



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

DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL
EXAMEN COMPLEXIVO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGO CLÍNICO

TEMA:

LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU EFICACIA EN LA
REDUCCIÓN DEL ESTRÉS LABORAL EN UN SERVIDOR POLICIAL DE LA
UNIDAD ANTINARCÓTICOS DE LA CIUDAD DE BABAHOYO

AUTOR:

RICARDO JOSÉ JIMÉNEZ GONZÁLEZ

TUTOR:

MSC. XAVIER EDUARDO FRANCO CHOEZ

LECTOR:

MSC. SILVIA DEL CARMEN LOZANO CHAGUAY

BABAHOYO – DICIEMBRE

2018



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



DEDICATORIA

El siguiente proyecto educativo lo quiero dedicar a mí Sra. madre. Mercedes Patricia González Longas, quién desde los inicios de este viaje por las aulas universitarias, me brindó su total apoyo y respaldo, sin ella, esto no hubiese ocurrido.

A mi Sr. padre. Jacinto Antenor Jiménez Acuña, quien desde el infinito espacio me bendice.

Os dedico esta meta a mí hermana Verónica Jiménez y a mí sobrina María Eduarda Touma, parte de la inspiración que recorre mis venas para culminar este viaje.

A mi novia, María José y Valeria, fuente inagotable de amor que nos empuja hacia nuestros objetivos trazados.

A mis amigos, Dany Yépez, José Luis Vargas Machuca, Dany Marcillo, Carlos Ramos. Hermanos que me dio la vida.

Dedico este logro al Sr. Edwin Zúñiga Torres. Gracias a sus acertados consejos he llegado hacia este momento importante en mi vida.

RICARDO JOSÉ JIMÉNEZ GONZÁLEZ



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



AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, **Ricardo José Jiménez González**, portador de la cédula de ciudadanía **120465755-3**, en calidad de autor del documento probatorio dimensión práctica del examen complejo, previo a la Obtención del Título de **Psicólogo Clínico**, declaro que soy autor del presente trabajo de investigación, el mismo que es original, auténtico y personal, con el tema:

**LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU EFICACIA EN LA
REDUCCIÓN DEL ESTRÉS LABORAL EN UN SERVIDOR POLICIAL DE LA
UNIDAD ANTINARCÓTICOS DE LA CIUDAD DE BABAHOYO**

Por la presente autorizo a la Universidad Técnica de Babahoyo, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen.


RICARDO JOSÉ JIMÉNEZ GONZÁLEZ
CI. 120465755-3



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



**CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL DOCUMENTO
PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN
COMPLEXIVO PREVIA A LA SUSTENCIÓN.**

Babahoyo, 25 de octubre del 2018

En mi calidad de Tutor del documento probatorio dimensión práctica del examen complejo, designado por el Consejo Directivo con oficio N° CPC-074-18, con fecha del 17 de abril del 2018, mediante resolución N° CD-FAC.C.J.S.E-SO-008-RES-002-2018, certifico que el Sr. **Ricardo José Jiménez González**, ha desarrollado estudio de caso titulado:

**LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU EFICACIA EN LA
REDUCCIÓN DEL ESTRÉS LABORAL EN UN SERVIDOR POLICIAL DE LA
UNIDAD ANTINARCÓTICOS DE LA CIUDAD DE BABAHOYO**

Aplicando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo al egresado, reproduzca el documento definitivo del documento probatorio dimensión práctica del examen complejo y lo entregue a la coordinación de la carrera de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a conformar el Tribunal de sustentación designado para la defensa del mismo.

MSC. XAVIER EDUARDO FRANCO CHOEZ

DOCENTE DE LA FCJSE.





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



**CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL LECTOR DEL
DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL
EXAMEN COMPLEXIVO PREVIA A LA SUSTENCIÓN.**

Babahoyo, 5 de noviembre del 2018

En mi calidad de Lector del Informe Final documento probatorio dimensión práctica del examen complejo, designado por el Consejo Directivo con oficio N° CPC-074-18, con **17 de abril del 2018**, mediante resolución N° CD-FAC.C.J.S.E-SO-008-RES-002-2018, certifico que el Sr. **Ricardo José Jiménez González** ha desarrollado el documento probatorio dimensión práctica del examen complejo cumpliendo con la redacción gramatical, formatos, Normas APA y demás disposiciones establecidas:

**LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU EFICACIA EN LA
REDUCCIÓN DEL ESTRÉS LABORAL EN UN SERVIDOR POLICIAL DE LA
UNIDAD ANTINARCÓTICOS DE LA CIUDAD DE BABAHOYO**

Por lo que autorizo al egresado, reproduzca el documento probatorio dimensión práctica del examen complejo y lo entregue a la coordinación de la carrera de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a conformar el Tribunal de sustentación designado para la defensa del mismo.

MSC. SILVIA DEL CARMEN LOZANO CHAGUAY
DOCENTE DE LA FCJSE.



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



RESUMEN

El servidor policial de una Unidad Antinarcoóticos cumple con una de las tareas que más responsabilidades tiene bajo su dominio más aún si pertenece al área administrativa pues por sus manos subyacen casos de enorme importancia a nivel procesal, por lo que se encuentra expuesto a constante presión de cubrir a cabalidad con las funciones asignadas a su cargo esta exposición continua provoca respuestas fisiológicas y emocionales que comprenden el estrés.

El presente estudio de investigación pretende establecer los efectos que producen en un policía de esta Unidad especializada perteneciente al área operativa y administrativa estas sobrecargas emocionales, y en qué áreas específicas para con esto detallar un esquema terapéutico implementado acorde a estas necesidades con el fin de conseguir mejoras en su salud emocional y por ende en su calidad de vida.

Palabras clave: afectación, estrés, servidor policial, Unidad antinarcoóticos, salud emocional, calidad de vida



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



**RESULTADO DEL INFORME FINAL DEL DOCUMENTO
PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN
COMPLEXIVO**

EL TRIBUNAL EXAMINADOR DEL PRESENTE DOCUMENTO PROBATORIO
DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO, TITULADO: LA
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU EFICACIA EN LA REDUCCIÓN
DEL ESTRÉS LABORAL EN UN SERVIDOR POLICIAL DE LA UNIDAD
ANTINARCÓTICOS DE LA CIUDAD DE BABAHOYO

PRESENTADO POR EL SEÑOR: RICARDO JOSÉ JIMÉNEZ GONZÁLEZ

OTORGA LA CALIFICACIÓN DE:

9,86 (nueve, ochenta y seis)

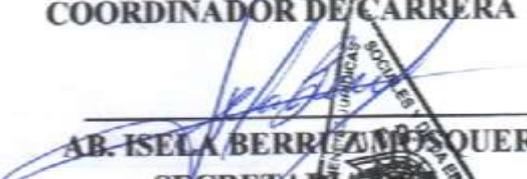
EQUIVALENTE A:

