



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

**“Percepción del Burnout y Autocuidado en Psicólogos
Clínicos Infantojuveniles que trabajan en Salud Pública
en Santiago de Chile**

Memoria para optar al Título de Psicóloga

AUTORA

Daniela Werner Ipinza

PROFESOR PATROCINANTE

Ps. Claudia Capella

2010

Resumen

En la presente investigación se intenta obtener una noción acerca de las concepciones de psicólogos clínicos infantojuveniles sobre el Burnout y qué técnicas de autocuidado consideran ellos relevantes. Para ello se utiliza metodología cualitativa a través de entrevistas semi estructuradas a una muestra de 8 profesionales que trabajan en Salud Pública, específicamente Cosam en Santiago de Chile. Las fuentes más relevantes de Burnout encontradas fueron las asociadas al clima laboral conflictivo y a la demanda de los pacientes, asimismo la institución misma fue también considerada en sí un factor de riesgo por sus múltiples exigencias y superficial preocupación en relación al autocuidado. Por otro lado, el clima laboral positivo fue un factor protector muy importante, junto con la especialidad Infanto Juvenil que resultó ser protectora en sí misma (en relación a la muestra). Estos resultados mostraron estar vinculados con la literatura relacionada al tema, recomendándose a los Cosam instaurar programas de autocuidado con un diagnóstico, plan de acción y seguimiento de éstos, con el deber de analizar finalmente su eficacia.

Palabras Claves: Burnout, Autocuidado, Cosam, Clínica Infanto Juvenil

*Quisiera agradecer a muchos, que quizás olvidaré mencionar
Porque ayuda he recibido de las formas menos esperadas
Haré justicia eso si también a mi buena memoria
Porque algunos nombres en ella presente están
Por eso agradezco el apoyo de mi mamá
La comprensión y el cariño de mi papá
La preocupación de mis hermanas Camila y Natalia
Y mis abuelos a quienes les debo los mejores recuerdos de Infancia
Y cómo no, las risas y conversaciones con mis amigos y amigas
De la U, del Colegio, de la Vida
A cada uno de ellos les agradezco sus actos y palabras
También a Pedro, quien se ha convertido en mucho para mí
En tan poco tiempo
Y a Claudia, mi supervisora por estar ahí
como persona y profesora,
Y por qué no, también me agradezco
por dar finalmente este paso*

Índice

1	Introducción.....	6
1.1	Objetivos.....	9
2	Marco Teórico.....	10
2.1	Burnout.....	11
2.1.1	Definición del Concepto.....	11
2.1.2	Características del Síndrome.....	13
2.1.3	Síntomas del Burnout.....	15
2.1.4	Diagnóstico.....	16
2.1.5	Diagnóstico Diferencial.....	17
2.1.6	Factores precipitantes.....	19
2.1.7	Variables sociales y organizacionales.....	23
2.2	Autocuidado.....	27
2.2.1	Definición Autocuidado.....	27
2.2.2	Autocuidado en Psicología Clínica.....	28
2.2.3	Estrategias de Autocuidado.....	29
2.3	Consideraciones acerca de la Psicología Infanto Juvenil.....	34
3	Metodología.....	36
3.1	Tipo y Diseño de Investigación.....	36
3.1.1	Muestreo.....	37
3.1.2	Instrumentos.....	40
3.1.3	Procedimiento.....	43
4	Resultados.....	46
4.1	Burnout.....	46
4.1.1	Definición.....	46
4.1.2	Sintomatología.....	47
4.1.3	Fuentes.....	48
4.2	Autocuidado.....	57
4.2.1	Definición.....	57
4.2.2	La Institución.....	58
4.2.3	Actividades de Autocuidado Individuales.....	60
4.2.4	Actividades de Autocuidado en Equipo.....	63

4.2.5	Actividades Nocivas para el Autocuidado	64
4.2.6	Propuestas para el Autocuidado.....	65
4.3	Clínica Infantojuvenil	66
4.3.1	Factores Protectores	66
4.3.2	Factores de Riesgo.....	67
4.3.3	Requisitos	69
5	Conclusiones y Discusión.....	70
6	Bibliografía.....	81
7	Anexos	86
7.1	Consentimiento Informado	86

1 Introducción

Numerosas investigaciones han advertido sobre el desgaste laboral que afecta o puede afectar a profesionales en el área de salud, específicamente cuando las temáticas están vinculadas al sufrimiento humano y se debe prestar servicios a personas. Se señala reiteradas veces la labor de psicólogos clínicos, médicos y enfermeras como una de las profesiones con mayor riesgo de provocar desgaste laboral en el profesional (Betta et al., 2007).

A partir de la década del setenta, empieza a ser investigado el desgaste laboral o bien Síndrome de Burnout (estar quemado). Este término hace alusión al hecho de quemarse o desgastarse en el trabajo, donde el sujeto experimenta una pérdida de energía, baja motivación, irritabilidad, enojo, agresividad y desmoralización debido a su trabajo (Aguirre, 2009). En la actualidad una de las teorías más utilizadas para explicar la sintomatología de este síndrome es la Teoría Multidimensional del Burnout, compuesta de tres ejes; agotamiento, despersonalización y reducción del logro personal (Maslach et al., 2001 en Aguirre, 2009).

Desde la Psicología se han realizado investigaciones centradas en diversas temáticas asociadas al Burnout, tanto a nivel nacional como internacional. Dentro del ámbito internacional, han cobrado relevancias la creación de instrumentos para evaluar el síndrome, consecuencias del Burnout, factores asociados, etc. En Chile, en tanto las investigaciones han apuntado a determinar factores protectores, validar instrumentos y realizar comparaciones entre distintas poblaciones (Aguirre, 2009). En general, las investigaciones que se han realizado en Chile en relación al Burnout en Psicólogos Infante Juveniles, han ido enfocados a aquellos que ven casos específicos de maltrato infantil o abuso sexual (Arón & Llanos, 2001, Arón & Llanos 2004, Quintana, 2005). Es así como cabe señalar la presencia de un vacío de conocimiento desde lo que ocurre en Psicólogos Infante Juveniles en general, más allá de la temática que deban atender. De manera que el foco sea también esta especialidad y las implicancias que pueda tener.

Acorde a lo anteriormente señalado, resulta interesante contextualizar que en Chile, se realizó una investigación a equipos de intervención en salud mental del país y se concluyó que el 78% de los profesionales reconocen estar afectados psicológicamente y de éstos el

83% lo relacionaron directamente con factores laborales. (Hidalgo & Moreira, 2000 en Betta et al. 2007)

De esta manera, el Burnout es un tema que afecta realmente y resulta relevante el considerarlo como un elemento que forma parte de la dinámica laboral. Un detalle no menor es que en el año 2003 Chile ocupó el primer lugar en el ranking de países con mayor cantidad de horas de trabajo en una muestra de 57 países, versus a una muy baja productividad comparativa siendo el número 43 de 59 países (Informe competitividad mundial, 2003 en Subsecretaría del Trabajo, 2009).

El trabajo es una experiencia que puede provocar estrés por variados motivos, afectando diversas áreas del profesional cuando esto sucede, de manera que resulta relevante cuestionarse qué ocurre cuando el principal instrumento para ejercer profesionalmente es la misma persona. Cuando los recursos personales del individuo, más que sólo sus conocimientos, son imprescindibles para poder serle útil, y el equilibrio físico y mental son determinantes al momento de dar un servicio completo.

Existen investigaciones donde se ha descubierto que la “persona” del terapeuta es un elemento imprescindible, donde la personalidad del terapeuta ha sido el instrumento para el logro del cambio al cual se orienta el proceso terapéutico. De esta manera es la persona en sí, independientemente de su nivel de experticia y su orientación teórica, uno de los factores más importantes del tratamiento (Guy, 1995 en Durruty, 2005).

Es así como la presencia del Burnout en un psicoterapeuta conlleva graves consecuencias para todos los que le rodean; los receptores de su servicio, organización en la cual trabaja, el ámbito personal de éste y él mismo (Durruty, 2005). No sólo basta con tomar conciencia del riesgo que enfrenta el terapeuta en cuanto a mantenerse saludable física y mentalmente, sino también a qué está haciendo al respecto. El primer paso que debe dar un profesional para ayudar a otros debe ser el ayudarse primero a sí mismo (Radey & Figley, 2007 en Guerra et al., 2008).

En relación a lo anterior, es de gran relevancia la ayuda y preocupación que debe realizar el profesional por sí mismo, donde surge el autocuidado como una forma de prevención del desgaste laboral, aspecto altamente relevante en los psicoterapeutas, quienes están

constantemente expuestos a situaciones complejas que demandan un compromiso total (Guerra et al., 2008).

Es por ello que para fines de esta investigación se estudiará el tema del Autocuidado en relación al síndrome de Burnout, resultando relevante indagar cuál es la percepción que tienen los profesionales de la salud en este caso profesionales de la Psicología, acerca del Burnout y asimismo qué es lo que hacen para prevenirlo.

Diversos autores consideran este fenómeno como uno más social que individual, donde los factores personales si bien guardan relación con este fenómeno son tomados como circunstanciales (Arón & Llanos, 2001, Maslach et al., 2001 en Aguirre & Montedónico, 2009). Sin embargo, existen estudios que avalan la relación de ciertas características personales con la posibilidad de padecer Burnout, donde juegan un rol el estado civil, el nivel de educación, edad, personalidad, actitud hacia el trabajo, entre otros (Aguirre & Montedónico, 2009).

Por estas razones se considerará el foco de esta investigación el aspecto individual del síndrome, como una manera de tener nociones específicas sobre qué factores provenientes del individuo, según los entrevistados mismos, pueden gatillar este síndrome, como también qué actividades de autocuidado en relación a la prevención de Burnout utilizan estos sujetos. Sin embargo, las nociones acerca de aspectos institucionales vinculados tanto al Burnout como al Autocuidado serán integradas.

Para esta investigación se utilizará Metodología Cualitativa, realizándose entrevistas semi estructuradas a psicólogos, cuyos resultados serán posteriormente analizados a través de Análisis de Contenido. Dentro de la muestra para este estudio se contemplará a 8 psicólogos infantojuveniles que trabajen o hayan trabajado en un Cosam en Santiago de Chile.

La especialidad Infanto Juvenil tiene en sí sus propios factores estresantes, algunos de los cuales son: aceptar la vulnerabilidad del niño y todo lo que ello implica, el tratar al niño que proviene de un sistema familiar y social particular el que también debe ser integrado a la terapia, atender las demandas y expectativas que provienen del niño, de su familia y de su entorno estudiantil, considerar su etapa de desarrollo como también el lenguaje , que

de acuerdo a la edad puede ser más corporal que verbal. Frente a esto último el terapeuta debe estar atento a las interpretaciones que haga, particularmente en el caso del lenguaje corporal.

Otros factores de tipo teórico, son la relevancia de estar informado sobre las particularidades del trabajo con niños, que incluyen la adopción de una perspectiva de desarrollo informada, donde el profesional debe tener conocimientos de los lineamientos teóricos de cómo ocurre el proceso de desarrollo, considerando tanto las trayectorias normales como las desviadas, son ejemplos de requisitos con los que debe cumplir el terapeuta Infanto Juvenil (Lecannelier, 2006).

De acuerdo a lo señalado, la clínica Infanto Juvenil será otro aspecto a explorar en esta investigación, de manera que se indagará acerca de los efectos que puede tener esta especialidad ya sea como factor de riesgo o protector en la aparición del Burnout.

Entonces la pregunta que guía esta investigación es: ¿Cuál es la percepción que tienen los psicólogos Infanto Juveniles en relación al Burnout, y qué medidas de Autocuidado realizan para prevenirlo?

1.1 Objetivos

Objetivo General:

- Indagar cuál es la percepción de Psicólogos Clínicos Infanto Juveniles acerca del Burnout, como de las técnicas de Autocuidado utilizadas por éstos para su prevención.

Objetivos Específicos

- Determinar cuáles fuentes de Burnout identifican los Psicólogos Clínicos Infanto Juveniles.
- Especificar qué aspectos individuales estimulan la aparición del Síndrome de Burnout, según los Psicólogos Clínicos Infanto Juveniles.
- Especificar qué actividades de autocuidado consideran los Psicólogos Clínicos Infanto Juveniles como relevantes para prevenir el Burnout.
- Evaluar el rol que ejerce la especialidad de Psicología Clínica Infantojuvenil como fuente de Burnout, según los psicólogos clínicos Infanto juveniles.

2 Marco Teórico

A continuación se explicarán los diversos conceptos que resultan relevantes a comprender dentro de esta investigación. Desde los objetivos propuestos, se desglosan tres temáticas importantes; el Burnout, el Autocuidado y la Psicología Clínica Infanto Juvenil. Resulta relevante considerar al Burnout como un concepto aplicable a muchas áreas, como la enfermería (que es de dónde proviene), medicina, trabajo social y psicología. De esta manera, se explicará este término desde los hallazgos de estas distintas áreas, especificándose aquellos casos vinculados con la Psicología.

El Burnout se describe como un proceso de desgaste que afecta principalmente a los profesionales de la salud, desde quienes ha surgido una demanda para que se considere su protección en el área de Salud Mental, tornándose relevante el concepto de Autocuidado (MINSAL, 2000, en Morales, 2003). Término que será importante a considerar más adelante en esta investigación.

En relación al autocuidado existen conceptos que se encuentran asociados, como el de prevención y el de promoción de la salud. Resulta relevante explicar la prevención como aquella acción centrada en la enfermedad, que intenta que ésta esté ausente. En el ámbito de la Psicología Clínica esto se podría observar en el caso del Síndrome de Burnout donde a través de estrategias y herramientas se intentan compensar las demandas a las que se debe enfrentar el terapeuta (Durruty, 2005).

De manera paralela, la promoción se focaliza en la optimización de un estado de bienestar, en el cual la salud está en un continuo, sin principio ni final. Se estimula así el desarrollo de habilidades personales, fortalecimiento de acciones comunitarias y se enfatiza la capacidad del sujeto para resolver los problemas que puedan afectar su salud (Uribe, 1999 en Durruty, 2005).

Ambos conceptos, promoción y prevención, se asocian a su vez con los factores de riesgo y los protectores. En el caso de la Psicología Clínica los factores de riesgo se definen como aquellos factores del terapeuta que favorecen el desarrollo de trastornos tales como el Síndrome de Burnout, afectando negativamente su desempeño, poniendo en riesgo su salud y disminuyendo su calidad de vida. Por otro lado, los factores protectores o

preventivos son aquellos recursos personales, institucionales o sociales que promueven el desarrollo del sujeto, disminuyendo la probabilidad de que se desgaste en su ejercicio profesional, evitando el desarrollo del Síndrome de Burnout (Durruty, 2005).

Para fines de esta investigación, serán descritos los factores de riesgos asociados al término de Burnout, siendo explicado junto a su definición y elementos asociados. Dentro de lo que se comprende como factores protectores se explicará el término de Autocuidado, como una respuesta a lo que el sujeto puede efectuar como un gestor activo y responsable de su propio bienestar y salud. Estos términos provienen desde diversas áreas, ligadas principalmente a la salud, siendo expuestas de manera general y en algunos casos se especificará el caso de la psicología clínica particular.

2.1 Burnout

2.1.1 Definición del Concepto

El Burnout es un término de la lengua inglesa, que fue tomado de la metalurgia, para referirse a la forma en la que un material aún estando quemado (o fundido) puede seguir funcionando con la transmisión de la energía. El traslado de este término metafórico a la complejidad de rol profesional y al desgaste no visible de la persona (su falta de registro y la naturalización del malestar en estos contextos de trabajo) da lugar a un cuestionamiento sobre el riesgo en la salud de los profesionales (Catsicaris et al., 2007).

El significado en español de Burnout, en el ámbito de la salud mental apunta a lo que se entiende por desgaste profesional. Un caso particularmente significativo fue el que describió por primera vez Herbert Freudenberger en 1974. En aquella época, él asistía como médico voluntario a una “Free Clinic” (clínica gratuita, en este caso para toxicómanos) donde descubrió que muchos del personal asistente habían cambiado su actitud al trabajo, perdiendo progresivamente la energía, mostrando una baja motivación por el trabajo, menor sensibilidad y comprensión hacia los pacientes, síntomas de ansiedad y depresión (Freudenberger, 1971 en Bosqued, 2008). Desde ahí este concepto fue tomando cada vez mayor notoriedad.

Si bien el creador del concepto “Burnout” fue el psiquiatra Freudenberger, quién puso este término en práctica fue la psicóloga social Christina Maslach. Este concepto fue oficial

luego de que Maslach lo expusiera públicamente en el Congreso Anual de la APA (Asociación Americana de Psicología) de 1976, captando así la atención de los académicos y haciendo posible su divulgación (Bosqued, 2008).

La creación de este concepto permitió el uso de un término de mayor aceptación social que los conceptos asociados provenientes de la Psiquiatría, lo que permite acercarse a este fenómeno con mayor apertura y menor estigmatización (Durruty, 2005). El énfasis sobre este síndrome se torna hacia el ambiente laboral, más que sólo a variables individuales del sujeto, lo que libera al sujeto de ser el único responsable, creándose a su vez conciencia sobre las desfavorables condiciones de trabajo imperantes.

El Burnout es por lo tanto un problema de salud y de calidad de vida laboral, comprensible como un tipo de estrés crónico que se da entre factores externos laborales (instituciones de salud, empresas, compañeros de trabajo, etc.) y los factores internos personales (el individuo mismo) donde se genera una gran tensión que termina provocando un cansancio extremo, desmotivación, insatisfacción, catalogables como síntomas de Burnout (Bosqued, 2005, Maslach, 2005).

En 1981 Maslach considera el Burnout como un proceso de stress crónico por contacto y lo define como: “Un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes” (Maslach 1981, en Bosqued, 2008 p. 20).

El término Burnout fue utilizado en sus inicios para referirse a múltiples cosas, sin embargo en la actualidad hay consenso en cuanto a esta teoría llamándose Teoría Multidimensional del Burnout, compuesta por los tres ejes anteriormente nombrados; agotamiento, despersonalización y reducción del logro personal (Maslach et al., 2001 en Aguirre, 2009).

Actualmente una de las técnicas más conocidas y utilizadas para medir Burnout, considerando las tres dimensiones anteriormente señaladas dentro de la metodología cuantitativa es el Maslach Burnout Inventory, o bien El Inventario de Burnout de Maslach (Maslach, 2005).

El Burnout también puede ser explicado como un déficit en el sentido existencial, ya que predomina un sentimiento de vacío y de falta de sentido. Podría ser una forma especial de vacío existencial que también incluye síntomas físicos como el agotamiento. El sujeto cuya vida esté dominada por una búsqueda narcisista, relacionada con la aceptación social suele tener más probabilidades de padecer este síndrome (Längle, 2010).

Según Alfred Längle (2010, p. 5); “El Burnout (desgaste profesional) no es el resultado de una motivación en sustancia sino sólo en su forma externa- ajena al proyecto y debida a motivos egoístas- y por eso es que conduce a una dedicación aparente.” En general, para que el sujeto padezca este síndrome debe tener una carencia inicial, una actitud no existencial de raíz psicológica que puede llevar a la enfermedad (Längle, 2010).

En cuanto al término en sí, existen autores como Bornsberg y Vestlund (1998, en Bosqued, 2008) que opinan que hablar de estar “quemado” es exagerado y que en vez de utilizar ese término convendría utilizar el de descargado, carbonizado o desgastado, ya que algo que se encuentra quemado ya no es útil. La idea es enfocarse en las posibilidades de curar este síndrome y para ello ellos consideran conveniente tomar el concepto de descargado, emulando a una batería que necesita recargarse.

Sin embargo, para fines de esta investigación se utilizará el término Burnout desde la propuesta de Christina Maslach ya que es el que más utilizado en investigaciones que hacen alusión al tema, aunque resulta enriquecedor contemplar las reflexiones y discusiones que provoca el usar este concepto.

2.1.2 Características del Síndrome

En general las definiciones de Burnout hacen alusión a las mismas características que se presentan con este síndrome (León, 2001):

- Es un síndrome, lo que significa que se compone de un conjunto de síntomas tanto somáticos como psicológicos.
- Se explica como una respuesta al estrés laboral crónico.
- Sus componentes son físicos, emocionales y cognitivos.
- La persona que lo padece por lo general tiene una baja consciencia de lo que le ocurre, ya que atribuye a factores externos como los causantes de su malestar.
- Afecta a profesionales que realizan un trabajo asistencial directo a personas durante períodos prolongados (profesores, sacerdotes, personal del área salud)

-En el área de salud se observa este fenómeno particularmente en personal que trabaja con pacientes con altos niveles de sufrimiento, pacientes terminales y psiquiátricos.

La característica central del Burnout y su más obvia manifestación es el cansancio, el agotamiento emocional que conlleva. Cuando alguien describe la vivencia que este síndrome le está provocando a sí mismo o a otros, se está refiriendo principalmente a la sensación de agotamiento que impide funcionar de manera normal (Maslach, et al, 2001). Incluso existen autores que encuentran innecesario e irrelevantes los otros dos componentes como la despersonalización y la sensación de bajo logro personal (Shirom 1989 en Maslach et al., 2001). El agotamiento se presenta como una fatiga crónica (aún con la sola idea de trabajo), disturbios y desórdenes en el sueño, síntomas físicos difusos y propensión a enfermedades (Längle, 2010).

Si bien el agotamiento es una característica relevante, no es suficiente en lo que respecta a este síndrome, ya que existen aspectos críticos que reflejan la relación que establecen los afectados con su trabajo. El agotamiento no es sólo algo que se siente, sino que también se refleja en la distancia emocional y cognitiva que se establece con el trabajo propio y con las personas que se encuentran involucradas. El trabajo de ayuda social se ve especialmente afectado cuando la capacidad del “proveedor” se ve dañada, de manera que la posibilidad de involucrarse y responder adecuadamente se ve disminuida (Maslach et al., 2001).

