



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA**



**EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO:
MENCIÓN CLÍNICO**

PROBLEMA:

**BURNOUT Y SU RELACIÓN CON LOS AUTOESQUEMAS EN UNA MUJER DE 32
AÑOS DE LA CIUDAD DE RICAURTE**

AUTOR:

SUAREZ MEDINA JORGE EDUARDO

TUTORA:

PSI. CLI. ARREAGA QUINDE ANDRÉS FERNANDO, MSC.

BABAHOYO - 2023





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



RESUMEN

El presente estudio de caso tiene como temática a tratar “Burnout y su relación con los autoesquemas en una mujer de 32 años de la ciudad de Ricaurte”, donde el Burnout es un síndrome ocasionado por la acumulación de estrés y sobrecarga laboral, relacionado con la idealización de los autoesquemas mentales impregnado en el cerebro humano por sus creencias y juicios morales. En el trabajo se utilizó una metodología cualitativa por la descripción de cualidades y aspectos del padecimiento de la persona. Implementando técnicas psicológicas para la recolección de datos como la observación clínica, entrevista semiestructurada, historia clínica y baterías psicométricas, destacando entre ellas Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y Escala de Hamilton para Ansiedad, permitiendo obtener el diagnóstico presuntivo según La CIE-10 y DSM-V es Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1), por tal motivo, se procedió a emplear tratamiento psicológico, por medio de la terapia Cognitivo Conductual de Aaron Beck, la cual buscan cambiar los pensamientos que originan malestar creando un pensamiento alternativo y positivo, por ende, aplico algunas técnicas cognitivas como Respiración 4 tiempo, Psicoeducación, Explicar cómo los pensamientos generan sentimientos, Diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos, Relajación pasiva y Planificación de actividades mejorando la condición de la paciente para que tenga un mejor estilo y calidad de vida.

Palabras claves: Burnout, Autoesquemas, trastorno, síndrome, ansiedad.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA
ABSTRACT



The present case study has as its theme "Burnout and its relationship with self-schemas in a 32-year-old woman from the city of Ricaurte", where Burnout is a syndrome caused by the accumulation of stress and work overload, related to the idealization of mental self-schemas impregnated in the human brain by its beliefs and moral judgments. In the work a qualitative methodology was used for the description of qualities and aspects of the suffering of the person. Implementing psychological techniques for data collection such as clinical observation, semi-structured interview, clinical history and psychometric batteries, highlighting among them the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Hamilton Scale for Anxiety, allowing to obtain the presumptive diagnosis according to ICD-10. and DSM-V is Generalized Anxiety Disorder 300.02 (F41.1), for this reason, psychological treatment was used, through Aaron Beck's Cognitive Behavioral Therapy, which seeks to change the thoughts that cause discomfort by creating a thought alternative and positive, therefore, I apply some cognitive techniques such as Breathing 4 times, Psychoeducation, Explaining how thoughts generate feelings, Differentiating events, thoughts and feelings, Passive relaxation and Activity planning, improving the patient's condition so that she has a better style and quality of life.

Keywords: Burnout, Self-schemas, disorder, syndrome, anxiety.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN	II
ABSTRACT	III
INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	2
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVO	2
SUSTENTO TEÓRICO	3
1. <i>Burnout</i>	3
2. <i>Autoesquemas</i>	7
3. Relación de burnout y autoesquemas	10
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	11
RESULTADOS OBTENIDOS	13
<i>Sesiones</i>	13
<i>Situaciones detectadas (Hallazgos)</i>	15
<i>Soluciones planteadas</i>	17
CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFÍA	21
ANEXOS	23

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1.....	16
Tabla 2.....	17

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso se enfoca en Burnout y su relación con los autoesquemas en una mujer de 32 años de la ciudad de Ricaurte, probatorio a obtener el título de Psicólogo Clínico, utilizando la línea de investigación “Prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento Psicoterapéutico en el ámbito clínico” siendo enmarcada por la sublínea de investigación “Psicoterapias individuales y/o grupales” pertenecientes a la carrera de Psicología clínica, de la Facultad de Ciencias Jurídicas sociales y de la Educación, de la Universidad Técnica de Babahoyo.

El trabajo para desarrollar se fundamenta en la relación del Burnout con los autoesquemas, porque el Burnout o comúnmente desgaste profesional es un síndrome que padecen muchos hombres y mujeres, siendo muy común en el género femenino, ya que a la hora de trabajar tienen mucha carga horaria, presión, responsabilidad y otras obligaciones, lo cual ocasiona estrés, ansiedad y cansancio impidiendo realizar con normalidad todas las actividades diarias, mientras que los autoesquemas es la forma como cada individuo percibe el mundo según sus creencias y costumbres sobre sí mismo.

La investigación tiene por objetivo describir y analizar la influencia del Burnout en los autoesquemas, porque está repercutiendo en el paciente en diversos aspectos fundamentales de su vida, como lo es a nivel fisiológico, cognitivo y conductual, por ende, puede dar origen a desarrollar un cuadro ansioso, un trastorno depresivo en la persona, debido al cansancio físico y emocional en el momento de cumplir su función dentro de una empresa, por tal motivo se abordara con un tratamiento psicoterapéutico con el enfoque Cognitivo Conductual de Aaron Beck para mejorar estado de salud de la paciente, impregnando pensamientos alternativos y la vez aplicando un diario vivir diversas técnicas cognitivas para saber sobrellevar la situación del trabajo.

En el estudio de caso es necesario implementar objetivos y así obtener resultados favorables con la utilización de varias técnicas psicológicas como la observación clínica, la entrevista semiestructurada, la historia clínica y los test psicométricos que permiten adquirir datos relevantes de la paciente que ayudan a corroborar con el diagnóstico presuntivo. Además, el caso está estructurado por resumen, palabras claves, introducción, justificación, objetivo, sustento teórico de las dos variables independiente y dependiente, técnicas aplicadas, resultados obtenidos, conclusiones, recomendación, bibliografías y anexos.

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso es de gran importancia para la población, porque la temática tendrá la responsabilidad de informar a la comunidad sobre el Burnout o agotamiento laboral que ocasiona síntomas perjudiciales física y psicológicamente que llevan a incapacitar en diversos aspectos, impidiéndola realización de actividades diarias, siendo influenciado negativamente por los autoesquemas que se han impregnado en las personas.

Hablar sobre burnout es escaso, y suele ser confundido con otras afectaciones a nivel mental como, el proyecto beneficia a toda la población que labora en cualquier área, incluso hasta los médicos siendo los más propensos a desarrollar tal enfermedad por las cargas horarias y los turnos rotativos atendiendo un sinnúmero de pacientes, prevaleciendo en las mujeres, por ese motivo el beneficiario será una mujer de 32 años de la parroquia Ricaurte perteneciente al cantón Urdaneta, se le brindara tratamiento psicológico por medio del modelo cognitivo conductual, para que la enferma logre salir de su padecimiento.

El tema es trascendental por ser una temática novedosa que favorece especialmente a las mujeres que pasan por dichas situaciones, y lo viven a pesar diariamente desde el hogar, donde es considerada una actividad insignificante, pero lamentablemente no es así, ser ama de casa y atender el hogar es complejo requiriendo cuidados y responsabilidad, lo cual causara un impacto a nivel de la región en el ámbito laboral, y así se concientice la explotación laboral que viven muchas personas.

El caso es factible debido a que se describe la información obtenida en fuentes confiables como los son libros, artículos científicos y revistas académicas utilizando el método de parafraseo y citas para evitar el plagio de los datos descritos, además se facilitará un poco más por la disposición que tiene la paciente para la realización del caso y la vez ayudarse a ella mismo.

OBJETIVO

Describir la relación del Burnout con los autoesquemas en una mujer de 32 años, utilizando tratamiento psicoterapéutico para la optimización del estado de la paciente.

