



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA FRECUENCIA DE USO DE ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO EN PSICOTERAPEUTAS NOVATOS Y EXPERIMENTADOS.

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

Autor:

Felipe Concha Aqueveque

Profesor Guía:

Dra. Ps. Laura Moncada Arroyo

Santiago de Chile, 2013

AGRADECIMIENTOS

A todos aquellos que han participado de alguna
u otra manera en mi formación personal y académica
y en particular a los que han colaborado con la presente investigación,
a todos Uds., ¡¡¡MUCHAS GRACIAS!!!

NOTA

El presente estudio corresponde a una de las investigaciones realizadas en el Grupo de Investigación y Estudio dirigido por la Dra. Ps. Laura Moncada A. El grupo se ha dedicado a la investigación en psicoterapia y psicología, y en particular durante el año 2012 se puso énfasis en el estudio de la persona del terapeuta. Los temas abordados han sido el desarrollo personal del terapeuta (Carvajal, 2012), desgaste profesional (Araya y Villena, 2013), las diferencias entre terapeutas novatos y experimentados con respecto a la percepción de autocuidado (Cerdea, 2012), las diferencias entre terapeutas novatos y experimentados con respecto al uso de estrategias de autocuidado (Concha, 2012), la influencia de la temática del paciente en el terapeuta (Burgos et al., 2012) y el estudio de la variable del terapeuta en nuestro país (Moncada, Guerra, Concha y Carvajal, 2012). Todos estos trabajos fueron presentados en el congreso X Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia de Society for Psychotherapy Research (Araya, Villena, Moncada y Guerra, 2012; Burgos et al., 2012; Carvajal et al., 2012; Cerda et al., 2012; Concha et al., 2012; Moncada, Guerra, Carvajal y Concha, 2012) y corresponden a memorias de título, tesis de magister o publicaciones en revistas académicas.

“La psicoterapia es claramente un lugar peligroso” dice J. García (2007, p. 2) refiriéndose al suicidio del psicoterapeuta M. Mahoney, y a juicio del autor de esta memoria de título cualquier intento debe ser realizado en el estudio del autocuidado a cambio de evitar tan infortunado desenlace y no tener que lamentar a otro colega.

INDICE

Resumen.....	6
Introducción.....	7
Marco de Referencia.....	9
<i>Cuidado y autocuidado</i>	9
<i>Historia</i>	9
<i>Modelos</i>	10
<i>Patologías asociadas al trabajo</i>	15
<i>Burnout</i>	15
<i>Estrés traumático secundario</i>	16
Objetivos.....	18
Metodología.....	19
<i>Diseño</i>	19
<i>Muestra</i>	19
<i>Instrumento</i>	19
<i>Procedimiento</i>	20
<i>Análisis de los datos</i>	20
Resultados.....	21
Conclusión.....	23
Referencias.....	26
Anexos.....	32
Escala de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (Original)	32
Escala de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (Adaptada)	33

RESUMEN

Objetivo: Conocer si existen diferencias entre el nivel de autocuidado de psicoterapeutas novatos y experimentados. **Método:** El muestreo es no aleatorio y por conveniencia. La muestra quedó conformada por 30 sujetos, 16 novatos y 14 experimentados. La medición fue hecha con la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. **Resultados:** No se encontraron diferencias significativas entre los grupos, excepto en la frecuencia de supervisión de casos clínicos la cual es menor en psicólogos experimentados. **Conclusión:** Los años de experiencia laboral no influyen en el nivel de autocuidado de psicólogos clínicos, excepto en la frecuencia de supervisión de casos clínicos la cual estaría inversamente relacionada a los años de experiencia laboral. Además, tanto novatos como experimentados utilizan frecuentemente estrategias de autocuidado.

Palabras Clave: Autocuidado, Psicólogos Novatos, Psicólogos Experimentados, Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos, EAP.

INTRODUCCIÓN

Trabajo y salud están relacionados de manera continua e ininterrumpida (Badía, 1985), en un binomio bidireccional en el cual cada factor influye positiva, o negativamente, al otro (Benavides, Ruiz-Frutos y García, 2007). Cuando la influencia es de carácter positiva el trabajo puede contribuir a la mantención y/o promoción de la salud (Parra, 2003; Trucco, 2004). Cuando la influencia es negativa, la salud puede perjudicar el rendimiento laboral (Rodríguez-Ramírez, 2010) o el trabajo puede causar daño a la salud y/o agravar problemas de salud ya existentes (Parra, 2003).