Los recursos emocionales del profesional disminuyen para enfrentarse a los desafíos de su labor, de manera que se va desarrollando progresivamente una fatiga a nivel físico, mental y emocional que no encuentra correlato con el trabajo realizado, además de la presencia de irritabilidad, malhumor e insatisfacción laboral (Bosqued, 2008).

La despersonalización, otro de los tres factores involucrados, surge como una barrera que crea distancia entre quien padece Burnout y aquel que recibe su servicio, ignorándose al paciente, que es tratado como un número más. Esto puede ser más fácil de manejar cuando el objeto con el que se trata no es una persona (Maslach et al., 2001). Se aumentan los automatismos relacionales y la puesta de distancia personal (Catsicaris et al., 2007). El distanciamiento surge como una reacción inmediata al agotamiento, lo que se relaciona con la alta correlación que se ha encontrado en diversas investigaciones entre el agotamiento y la despersonalización (Maslach, 2001).

El tercer componente del Burnout es la ineficacia o el reducido logro o realización personal. Se manifiesta en la pérdida del sentimiento de competencia como de la realización exitosa del trabajo (Ordenes, 2004). En algunas instancias, aparece simultáneamente con los dos otros factores, donde el cansancio y la despersonalización interfieren en el logro personal. Sin embargo, en otros contextos laborales la ineficacia se desarrolla en paralelo con los otros dos aspectos del Burnout más que de manera secuencial (Maslach, 2001).

Es probable que la falta de eficacia aparezca de manera más clara cuando hay una ausencia de recursos relevantes, donde el agotamiento y la despersonalización emergen de la sobrecarga laboral y el conflicto social, impidiendo así que el sujeto pueda desempeñarse adecuadamente.

2.1.3 Síntomas del Burnout

Los síntomas de este síndrome se pueden manifestar en diversas áreas en quien lo padece. De manera que se pueden observar síntomas físicos, conductuales, psicológicos, interaccionales, entre otros. Se pueden describir así:

2.1.3.1 Síntomas físicos

Dolores de cabeza, de cuello, de espalda, problemas del aparato locomotor, complicaciones en el sistema digestivo, alteraciones en el sueño y del apetito, problemas cutáneos y en general mayor vulnerabilidad a todo tipo de enfermedades (Arón & Llanos, 2004).

2.1.3.2 Síntomas conductuales

Ausentismo laboral, impuntualidad, baja productividad y eficiencia, disminución del entusiasmo al trabajar, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, poca participación o no inclusión en proyectos, intolerancia a la frustración, irritabilidad, aburrimiento, rigidización y dificultad para tomar decisiones (Arón & Llanos, 2004, Catsicaris, 2007). Se observa una tendencia a las adicciones o al consumo excesivo de alcohol, drogas, medicación (León, 2001).

Se ha observado que en psicólogos clínicos se comienza a presentar una excesiva distancia con los pacientes, ensoñaciones durante las sesiones con éstos, hostilidad y

aburrimiento con los consultantes (Arón & Llanos, 2004). También hay una falta de respuesta a las emociones del otro (Catsicaris et al, 2007). Existe un aumento del etiquetamiento psicopatológico como pacientes “Borderline” (Limítrofe) o presencia de Trastornos de Personalidad, apresuramiento con los diagnósticos y con la medicación (Arón & Llanos, 2004). Asimismo, se dan conductas automáticas y rígidas como la comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios (caso de médicos especialmente) repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias (Catsicaris et al, 2007).

2.1.3.3 Síntomas relacionales

Se ha observado aislamiento de los colegas, irritabilidad al relacionarse con otros (Arón & Llanos, 2004) como también confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal que trabaja con quien padece Burnout, en el caso de los médicos (Catsicaris et al., 2007). En general, existe un retraimiento de las demandas y las relaciones, donde se dan actitudes de desprecio hacia uno mismo y hacia “el mundo” (Längle, 2010).

2.1.3.4 Síntomas Psicológicos:

Desmotivación, decaimiento, desgano, estado de amargura, sensación de vacío, deterioro emocional y del autoconcepto, negativismo ante la vida y ante los demás, culpa, oscilación entre autoinculpação y sentimientos de omnipotencia en relación a los pacientes (Arón & Llanos, 2004; Längle, 2010). En general, hay una falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constante, lo que se manifiesta en las conductas anteriormente nombradas como oposicionismo, descalificación a otros, intervenciones hiper-críticas y baja auto-crítica (Catsicaris et al., 2007). En el ámbito espiritual, pueden aparecer cambios como pérdida de fe y del sentido de trabajo, cuestionamiento y crisis de valores, crisis vocacional, aumento escrupulosidad, cambios en las ideas religiosas y en afiliaciones a grupos de referencia.

2.1.3.5 Síntomas Organizacionales

Más allá del mismo sujeto, secciones completas de trabajadores pueden manifestar la presencia del síndrome mediante un aumento de la rotación de personal, competencia entre grupos, poca colaboración y la demostración de rabia entre colegas (Aguirre y Montedónico, 2009).

2.1.4 Diagnóstico

Para el diagnóstico de Burnout resulta necesario considerar los síntomas centrales que componen a este síndrome para lo cual es necesario un acercamiento que logre reunir

todos sus componentes y diferenciar este síndrome de otros. Para ello resulta fundamental la cooperación y comunicación interdisciplinaria, entre cada una de las partes vinculadas al proceso diagnóstico entre ellos el paciente, médico, psicólogo, fisioterapeutas, etc. De esta manera, surgen como puntos relevantes considerar la historia médica del paciente, historia social y ocupacional, consumo de drogas, estado psiquiátrico o psicosomático y examen físico general (Weber y Jaeckel- Reinhard, 2000).

Dentro del diagnóstico psicológico se puede clasificar este síndrome según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) dentro de la categoría de los Trastornos Adaptativos. Estos Trastornos tienen como característica principal el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable (DSM-IV, 2002).

Este debe ser resuelto dentro los siguientes seis meses que siguen a su desaparición del estresante o sus consecuencias, sin embargo esto puede variar si el factor estresante es agudo o crónico. Dentro de los subtipos que se encuentran dentro de esta categoría existen algunos con rasgos ansiosos, depresivos y mixtos, sin embargo existe un subtipo llamado “no especificado” que se ajusta con las características de este síndrome, que corresponde a reacciones desadaptativas a estresantes psicosociales, de curso crónico (DSM-IV, 2002).

Asimismo la Organización Mundial de la Salud ha clasificado este síndrome dentro del capítulo V del Manual, específicamente en el apartado XXI referente a “factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud” y en otro apartado como “problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida”, comprensible como agotamiento (código Z73.0) (Bosqued, 2008).

2.1.5 Diagnóstico Diferencial

El síndrome de Burnout suele ser comúnmente confundido con otros conceptos, esto se debe a que este término no está delimitado de manera rigurosa y en algunos casos los límites suelen ser difusos y artificiales pudiendo tener puntos en común con otros conceptos o sobreponiéndose a ellos. Mucho de los conceptos como tedio, estrés, insatisfacción laboral, depresión, ansiedad, entre otros no están definidos en un nivel científico lo que dificulta aún más la diferenciación (Durruty, 2005).

2.1.5.1 Estrés

Este concepto fue introducido inicialmente por Hans Selye en el año 1926, quién definió el estrés como la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo que pueda resultar estresante o bien a una situación que pueda serlo (Selye, 1960; en Durruty, 2003).

Dentro de rangos normales, la presencia de estrés puede resultar beneficiosa logrando el estímulo, adaptación y desarrollo en el sujeto quien gracias a estos se encuentra activo, permitiéndole crecer personal y profesionalmente. De esta manera, el estrés, mantenido dentro de rangos normales, estimula a los sujetos y les permite crecer personal y profesionalmente. Este tipo de estrés, que puede ser beneficioso o positivo ya que trae adaptación y desarrollo, es llamado “eustrés”. Por otra parte, si los sujetos se ven sobrepasados, debilitados o exhaustos frente a un estímulo estresante, como se podría observar en la tercera fase de “agotamiento” se está ante el “distrés”, que puede ser peligroso o negativo en términos físicos o de funcionamiento social (Rush, 2003 en Durruty 2003).

Es posible apreciar que existen patrones comunes entre el stress y el síndrome de Burnout. Resulta relevante diferenciar primeramente que el Burnout no es sinónimo de stress o cansancio, ya que si bien incluye estos conceptos debe ser comprendido desde la complejidad desde donde se articula. El stress usualmente puede ser tratado de maneras más directas y simples (descanso, vacaciones, actividades extra programáticas, etc). El Burnout abarca múltiples áreas siendo la física sólo una de ellas, de manera que su tratamiento debe considerar la presencia de todas sus dimensiones para que pueda ser tratado adecuadamente (Maslach, 2005).

2.1.5.2 Depresión

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (DSM-IV, 1995).

Para poder diagnosticar a un sujeto con depresión se debe presentar al menos cuatro síntomas de una lista del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) que incluye: cambios en el sueño, en el apetito o peso, y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de culpa e infravaloración, dificultad para pensar,

concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas (DSM-IV, 1995).

Si bien existen rasgos comunes entre la depresión y el síndrome de Burnout como la falta de energía, pérdida de interés y placer en la realización de actividades, es relevante aclarar sus diferencias, dado que la depresión afecta a todas las áreas del sujeto, siendo transversal en este, mientras que el Burnout se manifiesta principalmente en el área laboral. Sin embargo, es posible que la depresión se desarrolle como un trastorno independiente del Burnout, y ambos trastornos coexistan, especialmente en casos más graves (Durruty, 2005). De manera que resulta relevante estar atento a los síntomas que presenta el Burnout, evitando en el peor de los casos el desarrollo de dos trastornos.

2.1.5.3 Otras diferenciaciones

El Burnout tampoco es sinónimo de un problema vocacional, de elegir una profesión equivocada, de hecho, justamente aquellas personas que tienen una fuerte vocación suelen ser las más propensas a desarrollarlo, por el alto compromiso que establecen y la dedicación que entregan por algo a lo que se sienten idóneos (Bosqued, 2008).

Otra situación que podría vincularse es la del Mobbing o acoso psicológico en el trabajo, donde se produce un ataque sistemático hacia un trabajador con el propósito deliberado de perjudicarlo y con el fin último de excluirlo de la empresa. El desgaste profesional es más amplio que este fenómeno y necesita de variables personales, sociales y organizacionales para manifestarse.

2.1.6 Factores precipitantes

Dentro de las gatillantes de este síndrome existen diversos factores que influyen en la aparición del Burnout. Esta enfermedad tiene múltiples dimensiones y aquellos niveles que inciden en su aparición trabajan desde distintos niveles para hacerlo posible.

2.1.6.1 Variables personales y familiares

El síndrome de Burnout actúa en diversos niveles como se ha mencionado anteriormente. Asimismo, no sólo existen elementos que motivan su aparición sino que también existen elementos constitutivos en el individuo que permiten de manera más fácil el padecer este síndrome. Distintas investigaciones han intentado establecer características comunes en aquellos individuos que padecen el síndrome, algunas de ellas serían:

2.1.6.2 Vida Familiar y Social

Una vida familiar carente de motivaciones y satisfacciones compartidas (León, 2001). También acontecimientos que pueden afectar la normalidad en la vida familiar o personal, como una enfermedad grave propia o de un familiar allegado, muerte de un ser querido, nacimiento de un hijo, aborto, situación familiar conflictiva o dificultades económicas. Todas situaciones que producen estrés y esto lleva a una posición desventajosa para afrontar cualquier otra tensión (Bosqued, 2008).

2.1.6.3 Edad y Experiencia

La edad suele ser una de las variables que se correlaciona de manera más consistente con el Burnout, donde aquellos cuyas edades fluctúan entre los treinta y cuarenta años presentan más altos niveles de desgaste profesional (Aguirre y Montedónico, 2009).

En muchas ocasiones a menor experiencia, mayor sentimiento de omnipotencia e idealismo, lo que complica aún más la labor del terapeuta inexperto que además de no tener la experticia suficiente, adopta una actitud que dificulta el asumir su rol con humildad y flexibilidad (León, 2001). En los primeros años de ejercicio profesional se suele producir un choque entre las altas expectativas e idealismo del profesional contra la realidad cotidiana diaria laboral, existiendo investigaciones que demuestran una correlación negativa entre la edad de los sujetos y la presencia de stress (Bosqued, 2008).

2.1.6.4 Sexo

Existen investigaciones que indican que esta variable no es un predictor fuerte de Burnout (Aguirre y Montedónico, 2009). Sin embargo, otras indican que el sexo sí puede incidir, donde el género femenino se vería perjudicado, principalmente por las funciones extra laborales con las que debe cumplir la mujer, como madre, pareja, dueña de casa, etc. (León, 2001).

2.1.6.5 Estado Civil

Se ha descubierto que los solteros, sin pareja estable podrían estar más predispuestos en comparación a casados y divorciados a desarrollar el síndrome, algunas investigaciones indican que habría mayor predisposición en profesionales solteros hombres (Aguirre & Montedónico, 2009) y otras en mujeres (León, 2001).

2.1.6.6 Sentido de Vida

Existen investigaciones que han mostrado que aquellas personas que ven un “sentido” en sus vidas, suelen tener una menor predisposición de padecer Burnout que aquellos que

no. El sentir que no hay un “sentido” en la vida propia contribuye a un alto grado de despersonalización y de agotamiento emocional (Längle, 2010).

2.1.6.7 Personalidad

Existen diversos rasgos de personalidad que pueden predisponer al padecimiento de este síndrome. Se ha observado, por ejemplo, que generalmente las personas más emotivas, son más propensas a padecer el síndrome de Burnout que aquellas que se inclinan sobre la razón al momento de enfrentarse a los conflictos que acontecen en el ejercicio profesional (León, 2001).

También resulta relevante considerar que aquellas personas que presentan un nivel de locus de control externo, es decir que atribuyen eventos y logros al poder de otros o a la ocasión más que a su propia responsabilidad, habilidad y esfuerzo presentan mayores probabilidades de padecer Burnout. Los individuos que presentan un locus de control externo en general creen que fuerzas externas a ellos los manejan, como el azar, la suerte o el comportamiento de los demás (Maslach, 2001).

Como contraposición, el asumir que se tiene el control puede ser una creencia que tiene un poder anti desgastante. Asimismo el locus de control cuando es interno estimula al sujeto a buscar alternativas frente a los problemas en comparación a quien cree que las cosas no pueden ser cambiadas ni mejoradas por sí mismo. Sin embargo, resulta prudente no caer en el extremo de creer poder controlarlo todo porque ahí se puede caer en la misma dinámica estresante del Burnout (Bosqued, 2008).

Otro rasgo que predispone al padecimiento del Burnout es la baja tolerancia a la ambigüedad, las personas con un buen nivel de tolerancia a la ambigüedad suelen tener actitudes más abiertas y flexibles a la interpretación de las situaciones y los diversos elementos que la componen, asimismo suelen ser más creativos y adaptables al momento de elaborar estrategias de afrontamiento de conflictos. Por lo tanto aquellos intolerantes a este tipo de situaciones, en general se estresan más rápido y no logran crear estrategias flexibles dada la rigidez que presentan (Bosqued, 2008).

Se ha calificado a aquellas personas con personalidad de tipo A, definidas como competitivas, impacientes, hostiles, orientadas al logro y con una necesidad excesiva de control como propensas a padecer este síndrome. También aquellas con características de personalidad neurótica se asocian con mayores niveles de desgaste profesional, como

quienes presentan rasgos de ansiedad, depresión, hostilidad y vulnerabilidad (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001 en Aguirre & Montedónico 2009, Chernis, 1980 en León, 2001).

También presentan un riesgo aquellas personas que poseen un estilo cognitivo de pensamiento llamado dicotómico donde todo es concebido en extremos opuestos “todo o nada”; bajo esta perspectiva las cosas son concebidas sin matices, se habla de éxito o fracaso, obteniéndose una visión deformada de la realidad, lo que es muy perjudicial dado que en general en la vida hay situaciones que no precisan estar ni en un extremo ni en otro, y frente a una situación que presente alguna dificultad la persona vivencia un alto monto de angustia, dada la incapacidad de ver cada situación considerando los matices (Bosqued, 2008).

Otra característica compleja, es aquella vinculada con la dificultad de poner límites entre el problema del otro y el del terapeuta, existen muchos profesionales que se sensibilizan en extremo con los problemas de sus pacientes, perdiendo la capacidad de distanciamiento llegando incluso a la identificación con los problemas del otro y a una necesidad imperiosa de intentar solucionarle los problemas. Cuando esto no se logra, el profesional se desgasta por la sensación de impotencia y fracaso profesional (Bosqued, 2008).

También existe un grupo de características que son retratadas como el “síndrome de compasión” refiriéndose a personas que tratan de domar lo que ellos llaman “la miseria humana”, donde intentan escapar de la vida propia, buscando curar a otros para curarse a ellos mismos (Arón & Llanos, 2001).

2.1.6.8 Formación Profesional

En algunas instituciones la carrera toma una connotación más teórica que práctica, de manera que existe poca experiencia en cuanto al proceso terapéutico. El profesional recién egresado sin una práctica profesional al encontrarse en el mundo laboral puede sentirse desvalido y amenazado (Aguirre & Montedónico, 2009). Muchos profesionales hacen un gran esfuerzo cuando comienzan la carrera: “La sensación de inadecuación y de incompetencia es una de las mayores fuentes de desgaste personal” (Arón & Llanos 2001, p. 76).

2.1.6.9 Actitud hacia el trabajo

Aquellas personas más idealistas están más propensas en desarrollar Burnout, en el sentido de las altas expectativas que presentan este tipo de personas, donde el individuo debe trabajar mucho y consigue poco, lo que puede provocar agotamiento y posteriormente despersonalización (Maslach & Leiter, 2005). Este fuerte idealismo puede llegar incluso a la ingenuidad con ideas de omnipotencia respecto a las posibilidades de la profesión elegida, donde el profesional puede dar mucho de sí sin considerar sus propios límites (Bosqued, 2008).

Los profesionales autoexigentes también presentan riesgos, ya que si bien son eficientes y responsables en el trabajo, nunca están satisfechos con lo que han logrado, siendo muy autocríticos, sin aceptar errores de ningún tipo. Todo lo cual lleva a una continua sensación de fracaso en el ámbito profesional (Bosqued, 2008).

Otras investigaciones han señalado que la sensación de ineficacia por parte de los sujetos que llevan a cabo las intervenciones es una de las principales causas de desgaste profesional, y esta percepción puede estar vinculada con algunos factores personales como inmadurez en el desarrollo socioafectivo, problemas en la percepción cognitiva, dificultades con usuarios, sentimientos de incertidumbre, falta de reciprocidad en la atención a pacientes, entre otros (Arón & Llanos, 2001).

Similar resultado es reportado en sujetos con estilo de afrontamiento pasivo, defensivo, confrontacional, asociado a la dimensión de reducido logro personal (Aguirre & Montedónico, 2009). Maslach junto a otros investigadores (Maslach et al., 2001) propone que si bien los factores personales del Burnout guardan relación con éste, su influencia no es tan fundamental como sucede en el caso de los factores circunstanciales del Burnout.

2.1.7 Variables sociales y organizacionales

Uno de los ámbitos más estudiados en lo que respecta al Burnout ha sido el apoyo social dentro de la organización, tema sobre el cual existen investigaciones que evidencian la existencia de una relación entre estos factores (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Si las personas que se encuentran trabajando en una organización no encuentran el apoyo social adecuado en condiciones de estrés, existe una alta probabilidad que exista tensión y estrés que culminen en Burnout (Quintana, 2005).

Un numeroso grupo de estudios ha mostrado que la falta de apoyo social por parte de los propios compañeros de trabajo correlaciona con la aparición del Burnout (Burke y col. 1984, Ross y col. 1989 en Moreno-Jimenez et al, 2001). Los profesionales necesitan el apoyo de los colegas con más experiencia, quienes debería ser una fuente de estimulación y reconocimiento. La falta de información, consejo y retroalimentación de parte de los colegas con mayor experiencia contribuye al debilitamiento como profesionales de los colegas más inexpertos y a una sensación de inseguridad que sirve como base para que se desarrolle el Síndrome Burnout (Arón & Llanos, 2001).

Sin embargo, según Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) un soporte deficiente de parte de los supervisores es especialmente relevante, incluso más que la que se da entre los compañeros de trabajo.

Cuando la tarea es en equipo, las relaciones interpersonales no pueden soslayarse, y el conflicto interviene negativamente como otro factor más que añade una nueva carga a una situación que ya presenta dificultades (Morales, 2003).

El desgaste del profesional es mayor si las relaciones con los compañeros de trabajo y con los sujetos a los cuales va dirigido el servicio prestado son tensas y conflictivas por un período prolongado de tiempo (Gil-Monte, 2002). Aquellos que trabajan en los niveles más bajos de la organización son los más vulnerables a presentar este síndrome (Marcelissen, 1987; en Moreno-Jimenez, et al., 2001).

Dentro del nivel social, no sólo puede resultar conflictivo el trabajo con pares y jefes, sino también los mismos clientes o pacientes con los que se trata también pueden resultar dañinos para un buen desempeño. De esta manera el cliente o paciente puede ser un factor de tensión por el tipo de problema que trae, la gravedad de este y la escasa posibilidad de cambio que pueda tener, la relevancia emocional que lleva a una mayor implicación personal, normas entre cliente y profesional, y también la misma conducta del paciente si es pasiva o activa en relación a su problemática (Maslach, 2001).

Los trabajos dedicados a analizar la influencia de los factores organizacionales sobre el desgaste profesional o Burnout han sido los menos estudiados que en lo que respecta a otras dinámicas. Entre estos factores probablemente los que han sido más estudiados en el campo específico de la Psicología de las Organizaciones han sido la cultura

corporativa, el clima sociolaboral y los estilos directivos, los tres dependientes a su vez de los factores estructurales de la organización (Moreno-Jimenez et al., 2001).