SUSTENTO TEÓRICO

1. *Burnout*

De acuerdo a Morales (2015) propone que el Burnout o comúnmente conocido como el síndrome del quemado o de fatiga, es un desgaste físico y emocional que atraviesan diversos profesionales por la sobrecarga laboral, horarios extendidos sobrepasando las 40 horas semanales de trabajo, conflictos con compañeros del área y otras situaciones, induciendo a la persona afectada no cumpla con su rol profesional al máximo por el agotamiento y cansancio.

En el año 2000 el síndrome de Burnout fue declarado por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad y situación de riesgo en el ámbito laboral, por las condiciones y exigencias de los jefes y dueños de las empresas hacia sus empleadores, perjudicando drásticamente la salud mental del sujeto, donde no llegan a tener una buena calidad de vida, recalcando que no todas las empresas son así, hay muchas que brindan atención médica y psicológica para estas situaciones y especialmente se dirigen hacia el respeto e igualdad.

1.1. Características

El agotamiento laboral propuesto por Rivera (2019) refiere a que a nivel mundial a medida que pasan los años es más notable este trastorno se da en realizando las labores del trabajo, siendo tridimensional, siendo los siguientes:

- **Agotamiento emocional.** Es la pérdida de interés tanto a nivel emocional y afectivo que sienten los trabajadores, donde muchas veces sienten que ya no pueden dar más de lo que el cuerpo y la mente les permite.
- **Despersonalización.** Es aquella acción que da origen a emociones negativas, sintiendo insatisfacción en el trabajo con los compañeros y jefes, mostrando frustración, miedo, irritabilidad y se culpa así mismo por no alcanzar ese nivel máximo que requieren.
- **Falta de realización personal.** Es lo que sucede muy seguido en el momento que se ingresa a laborar, donde la persona comienza a idealizarse como va hacer su futuro con el nuevo trabajo, sin darse cuenta que existen barreras que no permiten ese crecimiento personal de ascenso con mejor sueldo, con el

transcurso de los meses nacen los primeros pensamientos automáticos de poder alcanzar, enojos con los compañeros de trabajo, autoestima baja que hacen que no se sienta completo consigo mismo.

1.2.Etiología

Según Herrera (2016) El origen de cómo se produce el Burnout es complejo de descifrar, ya que existen varios factores que influyen en el desarrollo de dicho síndrome, entre ellos, el comportamiento individual, calidad de vida, estilo de vida, el entorno del que se rodea, la herencia genética, elementos sociales, la personalidad y otras situaciones que son los detonantes en afectar psicológicamente a las personas.

El ser humano tiene el mal hábito de no saber afrontar el estrés antes los problemas del trabajo, familiares, de parejas y cumpliendo el rol como padre o hijo, a veces dicha situación es de un grado menor, pero sienten frustración, viviendo una ruleta de emociones negativas y positivas, por la baja tolerancia eventos ya sean de gran o menor magnitud, interfiriendo principalmente en las labores de la empresa.

Para Valencia (2022) En el ámbito de salud los médicos que realizan sus internados o sus residencias en algunas especialidades, tienen mucha carga horaria de trabajo, donde doblan turnos noche y día sin poder descansar, atendiendo un sin número de enfermos en estados moderados hasta graves, por ende, tienen poco tiempo para alimentarse, dormir, descansar y sin olvidar que son víctimas de maltrato de los especialistas, ya que al ser hospitales y clínicas de gran prestigio se manejan un orden jerárquico, siendo los internos los más afectados.

1.3.Signos y síntomas

Lo propuesto por Escobar (2016) refiere que el síndrome del profesional quemado es una reacción del cuerpo humano a la sobrecarga laboral debido a que se está produciendo un estrés crónico, manifestando la siguiente sintomatología:

- Cambios bruscos en el ánimo, donde los afectados en determinados momentos presentan agresividad, irritabilidad, enojo, ira ya sea consigo mismo se desquitan con la persona que este a su alcance.
- La desmotivación es lo más notorio en el Burnout, ya que el trabajo que ejercen no cumple con las expectativas que se fijaron en el momento de

firmar contrato para ingresar al trabajo, por el turno rotativo de horarios, el mal trato que le dan a los empleados.

- Dolor abdominal, sensación de hormigueo, náuseas, vómitos por el miedo a no cumplir con las obligaciones establecidas en el contrato en un principio.
- Declive a nivel energético, lo cual no permite tener un óptimo rendimiento en la empre, en el hogar junto a los hijos y pareja, que con el transcurso del tiempo comienzan a experimentar tristeza y llanto continuo
- Aumento o pérdida de peso, por la ingesta de menor o mayor cantidad de alimentos.

En base a la Organización Mundial de la Salud (2022) la manifestación de signos y síntomas depende del estado de ánimo de cada persona, cantidad de trabajo, horario de entrada y salida, presentando taquicardia, dificultad de respirar, cefalea, nerviosismo, desmayos, disminución o aumento de la presión arterial, tristeza patológica, autolesionarse, por general estas situaciones se ven en personas que tienen vocación en ciertas de la salud, es decir, aquellas que estas en constante contacto con las personas.

1.4. Consecuencias

De acuerdo con Molla (2022) Las personas con síndrome de Burnout llegan a sufrir mucho en diversos ámbitos de la vida, principalmente puede ocasionar un sinnúmero de enfermedades como accidentes cerebrovasculares que se dan por acumulación de estrés y enojo, lo que conlleva a un derrame cerebral, embolia cerebral, cuadriplejia, entre otros, lo cual dejaría con discapacidad permanente dependiendo del grado del daño que recibió.

Los sujetos que albergan este padecimiento llegan a ser incomprendido por sus parejas, lo cual muchas veces termina en divorcio o separación ya sea que estén siendo novios, esposos, enamorados, etc., debido que, al estar agotado físicamente, no cumplen sus obligaciones de pareja por así decirlo, no están pendiente de la situación del conyugue, en ocasiones se vuelven agresivo, exigente y otros se llegan sumergirse en su mundo.

A nivel laboral la mayoría con este síndrome pierde el trabajo, porque no puede cumplir al máximo el trabajo y son despedido, también porque existen problemas de discordias con los demás compañero, incomprensión, hostilidad, impuntualidad por parte del trabajador, ya que al estado agotado se suele quedar dormido y llega tarde al trabajo o se duerme durante la jornada laboral, por ende, la empresa por lo general toman la decisión de

presidir de sus servicios, pero sin llegar a preguntar la situación por la que está pasando, no le brindan la ayuda psicológica necesaria (Molina, 2020).

1.5.Tratamiento

Según Ceron y Guaman (2021) Existen múltiples tratamientos para el Burnout, desde la administración de medicamentos para reducir el nivel de estrés y ansiedad, como también la empleabilidad por medio un plan psicoterapéutico, para tal padecimiento la que tiene mayor viabilidad es la Terapia Cognitivo Conductual de Aaron Beck, porque esta se centra en reducir los síntomas producidos por el agotamiento emocional, la frustración y la despersonalización, por lo cual por medio esta acción se le hace entender al enfermo su propia personalidad y cuente lo estrategias necesarias para resolver los problemas laborales sin llegar a frustrarse teniendo empatía y tolerancia.

El tratamiento se inicia por lo general de forma inmediata e intensa, con duración limitadas, esto quiere decir que unas 10 a 15 sesiones dependiendo del estado de cada paciente se logra que el paciente tenga la capacidad se resolver problemas como el cambiar los pensamientos distorsionados y generar uno pensamiento alternativo de forma positiva lo cual dará mayor eficacia en el trabajo

1.6.Burnout y ansiedad

De acuerdo a Puig y Ricaño (2021) refiere los profesionales de salud como los médicos, enfermeros, odontólogos que realizan sus prácticas profesionales y residencias para especializarse llevan consigo una gran responsabilidad y la vez compiten entre ellos mismo para ser el mejor, por el nivel de exigencia de la carrera, siendo un factor primordial a desarrollar ansiedad.

El burnout impacta drásticamente en ellos, haciendo que comiencen a tener un bajo rendimiento académico, existen bajas probabilidades que sea diagnosticado y lo llegan a confundir con un cuadro ansioso, pero no es así, el burnout es síndrome por agotamiento laboral y este puede ocasionar un trastorno de ansiedad o en algunos casos un cuadro depresivo.

