuta ayudara a poner en práctica los elementos que ayuden a desglosar estrategias adecuadas no dejando a un lado las consecuencias de las conductas que pueda realizar, para que de esta forma se puedan tomar decisiones específicas en cuanto a las estrategias que haya elegido el paciente.

Entrenamiento de reversión del hábito: está orientado al tratamiento de los debidos hábitos nerviosos y los llamados Tics, pues se considera una “cadena de respuesta” ante una coincidencia repetida e ilimitada ante la excesiva tolerancia social; donde los elementos que se utilizan son los siguientes para su aplicación:

1.-Revisar la inconveniencia de los hábitos del individuo: donde se brindará apoyo al afectado para analizar cómo es que afecta dicho habito en su rutina.

2.-Entrenamiento en conciencia del hábito: Inducir y mostrar al afectado a concientizarlas consecuencias (cadenas de respuestas) que lleva consigo tal acto.

3.-Entrenamiento en una respuesta que logre competir con el hábito: se desarrollaran algunas conductas incompatibles con el hábito que se realiza y de esta forma poder remplazarlo.

4.-Apoyo social: involucra la asistencia de personas cercanas al individuo que

puedan ayudar a planear y poner en marcha la respuesta incompatible de forma adecuada y lineal.

5.-Generalización del procedimiento: Practicar continuamente el procedimiento aplicado a una determinada situación, así como los resultados exitosos para facilitar la aplicación y el resultado del mismo.

Todo lo anterior tiene como finalidad que el individuo logre observar de forma directa y consciente de todas las consecuencias que el hábito puede estar implicando tomando en cuenta el dolor, la vergüenza, pérdida de tiempo, distracción y evitación social.

Técnicas de condicionamiento encubierto: se considera como un tipo de modelo teórico que une distintos procedimientos terapéuticos los cuales utilizan la imaginación para manipular las consecuencias de una conducta que provocan la alteración de la frecuencia; provocando un condicionamiento encubierto asumiendo un modelo operante, que de acuerdo con Upper y Cautela (1977) incluyen dos respuestas las psicológicas encubiertas que tienen como propósito: imaginar y sentir, así como las respuestas fisiológicas que se manifiestan mientras es posible que el individuo no sea consciente de ellas.

Sensibilización encubierta: procedimiento terapéutico que se basa en usar la imaginación misma que tiene como objetivo principal desarrollar una respuesta de aversión ante un estímulo, y también suele utilizarse aunada a un auto-refuerzo negativo donde se asocia a condiciones para generar bienestar.

Auto-reforzamiento positivo encubierto: se deriva en la imaginación de la conducta del objeto de incremento y la autoadministración de consecuencias reforzantes positivas en la imaginación como ejemplo una persona con sobrepeso mientras hace ejercicio se imagina que el año siguiente podrá utilizar la ropa que siempre ha deseado gracias a que ha bajado de peso en algún lugar que pueda disfrutarse como la playa.

Técnica de detención de pensamiento: resulta un método eficaz y rápido que consiste en la detención de la secuencia de pensamientos nocivos para realizar actividades deseadas.

Técnica de intención paradójica: se encuentra vinculado a la psicoterapia humanista, pero con la diferencia que se centrara en la intervención cognitiva de los pacientes que se resisten al cambio, donde de acuerdo con Frankl 1984 se trata de un proceso mediante el cual el paciente es animado a hacer o a desear aquello que quieren les ocurra, pero le teme, tratando de tomar pieza por pieza y así identificar la situación que le cause problema para llegar a su objetivo.

Técnicas de biofeedback: creadas en los años 40 utilizadas para practicar la expresión emocional, considerando técnicas que suponen procedimientos de aplicación donde se toma en cuenta un conjunto de pasos y acciones que unen el diseño de condiciones previas y se denominan en condiciones experimentales generando señales externas al organismo.

Consigno se establecen aspectos generales de los programas de intervención de acuerdo a Stallard 2017:

Refuerzos y recompensas: consiste en reforzar de manera positiva las conductas que resulten benéficas de acuerdo a la situación y las necesidades del organismo, y puede ser de forma material o bien emocional.

Conductas: se enfocan en la observación y el debido registro de las conductas para identificar el vínculo que existe entre los sentimientos y las emociones del individuo, de esta forma se planificaran dichas metas a alcanzar con objetivos y finalmente se comprobará que pueden aprender nuevas conductas, así como identificar los síntomas que se originan de forma fisiológica en el organismo.

Emociones: centrados solo en la educación emocional dirigida al individuo, donde se observan se analizan y se registran, identificando como y a causa de qué situación se origina dicho sentimiento, posteriormente es necesario aprender a tener un autodomnio de las emociones para poder controlarlas mediante técnicas aprendidas, que ayuden a sensibilizar las menos agradables para el ser humano y de esta forma moldearlas y poderlas manejar ante la situación que provoque una problemática.

Cogniciones: Se observan y se registran los principales pensamientos negativos, creencias, esquemas nucleares disfuncionales donde se procede a la evaluación de los pensamientos. de esta forma el terapeuta brindará apoyo para realizar una reestructuración cognitiva identificando las distorsiones para reestablecerlas y crear de esta manera una forma de pensamiento más equilibrada para el paciente.

Donde de igual manera brindara opciones de actividades diarias que tendrá que realizar el usuario que propicien el afrontamiento ante las situaciones entrenando mediante auto instrucciones los pensamientos diferidos.

Formulación y psicoeducación: se caracteriza por brindar herramientas al usuario para que logre una educación y así asociar los pensamientos, sentimientos y la conducta, de esta forma logrando la identificación activa de todos los anteriores. propiciando el mismo paciente posibles soluciones ante dichos fenómenos; el acompañamiento por parte del terapeuta es imprescindible para lograr fomentar una comprensión sana. (Ramírez, 2020)

3.6 El síndrome de burnout desde el enfoque cognitivo conductual.

Se establece entonces que el enfoque cognitivo conductual se centra en atender diversas problemáticas tales como trastornos psicológicos, de alimentación, consumo de sustancias, violencia, depresión y ansiedad. Trabajando en conjunto paciente y terapeuta para la aplicación de técnicas confiables, así como la búsqueda de instrumentos y herramientas que favorezcan el adecuado diagnóstico.

De tal forma que se identificarán los pensamientos, las creencias y las situaciones que el paciente considera que representan un obstáculo en su desarrollo personal y social.

Posteriormente es necesario entonces explicar cómo se ve implicado dicho síndrome con la terapia cognitivo conductual pues existe una relación estrecha entre el individuo, sus conductas y sus cogniciones ante dicho síndrome donde se ven implícitamente relacionadas ante el desarrollo de actividades.

Aunado a esto se entiende que la problemática del síndrome de burnout está asociada a estímulos negativos desagradables constantes que provocan una respuesta negativa ya que se presentan en un ambiente establecido continuo para el individuo, que puede resultar poco favorable para emitir “respuestas positivas” o bien conductas eficientes esperadas en un ámbito laboral donde se tiene interacción directa con el cliente. (Karina Reyes, 2016)

Lo que se requiere para disminuir el estrés crónico recurrente es un adecuado proceso de dicha terapia donde ayude a reconstruir las habilidades sociales, así como una reestructuración cognitiva que permita dotar de reforzadores positivos que el mismo paciente pueda llevar a cabo. (Karina Reyes, 2016)

Relacionado así los siguientes puntos con aspectos cognitivos-conductuales asociados a la problemática del Burnout de acuerdo con Koeck 2016

3.3.6 Cognitivos

Sintomatología cognitiva del estrés crónico recurrente: implica una sobre carga corporal y mental provocando fatiga recurrente y provocando el síntoma de fatiga crónica

Problemas de concentración: aumentando el cortisol que se considera la hormona del estrés que provoca un excesivo aumento de la dosis de la hormona en la glándula suprarrenal al hipocampo afectando los debidos procesos cognitivos de la concentración y la memoria con consecuencias negativas.

Trastornos de la memoria: la memoria operativa se ve afectada con una sobre carga de actividades cognitivas por durante más de meses e incluso años.

Autoestima e irritabilidad: conforme a un estrés elevado y el aumento de cortisol se produce una serie de pensamientos de frustración e intolerancia, además de imaginar y representar situaciones catastróficas con un nulo control de sentimientos y emociones.

Depresión y ansiedad: Al sobre pensar las soluciones para erradicar el estrés o controlar las actividades diarias que producen malestar, aparecen la incapacidad de realizar las actividades cotidianas en el trabajo causadas por tristeza profunda y gran

desesperación que no se puede controlar.

3.3.7 Conductuales

Dependencia al consumo de sustancias: resulta de la evitación de las sensaciones y emociones que provoca el estrés recurrente, puede generarse un consumo alto a sustancias adictivas como el cigarro, alcohol, LSD (dietilamida de ácido lisérgico), MDMA (metilendioxifenil), MDMA (extasis similar al MDMA), solventes, etc.

Interacción social evitativa: se presenta un aislamiento considerable de las personas con las cuales se tenía un alto grado de interacción, y causado por una depresión inicial o en su peor punto severa.

Interacción social violenta: resulta de una interacción forzada ante la situación que está generando sentimientos de irritabilidad, el trabajador emite comentarios desagradables, incluso acciones que se salen del control del individuo que presenta un alto grado de estrés, que pueden afectar al cliente directo. (golpes e insultos).

3.8 Violencia obstétrica desde un enfoque cognitivo conductual.

En el caso de la presente investigación de acuerdo con la anterior información se centra en explicar la violencia obstétrica como consecuencia del síndrome de burnout específicamente en el personal médico que trabaja directamente con las pacientes, pudiendo provocar daños cognitivos irreversibles, así como se mostraba en el capítulo dos, explicando que este tipo de violencia afecta solo a las mujeres que se encuentran en el área obstétrica, y puede disminuir e incluso erradicarse si se brindan las herramientas necesarias para dotar de información al personal generando una reconstrucción de las conductas aprendidas que se manifiestan de forma violenta, directa o indirecta además de no tener el control.

Por ello y de acuerdo con los antecedentes la violencia es una conducta aprendida social, que se genera al no saber ordenar las emociones produciendo malestar, y dando como resultado violencia física, verbal y emocional.