Se podría hablar de dos tipos de culturas empresariales en función de la misma estructura empresarial: una de ellas es la burocracia mecánica y la otra la burocracia profesional. La primera se caracteriza por una clara estandarización de los procesos, con un gran factor tecnológico y donde sólo es posible una descentralización horizontal. Entre las posibilidades pueden estar una compañía automovilística o una empresa nacional. (Moreno Jimenez et al, 2001) Una burocracia profesional, por el contrario, se caracterizaría por el protagonismo de los profesionales, donde es posible la descentralización tanto a nivel horizontal como vertical. Un ejemplo para ellos podrían ser las universidades y los hospitales generales. Según Winnubst (1993 en Moreno Jimenez et al., 2001) mientras en la burocracia mecánica los factores de Burnout residirían en la regulación estrecha de los procesos laborales, en la organización profesional las fuentes de Burnout residirían en la falta de definición de la propia competencia. De esta manera, aquellos profesionales que trabajen en una organización con una burocracia profesional se encuentran más vulnerables (Moreno-Jimenez et al., 2001). Y es precisamente en esta última, la burocracia profesional, donde muchas veces trabajan los psicólogos clínicos.

Según Weber (1947 en Arón & Llanos, 2001) muchas veces las instituciones valoran más, a quienes cumplen las reglas que a quienes atienden a los consultantes. De ahí justamente el prototipo del sujeto que puede padecer Burnout, idealista, motivado, autoexigente, se ve perjudicado en este tipo de instituciones donde su manera de trabajar no sólo es cansadora para el profesional mismo sino que tampoco es reconocida ni bien evaluada.

Maslach y Leiter (2005) proponen un modelo donde existen 6 elementos que influyen en la aparición del Burnout donde la organización tiene injerencia:

1. Carga laboral

Una alta demanda laboral en un solo individuo puede generarle una gran sobrecarga, pudiendo desgastar gran parte de su energía resultando imposible su recuperación. Esta complicación en la carga laboral puede presentarse también en casos en que se ha escogido erróneamente el tipo de trabajo pudiendo ser especialmente complejo aquellos

casos donde el trabajo del profesional consiste en expresar y demostrar emociones inconsistentes con las suyas. Generalmente la carga laboral va asociada al aspecto de desgaste emocional del Burnout (Maslach & Leiter, 2005).

2. Control

Este concepto está generalmente asociado con la sensación de ineficacia o reducido logro personal del Burnout. Dificultades en el control del trabajo, son usualmente observables en que los sujetos tienen un bajo control sobre los recursos necesarios para realizar su trabajo o bien tienen insuficiente autoridad para ejercer el rol asignado a su manera. Los sujetos sobrecargados pueden experimentar una crisis en relación al tema control como en el tema de carga laboral. Para las personas resulta beneficioso el producir resultados con los que ellos se encuentran comprometidos, a diferencia de no tener la capacidad de ejercer autoridad alguna (Maslach & Leiter, 2005).

3. Recompensas

Otra complicación se vincula con la recompensa que existe por el trabajo realizado. En algunas instancias los profesionales no reciben un salario proporcional al tipo de trabajo que realizan, y en otras se da una carencia de otras recompensas que puede tener un significado relevante para el terapeuta; el reconocimiento y valoración del trabajo del profesional. El poco reconocimiento devalúa tanto al profesional como a su trabajo y por consiguiente, la recompensa intrínseca de estar haciendo algo útil y bien resulta ser un punto crítico. Esta área se vincula con el aspecto de ineficacia del Burnout (Maslach & Leiter, 2005).

4. Comunidad

El conflicto se da en este caso, cuando la persona no puede establecer una conexión positiva con otros en el lugar de trabajo, donde hay conflictos que se dan de manera crónica y nunca son resueltos, existiendo un ambiente de hostilidad y frustración reduciendo la posibilidad de tener algún apoyo social (Maslach & Leiter, 2005).

5. Equidad

El respeto mutuo entre los profesionales es central para el compartido sentido de comunidad. La inequidad se puede dar de muchas maneras, a través de un salario injusto, cuando hay engaño, cuando las evaluaciones y los ascensos son manejados de manera poco apropiada. Una carencia de equidad posibilita el desarrollo del Burnout en

por lo menos dos días; una de ellas es la experiencia de un tratamiento desigual que resulta emocionalmente desgastante y segunda la inequidad estimula un comportamiento despersonalizado en el lugar de trabajo (Maslach & Leiter, 2005).

6. Valores

De alguna manera el sujeto puede encontrarse realizando trabajos que son poco éticos para ellos y poco acordes a sus propios valores. También puede darse un desajuste entre las propias expectativas y aspiraciones del profesional y los valores de la organización. Los profesionales también pueden encontrarse en un conflicto cuando existe una fuerte discrepancia entre lo que dice el estamento de la organización y lo que ocurre en la práctica laboral misma, o bien cuando los valores dentro de la organización misma se contradicen (Maslach & Leiter, 2005).

Estos seis conceptos que se acaban de detallar deben ser contextualizados en cada caso y asimismo relativizados, una persona, por ejemplo, puede tolerar una gran carga de trabajo si recibe un buen salario por ellos, junto con trabajar en un buen clima laboral, sin embargo a otra esto mismo no le sería suficiente y podría sobrecargarse, en fin resulta necesario contemplar cada caso en su especificidad y complejidad, ya que diversas variables se entrecruzan en estos casos.

2.2 Autocuidado

La palabra “cuidar” debe sus orígenes al latín “cogitare” cuyo significado directo alude al acto de pensar, lo cual se relaciona al hecho que para el cuidado no es suficiente el sólo efectuar una conducta determinada, sino también pensarla. Es así como el cuidar es un acto tanto teórico e intelectual, como práctico (Homan et al., 2010).

Resulta relevante en esta investigación definir el término de Autocuidado, como un concepto clave y complementario al tema Burnout, lo que será realizado a continuación.

2.2.1 Definición Autocuidado

El concepto de Autocuidado debe su origen al ámbito de la salud pública, específicamente a la práctica de la enfermería (Morales, 2003). Dentro de las diversas definiciones la más difundida ha sido la de Dorothea Orem (Gonzalez & Arriagada, 1999 en Morales, 2003) que la explica como aquellas actividades que realizan los sujetos, familias, comunidades,

con el propósito de promover salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario.

También puede entenderse la práctica de Autocuidado como la ejecución de actividades que las personas inician y hacen por sí mismas para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar (Tapia & Iturra, 1996). Dentro de las actividades se incluyen distintos actos que pueden hacer los individuos para mantenerse sanos como alimentarse bien, ejercitarse, no fumar, no beber alcohol, manejar el estrés, mantener buenas prácticas de comunicación, etc. (Barría, Rosemberg & Uribe, 2010).

Por otro lado, el Autocuidado puede ser comprendido como el conjunto de estrategias de afrontamiento que pueden utilizar los sujetos propiciando y fortaleciendo su bienestar integral, para prevenir el Burnout. Es así también la contribución personal y continua del sujeto a su propia salud y bienestar, incluyendo la participación de la familia u otros es vital, existiendo un vínculo entre la persona y su medio ambiente, cultura, valores y creencias. En este marco, las acciones son ejecutadas en beneficio del individuo y de quienes son cercanos a esta, donde es fundamental reconocer las propias limitaciones como también el saber cuándo solicitar ayuda. (Barría, Rosemberg y Uribe & 2010)

2.2.2 Autocuidado en Psicología Clínica

Vinculando este concepto con la psicoterapia clínica, existe una definición más específica que comprende el Autocuidado como las competencias del psicoterapeuta para promover su salud, bienestar emocional y calidad de vida, y para detectar, enfrentar y resolver las condiciones particulares de desgaste asociadas al ejercicio profesional (Yañez, 2005; en Durruty, 2005)

El profesional de salud tiene así la responsabilidad frente a sus acciones de salud ya que es un modelo de salud para la población. Dentro de las concepciones que debiera tener un profesional de salud en relación al Autocuidado están las siguientes (Becker et al. 1974; en Tapia & Iturra, 1996):

- El sujeto es susceptible a una determinada enfermedad
- La ocurrencia de la enfermedad tendría a lo menos una moderada gravedad, en alguna etapa de su vida.
- Frente a la amenaza de enfermedad, la persona al evaluar beneficios versus obstáculos, debería iniciar una conducta preventiva que la situación amerita.

- Se necesita además la motivación del sujeto para desencadenar la acción preventiva.

2.2.3 Estrategias de Autocuidado

Las estrategias de Autocuidado se pueden comprender en distintos niveles; individual, de equipos, institucional, de redes y suprainsitucional donde todos suelen estar relacionados y superponerse.

2.2.3.1 Perspectiva Individual

Dentro de las estrategias de Autocuidado, se encuentra la perspectiva individual desde donde resulta importante tomar en cuenta los siguientes aspectos (Arón & Llanos, 2004):

Registro oportuno y visualización de los malestares: En la sociedad actual generalmente es considerado un valor el que las personas no demuestren aquello que sienten, desde necesidades básicas como hambre, sed, sueño, etc., hasta otras de índole de tipo psicológicas como demostrar emociones y sentimientos. De esta manera, se pierde la capacidad de registro de los malestares, dado que la sociedad no permite la expresión de éstos. Es así como el recuperar esta capacidad de registrar los malestares tanto físicos como psicológicos de manera oportuna es uno de los requisitos fundamentales del autocuidado.

Vaciamiento y descompresión: El terapeuta por lo general suele tratar temáticas fuertes que pueden incidir directamente en su vida, pudiendo sentir el evento traumático del paciente como propio. Es por ello recomendable el “vaciamiento” donde el terapeuta reciba asesoría o interpretación de lo ocurrido por parte de otros colegas o profesionales que puedan comprender el proceso en que está implicado. Este proceso tiene efecto de descompresión donde el profesional logra compartir sus vivencias y re-elaborarlas con ayuda profesional.

Vida personal: Resulta fundamental que el sujeto tenga un espacio para recrearse y distenderse donde pueda realizar actividades que sean de su agrado, como deportes, participación en grupos, artesanía, leer, etc.

Espacios de distracción: deben estar libres de las temáticas tratadas en el trabajo, por ejemplo si se trabaja maltrato infantil, evitar que las distracciones contengan esta temática; libros, revistas, películas, etc.

Redes Personales: Evitar la saturación de los temas de contenido traumático visto por el profesional con familiares y cercanos que no cuentan con las herramientas adecuadas para escuchar estos relatos.

Formación Personal: Resulta relevante recibir formación sobre las perspectivas y los modelos teóricos psicológicos que entregan instrumentos adecuados para cada tipo de trabajo con sus respectivos consultantes. Todo lo cual sirve para evitar la sensación de incompetencia e ineficiencia en el profesional, otorgando herramientas que empoderen al profesional.

Responsabilidad: Evitar asumir responsabilidades en exceso, como también asumir como equipo los proyectos que aparecen, asumiendo la responsabilidad grupal en aquello que se emprende, evitando buscar culpables de manera individual cuando hay errores o dificultades.

2.2.3.2 Perspectiva Grupal

Otra perspectiva relevante a considerar para esta investigación es la grupal, que contempla el cuidado de los equipos y operadores sociales por parte de la institución, resultando relevante contemplar los siguientes aspectos (Arón & Llanos, 2004):

Condiciones mínimas aseguradas a los profesionales

Los profesionales deben contar con un mínimo de resguardo de su integridad, de manera que exista preocupación y consideración sobre el lugar de trabajo de éste, evitándose la exposición innecesaria a peligros y daños, tanto en el lugar donde se trabaja (vías de escape claras, construcciones seguras, etc.) como al momento de hacer visitas domiciliarias (evitar que el profesional esté solo, horarios de trabajo dentro de horas establecidas).

Facilitar espacios de diálogo y contención

Permitir y estimular la apertura de espacios durante la jornada laboral donde los profesionales puedan relatar a sus colegas aquellos relatos y eventos traumáticos de sus pacientes de forma inmediata. De manera más estructurada, también resulta relevante el que se organicen reuniones técnicas, supervisiones de casos, reuniones clínicas. Este “vaciamiento” más estructurado y complejo permite que la comunidad pueda expresar sus

vivencias y compartir nuevos modelos conceptuales para abordar las temáticas vistas afianzando más los equipos de trabajo. También resulta conveniente generar espacios protegidos para la explicitación y resolución de problemas al interior de los equipos.

Decisiones y responsabilidades compartidas

Es una estrategia útil el compartir con otros miembros del equipo la responsabilidad de decisiones que pueden ser complejas, como las internaciones, interconsultas psiquiátricas, intentos de suicidio, etc. El desgaste que implica el tomar una de estas decisiones y que tenga un desenlace fatal puede ser amortiguado cuando es todo el equipo el que asume la responsabilidad por la decisión tomada. Asimismo, el que exista un jefe que actúe como aval de su equipo, que firme los informes que ratifican violaciones, abusos, protege a los operadores cuando se debe hablar ante autoridades judiciales.

-Espacios de distensión entre miembros del equipo: Es conveniente el que existan espacios de distensión libre de las temáticas que se trabajan, de manera que fortalecer los lazos de confianza con una interacción libre y relacionada a otros aspectos de la vida de los profesionales.

Estilos de liderazgos en la organización

Es recomendable utilizar un estilo de liderazgo de tipo democrático, ya que otros como el autoritario y vertical tienden a reproducir una dinámica de abuso y silencio ante los conflictos que sólo se asemeja a las mismas dinámicas de aquellas temáticas traumáticas vistas con los pacientes.

Estilos de las supervisiones

Resulta conveniente que la tonalidad de esta sea de tipo protector y fortalecedor de los recursos de cada integrante, generando confianza y apertura, que con estilos más persecutorios sólo se llega al desaprovechamiento de los espacios.

Resolución de Conflictos

Evitar la resolución confrontacional de conflictos, desarrollar estrategias constructivas de abordaje de conflictos y estimular destrezas de negociación, consenso, y respeto de las diferencias.

Ayuda oportuna

Estimular en equipos de trabajo el registro y visualización oportuna de la posible traumatización de éstos, para pedir ayuda a tiempo a supervisores o consultores externos.

Formación Continua

Apoyo de la institución a que el profesional realice actividades de perfeccionamiento que son útiles tanto al profesional como al ambiente laboral por los nuevos aportes que puede realizar.

Ideología

El conflicto y la ambigüedad se reducen cuando los miembros de la institución saben cómo es la cultura organizacional, ideología y valores del lugar donde trabajan compartiendo este marco teórico.

Ritos

Los rituales se constituyen como un factor protector importante para la sobrevivencia, el crecimiento y la diferenciación de los grupos de trabajo.

Como es posible de observar, existe una gran variedad de propuestas para el autocuidado del profesional. Sin embargo, existe escasa evidencia empírica respecto a cuáles estrategias se asocian directamente a bajos niveles de desgaste laboral (Betta et al., 2007). Aplicadas en conjunto, investigaciones reflejan que resultan útiles como medidas de prevención (Arón & Llanos, 1994).

2.2.3.3 Red Profesional de Autocuidado

Además del aspecto individual y grupal del autocuidado, es también de gran importancia la red profesional que se establece dentro de la institución donde el profesional trabaja. Es así relevante considerar los siguientes aspectos (Arón & Llanos, 1994):

Activación y fortalecimiento de las redes de apoyo: En muchas de las temáticas que se abordan dentro de los equipos, resulta una gran ayuda el saber que hay otros sectores

profesionales que se están ocupando de los mismos temas y el poder contar con ellos, estableciéndose una mutua colaboración.

Derivación Vincular

Esta acción permite mantener un vínculo entre profesionales a través de la información que se ha referido a otros sectores. El que un profesional derive al consultante puede ser una experiencia muy distinta, si es que esta acción es efectuada de un profesional a otro de manera informada, donde el profesional a quien se deriva tenga antecedentes de la situación del consultante. Asimismo, para el profesional que deriva es beneficioso poder saber cuál fue el destino y la evolución de quienes fueron sus pacientes.

Instancias de Descompresión y Retroalimentación a nivel de red

Generar espacios como seminarios, talleres de capacitaciones, encuentros profesionales, etc.

Organización ayuda terapéutica recíproca

Una sugerencia útil es realizar intervención en crisis entre las redes, lo que permitiría un ahorro de recursos como también resultaría conveniente ya que los equipos estarían familiarizados con las temáticas a intervenir, pero lo suficientemente distantes para no involucrarse.

2.2.3.4 Formación Terapeuta

Si bien existen diversos niveles desde los cuales se puede promover el Autocuidado en los profesionales de la salud, especialmente en relación a la psicoterapia clínica infantojuvenil, también está la formación profesional que recibe el terapeuta y cómo ésta puede otorgarle herramientas útiles para trabajar en contextos de riesgo: desde lo indagado por Arón y Llanos (2004) se describen algunos factores relevantes que inciden en esta temática.

Pregrado

Formación multidisciplinaria desde un comienzo, donde distintos sectores profesionales se conozcan, manejen lenguajes comunes y puedan aprender a trabajar en equipos multidisciplinarios.

Aspectos teóricos y prácticos

Considerar en los procesos de intervención la estructuración de las estadías y prácticas en relación al tiempo de duración, de manera de evitar realizar prácticas de tres o seis meses cuando los procesos necesitan más tiempo.

Formación práctica

La docencia debería estar a cargo de académicos que ejerzan en la práctica, de manera que tengan o hayan tenido contacto con la realidad con la que van a tener que trabajar los futuros operadores sociales.

Formación que contemple la importancia del autocuidado

En el marco teórico con el que se trabaja se debería indicar la importancia de la adquisición de autonomía, autocuidado, negociación con otros, etc. Así como también la adquisición de habilidades prácticas como destrezas instrumentales en relación a las tareas a desempeñar y en las habilidades interpersonales junto con el aprendizaje de modelos teóricos.

Formación Continua

A lo largo de la carrera profesional, debiera ser obligatorio que el profesional esté en formación constante.

El autocuidado es así necesario y el descuido de la salud mental del equipo de trabajo conlleva a un deterioro en la calidad de vida laboral, viéndose afectados los niveles individuales y organizacionales. A nivel individual se pueden ver implicados el bienestar físico y psicológico de la persona, en tanto que a nivel colectivo se puede deteriorar la salud organizacional (Barría, Rosemberg y Uribe, 2010).

2.3 Consideraciones acerca de la Psicología Infanto Juvenil

Dentro de los mismos factores que deben ser considerados dentro de esta investigación, se encuentra el hecho que los psicólogos escogidos para la muestra ejercen dentro del área Clínica Infanto Juvenil. Esta área tiene características propias que pueden afectar la

labor del psicólogo, pudiendo ser consideradas dentro de aquellos factores que inciden en la aparición de Burnout.

En primer lugar, el “setting”, si es comparado con el del adulto es distinto, se incorporan más participantes que el paciente mismo, como los padres de éste. Se observa así una particularidad, el paciente es el menor, pero quien consulta es un adulto significativo. De esta manera los fenómenos transferenciales o resonancias afectivas entre el evaluador y el sistema consultante se vuelven más complejas, requiriendo de la asertividad, manejo y experticia del evaluador para trabajar en beneficio del proceso terapéutico (Aretio et al., 2003).

Asimismo, al tratarse de un individuo en formación, las expresiones psicológicas del niño deben ser evaluadas acorde a su edad, donde el psicólogo debe utilizar criterios aportados por la psicología del desarrollo y desde la psicopatología, comprendiendo la relatividad que implican los términos “normalidad” y “anormalidad” para cada etapa (Aretio et al., 2003).

También resulta relevante el uso de un lenguaje accesible al nivel de funcionamiento cognitivo de cada niño, junto con una actitud que propicie un adecuado “rapport” (vínculo terapeuta con el niño). Y así en el proceso final, la devolución tras lo observado en terapia debe ser contextualizado en cada caso, si es un informe para el establecimiento educacional, o bien para una interconsulta o para uno de los padres (Aretio et al., 2003).

Considerando estas particularidades, se hace evidente que se requiere ciertas características personales adecuadas para trabajar con niños, las cuales son: agrado por trabajar con ellos, paciencia, flexibilidad y creatividad. También resulta necesaria una sólida formación en psicología del desarrollo y en los distintos aspectos relativos al psicodiagnóstico y técnicas de psicoterapia infantil (Aretio et al., 2003; Lecannelier, 2006).

Ahora, considerando el ámbito de la psicología clínica en general, es también relevante no sólo tener una formación académica de buen nivel, se ha descubierto que esta incide sólo en un 15%, donde otro 45% estaría vinculado a la relación terapéutica (Orlinsky, Grawe & Parks; 1994 en Santibañez et al, 2008).

A partir de ello, se ha dado a conocer un concepto llamado “variables inespecíficas” en la terapia, que contempla características relevantes en el terapeuta tales como: actitud,

habilidades como terapeuta (interés genuino por las personas, auto-conocimiento, compromiso ético, empatía, cordialidad, autenticidad, entre otros). Donde también la experiencia juega un rol, suponiéndose que a mayor edad y experiencia el terapeuta tendería a actuar con mayor empatía y exploración, lo que se asocia a cambios positivos dentro de la terapia (Santibañez et al., 2008).

Es así como existen características relevantes que el terapeuta debiera desarrollar, de manera de contar con herramientas adecuadas al momento de realizar una psicoterapia, no sólo para poder vincularse adecuadamente con el paciente y lograr un proceso exitoso, sino también para que él mismo como terapeuta logre salir fortalecido de la experiencia misma.

3 Metodología

3.1 Tipo y Diseño de Investigación

Uno de los objetivos de la Investigación consiste en obtener una noción acerca de la percepción de los sujetos en relación al Burnout, lo que junto a los otros objetivos esbozados implica un abordaje que considere desde la elección de los posibles entrevistados hasta las preguntas a efectuar, donde priman las percepciones y significaciones desde los propios entrevistados resultando necesario un enfoque con apertura, flexibilidad y profundidad donde se permita variedad en las respuestas lo que se relaciona con el uso de un enfoque cualitativo:

“Los estudios cualitativos representan estrategias de elevado rendimiento en el intento de comprender e interpretar las imágenes sociales, las significaciones y los aspectos emocionales que orientan desde lo profundo los comportamientos de los actores sociales. Esto motiva que su diseño sea abierto (puede producir informaciones no preconcebidas en el diseño) y flexible (las etapas pueden darse simultáneamente o puede volverse atrás en alguna instancia)” (Serbia, 2007, p.7).

