

**Programa de Intervención Cognitivo Narrativo centrado en Estrategias de
Afrontamiento para la reducción de síntomas de Burnout en las madres de la Aldea Infantil
SOS Floridablanca**

Jairo Alberto Herrera Anaya, Ps.

Informe de Práctica de Especialización en Psicología Clínica

Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

2012

**Programa de Intervención Cognitivo Narrativo centrado en Estrategias de
Afrontamiento para la reducción de síntomas de Burnout en las madres de la Aldea Infantil
SOS Floridablanca**

Jairo Alberto Herrera Anaya, Ps.

Informe de Práctica de Especialización en Psicología Clínica

Asesora:

Diana María Agudelo Vélez, Ps. PhD.

Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

2012

Tabla de Contenido

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Método	15
Participantes	15
Instrumentos	15
Procedimiento	16
Resultados	17
Discusión	20
Referencias	26
Anexo 1. Escala de Estrategias de Coping-Modificada EEC-M	31
Anexo 2. Inventario de Burnout de Maslach MBI	35
Anexo 3. Consentimiento Informado	37
Anexo 4. Plan de Intervención	38
Anexo 5. Caso Isabel	42
Anexo 6. Caso Sofía	58

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO NARRATIVO CENTRADO EN ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PARA LA REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS DE BURNOUT EN LAS MADRES DE LA ALDEA INFANTIL SOS FLORIDABLANCA

AUTOR: JAIRO ALBERTO HERRERA ANAYA

FACULTAD: ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

DIRECTOR (A): DIANA MARIA AGUDELO VELEZ

RESUMEN

El presente informe recoge la experiencia de práctica clínica realizada con el grupo de 13 madres de la Aldea Infantil SOS Floridablanca, cuyo objetivo fue la implementación de un programa de intervención cognitivo-narrativo a partir de la evaluación de las estrategias de afrontamiento con el instrumento EEC-M y de los niveles de síntomas de Burnout con el MBI, utilizando un diseño evaluativo pretest-postest. Los resultados muestran que las participantes implementan principalmente estrategias cognitivas y comportamentales centradas en el problema (Reevaluación Positiva, Búsqueda de Apoyo Profesional y Solución de Problemas), lo cual se relaciona con altos niveles de Satisfacción Personal y bajos niveles de Agotamiento Emocional y Despersonalización, que confirman la ausencia de indicadores clínicos en esta población. La intervención desarrollada en 15 sesiones terapéuticas, tuvo un carácter preventivo al posibilitarles la construcción de narrativas multifacéticas, flexibles, ricas en recursos y con estrategias de afrontamiento más adaptativas y activas, que se convierte en un factor protector ante el desarrollo de síntomas de Burnout que afectan la salud mental, el desempeño laboral y la calidad de vida de las madres SOS y los niños que se encuentran bajo su cuidado.

PALABRAS CLAVE: Estrategias de afrontamiento, Burnout, Terapia Cognitiva Narrativa.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: COGNITIVE NARRATIVE INTERVENTION PROGRAM FOCUSED ON COPING STRATEGIES FOR THE REDUCTION OF BURNOUT SYMPTOMS IN MOTHERS OF ALDEAS INFANTILES SOS FLORIDABLANCA

AUTHOR: JAIRO ALBERTO HERRERA ANAYA

FACULTY: ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

SUPERVISOR: DIANA MARIA AGUDELO VELEZ

ABSTRACT

This paper contents the clinical practical experience with a group of 13 mothers at Aldeas Infantiles SOS Floridablanca, whose main objective was the implementation of a cognitive-narrative intervention program, based on a Coping Strategies assessment with EEC-M instrument and Burnout symptoms' level with MBI, utilizing a pretest-posttest design. Results showed that participants implement mainly cognitive and behavioral strategies centered on the problem (Positive Reevaluation, Professional Support and Problem Solving), which is related to high Personal Satisfaction levels, low Emotional Exhaustion and Depersonalization, thus confirming the absence of clinical markers to this group. The intervention performed in 15 therapeutical sessions had a preventive character since it made possible the construction of flexible multifaceted narratives, rich in resources and with more adaptive and active Coping strategies that become a protector factor against a Burnout symptoms development affecting SOS mothers' mental health, working performance and life quality, as well as the children under their care.

KEY WORDS: Coping Strategies, Burnout, Cognitive-Narrative Therapy.

Introducción

Al definir la salud como “el estado psicológico de bienestar percibido, acompañado por una sensación subjetiva de bienestar general y de satisfacción de vida” (Oblitas, 2004, p. 103); se puede asumir una visión integral y multidimensional que permite contemplar tanto los factores, como los complejos y dinámicos procesos que afectan el equilibrio biopsicosocial de las personas en el mundo contemporáneo y que las llevan a desarrollar diferentes problemáticas y síntomas clínicos. Es así, como se puede encontrar que el estrés es un factor determinante que se encuentra sobre la base de algunas de las enfermedades crónicas más frecuentes y de mayor importancia para la salud pública en la Región de América Latina, según la Organización Panamericana de la Salud (2007), entre las que se encuentran principalmente las enfermedades cardiovasculares, incluida la hipertensión.

El estrés, entendido como una situación de sobrecarga en el individuo, depende de ciertos estímulos estresantes y de la evaluación cognitiva que se hace sobre ello (Llor, Abad, García & Nieto, 1995, citados por Merino, Manrique, Angulo & Isla, 2007); lo cual nos lleva a fijar la atención en la relación existente entre el individuo y el entorno el cual es evaluado por el individuo como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar, según los planteamientos de Lazarus y Folkman (1986).

De esta manera, aunque se tienen en cuenta las características del entorno, se hace un énfasis especial en el papel fundamental de los procesos de evaluación cognitiva que desarrolla el individuo ante las demandas, presiones y situaciones que le plantea el mismo, que son experimentadas de manera diferente por cada uno según sus propias experiencias y características particulares. Es así, como siguiendo los planteamientos teóricos de Lazarus y Folkman (1986), se puede decir que dentro de los múltiples y variados elementos que entran en juego dentro de los procesos de evaluación y reevaluación cognitiva que realiza el individuo, se encuentran factores personales como el nivel de compromiso que experimenta ante la situación y sus creencias tanto existenciales, como aquellas que se refieren al control personal, y que juegan un papel decisivo en el momento de percibir una situación como amenazante, benigna o irrelevante, y la consecuente reacción o afrontamiento ante la misma.

En este contexto, como lo plantean Martín, Jiménez & Fernández-Abascal (1997) la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por este proceso de valoración

cognitiva que la persona realiza, primero sobre las consecuencias que la situación tiene para el mismo (valoración primaria) y posteriormente, si el saldo de la valoración es de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de que dispone para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria). Es así, como la valoración secundaria se refiere a la capacidad de afrontamiento (“coping”), siendo éste un proceso psicológico que se pone en marcha cuando el entorno se manifiesta amenazante.

Las estrategias de afrontamiento son consideradas como “un conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación” (Lazarus & Folkman, 1984, 1986; Fernández-Abascal & Palmero, 1999, citados por Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre, 2006, p. 328).

Así, el afrontamiento se plantea como un proceso cambiante en el que el individuo en determinados momentos debe contar principalmente con unas estrategias defensivas, y en otros, con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno. Por ello, la utilización de determinada estrategia de afrontamiento va a depender de la situación en sí, la evaluación cognitiva y el control percibido, las emociones y/o la activación fisiológica (Muller & Spitz, 2003; Vinaccia, Tobón, Sandín & Martínez, 2001; Garrido, 2000).

La tendencia a sobregeneralizar su uso se convierte en estilos de afrontamiento o formas características y relativamente estables que las personas utilizan para enfrentarse a las situaciones estresantes (Martín et al, 1997), pero estos estilos de afrontamiento pueden focalizarse hacia tres aspectos diferentes: el problema, la emoción o la valoración de la situación.

Así, según Fernández-Abascal & Palmero (1999), al dirigirse [el afrontamiento] al problema, se consolida un estilo de afrontamiento orientado a manipular o alterar las condiciones responsables de la amenaza. Al dirigirse a la respuesta emocional, el estilo de afrontamiento se orienta a reducir o eliminar la respuesta emocional generada por la situación. Si se dirige a modificar la evaluación inicial de la situación, el estilo de afrontamiento tiende a reevaluar el problema. Los esfuerzos cognitivos o comportamentales pueden darse de manera activa, pasiva o evitativa; activa al movilizar esfuerzos para los distintos tipos de solución de la situación, pasiva al basarse en no hacer nada directamente sobre la situación y esperar que cambien las

condiciones, y de manera evitativa, intentando evitar o huir de la situación y/o de sus consecuencias.

Por otra parte, es necesario señalar que aunque existen múltiples instrumentos y métodos para evaluar las estrategias de afrontamiento al estrés, en su mayoría derivados de la teoría de Lazarus y Folkman (1984), para este programa de intervención se recurrió a la Escala de Estrategias de Coping-Modificada EEC-M, originalmente propuesta por Chorot y Sandín (1993), que fue adaptada a una población adulta colombiana en un estudio realizado en la ciudad de Medellín por Londoño et al. (2006) y en donde se identifican 12 factores o estrategias de afrontamiento al estrés: solución de problemas, apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, reevaluación positiva, negación y autonomía; los cuales pueden ser clasificados en conjuntos de estrategias activas, pasivas o evitativas, según hacia donde se focalicen los esfuerzos y recursos cognitivos y comportamentales del individuo, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Clasificación de las estrategias de afrontamiento.

Estrategias Activas	Estrategias Pasivas	Estrategias Evitativas
Solución de problemas	Espera	Evitación emocional
Apoyo Social	Religión	Evitación cognitiva
Búsqueda apoyo profesional	Expresión de la dificultad	Negación
Reacción agresiva		
Reevaluación positiva		
Autonomía		

Por otra parte, se puede dirigir la atención hacia la otra cara de la moneda, en donde se encuentran las características del entorno del individuo en situación de estrés; en donde, teniendo en cuenta los variados y complejos ambientes en los que se desenvuelve la vida del ser humano contemporáneo, es de vital importancia el ámbito laboral, que implica una serie de situaciones y relaciones que le permiten ponerse en juego con sus capacidades y recursos personales, pero que en algunas circunstancias se puede llegar a constituir como fuente y escenario de estrés agudo o crónico.

En este sentido, el síndrome de Burnout o "quemarse por el trabajo" consiste en una respuesta a una situación permanente de estrés laboral, que se presenta principalmente en personas que trabajan prestando asistencia a otros (Contreras, Juárez & Murrain, 2008); es decir, que se podría conceptualizar como el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso (Maslach & Jackson, 1982, citados por García, 1993, p. 29).

El Burnout está formado básicamente por tres factores: (a) Agotamiento emocional o sensación de desgaste físico y mental, en la que el individuo percibe que carece de energía y que ya ha llegado a su propio límite, (b) Despersonalización o alteración en las relaciones que se establecen con las personas a quien se asiste, haciendo que el trato se vuelva distante e indiferente, y (c) Falta de realización personal o sentimientos de insuficiencia, baja autoestima, fracaso profesional y desmotivación (Maslach & Jackson, 1981).

Dentro de los síntomas más insidiosos que han sido reportados por la literatura desde la aparición del concepto de Burnout, se encuentran a nivel somático (Quiceno & Vinaccia, 2007; Contreras et al, 2008): fatiga crónica, cansancio, dolor de cabeza tensional, problemas gastrointestinales, dolores musculares, alteraciones del sueño, alteraciones respiratorias, trastornos de memoria, hipertensión y estados depresivos. A nivel conductual, puede encontrarse comportamiento suspicaz y paranoide, inflexibilidad y rigidez, incapacidad para estar relajado, superficialidad en el contacto con los demás, aislamiento, actitud cínica, incapacidad para concentrarse, quejas constantes, conductas agresivas, ausentismo, consumo de sustancias psicoactivas, tranquilizantes y barbitúricos. Así mismo, a nivel emocional puede verse agotamiento emocional, irritabilidad y odio, dificultad para controlar y expresar emociones, aburrimiento, impaciencia, ansiedad, desorientación y sentimientos depresivos; junto a cogniciones asociadas a baja autoestima, baja realización personal en el trabajo, impotencia para el desempeño del rol profesional y fracaso laboral. Es así, como todos estos síntomas pueden tornarse en un cuadro clínico, en donde las características de personalidad, los recursos internos, el estilo cognitivo, los determinantes biológicos como la edad o el género, la historia de aprendizaje y los estilos de afrontamiento, entre otros, pueden constituirse como factores protectores ante la manifestación del síndrome.

Existen varios estudios (Hernández, Olmedo & Ibañez, 2004; Anderson, 2001; Burke & Greenglas, 2000, 2001; Ceslowitz, 1999; Leiter, 1990, 1991; Pines & Kafry, 1981; Thorton, 1992) que han estudiado la correlación del Burnout y las estrategias de afrontamiento, encontrando relaciones negativas entre los distintos factores de este síndrome y las estrategias centradas en el problema, así como relaciones positivas entre los factores del Burnout y las estrategias centrados en la emoción. De esta forma, han señalado que los sujetos que utilizan como estrategias de afrontamiento el escape-evitación, presentan mayores niveles de cansancio emocional y de Burnout, que los sujetos con un afrontamiento centrado en el problema. En la misma línea, que los individuos que utilizan como estrategias el distanciamiento y la confrontación presentan mayores niveles de despersonalización; teniendo en cuenta que tanto el escape-evitación como el distanciamiento y confrontación son estrategias referidas al afrontamiento centrado en la emoción. Así mismo, Leiter (1990, 1991) señala que las estrategias de afrontamiento de control previenen el síndrome de Burnout porque aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo, mientras que las de escape facilitan la aparición del síndrome.

Para el desarrollo del presente programa de intervención, se empleó el Maslach Burnout Inventory MBI en su versión española (Seisdedos, 1997), desarrollado inicialmente por Maslach & Jackson (1986), para evaluar la presencia de los 3 factores que componen este síndrome; ya que es el instrumento más utilizado y validado en países de habla hispana como México, Chile, España y Colombia (Grajales, 2000; Manso-Pinto, 2006; Buzzetti, 2005; Olivares, 2009) para el desarrollo de estudios con diferente tipo de personal vinculado con el cuidado y la interacción con otras personas, como profesores (Hermosa, 2006; Buzzetti, 2005), enfermeras (Hernández, Olmedo & Ibañez, 2004; Contreras et al, 2008), cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas como Alzheimer (Peinado & Garcés de los Fayos, 1998), Insuficiencia renal (García & Otero, 2007), daño cerebral (De los Reyes, 2009) y en cuidados paliativos (Martínez, Centeno, Sanz-Rubiales & Del Valle, 2009), entre otros.

El cuidado de personas es una labor ardua y compleja que implica un alto nivel de compromiso por parte de quien cumple el rol de cuidador, por cuanto su responsabilidad radica en mantener y procurar las condiciones necesarias para asegurar la vida y la integridad de quien está bajo su cuidado. En este sentido, dedicarse al cuidado de niños y jóvenes tiene altas exigencias emocionales, cognitivas y físicas relacionadas con unas funciones y tareas propias del

rol, como la protección, el abastecimiento, la autoridad y el afecto, entre otras; sobre todo en condiciones especiales, como cuando existe historia de abandono y trauma por situaciones de violencia, ya que lleva a la persona cuidadora a desplegar su propia existencia como un referente de vida mínimamente estable para brindar acogida sobre la base de un vínculo afectivo fuerte. Estas razones permiten vislumbrar la vulnerabilidad que tiene el personal que trabaja de tiempo completo en el cuidado de niños y jóvenes, para desarrollar la sintomatología del Burnout, lo cual podría afectar de manera directa el rendimiento y la calidad de los servicios asistenciales que ofrece. Este es el caso de las mujeres que se encuentran vinculadas como madres en el programa de la organización Aldeas Infantiles SOS.

Esta organización es un ente internacional no gubernamental de ayuda al desarrollo infantil en 132 países, constituido hace más de 60 años y que se estableció en Colombia como un modelo de protección de niños y niñas en riesgo social. Este programa brinda un nuevo hogar y acogida familiar a largo plazo a niños y jóvenes que no pueden permanecer en el seno de sus familias biológicas, o para quienes es improbable e incluso imposible volver a vivir con ellas, allí se les ofrece un hogar estable que se constituye en su nueva familia, con una mujer que asume el rol de mamá y que vive con ellos las 24 horas del día en una casa que cuenta con todos los servicios y comodidades básicas, en donde se busca que los valores familiares sean el eje central de desarrollo (Aldeas Infantiles SOS Colombia, 2011). Cada familia SOS se encuentra inmersa dentro de una Aldea, que es el conjunto de varias familias SOS que conviven juntas y en donde se comparten espacios y actividades. Cada aldea cuenta con apoyo administrativo y asistencial, con un equipo de psicólogos y trabajadores sociales que acompañan la tarea de las madres en las familias SOS.

El presente programa de intervención clínica se desarrolló en la Aldea Infantil SOS ubicada en el municipio de Floridablanca, que funciona desde hace 12 años y que está conformada por 12 casas familiares con su respectiva madre, en donde se acoge aproximadamente a 110 niños, distribuidos entre 8 y 11 por cada familia. Así mismo, hay una familia que vive por fuera de la aldea, en un barrio residencial de la ciudad de Bucaramanga y que acoge a otros 8 niños y niñas.

En este orden de ideas, y retomando el objetivo principal de la organización de desarrollar relaciones y vínculos familiares estables con los niños y niñas que ha acogido (Aldeas Infantiles SOS Colombia, 2011), es imprescindible reconocer el rol fundamental que la madre SOS cumple

en la vida de la familia y la aldea; ya que ella se convierte en la figura de referencia y confianza de sus niños/as, reemplazando a los padres biológicos en su tarea; al tiempo que se constituye como la persona que acercándose a las particularidades de cada niño, a sus vivencias y su historia busca acompañar su proceso de desarrollo biopsicosocial, entregándose 100% a esta labor.