TRIBUNAL:


MSC. JANETT VERDESOTO
GALEAS
DELEGADA DE LA DECANA


MSC. FRANKLIN MONTECE
MOSQUERA
DELEGADO DEL
COORDINADOR DE CARRERA


PSL. CL. ROBERTO BETANCOURT
MALDONADO
DELEGADO DEL CIDE


AB. ISELA BERRIOZABUENA
MOSQUERA
SECRETARIA
FAC. CC. J. S. Y E





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



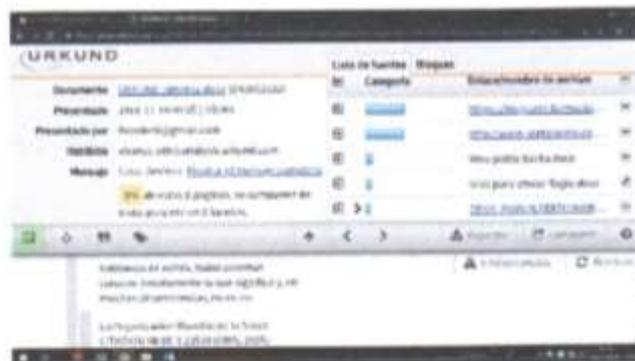
Babahoyo, 11 de noviembre de 2018

INFORME FINAL DEL SISTEMA DE URKUND

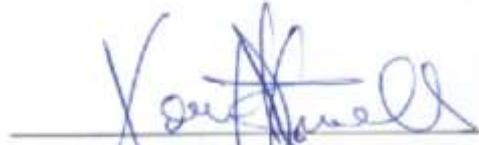
En mi calidad de Tutor del documento probatorio dimensión práctica del examen
complejivo del Sr. Ricardo José Jiménez González, cuyo tema es: **LA TERAPIA
COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU EFICACIA EN LA REDUCCIÓN DEL ESTRÉS LABORAL
EN UN SERVIDOR POLICIAL DE LA UNIDAD ANTINARCÓTICOS DE LA CIUDAD DE
BABAHOYO**

Certifico que este trabajo investigativo fue analizado por el Sistema Antiplagio Urkund,
obteniendo como porcentaje de resultados que evidenciaron las fuentes principales y
secundarias que se deben considerar para ser citadas y referenciadas de acuerdo a las normas
de redacción adoptadas por la institución.

Considerando que, en el Informe Final el porcentaje máximo permitido es el 10% de
similitud, queda aprobado para su publicación.



Por lo que se adjunta una captura de pantalla donde se muestra el resultado del porcentaje
indicado.


MSC. XAVIER EDUARDO FRANCO CHOEZ
DOCENTE DE LA FCJSE.

PSICÓLOGO CLÍNICO
TEL: 031 221 997

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	¡Error! Marcador no definido.
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL ...	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL LECTOR	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN	vi
INFORME FINAL DEL SISTEMA DE URKUND	¡Error! Marcador no definido.
1. Introducción.....	1
Marco Metodológico	2
1.1. Definición del tema caso de estudio	2
1.2. Planteamiento del problema	2
1.3. Justificación	3
1.4. Objetivo	4
1.5. Fundamentación Teórica	4
1.6 Hipótesis	15
1.7 Metodología.....	15
CAPÍTULO II.....	18
Resultados de la investigación.....	18
2.1. Desarrollo del caso	18
2.2. Situaciones detectadas	18
2.3. Soluciones planteadas.....	19
2.4. Conclusiones.....	21
2.5. Recomendaciones	22
Bibliografía.....	23
ANEXO	
ANEXO.....	

1. Introducción

Actualmente, en el distrito de Policía de Babahoyo no existe un departamento psicológico, lo cual implica que las y los servidores policiales no puedan tratar sus afectaciones en el ámbito de la salud mental o realizar alguna consulta de rutina. Debido a las cargas laborales y los horarios rotativos, muchos policías desarrollan estrés, lo cual conlleva a un cambio de comportamiento y desarrollo de conductas que perjudican su esfera laboral, familiar y social.

Cabe mencionar que la separación del seno familiar también es un factor que influye en el estrés hasta el punto de aparecer síntomas de depresión por ese cambio que se da cuando se debe abandonar la ciudad de residencia. Se decide abordar la institución policial, haciendo especial hincapié en una temática considerada de interés por las principales autoridades de la policía del Cantón Babahoyo.

En el primer capítulo se dará a conocer el objetivo de la investigación y ciertos aportes académicos que hay realizado varios autores acerca de la problemática autores consumados en el área de psicología, y además se podrá evidenciar el marco metodológico donde se ubican las bases y técnicas que sostiene este proyecto.

En el segundo capítulo se da a conocer el estudio planteado dentro del trabajo mismo que es analizado, luego se detallan todas las situaciones detectadas durante la investigación, se formuló un esquema terapéutico con el objetivo de mejorar el estado emocional, mental, intrapersonal e interpersonal del usuario, siempre basándose en el diagnóstico obtenido, por último las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

Marco Metodológico

1.1. Definición del tema caso de estudio

La Terapia Cognitiva Conductual y su eficacia en la reducción del estrés Laboral en un Servidor Policial de la Unidad Antinarcoóticos de la Ciudad de Babahoyo

1.2. Planteamiento del problema

La Unidad Antinarcoóticos de la Ciudad de Babahoyo es un cuerpo operativo que realiza acciones de inteligencia e intervención para paliar la actual oleada de infamia que adolecen nuestras ciudades como el tráfico y expendio de sustancias sujetas a fiscalización, por ende, es de suma importancia que los miembros de esta Unidad y en cualquiera de sus áreas, reciban una atención especializada y personalizada que aborde cualquier tipo de afección que le aqueje.

Desde hace aproximadamente un año la Institución Policial no cuenta con psicólogo, cuya importancia radica en todo grupo operativo primero en labores de prevención e higiene mental para de esta manera no tener que llegar a realizar intervenciones, en el caso presentado en este estudio, un miembro del área administrativa de esta Unidad se encontraba afectado por un estado de tensión constante, lo cual estaba afectando su desempeño en el área laboral, social, familiar lo que hizo necesario establecer los mecanismos más efectivos para el tratamiento de sus malestares, es por eso que a partir de esta problemática surge la siguiente pregunta:

¿La Terapia Cognitiva Conductual es útil para reducir el estrés Laboral en un Servidor Policial de la Unidad Antinarcoóticos de la Ciudad de Babahoyo?

1.3. Justificación

El trabajo policial es una profesión que está sujeta al cumplimiento de una normativa muy determinada y específica, confluyen además en él, como todo ser humano pueden presentar muchos cambios psicológicos a través del tiempo a causa de determinadas situaciones que alteran su comportamiento y conducta.