En relación a lo anterior, quien utiliza este tipo de metodología tiene un rol particular en cuanto al trabajo investigativo que debe efectuar:

“El investigador pretende conseguir datos sobre las percepciones de los actores locales ‘desde dentro’ a través de un proceso de profunda cortesía, comprensión empática (verstehen) y suspensión o ‘puesta entre paréntesis’ de las percepciones sobre los temas que se habla” (Miles y Huberman, 1994, p.6 en Shaw, 2003).

Se puede especificar que esta investigación es exploratoria, dado que el objetivo en este caso es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes (Baptista et al., 2006) como el Burnout en el caso de los psicólogos

clínicos Infanto Juveniles más individual junto a sus propuestas de Autocuidado, en este caso el tema escogido si bien en general sí ha sido investigado (el síndrome de Burnout en sí), en su especificidad existen pocas investigaciones al respecto de manera que de acuerdo a los objetivos de la investigación es un terreno nuevo aquello que se desea investigar, siendo particularmente novedosa la indagación en psicólogos Infanto Juveniles.

También es una investigación descriptiva, ya que requiere conocimiento del área que se investiga para formular las preguntas específicas que busca responder (Dankhe, 1986 en Baptista et al., 2006). En este caso, existe información teórica y práctica sobre temas vinculados al objetivo de la investigación que permiten una aproximación al tema de manera general, a partir de la cual se puede profundizar en relación a algunas interrogantes que surgen.

El carácter de esta investigación es transversal, ya que la medición es realizada en un momento particular sin continuación a través del tiempo, de naturaleza empírica ya que se efectuaron entrevistas para cumplir con los objetivos de la investigación. La finalidad de esta investigación es básica, en el sentido de enriquecer la teoría en cuanto al tema, sin embargo a partir de los resultados obtenidos también es posible no sólo enriquecer el aspecto teórico del tema sino que desglosar posibles soluciones a los conflictos que presenta el síndrome de Burnout de acuerdo de lo propuesto en la investigación.

Una metodología cualitativa no debe trazar invariablemente sus objetivos, ya que los focos de estudio del fenómeno a estudiar pueden y seguramente seguirán variando en el curso de la aproximación, en este sentido el diseño de la investigación es abierto, ya que puede producir datos no previstos.

3.1.1 Muestreo

Para obtener una noción de aquello que opinan los sujetos de una sociedad en cuanto a un tema en particular se seleccionan unos cuantos como muestra: “Para comprobar cómo se comportan todos los individuos de determinado grupo en todas las situaciones de determinado tipo, se selecciona previamente una muestra representativa de esos tipos y situaciones, y los hallazgos obtenidos se generalizan a todas esas mismas situaciones y objetos” (Ruíz, 2003, p.63).

La población muestral está conformada por psicólogos infantojuveniles que se encuentren o que hayan trabajado en un Cosam (Consultorio Salud Mental) de la Región Metropolitana, específicamente en Santiago.

La muestra es no probabilística dado que los criterios de selección dependen del criterio del investigador, cuyos resultados son generalizables a la muestra en sí, y no a la población. Asimismo es una muestra intencionada, lo que exige un cierto conocimiento del universo (Tapia, 2000). Ello es evidenciable en el hecho que cada integrante de la muestra fuera escogido en relación a una característica en particular que sobresaliera en relación a las tendencias, de manera de obtener resultados variados y un espectro más amplio de respuestas respecto al fenómeno en estudio.

Asimismo, se escogieron Cosam que tuvieran características similares en cuanto al nivel socioeconómico de la comuna en que se encontraban, como también se optó por una menor cantidad de Cosam en relación a los entrevistados, siendo el objetivo neutralizar las diferencias posibles entre los diferentes establecimientos y focalizar la atención en los aspectos individuales de los entrevistados más que en los institucionales, de manera que sobresalieran aspectos únicos y diversos pero en relación a cada individuo.

De cinco Cosam distintos se obtuvo esta muestra de ocho profesionales. Se intentó obtener dos profesionales de cada Cosam, sin embargo se optó en última instancia entrevistar a un profesional de otro Cosam dado que tenía una variable que había resultado difícil de obtener (más de diez años de experiencia).

Cada criterio particular que fue aplicado el escoger la muestra tiene relación con hallazgos teóricos que demuestran la relación entre un determinado factor y el riesgo de padecer Burnout o mostrar alguno de sus síntomas.

La muestra del estudio consistió en un grupo de ocho psicólogos Infanto Juveniles , siete de ellos de sexo femenino uno masculino, cuyas edades fluctuaban entre los 26 y 60 años, que trabajan o han trabajado en distintos Cosam de la Región Metropolitana, en comunas de riesgo social y económico.

En relación a los criterios relevantes para la muestra, uno de ellos fue la experiencia en el trabajo clínico, una variable difícil de encontrar en los Cosam, según lo observado entre

los entrevistados, donde la mayoría de quienes trabajan en este tipo de establecimientos son profesionales jóvenes que bordean los 30 años y con menos de 10 años de experiencia. Según la teoría, el tener poca experiencia dificulta asumir el rol de terapeuta de manera adaptativa y flexible, dado el exacerbado sentimiento de omnipotencia e idealismo que se observa en variadas ocasiones (León, 2001). Es por ello que se buscó al menos un profesional que tuviera más de 10 años de experiencia, para contrarrestar con las percepciones de aquellos más inexpertos.

En cuanto al género, según la evidencia empírica, no existe una tendencia clara sobre qué sexo sería más vulnerable a padecer el Síndrome de Burnout (Aguirre & Montedónico, 2009), sin embargo algunas investigaciones indican que el género femenino se ve más perjudicado (León, 2001) y en relación a ello uno de los criterios de búsqueda fue tener alguien del sexo masculino dentro de la muestra.

Otra variable relevante es el estado civil de los entrevistados, de manera que se escogieron profesionales solteros, casados con y sin hijos para obtener un espectro amplio sobre este factor, ya que según la teoría existe mayor predisposición a padecer el síndrome por parte de aquellos sujetos que están solteros, sin claridad sobre qué género en particular se vería afectado en este caso (Aguirre & Montedónico, 2009; León, 2001).

A continuación se presenta una tabla que esquematiza y clarifica la composición de la muestra:

Entrevistado	Sexo	Edad	Estado Civil	Cosam	Experiencia	Observaciones
1	Femenino	31 años	Soltera	1	6 años	Se retiró del Cosam donde trabajaba en abril del año 2010.
2	Femenino	28 años	Casada, sin hijos	1	3 años	
3	Masculino	28 años	Soltero	2	3 años	
4	Femenino	26 años	Soltera, con pareja	2	2 años	
5	Femenino	28 años	Casada con hijos	3	5 años	Vuelve a su puesto, después de Postnatal
6	Femenino	30 años	Casada con hijos	3	3 años	Se encuentra en Postnatal
7	Femenino	30 años	Casada sin hijos	4	5 años	
8	Femenino	50 años	Soltera	5	12 años	

3.1.2 Instrumentos

Para la recolección de la información se eligió realizar la entrevista cualitativa. Ésta surge como una técnica en la que un sujeto, en este caso el entrevistador, solicita información de otro, que pueden ser los entrevistados o bien, los informantes. Se presupone así, la necesidad de dos personas para que pueda darse la entrevista y por consiguiente una interacción verbal (Gil, García & Rodríguez, 1999).

La entrevista se comprende como “una herramienta de carácter comunicativo que se propone captar significados que de ningún modo son hechos puros o simples, están

mediados por la construcción que hacen los propios sujetos en base a su experiencia. Cuando nos proponemos atrapar el significado que los otros atribuyen a sus propias prácticas debemos asumir que “nuestro conocimiento del mundo supone un conjunto de abstracciones, generalizaciones, formalizaciones e idealizaciones propias del nivel respectivo de organización del pensamiento. En términos estrictos, los hechos puros y simples no existen, por consiguiente se trata siempre de hechos interpretados” (Merlinsky, 2006, p.28-29)

El tipo de entrevista escogida para esta investigación fue semi estructurada, la cual supone una conversación entre dos sujetos siendo uno de ellos el entrevistador y el otro el informante, de manera que: “es dirigida a y registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con una cierta línea argumental, no fragmentado, segmentado, precodificado y cerrado por un cuestionario previo del entrevistado sobre un tema definido en el marco de una investigación” (Merlinsky, 2006, p.30).

En esta investigación el entrevistador contó con un temario general de aquellos temas que resultaban relevantes indagar, sin embargo al ser una entrevista semi estructurada el orden y el modo de formular los temas estuvo a libre disposición del investigador, lo que en algunos casos permitió profundizar algunos temas o encontrar otras temáticas novedosas aunque vinculadas al temario original.

A continuación se muestra el temario que fue utilizado para esta investigación, en el Cuadro N°1:

<p><u>Burnout</u></p> <p>Comprensión del fenómeno (qué entiende por este, cómo lo ve, qué le produce)</p> <p>Fuentes (cuáles identifica, qué piensa de ellas)</p> <p>Organización (cómo se posiciona esta, qué hace, qué no)</p> <p>Trabajo (qué piensa de éste, compañeros, etc.)</p> <p><u>Autocuidado</u></p> <p>Concepto (qué es para usted, cómo lo lleva a su vida personal y laboral)</p> <p>Organización (cómo trabaja la organización en relación a este tipo de actividades)</p> <p>Actividades (cómo llegó a emplearlas, cuáles son, ¿le son efectivas?)</p> <p><u>Psicoterapia Infantojuvenil</u></p> <p>Cómo le ha influido este aspecto en su labor</p> <p>Identifica algún riesgo (cuáles)</p> <p>Identifica algún factor protector (cuáles)</p> <p>Qué hace en relación a ellos</p>

Cuadro 1: Temario entrevistas

Dentro de los instrumentos de análisis, fue utilizado para fines de esta investigación el análisis de datos cualitativos comprensible como: “un conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones, comprobaciones que realizamos sobre los datos con el fin de extraer significado relevante en relación a un problema de investigación” (Gil et.al., 1999, p.200).

Y específicamente este análisis, llamado Análisis de Contenido entrega la posibilidad de investigar acerca de la naturaleza del discurso. Permite analizar y cuantificar los materiales de la comunicación humana, pudiendo analizarse con detalle y profundidad el contenido de cualquier comunicación: ya sea en código lingüístico oral, icónico, gestual, gestual signado, etc. y sea cual fuere el número de personas implicadas en la comunicación (una persona, diálogo, grupo restringido), siendo posible utilizar cualquier instrumento de compendio de datos como agendas, diarios, cartas, cuestionarios, encuestas, tests proyectivos, libros, radio, televisión, entre otros. (Holsti, 1968 en Porta & Silva, 2003).

Se busca desentrañar las estructuras de significación y en determinar su campo social y alcance, llevándose a cabo a través de una descripción densa cuyos rasgos característicos son; el que sea interpretativa, que lo interpretado es el flujo del discurso social y que la interpretación misma consista en tratar de rescatar lo dicho en ese discurso y fijarlo en términos potenciales de consulta (Gil et al., 1999).

3.1.3 Procedimiento

3.1.3.1 Contacto y Realización Entrevistas

La estrategia de acceso a los entrevistados, fue a través del contacto realizado a través de cada Cosam, a partir de lo cual se seleccionaron los entrevistados de manera intencionada de acuerdo a los requisitos muestrales, como también se pidió a cada Cosam establecer contacto con otro entrevistado del mismo Cosam. La selección de la muestra fue realizada de manera sucesiva, de tal forma que a medida que transcurrían las entrevistas, se fueron seleccionando otros entrevistados que fueran cumpliendo con características que faltaban de acuerdo a la diversidad deseada en la muestra, según fuera necesario.

La entrevista por lo general tuvo una duración entre 45 minutos y una hora, fue realizada con una grabadora y efectuada en el establecimiento donde el profesional ejercía o en su hogar. La realización de las entrevistas fue efectuada entre Junio y Julio del año 2010.

Antes de cada entrevista se informó a los entrevistados acerca de las temáticas a tratar, junto con la entrega de un consentimiento informado donde se exponía con claridad en qué consistía el estudio como también el anonimato de cada entrevistado en la investigación. Así cada profesional firmaba con su nombre si estaba de acuerdo con lo ahí estipulado (ver consentimiento informado en anexo).

Dentro de las consideraciones éticas se acordó con los entrevistados en que tanto sus nombres como el de las instituciones donde trabajaran permanecerían en el anonimato con el fin de proteger su identidad. Asimismo se clarificó en qué consistía el estudio de manera que estuvieran informados sobre la investigación en la que estaban participando.

3.1.3.2 Análisis de los Datos

Cada entrevista fue grabada y posteriormente transcrita al computador. A partir del material descrito se procedió a analizar individualmente cada una de manera de destacar la información relevante de manera particular y después analizar todas las entrevistas en

conjunto, generando un panorama general en relación a la totalidad de ellas. A continuación se explicará con más detalles en qué consiste el análisis efectuado.

El proceso general del análisis de datos cualitativos, se compone de distintos pasos, Reducción de datos, Disposición y Transformación de Datos, Obtención y Verificación de Conclusiones.

3.1.3.2.1 Reducción de Datos

El primer paso para el tratamiento de la información obtenida, consiste en la reducción de datos, es decir, la simplificación, el resumen, la selección de la información para hacerla abarcable y manejable. Dentro de estas tareas de reducción las más representativas y las más habituales suelen ser las de categorización y codificación (Gil et al., 1999).

Dentro de la reducción de datos, se realiza la separación en unidades, que puede ser realizada por diversos criterios, temporales, gramaticales, espaciales, temáticos, etc. Para fines de esta investigación, resultó necesario utilizar el criterio temático ya que considera las unidades en función del tema abordado, permitiendo dar un mayor orden y coherencia a los datos en relación a los objetivos de la investigación. Posteriormente, se realiza la identificación y clasificación de las unidades que consiste en examinar las unidades de datos para identificar en ellas los componentes temáticos que permitan clasificarlas en una u otra categoría de contenido.

En el caso de la investigación, al ser transcritas todas las entrevistas, cada una de ellas fue analizada de manera individual, destacándose aquellas unidades que se vinculaban directamente con las temáticas asociadas a los objetivos de la investigación, siendo separadas como unidades que posteriormente serían asociadas a categorías diferenciables por las distintas temáticas con las que cada una se asocia.

En relación a lo anterior, podría no darse la exhaustividad, es decir, podrían encontrarse unidades que no encajen en ninguna categoría, como también una misma unidad podría participar en más de una categoría simultáneamente (Gil et al., 1999).

Al efectuarse una categorización se ubican distintas unidades bajo un mismo tópico o concepto teórico, y este mismo acto implica una operación conceptual de síntesis, dado que reduce un determinado número de unidades a un concepto que las representa. Es así

como la síntesis y el agrupamiento de las unidades se encuentran presentes en el análisis cuando se sintetiza en una metacategoría la información contenida en varias categorías que tienen algo en común.

3.1.3.2.2 Disposición y transformación de Datos

Por disposición se entiende un conjunto organizado de información que es presentada de una manera espacial ordenada, abarcable y operativa y cuando ésta conlleva además un cambio en el lenguaje utilizado para expresarlos, se habla de transformación de datos (Gil et al., 1999).

En el caso de esta investigación, las categorías creadas inicialmente lo fueron a partir del análisis efectuado por cada entrevista individualmente, donde se agruparon unidades en relación a distintas temáticas. Posteriormente, estas unidades de las entrevistas individuales fueron reagrupadas nuevamente en categorías más amplias que incluían las unidades de todas las entrevistas lo que permitió un acceso más ordenado a la información que se tenía.

3.1.3.2.3 Obtención y Verificación de Conclusiones

En relación a los resultados obtenidos, tras la síntesis y agrupamiento de los datos, éstos fueron posteriormente aunados y presentados de manera ordenada de acuerdo a las temáticas centrales que fueron presentadas en la investigación; Burnout, Autocuidado y Clínica Infantojuvenil, de manera de poner a modo de citas aquellas unidades que permitieron reflejar ciertas tendencias en cuanto a las temáticas abordadas.

En cuanto a las conclusiones éstas implican “ensamblar de nuevo los elementos diferenciados en el proceso analítico para reconstruir un todo estructurado y significativo” (Gil, et al., p.213) Es así como a partir de los resultados obtenidos y mostrados, se elaboró un análisis de mayor profundidad, coherencia y orden donde se intenta aunar lo investigado en la teoría con los hallazgos de la práctica.

4 Resultados

A continuación se muestran los resultados de las entrevistas realizadas a ocho profesionales que trabajan o han trabajado en un Cosam en Santiago de Chile, en el área Infanto Juvenil. Los resultados se encuentran organizados de acuerdo a los tres conceptos centrales de la investigación, es decir Burnout, Autocuidado y Clínica Infanto Juvenil, desde las cuales los entrevistados expresaron diversas opiniones.

4.1 Burnout

4.1.1 Definición

El acceder a la comprensión que poseen los entrevistados acerca del síndrome de Burnout permite conocer desde dónde ellos articulan este fenómeno, cuál es la significación y valoración que le otorgan y qué factores consideran ellos como relevantes al momento de gatillarse y desarrollarse este desgaste. Según lo comentado por los entrevistados, se pueden explicar dos visiones para el Burnout, una a nivel individual y otra a nivel grupal.

4.1.1.1 Definición a nivel individual

4.1.1.1.1 Definición

En general, los entrevistados perciben el Burnout de una manera similar, siendo encontradas características comunes entre las descripciones dadas, como el hecho de percibir el stress como un factor asociado a este síndrome, también fueron mencionados términos como fatiga y agotamiento laboral, vinculados principalmente al trabajo con personas, en salud mental:

*“Entiendo por Burnout como un agotamiento producto del trabajo”
(Entrevistado 4).*

“Es el estrés de los profesionales, debido a la carga como de trabajos...en trabajos que estás en contacto con personas digamos” (Entrevistado 5).

4.1.1.1.2 Definiciones subjetivas

Dentro de las definiciones algunos entrevistados se involucraron más al caracterizar el Burnout, describiéndolo en primera persona, infiriéndose la posibilidad que hayan padecido este síndrome:

“El sentimiento de estrés, de fatiga, de agotamiento al cual uno...eh...se...se va sometiendo a través del propio ritmo del trabajo, y de la rutina y de la responsabilidad que conlleva el que uno desempeña” (Entrevistado 3)

“La sensación de quemarse como que uno no va a responder como respondería en un estado de pleno bienestar o de estar a lo mejor tan fresco con respecto a los acontecimientos que suceden en el trabajo” (Entrevistado 1).

Precisamente el entrevistado 1 fue uno de los que más sintomatología de este síndrome comentó, retirándose incluso de la institución donde trabajaba.

4.1.1.2 Definición a nivel de Equipos

Algunos conceptualizan este síndrome desde lo que ocurre a nivel de equipos, donde los múltiples elementos que lo componen se ven dañados:

“Equipos sobre todo en salud mental como que se pueden quemar, que es como que ante las dinámicas y ante las problemáticas tan severas de salud mental como que se satura la capacidad de los equipos como pa poder contenerlos como equipo y finalmente empiezan a sobrepasarse” (Entrevistado 7).

Según lo manifestado por los entrevistados, las capacidades de contención y apoyo junto con la cohesión que pueden darse inicialmente dentro de un equipo, pueden verse afectadas si no se cuenta con otras herramientas que permitan contrarrestar los efectos del Burnout, de manera que el equipo cae en dinámicas en muchos casos opuestas a las que tenían en un principio, desgastándose gravemente si no logra una solución atingente.

4.1.2 Sintomatología

4.1.2.1 Individual

En relación a los síntomas asociados al Burnout, la mayoría de los entrevistados relata haber sentido algunos. El cansancio, tanto físico como mental, fue descrito con mayor frecuencia:

“El fin de año uno como que se cansaba, agotada... como un cansancio mental, así como dificultades para concentrarte” (Entrevistado 8).

Otros síntomas nombrados fueron la “irritabilidad”, dificultades en “establecer límites” entre el ámbito laboral y el personal. Asimismo la propia valía y capacidad para ejercer adecuadamente fue cuestionada:

“Te notai más irritable, te notai cansado, te despertai a las seis, siete como si no hubieses dormido nada” (Entrevistado 3).

“En verdad yo estaba tan cansada, no quería ni trabajar y sintiendo que una no hace nada, inútil” (Entrevistado 2).

La falta de descanso y las excesivas demandas laborales, según los entrevistados reduce las capacidades mentales y físicas de los profesionales, afectando y alterando su quehacer, pudiendo ello incluso mermar el trabajo con los pacientes.

Por otro lado, también fue mencionado por los profesionales el sentimiento de inutilidad aparece y afecta el posterior desempeño profesional, pudiendo frustrar y alterar la confianza del terapeuta en sus capacidades como también el desaprovechar sus potencialidades como profesional y como persona, afectando su desarrollo integral.

4.1.2.2 Institucional

Otros síntomas que fueron nombrados por los entrevistados fueron los provenientes de lo institucional, desde donde las problemáticas a trabajar tienden a causar un efecto nocivo y paradójico en la institución misma:

“Mi mirada es que de repente las instituciones se transferencian ene con las patologías que abordan, así como no sé... los equipos que trabajan mucho con psicosis terminan con un funcionamiento súper psicótico también” (Entrevistado 7).

Es posible destacar que el tema de los límites se hace presente y por lo relatado anteriormente, ello no sólo ocurre a nivel personal o de equipos, sino que de la institución también.

4.1.3 Fuentes

Resulta relevante indagar cuáles son las fuentes que gatillan el desgaste laboral según los entrevistados, si es que provienen de sí mismos, de la interacción con pacientes, con el equipo o con la institución o bien si es que provienen de otras fuentes desconocidas. El detectar las fuentes permite saber desde dónde, desde qué puntos se articula este síndrome y de qué manera resulta conveniente considerar y realizar un diagnóstico del conflicto.