De esta manera, al establecer un vínculo afectivo tan estrecho con cada niño/a que se le confía, la madre se constituye en el centro emocional de la familia SOS, lo cual se convierte en un verdadero reto que dinamiza y afecta las diferentes esferas y dimensiones de su propia vida. Es así como se puede observar que a raíz de las características del cargo y las exigencias que le impone su rol, la madre SOS se mueve siempre en un campo de sobrecarga y tensión entre la esfera privada y la profesional, entre la vida familiar y la organización, entre su propia historia y la construcción de relatos compartidos, entre el entregarse y el auto-preservarse, que van matizando y dinamizando los procesos cognitivos particulares; ante lo cual se requiere que ella realice un esfuerzo constante para mantener un equilibrio personal que le permita asumir saludable y funcionalmente los retos que se le presentan en su labor.

En este sentido, la psicología clínica desde sus diferentes propuestas teóricas posee un interés especial, como lo plantea Perrez y Baumann (1994), por acercarse a la realidad humana, en cualquiera de sus ámbitos, desde una serie de métodos y herramientas que adquieren sentido en la medida que cumplen una función orientada al desarrollo, prevención, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.

Es así, como al plantear la necesidad de desarrollar una propuesta de intervención psicológica que apuntara a mejorar el nivel de bienestar y la calidad de vida de las mujeres que pertenecen a este programa como madres SOS, se asumió desde el paradigma de la complejidad y la multidimensionalidad, una visión holística que tiene sobre su eje fundamental la propia experiencia y vida humana, con todo su entramaje histórico y de relaciones, ya que desde allí se hacen transformaciones y se construyen nuevas posibilidades y significados, por la mediación del recurso terapéutico del lenguaje.

Desde este modelo, el terapeuta asume que las realidades se constituyen a través del lenguaje y se organizan a través de narraciones. Por esto, todas las conversaciones terapéuticas están destinadas a explorar múltiples construcciones de la realidad más que la búsqueda de los hechos que constituyen una sola verdad (White, citado por Carr, 1998).

Al asumir la esencia discursiva del ser humano se puede entender que la vida misma es una experiencia de construcción narrativa, compuesta de vivencias y significados que se constituyen en episodios narrativos con sentido de autoría, en donde la persona es quien construye y deconstruye su propia vida a partir de procesos complejos de organización estructural de la coherencia narrativa, que permiten una producción narrativa rica en diversidad y multiplicidad, según los planteamientos de Gonçalves (2002).

Es así, como hablar de equilibrio o bienestar, es tener sobre la base la concepción de que cada individuo es responsable de construirlo, mantenerlo e integrarlo según sus interacciones internas y externas, a partir de la mediación de ciertos procesos discursivos, en donde la multiplicidad del contenido se une a la complejidad del proceso y a la coherencia de la estructura, para dar como resultado un sentido de vida más rico en recursos personales y estrategias de afrontamiento, que posibiliten un mayor bienestar y una mejor capacidad de adaptación.

La propuesta del enfoque clínico cognitivo-narrativo asume que algunas personas “ignoran o evitan narrativas fundamentales de su vida porque son incapaces de dar coherencia a su experiencia o también por la dificultad de integrar ciertas experiencias en la trama narrativa de vida” (Gonçalves, 2002, p. 28); lo cual genera variadas problemáticas relacionales internas y externas, en donde la salud recibe las consecuencias directas de la falta de coherencia existencial y discursiva.

Es así como asumiendo los planteamientos de Gonçalves (2002) la propuesta psicoterapéutica cognitivo-narrativa busca llevar al individuo a construir, en el devenir de su interacción con el terapeuta, una realidad múltiple de experiencias sensoriales, emocionales, cognitivas y de significado, de tal manera que pueda construir un discurso narrativo rico y complejo; para lo cual estructura la secuencia de 5 fases que implican un trabajo terapéutico dual, en dos direcciones: sincrónica y diacrónica. En el nivel sincrónico, el trabajo se sitúa en el desarrollo de actitudes narrativas enriquecedoras del proceso narrativo en el contexto de cada una de las experiencias singulares y diarias del sujeto; mientras que en nivel diacrónico, se busca aplicar estas actitudes a los temas centrales de sus historias de vida, en este caso, en las principales situaciones o momentos de estrés o tensión, donde se han puesto en juego el conjunto de estrategias de afrontamiento; con el fin de potencializar el uso adaptativo de las mismas ante su realidad cotidiana, disminuyendo de esta manera el riesgo de desarrollar el síndrome de Burnout.

Las fases del proceso terapéutico propuesto por Gonçalves (2002) son: a) Recuerdo, en donde se busca desarrollar la capacidad para identificar elementos episódicos de la propia experiencia; b) Objetivación, que pretende la exploración de la multiplicidad del mundo sensorial; c) Subjetivación, que desarrolla la capacidad de identificar la variedad de experiencias internas, emocionales y cognitivas; d) Metaforización, que facilita la diferenciación de significados de la experiencia; y finalmente d) Proyección, que permite la elaboración de alternativas para narrativas de futuro.

En el desarrollo de la terapia narrativa como modelo de intervención, se han generado investigaciones que dan cuenta de los alcances y logros de su aplicación, algunos de estos estudios asociados a la depresión, desórdenes alimenticios (anorexia), consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, opiáceos), fobias, reacciones ante el duelo, entre otras (Carr, 1998; Gonçalves & Machado, 1999; McNamee, 1996; Moreira & Beutler, 2008; Neimeyer, 2006; Payne, 2000). así como el proceso de intervención desarrollado desde la cohorte anterior de la Especialización en Psicología Clínica de la UPB, por Blanco (2011) para la prevención del reclutamiento en niños y niñas, que permitió una aproximación a la comprensión de la psicoterapia narrativa con población infantil en situación de riesgo.

Este modelo propuesto por Gonçalves, fue replicado en un contexto local en intervenciones clínico-sociales a través de grupos de autoapoyo, con población en situación de desplazamiento (Pineda, 2008) y con personas afectadas por el conflicto político-armado colombiano (Higuera, 2008; Higuera & Orozco, 2009); las cuales evidenciaron resultados terapéuticos muy positivos en la construcción de nuevas narrativas con más recursos y estrategias de afrontamiento, el restablecimiento de relaciones rotas por el conflicto, la recuperación de la memoria histórica y la reconciliación de los propios discursos de vida.

Teniendo en cuenta todo el marco de referencia previo, se creyó relevante la creación e implementación de un programa de atención psicológica desde un enfoque cognitivo-narrativo que tuviera como objetivo la evaluación e intervención profesional del grupo de mujeres que desarrollan la labor de madres SOS en la aldea de Floridablanca, desde un espacio terapéutico en donde pudieran identificar, fortalecer y/o modificar las diferentes estrategias de afrontamiento que ellas implementan ante situaciones cotidianas generadoras de estrés, de modo que se contribuyera a la generación de una mirada más amplia de esta problemática y a la construcción

de nuevas narrativas personales de vida, desde un enfoque terapéutico basado en los recursos, buscando así potenciar sus fortalezas individuales y características contextuales; de tal manera que al mismo tiempo se pudiera convertir en una labor preventiva de diferentes síntomas y problemáticas como el síndrome de Burnout, que pueden afectar la salud mental, la estabilidad emocional y el buen desempeño laboral como madres SOS, lo cual redundaría en una mayor satisfacción y una mejor calidad de vida para ellas y los niños que están bajo su cuidado.

Método

Participantes:

Para el desarrollo del programa de intervención se tuvo en cuenta el equipo de madres SOS de la aldea Infantil SOS Floridablanca, conformado por 13 mujeres solteras entre los 32 y 53 años de edad y una media de 41,2 años; formación académica de 9 a 16 años (9° grado - Universitaria) y un tiempo de vinculación con Aldeas Infantiles SOS entre 3 y 12 años.

Instrumentos:

Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M), adaptada a una población adulta colombiana en un estudio realizado en la ciudad de Medellín por Londoño et al. (2006) y desarrollada originalmente por Chorot y Sandín (1993). Consiste en un cuestionario con 69 ítems, opciones de respuestas tipo Likert, en un rango de frecuencia de 1 a 6 desde “Nunca” hasta “Siempre”; en donde se identifican 12 factores o estrategias de afrontamiento al estrés: (a) solución de problemas, (b) apoyo social, (c) espera, (d) religión, (e) evitación emocional, (f) búsqueda de apoyo profesional, (g) reacción agresiva, (h) evitación cognitiva, (i) expresión de la dificultad de afrontamiento, (j) reevaluación positiva, (k) negación y (l) autonomía. El alfa de Cronbach de esta prueba es de 0,847. (Ver Anexo 1)

Maslach Burnout Inventory (MBI), versión española (Seisdedos, 1997) y desarrollada originalmente por Maslach & Jackson (1986). El cuestionario mide los niveles de Burnout presentes en los sujetos evaluados y consta de 22 ítems que se distribuyen en tres escalas denominadas: (a) agotamiento emocional, (b) realización personal y (c) despersonalización; las cuales deben ser valoradas por los sujetos con una escala tipo

Likert, en un rango de frecuencia de 7 grados que van desde 0 “Nunca”, hasta 6 “Todos los días”. Los valores de fiabilidad de las escalas según alfa de Cronbach de la prueba original son 0,90 para agotamiento emocional, 0,71 para realización personal y 0,79 para despersonalización. (Ver Anexo 2)

Formato de Consentimiento Informado, consiste en un formato diseñado e implementado con el fin de obtener la autorización y consentimiento por escrito de las madres SOS para participar libremente en el programa de intervención. (Ver Anexo 3)

Entrevista Semiestructurada, para obtener los datos relevantes de la Historia Clínica de cada participante.

Procedimiento:

A partir del contacto establecido con el director y el consejo de Aldea de la organización en Floridablanca, se tuvo la autorización para iniciar el diseño e implementación del programa de intervención con el equipo de las 13 madres pertenecientes a la misma, lo cual facilitó la obtención de la información necesaria para comprender la realidad institucional y de las madres SOS. De esta manera, se logró estructurar un programa adaptando los planteamientos de la terapia cognitiva-narrativa propuesta por Oscar Gonçalves (2002).

Para el desarrollo de la intervención se realizaron tres tipos de sesiones: grupales con todo el equipo de madres, grupales en triadas e individuales; que se llevaron a cabo semanalmente en las instalaciones de la organización, con una duración de 50 mins (sesiones en triadas e individuales) y 100 mins (sesiones grupales), teniendo en cuenta las fases presentadas en la tabla 2.

Tabla 2. Fases del programa cognitivo-narrativo con madres SOS.

1. Fase de valoración inicial o exploración diagnóstica	Firma de consentimiento informado y Encuadre terapéutico
	Aplicación Pretest de los dos instrumentos de evaluación
	Apertura de la historia clínica de cada madre SOS.
2. Fase de Intervención	Psicoeducación en Estrategias de afrontamiento, estrés y Burnout
	Recuerdo
	Objetivación
	Subjetivación
	Metaforización
3. Fase de Evaluación y seguimiento	Proyección
	Aplicación Postest de los dos instrumentos de evaluación

Los resultados de la exploración diagnóstica sirvieron para estructurar el plan de intervención, de tal manera que a partir de técnicas cognitivo-narrativas se posibilitara con las madres SOS la identificación y construcción de un discurso narrativo multifacético, coherente y rico en recursos, posibilidades y estrategias de afrontamiento, que les permitiera asumir su propia experiencia de vida con mayor flexibilidad cognitiva y equilibrio emocional; para ello, se hizo énfasis por un lado, en el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento más adaptativas y centradas en el problema, como factor protector ante el desarrollo del síndrome de Burnout; así como por otro, en la desestimulación del uso de las estrategias desadaptativas.

El programa de intervención se estructuró con un plan común de 15 sesiones terapéuticas ajustadas a los requerimientos anteriormente planteados, que permitió hacer énfasis con cada participante en los aspectos que se consideraron pertinentes de acuerdo con los resultados de la evaluación pretest. El plan de intervención se puede revisar en el anexo 4.

Finalizada la fase de intervención, se realizó una evaluación postest 6 semanas después de la última sesión terapéutica, con el objetivo de evaluar el impacto del programa, controlando los sesgos asociados con la proximidad del aprendizaje y el posible efecto de la deseabilidad social sobre las respuestas de las participantes en los cuestionarios.

Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos por las participantes en el programa de intervención cognitivo-narrativo centrado en estrategias de afrontamiento para la reducción de síntomas de Burnout, teniendo en cuenta que aunque se inició la aplicación de las pruebas pretest con 13 madres SOS, tan sólo 10 de ellas finalizaron el programa con la aplicación postest.

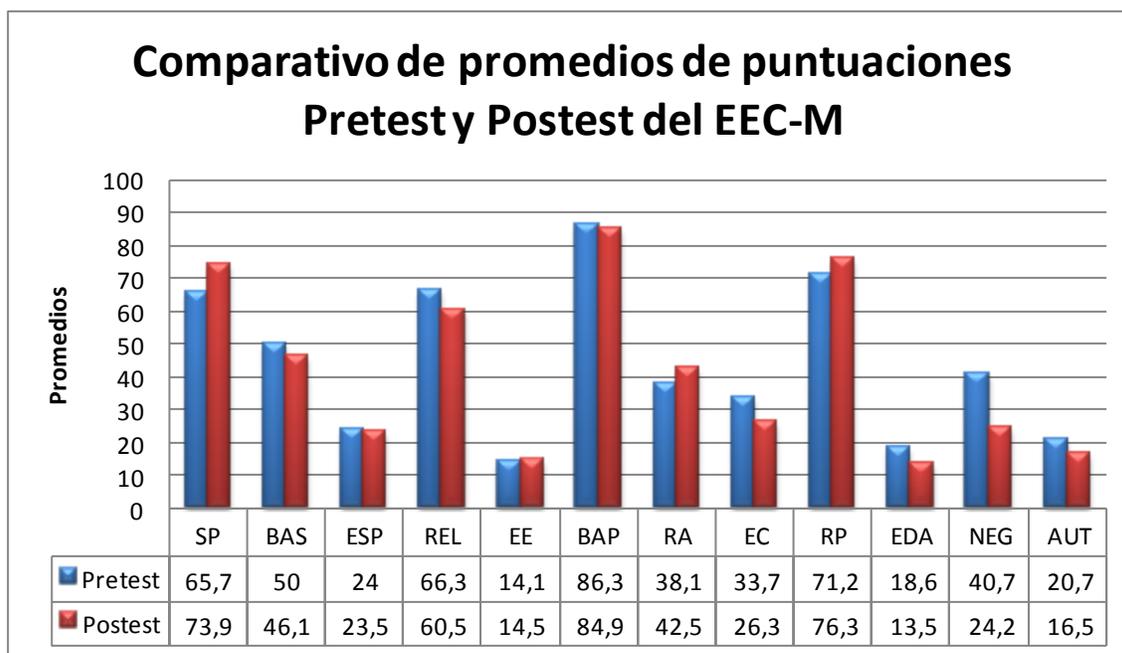
La tabla 3 permite entender las convenciones utilizadas en las gráficas de resultados.

Tabla 3. Convenciones de las escalas de las pruebas aplicadas

Escalas EEC-M	SP: Solución de Problemas
	BAS: Búsqueda de Apoyo Social
	ESP: Espera
	REL: Religión
	EE: Evitación Emocional

	BAP: Búsqueda de Apoyo Profesional
	RA: Reacción Agresiva
	EC: Evitación Cognitiva
	RP: Reevaluación Positiva
	EDA: Expresión de las Dificultades de Afrontamiento
	NEG: Negación
	AUT: Autonomía
Escalas MBI	EE1: Agotamiento Emocional
	PA: Realización Personal
	D: Despersonalización

Gráfica 1. Comparativo de promedios de las puntuaciones pretest y postest de las estrategias de afrontamiento EEC-M de las madres SOS.

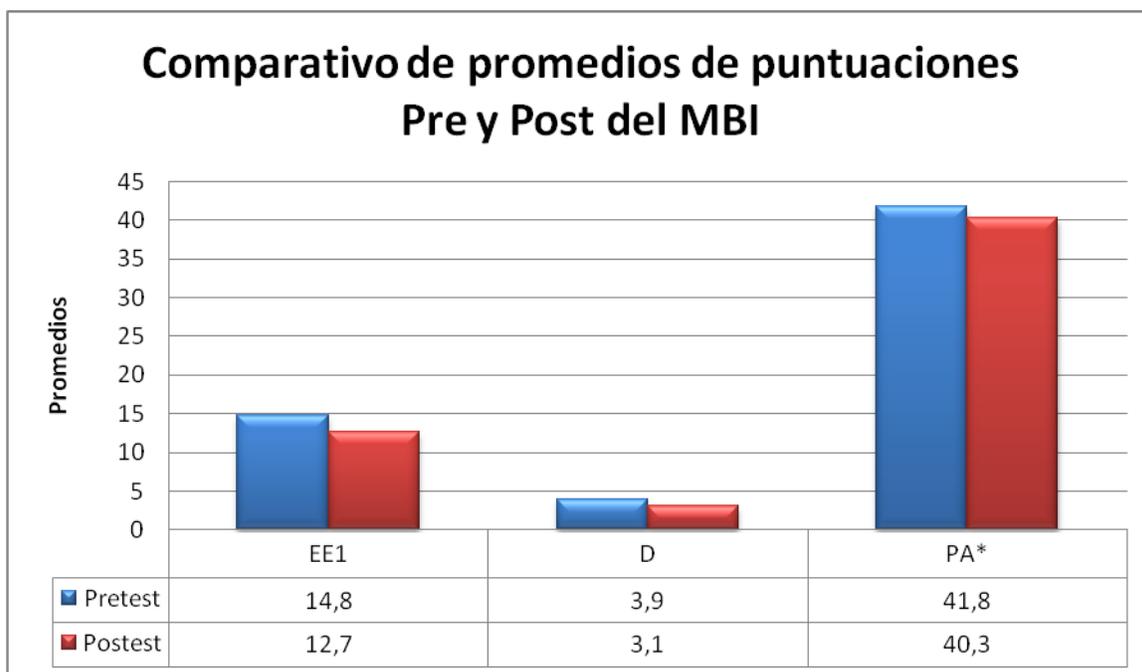


Tal como se observa en la gráfica 1, los valores más altos (≥ 75) se encuentran en los promedios de la escala de Búsqueda de apoyo profesional (BAP) tanto en el pretest como en el postest, con cierto nivel de reducción en el post. En segundo lugar se encuentra la Reevaluación positiva (RP) que en el postest presenta un aumento; seguido por la Solución de problemas (SP) que también evidencia un aumento en el postest. Lo anterior refleja un uso mayoritario de estrategias de afrontamiento adaptativas por cuanto son activas y enfocadas al problema, tanto en el pretest como en el postest, como se puede ejemplificar en el caso Sofía (Ver anexo 6).