Cada ocupación tiene asociados a su quehacer determinados riesgos o distintas probabilidades de padecer cierta patología. Por ejemplo, Hernández-Tezoquipa, Arenas-Monreal, Martínez y Menjívar-Rubio (2003) indican que los profesionales de la salud tendrían mayor probabilidad de padecer de tabaquismo, estrés crónico, mortalidad por suicidio, mortalidad por accidentes y eventos asociados a violencia. En el caso específico de los psicoterapeutas, se considera que son una población con mayor riesgo de padecer desgaste laboral debido a su trabajo con el sufrimiento humano (Guerra, Mújica, Nahmias y Rojas, 2011), asociándose la práctica psicoterapéutica a una mayor probabilidad de padecer *burnout*, sintomatología ansiosa y depresiva, aumento de consumo de alcohol, mayor número de licencias médicas y aumento de la rotación de personal (Guerra, Fuenzalida y Hernández, 2009), así como también un mayor riesgo de suicidio en comparación con otros grupos profesionales (García, 2007).

El autocuidado es un factor que ayuda a disminuir los riesgos antes nombrados y a promover la salud de los trabajadores (Arredondo, 2007; García, 2007; Guerra, Rodríguez, Morales y Betta, 2008; Morales, Pérez y Menares, 2003; Torres-Godoy, 2010). Sin embargo, el concepto sería ambiguo y difícil de operacionalizar (Guerra y cols., 2009), incluso es confundido con el concepto de cuidado de sí (Bub y cols., 2006) o con los conceptos de autoayuda y auto-atención (Haro, 2000), cada uno de los cuales posee características particulares. A esto se suma que la investigación sobre autocuidado en población general y en profesionales es todavía escasa (Hernández-Tezoquipa y cols., 2003). Y, en términos de intervención, habría también pocos avances en cuanto conocer qué factores influyen para que las personas practiquen el autocuidado (Arenas-Monreal, Jasso-Arenas y Campos-Navarro, 2011).

Uno de los factores que influiría en el autocuidado y que ha sido investigado es la edad. En términos de población general, Arenas-Monreal y cols. (2011) indican que ésta

estaría en relación directa con el autocuidado, es decir, “los adultos maduros poseen más prácticas saludables y asumen una mayor responsabilidad con su salud que los jóvenes” (Cid, Merino y Stieповich, 2006 en Arenas-Monreal y cols., 2011, p. 48). Tapia, Iturra, Silva, Ubilla y Varela (1996), no encuentran datos concluyentes que apoyen la relación positiva entre edad, ni años experiencia laboral y autocuidado. En psicólogos clínicos, Cerda (2012) aporta datos a favor de la relación obtenidos desde la metodología cualitativa, indicando que la importancia otorgada al autocuidado aumenta con la edad, en términos de experiencia laboral. Por último, Guerra (en prensa, en Cerda, 2012) indica que en una muestra con 113 psicólogos clínicos los años de experiencia laboral y la edad no correlacionaron con mayores niveles de autocuidado.

Considerando las diferencias entre los resultados de los distintos estudios que intentan relacionar edad y autocuidado, se plantea la posibilidad de intentar aportar nueva evidencia al fenómeno a través del modelo cuantitativo, planteando la siguiente pregunta: **¿Existen diferencias en los niveles de autocuidado de terapeutas novatos y terapeutas experimentados?**

La justificación de la presente investigación radica en la necesidad de clarificar algunos aspectos sobre el autocuidado, específicamente la influencia que la edad, en términos de experiencia laboral, tendría sobre éste. Y en segundo lugar, se considera relevante conocer el estado del autocuidado en cada grupo ya que si bien no se puede intervenir en la edad ni en la experiencia laboral, si se puede dar más énfasis a aquél grupo que más lo necesite interviniendo en otros factores sobre los que ya se tiene más luces y más certezas.

MARCO DE REFERENCIA

Cuidado y autocuidado

Historia

La palabra cuidado puede ser definida como “Solicitud y atención por hacer bien algo; recelo, preocupación, temor; acción de cuidar” (Real Academia de la Lengua Española, 2001) y cuidar correspondería a “Poner diligencia, atención y solicitud; asistir, guardar, conservar; discurrir, pensar; mirar por la propia salud, darse buena vida” (RAE, 2001). Filológicamente no está claro de donde proviene el concepto, aunque se le atribuye el origen a las palabras *coera*, *cogitare-cogitatus* o la gama de palabras *coyedar*, *coidar*, *cuidar*, todas las cuales tienen en común el sentido de poner atención, interés y preocupación (Boff, 1999 en Arenas, 2006).