Siendo la terapia cognitivo conductual de gran ayuda para manejar el estrés post traumático que pueda generarse ante dicha situación. Con técnicas de relajación

además de diversos ejercicios que involucren pensamientos catastróficos al asociar el evento traumático. (Sociedad Marcé Española, 2021)

Entonces se entiende que durante los últimos años la terapia cognitivo conductual se ha convertido en un procedimiento elemental funcional así como una herramienta útil, que debido a su flexibilidad para combinar sus metodologías con otras herramientas para el tratamiento de trastornos y enfermedades mentales, lo que a su vez ha permitido un desarrollo de la práctica psicoterapéutica directa e implícita que ayude a las mujeres, en etapa de posparto, a tomar conciencia de aquellos pensamientos negativos y que influyan en la relación íntima de pareja; esto con el fin de que una mujer que pase por estados emocionales variables pueda dar una respuesta más efectiva y determinante ante situaciones estresantes que se presentan muy a menudo en sus primeros días como madre (Brito & Hernández., 2021)

Favorablemente dicho enfoque es precursor en la reestructuración que implica cambios objetivos ante distintas conductas y cogniciones que no ayudan al desarrollo saludable del individuo en áreas en las que regularmente se desenvuelve por consiguiente en el siguiente capítulo se abordará la construcción de un taller preventivo que favorezca la disminución de conductas que interfieran en el personal del área de ginecología y obstetricia a garantizar un trato digno que tiene relación con la falta de comunicación asertiva así como el exceso de productividad en el área laboral.

CAPÍTULO 4 PROPUESTA DE TALLER PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA CAUSADA POR EL SINDRÓME DE BURNOUT

Objetivo general:

Propiciar en los participantes una adecuada reestructuración cognitiva para prevenir la violencia obstétrica derivada del síndrome de burnout.

Objetivos particulares:

- Identificar el nivel de estrés que presentan los participantes
- Dar a conocer los tipos de estresores a los participantes, para que identifiquen a tiempo cuales son los que producen un alto nivel de frustración
- Que los participantes identifiquen las consecuencias directas e indirectas del estrés crónico para realizar una reestructuración cognitiva
- Identificar el tipo de violencia que pueden ejercer y dar alternativas funcionales ante las prácticas que llevan a cabo y no son favorables.
- que los participantes conozcan la comunicación asertiva y sus beneficios
- Propiciar que los participantes desarrollen una habilidad intrapersonal que les permita tener una comunicación asertiva y responsable y puedan contar con la capacidad de expresarse sin violencia física o verbal hacia las usuarias.

Metodología:

Se desarrolló un taller abordando los principales temas como: el estrés crónico recurrente y sus tipos de estresores, el síndrome de burnout y sus consecuencias, así como los tipos de violencia existentes enfocados específicamente a la violencia obstétrica, donde se otorga información directa que ayude a disminuir e identificar los niveles de estrés en los médicos, de esta forma prevenir la violencia obstétrica. Principalmente con el fin de aportar una educación emocional-cognitiva en los participantes y puedan reestructurar las conductas que causan una situación desagradable, durante el taller se aplicarán técnicas que motiven al desarrollo de nuevas conductas sustituyendo las negativas por las más favorables.

Población:

El taller tentativamente se diseñó para llevarse a cabo no con más de 15 sujetos que presenten las siguientes características:

Médicos, residentes, pasantes y estudiantes del área ginecobstetricia

Haber presentado síntomas psicofisiológicos por estar sometido a un nivel alto de estrés durante los últimos 2 meses.

Sesiones y tiempo estimado:

El taller se planificó para desarrollarse específicamente en 10 sesiones, las cuales tienen una duración de 120 min, y se lleva a cabo una sesión por semana. Con ayuda de recursos tangibles que pueden manipular los participantes

TALLER PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA CAUSADA POR EL SINDRÓME DE BURNOUT

Nombre de la sesión: inducción al taller

Sesión:
1/10

Perfil de los participantes:

- Médicos, residentes, pasantes y estudiantes del área ginecobstetricia, así como enfermeras
- Haber presentado síntomas psicofisiológicos por estar sometido a un nivel alto de estrés durante los últimos 2 meses.

Objetivo general: propiciar en los participantes una adecuada reestructuración cognitiva para prevenir la violencia obstétrica derivada del síndrome de burnout

Objetivo particular:

- Proporcionar conceptos principales del estrés crónico y síndrome de burnout, así como sus causas y consecuencias, para calcular el nivel de estrés que presentan los participantes.

Tiempo total:
120 min

Etapas	Subtemas	Objetivos	Actividad	Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo
Inicio	Bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación por parte del instructor hacia los participantes. • Dar a conocer el nombre de la sesión 	Escucha Activa.	Expositiva	No necesita	5 min
	Presentación de participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación individual por parte de cada uno de los participantes hacia el grupo. 	Escucha Activa	Exposición didáctica con participantes del grupo	No necesita	10 min
	Breve introducción de los temas que abordará el taller	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor dará a conocer a los participantes los objetivos generales y particulares, así como también el encuadre de las sesiones siguientes. 	Participación Activa	Expositiva	Pizarrón Plumón Borrador	15 min

	Resolver inquietudes de los participantes	<ul style="list-style-type: none"> Resolver en los participantes las dudas que puedan surgir. 	Escucha Activa	Preguntas y respuestas	No necesita	15 min
	Registro de participantes	<ul style="list-style-type: none"> Recabar los datos esenciales de los participantes para formar lista de asistencia 	Participación Activa	Expositiva	Anexo 1	5min
Desarrollo	Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> Implementar en los participantes conceptos primordiales tales como: Estrés crónico recurrente. Factores que propician el Síndrome de Burnout. Síndrome de Burnout. Características y consecuencias. 	Escucha activa	Expositiva	Pizarrón Plumón borrador	30 min
	Preguntas e inquietudes sobre los temas que se abordaron en la sesión.	<ul style="list-style-type: none"> El instructor cuestionará si existe alguna duda en cuanto a los conceptos, y con base en ello resolver; Con esto se asegura la comprensión de la información propiciada a los participantes. 	Participación activa	Preguntas y respuestas	No necesita	10 min
	Evaluación diagnóstica	<ul style="list-style-type: none"> Identificar si los participantes presentan síndrome de burnout 	Participación activa	Instructiva	Anexo 2	20 min
Cierre	Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> El instructor realizará preguntas breves de los temas revisados durante la sesión a los participantes. informará que los resultados del test aplicado serán entregados la siguiente sesión. 	Participación activa	Expositiva	No necesita	5 min

	Termino de sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Expresar a los participantes agradecimiento por su asistencia. • Recordar a los participantes la importancia de su asistencia las siguientes sesiones. 	Escucha activa	Expositiva		5 min
Bibliografía	<p>Rodríguez Raquel, D. R. (2011). procesos de estres laboral y desgaste rofesional (Burnout): diferenciación, actualizacion, y lineas de intervección. <i>Medicina y seguridad del trabajo.</i>, 72-18. Recuperado el 12 de julio de 2022, de https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion4.pdf</p> <p>Rivera Alvaro, O. R. (2019). Factores de riesgo asociados al síndrome de desgaste profesional (burnout). <i>Revista digital de posgrado</i> , 2-8.</p> <p>IMSS. (2019). <i>instituto mexicano del seguro social</i> . Obtenido de https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/estreslaboral/Test-Estres-Laboral.pdf</p> <p>Del Prette Zilda, D. P. (2002). <i>psicología de las habilidades sociales</i>. México : El Manual Moderno.</p>					

TALLER PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA CAUSADA POR EL SINDRÓME DE BURNOUT

Nombre de la sesión: Área de trabajo

Sesión:
2/10

Perfil de los participantes:

- Médicos, residentes, pasantes y estudiantes del área ginecobstetricia
- Haber presentado síntomas psicofisiológicos por estar sometido a un nivel alto de estrés durante los últimos 2 meses.

Objetivo general: propiciar en los participantes una adecuada restructuración cognitiva para prevenir la violencia obstétrica derivada del síndrome de burnout

Objetivos particulares:

- Que el personal médico identifique las principales dificultades que presenta en el área laboral que impiden su adecuado desarrollo profesional.

Tiempo total:
120 min

Etapas	Subtemas	Objetivos	Actividad	Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo
Inicio	Asistencia	<ul style="list-style-type: none"> • Con base en el anexo 1 los participantes firmarán la asistencia a la sesión 2 del taller. 	Participación activa	Expositiva	Anexo 1 y bolígrafo negro	5 min
	Punto de partida	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a los participantes una breve introducción a la sesión, indicando el nombre y el objetivo particular de la misma. 	Escucha Activa	Expositiva	pizarrón plumón y borrador	10 min
	Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar los resultados en conjunto con los participantes, para conocer el nivel de estrés que presentan. 	Participación Activa	Instructiva	Anexo 2	10min
	Conceptos	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a los participantes información sobre los temas que se abordaran en la sesión. 	Escucha activa	Expositiva	Cañón y equipo de computo	15 min

	Situación que genera conflicto	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes puedan identificar expresar las principales situaciones por las cuales tienen dificultades en su área de trabajo. 	Escucha activa	Expositiva	No necesita	10min
Desarrollo	Exposición del tema principal	<ul style="list-style-type: none"> • Que el instructor proporcione conceptos particulares sobre los tipos de estresores, así como sus consecuencias. • Los participantes deben establecer los tipos de estresores recurrentes que no logren manejar. • Que los participantes puedan identificar con ayuda del terapeuta posibles soluciones ante las emociones desfavorables que generan los tipos de estresores. • Que los participantes puedan delimitar soluciones alternativas que ayuden a disminuir el estrés recurrente. 	Participación activa	Instructiva	Anexo 3 Anexo 4 Bolígrafo negro	30 min
	Debate de pensamiento y conductas	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes logren identificar y analizar las principales situaciones de conflicto cognitivo, que les provocan tener desajustes emocionales, para debatir posibles soluciones ante las problemáticas presentadas. 	Participación activa	Preguntas y respuestas	No necesita	25 min
	Preguntas e inquietudes sobre los temas que se	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes tengan información clara y concisa sobre los temas que se impartieron. 	Escucha activa	Expositiva		10 min

	abordaron en la sesión.					
Cierre	Termino de sesión	<ul style="list-style-type: none"> Que el instructor realice una breve descripción de lo realizado en la sesión, agradeciendo por la participación de los asistentes. 	Participación activa	Expositiva	No necesita	5 min
Bibliografía	<p>Ana, R. (2017). <i>Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga</i> . Obtenido de https://www.uma.es/media/files/tallerestr%C3%A9s.pdf</p> <p>Del Prette Zilda, D. P. (2002). <i>psicología de las habilidades sociales</i>. México : El Manual Moderno.</p>					

TALLER PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA CAUSADA POR EL SINDRÓME DE BURNOUT

Nombre de la sesión: ser productivo ¿es un exceso?