Por otra parte las estrategias de afrontamiento menos utilizadas (promedios más bajos ≤ 25) se encuentran tanto para el pre, como para el postest en las escalas de Evitación emocional (EE), Expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA), Autonomía (AUT) y Espera (ESP), con unas leves variaciones de la primera a la segunda prueba.

Las otras escalas de Búsqueda de apoyo social (BAS), Reacción agresiva (RA), Evitación Cognitiva (EC) y Negación (NEG), se mantienen en valores medios en ambas pruebas. Aunque hay que reconocer una marcada diferencia entre los promedios pre y postest de la escala de Negación que disminuye su valor en la segunda prueba.

Grafica 2. Comparativo de promedios de puntuaciones pretest y postest de los síntomas de Burnout MBI de las madres SOS.



En la grafica 2 se puede observar la comparación entre las puntuaciones promediadas del Pretest y Postest para la MBI. Es de indicar que los puntos de corte son diferentes para cada escala; de esta manera, se consideran puntuaciones clínicamente relevantes para Agotamiento Emocional (EE1) por encima de 26, para Despersonalización (D) por encima de 9, y para Realización Personal (PA) por debajo de 34 ya que es una escala positiva.

Por lo tanto de acuerdo con los datos presentados en la gráfica 2, se puede apreciar que en ninguna escala se obtuvieron puntuaciones clínicamente significativas que evidenciaran la presencia de alguno de los elementos de la sintomatología del Burnout, tanto en el pretest, como en el postest. En este sentido, revisando el caso Isabel (ver anexo 5) que fue la participante que tuvo más alto puntaje en la escala de Despersonalización (D=11) en el pretest, de todos modos el puntaje no alcanza a evidenciar la presencia de este síntoma.

Así mismo en contraste, se observan altos niveles de Satisfacción Personal tanto en el pre, como en el postest; como se puede revisar en los casos Isabel y Sofía (Ver anexos 5 y 6)

Discusión

Como se planteó en la introducción, el objetivo de este programa de intervención cognitivo-narrativo se centró en la evaluación de las estrategias de afrontamiento y los niveles de presencia de Burnout del grupo de mujeres que desarrollan la labor de madres en la aldea infantil SOS de Floridablanca, y la posterior intervención terapéutica para posibilitarles la construcción de un discurso narrativo multifacético, coherente y rico en recursos, posibilidades y estrategias de afrontamiento al estrés mucho más adaptativas y activas, de tal manera que les permitiera asumir su propia experiencia con mayor flexibilidad cognitiva y equilibrio emocional.

Es así, como al realizar la aplicación pretest del instrumento de evaluación de las estrategias de afrontamiento EEC-M, se pudo identificar inicialmente que las madres SOS implementaban principalmente una serie de estrategias cognitivas (reevaluación positiva y solución de problemas) y comportamentales (Búsqueda de apoyo profesional) centradas en el problema generador de estrés y tensión, las cuales son adaptativas por cuanto están orientadas a encontrar la mejor alternativa de solución y disminuir así la tensión y el desajuste generado. Lo cual les permite, en términos de Fernández-Abascal & Palmero (1999), volver sus propios recursos de pensamiento hacia el análisis y la reevaluación del evento, para crear un nuevo significado más positivo y de aprendizaje sobre la situación problema que les posibilite encontrar alternativas de solución; en donde el recurso del apoyo profesional se encuentra bien posicionado como un medio para obtener mayor comprensión sobre el problema y otras alternativas para enfrentarlo. Como se puede ejemplificar en la revisión del caso Isabel (Ver Anexo 5).

En este sentido, se puede valorar de forma muy positiva el esfuerzo que realiza la organización para vincular profesionales como psicólogos y trabajadores sociales que brindan apoyo permanente a la labor que realizan las madres SOS con sus familias, ya que como plantean Martín, Jiménez & Fernández-Abascal (1997), luego de realizar la valoración secundaria de la situación, y al reconocer sus propias limitaciones personales tienden a acudir en primera instancia a este grupo de profesionales de apoyo, lo cual mejora el control percibido de las situaciones problema, evitando el desborde cognitivo-emocional negativo ante las mismas.

En esta misma línea, se puede observar que el puntaje medio alto en la búsqueda de apoyo social evidencia una frecuente recurrencia por parte de algunas madres SOS a acudir al apoyo proporcionado por sus amigos, familiares, e incluso de las otras madres de la aldea, para recibir apoyo emocional e información para tolerar o enfrentar la situación problema, o las emociones generadas ante el estrés.

Lo anterior permite entender la importancia de favorecer los procesos de integración de las madres a una estructura social de apoyo cercana tanto al interior de la aldea, como de forma externa, ya que como lo refiere Londoño et al. (2006), esto posibilita el mejoramiento de la autoestima, las experiencias de control y el desahogo emocional, importantes para mantener buenos niveles de salud mental y satisfacción de vida.

La estrategia referida al uso de la oración y las creencias religiosas ante los problemas, es también frecuentemente utilizada por las madres, como lo evidencia el puntaje medio alto tanto en el pretest, como en el postest; y aunque generalmente es concebida como una estrategia pasiva, puede explicarse en este contexto como un recurso positivo y factor protector que les permite asumir los problemas con mejor disposición, al constituirse como un elemento de descarga emocional que les facilita la comprensión, o en algunos casos la aceptación de situaciones difíciles que se les presentan cotidianamente; lo cual ayuda a que puedan acudir posteriormente al uso de otras estrategias activas.

Por otra parte, la evidencia muestra que aunque había de manera previa a la intervención una baja implementación de estrategias evitativas y pasivas como la espera, la expresión de la dificultad de afrontamiento, la negación y la evitación tanto emocional como cognitiva, a través del proceso terapéutico se pudieron lograr ciertos niveles de disminución, como posible consecuencia directamente proporcional de una ampliación del discurso narrativo de las madres,

cargado de recursos y posibilidades que posibilitaron el fortalecimiento de las estrategias activas enfocadas hacia el problema.

Todo este panorama adaptativo en cuanto a los estilos de afrontamiento de las madres SOS, permite entender la baja presencia de elementos de agotamiento emocional y de despersonalización evaluados con el MBI, en consonancia con los planteamientos de los estudios referidos en la introducción (Hernández et al, 2004; Anderson, 2001; Burke & Greenglas, 2000, 2001; Ceslowitz, 1999; Leiter, 1990, 1991; Pines & Kafry, 1981; Thorton, 1992), ya que muestran la relación negativa entre estos factores de Burnout y las estrategias centradas en el problema, que se constituyen como la forma más adaptativa de asumir las situaciones de estrés; lo cual deja en evidencia que en el caso de las madres SOS, la implementación de estas estrategias se convierte en un factor protector para el desarrollo de este síndrome.

En la misma línea de los planteamientos de Leiter (1990, 1991) se puede corroborar que al implementar estrategias de afrontamiento centradas en el problema, los niveles de satisfacción personal se mantienen altos, como lo evidencian los resultados; lo cual permite entender el papel fundamental que juegan los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo, logrados por el hecho de poder resolver los problemas que se presentan de forma asertiva. Es así como una madre que tiende a implementar estrategias y recursos para asumir y enfrentar las situaciones difíciles con sus niños, va a experimentar mayores oportunidades de logro, por cuanto sus sentimientos de autoeficacia y satisfacción van a ser mucho más permanentes y gratificantes, reduciendo las probabilidades de que experimente agotamiento emocional o desmotivación, ya que las dificultades terminan convirtiéndose en retos y oportunidades de realización que brindan sentido y satisfacción por la labor desarrollada, por muy tensionante que parezca.

Por otra parte, y teniendo que las participantes son mujeres solteras, con edades entre los 32 y 53 años de edad y una media de 41,2 años, es importante reconocer las características propias de la etapa del ciclo vital en que se encuentran, ya que la experiencia de ser madre SOS adquiere para cada una de las participantes un sentido especial de entrega y servicio, que les permite mantener una gran motivación al desempeñar su rol, contando con una alta gratificación moral y existencial, lo cual se constituye como otro elemento protector para que este equipo de madres no desarrolle Burnout.

Así mismo, y a pesar de que el enfoque teórico de este programa favorecía la comprensión de los elementos cognitivos relacionados con los procesos de afrontamiento y de estrés, es fundamental reconocer otra serie de elementos externos, referidos al medio y a la interacción de las participantes con su contexto laboral. De esta forma, se pudieron identificar algunas características laborales propias del rol de madres SOS, que se constituyen como otros factores protectores, ya que permiten compensar y equilibrar la sobrecarga física, emocional y cognitiva generada por la exigente labor de vinculación emocional con los niños encomendados, de administración de recursos y de autoridad que estas mujeres desarrollan a tiempo completo durante las 24 horas del día; es así, como se pueden mencionar la presencia de tiempos de descanso de 5 días mensuales, los periodos de 30 días de vacaciones anuales, el desarrollo de actividades de formación para madres, la promoción de espacios de recreación e integración entre las mismas, el estilo de dirección por parte de la organización SOS que favorece la autonomía de las madres y la ya mencionada facilidad para contar con un equipo de profesionales de apoyo, entre otras.

En cuanto al proceso terapéutico realizado con las madres SOS, se puede decir que tuvo un desarrollo secuencial positivo de apertura y adherencia, favorecido por buenos niveles de conocimiento y confianza entre las mismas, así como de motivación para el cambio, que en términos de Gonçalves (2002), les permitió a la mayoría evidenciar avances hacia la producción de narrativas de vida más amplias, diversas y enriquecidas por estrategias activas y adaptativas para afrontar y disminuir el estrés. En este sentido, tanto el desarrollo de sesiones psicoeducativas, como la implementación de ejercicios con técnicas de relajación y respiración dentro de todas las sesiones terapéuticas, jugaron un rol fundamental dentro del proceso desarrollado con las madres, porque les brindó la posibilidad de comprender y actuar con herramientas prácticas frente a las situaciones de estrés cotidiano, según lo refirieron verbalmente en cada sesión.

Dentro de las limitaciones encontradas para el desarrollo del presente trabajo, cabe mencionar cierta dificultad que se presentó inicialmente y de forma particular con la apertura de algunas de las participantes para el desarrollo de una actitud narrativa, como fue el caso de Isabel (ver anexo 5); lo cual se encuentra más relacionado con aspectos propios de una personalidad reservada, un estilo cognitivo de afrontamiento evitativo e historias personales de vida y de aprendizaje de las

participantes, lo cual fue trabajado de forma cuidadosa como insumo terapéutico dentro de las sesiones de intervención.

Retomando los planteamientos del enfoque clínico cognitivo-narrativo en donde se asume que algunas personas “ignoran o evitan narrativas fundamentales de su vida porque son incapaces de dar coherencia a su experiencia o también por la dificultad de integrar ciertas experiencias en la trama narrativa de vida” (Gonçalves, 2002), se puede reconocer que a lo largo del proceso terapéutico, las madres fueron dejando atrás las resistencias y temores que les inhibía su apertura cognitiva y emocional, en la medida que fueron experimentando cada sesión terapéutica como un espacio que les brindaba seguridad y la posibilidad de reconstruir sus propias vidas sin juicios, críticas o presiones, así como referían constantemente de forma verbal. En este punto jugó un papel muy importante el trabajo terapéutico grupal por triadas, ya que les permitió descubrir relatos muy distintos a los propios, con otras perspectivas y recursos, pero con puntos de encuentro ya que sus compañeras madres experimentan situaciones y retos similares. La ventaja de estas sesiones radicó en propiciar la conexión de narrativas comunes que permitían brindarse apoyo mutuo, ampliar el panorama de comprensión y descubrir formas alternativas de manejar la tensión y el estrés, pero sin sentirse tan expuestas emocionalmente como en las terapias de grupos numerosos.

Dentro de los procesos que generaron mayor nivel de dificultad en el trabajo con las madres, estuvo inicialmente la subjetivación cognitiva de las narrativas prototipo, ya que algunas madres, como es el caso de Isabel (ver anexo 5) preferían evitar o huirle a las situaciones difíciles, sin tener muchas implicaciones cognitivas. Pero el mismo proceso permitió que las madres gradualmente pudieran desarrollar una narrativa más enriquecida de posibilidades y metáforas que les ayudó a elaborar emocionalmente y resignificar algunas situaciones que habían sido difíciles de manejar a nivel personal, gracias al uso de estrategias más adaptativas y activas.

Así mismo, es importante señalar que a pesar de la facilidad propiciada por las directivas de la organización para el desarrollo de las sesiones terapéuticas dentro de las mismas instalaciones de la aldea donde residían las madres SOS, se presentó una dificultad para mantener hasta el final el contacto terapéutico con todas las 13 madres que iniciaron la intervención, ya que entraron en juego algunos aspectos propios de las condiciones organizacionales que influyeron de manera significativa sobre el buen desarrollo de las sesiones, como es el caso de actividades como

salidas, descansos y vacaciones programadas desde el cronograma de la aldea SOS, que se cruzaron con la programación planteada para el desarrollo de la intervención; lo cual llevo finalmente a que no se pudiera concluir el proceso con 3 de ellas.

Por otra parte, en términos de la metodología de análisis, se puede decir que el bajo número de participantes limitó las comparaciones estadísticas que hubiesen permitido la generalización de los datos desde un enfoque inferencial.

En este orden de ideas, se hace fundamental concluir que aunque la labor como madres SOS expone a las participantes ante una alta vulnerabilidad para el desarrollo de problemas relacionados con el afrontamiento y el estrés, ellas cuentan con una serie de elementos cognitivos y medioambientales que actúan como factores protectores ante el desarrollo de los mismos, como es el caso del Burnout; lo cual incentiva la implementación de este tipo de programa cognitivo-narrativo con fines preventivos y promotores de un mejor nivel de bienestar y calidad de vida de las personas que por distintas situaciones se encuentran en condición de riesgo, como ha sido el caso del presente trabajo.

Referencias

- Aldeas Infantiles SOS Colombia (2011). ¿Qué es aldeas infantiles SOS?. *Página oficial*. [En línea] <http://www.aldeasinfantiles.org.co>
- Anderson, D. (2001). Coping strategies and Burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse and Neglect*, 24, 839-848.
- Blanco, A. (2011). *Intervención sobre narrativas prototipo para la prevención del reclutamiento en niños y niñas del municipio de Floridablanca*. Informe de Práctica de Especialización en Psicología Clínica. Universidad Pontificia Bolivariana. Bucaramanga, Colombia.
- Burke, R. & Greenglass, E. (2000). Hospital restructuring and nursing staff well-being: The role of coping. *International Journal of Stress Management*, 7, 49-59.
- Burke, R. & Greenglass, E. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychological and Health*, 16, 583-594.
- Buzzetti, M. (2005). *Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI) en dirigentes del colegio de profesores A.G. de Chile*. Trabajo de grado. Universidad de Chile. Chile. [En línea]. Recuperado, 25, mayo, 2011.
- Carr, A. (1998). Michael White's narrative therapy. *Contemporary Family Therapy*, 20,4.
- Ceslowitz, S. (1999). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 553-558.
- Chorot, P. & Sandín, B. (1993). *Escala de Estrategias de Coping Revisado (EEC-R)*. Madrid: UNED.
- Contreras, F., Juárez, F. & Murrain, E. (2008). Influencia del Burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería. *Pensamiento Psicológico*, 4, 29-44.
- De los Reyes, C. (2009). Prevención e intervención del síndrome de Burnout en daño cerebral. *Psicología desde el Caribe.*, 24, 7-10.
- Fernández-Abascal, E. & Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel Psicología.

- Fruggeri, L. (1996). El proceso terapéutico como construcción social del cambio. En: S. McNamee, & K. Gergen, (Eds) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- García, C. & Otero, Y. (2007). *Depresión y burnout en cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC)*. Memorias 1er Congreso interdisciplinario de investigación aplicada, desarrollo e innovación en la red de universidades, Universidad del Valle de México. [En línea]. Recuperado, 3, mayo, 2011.
- García, M. (1993). El estrés en contextos laborales: efectos psicológicos de los nuevos estresores. En: J. Buendía, (Ed) *Estrés y psicopatología*. Madrid: Pirámide.
- García, M. & Velandrino, A. (1992). EPB: Una escala para la evaluación del Burnout profesional de las organizaciones. *Anales de psicología*, 8, 131-138.
- Garrido, I. (2000). *Psicología de la emoción*. España: Síntesis.
- Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1999) Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3), 679-689.
- Gonçalves, O. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa. Manual de terapia breve*. España: Desclée.
- Gonçalves, O. & Machado, P. (1999). Cognitive narrative psychotherapy: research foundations. *Journal of clinical psychology*. 55, 1179-1191.
- Grajales, T. (2000). *Estudio de la validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión española en una población de profesionales mexicanos*. [En línea]. Recuperado, 6, Mayo, 2011.
- Hermosa, A. (2006). Satisfacción laboral y síndrome de “Burnout” en profesores de educación primaria y secundaria. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 81-89.
- Hernández, G., Olmedo, E. & Ibañez, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 323-336.
- Higuera, N. (2008). *Generación de estrategias de reconciliación a partir del discurso de los actores sociales del conflicto político-armado colombiano*. Informe de práctica por proyecto I. Universidad Pontificia Bolivariana. Bucaramanga, Colombia.