Esta preocupación o atención referida a nuestra propia salud es típica de los seres vivos y necesaria para su supervivencia (Uribe, 1999). En los seres humanos, igual que en otros seres vivos, las conductas de cuidado están presentes desde los orígenes de la especie (Arenas-Monreal y cols., 2011), pero con la particularidad de provenir de la capacidad reflexionar, simbolizar y ocupar creaciones simbólicas para hacer cosas en beneficio propio o de otros (Orem, 1985, en Bub. y cols., 2006).

Históricamente el concepto puede rastrearse hasta la Antigüedad, en donde la *épiméleia* (cuidado de sí) se sitúa como parte fundamental del pensamiento griego, helenístico y romano (Foucault, 1994). Por ejemplo, los estoicos se referían al fenómeno como *cura sui* o cultivo de sí (Medina, 2009), haciendo énfasis en la relación del individuo consigo mismo (Foucault, 1987 en Uribe, 1999). El cultivo de sí estoico se regía bajo el principio: “hay que cuidarse y respetarse a sí mismo, en tanto al intensificar la relación con uno mismo, se constituye sujeto de sus actos” (Uribe, 1999, p. 2). Tal alusión al concepto, así como la *épiméleia* descrita por Foucault (1994) o la *therapeuiein* de Epicuro (Medina, 2009), entre otras, hace alusión al cuidado como cuidado del cuerpo y del alma (Muñoz, 2009). Sin embargo, posteriormente la tradición judeo-cristiana modifica el sentido del cuidado propio, poniendo el énfasis en el alma y dejando de lado el cuerpo (Colliere, 1993 en Uribe, 1999).

En el siglo XX, específicamente en los años '70, desde los grupos feministas y agrupaciones que defendían la autonomía vuelve a tomar fuerza la noción de cuidado como una crítica a la medicalización de la vida cotidiana, los altos costos y la

deshumanización de la atención médica (Arenas-Monreal y cols., 2011). Luego, entre finales de los '70 y la década de los '80 el concepto que previamente constituyó una crítica a la biomedicina, vuelve a aparecer paradójicamente desde la enfermería bajo la Teoría de Autocuidados de Dorothea Orem (Muñoz, 2009). Para la autora el autocuidado sería una conducta intencionada y aprendida a través de la cual los sujetos intervienen en los factores que favorecen su desarrollo y salud (Vega y González, 2007). A partir de tal concepción, el modelo de salud moderno ha tratado de promover la responsabilidad que los sujetos deben adquirir sobre su autocuidado pero poniendo el centro en la enfermedad, y con ello dejando de lado el cuidado cotidiano y las características psicosociales, culturales, políticas y económicas en las que están inmersos los sujetos y sus prácticas de cuidados (Muñoz, 2009). Este tipo de cuidados, excluidos y diferentes de los impuestos por la medicina hegemónica, reciben el nombre de cuidados profanos o cuidados legos (Haro, 2000) y serían similares a aquellos que Colliere (1993, en Uribe, 1999) resume en el concepto de cuidados de costumbre.

En la actualidad, en un intento por rescatar los cuidados profanos o de costumbre ha surgido la propuesta de la medicina colectiva (Muñoz, 2009), así como también la adopción del constructo cuidado de sí foucaltiano (Bub y cols., 2006), el cual propone una visión política y filosófica del fenómeno constituido como un acto de libertad (Foucault, 1994). Uno de los nichos del uso de la propuesta foucaltiana es la enfermería crítica brasileña en la cual el concepto se ha utilizado como una forma de buscar nuevos enfoques y significados al fenómeno de los cuidados en general (Amezcuca, 2009). Por último, otro ámbito en el que el autocuidado ha tomado relevancia es en las profesiones que desarrollan un rol de ayuda ya que constituiría una forma de prevenir patologías de salud mental a las que estos profesionales están expuestos (Guerra y cols., 2009).

Modelos

Serían dos los modelos predominantes en el estudio del cuidado propio, el de D. Orem y el de M. Foucault, los cuales han sido comparados y discutidos en distintas investigaciones (Bub y cols., 2006; Muñoz, 2009). Si bien es posible encontrar otros modelos según ciertos autores (Santana y Farkas, 2007), estos corresponderían más a experiencias particulares sobre autocuidado y *burnout* antes que teorías generales, por lo mismo sólo se hará referencia a los modelos de mayor envergadura.