Sesión:
3/10

Perfil de los participantes:

- Médicos, residentes, pasantes y estudiantes del área ginecobstetricia
- Haber presentado síntomas psicofisiológicos por estar sometido a un nivel alto de estrés durante los últimos 2 meses.

Objetivo general: propiciar en los participantes una adecuada reestructuración cognitiva para prevenir la violencia obstétrica derivada del síndrome de burnout

Objetivo particular:

- Que el participante logre identificar mediante una reconstrucción de creencias ante el concepto general su propia perspectiva de la productividad a través de aspectos saludables.

Tiempo total:
120 min

Etapas	Subtemas	Objetivos	Actividad	Técnica instruccional	Materia didáctico	Tiempo
Inicio	Asistencia	<ul style="list-style-type: none"> • Con base en el anexo 1 los participantes firmarán la asistencia a la sesión 3 del taller. 	Participación activa	Expositiva	No necesita	5 min
	Punto de partida	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a los participantes una breve introducción a la sesión, indicando el nombre y el objetivo particular de la misma. 	Escucha activa	Expositiva	No necesita	5 min
	Retroalimentación de sesión anterior	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes recuerden conceptos de la sesión anterior, para asociar la información primordial de la sesión 3 	Participación activa	Lluvia de ideas	Pizarra Plumón Borrador	10 min

	Conceptos	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a los participantes información sobre los temas que se abordaran en la sesión. 	Escucha activa.	Expositiva	No necesita	15 min
	Situación conflicto con base en sistema de creencias iniciales.	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que cada participante identifique y analice si las creencias adoptadas personales, aportan una situación benéfica a su desarrollo actual en el ámbito laboral hospitalario 	Escucha activa.	Expositiva	Anexo 1	5min
Desarrollo	Exposición del tema principal de la sesión: productividad saludable	<ul style="list-style-type: none"> • Que el instructor proporcione conceptos generales sobre productividad en el trabajo, enfocándose en relacionar la salud mental y sus implicaciones. • Que los participantes logren identificar que la productividad no es igual a tener excesos insanos de actividades continuas laborales. • Proponer alternativas terapéuticas. 	Escucha activa.	Expositiva	Cañón Computadora Hojas blancas y bolígrafo azul	30 min
	Observación del caso	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes analicen detenidamente la situación ante el desenvolvimiento del personaje • Que el caso proporcione asertivamente adquisición de nuevas actividades. 	Moldeamiento simbólico.	Expositiva interactiva	Narrativa	20 min
	Debate de pensamiento y conductas probables	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes analicen actividades recurrentes han perjudicado su desarrollo biopsicosocial. 	Participación activa	Expositiva interactiva	Hojas blancas y	20 min

		<ul style="list-style-type: none"> • Que encuentren posibles alternativas de acción ante las situaciones problema. 			bolígrafo azul	
Cierre	Termino de sesión.	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor resume las actividades realizadas en la sesión para cuestionar si existen dudas, se solucionan y se agradece por la asistencia a la sesión a los participantes. 	Escucha activa.	Expositiva		5 min
Bibliografía	<p>FORBES. (18 de 05 de 2020). <i>CAPITAL HUMANO</i> . Obtenido de FORBES : https://forbes.co/2020/05/18/capital-humano/el-impacto-de-la-salud-mental-en-la-productividad/</p> <p>Del Prette Zilda, D. P. (2002). <i>psicología de las habilidades sociales</i>. México : El Manual Moderno.</p> <p>instituto mexicano del seguro social . (03 DE 2018). <i>instituto mexicano del seguro social</i> .Obtenido de coordinacion de salud en el trabajo : https://prevencionar.com.mx/media/sites/3/2018/03/Estr%C3%A9s-laboral-y-sus-repercusiones-en-la-productividad.pdf</p>					

TALLER PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA CAUSADA POR EL SINDRÓME DE BURNOUT

Nombre de la sesión: Síndrome de burnout

Sesión:
4/10

Perfil de los participantes:

- Médicos, residentes, pasantes y estudiantes del área ginecobstetricia
- Haber presentado síntomas psicofisiológicos por estar sometido a un nivel alto de estrés durante los últimos 2 meses.

Objetivo general: propiciar en los participantes una adecuada reestructuración cognitiva para prevenir la violencia obstétrica derivada del síndrome de burnout

Objetivos particulares:

- Que los participantes puedan obtener soluciones ante problemas laborales que afectan su salud mental.
- Que los participantes logren analizar las situaciones críticas que se presentan ante el síndrome de burnout.

Tiempo total:
120 min

Etapas	Subtemas	Objetivos	Actividad	Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo
Inicio	Asistencia	<ul style="list-style-type: none"> • Con base en el anexo 1 los participantes firmarán la asistencia a la sesión 4 del taller. 	Participación activa	Expositiva	No necesita	5 min
	Punto de partida	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a los participantes una breve introducción a la sesión, indicando el nombre y el objetivo particular de la misma. 	Escucha activa	Expositiva	No necesita	10 min
	Retroalimentación de sesión anterior	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes recuerden conceptos de la sesión anterior, para asociar la información complementaria encunto a la sesión 4 	Participación activa	Lluvia de ideas	Pizarrón Plumón Borrador	15 min
	introducción al tema.	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a los participantes información 	Escucha activa.	Expositiva	No necesita	15 min

		breve de introducción, sobre los temas que se abordarán en la sesión y que son esenciales para el desarrollo y su relación con los objetivos				
	sistema de creencias iniciales.	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes mencionen algunas de las creencias de acuerdo a sus microsistemas (familia, escuela, etc) apartando e identificando los que pueden ser irracionales y causar alguna dificultad en el desarrollo óptimo laboral propiciando síndrome de burnout. 	Participación activa	Expositiva Didáctica	Pizarrón Plumón Borrador.	5min
Desarrollo	Exposición del tema principal de la sesión: Síndrome de burnout.	<ul style="list-style-type: none"> • Delimitar los conceptos básicos del síndrome de burnout, además de describir las características que lo conforman. • Conocer las consecuencias físicas y psicológicas del síndrome de burnout. 	Escucha activa.	Expositiva	Cañón y equipo de computo	30 min
	Proceso metacognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Denominar y definir la posible situación en la que se encuentran involucrados los participantes, planteando alternativas y evaluando cada una de ellas, para propiciar la toma de decisiones y de esta forma se implemente la decisión. 	Solución de problemas	Instructiva.	Hojas blancas Bolígrafo azul	10 min

		<ul style="list-style-type: none"> Incrementar de forma acelerada el planteamiento de alternativas ante circunstancias causantes de estresores frecuentes que generan Síndrome de burnout. 				
	Debate de pensamiento y conductas probables	<ul style="list-style-type: none"> Que cada uno de los participantes reevalúe si el valor que le da a cada situación es considerablemente alto, o si se encuentra minimizándolo. Concretar soluciones ante las dificultades. 	Participación activa	Expositiva interactiva	Hojas blancas y bolígrafo azul	20 min
Cierre	Termino de sesión.	<ul style="list-style-type: none"> Breve resumen sobre lo realizado durante la sesión, donde el terapeuta se asegurará que los participantes hayan comprendido por completo la información impartida. 	Escucha activa.	Expositiva		5 min
Bibliografía	<p>Universidad computense de Madrid . (2010). Síndrome de Burnout, evolución conceptual y estado actual de la cuestión . <i>vivat academia</i> , 42-80.</p> <p>Del Prette Zilda, D. P. (2002). <i>psicología de las habilidades sociales</i>. México : El Manual Moderno.</p> <p>Díaz, S. (2004). Comportamiento del síndrome de desgaste profesional en médicos que laboraron en Coopesalud R.L, de agosto a octubre de 2004. <i>Acta Médica Costarricense</i>, 49, 2.</p>					

TALLER PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA CAUSADA POR EL SINDRÓME DE BURNOUT

Nombre de la sesión: Agresión

Sesión:
5/10

Perfil de los participantes:

- Médicos, residentes, pasantes y estudiantes del área ginecobstetricia
- Haber presentado síntomas psicofisiológicos por estar sometido a un nivel alto de estrés durante los últimos 2 meses.

Objetivo general: propiciar en los participantes una adecuada reestructuración cognitiva para prevenir la violencia obstétrica derivada del síndrome de burnout

Objetivos particulares:

- Que el participante logre un desempeño razonable ante situaciones que impidan su desempeño laboral recurrente.