- Higuera, N. & Orozco, J. (2009). *Evaluación de estrategias generativas y narrativas en grupos de autoapoyo con afectados del conflicto político-armado colombiano*. Trabajo de grado no publicado. Universidad Pontificia Bolivariana. Bucaramanga, Colombia.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Ways of Coping Scale. Stress, appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 150-170.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leiter, M. (1990). The impact of family resources, control coping and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human Relations*, 43, 1067-1083.
- Leiter, M. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour*, 12, 123-144.
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. & Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5, 327-349.
- McNamee, S. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Manso-Pinto, J. (2006). Estructura factorial del Maslach Burnout Inventory versión Human Services Survey en Chile. *Revista Interamericana de Psicología*, 40, 115-118.
- Martín, M., Jiménez, M. & Fernández-Abascal, E. (1997). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3(4)
- Martínez, M., Centeno, C., Sanz-Rubiales, A. & Del Valle, M. (2009). Estudio sobre el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados paliativos del País Vasco. *Revista Medica Universidad de Navarra*, 53(1), 3-8.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational Behavior*, 2, 92-113.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Merino, C., Manrique, G., Angulo, M. & Isla, N. (2007). Indicador de estrategias de afrontamiento al estrés: análisis normativo y de su estructura factorial. *Ansiedad y Estrés*, 13(1), 24-39.

- Moreira, P. & Beutler, L. (2008). Narrative change in psychotherapy: differences between good and bad outcome case in cognitive, narrative and prescriptive therapies. *Journal of clinical psychology*, 64, 10, 1181-1194.
- Muller, L. & Spitz, E. (2003). Multidimensional assessment of coping: validation of the Brief COPE among French population. *Encephale*, 29(6), 507-518.
- Neimeyer, R. (2006). Narrating the dialogical self: toward an expanded toolbox for the counseling psychologist. *Counseling Psychology Quarterly*, 19, 1, 105-120.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Olivares, V. (2009). Análisis de las propiedades psicométricas del Maslach Burnout Inventory human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Ciencia y trabajo*, 34, 217-221.
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas*. Washington D.C. - [En línea]. Recuperado, 8, Marzo, 2011.
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*. España: Paidós.
- Peinado, A. & Garcés de los Fayos, E. (1998) Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de psicología*, 14(1), 83-93.
- Perrez, M. & Baumann, U. (1994) Sistemática de la intervención clínico-psicológica: introducción. En: U. Baumann & M. Perrez, (Eds) *Manual de psicología clínica*. Barcelona: Herder.
- Pineda, Y. (2008). *Implementación del modelo narrativo en grupos de Autoapoyo en población en condición de desplazamiento*. Trabajo de grado no publicado. Universidad Pontificia Bolivariana. Bucaramanga. Colombia.
- Pines, A. & Kafry, D. (1981). Coping with burnout. En J. Jones (Ed.), *The Burnout Syndrome* (pp. 391-410). Parkridge: London House Press.
- Quiceno, J. & Vinaccia, S. (2007) Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 117-125.
- Seisdedos, N. (1997). *Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: TEA.

Thorton, P. (1992). The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers. *Journal of Psychology, 126*, 261-271.

Vinaccia, S., Tobón, S., Sandín, B. & Martínez, F. (2001). Estrés psicosocial y úlcera péptica duodenal: una perspectiva bio-social. *Revista Latinoamericana de Psicología, 33*(2), 117-130.

Anexo 1.

ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING – MODIFICADA (EEC-M)

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones:

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se le presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (↓), el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

1 2 3 4 5 6
 NUNCA CASI NUNCA A VECES FRECUENTEMENTE CASI SIEMPRE SIEMPRE

		↓
1.	Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1 2 3 4 5 6
2.	Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1 2 3 4 5 6
3.	Procuró no pensar en el problema	1 2 3 4 5 6
4.	Descargo mi mal humor con los demás	1 2 3 4 5 6
5.	Intento ver los aspectos positivos del problema	1 2 3 4 5 6
6.	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1 2 3 4 5 6
7.	Procuró conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1 2 3 4 5 6
8.	Asisto a la iglesia	1 2 3 4 5 6
9.	Espero que la solución llegue sola	1 2 3 4 5 6
10.	Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1 2 3 4 5 6
11.	Procuró guardar para mí los sentimientos	1 2 3 4 5 6
12.	Me comporto de forma hostil con los demás	1 2 3 4 5 6
13.	Intento sacar algo positivo del problema	1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6
 NUNCA CASI NUNCA A VECES FRECUENTEMENTE CASI SIEMPRE SIEMPRE

		↓
14.	Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	1 2 3 4 5 6
15.	Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1 2 3 4 5 6
16.	Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	1 2 3 4 5 6
17.	Espero el momento oportuno para resolver el problema	1 2 3 4 5 6
18.	Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1 2 3 4 5 6
19.	Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1 2 3 4 5 6
20.	Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento	1 2 3 4 5 6
21.	Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1 2 3 4 5 6
22.	Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1 2 3 4 5 6
23.	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1 2 3 4 5 6
24.	Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1 2 3 4 5 6
25.	Tengo fe en que Dios remedie la situación	1 2 3 4 5 6
26.	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1 2 3 4 5 6
27.	No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1 2 3 4 5 6
28.	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1 2 3 4 5 6
29.	Dejo que las cosas sigan su curso	1 2 3 4 5 6
30.	Trato de ocultar mi malestar	1 2 3 4 5 6
31.	Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1 2 3 4 5 6
32.	Evito pensar en el problema	1 2 3 4 5 6
33.	Me dejo llevar por mi mal humor	1 2 3 4 5 6
34.	Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6
 NUNCA CASI NUNCA A VECES FRECUENTEMENTE CASI SIEMPRE SIEMPRE

		↓
35.	Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1 2 3 4 5 6
36.	Rezo	1 2 3 4 5 6
37.	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1 2 3 4 5 6
38.	Pienso que lo mejor es esperar a ver que puede pasar	1 2 3 4 5 6
39.	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al Problema	1 2 3 4 5 6
40.	Me resigno y dejo que las cosas pasen	1 2 3 4 5 6
41.	Inhibo mis propias emociones	1 2 3 4 5 6
42.	Busco actividades que me distraigan	1 2 3 4 5 6
43.	Niego que tengo problemas	1 2 3 4 5 6
44.	Me salgo de casillas	1 2 3 4 5 6
45.	Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1 2 3 4 5 6
46.	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1 2 3 4 5 6
47.	Pido a algún amigo o familiar que me indiquen cuál sería el mejor camino a seguir	1 2 3 4 5 6
48.	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1 2 3 4 5 6
49.	Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1 2 3 4 5 6
50.	Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1 2 3 4 5 6
51.	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1 2 3 4 5 6
52.	Me es difícil relajarme	1 2 3 4 5 6
53.	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1 2 3 4 5 6
54.	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6
 NUNCA CASI NUNCA A VECES FRECUENTEMENTE CASI SIEMPRE SIEMPRE

		↓
55.	Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1 2 3 4 5 6
56.	Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	1 2 3 4 5 6
57.	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1 2 3 4 5 6
58.	Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1 2 3 4 5 6
59.	Dejo todo en manos de Dios	1 2 3 4 5 6
60.	Espero que las cosas se vayan dando	1 2 3 4 5 6
61.	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1 2 3 4 5 6
62.	Trato de evitar mis emociones	1 2 3 4 5 6
63.	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1 2 3 4 5 6
64.	Trato de identificar las ventajas del problema	1 2 3 4 5 6
65.	Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1 2 3 4 5 6
66.	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1 2 3 4 5 6
67.	Busco tranquilizarme a través de la oración	1 2 3 4 5 6
68.	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1 2 3 4 5 6
69.	Dejo que pase el tiempo	1 2 3 4 5 6

MIL GRACIAS POR DEDICARTE TIEMPO PARA PENSAR EN TI

Anexo 2.

MBI (Inventario de Burnout de Maslach)

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones:

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.

			Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	EE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotada.							
2	EE	Al final de la jornada me siento agotada.							
3	EE	Me encuentro cansada cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	PA	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis niños (as).							
5	D	Creo que trato a algunos niños (as) como si fueran objetos.							
6	EE	Trabajar con niños (as) todos los días es una tensión para mí.							
7	PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis niños (as).							
8	EE	Me siento "quemada" por el trabajo.							
9	PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							

			Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	PA	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	EE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los niños(as) a los que tengo que atender.							
16	EE	Trabajar en contacto directo con los niños (as) me produce bastante estrés.							
17	PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis niños (as).							
18	PA	Me encuentro animada después de trabajar junto con los niños(as).							
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	PA	Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	D	Siento que los niños (as) me culpan de algunos de sus problemas.							

Anexo 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____,
identificada con documento N° _____, acepto participar en el PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO NARRATIVO CENTRADO EN ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PARA LA REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS DE BURNOUT, realizada por el psicólogo Jairo Alberto Herrera Anaya en la aldea infantil SOS Floridablanca.

La anterior decisión la tomo teniendo en cuenta que:

- Se me ha explicado en qué consiste el programa de intervención, donde seré evaluada y luego, de acuerdo con los resultados participaré en un programa dirigido a identificar y fortalecer las estrategias de afrontamiento para reducir los niveles de estrés que podrían llevarme a evidenciar síntomas de Burnout y así mejorar mi calidad de vida como madre SOS; el cual será orientado por el psicólogo graduado JAIRO ALBERTO HERRERA ANAYA y bajo la supervisión de la docente DIANA MARIA AGUDELO VELEZ, asignada por la Universidad Pontificia Bolivariana para la práctica de la Especialización en Psicología Clínica.
- Se me ha explicado que mi participación en el programa de intervención consiste, en primer lugar en diligenciar de manera objetiva unos cuestionarios, que miden mis niveles de Burnout y mis estrategias de afrontamiento al estrés; de tal manera que luego asistiré a unas sesiones terapéuticas individuales y grupales.
- Se me ha informado que los resultados del programa, se podrán presentar de manera general, en eventos científicos y que si hay lugar a alguna publicación, el manejo de los datos será confidencial, garantizando mi derecho al anonimato.
- Se me ha aclarado que ante cualquier duda estoy en la libertad de pedir explicación, así esta influya en mi permanencia en el programa de intervención, entendiendo que conservo el derecho a retirarme en cualquier momento del proceso si lo considero conveniente sin que esto tenga ninguna consecuencia.

He sido informada ampliamente sobre este programa de intervención psicoterapéutica y acepto participar en ella.

Participante C.C.

JAIRO ALBERTO HERRERA ANAYA
Psicólogo C.C. 80.850.571 de Bogotá

Anexo 4.

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO NARRATIVO CENTRADO EN ESTRATEGIAS
DE AFRONTAMIENTO PARA LA REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS DE BURNOUT EN LAS
MADRES DE LA ALDEA INFANTIL SOS FLORIDABLANCA**

PLAN DE INTERVENCIÓN

SESION	TIPO	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
1 Encuadre terapéutico y Pretest	Grupal	Conocer a las participantes y explorar sus expectativas, temores y actitudes frente al proceso terapéutico. Aplicar los instrumentos Pretest. Exponer la importancia del uso de la palabra como herramienta terapéutica. Realizar el encuadre terapéutico que orienta el proceso.	Dinámicas de presentación y rompehielo. Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. Ejercicio de exploración e identificación de expectativas, temores y actitudes frente al proceso terapéutico (pequeños grupos). Mesa redonda para compartir en grupo, recoger elementos comunes y establecer el respectivo encuadre terapéutico en donde se expone la importancia de la palabra como herramienta terapéutica. Obtención del consentimiento informado Aplicación grupal Pretest del MBI y la EEC-M.
2 Apertura HC	Individual	Establecer un contacto particular con la participante para explorar su historia personal y abrir su respectiva Historia Clínica.	Presentación del objetivo y la estructura de la sesión. Entrevista semiestructurada individual. Apertura de Historia Clínica
3 Devolución de Resultados	Triadas	Presentar de manera particular los resultados individuales de las evaluaciones pretest. Resolver dudas y contrastar la información obtenida en las pruebas con la percepción de las participantes.	Presentación del objetivo y la estructura de la sesión. Ejercicio de presentación de los resultados individuales. Profundización y explicación detallada de aspectos particulares de los resultados de cada participante. Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para la próxima sesión.
4 Psicoeducación (Estrés, Burnout y afrontamiento)	Grupal	Explorar presaberes y creencias relativas al manejo del estrés. Orientar conceptualmente a las participantes en cuanto a los temas del estrés, el síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento.	Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. Dinámicas de integración. Exploración de creencias y presaberes de las participantes frente al tema del estrés. Presentación conceptual del estrés, el síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento. Juego de roles a partir de casos en donde se evidencian las diferentes estrategias de afrontamiento al estrés. Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa.

5 Recuerdo	Grupal	<p>Presentar los objetivos generales y la estructura del proceso terapéutico.</p> <p>Iniciar a las participantes en los ejercicios de respiración y relajación muscular.</p> <p>Desarrollar en las participantes una actitud de recuerdo episódico.</p> <p>Iniciar con las participantes el trabajo de recuerdo episódico a través de la vida.</p>	<p>Presentación de los objetivos y modelamiento del trabajo de recuerdo.</p> <p>Ejercicio de respiración, relajación muscular e imaginación guiada a través de la vida.</p> <p>Inicio del trabajo de recuerdo a lo largo de la vida y registro en el cuadro por edades.</p> <p>Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (recuerdo y registro de narrativas diarias)</p>
6 Objetivación	Grupal	<p>Evaluar los trabajos de recuerdo diario y recuerdo a lo largo de la vida.</p> <p>Posibilitar la identificación de la narrativa-prototipo.</p> <p>Iniciar a las participantes en el trabajo de objetivación de los recuerdos diarios.</p>	<p>Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión.</p> <p>Revisión y evaluación de los trabajos de recuerdo.</p> <p>Presentación de los objetivos y modelamiento del trabajo de objetivación.</p> <p>Ejercicio de respiración, relajación muscular e imaginación guiada que permite la identificación de la narrativa prototipo y la objetivación de narrativas diarias.</p> <p>Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (continuar el registro de narrativas diarias y su respectiva objetivación)</p>
7 Objetivación	Triadas	<p>Evaluar el trabajo de objetivación.</p> <p>Objetivar la experiencia actual y la narrativa-prototipo de las participantes.</p>	<p>Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión.</p> <p>Revisión y evaluación del trabajo de objetivación de narrativas diarias.</p> <p>Ejercicio de respiración, relajación muscular y objetivación de la experiencia actual (en medio de la naturaleza) y de la narrativa prototipo.</p> <p>Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (continuar la objetivación de narrativas diarias y de la narrativa prototipo).</p>
8 Subjetivación Emocional	Triadas	<p>Evaluar el trabajo de objetivación.</p> <p>Iniciar a las participantes en el trabajo de subjetivación emocional de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo.</p>	<p>Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión.</p> <p>Revisión y evaluación del trabajo de objetivación de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo.</p> <p>Presentación de los objetivos y modelamiento del trabajo de subjetivación emocional.</p> <p>Ejercicio de respiración, relajación muscular e imaginación guiada que permite la subjetivación emocional de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo.</p> <p>Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (continuar con la subjetivación emocional de las narrativas diarias).</p>
9 Subjetivación	Triadas	<p>Evaluar el trabajo de subjetivación emocional.</p>	<p>Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión.</p>

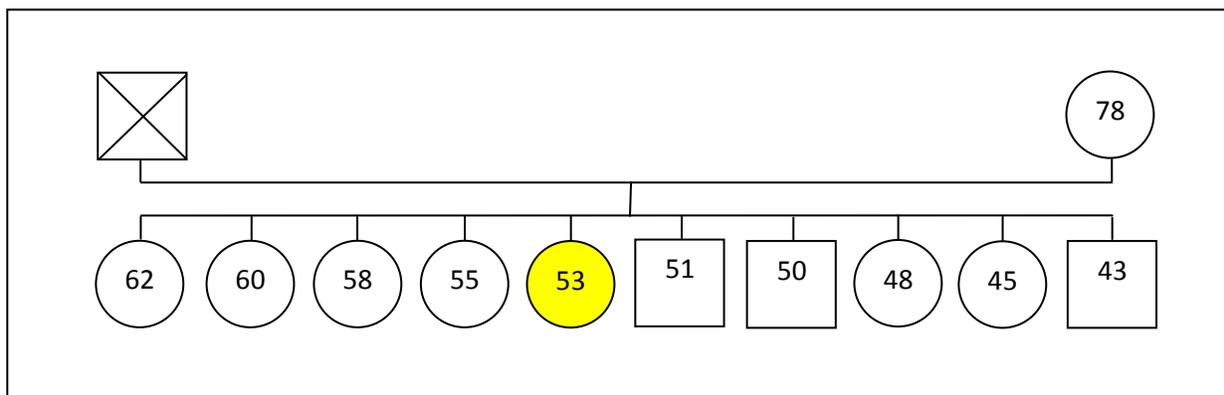
Cognitiva		Iniciar a las participantes en el trabajo de subjetivación cognitiva.	Revisión y evaluación del trabajo de subjetivación emocional de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo. Presentación de los objetivos y modelamiento del trabajo de subjetivación cognitiva. Ejercicio de respiración, relajación muscular e imaginación guiada que permite la subjetivación cognitiva de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo. Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (continuar con la subjetivación cognitiva de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo).
10 Metaforización	Triadas	Retomar el proceso cognitivo narrativo y evaluar el trabajo de subjetivación narrativa. Iniciar a las participantes en el trabajo de metaforización.	Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. Revisión y evaluación del trabajo de subjetivación cognitiva de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo. Presentación de los objetivos y modelamiento del trabajo de metaforización. Ejercicio de respiración, relajación muscular e imaginación guiada que permite la metaforización de narrativas diarias y de la narrativa prototipo. Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (metaforización de las narrativas diarias).
11 Metaforización	Triadas	Evaluar el trabajo de metaforización. Construir y enraizar la metáfora raíz y la metáfora alternativa.	Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. Revisión y evaluación del trabajo de metaforización de las narrativas diarias. Ejercicio de construcción de la metáfora raíz y enraizamiento histórico de la misma. Ejercicio de búsqueda de alternativas para la metáfora raíz. Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (enraizamiento histórico de la metáfora alternativa).
12 Proyección	Triadas	Evaluar el trabajo de enraizamiento histórico de la metáfora alternativa. Proyectar e implementar narrativas alternativas.	Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. Revisión y evaluación del trabajo de enraizamiento histórico e implementación de las narrativas ilustrativas de la metáfora alternativa. Ejercicio de proyección de la metáfora alternativa dentro de las propias experiencias de vida. Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (implementar y registrar la narrativa alternativa proyectada).
13 Psicoeducación (Solución de problemas)	Grupal	Explorar la multiplicidad de estrategias y recursos que permiten la solución de problemas. Brindar orientación	Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. Dinámicas de integración. Presentación conceptual de estrategias y

		conceptual sobre estrategias y recursos eficaces en la solución problemas. Propiciar una actitud proactiva y particularmente adecuada frente a la solución de problemas.	recursos eficaces en la solución problemas. Juego de roles en donde se ponen en práctica los elementos conceptuales previamente compartidos. Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para la próxima sesión.
14 Cierre de la Intervención	Triadas	Evaluar el trabajo de identificación e implementación de la narrativa alternativa. Finalizar del proceso de intervención.	Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. Revisión y evaluación del trabajo de identificación y proyección de las narrativas ilustrativas de la metáfora alternativa. Ejercicio de síntesis y cierre del proceso de intervención.
15 Postest	Grupal	Evaluar las percepciones, progresos y aportes del proceso de intervención frente al manejo del estrés. Aplicar los instrumentos Postest. Realizar el cierre del proceso terapéutico	Dinámicas de integración. Mesa redonda para compartir las percepciones, progresos y aportes del proceso de intervención frente al manejo del estrés de cada participante. Aplicación grupal Postest del MBI y la EEC-M.