El presente estudio aporta conocimientos a los servidores públicos de la policía nacional del distrito Babahoyo, que permitan el manejo de técnicas cognitivas-conductuales para que puedan sobrellevar de mejor manera sus problemas mediante herramientas que sean útiles en el manejo del estrés, de esta manera, quienes aprendan las técnicas podrán hacer frente a las situaciones antes mencionadas y llevar una mejor vida laboral y familiar.

El principal beneficiado del presente estudio es el policía que participa en el mismo, así como todo el personal policial pues con esta investigación se facilitará las herramientas y recurso que les permitan afrontar adecuadamente las cargas de estrés, así como sus familiares y la sociedad en general por ser estos un pilar fundamental en estabilidad de la ley y el orden.

Este estudio se pudo llevar a cabo debido a que contó con la participación voluntaria de un miembro de la institución policial, así como de sus autoridades superiores quienes facilitaron la autorización y las instalaciones de la Unidad para la realización del mismo.

1.4. Objetivo

Determinar como la Terapia Cognitiva Conductual es de gran utilidad para reducir el estrés Laboral en un Servidor Policial de la Unidad Antinarcoáticos de la Ciudad de Babahoyo

1.5. Fundamentos Teóricos

La Terapia Cognitiva Conductual: Una Terapia Breve Para el Cambio

Los conceptos aportados a partir del inicio de las terapias breves (Robert Baron, 2014), la psicología integrativa y más que todo de la Terapia Cognitiva Conductual, apuntan a un tratamiento psicológico breve y focalizado siempre en el presente y el futuro que en el pasado. Estas técnicas son de tipo psicoterapia o intervención psicológica que estas están enfocada en la búsqueda de un cambio. A continuación de detallarán las técnicas que se implementaran.

Técnicas Cognitivas

Enfocadas principalmente a modificar las ideas disfuncionales que vienen afectando al servidor policial.

Reestructuración cognitiva

Se aplicará esta técnica con la finalidad de modificar las ideas perturbadoras que mantienen al paciente en constante preocupación, mediante la refutación de aquellas ideas disfuncionales.

Terapia de resolución de problemas

Mediante esta técnica el paciente podrá identificar con claridad situaciones que le están ocasionando malestar además de plantearse alternativas viables para la solución de las mismas.

Técnicas Fisiológicas

Encaminadas a reducir los efectos fisiológicos ante los factores estresantes tales como, sudoración, palpitaciones aceleradas (arritmias), respiración inconstante.

Respiración profunda diafragmática

Se entrenará al paciente en respiración profunda diafragmática debido a que este tipo de respiración facilita que el oxígeno llegue a todos los rincones del organismo de manera adecuada y por ende las funciones orgánicas reduzcan su actividad, disminuyendo la ansiedad.

Relajación muscular progresiva:

Con esta técnica se ayudará a que el paciente reduzca la tensión muscular, básicamente consiste en tensar los diferentes músculos del cuerpo aproximadamente por

diez segundos para después relajarlos durante aproximadamente 30 segundos, obteniendo una sensación de relajación placentera.

Técnicas Conductuales

Con la finalidad de realizar actividades que fomenten la activación funcional y coadyuven a despejar la mente del paciente

Ensayos conductuales

Los Ensayos conductuales se empleará en este caso para preparar al paciente sobre cómo actuar antes situaciones, en este caso la oficina, sobre cómo reaccionar ante la aparición de pensamientos invasivos.

Exposición

Se asignaron tareas en las cuales tuvo que afrontar situaciones de desencadenaban respuestas estresantes en su organismo, reuniones familiares, conversaciones con compañeros de trabajo, con la finalidad de poner en práctica lo aprendido en las sesiones terapéuticas y a la vez de que el detecte cogniciones negativas en las cuales no se haya trabajado en las terapias.

Retroalimentación

Se procedió a realizar una revisión de todo lo aprendido durante el proceso terapéutico llevado a cabo además de darle a conocer que si necesitare de algún tipo de asesoría no dude en llamarme para despejar dudas.

Orígenes del tratamiento en terapia conductual cognitiva

El Dr. Albert Ellis inició en 1956, psicólogo, inicio una de las nuevas corrientes psicoterapéutica, conocida actualmente como Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Donde seis años más adelante (1962), el Dr. Aaron Beck, profesor en psiquiatría, psicólogo psicoanalista desarrolló como una nueva modalidad en psicoterapia, la cual fue verdaderamente muy eficaz en el tratamiento de las depresiones y trastornos de ansiedad (Albert Ellis, 2013).

De tal forma la propuesta de Ellis, como la de Aaron Beck otro de los terapeutas vanguardista en el enfoque, conjunto a diversos desarrollos, orientaciones y corrientes, como por ej., los modelos integrativos, sociales, etc... conforman la actualidad se conocen en psicoterapia como corriente cognitivo-conductual.

Ante una determinada circunstancias , cada usuario efectúa una respuesta , la cual esta está mediada por el curso de significación o evaluación, en base a los objetivos, deseos y metas de cada uno, de modo de significación o evaluación realizados, a base a la estructura cognitiva de cada uno, lo cual, los psicólogos denominamos como esquemas, que estos son el resultado tanto de pre-disposiciones genéticas, tiene que ver en conjunto a las experiencias vividas por cada usuario, de tal forma, aunque sea sin este sin saberlo, originan algún tipo de formación.

En estos modelos de Psicoterapias (Nezu, 2013), las hipótesis de trabajo se centran en que los patrones de pensamiento distorsionados o conceptualmente erróneos (denominados distorsiones cognitivas) son estos pensamientos quienes ejercen consecuencias adversas sobre las vivencias, emociones, sensaciones y en el modo de afrontamiento en la vida diaria. Este tipo de terapia, implicará en esos casos la modificación de dichas estructuras y además de los significados o evaluaciones adversas de los usuarios, de esta manera, ofrecerle un apoyo que le favorezca un cambio hacia la mejora la salud mental.

Tenemos la reestructuración cognitiva aplicada en las intervenciones psico-educativas, estas modificaciones emocionales, conceptuales y por ultimo con la puesta en práctica estas nuevas maneras de forma de pensamientos y conductas, contribuyen en la mejoría el estado del usuario mediante cambios en los procesos mentales y el comportamiento.

Como se mencionó con anterioridad, hay influencias genéticas como además los factores biológicos que en conjunto a influencias sociales y psicológicas pueden originar diversos trastornos. La psicología cognitiva, no se aparta del lado biológico de los trastornos, estas pudiendo asociar, en ciertas ocasiones y previa evaluación individual, el uso de ciertos fármacos y psicofármacos para apaciguar o reducir síntomas.