Modelo de Autocuidado de D. Orem: A finales de la década de los '60, la enfermera estadounidense Dorothea E. Orem presenta su Teoría General de Enfermería, la cual surge como una forma de “establecer un sistema capaz de organizar las prácticas de enfermería en su especificidad” (Bub y cols., 2006, p. 155). Su teoría nace en una época en que la enfermería necesita de modelos teóricos que expliquen su objeto de estudio y su finalidad práctica, en coincidencia con un auge de la importancia dada al autocuidado en la población general debido a factores políticos, sociales y económicos (Félix, Nóbrega, Fontes y Soares, 2009). Aunque la autora niega la influencia de terceros en su teoría (Vega y González, 2007), es posible apreciar en sus escritos ideas similares a las de autores de distintas disciplinas, como son A. Maslow, E. Fromm y K.L. von Bertalanffy (Pereda, 2011). También habría recibido influencia de su colega contemporánea V. Henderson, junto a la cual es clasificada en la Escuela de las Necesidades dentro de la enfermería por el hecho de centrar la teoría en la búsqueda de “la independencia de la persona, en la satisfacción de sus necesidades fundamentales o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados” (Carbelo, Romero, Casas, Ruiz y Rodríguez, 1997, p. 58).

La teoría de Orem se compone por tres teorías interrelacionadas: Teoría del Autocuidado (TAC), Teoría del Déficit de Autocuidado (TDA) y Teoría de los Sistemas de Enfermería (Bub y cols., 2006). La TAC describe y explica las acciones de cuidado que realizan las personas portadoras de una necesidad con el objetivo de mantener su salud y bienestar (López y Guerrero, 2006). La TDA, por su parte, plantea la relación entre acciones de cuidado y demanda de los mismos, surgiendo el déficit de autocuidado cuando la persona no es capaz de cubrir todas sus necesidades y requiere de ayuda externa (López y Guerrero, 2006). Cuando surge el déficit de autocuidado es que tiene lugar la intervención desde la enfermería y desde ahí se legitima la necesidad de la profesión (Vega y González, 2007). Por último, la Teoría de Sistemas de Enfermería explica cómo los sujetos son ayudados desde la enfermería en tres posibles niveles: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y/o de apoyo-educación (Félix y cols., 2009).

Cabe agregar que bajo esta teoría los sujetos son concebidos como siempre conscientes de sus necesidades y conocedores de las acciones específicas que deben realizar para cuidarse (Vega y González, 2007), acciones que realizarían

intencionalmente y que aprendieron a través de las relaciones interpersonales (Rivera, 2006).

Con respecto a la difusión de esta teoría, López y Guerrero (2006) indican que entre el periodo 1992-2001 se hace referencia al modelo en 74 documentos en 15 países alrededor del mundo. Otra investigación del mismo tipo realizada por Pereda (2011), indica que entre el periodo 2000-2010 se publicaron 40 artículos referentes al tema en un total de cinco países de América.

Por último, la teoría ha sido criticada desde varios frentes. Por ejemplo, Bub y cols. (2006) indican que las consecuencias filosóficas y políticas del concepto no quedarían del todo claras en comparación con otras teorías sobre el cuidado. Además, la teoría sería tautológica y poco clara en sus conceptos, junto con estar avocada a la enfermedad antes que a la salud, dificultando su aplicación en el ámbito comunitario y a las personas sanas (Meleis, 2005 en López y Guerrero, 2006). En la misma línea, Muñoz (2009) también indica que la teoría se aplica al contexto de enfermedad dejando de lado los factores políticos, económicos, sociales y culturales de las personas, sin embargo, atribuye este hecho al paradigma de salud moderno antes que a falencias de la teoría.

M. Foucault y el cuidado de sí: El concepto de cuidado de sí es abordado de manera específica por Michel Foucault entre 1981-1982 durante un curso impartido por él en el *Collège de France* (Foucault, 1994), concepto al que también se refiere en el segundo y tercer volumen de *Historia de la Sexualidad* publicados en 1984 (Castro, 2006). Estos escritos corresponden a lo que algunos autores llaman el «último Foucault» (Castro, 2006), por el hecho de corresponder la tercera etapa del autor, su etapa ética (Sossa, 2010). Durante esta fase el autor da un giro en su pensamiento desde el poder sobre los demás, presente en el primer tomo de *Historia de la Sexualidad*, hacia una concepción de poder sobre uno mismo (Gómez, 2005). En un intento por responder sobre por qué la sexualidad se habría transformado en una experiencial moral (Barbedette y Scala, 1984) es que Foucault desarrolla su última etapa intelectual en la cual entiende la ética como una relación del sujeto consigo mismo, un modo de subjetivación o una práctica de sí (Castro, 2004). Bajo esa lógica, el sujeto ético pretende hacerse a sí mismo y forjarse un sentido auténtico de su existencia (Sossa, 2010). El sujeto ético ejercería su libertad, o como dice Foucault, “la ética es la forma reflexiva que adopta la libertad” (1994, p. 111).