Anexo 5.

CASO ISABEL**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.**

Nombre:	ISABEL NIÑO
Edad:	53 años
Escolaridad:	8° grado
Estado Civil:	Soltera
Lugar de Nacimiento:	Santander
Tiempo como Madre:	12 años
Instrumentos Aplicados:	Entrevista Clínica, Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) y Maslach Burnout Inventory (MBI).

2. FAMILIOGRAMA. (Gráfica 1)**3. MOTIVO DE CONSULTA.**

Aceptación voluntaria de Isabel para participar en el programa de intervención psicológica con el grupo de madres de Aldeas Infantiles SOS para la identificación, reducción y/o prevención de posibles síntomas de Burnout que pueden afectar el estado de salud mental y efectividad laboral en el cuidado de las familias y los niños a su cargo. Por esta razón la participante no hace parte de una población clínica y no se asume como una paciente que acuda a consulta por alguna razón particular.

4. CONDUCTAS PROBLEMA, HISTORIA Y ANTECEDENTES.

Isabel es una mujer de 53 años de edad que desde hace 12 años se encuentra vinculada con la organización Aldeas Infantiles SOS en el rol de madre en una de las familias de la aldea infantil SOS Floridablanca.

Teniendo en cuenta que no es una mujer que presente alguna problemática o sintomatología clínica en particular, si se pueden llegar a identificar algunas situaciones o conductas problema que le generan cierto nivel de malestar, dificultad o tensión en el desempeño de su rol dentro de la organización como madre y responsable de la vida de una familia SOS integrada actualmente por 10 adolescentes (6 mujeres y 4 varones) entre los 11 y 17 años de edad con los cuales ha compartido desde que ingresaron muy pequeños al programa, hace aproximadamente 10 años; constituyéndose así en una de las familias más antiguas de la aldea SOS.

Los diferentes momentos y aspectos de la vida familiar con este grupo de jóvenes que han pasado por las diferentes etapas de desarrollo, la llevan constantemente a confrontaciones consigo misma en donde se evidencian juicios autovalorativos muy fuertes y pensamientos de baja autoestima que la han venido acompañando hace varios años y que de manera ocasional la llevan a sentirse poco apta para desempeñar su labor de madre SOS.

Los jóvenes rivalizan frecuentemente con su estilo sobreprotector y estricto, ante lo cual asumen conductas de rebeldía y transgresiones de la norma; de tal manera que ella termina asumiendo una actitud tensa entre posturas intransigentes e impulsivas y posiciones benevolentes para hacer valer su autoridad frente a los jóvenes.

De forma eventual experimenta emociones de enojo, desesperación, impotencia y frustración en el manejo de situaciones difíciles, que la llevan a un estado de sobrecarga emocional somatizado principalmente a través de tensión muscular en la espalda y cuello, dolor y opresión de pecho y problemas para conciliar el sueño.

Por otra parte, se percibe como una mujer temerosa y sumisa ante el mundo y sus diferentes realidades, lo cual puede estar relacionado con la dureza de su historia personal en donde la violencia familiar jugó un papel muy relevante.

Es así como Isabel expresa de manera clara y reiterada la necesidad de fortalecer las estrategias y recursos personales con los cuales afronta y resuelve los conflictos que se le presentan, ya que en varios momentos experimenta que la sobrepasan.

5. *HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR RELEVANTE.*

Isabel ocupa el 5 lugar de una familia tradicional y numerosa con 10 hijos (7 mujeres y 3 hombres) de vida rural en un municipio de Santander. Su infancia se desarrolló en el campo ayudándole a su madre en los oficios del hogar, en medio de un ambiente poco afectuoso, distante emocionalmente y con antecedentes de violencia familiar por parte del padre, quien tenía problemas con el consumo de alcohol. Tuvo escolarización en una escuela veredal hasta que su padre decidió a los 12 años “no darle más estudio” y que se dedicara a las labores en casa.

Su madre, una mujer sencilla, piadosa y muy amnegada con su hogar, contrastaba con la imagen de un padre fuerte, trabajador y distante.

A la edad de 15 años se escapó por primera vez del hogar por los malos tratos de su padre y porque la querían “casar a la fuerza”, por lo cual llegó a la ciudad a trabajar en la casa de un primo quien la acogió hasta los 18 años cuando ella decidió regresar a su casa paterna y continuar dedicándose a los oficios domésticos y labores parroquiales, hasta que nuevamente a los 21 años volvió a huir de casa por los malos tratos. Fue así como regresando a la ciudad se dedicó a trabajar de día en servicios domésticos y a estudiar de noche hasta llegar a 9° grado.

De esta manera, por falta de oportunidades y de apoyo regresó nuevamente a su casa familiar en el campo, hasta que a sus 29 años inició un trabajo formal como madre comunitaria del ICBF, en donde permaneció durante 9 años compartiendo con niños y niñas en un hogar sustituto. Cuando tenía 39 años ingresó a la organización de Aldeas infantiles SOS que recién iniciaba labores en la actual aldea, asumiendo el rol de madre. De esta forma, durante los últimos 12 años ha permanecido al frente de una familia con entrega y dedicación completa, hasta el punto de no haber establecido relaciones de pareja.

Su padre falleció hace 6 años y su madre continúa viviendo en el campo, mientras que con sus hermanos y hermanas mantiene relación y contacto en los tiempos de descanso y vacaciones.

Por otra parte, a nivel socio afectivo ha sido una mujer de buen trato, insegura, poco expresiva en cuanto a sus afectos y sumisa frente a la autoridad, por lo que en varias oportunidades en que ha tenido inconvenientes con su dinámica familiar SOS, ha experimentado presión y señalamientos por parte de la organización de la aldea. Evidencia una actitud algo introvertida y pasiva frente a sus relaciones interpersonales, incluso con las otras madres SOS, ante las que experimenta sentimientos de inferioridad.

6. CICLO DE VIDA.

Isabel vivió su infancia en el campo en medio de ciertas dificultades socioeconómicas y con la presencia de violencia intrafamiliar, por lo que huyendo de casa vivió su adolescencia en medio de trabajos domésticos y pocas oportunidades de vida. Como adulto joven encontró dificultades para consolidar su autonomía con una autoestima firme, logrando desvincularse de su familia de origen y encontrar su camino de desarrollo personal a través de la entrega total a la labor de crianza de sus hijos SOS.

Actualmente se encuentra ubicada en la etapa de adultez media de su ciclo vital, que se halla marcada principalmente por la búsqueda del “lograr ser” y el “cuidar de”. De esta manera, se puede identificar en ella un deseo fuerte por mantener el vínculo estable de cuidado en el hogar con sus hijos SOS, a través del establecimiento de los límites entre la intimidad y el espacio público. En este sentido, se puede apreciar una ausencia de interés en el establecimiento de una relación de pareja con quien pueda construir una vida de familia con vínculo natural.

Así mismo, se puede percibir un deseo de ser útil y lograr ser alguien significativo en la vida de los hijos que le han sido encomendados, manteniendo actualizado el sentido de entrega que le permite realizarse personalmente como madre SOS.

7. ANÁLISIS DE CONTEXTO.

El ambiente socio-cultural de Isabel se caracteriza principalmente por ser enriquecido con espacios de recreación, formación y socialización dentro de la aldea SOS, pero algo limitado fuera de ella; en donde se ha facilitado el establecimiento de relaciones interpersonales cercanas y estables con otras madres, los jóvenes de su casa y el personal administrativo y de apoyo de la aldea. A nivel personal no cuenta con una pareja.

Procura mantener contacto telefónico con su grupo familiar primario, principalmente con su madre, sus hermanas y sobrinos, con quienes comparte cuando sale al descanso mensual o en vacaciones que viaja a la casa materna en el campo.

En el contexto familiar SOS, es importante identificar que vive en una familia con 10 hijos adolescentes entre los 11 y 17 años de edad, que han sido declarados en abandono y acogidos por este programa, y que cuentan con variadas y complejas problemáticas particulares.

Económicamente recibe un sueldo que le permite satisfacer sus necesidades básicas y apoyar a su familia cuando lo requiere. Cuenta con servicio de salud y vinculación laboral por contrato indefinido.

8. FACTORES DE PREDISPOSICIÓN, RIESGO Y PROTECCIÓN.

Factores predisponentes:

- Situación de violencia intrafamiliar durante su infancia y adolescencia.
- Ambiente de desarrollo personal poco enriquecedor y con escasas oportunidades.

Factores de Riesgo:

- Alto compromiso emocional ante las situaciones que se presentan cotidianamente con los jóvenes por el vínculo tan estrecho que se ha generado.
- Presiones organizacionales y socioeconómicas.
- Rasgos inseguros de personalidad.

Fortalezas de Protección:

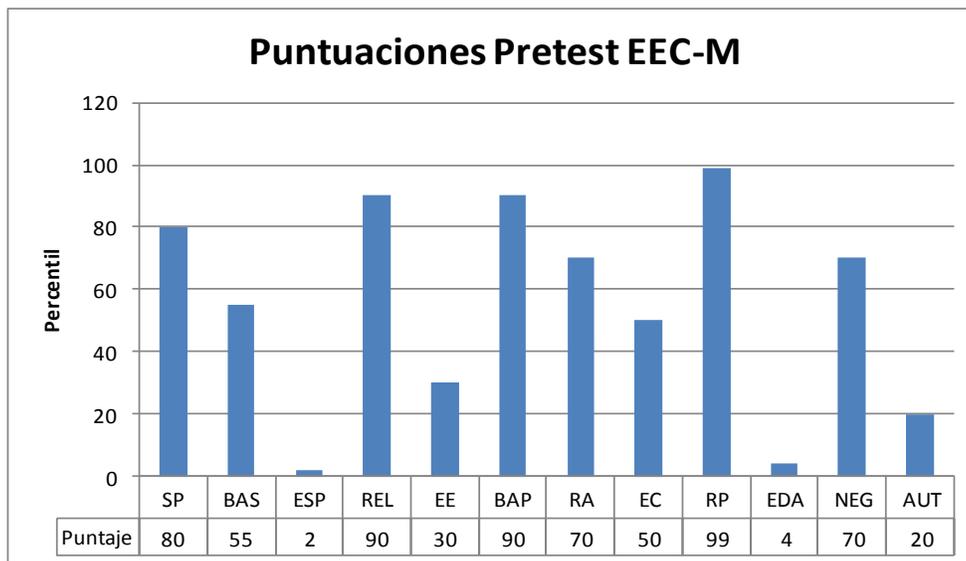
- El vínculo afectivo funcional y estable con su familia de origen.
- Vinculación laboral estable.
- Nivel básico de educación.
- Habilidades sociales básicas.
- Redes sociales de apoyo estables

9. DIAGNÓSTICO.

9.1. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PRETEST

a. *EEC – M Escala de Estrategias de Coping Modificada (Londoño et al., 2006).*

Gráfica 2: Resultados pretest de las estrategias de afrontamiento EEC-M de Isabel.



En la gráfica se observan valores altos (≥ 75) para las escalas de Reevaluación Positiva (RP), Religión (REL), Búsqueda de apoyo profesional (BAP) y Solución de Problemas (SP). Así mismo, presenta valores bajos (≤ 25) para la escala de Espera (ESP), Expresión de la Dificultad de Afrontamiento (EDA) y Autonomía (AUT).

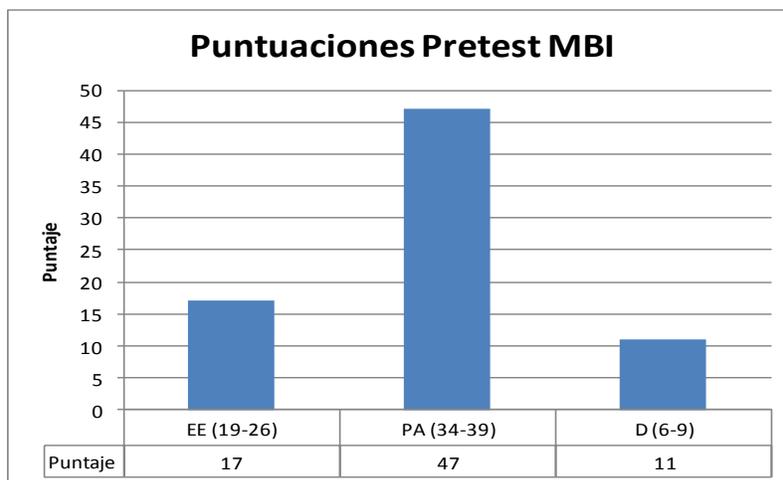
De esta manera se identifica un estilo de afrontamiento que combina estrategias activas y optimistas referidas tanto al problema como a las cogniciones generadas por este, junto con estrategias tendientes a encontrar apoyo externo como medio para la resolución del problema y la disminución de la ansiedad y la tensión, es así como tiende a recurrir a la búsqueda de apoyo especializado y al refugio en sus creencias religiosas, buscando considerablemente la solución del problema.

Los puntajes de Reacción Agresiva RA (70) y Negación NEG (70) se encuentran en un nivel medio alto dentro del promedio, lo cual puede estar relacionado con cierta tendencia a implementar este tipo de estrategias poco funcionales en algunos momentos especiales, lo cual puede llevar a que se agrave o se evite la situación a resolver.

De igual forma, al presentar un puntaje bajo en las escalas de Espera (2), expresión de la dificultad de afrontamiento (4) y de autonomía (20) señalan un estilo equilibrado y funcional, en donde no se asume una actitud netamente pasiva, reconociendo y acudiendo a diferentes recursos externos que actúan como red apoyo, mostrándose poco expresiva de sus dificultades ante los demás.

b. *MBI - Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1981).*

Gráfica 3: Resultados pretest del MBI de Isabel.



En la escala se observa un valor bajo en la escala de Agotamiento Emocional ($EE \leq 17$); así como unos valores medio altos en la de Realización Personal ($PA=47$) y en la de Despersonalización ($D=11$). De esta manera, se puede evidenciar la presencia de uno de los síntomas de Burnout que hace referencia a la sensación de enajenamiento emocional y despersonalización frente a la labor que desarrolla, lo cual puede estar afectando la vida personal y el rendimiento de Isabel.

9.2. EVALUACIÓN MULTIAXIAL.

En este caso no se hace la evaluación desde los criterios del DSM-IV por cuanto Isabel no hace parte de población clínica y se presume ausencia de algún tipo de psicopatología.

9.3. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.

Isabel es una mujer de 53 años de edad que desempeña el rol de madre en una de las familias de la aldea infantil SOS Floridablanca, con un estilo de afrontamiento que combina estrategias activas y optimistas orientadas a la solución de problemas, a partir de la reevaluación positiva de los mismos y el uso de algunos elementos de reacción agresiva o negativa como mecanismo para disminuir y/o evitar la ansiedad frente al estrés.

Una mujer que mantiene un alto vínculo y compromiso emocional con la vida familiar y personal de sus hijos SOS, y que ha venido presentando cierto nivel de dificultad en el manejo de algunas situaciones de tensión y estrés en su rol institucional, por cuanto experimenta baja autoestima, poca confianza en sí misma y algunas reacciones un poco fuertes y agresivas con los jóvenes; lo cual puede estar relacionado con sus antecedentes de violencia intrafamiliar y de crecimiento en ambientes hostiles.

Por otro lado, las evidencias de la escala que mide la presencia de Burnout indican que Isabel es la mujer que más experimenta sentimientos de alta realización en su labor dentro del equipo de madres SOS; así como por otra parte es la participante en que se encuentra la más alta presencia de sentimientos de despersonalización en el trato con los jóvenes de la aldea, lo cual se convierte en un síntoma relevante para trabajar en la intervención clínica y evitar así el posible desarrollo de este síndrome.

Actualmente, es una mujer que muestra una alta funcionalidad en sus relaciones vitales primarias y que cuenta con una adecuada red de apoyo que le permiten tomar conciencia de

sus dificultades y trabajar para mejorar y fortalecer sus propias estrategias para el afrontamiento del estrés.

10. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS.

Favorecer una actitud de exploración personal e identificación de elementos de la propia experiencia, que le permitan identificar y flexibilizar sus propias narrativas y esquemas personales.

Fortalecer el uso de las estrategias activas de afrontamiento que viene implementando ante diferentes situaciones de estrés (Solución de problemas y búsqueda de apoyo social).

Disminuir el uso de estrategias agresivas y de negación frente a situaciones de tensión y estrés en su vida cotidiana.