La terapia cognitiva conductual aporta a la modificación y a la superación de las dificultades emocionales como tenemos las ideas los pensamientos y pautas de conducta que estas conllevaron a aumentar los síntomas y malestares trabajándolos de manera puntual. Ya que estas como consecuencia de la angustia o la ansiedad reducen de un modo tan eficaz a niveles capaces de ser controlados.

Características de la psicoterapia cognitiva conductual

Se caracteriza, entre otras cosas, por ser esta una psicoterapia breve (Garcia, 2015) , por enfocarse en el presente, en la problemática planteada y en su resolución, efectuar prevención acerca de futuros trastornos. Esta psicoterapia requiere trabajar conjuntamente tanto del terapeuta como del usuario, ya que así, se logra los objetivos propuestos, los mismos que deben estar desarrollados entre ambos, siendo estos claros y compartidos, llegar a un acuerdo en las metas a alcanzar y en la forma a utilizar, se hace necesaria la aportación del usuario, de esta manera, efectuar un trabajo en unión apuntándose a una terapia breve y eficaz.

El usuario obtiene una función activa, en el cual debe participar no simplemente en las sesiones con el psicoterapeuta, del mismo modo fuera del consultorio, con diferentes tareas solicitada por el psicoterapeuta o psicólogo, a medida que avanza el tratamiento se va ofreciendo información adecuada, es fundamental informar al usuario acerca del modo con que se trabajará, proponiendo metas y objetivos a realizar.

Estar informado en qué consiste este modelo de tratamientos a más de ser de gran beneficio para el proceso psicoterapéutico del mismo, ya que el usuario tiene todo el derecho en estar informado qué es lo que va a pasar en el periodo de la terapia.

Comenzando desde la llamada psicología “cognitiva” vista como una psicología positiva (Troya Angel, 2015), ya que se propicia diversos modos de aprendizajes de beneficio para el usuario, quien añade técnicas y estrategias para su vida diaria, facilitadas y propiciadas por el terapeuta. Estos aprendizajes son muy prácticos, ya que luego esta de haber sido finalizado el tratamiento cuenta con medios que le son ahora propios y que puede conseguir a usar estos cambios en futuras situaciones.

Como principal objetivo es el de ayudar a las pacientes a la superación de la problemática planteada, de esta manera, lograr manejar mejor en su vida diaria. La reestructuración conceptual, referencial y operativa mediante de las intervenciones psicoeducativas, modificaciones emocionales, conceptuales, lo aprendido sobre las nuevas modalidades cognitivo conductuales, colaboran en la mejora del estado de ánimo del usuario.

Estudios de psicología basándose en la evidencia

Diferentes estudios (Michanie, 2015) han demostrado resultados eficaces relacionados con el trastornos psicológicos emocionales y enfermedades psicosomáticas entre ellos en: Los Tratamientos en Adicciones, la Agorafobia, las Fobias, los ataque de Pánico o crisis de Pánico, los Conflictos de Relación y de Pareja, en el Estrés postraumático, en las Disfunciones Sexuales., Fibromialgia, Trastornos de Ansiedad, Trastornos del Estado de Animo, Trastornos y Enfermedades Psicosomáticas,.

Estrés

La definición de estrés (Cadena, 2014) contribuye al proceso mediante el cual el organismo sostiene su equilibrio, habituándose a las exigencias, tensiones en el dominio del medio en que se interactúa. Es una respuesta natural que accede a la adaptación a los cambios y modificaciones que se producen en el ambiente.

La valoración que el usuario realiza por sus propios medios o las estrategias de afrontamiento de esta forma parte de la evaluación secundaria. Tenemos, la reevaluación que conlleva procesos de feedback que tienen lugar acorde se desarrolla la interacción por ende el usuario y las demandas externas o internas, permitiendo correcciones acerca de valoraciones anteriores.

Se han determinado que los siguientes factores de estrés en el ámbito laboral:

- 1) Entorno laboral inadecuado (Falta de luminosidad o luminosidad muy resplandeciente, ruido exagerado o intermitente, vibraciones, exceso de calor o frío)
- 2) Exceso de trabajo
- 3) Trabajos o jornadas que conllevan cambios de los ritmos biológicos
- 4) Responsabilidades numerosas y variables
- 5) Excitación lenta y monótona (trabajo rutinario y aprobado o que no deja influir la creatividad y las ideas independiente)

El síndrome burnout en el trabajo es una reacción al estrés laboral crónico este se manifiesta cuando las condiciones de estas no son las adecuadas y estas fallan como son las estrategias de afrontamiento frecuentemente del usuario para poder manejar los estresores laborales. Estos síntomas lo manifiestan principalmente en profesionales de las organizaciones de servicios (médicos, maestros, funcionarios de prisiones, policías, trabajadores sociales, etc.) lo cual trabajan en contacto directo con los pacientes de tales organizaciones.

No obstante, el síndrome burnout no está necesariamente exclusivo a los profesionales de los servicios humanos. Maslach y Schaufeli (Londoño, 2016) señala que el fenómeno ha sido puntualizado en otro nivel de profesionales como directivos y mandos intermedios de cualquier nivel de organizaciones, como entrenadores y deportistas, e inclusive ha sido estudiado afuera de su ámbito laboral (activistas políticos y amas de casa). El síndrome burnout se especifica como un conjunto de reacciones emocionales, actitudinales y cognitivo-actitudinales a ciertos elementos laborales e institucionales y que este está integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia los usuarios con las que se trabaja, como efecto del estrés crónico. Presenta 3 componentes:

Agotamiento emocional fruto de la inestabilidad entre las demandas y los recursos. Por agotamiento emocional se comprende aquellas circunstancias en la que los trabajadores

sienten no pueden alcanzar más de sí mismos a nivel afectivo de manera debida por el contacto diario y conservando con usuarios a las que hay que atender.

Despersonalización o desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, como la impudicia, hacia los usuarios destinatarias del trabajo. Estos usuarios de son muy vistos por los profesionales de cierto modo deshumanizados precisamente a un endurecimiento afectivo, lo que implica que les reprendan de sus problemas.

Falta de realización personal, como consecuencia del conflicto entre las estrategias de afrontamiento y el compromiso que se demanda. Se determina como la preferencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de manera especial esa reevaluación negativa reduce la capacidad en la realización del trabajo y a la relación con los usuarios a los que atienden.

Estrés laboral

En el momento que hablamos de estrés, todos creemos conocer debidamente lo que significa y, en muchas circunstancias, no es así. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) determina el estrés como un **conjunto de reacciones fisiológicas** que acondiciona al organismo para la acción.