4.1.3.1 Demanda Pacientes

Uno de los aspectos más influyentes al momento de desencadenarse este síndrome, según lo mencionado por los entrevistados fue la “Demanda de los Pacientes”, es decir todo lo que implica el comenzar una terapia, formar el vínculo entre terapeuta y paciente, la necesidad del paciente de las habilidades del terapeuta, considerando no sólo los aspectos psicológicos que le dificultan en el diario vivir, sino que en estos casos también aquellos factores socioculturales y económicos de vulnerabilidad que tienen a agudizar los cuadros. Así dentro de esta demanda toman relevancia aspectos que normalmente no son contemplados dentro de una terapia, según lo señalado:

“No tiene que ver sólo con condiciones emocionales que llegan a mí, también traen una problemática socioeconómica y cultural heavy, entonces tú desde que hay cosas que tú les

hablas y no te entienden, palabras que no conocen, hasta que a veces vienen muertos de hambre, sucios o en verdad mamás que te dicen que no se pueden venir tan seguido porque no pueden pagar la micro, entonces igual tú decí: 'no sé si un psicólogo es lo que necesitan en este momento' ”

(Entrevistado 2).

“Son casos bastantes difíciles no solamente en el aspecto psicológico, sino que también en el aspecto social, entonces sí hay un agotamiento con el paso del tiempo” (Entrevistado 4).

Según lo señalado, el tipo de paciente que llega a la institución posee características particulares y proviene de un contexto específico desde donde la terapia en muchas instancias no es comprendida cabalmente, y en muchas ocasiones malentendida. La conciencia sobre lo que es la psicoterapia y la importancia del compromiso con ésta es baja, complicando la labor profesional y la efectividad de la terapia:

“Entonces desde ahí el compromiso también a veces se va adquiriendo en el proceso, a veces no se adquiere nunca...hay poca adherencia” (Entrevistado 6).

“Los papás llegan acá y dicen “de la escuela me mandaron”....pero no hay un problematización de lo que está ocurriendo” (Entrevistado 3).

Dentro de las demandas de los pacientes, uno de los entrevistados relató acerca de la demanda de éstos más allá de los límites de la terapia y del trabajo del profesional:

“Estamos almorzando ahí y pasa un paciente: ‘un segundito quiero conversar con usted, no pude venir el otro día’, entonces cuando uno está acá, cuando estai almorzando...es como seguir trabajando” (Entrevistado 3).

De esta manera, se puede observar que no sólo el ejercicio profesional del terapeuta es más demandante que en otros trabajos dado el perfil de los pacientes que se atienden en el Cosam, sino que límites tanto de la terapia como institucionales se vuelven más laxos, transgrediéndose las normas básicas como el encuadre, afectándose el ámbito personal del terapeuta.

4.1.3.2 Clima Laboral

Otra categoría que adquirió gran relevancia para los entrevistados fue la del “Clima Laboral” considerado como la percepción que hay acerca del ambiente social en el lugar de trabajo, junto con las dinámicas que se pueden dar en el equipo, pudiendo potenciar o dificultar la labor de los profesionales. La mayoría de los entrevistados mencionó algún tipo de conflicto o roce ya sea con sus compañeros de trabajo o con los cargos más altos.

4.1.3.2.1 Cambios en los equipos

En general, se comenta que los grupos cambian y se transforman, muchas veces en períodos muy cortos, grupos que se llevaban bien después de un tiempo presentan un

nuevo escenario, como en el siguiente caso donde el entrevistado relata el buen clima laboral que existía en su equipo de trabajo antes de ausentarse un tiempo debido a un post natal y cómo éste equipo sufrió cambios durante su ausencia:

“Yo vengo llegando de un descanso largo, porque tuve un bebé entonces yo siento que es bueno, pero cuando llegué me encontré con la sorpresa de que mis compañeros no lo encontraban tan bueno, pasaron algunas cosas ahí entremedio entonces me tocó que cuando llegué eh...bueno no sé po, es que yo soy la coordinadora de esta unidad entonces me tocó ver reuniones de ver lo que estaba pasando y tratar de encontrarle alguna solución” (Entrevistado 5).

4.1.3.2.2 Conflictos personales

En algunas ocasiones, los temas personales que aparecen en la interacción entre los miembros del equipo, no sólo genera roces y conflictos entre ellos a nivel personal que pueden resultar incómodos sino que también pueden afectar la dinámica profesional, desde el ejercicio individual hasta el trabajo en equipo. El trabajo clínico de que por sí resulta complejo particularmente en un Cosam por los escasos recursos, según lo relatado por los entrevistados, se complica aún más cuando existen conflictos a nivel de equipo. Ello conlleva a que el terapeuta se focalice más en los roces interpersonales que en ejercer y dado que los equipos muchas veces se componen de profesionales muy distintos, así ocurre también con sus caracteres y la existencia de diferencias irreconciliables, lo que provoca en muchas instancias frustración, roces, desconfianza e incluso maltrato, según lo comentado por los entrevistados:

“Yo estaba cansada y además en el equipo empezaron a surgir temas personales entonces ahí quedó la escoba, a lo mejor sí nos pasó la cuenta, la tensión en particular de los pacientes pasó a un segundo plano, fue más preponderante el tema: ‘¿Qué le está pasando al equipo?’, que lo que está pasando con las personas” (Entrevistado 1).

“Súper estresante yo veía que el equipo estaba afectadísimo y con caracteres todos muy difíciles, yo creo que eso también hace...como que el carácter de la persona como que no sé...te podí complicar más la vida, ¿o no?”(Entrevistado 7).

“ (...) Cierta forma de expresión de poder manejar relaciones interpersonales de ciertas que sí son un poco a veces maltratantes diría yo también, ya? (...) me ha tocado un poco vivirlo con ciertos compañeros de trabajo, cómo se expresan hacia otros que...tienen un tono agresivo como decirlo, como una agresividad media solapada a veces, pero que a lo largo desgasta y eh, sin duda tiñe al equipo como eh...provocaba tensión, provocaba mini conflictos se genera, se generan desconfianzas eh...y eso hace que también entonces que uno eh ...bueno que el ambiente del grupo se enrarezca y desde ahí produzca un desgaste es como una presión adicional, la contención que se da en los equipos deja de existir muchas veces, em... a veces son...es un elemento, son dos elementos, pero eso ya aunque sea único es suficiente y eso ya enrarece y si po me ha tocado, me ha tocado vivirlo” (Entrevistado 6).

“Como que hayan alianzas explícitas, alianzas implícitas, poderes explícitos, poderes implícitos entonces ahí tú en verdad tení que...además de la pega en sí es desgastante porque en el fondo uno tiene que hacer un trabajo con recursos muy escasos, escasísimos entonces...ya eso es desgastante. Ahora que más encima, el contexto laboral, el clima laboral eh...sea también un factor desgastante...es como mucho” (Entrevistado 1).

El tema del clima laboral fue uno de los que cobró mayor notoriedad entre los entrevistados, en los casos que era conflictivo los entrevistados relataron sentirse afectados por ello, donde incluso uno de ellos terminó renunciando a su trabajo en gran parte por este motivo. La carga laboral es mayor según los entrevistados, cuando estos no han tenido con quien contar, el trabajo en equipo es desgastante y el ambiente laboral se compone principalmente de tensión. Los conflictos se generan en torno a los equipos y los pacientes pasan a ser los profesionales mismos, según lo comentado la calidad del trabajo decae, el desempeño es defectuoso y emocionalmente el profesional se ve descompensado. El nivel de desgaste puede aumentar o disminuir dependiendo de la manera de afrontar el conflicto que tiene el equipo, del rol que cumple el líder o jefe, cómo comunica y soluciona aquello que está ocurriendo, según lo mencionado en las entrevistas.

4.1.3.2.3 Desconfianza

En otros casos si bien el ambiente no era percibido como hostil, tampoco era definido como un espacio estimulante para los entrevistados, especialmente en cuanto al tema de la confianza y del exponerse incluso profesionalmente frente a otros, lo que fue retratado particularmente en algunos casos:

“Yo siento que no es así como la libertad de hablar de un caso clínico así como...aparte que somos de distintas corrientes...entonces es como distinto” (Entrevistado 7).

“Y llegaban a la especificación teórica de un punto de vista súper específico de un paradigma de algún enfoque psicológico y era como dar cátedra de eso, y en el plano se perdía el paciente, el conflicto, y qué era lo que le pasaba al terapeuta, con el caso que porqué necesitaba mostrarlo, entonces en verdad yo sentía que mucho yo no iba a obtener de eso y sé, estoy segura que no era la única que tenía esa percepción y siempre eran dos, tres, cuatro personas a todo reventar que siempre presentaban casos” (Entrevistado 1).

Se observa que en algunos casos los entrevistados señalan que, particularmente en las reuniones clínicas de equipo, suelen darse roces por la predisposición indiferente de algunos terapeutas al presentar teorías complejas para aquellos profesionales de otras disciplinas y para los mismo psicólogos que no las manejan, o bien un exacerbado individualismo que anula la disposición a trabajar en equipo donde el ideal, según los entrevistados sería integrar a todos los profesionales más allá de las teorías y disciplinas desde donde provienen, cómo también el poder flexibilizar ciertos rasgos de personalidad que conflictúen con otros e intentar crear un ambiente positivo de trabajo, donde exista

una confianza básica en poder expresar los propios puntos y opiniones como también en confiar en la gestión del otro.

4.1.3.2.4 Factores Personales

Para otro entrevistado en particular, el tema del roce o los conflictos se vinculaba más con aspectos personales de los integrantes del equipo que con otros factores:

“Tiene que ver con la persona más que con el profesional” (Entrevistado 6).

“En general los psicólogos son re complicados, así como que hay hartos egos, cachai? Y sí, me han tocado roces de tipo personales en el equipo...” (Entrevistado 5).

4.1.3.2.5 Bajo compromiso desde el Equipo

Otras prácticas nocivas según los entrevistados, surgen cuando en vez de asumir la responsabilidad de los errores como equipo, se incurre a culpar individualmente aquellos desperfectos grupales:

“Si se toca el tema es como que no, como que casi que se atribuya a características personales los conflictos que están pasando y no a cosas del equipo y como equipo no pensamos lo mismo, entonces no hay un cuidado...de la persona” (Entrevistado 2).

Así el terapeuta se da cuenta que no tiene el apoyo de su equipo, como tampoco existe un compromiso por parte de éste, donde resulta vital el asumir los proyectos profesionales y los aspectos sociales que se dan desde una visión grupal, de manera que tanto los resultados positivos como los negativos de éste sean responsabilidad de todos.

4.1.3.2.6 Resoluciones de Conflicto Evitativas

En dos casos particulares dadas las dinámicas conflictivas que se daban, los entrevistados asumieron otras estrategias de resolución de conflictos:

“Evito ir a hablar con él, (jefe) ir a hacerle preguntas, evito también dar muchas opiniones en reunión, a menos que sea algo extraordinario” (Entrevistado 2).

“Pase casi a invisibilizarme ante él” (Entrevistado 2).

“Todo eso fue desgastando el equipo...pero al final, ya me saturé y me fui...” (Entrevistado 1).

El caso del Entrevistado 2, la resolución de evadir al jefe es una conducta evitativa que le ha sido útil según lo comentado, sin embargo el entrevistado comentó tener cada vez menor comunicación con su jefe y que finalmente esta resolución le había sido más eficaz que confrontarlo.

Cabe señalar que estos casos anteriormente mostrados, Entrevistado 1 y Entrevistado 2, fueron particularmente aquellos que más describieron haber padecido sintomatología vinculada al Burnout, también quienes más inconformismo demostraron en relación al

clima laboral, como también a aspectos institucionales del Cosam junto con haber trabajado en la misma institución.

4.1.3.2.7 Pocos Espacios para Compartir

Algunos entrevistados reclamaron sobre las pocas instancias para compartir y reflexionar con el equipo, mostrando interés y disposición a realizar más actividades en equipo, ya sea el momento de trabajar o a los momentos de distensión;

“Yo siento que uno como que se va enajenando en este trabajo por el tema de producir, producir y las instancias de reflexión grupal se hacen pocas” (Entrevistado 4).

“Uno tiene sus vivencias y su relación directa con los compañeros del equipo de trabajo, ahora es una convivencia bien reducida como de pasillo, te encontras con alguien en el SOME de repente, cuando estai agendando algún paciente, eh de repente es como súper enajenante” (Entrevistado 3).

En general, las instancias o los momentos para compartir con otros profesionales del equipo como en los almuerzos, reuniones clínicas y horas de autocuidado fueron evaluadas como positivas por los profesionales, sin embargo muchas de estas instancias estaban teñidas por interferencias o labores que no permitían disfrutarlas plenamente. De esta manera, las instancias de esparcimiento de por sí son consideradas escasas, y a su vez la calidad de las mismas también se encuentra afectada.

4.1.3.3 Institución

Otra categoría que destacó como fuente de desgaste fue la “Institución” misma, es decir, el hecho de trabajar en un Cosam fue vinculado con el Burnout. La mayoría de los entrevistados relacionaron algunos hechos en particular como desgastantes:

“Creo que hay un tema institucional súper fuerte” (Entrevistado 7).

“En algún momento dije; ‘pucha, como que el tema de la política no influye, no pasa nada’, pero desde que me ha tocado estar en la institución veo que efectivamente sí influye...no se logró afirmar mucho los Cosam en el gobierno anterior y creo que en este va a ser más difícil.” (Entrevistado 7).

4.1.3.3.1 Exigencia

Por otro lado, las implicancias que tiene el trabajar en un Cosam es en cuanto a la exigencia, no sólo al tipo de pacientes que se recibe sino que también a la cantidad, asimismo la demanda no sólo de quien se atiende sino de la institución, el ser tratado como alguien reemplazable, son factores que afectan a los entrevistados según lo comentado,:

“A la misma persona se la ve como un elemento más, como algo casi de una maquinaria” (Entrevistado 2)

. *“Yo siento que uno como que se va enajenando en este trabajo por el tema de producir, producir” (Entrevistado 4).*

“Éramos las dos no más y nos teníamos que hacer cargo de una lista de espera de más de 180 niños, y a veces tenían que esperar más de un año” (Entrevistado 1).

“No, no se puede atender una hora a un paciente en un Cosam, como política, porque si no perdí meta...” (Entrevistado 2).

“Me parece que ese es un factor súper importante el tema que te exijan ver tantos pacientes en tan poco tiempo, yo creo que eso va en desmedro de la calidad y para mí personalmente es el mayor factor que produce desgaste al final” (Entrevistado 4).

La baja consideración acerca de la vulnerabilidad del terapeuta, junto con la desmedida exigencia a la cual debe responder, afecta la salud mental de éste, según lo comentado por los entrevistados. También se señaló el que este tipo de exigencias que se dan como esperables al momento de ejercer en un Cosam, provocan una gran frustración y estrés en los terapeutas, quienes sienten que no realizan una labor de calidad, desaprovechando todo su potencial como profesionales ya que se encuentran limitados por el tiempo y el cumplimiento de metas.

4.1.3.3.2 Burocracia Administrativa

Otro factor relevante es que el hecho de trabajar en un Cosam demanda, no sólo realizar la atención a los pacientes y la exigencia que ello conlleva, sino el efectuar una serie de pasos administrativos que exige la institución:

“ (...) Todas esas cosas que están em...como inclusive fuera de lo clínico, ¿ya? Como por ejemplo el trabajo administrativo, eh no sé po, por ejemplo acá tienes tu horario, pero de repente te tení que quedar después de tu horario porque surgen cosas que no las puedes postergar, hay...ya sea seguimiento de casa, que estás llamando por teléfono, tienes que hacer una visita domiciliaria, hay que cumplir una estadística mensual, hay que hacer como un trabajo que está fuera de lo clínico que la verdad es bastante tedioso” (Entrevistado 3).

En general, resulta desgastante para los entrevistados el tener que cumplir con tantos requisitos desde lo institucional, que si bien le dan un orden y claridad a mantener una regularidad en los tratamientos de los pacientes, por otro lado restan tiempo para efectuar otras funciones.

4.1.3.3.3 Condiciones Contractuales

Las condiciones en las cuales el profesional es contratado, el contar con la seguridad de un trabajo estable como el sueldo a recibir, son factores que permiten al profesional el contar con una cierta seguridad básica desde la cual puede trabajar de manera tranquila y segura. Sin embargo, en gran parte de los Cosam no hay contrato, se paga con boleta de

honorarios y el sueldo es evaluado por los entrevistados como no proporcional al trabajo que deben realizar:

“Al final hasta qué punto puedes sostener tú el tratamiento de un niño, sino sabes hasta qué punto se sostiene tu pega” (Entrevistado 7).

“Cuando uno trabaja en este caso a honorarios uno de repente, chuta, que en cualquier momento pueden prescindir de tus servicios, no tienes previsión de salud, no tienes AFP...” (Entrevistado 3).

“Las gratificaciones están dependiendo de qué es lo que a ti te interesa... rico no te vai a hacer en atención primaria” (Entrevistado 1).

“También yo creo que tiene ver con el sueldo, porque el sueldo en el Cosam no es bueno, entonces como que se juntan varios factores que hacen que uno se vaya agotando de a poco” (Entrevistado 4).

En general, los entrevistados comentan que su situación económica no es la ideal, ya sea por el bajo sueldo, o por la inestabilidad laboral que caracteriza un trabajo a honorarios. Sin embargo, la gran mayoría se encuentra satisfecho en su trabajo con los pacientes o por el compañerismo que tienen con otros profesionales, lo que logra contrarrestar este descontento.

4.1.3.3.4 Límites

Otro factor estresante que se da dentro de la institución, es la saturación que se produce con algunos temas, en específico sobre los pacientes y el escaso límite que se establece entre la vida de los pacientes y la propia, como relata uno de los entrevistados:

“Evitai estar acá, o sea...por favor no hablemos de eso... a la hora de almuerzo hablamos de cualquier tontera, farándula por último, pero como te digo...el tema es inevitable” (el hablar de pacientes)” (Entrevistado 3).

“Que no ponga el límite entre ya...tú sales de acá a las cinco y media de la tarde y te vas a otra cosa y te desconectas o sea la persona que tenga dificultades de desconectarte que siga transmitiendo en sus otras áreas de vida con paciente tal o cual, estoy pensando a que si te llevas un poco lo que pasa acá pa afuera” (Entrevistado 8).

En general, los entrevistados que mencionaron este hecho atribuyeron la dificultad de establecer límites entre la vida propia y la de los pacientes más a otros profesionales que a ellos mismos. Gran parte de los entrevistados afirmó tener control sobre el tema, aunque en ciertas ocasiones en que se encontraron más vulnerables o se consideraban más inexpertos se vieron más afectados por las temáticas tratadas con sus pacientes.

4.1.3.4 Falta Reconocimiento

También la “Falta de reconocimiento” o bien la invalidación del trabajo del profesional fue una categoría que se consideró como relevante. Si bien este comportamiento tiene como

consecuencia daños en la autoestima, confianza y desempeño del profesional según lo relatado, algunos entrevistados describieron incluso episodios de maltrato psicológico:

“Cuando me nombró coordinadora, yo estuve un año haciendo de coordinadora sin que me pagaran un peso de más por ser coordinadora, ¡nada!” (Entrevistado 1).

“Les di las gracias a los otros programas, porque en verdad no tenían ninguna obligación de participar (...) y la respuesta de eso, de mi jefe fue que yo no era nadie para estar dando las gracias” (Entrevistado 1).

“En algún momento me fui hartó a chora con mi jefe, y eso a mí me generó ene problemas, de hecho una vez hasta nos insultó a mí y a la asistente social” (Entrevistado 2).

Cabe destacar que los comentarios señalados provienen de entrevistados que tuvieron a la misma persona como jefe, de manera que los conflictos y roces se explican desde una persona en particular. Los otros entrevistados no hicieron mención sobre este tema.

4.1.3.5 Características Propias del Terapeuta

Otra fuente de estrés considerada por los entrevistados fueron las “Características Personales” de ellos mismos. Así en este caso destaca el cómo la personalidad del terapeuta influye en su profesión y en sus momentos de esparcimiento, pudiendo potenciar el autocuidado o bien estimulando la aparición del Burnout con actitudes y comportamientos que pueden resultar beneficiosos o nocivos.

4.1.3.5.1 Autoexigencia

“Pasé dos años sin vacaciones, entonces además de todo eso, era mucho, mucho, mucho” (Entrevistado 2).

“Mira lo que te estaba diciendo recién o sea soy medio obsesivo en ese sentido, me gusta tener todo al día, no me gusta dejar cosas pendientes hay colegas que son más relajados ‘ya, lo dejo pa mañana’ no sé...ya...eh pero yo no po’ me gusta estar siempre al día y dejar ojalá alguna buena evolución, no solamente poner: ‘asistió a terapia’ y listo chao, sino que hay que dar cuenta también de lo que pasa porque a uno también le pasa cuando toma las pilchas de un colega y no sabes qué fue lo que trabajo, entonces como esa preocupación, y lo otro que, ah no, en relación a lo mismo eso...” (Entrevistado 3.)

“Sí, soy muy autoexigente (risas) sí, como que todo tiene que salir bien, las carpetas tienen que estar ordenadas, todo tenía que estar en orden, no se me puede perder ningún paciente... entonces todo eso...también te quita tiempo un poco pa detenerte, descansar, mirar, eso...” (Entrevistado 2).

Si bien el preocuparse por el trabajo y por hacerlo de una manera ordenada y clara puede colaborar a desempeñarse de una manera más eficiente y práctica, según lo comentado en algunas ocasiones características como la obsesividad y la autoexigencia que pueden potenciar las aptitudes del profesional también pueden terminar por perjudicarlo por el desgaste que implican.

4.1.3.5.2 Formación Académica

La “Formación Académica” también fue considerada por los entrevistados como un factor de estrés, dado que lo aprendido en general fue considerado como insuficiente, lo que agravó aún más su inexperiencia con una formación muy teórica y poco ajustada a la práctica, con tendencia a enfocarse más en los detalles que en obtener una visión más integral e interdisciplinaria acorde a la realidad:

“Fue súper psicopatológica y como que uno se esperaba que en verdad ibai a tener los casos así armaditos, y entrai a la práctica y encontrai en verdad no es nada lo de lo que te dijeron” (Entrevistado 2).