La relación del sujeto consigo mismo abordada en esta etapa es rastreada por Foucault hasta la Antigüedad en lo que se conoce como *épiméleia/cura sui* (cuidado de sí en griego y latín respectivamente), la cual sería el principio filosófico predominante del pensamiento griego, helenístico y romano (Foucault, 1994). El cuidado de sí sería una condición necesaria para acceder a la vida filosófica y, en sentido estricto, es “el principio básico de cualquier conducta racional, de cualquier forma de vida activa que aspire a estar regida por el principio de la racionalidad moral” (Foucault, 1994, p. 34). El tema del cuidado de sí fue consagrado por Sócrates, y luego es retomado por la filosofía posterior pasando a ser el centro de sus reflexiones y alcanzado progresivamente una verdadera cultura de sí (Castro, 2004). En la actualidad este concepto es concebido bajo el aforismo griego «conócete a ti mismo», noción que, sin embargo, está siempre subordinada y proviene de la *épiméleia* en tanto ocuparse de uno mismo (Foucault, 1994).

El cuidado de sí correspondería a una actitud en relación con uno mismo, los otros y el mundo, además de una determinada mirada dirigida hacia uno mismo (Foucault, 1994). Pero es también una forma de comportarse que se ejerce sobre sí mediante la cual el sujeto se modifica, purifica, transforma y/o transfigura (Foucault, 1994). Por último, el cuidado de sí implica también una forma de reflexión bajo la cual el sujeto construye su subjetividad, de ahí su radical importancia (Foucault, 1994). En tanto acción libertadora y creadora de subjetividad, el cuidado de sí nace como un conjunto de prácticas políticas y su propósito es también producir acontecimientos políticos (Bub y cols., 2006).

El concepto comienza a tomar relevancia en salud de la mano de enfermeras brasileñas como una manera de buscar nuevas formas y significados, de incluir a los otros, las relaciones de poder y el abuso de poder que puede surgir desde la práctica del cuidado (Amezcuá, 2009). Por otro lado, Pereira y Rivera (2005) destacan el uso de la noción de cuidado de sí foucaultiana como un prisma de análisis para la salud en el trabajo y proponiendo el cuidado como un acto colectivo.

La teoría de M. Foucault, como es de esperarse, tiene también sus críticos los cuales, sin embargo, hacen mayor referencia a los giros intelectuales del autor o a sus ideas generales (Castro, 2006) antes que al concepto de cuidado de sí en específico.

Otras nociones sobre el cuidado y autocuidado: Otros autores, desde diversas disciplinas, también han intentado contribuir a la comprensión del fenómeno. Por ejemplo, destacan los aportes realizados por J.A. Haro (2000) desde la medicina en conjunto con la

antropología. El autor realiza un análisis sobre los cuidados que se brindan al margen de la medicina hegemónica, y que son denominados cuidados legos o cuidados profanos (Haro, 2000). Este tipo de cuidado incluye el cuidado personal, hábitos, rutinas, trabajo, descanso, actividades sociales, prevención, autotratamiento y la activación de redes familiares, sociales y organizaciones de atención y protección de la salud (Haro, 2000). El autor también hace la distinción entre autocuidado y autoatención, correspondiendo el primero a prácticas asociadas a prevención y promoción de la salud, mientras que la autoatención se centraría en los procesos de enfermedad (Haro, 2000). Ambos términos se dan en el marco del grupo doméstico-familiar y redes informales, mientras que a aquellas que se dan a través de grupos formales, voluntariado, grupos de autoayuda u organizaciones no gubernamentales, se les denomina prácticas de autoayuda y tienden a complementar, competir y cuestionar la atención médica profesional (Haro, 2000).

También desde la antropología, Arenas-Monreal y cols. (2011) destacan la importancia de las determinantes sociales y su rol fundamental en las prácticas de cuidado. Dichas determinantes se dividirían en estructurales (clase social, ingresos, educación, género y grupo étnico) e intermedias (condiciones de vida, laborales y sistema sanitario), siendo las primeras aquellas que generan estratificación social y las segundas corresponden a aquellas barreras que impiden adoptar comportamientos (OMS, 2007 en Arenas-Monreal y cols., 2011). Otro factor que influye en el cuidado, proveniente de la sociología, es el *habitus* profesional, es decir, aquella forma particular de relacionarse con el mundo y que es producto de la profesión que se posee (Arenas-Monreal, Hernández-Tezoquipa, Valdez-Santiago y Bonilla-Fernández, 2004). A lo que se sumaría, la proletarización, es decir, el hecho que la organización para la cual se trabaja determine ritmos y movimientos de trabajo perdiendo autonomía para controlar sus condiciones laborales (Freidson, 1977 en Arenas-Monreal y cols., 2004).