Estas reacciones físicas pueden estar manifestadas por sensaciones como: **tensión, angustia o nerviosismo, agobio**. Dependiendo del usuario y de las experiencias, aquellas sensaciones pueden estar canalizadas de una manera u otra, que podría llegar a ser beneficiosa o no. Podemos prestar atención, a la definición de estrés no lleva ligada, al comienzo, ningún connotación negativa; sin embargo, puede llegar ser perjudicial para la salud.

Tipos de estrés

Todas las personas estamos sujetos a cierto nivel mínimo de estrés (Regueiro, 2018) que, en situaciones específicas, estas pueden aumentar y, dependiendo de nuestra **capacidad de reacción** que tenga vuestro organismo estas llegan o, puede producir:

1. Efectos positivo (eustrés o estrés positivo)
2. efectos negativo (distrés o estrés negativo)

Es aquí en lo cual comenzamos a introducir la visión adversa que el estrés genera en la sociedad, por lo tanto un nivel de estrés moderado, que remita cuando este estímulo finalice, puede defender al organismo a alcanzar sus objetivos, sin embargo en caso de que el nivel de estrés no disminuya y este se mantenga en cotas alta tiempo, un período de duración prolongado, empiezan a surgir síntomas negativos.

Las causas del estrés

Ante esta circunstancia, cabe acentuar que el estrés, y ente el estrés laboral, está determinado por la Organización Internacional del Trabajo esta como patología, inclusive catalogado como la epidemia del siglo XXI (Campell, 2015), en circunstancias determinadas del estrés laboral, las causas están más claras, y suelen concordar en todos los casos con:

1. alto nivel de presión en el medio de trabajo, ya sea causada por un elevado grado de responsabilidad.
2. Desmesurada carga de tareas.
3. Relaciones laborales insatisfactorias.
4. Ambiente físico-laboral inapropiado o una combinación de factores.

En cuanto a las causas, es de igual modo es importante destacar que unos mismos factores estresores pueden originar diferentes respuestas dependiendo del usuario: para algunos trabajadores un alto nivel de responsabilidad originara eustrés, lo cual aumentara la

sensación de seguridad y control, mientras que, para otros, la misma circunstancia se transformara en un factor de riesgo y este va a producir distrés.

El matiz diferencial del estrés común y el estrés laboral esta únicamente en el origen de este, sin embargo, los efectos y los problemas de salud que aquel último provoca, no se residen solamente en el trabajo, incluso estas provocan un afecto en el entorno más próximo del usuario.

Cuáles son las consecuencias del estrés

Determinados factores estresores (Medicina de Familia en la Red, 2014) como tenemos en el caso del estrés laboral, es apropiado hablar del “gran desconocido”: los resultados.

Sin embargo en ocasiones se trata el estrés como un tema sin importancia, una exposición prolongada a este puede causar:

1. **Enfermedades** y patologías muy graves.
2. **Problemas** fisiológicos, cognitivos, motores.
3. **Trastornos** inmunológicos, respiratorios, cardiovasculares, endocrinos, dermatológicos, sexuales y psicopatológicos, que pueden conllevar, en casos graves, a la depresión e inclusive a cometer suicidio.

También, en el caso del estrés laboral, tenemos además que hablar también de los efectos que este tiene en la organización como son:

1. El absentismo.
2. La disminución de productividad.
3. La alta rotación de la mano de obra.

4. La disminución en la calidad en procesos y productos.
5. La pérdida de tiempo y, con todo ello, la pérdida económica que esto puede ocasionar.

Como podemos analizar, si bien en ocasiones no se tenga plena circunstancia de ello, el estrés puede manifestar unos efectos negativos verdaderamente graves, es necesariamente por este motivo tiene que seguir una posición de prevención frente al estrés laboral.

1.6 Hipótesis

Si se establece que la terapia cognitivo conductual reduce el estrés en un servidor policial de la Unidad Antinarcoóticos de la Ciudad de Babahoyo se podrá decir que es útil en la reducción del estrés.

1.7 Metodología

El presente estudio se realizó en base a un caso de ansiedad, utilizando la metodología de investigación “Descriptiva” la cual describe la utilización de técnicas y estrategias psicológicas para la evaluación, diagnóstico y tratamiento del Trastorno de Ansiedad.

El método de investigación empleado en el presente trabajo de investigación fue el “inductivo” debido a que permite generalizar conclusiones partiendo de casos en particular, además se determinaron técnicas racionales emotivas específicas que permitieran superar la ansiedad que se encontraba padeciendo el usuario que fue atendido en este consultorio de atención mental, para poder llegar a su diagnóstico se aplicaron técnicas como la “Entrevista clínica” la cual es una técnica de recogida de información que utilizamos constantemente en nuestra profesión. (ANEXO 1)

La Entrevista Clínica (Rojas, 2016) tiene como finalidad principal conocer las pautas y formas de vivir del sujeto, desentrañar características valiosas y patológicas del sujeto, siempre tiene una utilidad para la persona entrevistada, pues contribuye a la sinceridad, tomar en cuenta el beneficio que se va obteniendo o no, en este caso fue de enorme importancia su utilización brindó una visualización más amplia de como este trastorno afecta en el diario desenvolvimiento del sujeto.

Otra herramienta auxiliar empleada fue la “Guía de observación” que son instrumentos de investigación y evaluación y recolección de datos, acerca de un objetivo específico, sobre la que se registran variables específicas que sirvan para adicionar datos a fin de brindar recomendaciones para la mejora correspondiente, estas fichas pueden ser de corta duración o de gran duración. (ANEXO 2)

Para determinar el nivel de ansiedad del usuario se empleó el test “Escala de ansiedad de Hamilton”, esta escala es una de las herramientas más utilizadas en investigaciones psicológicas sobre ansiedad, en el presente trabajo de investigación fue de enorme utilidad (ANEXO 3)

Se usó además el Inventario de Depresión de Beck, creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad.

El Inventario de Depresión de Beck es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas, cabe indicar que los resultados de este test no son suficientes para realizar el diagnóstico de depresión, se usa como herramienta auxiliar complementaria a la entrevista psicológica/psiquiátrica. (ANEXO 4)

Por último se empleó el cuestionario Maslach que es uno de los instrumentos más utilizados para valorar el nivel de burnout, Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout, como propósito principal tiene medir tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. . (ANEXO 5

CAPÍTULO II

Resultados de la investigación

2.1. Desarrollo del caso

El caso se desarrolló a lo largo de 6 sesiones, cada una con una duración de 60 minutos, 40 minutos para que el paciente exprese sus ideas o sentimientos y 20 minutos para hacer la devolución, y estas comprendieron las siguientes etapas.

Sesión 1°

Luego de establecer el Rapport, se registraron los datos de filiación del paciente y su núcleo familiar.

Sesión 2°

Se registró el motivo de consulta, la síntesis e irrupción del cuadro psicopatológico.