Resignificar experiencias de vida marcadas por el maltrato, que pueden estar manteniendo los pensamientos y sentimientos de baja autoestima y despersonalización frente a su rol de madre.

Brindar orientación sobre el establecimiento de vínculos adecuados y equilibrados con los jóvenes que le han sido encomendados.

11. PLAN DE INTERVENCIÓN.

Teniendo en cuenta las adaptaciones realizadas a los planteamientos de la terapia cognitiva-narrativa propuesta por Oscar Gonçalves (2002), el desarrollo de la intervención se realizó conjuntamente entre sesiones individuales y grupales con el equipo de madres SOS, que se llevaban a cabo semanalmente en las instalaciones de la Aldea Infantil SOS Floridablanca, con una duración de 50 mins (sesiones individuales) y 100 mins (sesiones grupales), en donde se siguió el siguiente plan de 15 sesiones:

Tabla. 1 Plan de Intervención

SESION	TIPO	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
1 Pretest	Grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer a las participantes y explorar sus expectativas, temores y actitudes frente al proceso terapéutico. • Aplicar los instrumentos Pretest. • Exponer la importancia del uso de la palabra como 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámicas de presentación y rompehielo. • Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. • Ejercicio de exploración e identificación de expectativas, temores y actitudes frente al proceso terapéutico (pequeños grupos). • Mesa redonda para compartir en grupo, recoger elementos comunes y establecer el

		<p>herramienta terapéutica.</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar el encuadre terapéutico que orienta el proceso. 	<p>respectivo encuadre terapéutico en donde se expone la importancia de la palabra como herramienta terapéutica.</p> <ul style="list-style-type: none"> Obtención del consentimiento informado Aplicación grupal Pretest del MBI y la EEC-M.
2 Apertura HC	Individual	<ul style="list-style-type: none"> Establecer un contacto particular con la participante para explorar su historia personal y abrir su respectiva Historia Clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación del objetivo y la estructura de la sesión. Entrevista semiestructurada individual. Apertura de Historia Clínica
3 Devolución de Resultados	Triadas	<ul style="list-style-type: none"> Presentar de manera particular los resultados individuales de las evaluaciones pretest. Resolver dudas y contrastar la información obtenida en las pruebas con la percepción de las participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación del objetivo y la estructura de la sesión. Ejercicio de presentación de los resultados individuales. Profundización y explicación detallada de aspectos particulares de los resultados de cada participante. Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para la próxima sesión.
4 Psicoeducación (Estrés, Burnout y afrontamiento)	Grupal	<ul style="list-style-type: none"> Explorar presaberes y creencias relativas al manejo del estrés. Orientar conceptualmente a las participantes en cuanto a los temas del estrés, el síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. Dinámicas de integración. Exploración de creencias y presaberes de las participantes frente al tema del estrés. Presentación conceptual del estrés, el síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento. Juego de roles a partir de casos en donde se evidencian las diferentes estrategias de afrontamiento al estrés. Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa.
5 Recuerdo	Grupal	<ul style="list-style-type: none"> Presentar los objetivos generales y la estructura del proceso terapéutico. Iniciar a las participantes en los ejercicios de respiración y relajación muscular. Desarrollar en las participantes una actitud de recuerdo episódico. Iniciar con las participantes el trabajo de recuerdo episódico a través de la vida. 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de los objetivos y modelamiento del trabajo de recuerdo. Ejercicio de respiración, relajación muscular e imaginación guiada a través de la vida. Inicio del trabajo de recuerdo a lo largo de la vida y registro en el cuadro por edades. Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (recuerdo y registro de narrativas diarias)
6 Objetivación	Grupal	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar los trabajos de recuerdo diario y recuerdo a lo largo de la vida. Posibilitar la identificación de la narrativa-prototipo. Iniciar a las participantes en 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. Revisión y evaluación de los trabajos de recuerdo. Presentación de los objetivos y modelamiento del trabajo de objetivación.

		el trabajo de objetivación de los recuerdos diarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de respiración, relajación muscular e imaginación guiada que permite la identificación de la narrativa prototipo y la objetivación de narrativas diarias. • Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (continuar el registro de narrativas diarias y su respectiva objetivación)
7 Objetivación	Triadas	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el trabajo de objetivación. • Objetivar la experiencia actual y la narrativa-prototipo de las participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. • Revisión y evaluación del trabajo de objetivación de narrativas diarias. • Ejercicio de respiración, relajación muscular y objetivación de la experiencia actual (en medio de la naturaleza) y de la narrativa prototipo. • Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (continuar la objetivación de narrativas diarias y de la narrativa prototipo).
8 Subjetivación Emocional	Triadas	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el trabajo de objetivación. • Iniciar a las participantes en el trabajo de subjetivación emocional de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. • Revisión y evaluación del trabajo de objetivación de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo. • Presentación de los objetivos y modelamiento del trabajo de subjetivación emocional. • Ejercicio de respiración, relajación muscular e imaginación guiada que permite la subjetivación emocional de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo. • Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (continuar con la subjetivación emocional de las narrativas diarias).
9 Subjetivación Cognitiva	Triadas	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el trabajo de subjetivación emocional. • Iniciar a las participantes en el trabajo de subjetivación cognitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. • Revisión y evaluación del trabajo de subjetivación emocional de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo. • Presentación de los objetivos y modelamiento del trabajo de subjetivación cognitiva. • Ejercicio de respiración, relajación muscular e imaginación guiada que permite la subjetivación cognitiva de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo. • Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (continuar con la subjetivación cognitiva de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo).
10 Metaforización	Triadas	<ul style="list-style-type: none"> • Retomar el proceso cognitivo narrativo y evaluar el trabajo de 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. • Revisión y evaluación del trabajo de

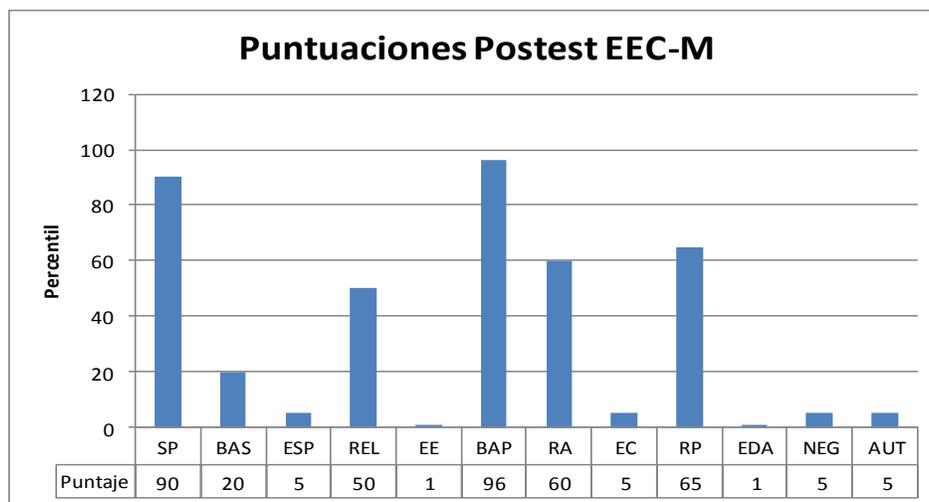
		<p>subjetivación narrativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar a las participantes en el trabajo de metaforización. 	<p>subjetivación cognitiva de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y modelamiento del trabajo de metaforización. • Ejercicio de respiración, relajación muscular e imaginación guiada que permite la metaforización de narrativas diarias y de la narrativa prototipo. • Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (metaforización de las narrativas diarias).
11 Metaforización	Triadas	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el trabajo de metaforización. • Construir y enraizar la metáfora raíz y la metáfora alternativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. • Revisión y evaluación del trabajo de metaforización de las narrativas diarias. • Ejercicio de construcción de la metáfora raíz y enraizamiento histórico de la misma. • Ejercicio de búsqueda de alternativas para la metáfora raíz. • Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (enraizamiento histórico de la metáfora alternativa).
12 Proyección	Triadas	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el trabajo de enraizamiento histórico de la metáfora alternativa. • Proyectar e implementar narrativas alternativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. • Revisión y evaluación del trabajo de enraizamiento histórico e implementación de las narrativas ilustrativas de la metáfora alternativa. • Ejercicio de proyección de la metáfora alternativa dentro de las propias experiencias de vida. • Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (implementar y registrar la narrativa alternativa proyectada).
13 Psicoeducación (Solución de problemas)	Grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar la multiplicidad de estrategias y recursos que permiten la solución de problemas. • Brindar orientación conceptual sobre estrategias y recursos eficaces en la solución problemas. • Propiciar una actitud proactiva y particularmente adecuada frente a la solución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. • Dinámicas de integración. • Presentación conceptual de estrategias y recursos eficaces en la solución problemas. • Juego de roles en donde se ponen en práctica los elementos conceptuales previamente compartidos. • Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para la próxima sesión.
14 Cierre de la Intervención	Triadas	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el trabajo de identificación e implementación de la narrativa alternativa. • Finalizar del proceso de 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. • Revisión y evaluación del trabajo de identificación y proyección de las narrativas ilustrativas de la metáfora alternativa.

		intervención.	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de síntesis y cierre del proceso de intervención.
15 Postest	Grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las percepciones, progresos y aportes del proceso de intervención frente al manejo del estrés. • Aplicar los instrumentos Postest. • Realizar el cierre del proceso terapéutico 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámicas de integración. • Mesa redonda para compartir las percepciones, progresos y aportes del proceso de intervención frente al manejo del estrés de cada participante. • Aplicación grupal Postest del MBI y la EEC-M.

12. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN POSTEST

a. EEC – M Escala de Estrategias de Coping Modificada (Londoño et al., 2006).

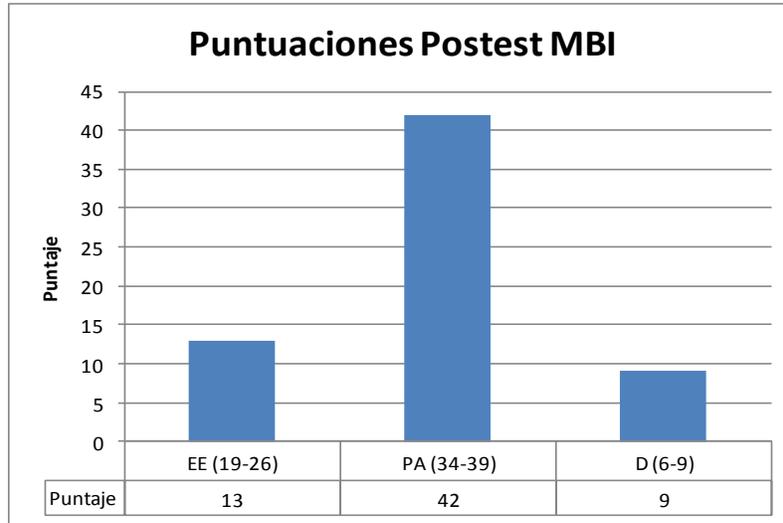
Gráfica 4: Resultados postest de las estrategias de afrontamiento EEC-M de Isabel.



Se observan valores altos (≥ 75) para la escala de Búsqueda de apoyo profesional (BAP) y Solución de Problemas (SP). Así mismo, presenta valores bajos (≤ 25) para las escalas de Espera (ESP), Evitación Emocional (EE), Expresión de la Dificultad de Afrontamiento (EDA), Evitación Cognitiva (EC), Negación (NEG) y Autonomía (AUT).

b. MBI - Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1981).

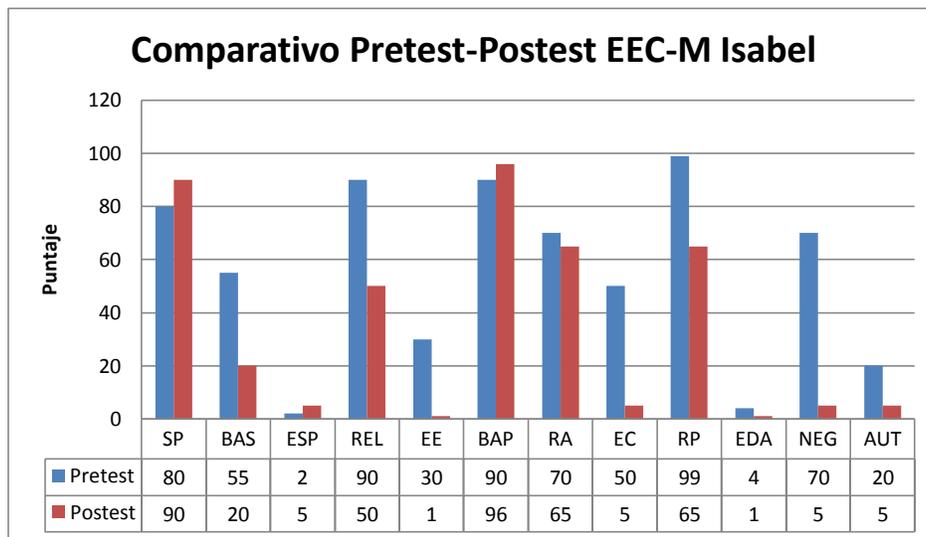
Gráfica 5: Resultados postest del MBI de Isabel.



Se observan valores bajos en las escalas de Agotamiento Emocional ($EE \leq 13$) y en la de Despersonalización ($D=9$), así como un valor alto en la de Realización Personal ($PA=42$). De esta manera, se puede evidenciar la ausencia de síntomas de Burnout que puedan afectar el desempeño y salud mental de Isabel.

13. COMPARATIVO PRETEST-POSTEST

Gráfica 6: Comparativo puntuaciones pretest-postest del EEC-M de Isabel.

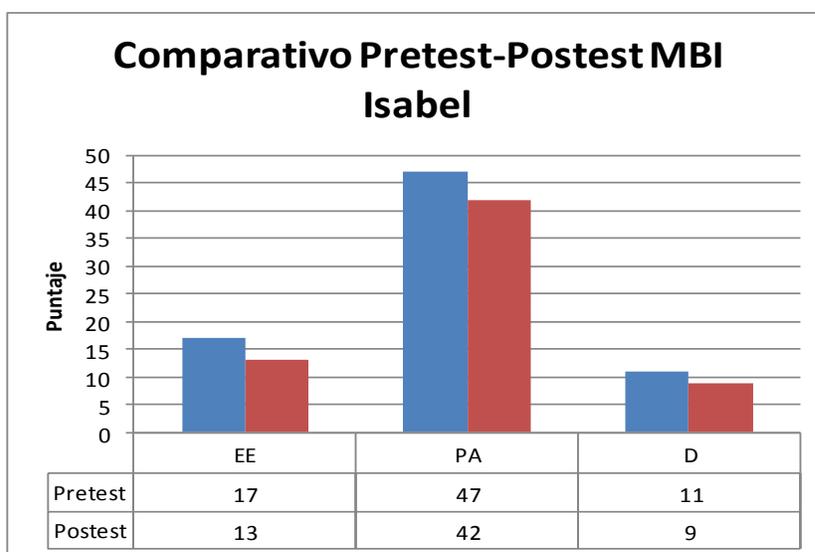


Se observan variaciones positivas en las escalas de Solución de problemas SP (+10 puntos) y Búsqueda de Apoyo Profesional BAP (+6 puntos), que aunque no son grandes cambios, si

permiten evidenciar cierto nivel de aumento en la frecuencia de la implementación de estas estrategias.

En cuanto a las escalas que evidencian variaciones negativas encontramos Búsqueda de Apoyo Social BAS (-35 puntos), Religión REL (-40 puntos), Evitación Emocional EE (-29 puntos), Evitación Cognitiva EC (-45 puntos), Reevaluación Positiva RP (-34 puntos), Negación NEG (-65 puntos) y Autonomía AUT (-15 puntos); las cuales llaman la atención por presentar cambios muy grandes de una aplicación a la otra.

Gráfica 7: Comparativo puntuaciones pretest-postest del MBI de Isabel.



Según la gráfica 7, se evidencia cierto nivel de disminución en los puntajes de las 3 escalas que miden la presencia de Burnout. Por un lado las escalas de Agotamiento Emocional (EE= -5 puntos) y Despersonalización (D= -2 puntos) presentan variaciones negativas relacionadas con la disminución en los niveles de estos síntomas; mientras que se ve una disminución de 5 puntos en Satisfacción Personal (PA), lo cual no termina siendo preocupante por cuanto ambos puntajes se encuentran dentro de los niveles más altos de la prueba (punto de corte PA=39).

14. ANALISIS FINAL

El proceso de intervención realizado con Isabel evidencia tanto a nivel de resultados cuantitativos, como de los análisis cualitativos, una evolución positiva hacia el fortalecimiento del uso de estrategias de afrontamiento más activas y enfocadas en el problema, así como en la

disminución de síntomas leves relacionados con la presencia de sentimientos de despersonalización y agotamiento en el contacto con sus hijos SOS.

Al analizar las características personales y las referidas al contexto de vida propias de la historia de Isabel, se puede tener una visión más amplia sobre las fortalezas y las limitaciones que presentó dentro del proceso terapéutico desarrollado.

Es así, como se pudo apreciar en ella un gran deseo de superación y cambio, junto con un alto nivel de compromiso con su vida y labor como madre SOS. A lo largo del proceso, tuvo de base un constante interés, reflejado en su actitud proactiva y colaborativa, así como un esfuerzo permanente por aprovechar cada sesión para enriquecerse con nuevas estrategias, ya que siempre mantuvo un alto nivel de conciencia sobre sus limitaciones, lo cual permitió que los progresos fueran apareciendo en forma de mayor flexibilidad y apertura cognitiva frente a las situaciones difíciles con los jóvenes y niños de su familia SOS.

A lo largo del proceso terapéutico fue dejando atrás algunas resistencias y temores que le inhibían su apertura cognitiva y emocional, en la medida que fue experimentando cada sesión como un espacio que le brindaba seguridad y la posibilidad de reconstruir su propia vida sin juicios, críticas o presiones. En este punto jugó un papel muy importante el trabajo terapéutico grupal por triadas, ya que le permitió descubrir relatos muy distintos pero con puntos de encuentro con sus compañeras madres que experimentan situaciones y retos similares a los suyos; pero sin sentirse tan expuesta emocionalmente.