“La capacidad de trabajo interdisciplinario es como bien importante y eso uno no lo tiene tan presente cuando está recién saliendo de la universidad” (Entrevistado 3).

4.1.3.5.3 Género

El género fue también otro factor que cobra relevancia. La manera de trabajar, según los entrevistados, es distinta entre profesionales hombres y mujeres. Desde la actitud hacia el trabajo, hasta la forma de trabajar y de distenderse, se observan diferencias:

“Tenemos el mismo mecanismo (los hombres) a lo mejor de combatir el estrés, como riéndonos un poco de las mismas situaciones que nos pasan a nosotros y yo por lo menos de lo que yo veo acá, la mujer como que no tiene tanta facilidad de reírse de lo que les pasa a ustedes mismas” (Entrevistado 3).

Desde la percepción de este entrevistado, el único hombre de la muestra, las mujeres son consideradas más proclives al estrés laboral, por la actitud con que enfrentan el trabajo, permitiéndose pocos errores y dándose menos espacios para la distención como lo hacen los hombres.

4.2 Autocuidado

4.2.1 Definición

Dentro de las definiciones que se dieron en relación a este concepto la gran mayoría de los entrevistados, estimaron como necesaria la existencia de actividades de autocuidado.

Asimismo la descripción de este concepto fue relativamente similar en cada caso:

“Es un grupo de medidas, de acciones, de herramientas y de recursos con los que cuenta una persona para poder mantener un estilo de vida saludable” (Entrevistado 3).

“Es buscar un espacio también donde hayan otras cosas que sean buenas para mi espíritu, para mi cuerpo... donde yo pueda a lo mejor tener otras redes” (Entrevistado 8).

“El autocuidado tiene que ver con cómo uno va haciendo o creando espacios o instancias en los cuales uno pueda ir elaborando las experiencias de la práctica clínica” (Entrevistado 4).

Si bien el tema de crear un espacio que permita la realización de actividades de autocuidado, fue un factor común en muchas descripciones de los entrevistados, también cabe destacar que el foco fue distinto en algunos casos, por ejemplo el entrevistado 3 describe el Autocuidado en relación al sujeto de una manera más integral, mientras que en el caso del entrevistado 8 estas actividades irían enfocadas a ámbitos fuera de lo laboral, no así en el caso del entrevistado 4 quien realiza una descripción vinculada al autocuidado en el ámbito laboral mismo, lo que muestra que en general las definiciones fueron subjetivas y realizadas en relación a las prioridades de cada entrevistado.

4.2.1.1 Actitud hacia el Autocuidado

Uno de los primeros pasos para poder efectuar actividades de Autocuidado es partir con una actitud, una disposición mental desde la cual se motiva una acción en particular. Es así como algunos entrevistados manifestaron una actitud positiva hacia el Autocuidado, mostrando claridad y aceptación en relación a la vulnerabilidad que tienen no sólo como terapeutas, sino que como personas:

*“Somos psicólogos, somos personas, nos pasan cosas como a todo el mundo no más po”
(Entrevistado 3).*

*“Pongo límites, no tomo más casos de los que puedo, de los que pueda dar respuesta”
(Entrevistado 7).*

4.2.2 La Institución

Dentro de la institución el tema del Autocuidado ha cobrado también relevancia, tanto en aquellos Cosam en los cuales hay una mayor trayectoria donde el tema está más reglamentado y establecido, como en los Cosam más nuevos donde si bien no está formalizado el tema, sí se observa inquietud de parte de los cargos más altos por promover un ambiente apto para el ejercicio profesional.

4.2.2.1 Consideración Superficial

Sin embargo, algunos entrevistados mencionaron que la preocupación de las instituciones era superficial, faltando una estructura clara y sólida que la fundamente, una definición y comprensión común de lo que se entiende por Autocuidado dentro de la institución y desde donde se profundicen las temáticas que surjan:

“Desde que yo llegue al Cosam fue un tema...un tema que llegó al punto en que se dieron cuenta en que no había un concepto de autocuidado, no había un paradigma desde el cual pararse para poder decir ‘ya esto es el autocuidado y vamos a trabajar de esta forma’, empezaron a generar acciones en pos de ‘este autocuidado’ que no sé si sirvieron de mucho” (Entrevistado 1).

“En lo formal, sí, existe una preocupación, pero siento que en lo profundo no, como lo que te contaba antes de nuestra compañera que se fue, que en mi opinión creo que hay una preocupación súper superficial” (Entrevistado 2).

4.2.2.2 Consideración Real

4.2.2.2.1 Tiempo para el Autocuidado

Sin embargo, entrevistados de otros Cosam comentaron acerca de la responsabilidad con que la institución consideraba el autocuidado de sus profesionales, asignando una cantidad de horas al mes o a la semana, donde los profesionales pudieran hacer actividades de manera libre pero dentro de la institución:

“Cada una se puede tomar una hora a la semana que es su hora “saludable”, entonces yo a veces me junto a almorzar con la Anita que trabaja por ahí cerca y nos vamos al patio bellavista y yo me tomo una hora y media y ya vuelvo al Cosam” (Entrevistado 4).
“Desde el año pasado se instauró una hora de autocuidado semanal, y eso que aquí es bien valorado...ahora es una hora que tiene que ser dentro de tu hora de trabajo, tiene esas condiciones, tú no puedes salirte una hora antes, aunque tú la hagas de forma individual, no sé, te quedas leyendo o te quedas jugando al celular, alguna actividad que tú puedas hacer que sea de autocuidado” (Entrevistado 3).

4.2.2.2.2 Actividades para el Autocuidado

Las instituciones no sólo destinan tiempo para el Autocuidado si no que también se dan ciertas dinámicas en cuanto a las actividades, algunas dinámicas son en conjunto y son escogidas por el equipo o son decididas por la institución o bien pueden ser horas destinadas para actividades personales:

“Un viernes al mes se atiende hasta las 12.30 y el resto de los horarios nos quedamos acá, pero esa tarde es pa nosotros o sea salud mental, qué se yo, un poco para distraernos, es para el autocuidado... antes hacíamos actividades, qué sé yo, juegos, de repente vemos una película o en algún momento se hizo como una división por áreas de interés entonces los que querían suponte tú jugaban ajedrez, otros veían un vídeo y así, entonces se va haciendo de acuerdo un poco a los intereses del momento” (Entrevistado 8).
“Hemos tenido karate, yoga, o hemos trabajado comunicación en equipo, pero que fue así como un juego...como eso” (Entrevistado 2).

Otras instancias que fueron nombradas pero no tan bien consideradas por algunos entrevistados fueron las actividades como asados, convivencias, celebración de cumpleaños como momentos agradables pero insuficientes si son las únicas actividades contempladas como Autocuidado.

4.2.2.2.3 Flexibilidad Procesos Personales y con Pacientes

En el caso de otros entrevistados, ambos pertenecientes al mismo Cosam, la visión sobre el rol de autocuidado que ejerce la institución donde trabajan fue positiva, destacándose

según ellos la seguridad que otorga el Cosam en el caso de la maternidad como también la flexibilidad no sólo en torno a ese tema, sino también a los tratamientos y terapias que necesitaban más tiempo para ser efectuados:

“Me siento tranquila en el fondo, sé que puedo estar con mi guagua quizás más de lo que puede estar otra persona trabajando” (Entrevistado 5).

4.2.2.2.4 Contrato

El único entrevistado que trabajaba por contrato dentro un Cosam, consideró ese hecho un factor protector:

“Garantías que son más que nada como...entre comillas la estabilidad por el contrato, qué sé yo, bonos por trabajar en zonas de riesgo” (Entrevistado 8).

Este entrevistado es justamente quien tiene más experiencia en un Cosam (12 años) como también quien tiene más edad, un hecho que no suele darse en este tipo de instituciones, donde la mayoría de los profesionales bordean los treinta años, según lo comentado por los entrevistados. Es probable que el mismo hecho de tener contrato haya sido un factor para mantenerse trabajando en un Cosam por más tiempo que el común.

4.2.3 Actividades de Autocuidado Individuales

En cuanto a las actividades individuales de Autocuidado, los entrevistados en general hicieron mención sobre dos áreas fundamentales donde ejercer estas acciones; en relación al trabajo, con una actitud en particular hacia éste o a través de acciones dentro del mismo trabajo que promueven el Autocuidado o también dedicar tiempo extra en actividades que les permitirán un mejor desempeño. También fuera del ámbito laboral, donde el profesional aprovecha sus momentos libres, los entrevistados mencionaron diversas actividades que les permiten descansar tanto física como mentalmente y distraerse de las temáticas laborales.

4.2.3.1 Actividades de Autocuidado vinculadas al trabajo

4.2.3.1.1 Apoyo profesional

En cuanto al trabajo mismo, la mayoría de los entrevistados comentó acerca de la importancia de buscar ayuda ya sea a través de otras redes u otros profesionales al momento de tener dudas sobre el quehacer profesional:

“Pa’ mi también es como una especie de cuidado de no llevar la carga sola del caso, por ejemplo, otra mirada también te puede facilitar otra estrategia, otra posibilidad, yo creo que

eso ...siempre estar como compartiendo digamos una situación de usuario o viendo otras alternativas” (Entrevistado 8).

“(…) Otra cosa que ha sido importante, lo empecé adoptar hace poquitito es el tema de la supervisión, que es un tiempo extra, extra laboral digamos, un tiempo que uno debe dedicar fuera de, y es un costo adicional pero también es una instancia ahí uno puede ir pensando mucho más en profundidad cada caso, entonces la supervisión también es una instancia de autocuidado importante” (Entrevistado 4).

“Me hago un psicoanálisis yo creo que ayuda harto y me superviso” (Entrevistado 7).

Aparentemente el tema de la supervisión bordea los límites entre el tiempo destinado al trabajo en relación al tiempo libre, siendo aceptada como una instancia necesaria y aportadora al aprendizaje, reforzando la confianza y seguridad del terapeuta sobre su quehacer. Hubo incluso algunos casos que si bien deseaban contar con esta ayuda, no contaban con la situación económica para financiarla.

4.2.3.1.2 Límites entre el Trabajo y el Ocio

En cuanto el tema de los límites, estos aparecieron como muy relevantes, en el sentido de diferenciar los temas vinculados al trabajo y a los que se refieren al tiempo libre, siendo en algunos casos estos intentos difíciles de lograr:

“Trato de no llevarme la pega para la casa, de distraerme, de tratar de dejar la pega fuera de la casa, hay casos que me han afectado muchísimo y trato de encontrar apoyo ahí mismo en el Cosam o sino también con amigas que saben del tema” (Entrevistado 2).

“Evitai estar acá o sea por favor no hablemos de eso a la hora de almuerzo, hablamos de cualquier tontera por último pero...como te digo dentro del tema es inevitable” (Entrevistado 3).

4.2.3.1.3 Sentido de Realidad

Asimismo algunos entrevistados comentaron acerca de la importancia de mantener una visión realista acerca del trabajo clínico, que va desde asumir las posibilidades reales de cambio en los pacientes hasta las demandas efectuadas desde la institución, evitando la frustración y stress que puede presentarse cuando no son asumidas:

“Disminuir las expectativas no más, disminuir expectativas y fijar objetivos a corto plazo, concreto, realista, ¿ya?” (Entrevistado 6).

“Me apasiona pero soy bien realista, por ejemplo pongo límites, no tomo más casos de los que puedo, de los que pueda dar respuesta eh...no sé estoy súper consciente de las dificultades en la empresa” (Entrevistado 7).

4.2.3.1.4 Manejar posibilidades

Por otro lado uno de los entrevistados comentó acerca de la importancia el tener otras posibilidades laborales además del Cosam, lo que permite ver la situación laboral presente con más perspectiva:

“Yo siento que en este momento estoy en una etapa distinta que me puede hacer más fácil vivir esto, que es que estoy con un proyecto de irme afuera, me voy a fines de año a Francia (...) con mis pacientes me visualicé voy a trabajar hasta finales de año y eso me lo hace más fácil,” (Entrevistado 7).

“Una forma de manejar un poco esto es que estoy en otros lugares, como que está bien los otros lugares pienso, bueno si guatiara este, tengo otros” (Entrevistado 7).

“ (...) los lunes, estoy en un centro médico y ahí atiendo pacientes” (Entrevistado 4).

De esta manera, el considerar otras posibilidades laborales además del trabajo actual, ya sea proyectos personales u otros lugares donde se pueda ejercer, otorga mayor libertad al profesional para retirarse si es necesario o bien dimensionar los conflictos de su trabajo con un mayor distanciamiento.

4.2.3.2 Actividades de Autocuidado extra laborales

4.2.3.2.1 Deporte

Dentro de las actividades fuera del ámbito laboral, el deporte fue una de las actividades más mencionadas y gran parte de los entrevistados relató realizar actividades de este tipo o bien que tenía intenciones de realizarlas en el corto plazo;

“Jugar a la pelota los fines de semana para mí es como sagrado (...) no sé, pero a mí en lo personal el deporte me ayuda harto” (Entrevistado 3).

“Deporte, también me gusta hacer yoga pero bueno no vamos a decir que soy full deportista, hago yoga dos veces a la semana y listo” (Entrevistado 7).

4.2.3.2.2 Otras Actividades

El realizar otras actividades recreativas también cobró relevancia, siendo los espacios destinados a las artes los más nombrados, como la danza, la música, el cine, etc., todos los cuales permiten a los entrevistados relajarse y encontrarse con otros intereses:

“Como hacer el corte dentro de lo que es atención digamos y recibir uno un cuidado o darse estos espacios de ir al cine, estar vinculada como a eventos culturales, eso...poner el límite” (Entrevistada 8).

“Yo soy re bueno para escuchar música y como que no sé me conectó la cuestión, no sé, ‘sorry’ escucho al resto todo el día, ahora escucho lo que yo quiero escuchar y eso” (Entrevistado 3).

4.2.3.2.3 Cuidado Personal

Otros aluden a aspectos de cuidado personal al momento de cuidarse, en el sentido de contemplar aspectos básicos de cuidado tanto corporal como emocional:

“Dormir bien, ojalá dormir todos los días 8 horas, alimentarme bien, sano, que siempre lo he hecho... deporte la verdad es que no me alcanza mucho el tiempo” (Entrevistado 4).

“ (...) Mmmm bueno no sé, como dormirme temprano, eso para mí es súper importante, porque o sino como que no tengo energía, cachai?” (Entrevistado 5).

Las actividades señaladas permiten al profesional contar con una disposición anímica distinta, al realizar estas actividades de cuidados básicos a cuando no las consideran, lo que permite partir la jornada laboral con una actitud positiva y realizar un trabajo más efectivo y eficiente que sin ellas.

4.2.4 Actividades de Autocuidado en Equipo

4.2.4.1 Clima Laboral

Dentro de las actividades grupales o de equipo, los entrevistados en general mencionaron la importancia del clima laboral, como factor promotor del Autocuidado de los equipos y sus integrantes;

“Pa’ mi el tema vincular con mis compañeros de trabajo me amortigua la sensación de desgaste, el clima que se da es muy bueno y entonces eso me libera” (Entrevistado 4).

“He tenido la suerte de tener buenos compañeros de trabajo, en general en el Cosam hay un buen ambiente”(Entrevistado 2).

El apoyo de los otros profesionales del equipo ha permitido a algunos entrevistados sentirse reconfortados por el soporte otorgado, de manera que sienten un apoyo y estímulo proveniente no sólo del tipo de trabajo que deben realizar sino también del equipo con el que lo efectúan, lo que resulta un gran soporte para el entrevistado, tanto en momentos de distensión como en situaciones complejas el contar con un equipo sólido y apoyador resulta un gran aliado para el profesional;

“Una retroalimentación súper positiva, que me decían: oye qué buena tu presentación, oye qué interesante esto, oye qué buen comentario, que no sé qué...y eso a mí me ayudó mucho para sentirme más segura de lo que estaba haciendo y como saber que existía la instancia para la crítica positiva, que muchas veces eso, en otros trabajos no hay” (Entrevistado 4).

“He contado con su apoyo absoluto en cuanto al tiempo de postnatal y emm y bueno como acomodar horarios pa’ que otra persona me reemplace, han estado preocupados también en cómo estoy entonces cómo ha estado el bebé, así que ha sido un respaldo super importante en este tiempo y así que ha sido exquisito, como que en realidad es importante cómo eso te ayuda a sentirte acompañada, y...y...y...más ganas también te dan como de volver, como que uno echa de menos la pega, tengo hartas ganas de volver a tomar mis cosas como te decía y de trabajar nuevamente en lo mío, pero este apoyo del equipo me hace ...me dan más ganas todavía como...te fijai?” (Entrevistada 6).

La visión acerca del Clima laboral, fue en general percibida como positiva, donde los entrevistados relataron el contar con el apoyo de otros profesionales de la institución, a pesar de los roces gatillantes de desgaste como se nombró anteriormente en el apartado de Burnout. Fue incluso considerado como uno de los factores más efectivos para contrarrestar la carga laboral, donde parte de las distenciones dentro del trabajo eran

gracias al clima positivo imperante. Incluso el ambiente positivo de algunos Cosam fue reconocido como más relevante que las horas de Autocuidado destinadas por la Institución, según los entrevistados.

4.2.4.2 Afrontar conflictos

Otro hecho que calificaron como fundamental para mantener un clima laboral positivo fue el conversar e intentar solucionar los problemas o conflictos que surjan, a la brevedad:

“Entre compañeros según lo que yo he vivido, en general los conflictos se hablan al tiro y hay más apoyo que nada” (Entrevistado 2).

“Lo que hice fue hablarlo abiertamente delante de todos e identificar cuáles son los focos que hacen, que generan el malestar digamos” (Entrevistado 5).

4.2.4.3 Supervisiones y Reuniones Clínicas

Algunos entrevistados mencionaron las supervisiones en equipo como una instancia muy relevante el profesional:

“Las supervisiones muchas veces me han servido para autocuidarme” (Entrevistado 6).

“Instancias de autocuidado que hay es como las reuniones clínicas que ves pacientes, que de repente te hacen hacer catarsis un poco pero no más que eso” (Entrevistado 7).

4.2.5 Actividades Nocivas para el Autocuidado

No sólo existen actividades de Autocuidado que permiten el desarrollo de los individuos y del equipo, sino que también suelen darse prácticas de autocuidado que son evaluadas por los entrevistados como nocivas y perjudiciales para los equipos de trabajo.

4.2.5.1 Superficialidad en las dinámicas

Dentro de las actividades nocivas que se efectúan dentro de los Cosam, la más nombrada fue la realización de dinámicas dirigidas al Autocuidado por parte de jefes o entidades externas que no se responsabilizaban por las consecuencias que podían desencadenar en el equipo:

“Como que gatillaban o abrían cosas, pero no se hacían cargo de lo que abrían entonces más encima como que quedaba la angustia flotante así como todo el mundo sabía que pasaba algo, nadie podía...” (Entrevistado 1).

“Entre nosotros mismos hacemos una especie de autocuidado que son como temas de trabajo en equipo cosas así que cuando han llegado a puntos conflictivos se...hasta ahí no más han llegado se evitan, no se trabajan en profundidad” (Entrevistado 2).

El realizar actividades de autocuidado conlleva el responsabilizarse por el proceso completo, profundizando y resolviendo los conflictos que pueden surgir, el abrir temáticas complejas sin una supervisión adecuada puede llevar a graves consecuencias según lo

comentado por los entrevistados, quienes relataron episodios de colegas muy afectados después de estas intervenciones sin recibir un apoyo y contención adecuados por parte de las entidades responsables.

4.2.6 Propuestas para el Autocuidado

También hubo entrevistados que hicieron propuestas para fomentar el Autocuidado de los equipos.

4.2.6.1 Resolución como equipo

Partiendo por el hecho de la utilidad de considerar los conflictos que se dan entre los equipos, siendo tratados y resueltos también de manera grupal:

“Yo creo que hay ciertas dinámicas que tienen que ver con el funcionamiento de cada equipo, que sería bueno abordar como con dinámicas de autocuidado como a nivel grupal y no sé si será porque somos psicólogos y a lo mejor creemos que está todo bien y por decirte que como falta un poco el mirarse en ese sentido, como que somos expertos en hacer dinámicas de autocuidado a otros pero cuando se trata de nosotros mismos como que no se da un poco...” (Entrevistado 3).

Así, no sólo el enfocar los conflictos de manera grupal podría colaborar a encontrar soluciones más efectivas, sino que también permitirían que el profesional vuelque la mirada también hacia sí mismo como hacia su equipo, tomando responsabilidad sobre las dinámicas que se puedan dar.

4.2.6.2 Resolución de Conflictos

La resolución de los conflictos, el cómo se efectúa y desde dónde fue un tema en general comentado. En algunas instituciones se encuentra instaurado el espacio para que los profesionales puedan hablar sus temas, sin embargo la confidencialidad de lo expuesto en las sesiones es cuestionada:

“Yo diría que incluso uno tiene que salir de la institución para poder pensar (...), tu jefe contrató a esa persona o no sé, ¿me explico? como que yo creo que... si quieres que las personas hablen de salud mental y de las cosas que le están pasando con los pacientes y todo eso, yo creo que se necesita como... como dar la confidencialidad pa eso po', en la institución” (Entrevistado 7).

De esta manera resulta relevante la disposición de quienes están a cargo del equipo para enfrentar posibles críticas o bien permitir la apertura de un espacio cuyos temas serán confidenciales.

4.2.6.3 Descanso entre casos

En cuanto al tema de la cotidianidad, algunos entrevistados comentaron las dificultades para tener un descanso entre cada paciente, como también un momento de distensión para comentar algunos casos, de esta manera algunos también creyeron conveniente la instauración de espacios para ello:

“Que hubiesen especie de...salas de profesores pero como para los profesionales que trabajábamos en el Cosam donde tú pudieras llegar no sé po’ entre paciente y paciente y tomarte un café o conversar alguna cosa puntual de un caso y que no fuera en el pasillo” (Entrevistado 1).