Sesión 3°

Se registró la historia familiar y los antecedentes psicopatológicos familia

Sesión 4°

Se hizo el registro de la anamnesis del paciente.

Sesión 5°

Se llevó acabo la aplicación de pruebas psicométricas con el objetivo de cuantificar los rasgos psicopatológicos del servidor policial.

Sesión 6°

Se efectuó la entrevista de devolución al paciente en la cual se entregaron los resultados de las pruebas y a su vez para darle a conocer el psicodiagnóstico final.

Posterior a los antes mencionado se propone al paciente un plan terapéutico para tratar los síntomas del stress, fundamentadas en técnicas cognitivo conductuales.

2.2. Situaciones detectadas

Paciente PN 01 es un servidor policial de la unidad de antinarcóticos en la ciudad de Babahoyo. Tiene 34 años de edad con 7 años de servicio en dicha unidad, anteriormente laboraba en la parte administrativa en otra ciudad pero, cuando le llegó el pase tuvo que trasladarse a la ciudad de Babahoyo. El paciente manifestó que le causó sorpresa la llegada de su pase y que esa noticia le generó incertidumbre porque su familia estaba radicada con él en su antiguo lugar de trabajo.

Con el transcurrir de los meses el paciente fue presentando síntomas como: Irritabilidad, falta de sueño y apatía. Esto empeoró cuando lo comenzaron a rotar en el horario y para que no solamente realice actividades de oficina sino también para conformar parte de los grupos que harían las intervenciones para proceder con la captura de los expendedores de droga. El servidor policial expresó “esto me generó mucho temor ya que, nunca había estado en la parte operativa en donde todos saben que el riesgo de perder la vida en un cruce de fuego, es eminente”.

Los problemas en la esfera laboral se agudizaron por conflictos entre sus compañeros pues siempre se encontraba de mal humor y cualquier comentario hacia él desembocaba en discusiones verbales, sumados a estos los conflictos en su hogar, pues la distancia estaba generando la separación con su esposa y poca comunicación con sus hijos.

Los constantes llamados de atención y castigos por parte de sus superiores por comportamiento lo motivaron a buscar ayuda profesional.

De la evaluación realizada al paciente utilizando la observación y la entrevista clínica se pudo evidenciar: Miedo a morir, insomnio, la presión por los horarios de trabajo el tener que realizar dos actividades en su unidad responsabilidad que recae sobre él para cumplir con sus obligaciones en la oficina han afectado enormemente su estado anímico-emocional, manifestándose en forma de comportamiento irascible y evitativo hacia sus compañeros de labores y familiares.

El Cuestionario de Maslach Burnout Inventory confirmó niveles elevados de Cansancio emocional y de falta de realización personal, las escalas de ansiedad de Hamilton y de depresión de Beck reflejaron alta tensión emocional fluctuante, toda esta sintomatología: Irritabilidad, miedo al futuro, sentimientos de inseguridad, dificultad para concentrarse en sus actividades y en la toma de decisiones agregado a lo anterior reúne los criterios para realizar el diagnóstico de estrés laboral (Otro problema relacionado con el empleo Z56.7 según el DSM-5, Pág. 723) (Nezu, 2013)

2.3. Soluciones planteadas

Una vez realizado el diagnóstico, se analizó que tratamiento sería el más idóneo para paliar toda la sintomatología clínica de este trastorno, para esto se efectúa la realización de un esquema terapéutico utilizando técnicas cognitivo-conductuales expuestas a continuación:

Objetivo: Restructuración Cognitiva

Actividad: Enseñar al paciente esta técnica con la finalidad de reducir las ideas disfuncionales que lo aquejan.

Resultado esperados: El paciente aprenderá en que consiste la técnica, como se aplica y ejecuta para que sea implementada en el momento que aparezcan las ideas disfuncionales.

Objetivo: Respiración profunda diafragmática

Actividad: Se entrenará al paciente en respiración profunda diafragmática debido a que este tipo de respiración facilita que el oxígeno llegue a todos los rincones del organismo de manera que reducirá la actividad fisiológica.

Resultados esperados: Con esta técnica el paciente reducirá los niveles de ansiedad.

Objetivo: Retroalimentación

Actividad: Con esta técnica el paciente realizará una revisión de lo aprendido durante todo el proceso terapéutico.

Resultados esperados:

El paciente podrá hacer uso de los conocimientos adquiridos de llegarse a suscitar alguna recaída puesto que sabrá reconocer los signos y síntomas.

2.4. Conclusiones

La constante presión laboral a la que es sometido el servidor policial ha contribuido para que el estrés le provoque un malestar significativo en su esfera, social, laboral y familiar. Este diagnóstico se pudo determinar a través de las manifestaciones del paciente y corroboradas en el CIE 10 en su código F43 (Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación)

Las herramientas de valoración diagnóstica fueron de enorme ayuda a la hora de definir el trastorno que estaba afectando al servidor policial, puesto que cumplieron a cabalidad, cada una de las escalas, para la cual habían sido diseñadas dando la fiabilidad al diagnóstico del paciente.

Se evidenció que la terapia cognitivo conductual permitió que el paciente redujera las afectaciones a causa del estrés laboral, por lo tanto existió un mejor desempeño en su esfera laboral así como también en su relación intrafamiliar.

2.5. Recomendaciones

A las autoridades encargadas de velar y procurar el bienestar del personal policial bajo su responsabilidad realizar las diligencias correspondientes para que en el menor tiempo posible se supla la necesidad de un especialista en salud mental pues toda Institución especializada requiere este servicio y más aun de un ente cuyos miembros cuidan constantemente la seguridad y tranquilidad ciudadana.

A la Unidad Policial que una vez reestablecido este servicio seguir procurando la utilización de este tipo de estrategias psicológicas dado que por su sencillez, fácil aplicación y ductilidad se pueden implementar a otras enfermedades de origen psicogénico por las cuales se encuentren pasando los miembros de esta institución.

Al Servidor Policial continuar implementando las técnicas aprendidas durante el proceso terapéutico para evitar recaídas y así de esta manera, continúe con sus labores cotidianas de una manera más llevadera y que su estilo de vida ya no sea afectado.