Le costó inicialmente realizar el proceso de subjetivación cognitiva de su narrativa prototipo, pero poco a poco fue tomando contacto con sus propios sentimientos, permitiéndose a sí misma ampliar su capacidad cognitiva implicada en los procesos de afrontamiento. Ante lo cual, fue desarrollando una narrativa más enriquecida de posibilidades y metáforas que le permitieron elaborar emocionalmente y resignificar algunas situaciones que habían sido difíciles de manejar a nivel personal, como es su historia de maltrato y sumisión; así como el establecimiento de límites en su vida familiar en la aldea SOS.

Por otra parte, es importante revisar los cambios relevantes entre las puntuaciones Pre y Post del EEC-M en las escalas Búsqueda de Apoyo Social BAS, Religión REL, Evitación Emocional EE, Evitación Cognitiva EC, Reevaluación Positiva RP, Negación NEG y Autonomía AUT, las cuales pueden explicarse con dos hipótesis; por un lado, una disminución considerable que Isabel tuvo en el uso de estas estrategias de afrontamiento; y por otro, la presencia de dificultades en el proceso evaluativo relacionadas con la comprensión de algunos ítems de la

prueba, ya que es importante señalar que durante la aplicación pretest, ella tuvo problemas para leer y comprender los enunciados que se le presentaban en la misma; lo cual se podría explicar desde unas bajas competencias en comprensión lectora, producto de su básico nivel educativo. Aunque es fundamental señalar que las narrativas que fue construyendo al finalizar el proceso terapéutico permitieron evidenciar un avance hacia la disminución de estrategias evitativas y de negación frente a situaciones cotidianas de tensión y estrés.

Sofía es una mujer de 34 años de edad que desde hace 4 años se encuentra vinculada con la organización Aldeas Infantiles SOS y que desde hace 3 ha asumido el rol de madre en una de las familias de la aldea infantil SOS Floridablanca.

Ella no es una mujer que presente alguna problemática o sintomatología clínica en particular, pero dentro de algunas situaciones o conductas problema que le pueden llegar a generar cierto nivel de malestar o dificultad, se pueden identificar algunos elementos y tensiones en su rol dentro de la organización; ya que como madre y responsable de la vida de una familia SOS constituida por 9 jóvenes (7 mujeres y 2 varones) entre los 13 y 19 años de edad, se ha visto enfrentada a múltiples situaciones cotidianas que la llevan a confrontarse consigo misma y a replantear su necesidad constante de fortalecer las estrategias y recursos con los cuales afronta y resuelve los conflictos que se le presentan.

Ante ciertas situaciones en la dinámica familiar tiende a desarrollar cierta preferencia y cuidado especial por el hijo mayor de la casa (19 años) y a compartir algunos espacios personales con él, lo cual ha venido desarrollando cierto nivel de conflicto familiar y dificultad en el establecimiento de límites claros con el joven.

Por otra parte, en algunos momentos experimenta desesperación, impotencia, frustración y rabia en el manejo de situaciones de tensión con dos hijos que han venido presentando problemas de comportamiento y que ya se encuentran vinculados a tratamiento psicológico y psiquiátrico; ante lo cual asume conductas fuertes que la llevan a autoetiquetarse como mala madre.

En ocasiones ha llegado a experimentar ciertos pensamientos y sentimientos referidos de baja realización personal y soledad por cuanto desearía tener una vida de pareja estable y formar una familia con hijos propios; lo cual la han llevado en tres ocasiones anteriores a experimentar ciertas crisis emocionales y a contemplar la posibilidad de retirarse, pero ante lo cual ha decidido finalmente continuar.

Así mismo, en relación con su familia de origen a veces llega a sentirse alejada y desvinculada, ya que siente que no les dedica el tiempo suficiente debido a las características de su trabajo.

5. HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR RELEVANTE.

Sofía ocupa el 4 lugar de una familia reconstruida con 5 hijos, de estrato socio económico medio alto del casco urbano de un municipio Santander, con patrones funcionales de relación y

estabilidad afectiva. Su madre, quien falleció de leucemia hace 6 años, fue una mujer de carácter firme y conciliador dedicada al hogar y la crianza de sus hijos. A su padre biológico, quien murió de un ataque cardíaco, nunca lo conoció; pero en cambio mantuvo una relación muy estrecha con su padre de crianza que murió hace 9 años de diabetes y a quien describe como un hombre trabajador, tacaño, machista, exigente, estricto y fuerte en su trato; un terrateniente que tenía propiedades, ganado y dinero, pero de quien siempre recibió apoyo y afecto.

Su infancia se desarrolló principalmente en el campo entre las fincas del papá y la casa en el pueblo, en medio de un ambiente de sobreprotección y cuidado permanente por parte de sus padres. Evidenció siempre un buen rendimiento escolar y mantuvo relaciones cercanas y funcionales con sus hermanos, particularmente con Pablo (el menor), con quien aún mantiene un fuerte vínculo; lo cual le permitió sentirse acogida y experimentar una infancia agradable y sin mayores inconvenientes.

A nivel académico tuvo acceso a la educación superior, graduándose como licenciada en educación en lengua castellana, lo cual le permitió laborar como docente oficial en el sector rural durante varios años antes de ingresar a Aldeas Infantiles a la edad de 30 años.

Por otra parte, a nivel afectivo emocional, ha sido una mujer equilibrada que desde siempre se ha mostrado extrovertida, expresiva, alegre y firme en su trato, evidenciando facilidad para ser empática y mantener relaciones sociales adecuadas. Tiende a ser observadora, analítica y líder en la interacción grupal.

De manera particular, hace 5 años conoció a Sergio, un militar con quien mantuvo una relación de pareja y convivencia de un año hasta que él murió en combate en diciembre de 2007, lo cual la llevó a dedicarse más tiempo y a refugiarse en su trabajo como tía de la aldea SOS, que recién iniciaba. En este contexto, 6 meses después recibió la responsabilidad del cuidado de su actual familia, que estaba conformada por preadolescentes (la menor tenía 10 años de edad) y adolescentes (la mayor tenía 15 años) que habían ingresado a la aldea SOS desde temprana edad y que con el tiempo han logrado adaptarse a la dinámica familiar orientada por Sofía.

Como antecedentes médicos, cuenta con un historial de asma hasta los 8 o 9 años y rinitis permanente.

6. CICLO DE VIDA.

Sofía vivió su infancia en una familia reconstruida y estable, con un nivel socioeconómico medio alto en el casco urbano de un pueblo pequeño. De niña y adolescente vivió en un

ambiente campestre de sobreprotección y con posibilidades de estudio que a sus 20 años la llevaron a salir de la casa paterna para vivir en la ciudad y formarse como docente de lengua castellana. Luego de ejercer su profesión durante varios años, y estando viviendo sola, a sus 30 años decidió darle un nuevo rumbo a su vida y así explorar su camino de desarrollo personal a través de la entrega total a la labor de crianza de sus hijos SOS.

Actualmente, Sofía se encuentra ubicada en la etapa de adultez media de su ciclo vital, que se halla marcada principalmente por la búsqueda del “lograr ser” y el “cuidar de”. De esta manera, se puede identificar en ella un deseo fuerte por mantener el vínculo estable de cuidado en el hogar con sus hijos SOS, a través del establecimiento claro de los límites entre la intimidad y el espacio público. En este sentido, también se puede ver su deseo de establecer una relación de pareja que la satisfaga afectivamente y con quien pueda construir una vida de familia con vínculo natural.

Así mismo, se puede percibir un deseo de ser útil y lograr ser alguien significativo en la vida de los hijos que le han sido encomendados, buscando realizarse profesionalmente como madre SOS; aunque identifica que en el momento en que decida retirarse de su actual labor, va a quedarse sin la familia a la que le ha dedicado su energía vital durante estos últimos años.

7. ANÁLISIS DE CONTEXTO.

El ambiente socio-cultural de Sofía se caracteriza principalmente por ser enriquecido con espacios de recreación, formación y socialización dentro de la aldea SOS, pero algo limitado fuera de ella; en donde se ha facilitado el establecimiento de relaciones interpersonales cercanas y estables con otras madres, principalmente con una que se ha convertido en su mejor amiga y con los jóvenes de su casa. A nivel afectivo no cuenta con una pareja actualmente.

Procura mantener contacto telefónico con su grupo familiar primario, principalmente con su hermano menor Pablo y un sobrino, con quienes comparte cada mes cuando sale a descanso durante 5 días. Actualmente, Pablo y Jorge son sus únicos hermanos que viven en Bucaramanga, porque sus dos hermanas mayores viven fuera, a quienes visita en época de vacaciones y con quienes mantiene contacto telefónico regular.

En el contexto familiar SOS, es importante identificar que vive en una familia con hijos adolescentes entre los 13 y 19 años de edad, que han sido declarados en abandono y acogidos por este programa, y que cuentan con variadas y complejas problemáticas particulares.

Económicamente recibe un sueldo que además de permitirle satisfacer sus necesidades básicas le ha posibilitado ahorrar y adquirir un apartamento propio, que aún sigue pagando. Cuenta con servicio de salud y vinculación laboral por contrato indefinido.

8. FACTORES DE PREDISPOSICIÓN, RIESGO Y PROTECCIÓN.

Factores predisponentes:

- Situación de duelo por muerte de su pareja hace 3 años.

Factores de Riesgo:

- Alto compromiso emocional ante las situaciones que se presentan cotidianamente con los jóvenes por el vínculo tan estrecho que se ha generado.
- Presiones organizacionales y socioeconómicas.
- La ambivalencia en el establecimiento de límites claros en la relación con los jóvenes a su cargo.
- Altos deseos de realización personal por medio de un proyecto de vida en pareja y con familia.

Fortalezas de Protección:

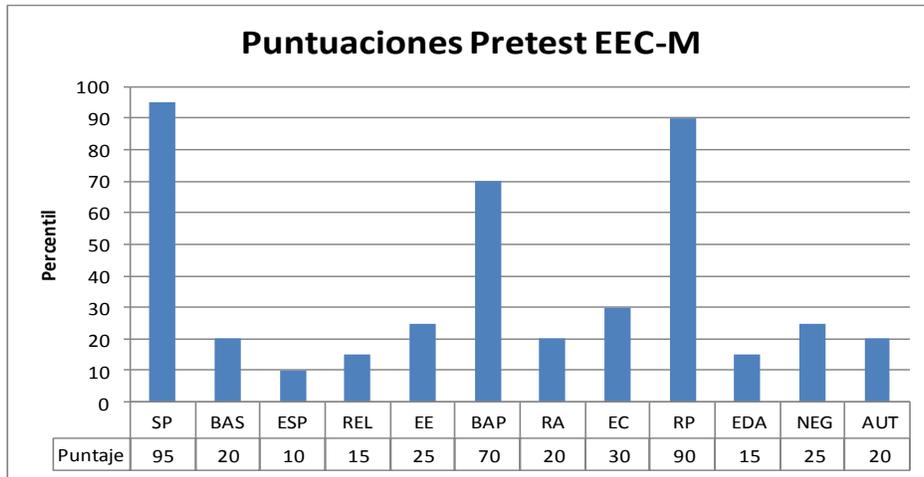
- El vínculo afectivo funcional y estable con su familia de origen.
- Vinculación laboral estable.
- Nivel de educación superior.
- Adecuadas habilidades sociales.
- Redes sociales de apoyo estables

9. DIAGNÓSTICO.

9.1. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PRETEST

c. *EEC – M Escala de Estrategias de Coping Modificada (Londoño et al., 2006).*

Gráfico 2: Resultados pretest de las estrategias de afrontamiento EEC-M de Sofía.

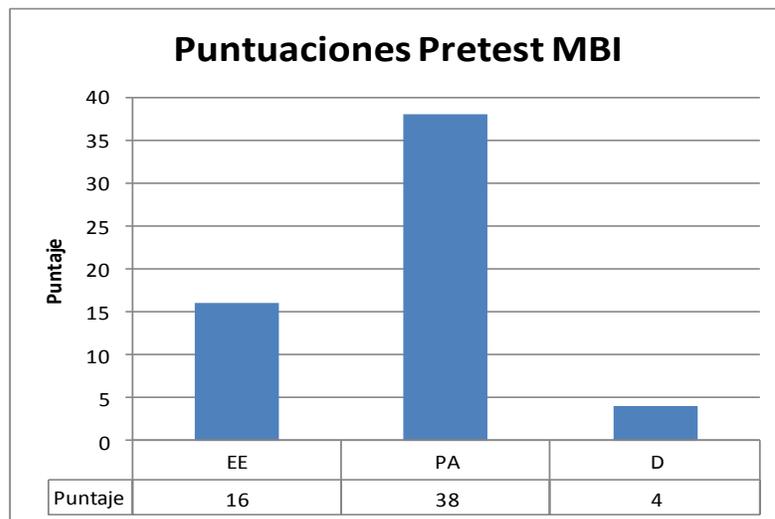


Se observan valores altos (≥ 75) para las escalas de Solución de Problemas (SP) y Reevaluación Positiva (RP). Así mismo, presenta valores bajos (≤ 25) para la escala de Búsqueda de apoyo Social (BAS), Espera (ESP), Religión (REL), Evitación Emocional (EE), Reacción Agresiva (RA), Expresión de la Dificultad de Afrontamiento (EDA), Negación (NEG) y Autonomía (AUT).

De esta manera se identifica un estilo de afrontamiento activo en cuanto a las cogniciones y los comportamientos que se orientan al problema, en donde se evalúan las alternativas de solución desde una visión más optimista y recursiva, tendiendo a buscar apoyo especializado.

d. MBI - Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1981).

Gráfico 3: Resultados pretest del MBI de Sofía.



En la escala se observan valores bajos en la escala de Agotamiento Emocional ($EE \leq 19$) y en la de Despersonalización ($D \leq 6$); así como un valor medio alto en la de Realización Personal (PA entre 34 y 39). De esta manera, se puede descartar la presencia de cualquiera de los síntomas de Burnout que puedan estar afectando la vida de Sofía.

9.2. EVALUACIÓN MULTIAXIAL.

En este caso no se hace la evaluación desde los criterios del DSM-IV por cuanto Sofía no hace parte de población clínica y se presume ausencia de algún tipo de psicopatología.

9.3. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.

Sofía es una mujer de 34 años de edad que desempeña el rol de madre en una de las familias de la aldea infantil SOS Floridablanca, con un estilo activo de afrontamiento al estrés enfocado en la solución de problemas, a partir del uso de estrategias cognitivas y conductuales de control emocional y solución de problemas, como la reevaluación positiva de los mismos y de búsqueda de apoyo externo. .

Una mujer que de manera actual se encuentra presentando cierto nivel de dificultad en el manejo de algunas situaciones de tensión en su vida cotidiana, principalmente en cuanto al establecimiento de límites claros con los 9 adolescentes con los que convive, ya que tiende a desarrollar ciertas preferencias hacia el mayor de ellos en quien puede estar depositando sus afectos de forma inusual y generando cierto nivel particular de expectativas como hombre; lo cual podría estar relacionado con una inadecuada elaboración del duelo por la pérdida de su pareja hace 3 años, la falta de espacios personales para mantener la vinculación familiar y para el establecimiento de una relación afectiva estable con algún hombre, que la han llevado a experimentar ciertos pensamientos y sentimientos referidos de baja realización personal y soledad que en 3 ocasiones han desarrollado pequeñas crisis emocionales que le han permitido confrontarse consigo misma y replantear su necesidad de fortalecer las estrategias de afrontamiento enfocadas a la búsqueda de apoyo social en la resolución de los problemas y situaciones que se le presentan.

Por otra parte, las bajas puntuaciones en las escalas que miden los componentes de Burnout indican que Sofía no se encuentra desarrollando la sintomatología de este síndrome.

Actualmente, es una mujer que muestra una alta funcionalidad en sus relaciones vitales primarias y que cuenta con una adecuada red de apoyo que le permiten mantener unas estrategias adecuadas para el afrontamiento del estrés.

10. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS.

Favorecer una actitud de exploración personal e identificación de elementos de la propia experiencia, que le permitan identificar y flexibilizar sus propias narrativas y esquemas personales.

Fortalecer el uso de las estrategias activas de afrontamiento que viene implementando ante diferentes situaciones de estrés.

Resignificar las experiencias de pérdida y frustración que pueden estar manteniendo los pensamientos y sentimientos de inadecuación personal frente a su rol de madre.

Brindar orientación sobre el establecimiento de vínculos adecuados y equilibrados con los jóvenes que le han sido encomendados.