Tiempo total:
120 min

Etapas	Subtemas	Objetivos	Actividad	Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo
Inicio	Asistencia	<ul style="list-style-type: none"> • Con base en el anexo 1 los participantes firmarán la asistencia a la sesión 5 del taller, para observar la continuidad de los participantes. 	Participación activa	Expositiva	No necesita	5 min
	Punto de partida	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a los participantes una breve introducción a la sesión, indicando el nombre y el objetivo particular de la misma. 	Escucha activa	Expositiva	No necesita	5min
	Retroalimentación de sesión anterior	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes recuerden conceptos de la sesión anterior, para asociar la información complementaria en cuanto a la sesión 5 	Participación activa	Lluvia de ideas	Pizarrón Plumón Borrador	10 min

	introducción al tema.	<ul style="list-style-type: none"> • Que el instructor realice un breve resumen de los temas que se analizarán a detalle durante la sesión. 	Escucha activa.	Expositiva	No necesita	10 min
	sistema de creencias iniciales.	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes aporten desde su perspectiva los posibles conocimientos que tengan sobre el tema de agresión. 	Participación activa	Expositiva	Pizarrón Plumón Borrador	10min
Desarrollo	Exposición del tema principal de la sesión: Agresión	<ul style="list-style-type: none"> • Que el instructor proporcione de forma verbal los conceptos principales sobre: agresión, tipos de agresión, y sus consecuencias. • Que el participante logre diferenciar agresión de violencia. 	Escucha activa.	Expositiva	Cañón computadora	20 min
	Desarrollo de nuevos comportamientos.	<ul style="list-style-type: none"> • Que el participante con ayuda del terapeuta pueda ampliar su control ante su desempeño. • Que el participante identifique las conductas recurrentes que dificultan el desarrollo de su potencial 	Ensayo conductual	Expositiva	Hojas blancas y bolígrafo azul	25 min
	Debate de pensamiento y conductas probables	<ul style="list-style-type: none"> • Se pretende que ante la creación de situaciones hipotéticas difíciles el participante logre el fortalecimiento de un aprendizaje. • 	Participación activa	Expositiva interactiva	Hojas blancas y bolígrafo azul	30 min

Cierre	Termino de sesión.	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor realizará un breve cierre de sesión tomando en cuenta las dudas de los participantes y resolviendo cada una de ellas • Agradecer por la asistencia a la sesión. 	Escucha activa.	Expositiva	No necesita	5 min
Bibliografía	<p>Morales Laicher, H. L. (2015). Síndrome de burnout, una revisión bibliográfica. <i>Medicina legal de costa rica</i>, 32. Recuperado el 13 de julio de 2022, de https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf</p> <p>Del Prette Zilda, D. P. (2002). <i>psicología de las habilidades sociales</i>. México : El Manual Moderno.</p> <p>Universidad de Colombia. (marzo de 2006). <i>psicogente</i>, 9(15), 166-170. Recuperado el 11 de julio de 2022, de https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552137012.pdf</p>					

TALLER PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA CAUSADA POR EL SINDRÓME DE BURNOUT

Nombre de la sesión: violencia obstétrica causada por el síndrome de burnout.

Sesión:
6/10

Perfil de los participantes:

- Médicos, residentes, pasantes y estudiantes del área ginecobstetricia
- Haber presentado síntomas psicofisiológicos por estar sometido a un nivel alto de estrés durante los últimos 2 meses.

Objetivo general: propiciar en los participantes una adecuada restructuración cognitiva para prevenir la violencia obstétrica derivada del síndrome de burnout

Objetivos particulares:

- que se identifiquen los tipos de violencia enfocados a la situación obstétrica
- establecer las consecuencias directas de la violencia obstétrica.

Tiempo total:
120 min

Etapas	Subtemas	Objetivos	Actividad	Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo
Inicio	Asistencia	<ul style="list-style-type: none"> • Con base en el anexo 1 los participantes firmarán la asistencia a la sesión 6 del taller. 	Participación activa	Expositiva	No necesita	5 min
	Punto de partida	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a los participantes una breve introducción a la sesión, indicando el nombre y el objetivo particular de la misma. 	Escucha activa	Expositiva	No necesita	10 min
	Retroalimentación de sesión anterior	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes recuerden conceptos de la sesión anterior, para asociar la información complementaria encunto a la sesión 4 	Participación activa	Lluvia de ideas	Pizarrón Plumón Borrador	15 min
	introducción al tema.	<ul style="list-style-type: none"> • Que el instructor aborde de forma rápida una inducción sobre los temas que se revisaran durante la sesión. 	Escucha activa.	Expositiva	No necesita	10 min

	sistema de creencias iniciales.	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes identifiquen el concepto de violencia y lo comparen de acuerdo a su sistema de creencias actual. 	Escucha activa	Expositiva	Pizarrón Plumón Borrador.	10min
Desarrollo	Exposición del tema principal de la sesión: violencia obstétrica causada por el síndrome de burnout.	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer el concepto de violencia, así como sus consecuencias, donde los participantes logre diferenciar los tipos de violencia directos e indirectos, que pueden ser aplicados de forma física o verbal. • Que los participantes entiendan las consecuencias emocionales que pueden desarrollar al llevar a cabo la violencia obstétrica, como el aislamiento y el sentimiento de culpa 	Escucha activa.	Expositiva	Cañón y equipo de computo	20 min
	Moldeamiento	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor brindará estrategias para evitar que el participante realice actividades directas o indirectas conductuales que afecten a terceros. 	Moldeamiento real.	Instructiva	Hojas blancas Bolígrafo azul	10 min
	Debate de pensamiento y conductas probables	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes implementen estrategias en un aspecto real que genere un desempeño social adecuado. • Que los participantes identifiquen posibles alternativas para aplicar a su 	Participación activa	Expositiva interactiva	Hojas blancas y bolígrafo azul	25 min

		rutina ante una situación de desequilibrio.				
Cierre	Termino de sesión.	<ul style="list-style-type: none"> Breve resumen de lo que se abordó en la sesión, cuestionando si existen dudas en cuanto al desarrollo de actividades Resolver dudas y agradecer por la asistencia a la sesión. 	Escucha activa.	Expositiva		15min
Bibliografía	<p>Pintado sheila, P. J. (2015). Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. <i>Ginecología y obstetricia de México</i>, 83(3), 173-178.</p> <p>Del Prette Zilda, D. P. (2002). <i>psicología de las habilidades sociales</i>. México : El Manual Moderno.</p> <p>Ivone, O. (17 de julio de 2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. <i>MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE</i>(111), 79-83. Recuperado el 12 de julio de 2022, de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906961</p>					

TALLER PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA CAUSADA POR EL SINDRÓME DE BURNOUT

Nombre de la sesión: prevenir violencia obstétrica.

Sesión:
7/10

Perfil de los participantes:

- Médicos, residentes, pasantes y estudiantes del área ginecobstetricia
- Haber presentado síntomas psicofisiológicos por estar sometido a un nivel alto de estrés durante los últimos 2 meses.

Objetivo general: propiciar en los participantes una adecuada reestructuración cognitiva para prevenir la violencia obstétrica derivada del síndrome de burnout

Objetivos particulares:

- . que los participantes adquieran la habilidad para identificar las malas prácticas racionalizando alternativas psico-saludables.

Tiempo total:
120 min

Etapas	Subtemas	Objetivos	Actividad	Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo
Inicio	Asistencia	<ul style="list-style-type: none"> • Con base en el anexo 1 los participantes firmarán la asistencia a la sesión 6 del taller. 	Participación activa	Expositiva	No necesita	5 min
	Punto de partida	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a los participantes una breve introducción a la sesión, indicando el nombre y el objetivo particular de la misma. 	Escucha activa	Expositiva	No necesita	10 min
	Retroalimentación de sesión anterior	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes recuerden conceptos de la sesión anterior, para asociar la información complementaria encunto a la sesión 4 	Participación activa	expositiva	Pizarrón Plumón Borrador	15 min
	introducción al tema.	<ul style="list-style-type: none"> • Se pretende que el instructor aborde de forma rápida e inductiva el objetivo de la 	Escucha activa.	Expositiva	No necesita	10 min

		sesión que se llevara a cabo y también los temas a revisar.				
	sistema de creencias iniciales.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las principales cogniciones que presentan los participantes mediante su participación verbal en cuanto al tema a revisar en la sesión anotando 	Escucha activa	Lluvia de ideas	Pizarrón Plumón Borrador.	10min
Desarrollo	Exposición del tema principal de la sesión: prevenir violencia obstétrica.	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer a los participantes las principales características de un parto humanizado y que puedan comprender e internalizar la información dada por el terapeuta Que los participantes identifiquen que las malas prácticas que se llevan a cabo en las mujeres del área obstétrica atenta contra los derechos humanos de las mismas. 	Escucha activa.	Expositiva	Cañón y equipo de computo	20 min
	Situaciones objetivas	<ul style="list-style-type: none"> Retroalimentación verbal de todo el grupo uno a uno sobre conductas específicas con el fin de ser objetivos 	Retroalimentación verbal	Instructiva	Hojas blancas Bolígrafo azul	10 min
	Debate de pensamiento y conductas probables	<ul style="list-style-type: none"> Que al describir de forma positiva las conductas que pueden estar afectando al compañero que expreso la situación tengan la capacidad de ser modificadas por alternativas seguras que propicien el desarrollo integral tanto del personal en el área 	Participación activa	Expositiva interactiva	Hojas blancas y bolígrafo azul	25 min

		obstétrica, así como para las usuarias de forma objetivo respetando su integridad biológica de reproducción y psicológica.				
Cierre	Termino de sesión.	<ul style="list-style-type: none"> Breve resumen de lo que se abordó en la sesión, cuestionando si existen dudas en cuanto al desarrollo de actividades Resolver dudas y agradecer por la asistencia a la sesión. 	Escucha activa.	Expositiva		15min
Bibliografía	<p>José, S. (2011). <i>Bioética y humanización del parto</i>. Universidad Acoruña. Obtenido de https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/9096/CC?sequence=1</p> <p>gobierno de la ciudad de México. (2012). Nacimiento Humanizado, aportes de la atención intercultural del Embarazo. <i>Género y salud en Cifras</i>, 10(2 y 3), 44-59. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf</p> <p>México, g. d. (2016). violencia obstétrica. <i>genero y salud en cifras</i>, 8(3), 1-68. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29347/ViolenciaObstetrica.pdf</p> <p>Del Prette Zilda, D. P. (2002). <i>psicología de las habilidades sociales</i>. México : El Manual Moderno.</p>					

TALLER PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA CAUSADA POR EL SINDRÓME DE BURNOUT

Nombre de la sesión: prevenir violencia obstétrica.

Sesión:
8/10

Perfil de los participantes:

- Médicos, residentes, pasantes y estudiantes del área ginecobstetricia
- Haber presentado síntomas psicofisiológicos por estar sometido a un nivel alto de estrés durante los últimos 2 meses.

Objetivo general: propiciar en los participantes una adecuada reestructuración cognitiva para prevenir la violencia obstétrica derivada del síndrome de burnout

Objetivos particulares:

- . que los participantes adquieran la habilidad para identificar las malas prácticas racionalizando alternativas psico-saludables.