Bibliografía

- Albert Ellis. (11 de febrero de 2013). Psicoterapia Racional Emotiva. New York: Mc. phill. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/versiones-plan-nacional:www.buenvivir.gob.ec/>
- APA. (2014). DSM V. Arlington: APA.
- Cadena. (2014). Enfermedades comtemporaneas. Mexico: Jaguar.
- Campell. (2015). El estres, la realidad del mal del sigol XXI. Sevilla: Flamenco.
- Garcia, M. I. (2015). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Madrid: Editorial Villalobos.
- Londoño. (2016). Burnout y abandono laboral. Pennsylvania: Mc.Graw.
- Medicina de Familia en la Red. (16 de 4 de 2014). Recuperado el 11 de 6 de 2018, de <https://www.drlopezheras.com/2014/04/psiconeuroinmunologia-claves-conexion-cuerpo-mente.html>
- Michanie. (2015). Etiologia de las enfermedades psicopatogenicas . New York: Whitebird.
- Nezu. (2013). Psicoterapias Cognitivas. Houston: Bell.
- OMS. (2015). Estres y desarrollo social. New York: OMS.
- yRegueiro, A. M. (13 de junio de 2018). Conceptos Básicos:¿Que es el Estrés Y Cómo nos Afecta? Obtenido de <https://www.uma.es/media/files/tallerestr%C3%A9s.pdf>
- Robert Baron. (2014). Psicología General. Buenos Aires: Planeta.
- Rojas. (2016). La Entrevista Psicologica. Mexico: Hill.

Troya Angel. (2015). Historia de la Psicología. Madrid: Palo Alto.

ANEXOS

ANEXO 1

HISTORIA CLINICA

PERIODO DE EVALUACIÓN: _____

HISTORIA CLÍNICA

I- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES:

EDAD:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

INSTRUCCIÓN:

OCUPACIÓN:

ESTADO CIVIL:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

REMITENTE:

2- MOTIVO DE CONSULTA:

MANIFIESTO

LATENTE:

3- SÍNTESIS DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO:

4-IRRUPCIÓN DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO

5-TOPOLOGÍA FAMILIAR:

6-TOPOGRAFÍA HABITACIONAL:

7-ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES:

8-HISTORIA EVOLUTIVA: ANAMNESIS

AFECTIVIDAD:

PARTO:

LACTANCIA:

MARCHA:

LENGUAJE:

CRISIS VITALES:

CRISIS EXISTENCIALES:

9-ESCOLARIDAD: (PRIMERA INFANCIA)

10-ADAPATACIÓN ESCOLAR:

11-RELACIONES INTERPERSONALES:

12-ADAPTACIÓN SOCIAL:

13-JUEGOS:

14-CONDUCTA SEXUAL:

15-ACTIVIDAD ONÍRICA:

16-HECHOS TRAUMATIZANTES:

17-ADOLESCENCIA Y MADUREZ:

18-APARICIÓN DE LOS CARACTERES SEXUALES:

19-CONDUCTA SEXUAL:

20-ACTIVIDAD ONÍRICA:

21-ADAPTACIÓN SOCIAL:

22-ADAPTACIÓN FAMILIAR:

23-RELACIONES INTRAFAMILIARES:

24-ACTIVIDADES, INTERESES, AFICIONES:

25-PENSAMIENTO:

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:

CURSO DEL PENSAMIENTO:

26-LENGUAJE:

27-PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS:

28-DIAGNÓSTICOS:

FENOMÉNICO:

DINÁMICO:

DIFERENCIAL:

ESTRUCTURAL:

29-PRONÓSTICO:

30-TERAPIA:

31-ESQUEMA TERAPÉUTICO

PSICOLOGO TRATANTE _____

ANEXO 2

FICHA DE OBSERVACION CLINICA

I. MODELO DE REPORTE DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA. DATOS GENERALES:

Nombre: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Instrucción: _____

Tiempo de Observación: _____ Minutos.

Hora de Inicio: _____ Hora final: _____ Fecha: _____

Tipo de Observación: _____

Nombre del Observador (a): _____

II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:

2.1 DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA.

2.2 DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE.

2.3 DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO (DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS OBSERVADAS – REGISTRO NARRATIVO).

III. COMENTARIO:

ANEXO 3

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando 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 en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
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 en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	
Despersonalización	5-10-11-15-22	
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21	

Los resultados de cada subescala:

Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 34.

Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

ANEXO 4

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre: _____

Edad: _____

Fecha de evaluación: _____

Síntomas de los Estados de ansiedad	Ausente 0	Leve 1	Moderado 2	Grave 3	Muy grave 4
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular,	0	1	2	3	4

Contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.					
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos					

cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

ANSIEDAD PSÍQUICA	
ANSIEDAD SOMÁTICA	
PUNTUACIÓN TOTAL	

CALIFICACION ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

0-5 NO ANSIEDAD

6 - 14 ANSIEDAD LEVE

> 15 ANSIEDAD MODERADA A GRAVE

ANEXO 5

Nombre:

Fecha:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Dentro de cada grupo de afirmaciones escoge una sola respuesta; aquella que mejor define cómo te has sentido en la última semana, incluyendo hoy.

1. Tristeza

0. No me siento triste.

1. Me siento triste.

2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.

1. Me siento desanimado de cara al futuro.

2. Siento que no hay nada por lo que luchar.

3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.

1. He fracasado más que la mayoría de las personas.

2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.

3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.

1. No disfruto de las cosas tanto como antes.

2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.

3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable.

1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.

2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.
1. Siento que quizás esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
4. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Ideas suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.

2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal

0. No creo tener peor aspecto que antes.
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.

1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud.
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarrros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual.

CALIFICACION INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

1-10: Ausencia de depresión. Puede haber algunos altibajos pero se consideran normales.

11-16: Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20: Estados de depresión intermitentes.

21-30: depresión moderada.

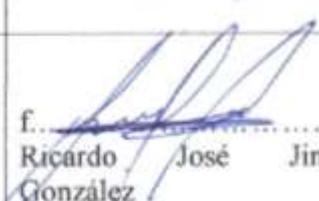
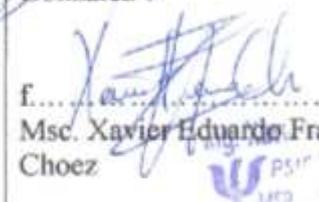
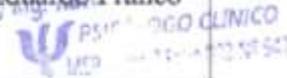
31-40: depresión grave

41 o más: Depresión extrema

SESIONES DE TRABAJO TUTORIAL

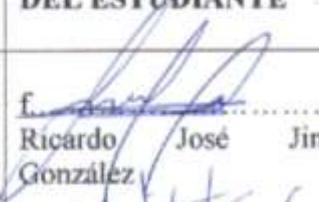
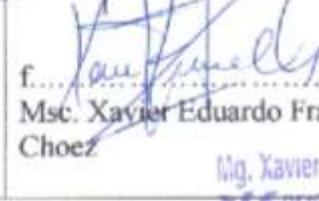
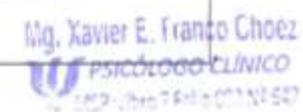
PRIMERA SESIÓN DE TRABAJO