2. Autoesquemas

En base a Marín y Restrepo (2016) propone que los autoesquemas son un conjunto sistemático de costumbres, creencias, etiquetas sociales, juicios e ideales que tiene un individuo sobre mismo, que se han ido anexando en su mente por las experiencias a lo largo de la vida, siendo parte de la personalidad, por lo cual el hombre o mujer actúa y se rige en base a esas leyes que sostienen su mundo ya sea de forma moral o ética, donde muchas veces esa forma de juicio puede llegar a ocasionar problemas consigo mismo o con los que rodea su entorno.

Según Kabato (2019) La forma de ser y pensar de cada individuo en base a la perspectiva y vivencia de cada uno ellos, puede traer resultados positivos a nivel académico, donde se ha estigmatizado que todo aquel que sea abanderado que resalte en calificaciones de excelencia de una institución educativa se considera que tendrá un futuro exitoso, mientras que el alumno con pésimas calificaciones tendrá una vida llena de necesidades, sin trabajo, endeudado, llenos de hijos y sin una carrera universitaria.

Lo mencionado en el párrafo anterior poder ser como no, ya que ese depende de cada personas, ya que se ha visto jóvenes que han tenido un bajo rendimiento académico en la escuela, colegio y universidad, pero han logrado obtener puestos importante desempeñándose con eficacia, esto se debe a que tienen habilidades de liderazgo, de interrelacionarse lo cual permite un mejor desempeño por la extroversión, por ende son sujetos, que no se dejan llevar por las etiquetas sociales, tiene su propia forma de pensar y actuar centrándose en el presente y no en el pasado.

2.1.Autoconcepto

De acuerdo a Roa (2013) Es la forma de cómo se percibe y describe un individuo sobre sí mismo, resaltando sus cualidades y virtudes, y analizando sus defectos para ir mejorando constantemente, esto sucede más en aquellas personas que se quieren así mismo por su forma de ser importar las críticas de los demás, pero sí mismo hay personas que solo perciben de ellos errores, defectos porque desde el hogar no han inculcado amor propio, en especial en hogares disfuncionales donde no hay padre o una madre, sino donde existen constante violencia verbal de forma radical cuando el hombre es muy machista y la mujer muy feminista creyéndose uno superiores al otro, donde los hijos al observar y escuchar esas si situaciones llegan a tener problemas de autoestima.

2.2. Tipos de autoesquemas

2.2.1. Creación infantil

Es aquel que se da en los primeros años de vida, es decir la infancia y la niñez que abarca desde el nacimiento hasta aproximadamente los 11 años, aquí los niños tienen esquemas por medio del círculo familiar, especialmente por el padre, madre y hermanos, donde repite las mismas acciones y conductas de los adultos, por lo general son aspectos básicos de poca relevancia, ya que el infante tiende a expresar diferentes formas de comportamientos, que no son ni malas ni buenas, porque son partes de la etapa del desarrollo, aquí la sociedad desde los primeros años del infante lo considera algo negativo emitiendo juicios destructivos hacia esa familia de cómo va a hacer el futuro de aquel individuo que lo único que hace es aprender y adquirir conocimiento (Vasquez, 2018).

2.2.2. Múltiple

Gran parte de las personas tienen autoesquemas múltiples mencionado por Marín y Restrepo (2016) favoreciendo el diario vivir del sujeto, en especial aquellos que son adultos, porque han pasado un sinnúmero de experiencias, donde han cometido errores en la adolescencia y juventud, y conocen en su mayoría la forma correcta que realizar determinados actos conlleva a grandes percances o problemas, especialmente aquellos padres y madres que no quieren que sus hijos cometan los mismos errores, con el pasar del tiempo se dan cuenta que es parte de la vida, con el cual se adquiere un enorme conocimiento sirviendo de utilidad como un método de supervivencia.

Se vuelve esquema patológico, cuando comienza a afectar la salud del sujeto y el bienestar de los que rodean nuestro entorno, por las distorsiones cognitivas, crean irracionales, juicios morales que se convierten en fanatismo, como aquellos adoctrinados de forma obsesiva con la religión, o que toda persona de raza negra es ladrón, es decir que tienen esquemas moralista sobre la forma de ser y actuar de cada individuo, llegando inclusive a acusar daño.

2.2.3. El cuerpo

Según Valenzuela (2017) Es aquel proceso que viven las niñas y niños al entrar a la adolescencia, donde comienzan a notar cambios en su apariencia física, aumento de los

senos, ensanchamiento de las caderas, aparición de vello púbico en la mujer, mientras que en el hombre hombros anchos, cambio de voz a uno más grueso y ronco, crecimiento de los genitales, surgimiento de vello púbico, axilar y facial, es aquí donde surgen los primeros esquemas de insatisfacción y vergüenza.

La imagen corporal de como ver físicamente llama la atención mas de las personas, donde se ha establecido un patrón que todo aquel hombre blanco, alto, ojos color verde y cuerpo definido es el que toda mujer desea, con el pasar del tiempo esos aspectos se han modificado, una gran parte de la población femenina quiere a su lado hombre de contextura gruesa, barbones, incluso hasta mayores, otras no les importa el físico, donde los hombres de raza negra se han vuelto los favorecidos de mujeres blancas, todo depende del autoestima del apersona,

2.2.4. Esquema sexual

Para Brito (2020) En la actualidad aún existen tabúes y creencias que se tienen sobre la sexualidad, sexo y género, que abarca parte de la educación sexual, donde un porcentaje de la mitad de la población mundial tiene un esquema aun reservado y de vergüenza al momento de tener acto coital con su parejas donde se cubren o no quieren que las vean, mientras que por otro lado esta mujer con un esquema más abierto donde se junta la pasión y el romance, consumiendo el acto de manera placentera sin dejarse llevar por ningún estereotipo donde buscan experimentar y satisfacer su necesidades y conocer cosas nueva.

Por otro lado, los hombres tienen dos formas de esquemas el esquemático donde demuestran ser de mente abierta, presumen su virilidad, fuerza, rudeza, control, dominio, poder y agresividad en la cama con su pareja o aventura que tenga, ya que el hombre es más activo sexualmente que la mujer, pero también está el hombre esquemático aquel se enamora, teniendo un victo sexual y afectivo con su pareja resaltando el amor y la pasión.

2.2.5. Efecto de la enfermedad

Para Marín y Restrepo (2016) Sucede que por lo general cuando un sujeto ha pasado por una situación crítica en la salud, por ejemplo, cáncer, hipertensión, diabetes o gastritis, como fue algo complicado para el enfermo estar en esa situación con tal padecimiento, una vez recuperado se crea un esquema de trauma donde en lo mínimo o malestar comienza pensar que tienen la misma enfermedad o algo peor, lo cual puede generar ansiedad.

2.3.Estrategias de afrontamiento

A lo largo de la vida el hombre atraviesa por diversos conflictos y situaciones estresantes, que muchas veces lo lleva a un colapso emocional, pero a pesar de esos eventos, tiene la facilidad de utilizar mecanismo de defensas que genera el lado inconsciente, lo cual permite afrontar esa situación dependiendo de la edad y el problema de la persona, utilizan mucho el afrontamiento, la evitación y reparación para resolver y no pasar más por ese conflicto.

El estilo de vida es factor primordial para que no surjan esquemas repetitivo y obsesivos que pueden ocasionar daños permanentes de uno a otro, por eso es factible que esas personas gocen de una buena educación para que reconozcan la importancia de la educación, en valores, principios y leyes, donde no puede existir bueno y malo, hay actos que deben ser tomados de forma subjetiva, también es importante la capacidad de procesar información de manera correcta, realizar diferentes actividades como la socialización para ver el mundo desde una perspectiva diferentes (Sanchez, 2019).