Por último, en un intento por operacionalizar el concepto de autocuidado, Guerra y cols. (2008) se avocan al fenómeno desde una perspectiva conductual, llegando a desarrollar a partir de esto una escala de medición de la variable en psicólogos clínicos. Los autores definen el autocuidado como un “conjunto amplio de conductas que, al ser emitidas, se asocian a bajos niveles de desgaste laboral” (Guerra, Rodríguez, Morales y Betta, s.f. en Guerra y cols., 2009, p. 74). Junto con ello hacen también la distinción entre conductas y condiciones de autocuidado, refiriéndose las primeras a aquellas acciones que realiza la persona y las segundas a aquellas acciones que son generadas por el

equipo o por los directivos de la organización (Guerra y cols., 2008), incluyendo así el aspecto individual y organizacional del autocuidado.

Patologías Asociadas al Trabajo

Tal como se dijo anteriormente trabajo y salud están interrelacionados (Badía, 1985; Benavides y cols., 2007). En el caso de los psicólogos clínicos esa relación puede tornarse negativa conllevando distintos tipos de trastornos (Guerra y cols., 2009), de los cuales los más importantes serían el *burnout* y el estrés traumático secundario (Cerdeña, 2012), ambos estrechamente ligados al trabajo con el sufrimiento humano (Guerra y cols., 2011).

Burnout.

El concepto de *burnout* se introduce por primera vez en los círculos académicos de mano de C. Maslach en 1976, aunque su uso informal se puede rastrear hasta 1901 en una obra literaria y posteriormente en 1974 en los escritos de un psiquiatra (Quiceno y Vinaccia, 2007). Hoy en día el concepto ha sido vastamente estudiado y presenta amplia literatura al respecto (Shirom, 2009).

Por *burnout* se entiende un “síndrome psicológico que implica una respuesta prolongada a estresores interpersonales crónicos en el trabajo” (Maslach, 2009, p. 37). Esta respuesta se caracteriza por tres dimensiones específicas: i) agotamiento extenuante/estrés personal; ii) sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo, y; iii) sensación de ineficacia y falta de logros (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). El agotamiento, componente de estrés individual del síndrome, hace referencia a sentimientos de estar sobre exigido, sin recursos físicos ni emocionales (Maslach y Leiter, 2007), y se debe principalmente a la sobrecarga laboral y al conflicto personal en el trabajo (Maslach, 2009). El cinismo, componente interpersonal, aparece como respuesta ante el agotamiento emocional y se expresa como respuestas negativas, insensibles y/o apáticas a diversos aspectos del trabajo (Maslach, 2009) conllevando el riesgo de la deshumanización y la pérdida del idealismo (Maslach y cols., 2001). Por último, la ineficacia, componente de autoevaluación, hace alusión a sentimientos de incompetencia, falta de logros y de productividad en el trabajo (Maslach y cols., 2001) y se ve exacerbado

por falta de recursos en el trabajo, falta de apoyo social y de oportunidades de desarrollo profesional (Maslach, 2009).

Se han registrado altos índices de *burnout* en personal sanitario, particularmente en médicos y en enfermeras (Grau, Suñer y García, 2005). En el caso de psicólogos la evidencia sería escasa, y ésta apunta a que padecerían un alto riesgo de sufrir el síndrome debido a las exigencias del rol, las condiciones laborales o el tipo de pacientes atendidos, por nombrar algunos de muchos factores (Benevides, Moreno-Jiménez, Garrosa y González, 2002).

Estrés traumático secundario (ETS)

El estrés traumático secundario es definido por Figley en 1983 como el conjunto de “aquellas emociones y conductas resultantes de entrar en contacto con un evento traumático experimentado por otros” (en Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa y Rodríguez, 2004, p. 217) o “el estrés resultante de ayudar o desear ayudar a una persona traumatizada” (Figley, 1995 en Figley, 2002). Son sinónimos de este fenómeno los conceptos fatiga por compasión, traumatización vicaria y contratransferencia traumática (Figley 2000 en Salston y Figley, 2003).

La sintomatología del ETS es prácticamente idéntica a la del trastorno de estrés post-traumático, salvo que en el primero se relaciona al hecho de conocer sobre eventos traumáticos sufridos por un otro significativo y en el segundo los síntomas se conectan directamente con la víctima (Figley, 2002). La sintomatología del trastorno estaría caracterizada por tres dimensiones: i) síntomas intrusivos, caracterizados por pensamientos y recuerdos asociados al trauma de sus clientes; ii) síntomas evitativos, en los cuales el profesional evita estímulos asociados a sus clientes, y; iii) síntomas de aumento de la activación caracterizados por hipervigilancia, irritabilidad, ansiedad, entre otros (Guerra y Saiz, 2007; Gentry, 2003 en Betta, Morales, Rodríguez y Guerra, 2007).