Babahoyo, 22 de agosto, 2018

RESULTADOS GENERALES ALCANZADOS	ACTIVIDADES REALIZADAS	FIRMA DEL TUTOR Y DEL ESTUDIANTE
<ul style="list-style-type: none"> • CAPITULO I Se ha pulido el tema del caso de estudio y se ha definido el problema principal	1. Se describió el planteamiento del problema 2. Se justificó el trabajo de investigación acorde a la problemática	f.  Ricardo José Jiménez González f.  Msc. Xavier Eduardo Franco Choez 

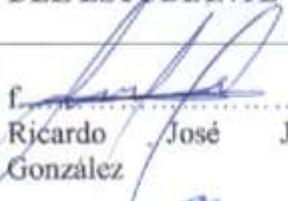
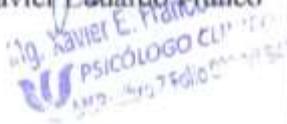
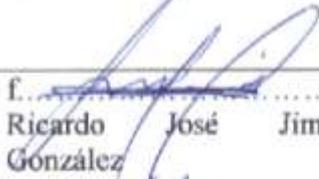
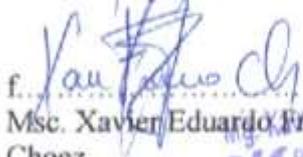
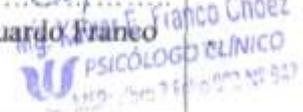
SEGUNDA SESIÓN DE TRABAJO

Babahoyo, 29 de agosto, 2018

RESULTADOS GENERALES ALCANZADOS	ACTIVIDADES REALIZADAS	FIRMA DEL TUTOR Y DEL ESTUDIANTE
<ul style="list-style-type: none"> • Se elaboró el objetivo 	1. Con la ayuda de varios verbos se hicieron varios borradores de objetivos. Concluyendo con uno finalmente.	f.  Ricardo José Jiménez González f.  Msc. Xavier Eduardo Franco Choez 

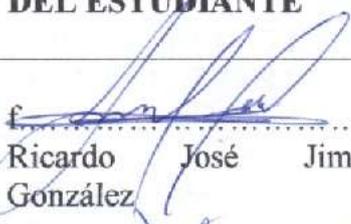
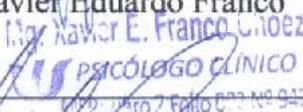
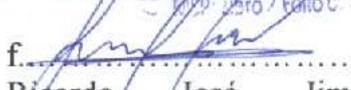
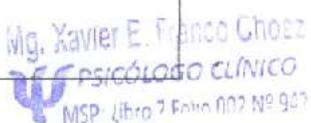
TERCERA SESIÓN DE TRABAJO

Babahoyo, 07 de septiembre, 2018

RESULTADOS GENERALES ALCANZADOS	ACTIVIDADES REALIZADAS	FIRMA DEL TUTOR Y DEL ESTUDIANTE
<ul style="list-style-type: none"> • Fundamentación teórica • Hipótesis • Metodología 	<ul style="list-style-type: none"> • Se analizaron los contenidos de la investigación en este estudio de caso. • Se establecieron las variables de la hipótesis con sus respectivos indicadores a ser verificados. • Se planteó la metodología de la investigación, que se aplicará en el estudio de caso 	<p>f. ..... Ricardo José Jiménez González</p> <p>f. ..... Msc. Xavier Eduardo Franco Choez</p> <p></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Capítulo II 	<ul style="list-style-type: none"> • Se revisó el desarrollo del caso. 	<p>f. ..... Ricardo José Jiménez González</p> <p>f. ..... Msc. Xavier Eduardo Franco Choez</p> <p></p>

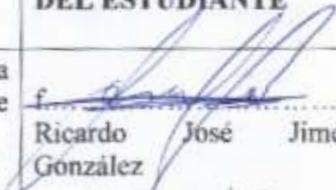
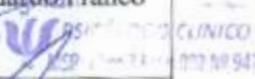
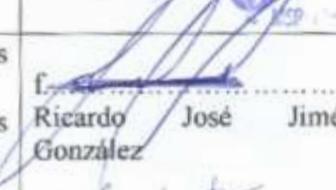
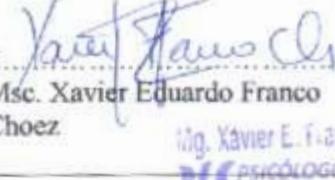
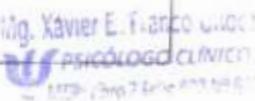
CUARTA SESIÓN DE TRABAJO

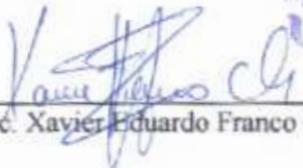
Babahoyo, 14 de septiembre, 2018

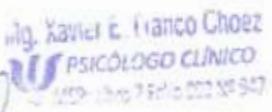
RESULTADOS GENERALES ALCANZADOS	ACTIVIDADES REALIZADAS	FIRMA DEL TUTOR Y DEL ESTUDIANTE
<ul style="list-style-type: none"> Situaciones detectadas 	<ul style="list-style-type: none"> Se trabajó con las situaciones detectadas en el caso de estudio 	<p>f. </p> <p>Ricardo José Jiménez González</p> <p>f. </p> <p>Msc. Xavier Eduardo Franco Choez</p> <p></p>
<ul style="list-style-type: none"> Situaciones planteadas 	<ul style="list-style-type: none"> Se revisaron las soluciones planteadas y cada una de sus técnicas 	<p>f. </p> <p>Ricardo José Jiménez González</p> <p>f. </p> <p>Msc. Xavier Eduardo Franco Choez</p> <p></p>

QUINTA SESIÓN DE TRABAJO

Babahoyo, 11 de octubre 2018

RESULTADOS GENERALES ALCANZADOS	ACTIVIDADES REALIZADAS	FIRMA DEL TUTOR Y DEL ESTUDIANTE
<ul style="list-style-type: none"> • Conclusiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Se elaboró la conclusión de este estudio de caso 	<p>f.  Ricardo José Jiménez González</p> <p>f.  Msc. Xavier Eduardo Franco Choez</p> <p></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones • Bibliografía 	<ul style="list-style-type: none"> • Se pautaron las recomendaciones • Se organizaron las citas bibliográficas 	<p>f.  Ricardo José Jiménez González</p> <p>f.  Msc. Xavier Eduardo Franco Choez</p> <p></p>


Msc. Xavier Eduardo Franco Choez



NEXOS DE FOTOS



Tercera sesión, se analizaron los contenidos de la investigación en este estudio de caso y se establecieron las variables de la hipótesis con sus respectivos indicadores a ser verificados.

ANEXOS DE FOTOS



Quinta sesión, Se elaboró la conclusión de este estudio de caso, además se trabajó con las recomendaciones.