Tiempo total:
120 min

Etapas	Subtemas	Objetivos	Actividad	Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo
Inicio	Asistencia	<ul style="list-style-type: none"> • Con base en el anexo 1 los participantes firmarán la asistencia a la sesión 6 del taller. 	Escucha activa	Expositiva	No necesita	5 min
	Punto de partida	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a los participantes una breve introducción a la sesión, indicando el nombre y el objetivo particular de la misma. 	Escucha activa	Expositiva	No necesita	10 min
	Retroalimentación de sesión anterior	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes recuerden conceptos de la sesión anterior, para asociar la información complementaria en cuanto a la sesión 4 	Participación activa	Expositiva	Pizarrón Plumón Borrador	15 min
	introducción al tema.	<ul style="list-style-type: none"> • Se pretende que el instructor aborde de forma rápida e inductiva el objetivo de la 	Escucha activa.	Expositiva	No necesita	10 min

		sesión que se llevara a cabo y también los temas a revisar.				
	sistema de creencias iniciales.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las principales cogniciones que presentan los participantes mediante su participación verbal en cuanto al tema a revisar en la sesión anotando 	Participación activa	Lluvia de ideas	Pizarrón Plumón Borrador.	10min
Desarrollo	Exposición del tema principal de la sesión: prevenir violencia obstétrica.	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer a los participantes las principales características de un parto humanizado y que puedan comprender e internalizar la información proporcionada por el instructor. Que los participantes identifiquen que las malas prácticas que se llevan a cabo en las mujeres del área obstétrica atenta contra los derechos humanos de las mismas. 	Escucha activa.	Expositiva	Cañón y equipo de computo	20 min
	Situaciones objetivas	<ul style="list-style-type: none"> Retroalimentación verbal de todo el grupo uno a uno sobre conductas específicas con el fin de ser objetivos 	Retroalimentación verbal	Instructiva	Hojas blancas Bolígrafo azul	10 min
	Debate de pensamiento y conductas probables	<ul style="list-style-type: none"> Que al describir de forma positiva las conductas que pueden estar afectando al compañero que expreso la situación tengan la capacidad de ser modificadas por alternativas seguras que propicien el desarrollo integral tanto del personal en el área 	Participación activa	Expositiva interactiva	Hojas blancas y bolígrafo azul	25 min

		obstétrica, así como para las usuarias de forma objetiva respetando su integridad biológica de reproducción y psicológica.				
Cierre	Termino de sesión.	<ul style="list-style-type: none"> Breve resumen de lo que se abordó en la sesión, cuestionando si existen dudas en cuanto al desarrollo de actividades Resolver dudas y agradecer por la asistencia a la sesión. 	Escucha activa.	Expositiva		15min
Bibliografía	<p>Del Prette Zilda, D. P. (2002). <i>psicología de las habilidades sociales</i>. México : El Manual Moderno.</p> <p>José, S. (2011). <i>Bioética y humanización del parto</i>. Universidad Acoruña. Obtenido de https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/9096/CC?sequence=1</p> <p>Gobierno del Estado de México. . (marzo de 2022). <i>Instituto de Salud del Estado de México</i>. Obtenido de https://salud.edomex.gob.mx/isem/programa_preencion</p> <p>Hernández Leticia, R. A. (22 de junio de 2016). <i>Boletín UNAM-DGCS-423</i>. Obtenido de https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2016_423.html</p>					

TALLER PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA CAUSADA POR EL SINDRÓME DE BURNOUT

Nombre de la sesión: violencia y sus tipos

Sesión:
9/10

Perfil de los participantes:

- Médicos, residentes, pasantes y estudiantes del área ginecobstetricia
- Haber presentado síntomas psicofisiológicos por estar sometido a un nivel alto de estrés durante los últimos 2 meses.

Objetivo general: propiciar en los participantes una adecuada reestructuración cognitiva para prevenir la violencia obstétrica derivada del síndrome de burnout

Objetivos particulares:

- que cada uno de los participantes logre identificar los tipos de violencia que existen y como se llevan a cabo.

Tiempo total:
120 min

Etapas	Subtemas	Objetivos	Actividad	Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo
Inicio	Asistencia	<ul style="list-style-type: none"> • Con base en el anexo 1 los participantes firmarán la asistencia a la sesión 9 del taller. 	Escucha activa	Expositiva	No necesita	5 min
	Punto de partida	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a los participantes una breve introducción a la sesión, indicando el nombre y el objetivo particular de la misma. 	Escucha activa	Expositiva	No necesita	10 min
	Retroalimentación de sesión anterior	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes recuerden conceptos de la sesión anterior, para asociar la información complementaria encunto a la sesión 9. 	Participación activa	Expositiva	Pizarrón Plumón Borrador	15 min
	introducción al tema.	<ul style="list-style-type: none"> • Se pretende que el instructor aborde de forma inductiva el 	Escucha activa.	Expositiva	No necesita	10 min

		objetivo de la sesión y también los temas a revisar.				
	sistema de creencias iniciales.	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes compartan uno a uno el posible concepto de violencia, así como sus generalidades según sus creencias. 	Participación activa	expositiva	Pizarrón Plumón Borrador.	10min
Desarrollo	Exposición del tema principal de la sesión: tipos de violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer a los participantes los tipos de violencia existente y como poder identificarlos. • Que los participantes puedan entender de forma clara y concisa los tipos de violencia que pueden surgir así como sus consecuencias 	Escucha activa.	Expositiva	Cañón y equipo de computo	20 min
	Identificación de pensamientos	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes ante los pensamientos irracionales busquen sustitución por otros racionales, de acuerdo con las necesidades que requiere en este caso a sustituir pensamientos que lo lleven a generar violencia en el área obstétrica. 	Terapia racional emotiva conductual.	Instructiva	Hojas blancas Bolígrafo azul	10 min
	Debate de pensamiento y conductas probables	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes identifiquen los pensamientos activadores, donde se desencadenan pensamientos o auto verbalizaciones que fungen como conductas encubiertas para establecer así las consecuencias de dicha interacción con el evento activador. 	Participación activa	Expositiva interactiva	Hojas blancas y bolígrafo azul	25 min

		<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes logren evaluar su propia realidad en cuanto a conductas provocadas por el contacto con el estresor. 				
Cierre	Termino de sesión.	<ul style="list-style-type: none"> • Breve resumen de lo que se abordó en la sesión, cuestionando si existen dudas en cuanto al desarrollo de actividades • Resolver dudas y agradecer por la asistencia a la sesión. 	Escucha activa.	Expositiva		15min
Bibliografía	<p>Agustín, M. (2016). La violencia obstetrica conceptualizacion y elementos para su estudio . <i>politica y cultura</i> , 7-31.</p> <p>Del Prette Zilda, D. P. (2002). <i>psicología de las habilidades sociales</i>. México : El Manual Moderno.</p> <p>Ana, R. (enero de 2017). <i>el salvador.com</i>. Obtenido de http://www.repo.funde.org/id/eprint/1245/1/2-Tipo-Viol.pdf</p>					

TALLER PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA CAUSADA POR EL SINDRÓME DE BURNOUT

Nombre de la sesión: comunicación asertiva con las usuarias

Sesión:
10/10

Perfil de los participantes:

- Médicos, residentes, pasantes y estudiantes del área ginecobstetricia
- Haber presentado síntomas psicofisiológicos por estar sometido a un nivel alto de estrés durante los últimos 2 meses.

Objetivo general: propiciar en los participantes una adecuada reestructuración cognitiva para prevenir la violencia obstétrica derivada del síndrome de burnout

Objetivos particulares:

- Que los participantes adquieran la habilidad de comunicación eficaz y asertiva.
- Que los participantes puedan establecer la comunicación asertiva específicamente en el área hospitalaria.

Tiempo total:
120 min

Etapas	Subtemas	Objetivos	Actividad	Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo
Inicio	Asistencia	<ul style="list-style-type: none"> • Con base en el anexo 1 los participantes firmarán la asistencia a la sesión 10 del taller. 	Escucha activa	Expositiva	No necesita	5 min
	Punto de partida	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a los participantes una breve introducción a la sesión, indicando el nombre y el objetivo particular de la misma. 	Escucha activa	Expositiva	No necesita	10 min
	Retroalimentación de sesión anterior	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes recuerden conceptos de la sesión anterior, para asociar la información complementaria encuaneto a la sesión 10 	Participación activa	Expositiva	Pizarrón Plumón Borrador	15 min
	introducción al tema.	<ul style="list-style-type: none"> • Se pretende que el terapeuta aborde de forma eficaz el tema 	Escucha activa.	Expositiva	No necesita	10 min

		de la sesión, así como sus objetivos.				
	sistema de creencias iniciales.	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor explicará conceptos principales sobre la comunicación asertiva, donde el participante tendrá que identificar el tipo de comunicación que utiliza • El participante deberá de identificar si el tipo de comunicación que utiliza es el adecuado de acuerdo a sus necesidades. 	Participación activa	expositiva	Pizarrón Plumón Borrador.	10min
Desarrollo	Exposición del tema principal de la sesión: comunicación asertiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Que el instructor dé a conocer cómo es posible establecer la comunicación asertiva. • Que los participantes con ayuda del instructor puedan identificar técnicas de comunicación asertiva, donde se establezca el respeto hacia las usuarias. 	Escucha activa.	Expositiva	Cañón y equipo de computo	20 min
	Juego de Roles	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor alentará a los participantes a ensayar las conductas asertivas observadas y analizadas previamente, que permitan la comunicación asertiva. • Que los participantes adquieran la habilidad y las competencias para establecer relaciones sociales asertivas en específico el área laboral hospitalaria. 	Role playing	Instructiva	Hojas blancas Bolígrafo azul	10 min

	Debate de pensamiento y conductas probables	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes retroalimenten su desempeño favorable, propiciando conductas adaptativas sanas en conjunto con la comunicación primordial que requieren para el desempeño de sus tareas. 	Participación activa	Expositiva interactiva	Hojas blancas y bolígrafo azul	25 min
Cierre	Termino de sesión.	<ul style="list-style-type: none"> • Breve resumen de lo que se abordó en la sesión, cuestionando si existen dudas en cuanto al desarrollo de actividades • Resolver dudas y agradecer por la asistencia a las sesiones 	Escucha activa.	Expositiva		15min
Bibliografía	<p>Agustín, M. (2016). La violencia obstetrica conceptualizacion y elementos para su estudio . <i>politica y cultura</i> , 7-31.</p> <p>Ocampo Noel, V. S. (2002). <i>Método Asertivo de comunicación</i> . México: Trillas .</p> <p>Alejandra, F. (10 de diciembre de 2020). <i>Revista Electrónica de Portales Medicos.com</i>. Obtenido de Revista Electrónica de Portales Medicos.com: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/la-importancia-de-una-mejor-comunicacion-interpersonal-en-el-colectivo-de-matronas/</p>					

ANEXOS

Anexo 1

Registro de asistencia para los participantes del taller.