2.3.1.Esquemas y emociones

Los esquemas por si son hechos relevantes que percibe la humanidad desde un punto moralista, ortodoxo y estereotipado porque se les inculca a las nuevas generación como es el mundo desde su punto de vista, lo cual el niños adquiere esas costumbres, obvio por un lado favorece porque se abastece de conocimiento, pero no todo eso es positivo, ya que tiene acciones negativas y el infante va a realizando las misma acciones discriminatorias hacia los demás, jugando un papel muy importante las emociones surgen de forma natural y están siendo dogmatizadas para actúen según su cultura, reprimiendo sentimientos, gustos, creencias (Correa, 2015).

3. Relación de burnout y autoesquemas

El burnout tiene una estrecha relación con los autoesquemas, debido a que el Burnout al ser un cansancio crónico físico y mental, impidiendo cumplir con sus actividades diarias en quien lo padece, es porque el ser humano se idealiza desde un principio al iniciar el trabajo todo lo que va a realizar y lograr con su trabajo perfecto, lo cual con el pasar del tiempo, se da cuenta que esa competencia le está generando malestar en diversos aspectos de su vida diaria.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

El presente estudio de caso se manejó por medio de dos variables, una independiente (Burnout) y otra dependiente (Autoesquemas), utilizando una metodología cualitativa, la cual se encarga de recoger datos no numéricos, sino aspectos y cualidades de un solo individuo en la investigación, implementando las siguientes técnicas psicológicas:

Observación clínica

Es una de las técnicas más relevantes durante la aplicación, ya que consiste un método científico eficaz y eficiente a la hora de anexar datos del paciente, en este caso se impregna en la ficha de la observación la fecha, hora, duración y estado del paciente, es decir si se encuentra orientado en tiempo y espacio, la vestimenta si está limpia o sucia, si presenta evidencia de maltrato físico, si el contenido del discurso lleva la misma sincronía de sus gestos y expresiones, lo cual ayudan a corroborar con psicodiagnóstico, esto se debe hacer desde llega la persona al consultorio, hasta que termina la sesión. (Anexo 1)

Entrevista semiestructurada

Se aplico esta técnica debido a que se centra en realizar preguntas suficientemente coherentes y preciosas para que el paciente se le facilite la respuestas, sin llegar a rodeos, por lo ética, se debe manejar las preguntas con el respeto adecuado para no llegar a incomodar al paciente, es factible porque se utiliza mucho la creatividad de quien la aplica, lo cual permite obtener respuestas asertiva y manteniendo una comunicación respetuosa entre terapeuta y paciente, solo debe preguntar lo que se quiere saber, la recolección de datos innecesarios entorpece la sesión. (Anexo 2)

Historia clínica

Es una de las más importantes técnicas dentro de las estrategias psicología en la obtención de información, ya que aquí se maneja datos desde antes del nacimiento hasta la actualidad abarcando todos los acontecimientos buenos y malos del paciente, primero se debe llenar los datos personales del sujeto como nombres, apellidos, edad, género, religión, instrucción, ocupación y quien lo remite, por ende, se procede al siguiente paso estando ahí es motivo de consulta, es decir, la situación, evento, circunstancia o razón por la que va a consulta psicología.

Otro aspecto que se detalla en la historia clínica historia del cuadro psicopatológico actual, donde el paciente redacta o describe los problemas que han suscitado en los últimos años o meses por los que atravesado el paciente, tiene que llevar un orden cronológico, luego se procede a llenar los antecedentes familiares detallando las enfermedades que padece el núcleo familiar, el tipo de familia y antecedentes psicopatológicos, refiriéndose problemas netamente psicológicos que haya tenido alguien cercano al entorno sanguíneo.

La tipología habitacional donde se enmarca como estas compartida el número de habitaciones, baños, etc. Uno de los ítems más importantes es la historia personal donde contiene la anamnesis el proceso de desarrollo del paciente antes del nacimiento hasta la actualidad, información que es otorgada por la madre, también se destalla la escolaridad, historia laboral, adaptación social, la afectividad y psicosexualidad, hábitos, cual es proyecto de vida, entre otros.

Además, aquí se debe registrar como evidencia las baterías psicométricas que fueron aplicadas, el cual permite tener ya un diagnóstico presuntivo en bases a los eventos precipitantes, eventos predisponentes y tiempo de evolución, es decir desde que el paciente comenzó a manifestar sintomatología de su padecimiento psicología sin importar la cantidad de meses o años. (Anexo 3).

Test psicométricos

Se procedió emplear algunos test psicométricos que al momento del paciente realizarlo, brinda aspectos cualitativos de gran utilidad, siendo los siguientes: (Anexo 4)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Su autor fue Aaron Beck quien lo diseño en 1996, encargándose de medir los niveles de ansiedad detallando los signos y síntomas, consta de un rango de calificación de 0 a 63, en el cual, de 0 a 21 ansiedad leve, de 22 a 35 moderada y de 36 a 63 es grave (Colegios Oficiales de Psicólogos, 2013).

Escala de Hamilton para Ansiedad. Fue diseñado en 1959 por Max Hamilton, teniendo como meta tomar en cuenta la valoración de síntomas somáticos de la ansiedad, teniendo a su alcance 21 preguntas, constando de un rango de calificación de 0 a 63 punto, en el cual de 0 a 21 puntos ansiedad baja, de 22 a 35 puntos ansiedad moderada y a partir de 36 es considerada como severa (Servicio Andaluz de Salud, 2020).

RESULTADOS OBTENIDOS

Presentación del caso

La paciente S.H de 32 años, género femenino, oriunda de la Parroquia Ricaurte, perteneciente al Cantón Urdaneta de la Provincia de Los Ríos, de instrucción médico general, ocupación residente de especialidad en Cardiología en el Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, estado civil soltera, llega a consulta psicológica orientada en tiempo y espacio, de contextura delgada, estatura de 1,60 cm, cabello largo, lacio, color negro, muestra lateralidad diestra, en la primera sesión se mostró nerviosa, intranquila, movimientos involuntarios en sus extremidades inferiores y superiores. En 6 sesiones se abordará lo que corresponde a la paciente con tiempo aproximado de 60 minutos por sesión, por ende, se procede a detallar cada sesión:

Sesiones

Primera sesión. Martes 03/01/2023. Hora: 8:00 am hasta 9:00 am.

Se comienza la primera sesión, dándole a conocer al paciente la confidencialidad que se maneja a la hora que el relate su historia, lo cual esto permito establecer un buen rapport con la señorita, por ende, se procedió a preguntarle al paciente cual es el motivo por el que asiste a consulta, refiriendo que desde hace 1 año aproximadamente comenzó a experimentar cansancio, dificultad para dormir, nerviosismo, aumento considerable del apetitivo e irritabilidad, datos relevantes que fueron agregados al historia clínica

Segunda sesión. Miércoles 11/01/2023. Hora: 8:30 am hasta 9:30 am.

Se inicio la segunda sesión, desde que la paciente ingreso al consultorio comenzó a llorar y dificultad para respirar, por ende, se procedió aplicar la técnica Respiración 4 tiempos, que consiste en calmar al sujeto ante cualquier colapso emocional y proceda a respirar con tranquilidad, siempre se recomienda utilizarla en casa para estar tranquilo, por otro lado, se siguió por completar todos los aspectos e ítems del a historia clínica.

Tercera sesión. Jueves 19/01/2023. Hora: 10:00 am hasta 11:00 am.

En esta sesión la paciente llego calmada y con mayor predisposición de colaborar, por eso se empleó la respectiva toma de baterías psicométricas, destacando entre ellas, Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y Escala de Hamilton para Ansiedad, lo cual ayudo

a corroborar con el diagnóstico, por esa situación se le explico a la paciente sobre su padecimiento y como le ha estado repercutiendo en su trabajo y en la familia, así mismo se le aplica la técnica explicar cómo sus pensamientos son los que están generando una serie de sentimientos negativos.

Cuarta sesión. Miércoles 25/01/2023. Hora: 9:00 am hasta 10:00 am.

En la presente sesión la paciente refiere, que desde comenzó asistir a consulta psicológica, con el fin de recibir ayuda se ha sentido mucho mejor, mejorando su situación en el trabajo, aunque aún se le complica, por esa razón, se empleó la técnica Diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos, donde se le explica y se le hace entender a la señorita para que logre identificar y diferenciar cada uno de los aspectos para que no afecten su vida diaria.