11. PLAN DE INTERVENCIÓN.

Teniendo en cuenta las adaptaciones realizadas a los planteamientos de la terapia cognitiva-narrativa propuesta por Oscar Gonçalves (2002), el desarrollo de la intervención se realiza conjuntamente entre sesiones individuales y grupales con el equipo de madres SOS, que se llevan a cabo semanalmente en las instalaciones de la Aldea Infantil SOS Floridablanca, con una duración de 50 mins (sesiones individuales) y 100 mins (sesiones grupales), en donde se sigue el siguiente plan de 15 sesiones:

Tabla. 1 Plan de Intervención

SESION	TIPO	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
1 Pretest	Grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer a las participantes y explorar sus expectativas, temores y actitudes frente al proceso terapéutico. • Aplicar los instrumentos Pretest. • Exponer la importancia del uso de la palabra como herramienta terapéutica. • Realizar el encuadre terapéutico que orienta el 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámicas de presentación y rompehielo. • Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. • Ejercicio de exploración e identificación de expectativas, temores y actitudes frente al proceso terapéutico (pequeños grupos). • Mesa redonda para compartir en grupo, recoger elementos comunes y establecer el respectivo encuadre terapéutico en donde se expone la importancia de la palabra como herramienta terapéutica.

		proceso.	<ul style="list-style-type: none"> • Obtención del consentimiento informado • Aplicación grupal Pretest del MBI y la EEC-M.
2 Apertura HC	Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un contacto particular con la participante para explorar su historia personal y abrir su respectiva Historia Clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del objetivo y la estructura de la sesión. • Entrevista semiestructurada individual. • Apertura de Historia Clínica
3 Devolución de Resultados	Triadas	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar de manera particular los resultados individuales de las evaluaciones pretest. • Resolver dudas y contrastar la información obtenida en las pruebas con la percepción de las participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del objetivo y la estructura de la sesión. • Ejercicio de presentación de los resultados individuales. • Profundización y explicación detallada de aspectos particulares de los resultados de cada participante. • Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para la próxima sesión.
4 Psicoeducación (Estrés, Burnout y afrontamiento)	Grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar presaberes y creencias relativas al manejo del estrés. • Orientar conceptualmente a las participantes en cuanto a los temas del estrés, el síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. • Dinámicas de integración. • Exploración de creencias y presaberes de las participantes frente al tema del estrés. • Presentación conceptual del estrés, el síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento. • Juego de roles a partir de casos en donde se evidencian las diferentes estrategias de afrontamiento al estrés. • Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa.
5 Recuerdo	Grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar los objetivos generales y la estructura del proceso terapéutico. • Iniciar a las participantes en los ejercicios de respiración y relajación muscular. • Desarrollar en las participantes una actitud de recuerdo episódico. • Iniciar con las participantes el trabajo de recuerdo episódico a través de la vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y modelamiento del trabajo de recuerdo. • Ejercicio de respiración, relajación muscular e imaginación guiada a través de la vida. • Inicio del trabajo de recuerdo a lo largo de la vida y registro en el cuadro por edades. • Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (recuerdo y registro de narrativas diarias)
6 Objetivación	Grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los trabajos de recuerdo diario y recuerdo a lo largo de la vida. • Posibilitar la identificación de la narrativa-prototipo. • Iniciar a las participantes en el trabajo de objetivación de los recuerdos diarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. • Revisión y evaluación de los trabajos de recuerdo. • Presentación de los objetivos y modelamiento del trabajo de objetivación. • Ejercicio de respiración, relajación muscular e imaginación guiada que permite la identificación de la narrativa prototipo y la

			<p>objetivación de narrativas diarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (continuar el registro de narrativas diarias y su respectiva objetivación)
7 Objetivación	Triadas	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el trabajo de objetivación. • Objetivar la experiencia actual y la narrativa-prototipo de las participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. • Revisión y evaluación del trabajo de objetivación de narrativas diarias. • Ejercicio de respiración, relajación muscular y objetivación de la experiencia actual (en medio de la naturaleza) y de la narrativa prototipo. • Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (continuar la objetivación de narrativas diarias y de la narrativa prototipo).
8 Subjetivación Emocional	Triadas	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el trabajo de objetivación. • Iniciar a las participantes en el trabajo de subjetivación emocional de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. • Revisión y evaluación del trabajo de objetivación de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo. • Presentación de los objetivos y modelamiento del trabajo de subjetivación emocional. • Ejercicio de respiración, relajación muscular e imaginación guiada que permite la subjetivación emocional de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo. • Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (continuar con la subjetivación emocional de las narrativas diarias).
9 Subjetivación Cognitiva	Triadas	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el trabajo de subjetivación emocional. • Iniciar a las participantes en el trabajo de subjetivación cognitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. • Revisión y evaluación del trabajo de subjetivación emocional de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo. • Presentación de los objetivos y modelamiento del trabajo de subjetivación cognitiva. • Ejercicio de respiración, relajación muscular e imaginación guiada que permite la subjetivación cognitiva de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo. • Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (continuar con la subjetivación cognitiva de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo).
10 Metaforización	Triadas	<ul style="list-style-type: none"> • Retomar el proceso cognitivo narrativo y evaluar el trabajo de subjetivación narrativa. • Iniciar a las participantes en 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. • Revisión y evaluación del trabajo de subjetivación cognitiva de las narrativas diarias y de la narrativa prototipo.

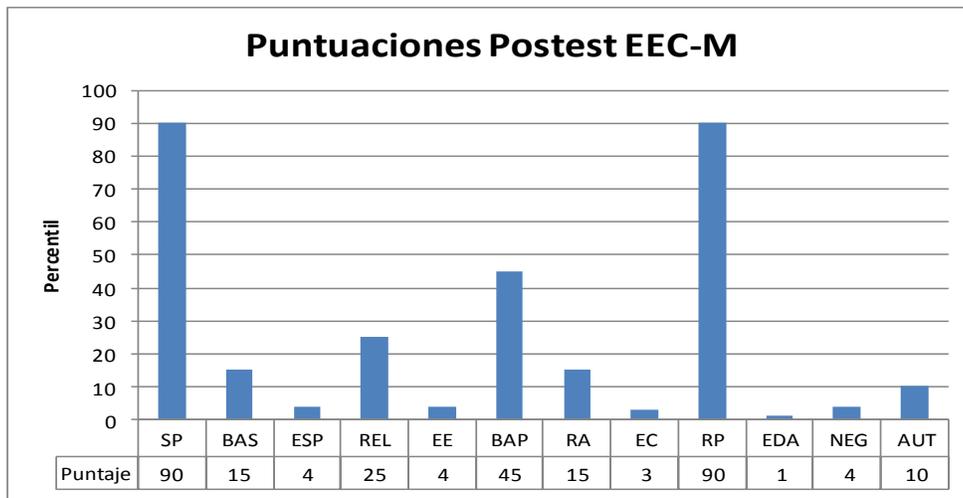
		el trabajo de metaforización.	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y modelamiento del trabajo de metaforización. • Ejercicio de respiración, relajación muscular e imaginación guiada que permite la metaforización de narrativas diarias y de la narrativa prototipo. • Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (metaforización de las narrativas diarias).
11 Metaforización	Triadas	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el trabajo de metaforización. • Construir y enraizar la metáfora raíz y la metáfora alternativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. • Revisión y evaluación del trabajo de metaforización de las narrativas diarias. • Ejercicio de construcción de la metáfora raíz y enraizamiento histórico de la misma. • Ejercicio de búsqueda de alternativas para la metáfora raíz. • Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (enraizamiento histórico de la metáfora alternativa).
12 Proyección	Triadas	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el trabajo de enraizamiento histórico de la metáfora alternativa. • Proyectar e implementar narrativas alternativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. • Revisión y evaluación del trabajo de enraizamiento histórico e implementación de las narrativas ilustrativas de la metáfora alternativa. • Ejercicio de proyección de la metáfora alternativa dentro de las propias experiencias de vida. • Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para los trabajos para la casa (implementar y registrar la narrativa alternativa proyectada).
13 Psicoeducación (Solución de problemas)	Grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar la multiplicidad de estrategias y recursos que permiten la solución de problemas. • Brindar orientación conceptual sobre estrategias y recursos eficaces en la solución de problemas. • Propiciar una actitud proactiva y particularmente adecuada frente a la solución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. • Dinámicas de integración. • Presentación conceptual de estrategias y recursos eficaces en la solución de problemas. • Juego de roles en donde se ponen en práctica los elementos conceptuales previamente compartidos. • Síntesis del trabajo realizado e indicaciones para la próxima sesión.
14 Cierre de la Intervención	Triadas	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el trabajo de identificación e implementación de la narrativa alternativa. • Finalizar del proceso de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los objetivos y la estructura de la sesión. • Revisión y evaluación del trabajo de identificación y proyección de las narrativas ilustrativas de la metáfora alternativa. • Ejercicio de síntesis y cierre del proceso de intervención.

15 Postest	Grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las percepciones, progresos y aportes del proceso de intervención frente al manejo del estrés. • Aplicar los instrumentos Postest. • Realizar el cierre del proceso terapéutico 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámicas de integración. • Mesa redonda para compartir las percepciones, progresos y aportes del proceso de intervención frente al manejo del estrés de cada participante. • Aplicación grupal Postest del MBI y la EEC-M.
---------------	--------	---	---

12. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN POSTEST

c. EEC – M Escala de Estrategias de Coping Modificada (Londoño et al., 2006).

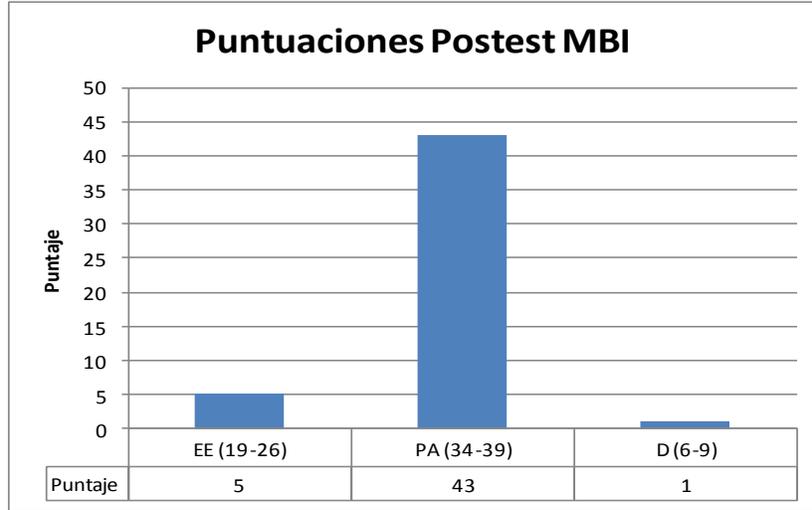
Gráfica 4: Resultados postest de las estrategias de afrontamiento EEC-M de Sofía.



Se observan valores altos (≥ 75) para las escalas de Solución de Problemas (SP) y Reevaluación Positiva (RP). Así mismo, presenta valores bajos (≤ 25) para las escalas de Espera (ESP), Evitación Emocional (EE), Expresión de la Dificultad de Afrontamiento (EDA), Evitación Cognitiva (EC), Negación (NEG), Autonomía (AUT), Búsqueda de Apoyo Social (BAS), Reacción Agresiva (RA) y Religión (REL).

d. MBI - Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1981).

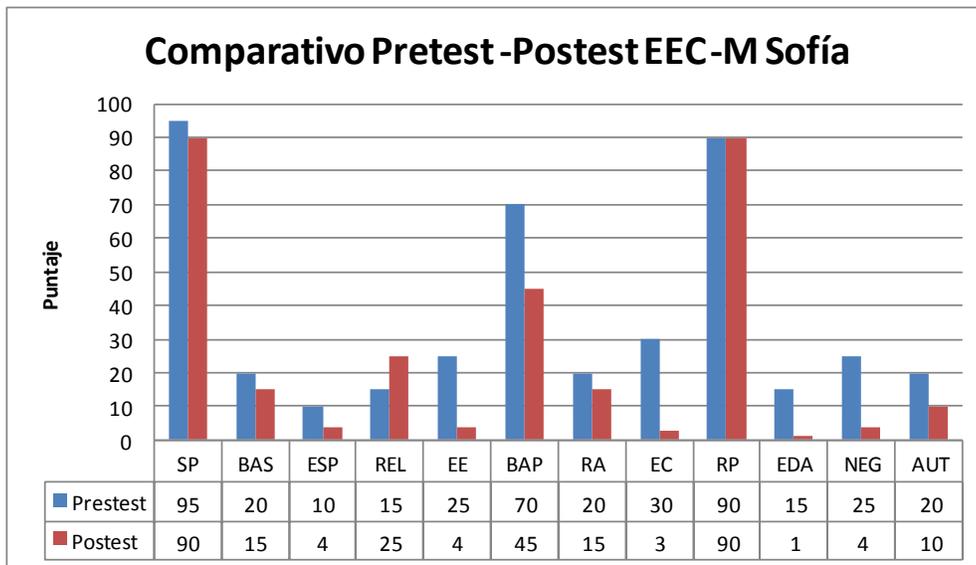
Gráfica 5: Resultados postest del MBI de Sofía.



Se observan valores bajos en las escalas de Agotamiento Emocional ($EE \leq 5$) y en la de Despersonalización ($D=1$), así como un valor alto en la de Realización Personal ($PA=43$). De esta manera, se puede evidenciar la ausencia de síntomas de Burnout que puedan afectar el desempeño y salud mental de Sofía.

13. COMPARATIVO PRETEST-POSTEST

Gráfica 6: Comparativo puntuaciones pretest y postest del EEC-M de Sofía

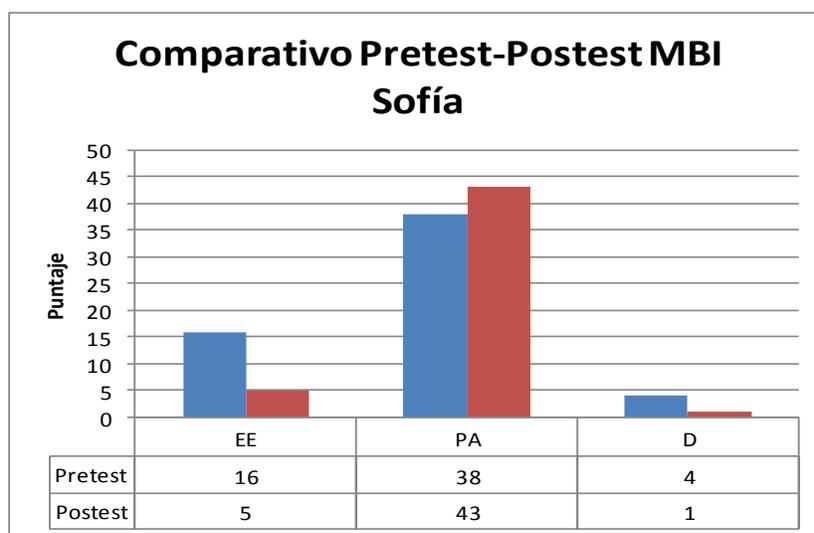


Se observan variaciones negativas importantes en las escalas de Búsqueda de Apoyo Profesional BAP (-25 puntos), Evitación Emocional EE (-21 puntos), Evitación Cognitiva EC (-27

puntos), Expresión de la Dificultad de Afrontamiento EDA (-14 puntos) y Negación NEG (-21 puntos); estas 4 últimas caracterizadas por ser estrategias de afrontamiento pasivo y evitativo, lo cual representa una buena evolución del proceso de Sofía, en cuanto hay disminución en el uso de este tipo de estrategias.

Se evidencia cierta variación positiva en la escala Religión REL (+10 puntos), aunque los puntajes siguen siendo bajos en ambas pruebas para que sean representativos, lo cual sugiere una escasa utilización de esta estrategia.

Gráfica 7: Comparativo puntuaciones pretest y postest del MBI de Sofía



Según la gráfica 7, se evidencia cierto nivel de disminución en los puntajes de las 2 escalas que relacionadas el Burnout: Agotamiento Emocional (EE= -11 puntos) y Despersonalización (D= -3 puntos); mientras que en cuanto a la Satisfacción Personal se percibe un aumento (PA=+5 puntos), que evidencia la alta presencia de sentimientos de productividad, buena autoestima, éxito profesional, motivación y gusto con su propia vida.

14. ANALISIS FINAL

Al analizar el proceso de intervención realizado con Sofía, se puede encontrar que ella aunque tenía un estilo de afrontamiento activo con estrategias cognitivas centradas en el problema, se pudo mantener en ese estilo de forma adaptativa, reforzando aquellas estrategias más activas y disminuyendo las evitativas y pasivas; lo cual permite pensar en un muy buen

panorama en términos de narrativas y procesos de afrontamiento ante situaciones de estrés, que fueron reforzados por el proceso terapéutico.

Por otra parte, pero igualmente muy relacionado se encuentran los bajos niveles de agotamiento emocional y despersonalización que confirman la ausencia de síntomas de Burnout, relacionados directamente con unos altos índices de satisfacción personal. En este sentido, se puede percibir en Sofía un estilo narrativo positivo, con recursos y estrategias cognitivas, lo cual la llevan a pensar siempre sobre diferentes alternativas y formas de solución de las situaciones.

Al analizar las características personales y las referidas al contexto de vida propias de la historia de Sofía, se puede tener una visión más amplia sobre las fortalezas y las limitaciones que presentó dentro del proceso terapéutico desarrollado. De esta manera, se pudo apreciar en ella un muy buen nivel de desarrollo cognitivo relacionado con su alto nivel académico, que le permite pensar y analizar diferentes alternativas para manejar y resolver situaciones cotidianas, sin ser tan impulsiva y reactiva frente a la frustración, molestia o tensión.

Por otra parte, se identificó en ella una gran disposición para el trabajo terapéutico desde técnicas narrativas, ya que desde el principio mostró una apertura cognitiva y emocional que le permitieron adentrarse en procesos traumáticos a nivel afectivo, como el duelo de su pareja, para resignificar la experiencia y crear nuevas alternativas para narrarse a sí misma como “una mujer valiente, luchadora y con muchas capacidades para seguir adelante”, según lo refería en una de las sesiones.

El alto nivel de compromiso que evidencia con la labor como madre SOS, la fueron llevando poco a poco a vincularse profundamente a nivel emocional con los niños a su cargo, de tal manera que se le venía haciendo muy difícil el manejo de las normas, los límites y las dificultades cotidianas con los mismos. En este sentido, a lo largo del proceso se pudo evidenciar una narrativa recursiva, apoyada de elementos cognitivos propios de su estilo de afrontamiento, que le permitieron enfrentar y asimilar los sentimientos de soledad y las expectativas que como mujer tiene de encontrar una pareja con quien crear un proyecto de vida común. Es así, como al final pudo llegar a contextualizar su rol y proyectarse a sí misma hacia una narrativa más abierta y enriquecida que le brinda mayor estabilidad y satisfacción de vida.

El tema de la delimitación clara del rol de madre fue algo que por sí mismo fue reestructurándose en sus diferentes recursos narrativos; es así como pudo llegar a realizar un

manejo más asertivo de su relación con los jóvenes, en donde asume una posición propia del rol de acompañante.

Importante se hace para Sofía retomar sus vínculos y redes de apoyo por fuera de la aldea SOS, de tal manera que su narrativa prototipo se enriquezca de otras posibilidades de discurso y le permitan vislumbrar hacia futuro nuevas posibilidades frente a sus sueños de constituir una familia propia.