"TALLER PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA CAUSADA POR EL SINDRÓME DE BURNOUT" Lista de asistencia								
	Nombre completo del participante	asistencia						
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								

Anexo 2

Test para medir frecuencia e intensidad del burnout

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

Edad: _____ Sexo/género: _____

Área de trabajo: _____ Tiempo de trabajo: _____

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

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

	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca/ Pocas veces al año	Algunas Veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes Veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo positivamente a través de mi trabajo, en la vida de otras personas							
10. Siento que me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
16. Siento que trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas con mi profesión							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales de forma adecuada							
22. Siento que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							

Anexo 2

- Subescalas para la forma MBI-HSS(MP):

Subescala	Código	Ítems	Número de ítems	Puntaje por ítem	Puntaje por subescala	Indicios Burnout
Agotamiento emocional	EE	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	9	De 0 a 6	De 0 a 54	Más de 26
Despersonalización	DP	5, 10, 11, 15, 22	5	De 0 a 6	De 0 a 30	Más de 9
Realización personal	PA	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	8	De 0 a 6	De 0 a 48	Menos de 34

- Valoración

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	De 0 a 18	De 19 a 26	De 27 a 54 (*)
Despersonalización	De 0 a 5	De 6 a 9	De 10 a 30 (*)
Realización personal	De 0 a 33 (*)	De 34 a 39	De 40 a 56

(*) Síntomas del Síndrome de Burnout

Anexo 3

Llena la siguiente tabla con apoyo del terapeuta y la ruleta de emociones

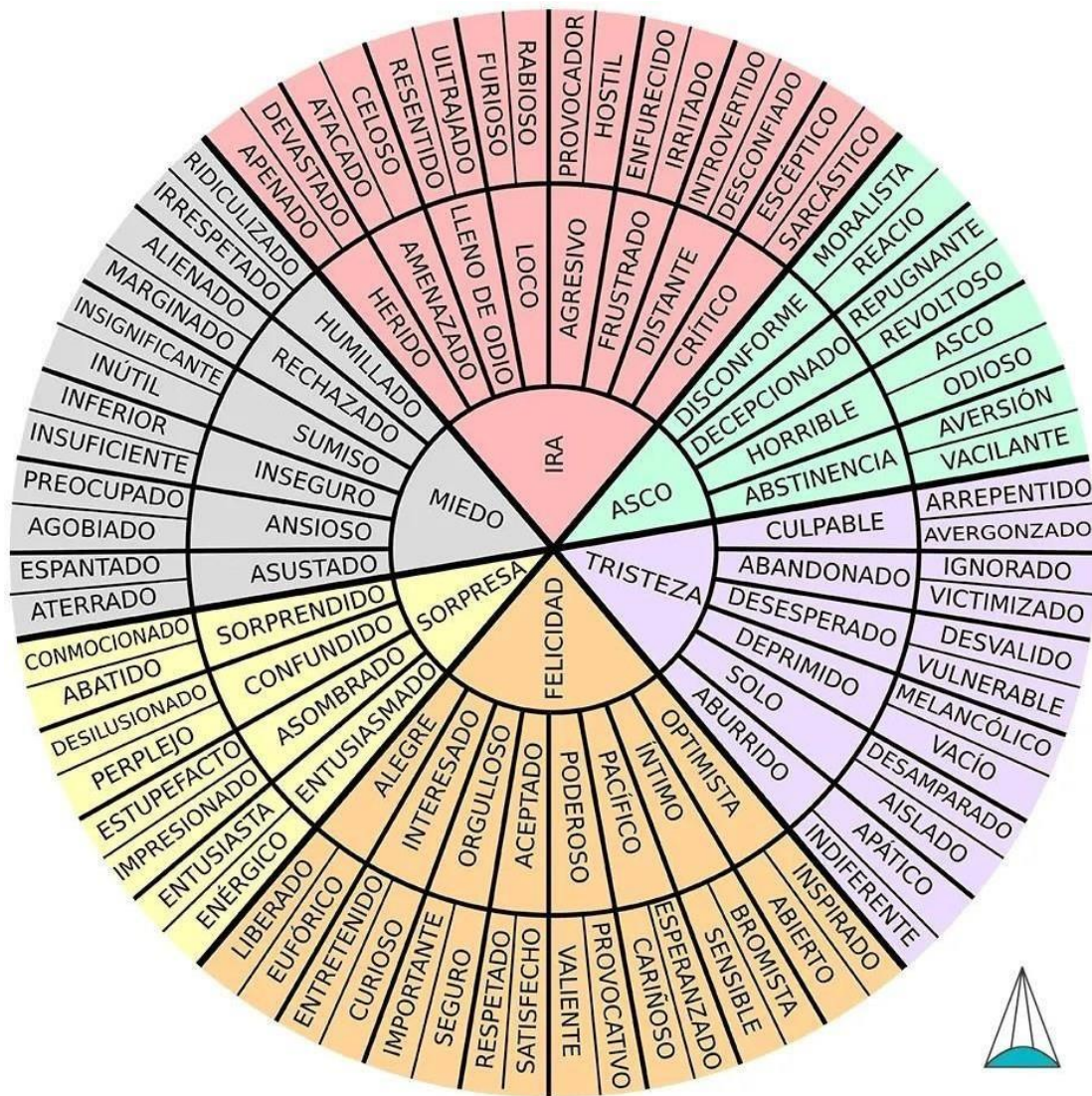
(anexo 4)

Habilidad	Situación	Emoción	Satisfacción o insatisfacción que genera
El participante anotará las habilidades principales con las que cuenta	El participante anotará ante qué situación tiene conflicto en relación a su habilidad	Emoción que genera en el participante ante situación conflicto	si el participante se siente satisfecho ante la respuesta que tiene frente a los sucesos

Nota: Elaboración propia adaptado de protocolo de autoobservación para adolescentes 6-1 Del Prette Zilda, D. P. (2002). *psicología de las habilidades sociales*. México : El Manual Moderno.

Anexo 4

Ruleta de emociones



Nota:

Iris, C. (2020). *ADRIAN SILSIQUE*. Obtenido de <http://adriansilisque.com/emociones-basicas-y-una-rueda-de-palabras-emocionales/>

Anexo 5

Con ayuda de los integrantes del grupo se lee el siguiente caso para complementar la sesión número 3 de la actividad “moldeamiento simbólico”

Para Daniela González* el trauma sigue latente, a pesar de que dio a luz a su única hija hace 10 años, cuando era una adolescente de 16 años de edad.

Como madre primeriza había información que no conocía sobre lo que implicaba dar a luz. Junto a su familia planificó el nacimiento de su hija en la sede de la Cruz Roja de San Cristóbal, estado Táchira. Todo marchaba bien, a pesar del temor y las situaciones que implicaba ser madre adolescente. Pero los planes de González cambiaron cuando el parto se le adelantó varias semanas. Iniciaron las contracciones y con ello la preocupación de la familia. Acudieron a la Cruz Roja, como estaba planificado, pero la bebé probablemente necesitaría incubadora debido a que nacería prematura. En el centro de salud le informaron que no tenían los equipos necesarios para atender un parto con tan pocas semanas. Le recomendaron acudir al Hospital Central de San Cristóbal, el lugar donde vivió el momento más traumático de su vida.

El dolor cada vez era más agudo. Cuando llegó al hospital la primera acción de los médicos fue intentar detener el parto porque le faltaban semanas de gestación. Esa noche del miércoles González no pudo conciliar el sueño. Entre el hambre y el dolor poco a poco se quedaba sin energías. A la mañana siguiente, al ver que no le podían detener el parto, la llevaron a la sala de parto. Fue ahí donde comenzó el maltrato.

La ginecobstetra que atendió a la mujer se negaba a darle medicación para acelerar las contracciones o para calmar el dolor intenso que ella sentía. Debido a esta sensación dolorosa, González no quería que le metiera la mano para medir la dilatación.

“Ella me dijo ‘así como abriste las piernas para que te lo metan, abre las piernas para el examen. Estás muy joven para estar en una sala de parto, si te la pongo fácil al otro año vas a estar aquí pariendo de nuevo’. O sea, como que si tenía que hacernos sufrir

para que no pariéramos más”, narra para El Diario González, quien ahora vive en Estados Unidos.

El dolor y el maltrato fueron insoportables para esta madre primeriza. En varias oportunidades, al verse vulnerada, se vio envuelta en un llanto desconsolado.

La cesárea no era una opción en su caso. Ya para el mediodía del día siguiente tenía 8 centímetros de dilatación, el bebé estaba cerca de nacer. Mientras esperaban que terminara de dilatar, la doctora se sentó en un escritorio en la sala de parto, donde solo estaba ella de guardia con algunos residentes.

“Yo atendiendo su parto mientras todos mis colegas están celebrando su día”, fueron las palabras que González recuerda que le dijo la especialista con desdén. González no salía de su asombro ante la actitud de la médica.

Después de un rato, le realizó nuevamente el tacto para determinar los centímetros de dilatación. “Ya está coronando”, dijo la especialista mientras ordenaba el traslado a la sala de parto. En esa otra sala fría González se enfrentó a la angustia propia de dar a luz, a la inexperiencia y desconocimiento del proceso, y también a los gritos imperativos de la doctora.

—No estás pujando, estás pujando la garganta. Tienes que pujar abajo— le gritaba la doctora.

—Yo hago lo que puedo, no sé cómo hacerlo ¿me puede explicar?— respondía González en medio del dolor.

—Pues puje, puje. Vuelva y abra las piernas otra vez— remató.

La joven reunió fuerzas para pujar. El nacimiento avanzaba, pero la bebé se quedó atascada en su vagina.

“Vuelva a pujar que si no puja la bebé se le va a morir y va a ser su culpa porque usted no está pujando. Usted no la está trayendo al mundo como es”, le gritaba.

Al final la niña logró salir, pero no lloró. González no sabía mucho de maternidad o del proceso de parto, pero sí sabía que los bebés lloran cuando nacen. La única explicación que le dieron es que a la recién nacida le costó respirar mientras estaba atascada.