Quinta sesión. Miércoles 01/02/2023. Hora: 10:30 am hasta 11:30 am.

En la quinta sesión, se evidencio un cambio notable en el estado de ánimo de la paciente, mencionando aplicar las técnicas enseñadas en su hogar y trabajo, le ha servido y tiene mayor tolerancia a ciertos eventos, debido a esa circunstancia se adicione otra técnica muy importante la cual es la relajación pasiva que sirve para estabilizar y relajar la mente antes situaciones estresante, especialmente cuando la paciente intenta hacer daño físicamente o emocionalmente

Sexta sesión. Viernes 10/02/2023. Hora: 8:45 am hasta 9:45 am.

En la sexta y última sesión se procede a realizar la entrevista de devolución para comunicarle a la paciente sobre el diagnóstico presuntivo, en base a los datos recopilados por cada una de las técnicas psicológicas empleadas, especialmente la de la historia clínica, por ende se le recalca que no se preocupe, ya que se ha venido trabajando en todas las sesiones a nivel cognitivo, afectivo, pensamiento y conductual para optimo mejoramiento así como encuentra actualmente, mediante el modelo cognitivo de Beck, donde se implementó todas las técnicas necesarias descritas en las sesiones para una recuperación adecuadas, así mismo, se le aplica la última técnica, siendo Planificación de actividades donde se procede a explicarle a la paciente que en su momentos ocio realice un cronograma de sus días y horas libres para que ejecute alguna actividad deportiva o social.

Situaciones detectadas (Hallazgos)

En lo recolectado y descrito en las variables independiente y dependiente se identificó aspectos relevantes del caso, siendo los siguientes:

La paciente hace 12 meses ingreso a realizar su residencia en la especialidad de cardiología en el Hospital de Luis Vernaza de Guayaquil, donde un día antes de ingresar, se había idealizado como iba a ser esos 4 años haciendo lo que más ama, una vez dentro ya del área hospitalaria, el primer día elaboro varias actividades que fueron demasiado complejas, siendo regañada por un superior suyo.

La primera semana de trabajo intento acoplarse, pensando que la situación cambiaria, con el pasar de los días los turnos se volvieron difíciles y con horarios que doblaban su turno, comenzó a experimentar los primeros síntomas de cansancio, dificultad para concentrarse, su autoestima bajo, ya nunca pensó que fuera tan complicado, las semanas pasaron, y comenzó sentir desesperación, angustia, y debido a eso en sus ratos libres comenzó a comer demasiado ya que su apetito había incrementado.

Hace 6 meses cambiaron a director del hospital y al jefe de residentes, con los cuales empezó a tener problemas, ya que supuestamente no realizaba bien las actividades asignadas y estaba brindando mala praxis médica, muchas veces fue llamada a la oficina donde la insultaron menospreciando su trabajo, y que si seguía así tendría que salir del programa, a partir de ahí, pasa llorando en la noche, con miedo intenso de perder su gran sueño de ser cardióloga.

Hace 3 meses estaba atendiendo y por descuido no intencional debido a que había estado haciendo turno por 72 horas por castigo no superviso bien los exámenes de un paciente con cardiopatía congénita, cuando ella ingresa al cubículo donde se encontraba el enfermo observo y quedo paralizado por el susto que esa persona se estaba infartando, su jefe llego y pudo hacerle reanimación cardio pulmonar salvándole la vida, luego de salir del susto el jefe la agredió verbalmente delante de sus compañeros y pacientes que no servía para nada, que era una inepta y una más quedaba fuera del programa. A partir de ahí comenzó a presentar síntomas de irritabilidad, enojo, ya que sus compañeros se habían reído por lo que le había sucedido, también debido a la angustia que presentaba quería calmar esa situación, comenzó autolesionar con un estile en sus piernas para aliviar esa frustración que tenía.

Hace una semana entro en una crisis donde se le dificultaba respirar y tenía dolor de cabeza, porque el médico le había dicho que estaba fuera de la residencia, y que buscara otro hospital donde acepten ineptos, sus compañeros al ver la situación de la chica la ayudaron enseguida, donde el psiquiatra del hospital le mando reposo absoluto y buscar ayuda profesional por su agotamiento físico debido a las labores que realizaba.

Según el modelo cognitivo de Beck se identificó pensamientos automáticos como “Mis sueños no se van a cumplir, nada puedo hacer bien” algunos signos y síntomas a nivel cognitivo, conductual y somático, por lo cual se procede a trabajar con el pensamiento que se priorizo siendo “no sirvo para nada”,

En los test psicométricos empleados se logró evidenciar ansiedad moderada con 27 puntos en Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y ansiedad grave con una puntuación de 27 en la Escala de Hamilton para Ansiedad, por eso según lo evaluado en cada una de las sesiones, se consiguió clarificar determinadas áreas que se encuentran afectadas, que se encuentran descritas a continuación:

Tabla 1

Cuadro sindrómico

<i>Función</i>	<i>Signos y síntomas</i>	<i>Síndrome</i>
<i>Cognitivo</i>	Dificultad para concentrarse, pensamientos automáticos, desesperación, angustia,	<i>Ansiedad</i>
<i>Afectivo</i>	Autoestima baja, miedo, irritabilidad, enojo	
<i>Conducta social - escolar</i>	Atracones, autolesionarse	
<i>Somática</i>	Cansancio, llanto, cefalea, disnea	

La sintomatología presente en el cuadro psicopatológico, es en relación a los primeros eventos predisponentes siendo el ingreso a realizar la residencia de cardiología, doblar turnos, cambios de jefes, mala relación con los compañeros, y siendo el evento precipitante cuando quedo fuera del programa de residencia, teniendo un tiempo de evolución de 12 meses, por lo cual se llega al veredicto que en base al sexo, duración, tiempo de evolución, y eventos predisponentes y precipitante el diagnostico presuntivo según La CIE-10 y DSM-V es Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1).

Soluciones planteadas

En base al diagnóstico presuntivo que se le dio la paciente siendo Trastorno de Ansiedad Generalizada en base a los criterios científicos de los diferentes manuales utilizados, por ende se busca brindar la ayuda requerida por medio del tratamiento psicológico enfocado en la terapia cognitivo conductual de Aaron Beck, donde se buscara la forma de que los pensamientos del paciente generen emociones negativas en vida laboral, ya que se detectó evidencia de afectaciones en el área cognitiva, conductual y somática, al recibir psicoterapia la paciente tendrá un mejor estilo y calidad de vida.

La terapia aplicar tiene como objetivo que el paciente identifique los pensamientos que le generan malestar, por lo cual se describe a continuación el siguiente esquema terapéutico:

Tabla 2

Esquema psicoterapéutico

Hallazgos	Meta terapéutica	Técnicas	Numero de sesiones	Fechas	Resultados obtenidos
Cognitivo: Pensamiento/ afectivo	Conseguir en la paciente una aprenda la utilización de la técnica.	Respiración 4 tiempo	1	11/01/2023	Se consiguió que la paciente utilice la técnica en situaciones estresantes.
Pensamiento automático: “no sirvo para nada”	Informar a la enferma sobre su condición y como le está afectando.	Psicoeducación	1	19/01/2023	La paciente entiendo la situación por la que está atravesando.
	Lograr la identificación de los	Explicar cómo los			El paciente genero pensamiento

	pensamientos automáticos por parte del sujeto.	pensamientos generan sentimientos	1	19/01/2023	alternativo “Voy a seguir el tratamiento para vivir”.
	Identificar que la paciente diferencie los diversos eventos.	Diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos	1	25/01/2023	La joven identifico los diferentes eventos pensamientos y sentimientos.
Conductual: Atracones, autolesionarse	Conseguir en la paciente relajación antes eventos caóticos.	Relajación pasiva	1	01/02/2023	Se consiguió que el paciente replique la técnica.
Somática: Cansancio, llanto, cefalea, disnea	Lograr en el paciente resurja de la rutina de inactividad.	Planificación de actividades		10/02/2023	Se logró en el paciente la planificación de actividades en sus momentos de ocio.