El ETS sería un concepto nuevo y que carece de un modelo integrador sobre las variables que en él influyen (Meda, Moreno-Jiménez, Palomera, Arias y Vargas, 2012), sin embargo, habría consenso en que la empatía juega un rol fundamental en su génesis (Guerra, 2007) en tanto es una herramienta que ayuda a comprender al paciente pero que puede llevar a que el terapeuta se traumatice del mismo modo (Meda y cols., 2012). Otros factores que podrían influir serían el comportamiento hacia la víctima, la habilidad para

distanciarse del trabajo, el sentimiento de satisfacción por ofrecer ayuda, la historia de trastornos del profesional y sus recuerdos traumáticos, la falta de compromiso hacia el trabajo, entre otros (Meda y cols., 2012).

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer si existen diferencias en los niveles de autocuidado de terapeutas novatos y terapeutas experimentados.

Objetivos específicos:

- Comparar la frecuencia de emisión de estrategias de autocuidado realizadas por terapeutas novatos y terapeutas experimentados.
- Comparar los perfiles de estrategias de autocuidado realizadas por terapeutas novatos y terapeutas experimentados.

MÉTODO

Diseño

La investigación fue llevada a cabo mediante una metodología cuantitativa de diseño no experimental, transversal y descriptivo.

Muestra

La muestra es de carácter no probabilística y por conveniencia. El criterio de inclusión para los sujetos fue: i) Ser psicólogo(a); ii) dedicarse a la psicoterapia, y iii) estar ejerciendo la psicoterapia al momento de la investigación. Además la muestra se dividió en dos grupos, novatos y experimentados según años de experiencia para lo cual se tomó como criterio la clasificación de terapeutas hecha por Orlinsky y Ronnestad (2005). Los autores proponen seis cohortes según años experiencia laboral: i) *novice* (<1,5 años); ii) *apprentice* (1.5 - 3,5 años); iii) *graduate* (3.5 - 7 años); iv) *established* (7- 15 años); v) *seasoned* (15 - 25 años), y; *senior* (25 - 55 años). En la categoría “Novatos” se incluyó a aquellos que tuviesen menos de 3,5 años de experiencia, es decir, *novice* y *apprentice* del modelo de Orlinsky y Ronnestad (2005). En el grupo de “Experimentados” se incluyó a aquellos con más de 15 años de experiencia, es decir, *seasoned* y *senior* del modelo de Orlinsky y Ronnestad (2005). Se excluyó a aquellos participantes que estuviesen en un rango > 3,5 y < 15 años de experiencia laboral.

Instrumento.

Se utilizó la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP) (Guerra y cols., 2008) para medir los niveles de autocuidado en ambos grupos. La escala consta de 10 ítems los cuales se dividen en conductas de autocuidado (8 ítems) y condiciones de autocuidado (2 ítems). Los ítems están formulados en forma de pregunta y la respuesta, expresadas en términos de frecuencia, puede ser nunca, casi nunca, ocasionalmente, frecuentemente y muy frecuentemente.

La puntuación del instrumento se realiza sumando el puntaje de cada ítem (0-4 puntos), dando como resultado un puntaje entre 0 y 40 puntos. Luego los puntajes son agrupados en cuatro categorías: i) 0-7 Nunca practica el autocuidado; ii) 8-15 Casi nunca

practica el autocuidado; iii) 16-23 ocasionalmente utiliza estrategias de autocuidado; iv) 24-31 frecuentemente, y; v) <32 muy frecuentemente (Guerra y cols., 2008)

En cuanto a sus características psicométricas, la EAP cuenta con una consistencia interna de 0,79 en prueba de Alpha de Cronbach (Guerra y cols., 2008), adecuada validez convergente (Guerra, 2011; Guerra y cols., 2011) y adecuada validez discriminante (Guerra, 2011).

Procedimiento

La escala fue aplicada en su versión impresa (Anexo 1) y en una versión en formato digital, adaptada por el autor del presente trabajo (Anexo 2). Cada escala se acompañaba de una hoja con datos personales tales como nombre, edad, año de egreso de la carrera de psicología y años de ejercicio como psicólogo clínico.

Análisis de los datos.

Los datos fueron analizados con el programa SPSS en su versión número 19. Debido a las características de la muestra se decidió ocupar la prueba estadística U de Mann-Whitney, prueba no paramétrica aplicable a muestras independientes.