Durante 25 minutos estuvo en la camilla ginecológica. Tenían que tomarle puntos en el área vaginal pero no le daban explicación alguna. Una enfermera le echó agua fría en dos oportunidades para lavar la sangre.

“Yo me puse a llorar. Yo decía bueno, está bien, yo no tengo edad para tener hijos porque tengo 16 años. Pero el deber de un médico es ayudar en este momento. Ellos no tienen por qué juzgarme. Yo me sentía muy mal porque tampoco tenía a mis familiares cerca. Yo me ponía a llorar porque me dolía demasiado. Mi hija tiene 10 años y yo no he vuelto a tener hijos porque nada más pensar que me va a pasar lo mismo es traumático para mí”, afirma.

Nota: Sarai, G. (27 de abril de 2020). *EL DIARIO.COM*. Obtenido de <https://eldiario.com/2021/04/27/historias-de-tres-mujeres-victimas-de-violencia-obstetrica/>

CONCLUSIÓN

Durante los últimos años se ha logrado visualizar muchísimo más el tipo de violencia en contra de las mujeres que se encuentran en la etapa más importante reproductiva y esta es ejercida a causa de constantes dificultades y necesidades básicas no cubiertas, principalmente se ha identificado de acuerdo a la revisión bibliográfica un alto índice en hospitales con sobre población de pacientes, donde los médicos ginecólogos- obstetras y personal de salud, tales como enfermeros y anestesiólogos realizan varias jornadas laborales seguidas, desprendiéndose totalmente de sus necesidades humanas, viéndose afectado el desarrollo social que pueden llegar a tener en su entorno individual y afectando directamente su cotidianidad.

Resulta imprescindible asociar que el síndrome de burnout es el que genera cambios en el estado de ánimo de las personas que lo padecen dentro de ellas están dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, además de taquicardias dolores de espalda, mala alimentación así como por otra parte a nivel psíquico donde se ven comprometidas las emociones que se generan bajo ciertos malestares tales físicos y se hacen presentes los psicológicos como la falta de motivación, la tristeza profunda, el aislamiento, la culpa, ansiedad e incluso sentimientos de odio y rencor hacia lo que se encuentran realizando donde se genera una alta frustración que no logran identificar de donde proviene.

Todo esto genera consecuencias en las mujeres que sufren daños irreversibles principalmente emocionales, donde una de las principales causas de depresión post parto es la atención que le fue otorgada durante y después de brindarle cualquier servicio obstétrico, y cabe destacar que en México no existen leyes que castiguen dichas conductas, sin embargo, solo se han desarrollado normas que ayudan a la prevención de este tipo de acciones que afecten a las mujeres embarazadas, lo que propicia que no se establezcan adecuadas capacitaciones reglamentarias hacia los médicos que de igual forma se han visto implicados en jornadas laborales extensas y difíciles que impiden su adecuado desarrollo dentro del área donde laboran.

Es totalmente alarmante la cantidad de casos que se han visto implicados en cuanto a violentar los derechos de un parto humanizado, y no tomar en cuenta los aspectos que pueden derivar de ello desde distintas enfermedades físicas tales como desgarres vaginales, una inadecuada sutura ante una cesárea mal programada en relación a que se pueden estar atendiendo a más mujeres en mucho menos tiempo, de igual forma al imponer métodos anticonceptivos sin el conocimiento y hasta sin el permiso de las mujeres que acaban de parir donde el útero aún no se encuentra listo para introducir algún objeto extraño, sintiéndose invadidas y llevándolas a tener malestares psicológicos que las llenan de culpa ante su sexualidad libre así como el libre derecho a elegir como quieren llevar a cabo su maternidad, afectando el vínculo madre e hijo que es el primer vínculo afectivo en la vida del ser humano, desarrollando un posible resentimiento hacia el recién nacido y provocando el aislamiento así como la ira y el enojo por haber procreado, provocando un descuido personal en la madre y la falta de autoestima.

Entonces al abordar el síndrome de burnout desde la perspectiva cognitivo conductual se estableció que se encuentra asociado a estímulos desagradables que se dan en el ambiente donde se desarrolla el individuo de tal forma que tiene sintomatología cognitiva y se da en forma de: poca concentración, falta de atención a detalles externos e internos afectando su autoestima y provocando irritabilidad donde de igual forma, se encuentra una sintomatología conductual que se da en forma de: interacción social evitativa donde el individuo se aleja de las personas o de las situaciones de trabajo, además de volverse altamente violentos en su entorno.

Cabe destacar que como se establece en la investigación la diferencia entre la agresión y la violencia es amplia y resulta importante saber diferenciar cada una, pues al ser constante un tipo de comportamiento negativo ante algún estímulo desagradable produce consecuencias negativas.

Se entrelaza de acuerdo a lo anterior, principalmente en conjunto con la violencia obstétrica dicho enfoque ya que derivado de las agresiones que pueden ejercer los médicos hacia las mujeres de forma constante, resultan diversas alternativas ante el estrés post traumático que pudo ser ocasionado e incluso este enfoque es uno de los

más utilizados en este ámbito según la Sociedad Marcé española (2021). Donde actuaría como una consecuencia conductual que requiere una adecuada reestructuración cognitiva que ayudara a la adquisición de nuevos conceptos y creencias implantados directamente en el individuo que le permitirán cambiar mediante una reestructuración cognitiva, el objetivo primordial se basa en implantar nuevos conceptos que ayuden a mejorar el desempeño del individuo ante situaciones que en algún momento causaban conflicto y en este caso poder adquirir nuevas habilidades con base en los nuevos conocimientos.

Finalmente, en cuanto al taller que se desarrolló desde la perspectiva cognitivo conductual funge como un tipo de estrategia que apoyará a la población médica y de salud del área obstétrica a identificar los factores que producen altos niveles de estrés y proveerá de técnicas que apoyen y faciliten la aceptación y el manejo de las situaciones antes de llegar a un tipo de agresión constante en su área laboral con las mujeres, resultando de ello conductas objetivas y empáticas ante las circunstancias.

BIBLIOGRAFÍAS

- Ahmad R. Barragan. Universidad ETAC . (2012). Psicología Positiva y Humanismo Premisas Básicas y Coincidencias en los Conceptos . Revista Electrónica de Psicología Iztacala , 1513- 1531.
- Amigo, I. (2015). Manual de psicología de la salud (2a ed.). Madrid: piramide . Recuperado el 17 de febrero de 2022
- Ardila, R. (2013). Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913. Revista Latinoamericana de Psicología, 45(2), 315- 319. Recuperado el 24 de 05 de 2022, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80528401013>
- Asociación de Academias de la Lengua Española . (12 de febrero de 2022). Real Academia Española . Obtenido de <https://dle.rae.es/s%C3%ADndrome>
- Axayacalt, G., Celis, M., Moreno, S., Farias, F., & Suárez, & J. (2006). Síndrome de Burnout. medigraphic , 11(4), 305-309. Recuperado el 12 de 02 de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>
- Bandura, A., & Ribes., E. (1980). adquisición de los modos agresivos de conducta. En A. Bandura, & E. Ribes., Modificación de la conducta/análisis de la agresión y la delincuencia. (págs. 310-316). México : Trillas .
- Barragán, A. (diciembre de 2012). psicología positiva y humanismo: premisas básicas y coincidencias en los conceptos. (UNAM, Ed.) Revista electrónica de psicología Iztacala , 15(4), 1513-1531. Recuperado el 2 de mayo de 2022, de <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num4/Vol15No4Art18.pdf>
- Brito, T., & Hernández., Y. (2021). La Terapia Cognitivo Conductual en Mujeres con Inseguridad para la Realización. South Florida Journal of Development, 2(5), 8063-8077. doi:DOI: 10.46932/sfjdv2n5-124
- Camara de diputados . (18 de 11 de 2016). Camara de diputados LXVI legislatura. Obtenido de Camara de diputados LXVI legislatura:

<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2016/Noviembre/18/2575-Mexico-ocupa-primeros-lugares-en-violencia-obstetrica>

Carvajal, J., & Barriga, I. (2019). semiología obstétrica. En J. Carvajal, & I. Barriga, Manual de Obstetricia y ginecología (págs. 8-10). Facultad de medicina .

Castanedo, C. (2008). seis enfoques psicoterapéuticos. México: Manual moderno.

Castellanos, L. G. (2020). origen de la psicología y el psicoanálisis. psicología y psicoanálisis: diferencia y especialidad. UNAM, México, Los Reyes Iztacala. Recuperado el 13 de mayo de 2022, de <http://132.248.9.195/ptd2021/abril/0810735/Index.html>

Celia Medina, M. P. (2019). prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediato por el personal de un hospital público. lux médica, 27-36.