CONCLUSIONES

Se determinó que el Burnout es un síndrome muy común en el mundo laboral que afecta a cualquier individuo sin importar la condición social, costumbres, raza, género, apariencia física y orientación sexual, debido a la sobrecarga de trabajo, horarios extensos, y si es a nivel del sistema de salud los horarios son extensos doblando turno día y noche, por lo cual no pueden dormir las horas adecuadas ocasionando un estrés crónico que se va desarrollando constantemente, por otro lado, aquí influyen los autoesquemas, ya que es la capacidad que tiene un individuo de percibir sus propias creencias y juicios morales, por ende, una parte de la población mundial se deja llevar por las etiquetas sociales e idealizan el trabajo, relación perfecta.

Se determinó que el trabajo consta de una metodología cualitativa, por la descripción de las dos variables que son parte del sustento teórico, por medio de la utilización de herramientas psicológicas, tales como la historia clínica donde se impregna la historia de vida del paciente, la entrevista que se enfocó en sacar respuestas por medio de preguntas eficaces, la observación clínica para la debida identificación del estado orientativo en tiempo y espacio, baterías psicométricas, entre ellas Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de Hamilton para Ansiedad, evidenciando ansiedad moderada en el primer test y en el segundo ansiedad grave.

Se demostró que la paciente tiende a ser perfeccionista en lo que concierne a su vida, ya sea con las tareas que cumple en el hogar, en el trabajo, a nivel académico, con sus amistades, teniendo a desesperarse y frustrarse fácilmente cuando no logra los resultados esperado, se debe a que los padres desde pequeña le dieron obligación y responsabilidades que debía cumplir como hija y estudiante, ya que sus padres también ejercen la medicina y su hermano es militar, por ende siente que debe dar lo máximo de sí ya que tiene grandes ejemplos en lo profesional

Por medio de los resultados obtenidos en cada sesión y a través de las diferentes técnicas empleadas, según los signos y síntomas presentes en las áreas cognitiva, pensamiento, afectivo, conductual y somático, en base al género, edad, prevalencia, duración, se determinó que el diagnóstico presuntivo de la paciente es trastorno de Ansiedad generalizada con la codificación 300.02 (F41.1) desde los manuales de La CIE-10 y el DSM-V.

Se definió como diagnóstico presuntivo debido, a que el ser humano modifica constantemente algunos aspectos de su vida personal, ya que pueden surgir otros eventos o factores de riesgos de forma interna o externa que cambien el curso de diagnóstico impregnado, dando origen a un nuevo trastorno o síndrome, como se pudo evidenciar la paciente ya tenía un síndrome el cual fue Burnout, debido a diversas situaciones de su entorno y forma de pensar desarrollo un trastorno ansioso, que tienden a ser de durable y con intensidad crónica.

El trastorno de ansiedad Generalizada puede surgir en cualquier edad y etapa del desarrollo humano, debido a los pensamiento automáticos recurrentes hacia el futuro, donde existe el miedo a no lograr lo que se han propuesto, en especial si son proyectos a largos plazo existiendo dificultad el proceso de obtenerlo, viven en constante angustia, llegando en la mayor parte del día somatizando, a veces tienden a tener dificultad para respirar, dolores de cabeza, no concilian en el sueño durante la noche, otros u otras pueden poseer un gran aumento o pérdida del apetito.

El tratamiento empleado para mejorar la salud de la Srta. S.H es por medio del enfoque Cognitivo Conductual de Aaron Beck, donde se busca que ella diferencie los diversos eventos, pensamientos y sentimientos que surgen a su alrededor, ya que cada uno ellos es diferente y no pueden ser confundidos, lo importante de esta técnica es que el paciente logro diferencias los aspectos descritos, por ende, procede con la implementación de algunas técnicas en cada sesión, dependiendo del tiempo disponible y predisposición del paciente, si él o ella no están aptos para realizar tal actividad, no se puede obligarlos, ya que puede destruir la relación de confianza entre terapeuta y paciente y retroceder todo el avances alcanzado

Se recomienda a la paciente seguir con el plan de actividades de acorde al tiempo libre, puede ser programado de forma semanal, quincenal o mensual, dependiendo de las actividades que vaya a realizar, siempre en estas situaciones es favorable realizar actividad física como los anaeróbicos que son de resistencia y ayudan a controlar la respiración, por lo menos 3 veces a la semana, salir a trotar en las mañanas o en las noches, y si en un determinado caso se vuelve a presentar una crisis ansiosa es factible acudir nuevamente a terapia, debió a que el trabajo en el área de salud es muy sofocante y generador de estrés, es posible exista una recaída.

BIBLIOGRAFÍA

- Brito, M. (2020). Propiedades psicométricas y la validación del instrumento de evaluación del autoesquema sexual femenino en mujeres jóvenes ecuatorianas. *AIDEP*.
- Ceron, M., & Guaman, G. (2021). "La Psicoterapia como una alternativa para el Síndrome de Burnout". *Universidad Internacional SEK*.
- Colegios Oficiales de Psicólogos. (2013). Evaluación de Inventario Bai. *COP*.
- Correa, F. (2015). Autoconcepto y estados emocionales: Su relación con la motivación en adolescentes. *Realdyc*.
- Escobar, P. (2016). *Instituto de Neurociencias*. Obtenido de Junta de Beneficiencia de Guayaquil: <https://institutoneurociencias.med.ec/component/k2/item/15033-sindrome-de-burnout-14-signos-de-agotamiento-laboral>
- Herrera, P. (2016). Estudio comparativo de prevalencia de síndrome de Burnout en estudiantes de pregrado de facultades de la Universidad Católica del Ecuador. *Pontificia Universidad Católica del Ecuador*.
- Kabato, I. (2019). *Centro de Psicología Psicoadapta*. Obtenido de <https://www.psicoadapta.es/blog/que-es-el-esquema-mental/#:~:text=QU%C3%89%20ES%20EL%20ESQUEMA%20MENTAL&text=Un%20esquema%20mental%20es%20un,nuestra%20conducta%20de%20manera%20inconsciente>.
- Marín, A., & Restrepo, S. (2016). La influencia de factores psicológicos como autoestima, autoconcepto y autoeficacia en el rendimiento académico en adolescentes. *Revista Electrónica Psyconex*.
- Molina, D. (2020). Consecuencias del síndrome de burnout en el trabajo y estrategias de prevención de riesgos para la seguridad y salud laboral. *Cielo laboral*.
- Molla, J. (2022). Las terribles consecuencias del síndrome del 'burnout': "Pasa inadvertido hasta que su efecto sobre cuerpo y mente es ineludible". *20 minutos*.
- Morales, L. (2015). Síndrome de Burnout. *Scielo*.

- Organizacion Mundial de la Salud. (2022). Síndrome de burnout: síntomas, tratamiento y cómo enfrentar esta enfermedad. *National Geographic*.
- Puig, A., & Ricaño, K. (2021). Sintomatología de ansiedad y burnout al término de la licenciatura de médico cirujano. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba*.
- Rivera, A. (2019). Factores de riesgos asociados al sindorme de degaste profesional (Burnout). *Revista Digital de Postgrado Universidad Central de Venezuela*.
- Roa, A. (2013). La educacion emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Dialnet*, 244.
- Sanchez, A. (2019). Autoesquemas y estrategias de un grupo de adultos mayores del Municipio de Chigorodo y su relacion con la calidad de vida y estado de animo. *Universidad de Antioquia*.
- Servicio Andaluz de Salud. (2020). Escala de Ansiedad de Hamilton. *Junta de Andalucia*.
- Valencia, E. (2022). Síndrome de Burnout en personal de salud que brinda atención a pacientes con COVID-19. *INDTEC, C.A.*
- Valenzuela, M. (2017). Auto-eaquema. *Psicologos en linea*.
- Vasquez , D. (2018). Autoesquemas de los niños y niñas de 7 a 12 años en situacion vulnerable. *Institucion Universidad de Envigado*.