4.3 Clínica Infantojuvenil

En general, el ejercer como Psicólogo Clínico Infanto Juvenil suele presentar aspectos tanto positivos como negativos. En el caso de los entrevistados, los aspectos positivos sobresalieron y la gran mayoría se encontraba satisfecha frente al hecho de ejercer como un Psicólogo Infanto Juvenil, siendo en muchas instancias éste un factor protector que hacía contrapeso a otros conflictos que podían surgir en torno al trabajo.

4.3.1 Factores Protectores

4.3.1.1 Terapia con niños y adolescentes

La terapia Infanto Juvenil es considerada por los entrevistados en general como una labor gratificante y desafiante, donde gran parte de los terapeutas relataron sentirse cómodos y gratos en el trabajo terapéutico, más allá de las temáticas complejas que deben tratar:

“A mí personalmente este tipo de trabajo me resulta muy desafiante, motivante y entretenido, me gusta involucrarme para contactarme con los niños, lo paso muy bien jugando con ellos, logro meterme en sus juegos, logro...se nos pasa la hora y entretenidos y eso para mí ha sido súper” (Entrevistado 4).

“Para mí es absolutamente agradable, para mí es súper liviano, yo lo paso bien, en general tengo buena conexión con los niños y con los adolescentes también, eh...no pa mí es, muy muy agradable, también es súper enriquecedor” (Entrevistado 8).

“El estar con niños también te relaja, en la misma sesión, uno lo pasa bien, tú estai con ellos, entregan cosas súper lindas, en verdad es como la manera de hacerlo como los insights por así decirlo en ellos son increíbles, entonces en verdad yo creo que pa mí es como también súper llenador ver cómo ellos avanzan, cómo te van pasando herramientas, la confianza...” (Entrevistado 2)

“Es que me gusta mucho la clínica infantil, me apasiona tanto, que es como estar trabajando es un hobby para mí” (Entrevistado 7).

4.3.1.2 Retroalimentación

En general, la terapia con niños es para los entrevistados un factor motivador, no sólo por las características intrínsecas de la terapia Infanto Juvenil sino también en gran parte a la respuesta de este tipo de pacientes al tratamiento:

“Son bien fieles en general como los niños, como que uno se sorprende..ehh...de la adherencia que ellos tienen al tratamiento muchas veces, ya más que los adultos, o más en particular que las mismas familias, ¿ya?” (Entrevistado 6)

*“Me es muy satisfactorio ayudarlos, eh...escuchar a un niño realmente ver cómo avanza, cómo logra resolver, cómo logra expresarse, ahora a los papás, es muy gratificante...me gusta mucho y siento que eso hace una diferencia”
(Entrevistado 7)*

“Tengo una visión más esperanzadora como que trabajando desde chiquititos no sé, con niños abusados, es distinto cuando te llega una persona de cuarenta años que fue abusada a los siete, ¿cachai?, ya esa persona se estructuró una personalidad, un conflicto, es más difícil siento yo em...reparar en esa persona que en el niño” (Entrevistado 5).

En general, la respuesta de los niños a la terapia fue un factor que daba una retroalimentación positiva al trabajo del terapeuta como a sí mismo. En muchos casos, las familias, según lo entrevistados, podían no comprender la terapia o retirar al niño de ésta, pero la adherencia y respuesta positiva del niño era la que permitía a muchos entrevistados sobrellevar la frustración que provenía de otras fuentes.

4.3.2 Factores de Riesgo

El trabajo con niños y adolescentes, también presenta aspectos que pueden ser conflictivos para el terapeuta, pudiendo afectar su desempeño dado los diversos factores que se ven envueltos en esta especialidad no exenta de complejidad.

4.3.2.1 Disfunción Familiar

Sin embargo, aunque hayan sido menos nombrados, también surgieron aspectos negativos como la frustración e impotencia que genera en algunos casos el trabajar con pacientes más vulnerables como los niños. Este tipo de trabajo conlleva en muchas ocasiones no sólo trabajar con el menor sino que también con su familia, donde en muchas ocasiones ésta es la principal fuente de sintomatología, lo que afecta a su vez al infante o adolescente y dificultando sus posibilidades de cambio:

*“La parte difícil con los niños, cuando uno se frustra es cuando uno ve la disfuncionalidad familiar que hay detrás de esos niños, los síntomas, que está haciendo tiene mucho que ver con los conflictos que hay con la familia que son mucho más difíciles de manejar, o sea la sintomatología en el niño puede desaparecer, pero así como desaparece, vuelve o muta”
(Entrevistado 4).*

De esta manera, es posible observar que si bien en muchos casos el niño muestra adherencia en la terapia, las posibilidades cambian como de seguir en tratamiento o no van ligadas al apoyo y comprensión por parte de la familia.

4.3.2.2 Establecimientos Escolares

En algunas ocasiones, no sólo la familia puede ser una fuente de riesgo en el tratamiento Infante Juvenil, sino que también los establecimientos escolares a los que van también muestran tener una baja comprensión de lo que implica una terapia:

“Las escuelas, las que detectan que ese niño tiene un problema... y las escuelas movilizan un poco a que los papás que traigan a los niños acá, pero esa movilización es un poco obligatoria ‘su hijo no va a poder seguir estudiando si no lo llevan al psicólogo’ y los papás llegan acá y dicen ‘de la escuela me mandaron’....pero no hay una problematización de lo que está ocurriendo” (Entrevistado 3).

Lo anterior refleja la superficialidad con que en muchas instancias puede ser considerado el tema de la terapia, cuando ciertamente muchos de los pacientes que atienden los terapeutas necesitan un tratamiento completo, donde la familia sea un apoyo que valide esta instancia y el establecimiento educacional también. Es así como según señalan los entrevistados, la terapia surge como un elemento incomprendido y como una fuente de disputas entre los establecimientos y padres, para corregir conductas indeseables de manera rápida más que como una herramienta de ayuda real e integral.

4.3.2.3 Responsabilidad

Asimismo, la responsabilidad que implica el trabajar con niños y adolescentes, es un factor que para algunos terapeutas puede ser conflictivo:

“Es un factor de riesgo que sean niños, porque en verdad hay una preocupación extra por el paciente, que en el fondo tú te atribuyes una carga que a lo mejor no es de tu responsabilidad pero te la atribuyes igual, de proteger a ese niño y queda que muchas veces no está en tus manos entonces tú estás, como si ya ha faltado una semana, falta la otra, en verdad no es como los adultos que tú decí bueno es responsabilidad de él, no es eso tú decí pucha es un niño que no lo están trayendo por motivos que a lo mejor que el niño se está yendo, que el niño podría estar en riesgo, que el niño podría estar siendo no sé po como una negligencia, los papás negligentes, no sabí si podría estar yendo al colegio, no sabí nada de él, entonces yo creo que es un factor que genera más estrés que en otros” (Entrevistado 2).

El terapeuta en muchas ocasiones se ve involucrado con la disfuncionalidad familiar del paciente, con sus problemáticas, transgrediendo sus propios límites como profesional intentando lograr cambios que se encuentran fuera de su campo de acción, todo lo cual puede generar un desgaste de proporciones al no establecerse el límite necesario.

4.3.3 Requisitos

Los requisitos se comprenden como aquellas características con las cuales debe contar el terapeuta al momento de elegir la especialidad de Clínica Infanto Juvenil. Según lo comentado por los entrevistados, el terapeuta debe trabajar aspectos personales tanto actuales como de su propia infancia para contactarse con la del niño y así poder realizar una terapia acorde a él. Asimismo, el comportamiento del terapeuta debe cumplir, según lo señalado, con ciertos requisitos para acceder al mundo del niño, éste posee un lenguaje y una percepción particular que deben ser manejadas por el profesional si desea una terapia exitosa. Es así como se espera que el terapeuta pueda:

4.3.3.1 Empatizar con el niño y el adolescente

Dentro de los requisitos que se mencionaron como mínimos al momento de ejercer como terapeuta Infanto Juvenil hubo distintos aspectos que fueron descritos como relevantes y necesarios para todo profesional que ejerza en esta disciplina:

“Uno como psicólogo infantil no puede ser tan empaquetado, tan estructurado, tan cuadrado, tení que bajarte muchas veces al nivel de ellos” (Entrevistado 3).

“Yo siento que uno tiene que tener una actitud mucho eh...una interacción más activa” (Entrevistado 6).

Es así como los profesionales deben empatizar con las características del niño y del adolescente, mostrándose más libre, creativo, y dinámico. De esta manera, resulta necesario el considerar sus comportamientos e interactuar de acuerdo a esos patrones (los del niño), permitiendo una dinámica espontánea donde el niño se sienta libre y dispuesto a expresarse.

4.3.3.2 Trabajo personal

El trabajo con niños también requiere de un trabajo interno por parte del terapeuta, es así como éste debe lidiar con sus propios conflictos de infancia y mantener claridad y distancia respecto a su propia historia:

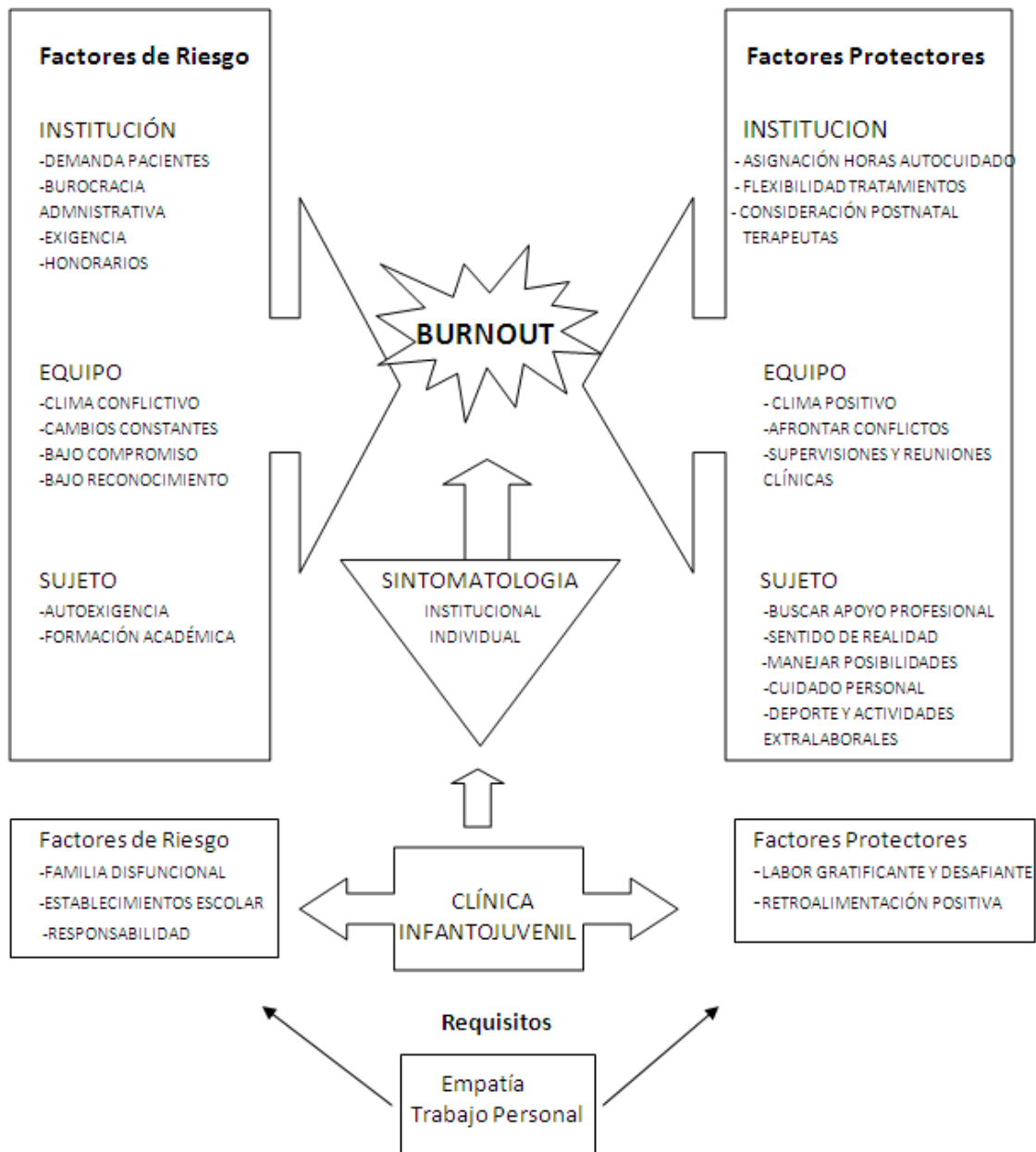
“Trabajar con infancia no es algo fácil, siento que, aparte si logras un trabajo fuerte porque también involucra conectarse con la historia de uno (...) De trabajar con niños, yo creo que claro, que involucra eso... tener claros tus propios temas” (Entrevista 7).

5 Conclusiones y Discusión

A través de lo elaborado en esta investigación, la revisión bibliográfica, la realización de entrevistas y el análisis de éstas junto con la presentación de los resultados, es posible señalar que sí fue posible cumplir con los objetivos propuestos, como también encontrar respuestas a las preguntas directrices de esta investigación. Es decir, fue posible obtener Nociones acerca de la Percepción de Psicólogos Clínicos Infanto Juveniles en relación al Burnout y aquello que viven en su ambiente laboral junto con técnicas de Autocuidado que emplean para evitar el padecimiento de este síndrome. El aspecto individual si bien fue el foco de las entrevistas, fue complementado con información de lo vinculado a los equipos de trabajo como a la institución misma.

Los entrevistados mostraron conocimiento en relación al tema del Burnout, siendo capaces no sólo de describirlo, sino también de detallarlo y analizarlo. Por consiguiente, se logró obtener un registro acerca de las fuentes de desgaste laboral detectadas por los terapeutas entrevistados, como también de aquellas actividades de Autocuidado efectuadas por ellos para contrarrestarlas, contemplándose los aspectos individuales, de equipo e institucionales que participan en esta dinámica.

En las páginas siguientes se presenta un esquema (Cuadro N°2) que clarifica la dinámica entre el Burnout y el Autocuidado según lo descrito por los entrevistados, a través de cuyas afirmaciones fue posible elaborar una representación conceptual. De esta manera, como lo señala el esquema es que se identifican tanto factores protectores como factores de riesgos en torno a este síndrome. Dentro de cada cual se ubican los mismos conceptos (institución, equipo y sujeto) que operan como factores precipitantes de Burnout o bien como factores que lo previenen. Así resulta relevante el considerar las dimensiones que posee cada concepto, de manera de considerar los matices que conlleva el hecho de trabajar en una institución como un Cosam, lo que puede traer ventajas como desventajas considerando las diversas características que lo componen como también los eventos contextuales en los que cada concepto se puede ver envuelto (un Cosam en paro, tiene un funcionamiento muy distinto a un Cosam en una situación normal).



Cuadro 2: Esquema sintético Burnout

En relación al esquema y a lo descrito por los entrevistados, el Burnout no sólo fue descrito en cuanto a su sintomatología general sino que también contemplando desde dónde ésta se origina, lo que dio como resultado final una sintomatología que proviene del sujeto, quien se desgasta, mostrando un cansancio tanto físico como mental y sentimientos de subvaloración e inutilidad que afectan su desempeño. Por otro lado, otro lugar desde donde se instaura la sintomatología del Burnout es desde la institución misma, la cual presenta en diversas situaciones dificultades en establecer límites al momento de tratar patologías, estando finalmente toda la institución afectada por las temáticas que trata. Lo que se relaciona a lo encontrado en investigaciones como la de Arón y Llanos (2004) quienes detallan los efectos nocivos para el equipo y la institución cuando las temáticas los superan, especialmente en los casos de casos de maltrato infantil y abuso sexual.

Los Factores de Riesgo se componen de distintas dimensiones; Institucional, Equipo y Sujeto, por lo que se procederá a explicar cada una de ellas de acuerdo al orden propuesto. Este orden no sólo surgió en la investigación, sino que ha sido utilizado en la literatura vinculada al tema como en Maslach y Leiter (2005), Bosqued (2008), Arón y Llanos (2004), entre otros.

Desde el aspecto Institucional uno de los factores más riesgosos es la demanda de los pacientes, que en el caso de los Cosam, no sólo viven conflictivas de índole psicológica, sino que también social, cultural y económica. Lo que conlleva a un estrés extra en el terapeuta, quien no sólo debe preocuparse de realizar la terapia sino que atender también otras demandas para él inesperadas. En relación a este tema, Maslach (2001) ha recalado acerca de los múltiples conflictos que trae el paciente a la terapia, pudiendo constituirse en un factor de tensión para el terapeuta. Asimismo, la burocracia que implica el cumplir con tareas administrativas fue catalogado por los entrevistados como desgastante, utilizándose en muchas instancias los espacios destinados a almorzar, por ejemplo, para realizar estas tareas, lo que nuevamente añade una carga extra a los terapeutas. También las exigencias que impone el Cosam son fuentes de estrés; cumplir con metas, atender el máximo de pacientes posibles optimizando los tiempos, terapias cortas, etc. Lo que fue considerado en muchas ocasiones como metas poco realistas que iban en desmedro de la calidad de la atención al paciente. La última fuente dentro de esta dimensión fue el tema de los honorarios, los cuales fueron considerados bajos según los

entrevistados, sumando a esto el no contar con previsión de salud al efectuarse el pago con boleta, lo que lleva a que el trabajo propio sea percibido por el terapeuta como algo de escaso valor junto a la gran inseguridad e sensación de inestabilidad laboral y económica que produce este tipo de trabajo. Maslach y Leiter (2005) señalan asimismo que la poca valoración del trabajo del terapeuta, observable en un bajo salario y escaso reconocimiento devalúa tanto al profesional como a su trabajo, lo que potencia la sensación de ineficacia en éste, clave para el desarrollo del Burnout.

Todos los factores nombrados tienen en común el ser una carga extra para el terapeuta en relación a su labor. El trabajo de psicólogo clínico infantojuvenil tiene una gran complejidad en sí mismo, y el añadir más demandas que aumenten la carga, pueden complicar la salud física y mental de éste.

Dentro de la dimensión de los equipos, se entrelazaron múltiples variables. Una de ellas es el clima laboral, el que si se encuentra teñido de roces, conflictos, alianzas y desconfianza, lo que impide un desempeño eficiente. Fue considerado por los entrevistados como uno de los aspectos más desgastantes al momento de trabajar, dado que no sólo la interacción cotidiana se veía afectada sino también el trabajo en equipo. También en la literatura éste fue un aspecto destacado, Quintana (2005) destaca la relevancia del apoyo social en momentos de estrés, como también Morales (2003) señala acerca del desgaste que provoca un clima laboral conflictivo cuando se trabaja en equipo, siendo los roces en esta área una nueva carga en momentos de tensión.

Otro aspecto, es la constante mutabilidad de los equipos cuyo clima en algunas instancias puede mejorar o bien empeorar, lo que provoca una sensación de incertidumbre en los integrantes dado este constante cambio. Asimismo, un equipo donde existe un bajo compromiso para efectuar tareas en conjunto, desliga a todos los integrantes de responsabilidades que debieran ser compartidas involucrando a todos, en vez de buscar culpables cuando algo no funciona. Por otro lado, el bajo o nulo reconocimiento de los logros del terapeuta impiden a este obtener una retroalimentación positiva, como la sensación de ser visto y considerado entre sus colegas y jefes, siendo muy nocivo el no estimular los logros que finalmente benefician a todos. En relación a lo anterior, Maslach y Leiter (2005) señalan acerca de la relevancia para el terapeuta de sentir que su trabajo es

reconocido y que se le valora por su desempeño y dedicación, lo que actúa como un factor protector para la aparición del Burnout.

La perspectiva individual si bien fue uno de los focos de esta investigación no fue la que más sobresalió, el tornar la mirada y la crítica fue un ejercicio complejo dado que muchos entrevistados estaban muy afectados por el clima laboral en el que se veían envueltos, sin embargo, fue posible encontrar algunos aspectos destacables. Uno de los factores personales más nombrados fue la autoexigencia de los profesionales. Gran parte de ellos, se consideraron obsesivos, ordenados, y autoexigentes, lo que les permitía realizar un trabajo de calidad, sin embargo sin transar en algunas instancias entre la calidad y la demanda real de casos a atender. De acuerdo a lo hallado en investigaciones, la autoexigencia del profesional puede resultar siendo riesgosa a pesar del eficiente y responsable desempeño del terapeuta, dada la continua autocrítica que lleva a una sensación de fracaso en el área laboral (Bosqued, 2008). Según Arón y Llanos (2004) la sensación de fracaso e ineficacia constituye una de las principales causas de desgaste profesional.

Por otro lado, la formación académica centrada en lo teórico y en lo patológico fue un aspecto que contrarrestaba la realidad profesional, teniendo el profesional muchas veces que improvisar o crear nuevas estrategias.

Dentro de los factores protectores en relación al Burnout, se vincula directamente el concepto de Autocuidado, como una manera de ver cómo se cuidaban los profesionales y qué hacía la institución y los equipos también en torno a eso. Siguiendo la modalidad del esquema, las distintas instituciones en general mostraron preocupación por el Autocuidado de sus profesionales, siendo la práctica más instaurada la asignación de una hora semanal o cuatro horas mensuales para el Autocuidado. Sin embargo, esta actividad tiene dos connotaciones según lo hallado, por un lado valida la existencia de un tiempo y espacio destinado al Autocuidado, por otro falta una problematización profunda de este fenómeno visible en actividades que otorguen contención a los profesionales. Es así como en el caso formal es un factor protector cuando es conducido por alguien que contemple y contenga las distintas respuestas que se pueden desencadenar en los terapeutas. Otro factor que ayuda de manera directa a los terapeutas, según estos mismos, es la flexibilización en los tiempos en relación a algunas terapias lo que permite también atender los casos con otra predisposición. Esta misma flexibilidad también fue muy

agradecida en casos de profesionales en post natal, donde sintieron la preocupación y consideración del equipo por su situación.