Charles Beckman, F. L. (2019). Exploración de la salud de la mujer . En F. L. Charles Beckman, Beckmann y Ling Obstetricia y Ginecología (págs. 55-57). Barcelona España : Wolters Kluwer Health .

chile, u. d. (Ed.). (8 de diciembre de 2018). violencia obstétrica y vulneración a los Derechos Humanos. Crítica a la ausencia de regulación en la ley chilena con perspectiva de género. Némesis, 88-111. Recuperado el 4 de abril de 2022, de https://www.academia.edu/37267097/4_Parir_en_Chile_violencia_obst%C3%A9trica_y_vulneraci%C3%B3n_a_los_Derechos_Humanos_Cr%C3%ADtica_a_la_ausencia_de_regulaci%C3%B3n_en_la_ley_chilena_con_perspectiva_de_g%C3%A9nero_N%C3%A9mesis_XIV_?from=cover_page

Clínicas Almaza. (2018). Obtenido de Clínicas Almaza: <http://www.clinicalasalmanza.com.mx/Ginecologia%20y%20obstetricia.pdf>

Coordinación para la Atención de los Derechos Humanos de Oaxaca. (2018). Violencia obstétrica: violación a los derechos de las mujeres. CADH, 2-16. Recuperado el 2 de abril de 2022, de https://www.oaxaca.gob.mx/sinfra/wp-content/uploads/sites/14/2019/02/Violencia_obstetrica.pdf

- Coria, P. S. (2010). como aprender a comportarse sexualmente. Neurobiología revista electrónica, 2-
- E.Alvarez, & Fernandez, L. (1991). El síndrome de "burnout" o el desgaste profesional. Revista Asociación Española Neuropsiquiatra, 11(39), 257-265. Recuperado el 16 de febrero de 2022, de <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15231/15092>
- Fierro, M. (2011). el desarrollo conceptual de la ciencia cognitiva parte 1. Revista colombiana de psiquiatría, 40(3), 519-533. Recuperado el 12 de junio de 2022, de Rasgos característicos iniciales de la ciencia cognitiva
- Galván, L. (23 de diciembre de 2010). Policlínico Universitario Dr. Luis Galván Soca. Obtenido de Policlínico Universitario Dr. Luis Galván Soca: [http://www.polgalvan.sld.cu/contenido/artic_historia_ginecologia.htm#:~:text=La%20palabra%20Ginecolog%C3%ADa%20viene%20del,%C3%9Atero%2C%20Vagina%20y%20Ovarios\).](http://www.polgalvan.sld.cu/contenido/artic_historia_ginecologia.htm#:~:text=La%20palabra%20Ginecolog%C3%ADa%20viene%20del,%C3%9Atero%2C%20Vagina%20y%20Ovarios).)
- Gil-Monte, P. (2004). entrenamiento de las habilidades sociales. En P. Gil-Monte, El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) (págs. 157-163). piramide. Recuperado el 19 de febrero de 2022
- Gil-Monte, P. (2004). Los síntomas del síndrome. En P. Gil-Monte, El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar (págs. 46-50). Valencia: piramide. Recuperado el 7 de febrero de 2022
- Gil-Monte, p. (2004). Prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo. En P. Gil-Monte, El síndrome de quemarse por el trabajo burnout (págs. 149-152). pirámide. Recuperado el 3 de marzo de 2022
- Gobierno de México. (26 de agosto de 2020). gobierno de mexico insp.Obtenido de gobierno de México insp: <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html#:~:text=La%20violencia%20obst%C3%A9trica%20se%20define,y%20sexuales%20de%20las%20mujeres.>

- Gran diccionario de la lengua española. (31 de marzo de 2016). the free dictionary by farlex . Obtenido de the free dictionary by farlex : <https://es.thefreedictionary.com/ginecolog%c3%ada>
- Hilda Aguilera, L. P. (2007). Conducción Nerviosa de Los Reflejos Miotáticos . Universidad de Ciencias Médicas de la Habana , 2-7.
- IMSS. (2019). instituto mexicano del seguro social. Obtenido de IMSS.GOB: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/estreslaboral/Test-Estres-Laboral.pdf>
- INEGI. (1 de marzo de 2022). INEGI.ORG. Obtenido de <https://extranet.inegi.org.mx/covid-19/que-es-el-burnout-2/>
- Iris, C. (2020). Adrian Silsique . Obtenido de [http://adriansilisique.com/emociones-básicas-y-una-rueda-de-palabras-emocionales/](http://adriansilisique.com/emociones-basicas-y-una-rueda-de-palabras-emocionales/)
- Jiménez, A. (2021). Detección del síndrome de burnout en residentes del hospital Juárez de México mediante la aplicación de la escala de maslach durante la pandemia de covid-19. detección del síndrome de burnout en residentes del hospital Juárez de México mediante la aplicación de la escala de maslach durante la pandemia de covid-19. UNAM, México. Recuperado el 1 de marzo de 2022, de <http://132.248.9.195/ptd2021/octubre/0816379/Index.html>
- Jiménez, M. (2019). impacto psicológico de la violencia obstétrica. una revisión bibliográfica. impacto psicológico de la violencia obstétrica. una revisión BIBLIOGRÁFICA. Universidad de Cádiz, España. Recuperado el 1 de Abril de 2022
- José Graña, M. A. (2001). tipología del comportamiento agresivo en jóvenes y adolescentes. psicología conductual, 361-371.
- José L. Morotell, J. L. (2013). psicología humanista. En J. L. José L. Morotell, "fundamentos de la psicología" (págs. 158-169). España: Ramón Aceres, S.A.
- Karina Reyes, A. G. (ENERO-ABRIL de 2016). efectos de una intervención cognitivo conductual para disminuir el burnout en cuidadores de ancianos

- institucionalizados. *ESCRITOS DE PSICOLOGÍA*, 9(1), 15-23. Recuperado el 23 de junio de 2022, de <https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v9n1/informe2.pdf>
- López, I. J. (2019). aproximaciones teóricas. taller "esto no es de hoy" para disminuir el bullying en adolescentes de 15 a 17 años una propuesta humanista. Universidad Oparin, Estado de México. Recuperado el 13 de mayo de 2022, de <http://132.248.9.195/ptd2019/noviembre/0798193/Index.html>
- López, m. c. (2022). demanda en el servicio psicológico a distancia por violencia intrafamiliar durante el confinamiento por pandemia de covid-19. demanda en el servicio psicológico a distancia por violencia intrafamiliar durante el confinamiento por pandemia de covid-19. UNAM, México. Recuperado el 27 de marzo de 2022, de <http://132.248.9.195/ptd2022/febrero/0822264/Index.html>
- M. Zumbalable, A. G. (marzo de 2005). Una aproximación Histórico Conceptual a la Neurociencia de I.P. Pavlov. Valencia, España. Recuperado el 12 de junio de 2022, de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N83-3.pdf>
- Martínez., A. (septiembre de 2010). EL SÍNDROME DE BURNOUT. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN. *Vivat Academia* (112), 42-80. Recuperado el 3 de marzo de 2022, de <https://www.redalyc.org/pdf/5257/525752962004.pdf>
- Medina, N. (2008). La Ciencia Cognitiva y el Estudio de la Mente. *IIPSI*, 11(1), 184-198. Recuperado el 3 de junio de 2022, de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3890>
- Mosser, G. (1992). definiciones y problemas. En G. Mosser, *La Agresión* (pág. 9). México: Cruz O., S.A.
- Mosser, G. (1992). definiciones y problemas. En G. Mosser, *La agresión* (págs. 9-11). México: O.,S.A. .

- Mucharraz, Y. (28 de mayo de 2021). FORBES México. Obtenido de <https://www.forbes.com.mx/red-forbes-el-burnout-resultado-de-la-pandemia-y-como-reducirlo/>
- Navines, R., Martin, R., Olive, V., & Valdéz, M. (2015). Estrés laboral: Implicaciones para la salud física y mental. *medicina clínica*, 339-366. doi:DOI: 10.1016/j.medcle.2016.06.010
- Nonato, R., & Thais, V. (31 de marzo de 2021). Us National library of medicine national institutes of health. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7603962/>
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (2014). ONU. Obtenido de <https://www.uv.mx/psicologia/files/2014/11/Violencia-y-Salud-Mental-OMS.pdf>
- Orlandini, A. (1996). El estrés ¿qué es y cómo evitarlo? En A. Orlandini, *El estrés ¿qué es y cómo evitarlo?* (págs. 29-31). México: fondo de cultura económica.
- Orlandini, A. (1996). El estrés: ¿qué es y cómo evitarlo? En A. Orlandini, *El estrés: ¿qué es y cómo evitarlo?* (pág. 21). México: fondo de cultura económica.
- Orlandini, A. (2012). Definiciones del estrés. En A. Orlandini, *el estrés que es y cómo evitarlo* (pág. 36). México: fondo de cultura económica.
- Orlandini, A. (2012). El buen y el mal estrés. En A. Orlandini, *El estrés: qué es y cómo evitarlo* (págs. 54-55). México: fondo de cultura económica.
- Pérez, R. (s.f.). Análisis Conductista del Pensamiento Humano. *Acta Comportamental*, 4(20) . Recuperado el 23 de marzo de 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-81452012000400006
- Pizarro, H. (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), 101-109. Recuperado el 20 de Junio de 2022, de <https://www.redalyc.org/pdf/440/44030207.pdf>

- Plazas., E. (2006). B. F. Skinner: la búsqueda del orden en la conducta voluntaria. Universidad de San Buenaventura, 372-382.
- R., P., & Moreno, B. (2004). El síndrome de quemarse por el trabajo (Bournout). En P. R., & B. Moreno, El síndrome de quemarse por el trabajo (Bournout) (págs. 41-44). Valencia España: pirámide.
- RAE. (ENERO de 2021). Real Academia Española. Obtenido de <https://dle.rae.es/agresi%C3%B3n>
- Ramírez, E. (2020). factores que influyen en el desarrollo y establecimiento de la coadición en padres de familia propuesta de prevención y tratamiento. UNAM, México, Ecatepec. Recuperado el 2 de julio de 2022, de https://tesiunam.dgb.unam.mx/F/EHTERD4V5L34AQV63DQK4TPM3IJKXUPA8A4TPFRSTJYGH5P8MQ-51462?func=full-set-set&set_number=646600&set_entry=000001&format=999
- Rodríguez, J. (1998). Psicología de la salud y psicología clínica. papeles del psicólogo, 69.
- Ruiz, A., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). Evolución de la terapia de la conducta. En M. D. Ángeles Ruiz, Manual de Técnicas de intervención Cognitivo Conductuales (págs. 52-58). Desclée de Brower.
- S, B., & F., M. (diciembre de 2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. Comunidad y salud, 13(2), 81-83.
- Sarai, G. (27 de abril de 2020). el diario.com. Obtenido de <https://eldiario.com/2021/04/27/historias-de-tres-mujeres-victimas-de-violencia-obstétrica/>
- Savio, S. (2018). El síndrome de burnout: un proceso de estrés laboral crónico. hologramática, 1(8), 121- 138. Recuperado el 11 de febrero de 2022, de http://cienciared.com.ar/ra/usr/3/590/hologramatica08_v1pp121_138.pdf
- sociedad marcé española. (25 de noviembre de 2021). Sociedad Marcé Española. Obtenido de

<https://www.sociedadmarce.org/detall.cfm/ID/16929/ESP/la-violencia-obstetrica-existe-negarla-es-otra-forma-violencia.htm>

Vengochea, P. d. (2001). Rogers y su pensamiento profesional y su filosofía. *Psicología desde el Caribe*, 60-69.

Wozniak, R. (1992) Obtenido de https://www.edumargen.org/docs/2018/curso56/unid03/complem03_03.pdf