ANEXOS

Anexo 1. Ficha de observación clínica

FICHA DE OBSERVACION CLINICA MODELO DE REPORTE DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

DATOS GENERALES:

Nombre: S.H **Sexo:** Masculino **Edad:** 32 años

Lugar y fecha de nacimiento: Ricaurte, 27 de octubre 1990

Instrucción: Médico General

Tiempo de Observación: 60 minutos

Hora de Inicio: 8:00 am **Hora final:** 9:00 **Fecha:** Martes, 03/01/2023.

Tipo de Observación: Observación Directa

Nombre del Observador(a): Jorge Suarez

I. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:

2.1 DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA.

La paciente de contextura delgada, estatura de 1,60 cm, cabello largo, lacio, color negro, muestra lateralidad diestra

2.2 DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA.

La paciente se encuentra orientada en tiempo y espacio, se mostró nerviosa, intranquila, movimientos involuntarios en sus extremidades inferiores y superiores.

II. COMENTARIO:

Ninguno

Anexo 2. Entrevista semiestructurada



HISTORIA CLÍNICA

HC. # 01

Fecha: 03/01/2023

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: S.J.H.F

Edad: 32 años

Lugar y fecha de nacimiento: Ricaurte, 27 octubre del 1987

Género: Femenino

Estado civil: Soltera

Religión: Ninguna

Instrucción: Médico general

Ocupación: Residente de cardiología

Dirección: Vía a caluma

Teléfono: xxxxxxxxxxx

Remitente: Remitido por el paciente

2. MOTIVO DE CONSULTA

La Srta. S.H llega a consulta psicológica, porque hace un año aproximadamente y en el transcurso de los meses y últimos días sesión ha comenzado a experimentar cansancio, dificultad para dormir, nerviosismo, aumento considerable del apetitivo e irritabilidad, dificultando realizar sus labores.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

La paciente comenta que hace 12 meses ingreso a realizar su residencia en la especialidad de cardiología en el Hospital de Luis Vernaza de Guayaquil, donde un día antes de ingresar, se había idealizado como iba a ser esos 4 años haciendo lo que más ama, refiriendo “Todo saldrá bien, me he preparado por años, todo va hacer perfecto” una vez dentro ya del área hospitalaria, el primer día elaboro varias actividades que fueron demasiado complejas, siendo regañada por un superior suyo.

La primera semana de trabajo intento acoplarse, pensando que la situación cambiaria, con el pasar de los días los turnos se volvieron difíciles y con horarios que doblaban su turno, manifestando “era muy complicado, a veces quería llorar, diciéndome que era hasta acostumbrarme” desde ahí comenzó a experimentar los primeros síntomas de cansancio, dificultad para concentrarse, su autoestima bajo, ya nunca pensó que fuera tan complicado, las semanas pasaron, y comenzó sentir desesperación, angustia, y debido a eso en sus ratos libres comenzó a comer demasiado ya que su apetito había incrementado.

Hace 6 meses cambiaron a director del hospital y al jefe de residentes, con los cuales empezó a tener problemas, ya que supuestamente no realizaba bien las actividades asignadas y estaba brindando mala praxis médica, muchas veces fue llamada a la oficina donde la insultaron menospreciando su trabajo, donde refiere “Mis sueños no se van a cumplir, nada puedo hacer bien”, y que si seguía así tendría que salir del programa, a partir de ahí, pasa llorando en la noche, con miedo intenso de perder su gran sueño de ser cardióloga.

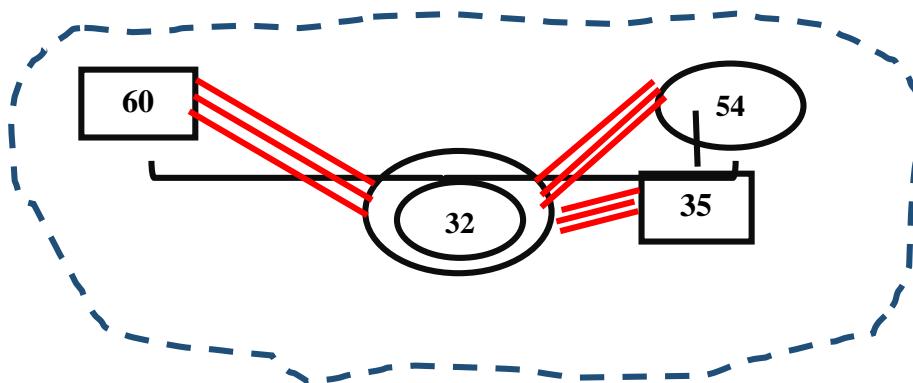
Hace 3 meses estaba atendiendo y por descuido no intencional debido a que había estado haciendo turno por 72 horas por castigo no superviso bien los exámenes de un paciente con cardiopatía congénita, cuando ella ingresa al cubículo donde se encontraba el enfermo observo y quedo paralizado por el susto que esa persona se estaba infartando, su jefe llego y pudo hacerle reanimación cardio pulmonar salvándole la vida, luego de salir del susto el jefe la agredió verbalmente delante de sus compañeros y pacientes que no servía para nada, que era una inepta y una más quedaba fuera del programa. A partir de ahí comenzó a presentar síntomas de irritabilidad, enojo, ya que sus compañeros se habían reído por lo que le había sucedido, también debido a la angustia que presentaba quería calmar esa situación, comenzó autolesionarse con un estile en sus piernas para aliviar esa frustración que tenía y mientras lo hacía mencionaba “No sirvo para nada”

Hace una semana entro en una crisis donde se le dificultaba respirar y tenía dolor de cabeza, porque el médico le había dicho que estaba fuera de la residencia, y que buscara otro hospital donde acepten ineptos, sus compañeros al ver la situación de la chica la ayudaron enseguida, donde el psiquiatra del hospital le mando reposo absoluto y buscar ayuda profesional por su agotamiento físico debido a las labores que realizaba.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre de 60 años, cirujano, padece de diabetes. Madre de 54 años, cardióloga, sin enfermedad. Hermano de 32 años, militar

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



Actualmente, el paciente vive con su padre, madre y hermano mayor, con los cuales tiene una relación muy estrecha.

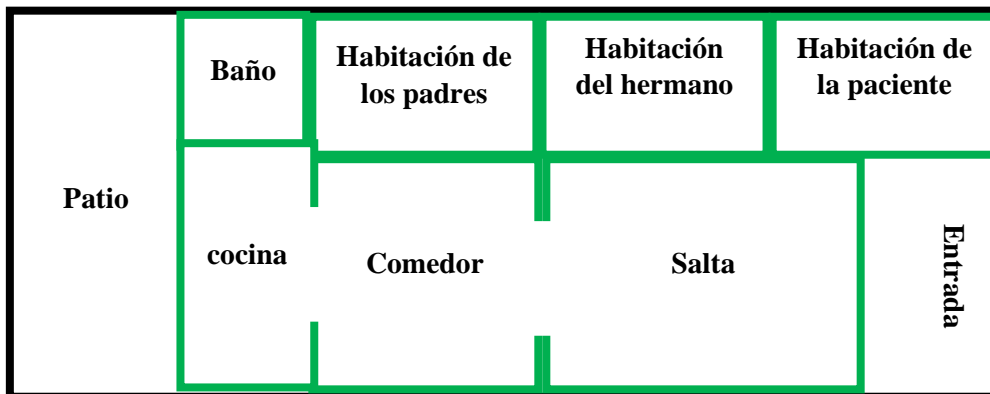
b. Tipo de familia.

El paciente viene de una familia nuclear o tradicional integrada por padre, madre hermano mayor y su persona

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

Ningún miembro familiar presenta algún tipo de patología.

5. TIPOLOGÍA HABITACIONAL



Casa propia. Servicios básicos: agua potable, energía, internet y alcantarillado

Viven 4 personas.

3 camas: 1 en el cuarto de la madre, 1 en el cuarto del hermano mayor, 1 en el cuarto del paciente. Cuenta con 1 ventana, 1 baño

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS (Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades).

Embarazo: Fue planificado, deseado por el padre y la madre. Su alumbramiento fue a las 39 semanas.