En el equipo también hay actividades o actitudes que pueden colaborar a prevenir el Burnout, uno de esos factores es el clima laboral. El clima laboral por lo general es un factor significativo para los entrevistados, o bien entorpece la labor profesional o bien la estimula. Muchos casos opinaron sentirse mejor trabajando en un equipo positivo y que gran parte de los aspectos que los estimulaban a trabajar ahí era el ambiente grato y armónico en el que se encontraban. Asimismo, aquellos equipos con disposición a discutir de manera tranquila y afrontar los conflictos inmediatamente después de ocurridos, son aquellos que presentan una mejor comunicación y desempeño laboral, según lo comparado por entrevistados que vivieron ambas situaciones. Por otro lado las supervisiones de casos, si son dadas en una ambiente de confianza y apertura teórica, es una instancia de gran enriquecimiento para los profesionales que otorga una sensación de apoyo y el conocimiento de otras perspectivas a sus problemáticas con pacientes. Si ello es realizado de manera asertiva por parte de los coordinadores es posible un vaciamiento emocional más estructurado y complejo que permite al equipo expresarse y compartir nuevos modelos conceptuales para abordar las temáticas vistas, logrando una mayor unidad (Arón & Llanos, 2004).

Dentro de la perspectiva individual, siguiendo el esquema, resaltaron variadas actividades y actitudes como preventivas de Burnout y promotoras de salud mental y física. Así dentro del ámbito laboral mismo, destacó el hecho de buscar ayuda profesional ya sea para supervisar los casos atendidos en la institución como también para sí mismo, empezando o continuando una terapia psicológica. Dentro de las actitudes de autocuidado, se mencionó el hecho de asumir la posibilidad de fracaso, de no poder ayudar a todos los pacientes, etc., lo que quita una carga de encima al paciente. El tener una visión práctica y realista acerca del propio trabajo y de las propias capacidades fue considerado un factor relevante que permitió a los profesionales asumir los límites de sus posibilidades de cambio con una predisposición abierta y flexible. Según Bosqued (2008) gran parte de los casos que padecen Burnout proviene de aquellos profesionales que a pesar del gran esfuerzo que ponen en su labor, tienen un idealismo exacerbado y poco atingente que impide asumir con una visión objetiva y realista la complejidad de cada caso.

Asimismo el trabajar en otras partes que no sea sólo el Cosam, fue considerado aliviador al sentir que se tiene otras posibilidades junto con el tener menos presión en relación a un lugar en particular.

En cuanto a las actividades aquellas destinadas al cuidado personal como el dormir, alimentarse bien, rutinas de belleza, etc., fueron consideradas como actividades básicas para el buen desempeño laboral. En relación a esto, existen estudios que señalan la relevancia de la preocupación del sujeto en pos de un estilo de vida que promueva su salud, actitud que funciona como un factor protector para el profesional (Talavera, 2005).

Por otro lado, el realizar deporte fue destacado por los entrevistados como una actividad que permite distracción y sensación de bienestar en quien lo ejerce, siendo un buen complemento para los profesionales. También la realización de actividades culturales o destinadas al ocio, fueron consideradas como necesarias y gran parte de los entrevistados comentó siempre haber sido conscientes de la importancia de tener su espacio. Según Arón y Llanos (2004) el terapeuta necesita tener un espacio para recrearse y distenderse, siendo esperable el evitar temáticas vinculadas al trabajo.

Dentro del mismo esquema, se señala la Clínica Infanto Juvenil, disciplina que posee factores riesgosos y protectores que inciden en el Burnout. El hecho de estar ejerciendo esta especialidad puede tener sus consecuencias y ello explica la selección de terapeutas Infanto Juveniles, de manera de obtener nociones acerca de lo que esta disciplina implica. Es así como dentro de los factores de riesgo, se encuentra la dificultad que implica el tratar no sólo con un niño que presenta temáticas complejas sino que también la familia debe ser incluida dentro de éstas, dificultando en muchas ocasiones la terapia cuando son disfuncionales, o cuando existe una baja conciencia de la importancia de la terapia y su continuidad. Por otro lado, el establecimiento escolar en variadas ocasiones fue un elemento considerado como de riesgo, por las múltiples peticiones y demandas de informes, cuestionarios, tests sobre los niños esperando un cambio rápido y superficial sin contemplar cada caso la profundidad y consideración que cada caso amerita. El último elemento que fue considerado como de riesgo en esta especialidad, fue la responsabilidad que implica el trabajar con niños, no sólo por el compromiso que implica el realizar un trabajo de calidad para el niño, sino por todo aquello que sutilmente siente el terapeuta que recae sobre él, sin embargo este factor depende también del terapeuta de

cómo maneja conflictos y problemáticas en los cuales en muchas instancias no puede intervenir más allá del plano profesional.

Los factores protectores de esta disciplina fueron los más mencionados, contrarrestando cualitativamente a los de riesgo; todos los entrevistados se mostraron muy satisfechos con esta especialidad, agradeciendo el factor de trabajar con niños y adolescentes siendo un espacio de mucha apertura, dinamismo, actividad, espontaneidad, simbolismo, etc. El trabajo con niños y adolescentes fue considerada una labor desafiante por las conflictivas que se tratan, por la resonancia del terapeuta con su propia historia y por los mismos requisitos que exige. Por otro lado, los niños muestran una retroalimentación positiva al trabajo terapéutico, lo cual es agradecido por los profesionales entrevistados.

Cabe detallar que los profesionales entrevistados gran parte de su carrera laboral ha estado vinculada al trabajo con niños, por lo mismo tienen conocimiento en el área a pesar de la corta experiencia, de manera que dieron algunas sugerencias sobre los requisitos que debieran tener los profesionales del área Infanto Juvenil. Estos requisitos pueden ser considerados factor de riesgo o protector dependiendo cómo son efectuados, así es cómo el requisito de empatía al mundo del niño o del adolescente puede ser un factor de riesgo si el terapeuta no maneja los códigos ni el lenguaje apropiado para tratar con este tipo de paciente, como tampoco logra adoptar una actitud acorde o el dinamismo que este tipo de terapia normalmente implica. Otro factor, el trabajo personal puede ser de gran ayuda para el terapeuta, de manera de realizar terapia o concientizar aspectos de sí mismo (carencias, frustraciones) que se vinculan con la historia del paciente, aquellos que no han elaborado su propia historia infantil probablemente tendrán más dificultades en realizar una terapia libre de obstáculos. En la literatura (Aretio et al, 2003, Lecannelier, 2006) en general se destacan los requisitos para el profesional en relación aspectos interaccionales como la paciencia, flexibilidad y creatividad que necesitan para trabajar con el niño y el adolescente, como también en relación a la formación profesional con la que el terapeuta debe cumplir.

De acuerdo a lo propuesto en esta investigación, efectivamente se obtuvieron nociones acerca del Burnout desde los individuos, como explicaciones de lo que entienden por este término, fuentes identificables, o bien propuestas de Autocuidado desde los mismos. Sin embargo, las categorías grupales e institucionales cobraron igualmente relevancia según

lo que indicaron los resultados de esta investigación, lo que se relaciona con la bibliografía acerca del tema (Arón & Llanos, 2004, Maslach & Leiter, 2005). De esta manera se recalca la importancia de considerar tanto el Autocuidado y el Burnout como conceptos que abarcan múltiples dimensiones.

En relación al Autocuidado, es posible distinguir dos maneras en las que se da; espontánea o intencionada. El Autocuidado que se hace presente de manera espontánea se encuentra en el Clima Laboral positivo, donde muchas veces confluyen diversas variables que dependen de factores externos donde la disposición del sujeto es un factor dentro de la dinámica que se da. El Clima laboral positivo fue señalado como una instancia muy significativa para el Autocuidado, estimulando un ambiente propicio para el trabajo, siendo un estímulo atractivo para el terapeuta.

Asimismo, la especialidad Infanto Juvenil, fue considerada por los profesionales entrevistados como un factor protector dentro del área clínica. Lo anterior encuentra relación en investigaciones sobre el tema que muestran dentro de las especialidades en psicología, la clínica como aquella donde menor estrés se detecta (Farber, 1985 en Moreno Jiménez et al., 2006).

Resulta así destacar el hallazgo anterior como novedoso y un aporte de esta investigación, en el sentido del rol que cumple la especialidad Infanto Juvenil dentro de la Psicología Clínica como un área que estimula e incentiva al terapeuta por el atractivo que para él tiene, la retroalimentación que ahí encuentra, etc. Sin embargo, dentro de los alcances de este hallazgo cabe contemplar que el rol que cumple esta especialidad, que es el estar directamente relacionada con la muestra estudiada; Psicólogos Clínicos Infanto Juveniles. De manera que la percepción sobre esta especialidad puede cambiar dependiendo de la muestra escogida (psicólogos clínicos de adultos, psicólogos clínicos infanto juveniles inexpertos, etc.) y es posible relacionar este aporte únicamente en relación a la muestra estudiada.

En relación al Autocuidado, está el aspecto intencionado de éste desde el cual se recalcó la relevancia de la adopción de actitudes realistas por parte de los terapeutas, en el sentido de aceptar los límites propios al momento de trabajar, realizando aquello que está dentro de las posibilidades del profesional. Otro espacio que es buscado por el terapeuta

y que fue señalado como relevante fue la realización de supervisiones, el contar con apoyo profesional, el sentir que se está acompañado en el proceso terapéutico. Existen evidencias en cuanto al apoyo social que recibe el terapeuta, como moderador de estrés y de Burnout, siendo un factor relevante de Autocuidado (Hernández, 2003). El consultar con un profesional o bien el aprovechar de supervisarse con compañeros de trabajo, tiene consecuencias positivas tanto para el aspecto personal como profesional del terapeuta.

Dentro de las proyecciones posibles para este estudio, puede resultar relevante realizar investigaciones que profundicen en ciertos factores observados, como por ejemplo el caso de la Psicología Clínica Infanto Juvenil; un estudio comparativo sobre qué es lo que se encontraría entre aquellos que realizan psicoterapia sólo de adultos, o ambas especialidades simultáneamente, si es que cada disciplina tiene sus factores protectores o no. Se podrían otorgar espacios para efectuar entrevistas grupales o Focus Group para profundizar entre las percepciones de cada profesional. Por otro lado, se podría indagar acerca de qué percepción de Burnout habría entre terapeutas expertos o no expertos, entre aquellos de consulta privada o de hospitales. Asimismo, dentro de las actividades de Autocuidado nombradas por los entrevistados se podrían realizar entrevistas para profundizar acerca de la eficacia percibida por los profesionales. El factor de utilizarse metodología cualitativa, permite profundizar acerca de los casos particulares, que como en esta investigación se logró obtener una noción acerca de las percepciones de los profesionales entrevistados lo que le otorgó otros matices a los factores contemplados, descubriéndose y profundizándose en aspectos que con otras metodologías no se habría logrado.

Por otro lado, también puede resultar interesante indagar acerca de la concepción de Burnout y Autocuidado desde aquellos que componen los cargos altos de la institución, desde aquellos que representan los Cosam directamente, de manera de contrastar las percepciones de Burnout y Autocuidado y cómo perciben la respuesta de sus profesionales en cuanto a ello, en comparación a lo que esta investigación atañe.

También puede resultar interesante el complementar con Metodología Cuantitativa, y efectuar por ejemplo un plan de trabajo donde los terapeutas realicen actividades de Autocuidado midiéndose antes y después la síntomas en relación a Burnout, a través de cuestionarios que aborden el tema.

Dentro de las implicancias que son posibles mencionar en relación a lo hallado, resulta relevante contemplar al síndrome de Burnout como un fenómeno multidimensional. Cualquier acción en pos de su prevención o bien promoviendo el Autocuidado, debe contemplar los múltiples factores que entran en esta dinámica. Es así como algunos factores podrían ser potenciados, tanto desde la institución, como desde los equipos y desde los individuos.

Resulta relevante el instaurar una discusión real y profunda desde las instituciones, acerca de las exigencias y demandas en pos de cumplir con una gran cantidad de pacientes y en desmedro del exiguo equipo de atención psicológica en un Cosam. Asimismo, realmente responsabilizarse acerca no sólo de la instauración de espacios de autocuidado sino también de la calidad de éstos, realizándose un diagnóstico, un plan de acción y posterior acompañamiento con un reporte final de sus resultados. Abrir espacios para la autocrítica dentro de la Institución, como también el indagar acerca de los efectos de las actividades a realizar y de la efectividad de estas de manera transversal y longitudinal.

Por otro lado, en relación a las dinámicas de equipo, potenciar los lazos positivos entre profesionales o bien estimularlos, promover el trabajo en equipo más que la competencia individual, otorgar espacio a cada profesional a realizar sus aportes y retroalimentar los logros obtenidos.

Y en cuanto al aspecto individual, concientizar acerca de la relevancia de un estado de salud mental y físico basal óptimo para desempeñarse y realizar actividades en pos de ello y asimismo aceptar los límites como persona y profesional como parte de un proceso de auto conocimiento y autocuidado.

6 Bibliografía

Adler, N. & Matthews K. (1994). Health Psychology: Why do Some People Get Sick and Some Stay Well? *Annual Reviews Psychology*, 45, 229-259. Extraído el 14 de Junio de 2010 de www.arjournals.annualreviews.org

Aguirre, M & Montedónico P. (2009). Síndrome de Burnout en Profesionales que realizan evaluaciones psicológicas especializadas a niños, niñas y/o adolescentes. En Capella & Navarro (2009). *Delitos Sexuales: Reflexiones acerca de las intervenciones psicológicas*. Santiago: LOM - Universidad de Chile

Aretio, M.C.; Müller, P.; Mateluna, X. (2003): Clínica Infanto Juvenil: Herramientas para el siodiagnóstico y nociones de Psicoterapia. Santiago: Universidad Diego Portales

Arón, A. M. & Llanos, M. T. (2001). Desgaste profesional. En A. M. Arón, (2001), *Violencia en la familia. Programa de intervención en red: La experiencia de San Bernardo*. Santiago: Galdoc.

Arón, A. M. y Llanos, M. T. (2004). Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, 1(2), 5-15. Extraído el 1 de Mayo del año 2010 de: http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/desgas/dpa_aron2.pdf

Baptista, M; Fernández, C. & Hernández-Sampieri, R. (2006). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.

Barría, V., Rosemberg, N. & Uribe, P. (2010). Autocuidado y Equipos de Salud. Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. Extraído el 17 de Mayo del 2010 de: <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Puerto%20Montt%202003/Autocuidado.pdf>

Betta, R., Morales G., Rodríguez K. & Guerra, V. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 3, 9-19. Extraído el 14 de Junio de 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/801/80103902.pdf>

Bosqued, M. (2008). Quemados, el síndrome del Burnout. Barcelona: Edición Paidós Ibérica.

Catsicaris C., Eymann, A., Cacchiarelli, N. & Usandivaras I. (2007), La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (Burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 105 , Extraído el 14 de Julio del año 2010 de:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752007000300010&script=sci_arttext

Cazenave, A. (1997). El Autocuidado. Una Estrategia de Atención en Salud y Mejoramiento de la Gestión. Tesis para optar al Grado de Magíster en Administración de Salud. Santiago: Universidad de Chile.

Durruty, P. (2005) Ejes de Autocuidado para el Psicoterapeuta orientado a la Prevención del Síndrome de Burnout desde la Perspectiva de la Asertividad Generativa. Memoria para optar al Título de Psicóloga. Santiago: Universidad de Chile.

López-Ibor, J. & Valdés, M. (dir.) (2002). DSM IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. Editorial Masson. Barcelona: Editorial.

Flórez-Lozano, J. A. (2003). Salud Mental del Médico: prevención y control del Burnout. Extraído el 24 de Mayo de 2010 de: <http://www.grupoaulamedica.com/aula/SALUD%20MENTAL%202-03%20.pdf>

García, E., Gil, J., & Rodríguez, G. (1999). Metodología de la Investigación Cualitativa. Archidona: Ediciones Aljibe.

Gil-Monte, P. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la Intervención. Extraído el día de mayo de 2010 de [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-\(sindrome-de-burnout\).html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(sindrome-de-burnout).html)

Guerra, C., Fuenzalida, A. & Hernández, C., (2008), Efectos de una Intervención Cognitivo Conductual en el Aumento de Conductas de Autocuidado y Disminución del estrés traumático Secundario en Psicólogos Clínicos. *Revista Terapia Psicológica*, 27, 73-81. Extraído el 14 de Mayo de 2010 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100007

Hernández, J. R. (2003). Estrés y Burnout en Profesionales de la Salud de los Niveles Primario y Secundario en Atención. *Revista Cubana Salud Pública*, 29, 103-110. Extraído el 14 de Junio de 2010 de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n2/spu02203.pdf>

Länge, M.D. (2010). El Burnout (desgaste profesional), sentido existencial y posibilidades de prevención. Extraído el día 17 Mayo de 2010 de: <http://www.laengle.info/downloads/Burnout%20Caprio%202005.pdf>

Lecannelier, F. (2006). Psicoterapia Infanto Juvenil: Una aproximación integracionista desde el apego, la mentalización y la regulación emocional. Extraído el 14 de Mayo de 2010 de: <http://www.asmi.es/asmi/es/gruposWAIMH/Psicoterapia%20Infanto-%20juvenil.pdf>

León, E. (2001). Síndrome de Burnout o Síndrome de estar 'desgastado'. Memorias de las Jornadas clínicas del Centro de Atención Psicológica. Facultad Ciencias Sociales, Departamento de Psicología. Santiago: Universidad de Chile.

Maslach, C & Goldberg, J (1999). Prevention of Burnout: New Perspectives. *Applied & Preventive Psychology*, 7, 63- 74. Estados Unidos: Cambridge University Press

Maslach, C.; Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of psychology*, 52, 397-422

Maslach, C. & Leiter, M. P. (2005). Burnout and stress, the critical research. En Cooper, C. L. (ed). *Handbook of stress medicine and health*. Florida: CRC Press LLC.

Merlinsky, G. (2006). La Entrevista como Forma de Conocimiento y como Texto Negociado: Notas para una pedagogía de la investigación. *Cinta Moebio*, 27, 27-33. Extraído el 17 de Mayo de 2010 de: <http://www.moebio.uchile.cl/27/merlinsky.pdf>

Morales, G.; Pérez, J.C. & Menares, M. A. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 1(12), 9-25.

Moreno-Jimenez B.; González, J & Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout). Personalidad y Salud percibida. *Empleo, estrés y salud*, 59-83, Extraído el 17 de Mayo de 2010 de:

<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>

Moreno-Jiménez, B.; Garrosa, E.; Morante, M. E.; Rodríguez, R. & Losada, M. M. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia psicológica*, 22(1), 69-76.

Ordenes, N. (2004). Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Revista Chilena de Pediatría*, 75, 449-454. Extraído el 17 de Mayo de 2010 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000500006&lng=en&nrm=iso&ignore=.html

Porta, L. & Silva, M. (2003), La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa. Artículo extraído el 17 de Mayo del año 2010 de:

<http://www.investigacioncualitativa.es/Paginas/Articulos/investigacioncualitativa/PortaSilva.pdf>

Quintana C. (2005). El Síndrome de Burnout en Operadores y Equipos de trabajo en Maltrato Infantil Grave. *Revista Psykhe*, 14, 55-68. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile. Extraído el 17 de Mayo de 2010 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282005000100005&script=sci_arttext

Ruíz, J.I. (2003), Metodología de la investigación cualitativa, Bilbao: U. Deusto. (51-81)

Santibañez, M.; Chenevard, C.; Espinoza, A.; Iribarra, D. & Müller, P., (2008), Variables Inespecíficas en Psicoterapia, *Terapia Psicológica*, 26, 89-98, extraído el 17 de Mayo del año 2010 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100008&script=sci_arttext#Z

Serbia, J.M., (2007), Diseño, Muestreo y Análisis en la Investigación Cualitativa, *HOLOGRAMÁTICA*, Facultad de Ciencias Sociales, **Buenos Aires: Argentina**, 7,123 – 146 extraído el 17 de Mayo del año 2010 en: http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/206/n7_vol3pp123_146.pdf

Shaw, I. (2003), *La Evaluación Cualitativa*, España:Paidós (Orig.1999)

Subsecretaría del Trabajo (2009) Informes Periódicos. Extraído el 30 de Abril del año 2010 de: <http://www.subdere.cl/1510/w3-propertyvalue-33109.html>

Talavera, M. (2005). El Concepto de Salud, Definición y Evolución. Extraído el 2 de Agosto de 2010 de: <http://www.medicina.unal.edu.co/Departamentos/Pediatrica/Pediatrica/EL%20CONCEPTO%20DE%20SALUD.doc>

Tapia, C. & Iturra, V. (1996). Práctica de Autocuidado en los Profesionales de: Antofagasta. *Horizonte de Enfermería*, 7(1), 5-12.

Tapia, M.A. (2000), Metodología de la Investigación, Santiago: INACAP, extraído el 17 de Mayo del año 2010 de: <http://www.angelfire.com/emo/tomaustin/Met/metinacap.htm>

Weber, A. & Jaeckel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? Extraído el 17 de Mayo de 2010 de: <http://occmed.oxfordjournals.org>

7 Anexos

7.1 Consentimiento Informado

Soy Daniela Werner, Licenciada en Psicología de la Universidad de Chile y estoy haciendo una investigación sobre cuál es la percepción del Burnout y las medidas de Autocuidado que tienen los psicólogos Infanto Juveniles de los centros de salud pública de Santiago. Esta investigación me permitiría obtener el título de Psicóloga.

Dado que usted reúne las características relevantes a investigar en esta memoria es que le pido la posibilidad de realizar una entrevista. Su participación es totalmente voluntaria y puede decidir en cualquier momento dejar de participar.

Si accede a participar todos los datos que entregue serán manejados de manera confidencial, por lo cual ni su nombre ni ningún dato de identificación específico suyo aparecerán en la publicación de los resultados del estudio. Sin embargo, con el fin de que la información que entregue sea de utilidad para su propia formación se le enviará el manuscrito una vez realizado y evaluado.

Si acepta participar, por favor firma al final de esta carta.

Agradeciendo su disposición,

Le saluda atentamente,

Daniela Werner Ipinza