Parto: Cesárea, en el hospital sin complicaciones.

Lactancia: Fue a través de leche de formula hasta el año.

Marcha: A los 6 meses comenzó a gatear y al año comenzó a caminar.

Lenguaje: Balbuceó a los 5 meses, al año empezó a pronunciar las primeras palabras con sentido y a los 2 años construía frases, a los 3 años construía oraciones.

Control de esfínteres: A partir de los 2 años y medio, nunca presentó enuresis.

Funciones de autonomía: A los 5 años comenzó a independizarse por medio de afirmaciones y negaciones a lo que le manifestaban.

Enfermedades: Ninguna.

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

En la escuela y colegio la paciente tuvo una adaptación normal, respetaba a sus compañeros y docentes, presentaba tareas teniendo un buen rendimiento académico, permitiéndole obtener una beca para la universidad.

6.3. HISTORIA LABORAL

Su primer trabajo en el hospital.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

La joven refiere que tiene pocos amigos, pero igual socializa con los demás cuando estaba en la universidad y en el trabajo.

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses)

La paciente en su tiempo libre le gusta practicar lectura.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

La joven manifiesta que siempre ha sido poco afectivas no le gusta dar abrazos o que lo abracen, ni a su familia, su primera menarquia fue a los 12 años, su primera relación coital fue a los 23 años, nunca ha tenido un noviazgo, y tampoco se masturba, su vida sexual no es muy activa.

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)

No refiere.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

La paciente comía normalmente 3 veces al día actualmente come en grandes cantidades y consecutivamente.

6.9. HISTORIA MÉDICA

No refiere.

6.10. HISTORIA LEGAL

No refiere.

6.11. PROYECTO DE VIDA

Tener su especialidad de cardiología.

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

La paciente S.H orientada en tiempo y espacio, de contextura delgada, estatura de 1,60 cm, cabello largo, lacio, color negro, muestra lateralidad diestra, en la primera sesión se mostró nerviosa, intranquila, movimientos involuntarios en sus extremidades inferiores y superiores. Lenguaje expresivo, fluido y comprensivo.

7.2. ORIENTACIÓN

Presenta una orientación autopsíquica.

7.3. ATENCIÓN

No presenta problemas de atención.

7.4. MEMORIA

No presenta problemas de memoria.

7.5. INTELIGENCIA

No presenta problemas de inteligencia.

7.6. PENSAMIENTO

No presenta problemas de pensamiento.

7.7. LENGUAJE

No presenta dificultades en su lenguaje.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

No presenta dificultades en su psicomotricidad.

7.9. SENSOPERCEPCIÓN

No presenta dificultades en su sensopercepción.

7.10. AFECTIVIDAD

Presenta miedo intenso.

7.11. JUICIO DE REALIDAD

No presenta alteración en el juicio de la realidad.

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Presenta conciencia de enfermedad.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMÁTICOS E IDEAS SUICIDAS

No refiere.

8. PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS

- **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) de Aaron Beck, Robert Steer y Gregory Brown, 1996**

Obtiene 32 puntos, que equivale a **Ansiedad moderada**.

✚ Dentro de la Ansiedad fisiológica puntúa 23.

✚ Dentro de la Ansiedad somática puntúa 9.

- **Escala de Hamilton para Ansiedad, 1950**

Obtiene 27 puntos, que equivale a **Ansiedad moderada agrave**.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Dificultad para concentrarse, pensamientos automáticos, desesperación, angustia,	Ansiedad
Afectivo	Autoestima baja, miedo, irritabilidad, enojo	
Conducta social - escolar	Atracones, autolesionarse	
Somática	Cansancio, llanto, cefalea, disnea	

9.1. Factores predisponentes: El ingreso a realizar la residencia de cardiología, doblar turnos, cambios de jefes, mala relación con los compañeros

9.2. Evento precipitante: Perdida de año en su residencia

9.3. Tiempo de evolución: 1 año.

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Diagnóstico presuntivo: F41.1 (300.02) DSM-V Trastorno de ansiedad generalizada.

11. PRONÓSTICO

El paciente presenta un pronóstico favorable, debido a que está dispuesto a corroborar en cada sesión y cuenta con la ayuda de la familia.

12. RECOMENDACIONES


Se recomienda que el paciente asista a: a terapia Cognitiva Conductual y realizar actividad física o deportiva.

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta terapéutica	Técnicas	Numero de sesiones	Fechas	Resultados obtenidos
Cognitiva: Pensamiento/afectivo Pensamiento automático: “no sirvo para nada”	Conseguir en la paciente una aprenda la utilización de la técnica.	Respiración 4 tiempo	1	11/01/2023	Se consiguió que la paciente utilice la técnica en situaciones estresantes.

	Informar a la enferma sobre su condición y como le está afectando.	Psicoeducación	1	19/01/2023	La paciente entiendo la situación por la que está atravesando.
	Lograr la identificación de los pensamientos automáticos por parte del sujeto.	Explicar cómo los pensamientos generan sentimientos	1	19/01/2023	El paciente genero pensamiento alternativo “Voy a seguir el tratamiento para vivir”.
	Identificar que la paciente diferencie los diversos eventos.	Diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos	1	25/01/2023	La joven identifico los diferentes eventos pensamientos y sentimientos.
Conductual: Atracones, autolesionarse	Conseguir en la paciente relajación antes eventos caóticos.	Relajación pasiva	1	01/02/2023	Se consiguió que el paciente replique la técnica
Somática: Cansancio, llanto, cefalea, disnea	Lograr en el paciente resurja de la rutina de inactividad.	Planificación de actividades		10/02/2023	Se logró en el paciente la planificación de actividades en sus momentos de ocio.

Anexo 4: Test psicométricos



REMERON SolTab
MIRTAZAPINA

SHF 32 años

ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD			1	2	3	4	Puntuación
Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave			
1	Ansiedad	Preocupación, pesimismo, miedo al futuro, irritabilidad.					X
2	Tensión	Sensación de tensión, cansancio, sobresaltos, propenso al llanto, estremecimientos, sensación de irritación, incapacidad para relajarse.		X			
3	Miedo	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a las aglomeraciones.	X				
4	Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no reparador y sensación de extrañeza al despertar, pesadillas, temores nocturnos.	X				
5	Intelecto	Dificultad para concentrarse, reducción de la memoria.		X			
6	Humor depresivo	Perdida de interés, incapacidad de disfrutar con las aficiones, despertar precoz, alterancia diurna.		X			
7	Síntomas somáticos (musculares)	Dolores musculares, sensación de estiramiento, rigidez, contracciones clónicas, dedos apretados, voz trémula, aumento del tono muscular.	X				
8	Síntomas somáticos (sentidos)	Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, sensación de perforación.					X
9	Síntomas somáticos cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, precordialgia, pulsaciones, sensación de desvanecimiento.		X			
10	Síntomas respiratorios	Sentido de pesadez o constricción en el tórax, sensación de sofoco, suspiros, disnea.					X
11	Síntomas gastrointestinales	Dificultad de deglución, flatulencia, dolor abdominal, ardor, sensación de hartura, náusea, vómito, borborigmos, meteorismo, pérdida de peso, estipsis.					X
12	Síntomas genitourinarios	Micción frecuente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia.			X		
13	Síntomas del SN autónomo	Sequedad de boca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea, piloerección.					X
14	Comportamiento del paciente durante el examen	Agitado, inquieto, avanza y retrocede, temblor de manos, suspiros o taquipnea, palidez de rostro, deglución constante, etc.		X			
Puntuación TOTAL							

Identificación SME Fecha 32 años

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

- 0 = en absoluto
- 1 = Levemente, no me molesta mucho
- 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sensación de calor	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temblor de piernas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapacidad de relajarse	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que suceda lo peor	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mareo o aturdimiento	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Palpitaciones o taquicardia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terrores	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
11. Sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
12. Temblores de manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
14. Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
16. Miedo a morir	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sobresaltos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Molestias digestivas o abdominales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
19. Palidez	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rubor facial	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

TOTAL: 32 A.F. 23 A.S. 9

Respuesta: Ansiedad moderada