RESULTADOS

De un total de 83 psicólogos clínicos a los que se les envió la escala, 40 la contestaron, de los cuales 10 quedaron excluidos de la muestra final por no cumplir con el criterio de años de experiencia laboral. Con ello, la muestra quedó conformada por 30 sujetos, 22 mujeres (73,3%) y 8 hombres (26,7%), divididos en dos grupos, novatos y experimentados. El grupo de terapeutas novatos quedó conformado por 16 sujetos (53,3%) con $\bar{X} = 2,3$ (DS = 0,8) años de ejercicio laboral. El grupo de terapeutas experimentados quedó conformado por 14 sujetos (46,7%) con $\bar{X} = 23,4$ (DS = 8,4) años de experiencia laboral.

Análisis según puntaje total

Con respecto a la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos el grupo de psicólogos novatos obtuvo un puntaje total $\bar{X} = 27,7$ puntos (DS = 4,7). El grupo de psicólogos experimentados obtuvo de $\bar{X} = 27,6$ puntos (DS = 4,1). Ambos grupos frecuentemente realizarían estrategias de autocuidados según las categorías de la EAP.

La comparación entre grupos fue realizada a través del estadístico no paramétrico U de Mann-Whitney. En cuanto al puntaje total de la escala no se presentan diferencias significativas ($P = .867$; $\alpha = .05$). Es decir, para la presente muestra, no habría diferencias en los niveles de autocuidado entre terapeutas novatos y terapeutas experimentados.

Análisis por ítem

Al comparar los resultados en cada ítem para ambos grupos (Tabla 1), sólo se observan diferencias significativas en la frecuencia de supervisión de casos ($P = .024$; $\alpha = .05$), siendo los terapeutas novatos los que promedian más alto en dicho ítem.

Tabla 1

Puntaje promedio según grupos en cada ítem de la EAP

Conductas y Condiciones de autocuidado	Novatos	Experimentados
Participación en otras labores ligadas a la <u>psicología</u> ^a	2,88 (±1,09)	2,64 (±1,15)
Facilitación de la expresión del sentido del humor dentro del ambiente <u>laboral</u> ^b	2,81 (±,75)	2,07 (±,83)
Supervisión de casos <u>clínicos</u> ^{a*}	3,31 (±,79)	2,93 (±,92)
Diálogo con compañeros de trabajo acerca de experiencia personal relacionada al <u>trabajo</u> ^a	3,13 (±,89)	2,93 (±1,07)
Participación en actividades recreativas con sus compañeros de <u>trabajo</u> ^a	1,94 (±,93)	2,21 (±1,12)
Participación en actividades recreativas fuera de <u>trabajo</u> ^a	3,50 (±,73)	3,43 (±,51)
Realizar ejercicios <u>físicos</u> ^a	2,25 (±1,29)	2,21 (±1,31)
Participación en actividades de crecimiento <u>espiritual</u> ^a	2,06 (±1,12)	2,64 (±1,22)
Mantenimiento de una sana <u>alimentación</u> ^a	2,94 (±,85)	3,14 (±,77)
Mantenimiento de un adecuado espacio físico de <u>trabajo</u> ^b	2,88 (±1,02)	3,43 (±,76)

Nota: Las respuestas a cada ítem son: *Nunca* (0), *Casi Nunca* (1), *Ocasionalmente* (2), *Frecuentemente* (3), *Muy Frecuentemente* (4)

* Ítem en el que los grupos difieren significativamente.

^a Conducta de autocuidado

^b Condición de autocuidado

CONCLUSIÓN

Los resultados sugieren que los años de experiencia laboral no influyen en el nivel de autocuidado de psicoterapeutas, excepto en la frecuencia de supervisión de casos clínicos, la cual estaría inversamente relacionada con los años de experiencia laboral. Por otro lado, y considerando los planteamientos de Guerra y cols. (2008), ambos grupos se encontrarían relativamente protegidos frente al desgaste laboral, en tanto utilizan estrategias de autocuidado de manera frecuente.

Los datos son concordantes con otras investigaciones cuantitativas que han utilizado la EAP, las cuales indican que no existiría relación entre años de experiencia laboral y autocuidado en profesionales de salud (Tapia y cols. 1996) y en psicólogos clínicos (Concha, 2012; Guerra, en prensa, en Cerda, 2012; Guerra y cols., 2008). Aunque cabe destacar que Tapia y cols. (1996) y Concha (2012) indican que los resultados podrían deberse a un reducido tamaño muestral.

Por otro lado, los hallazgos son contrarios a lo que se podría esperar en base a la teoría y algunas investigaciones cuantitativas y cualitativas. Por ejemplo, Arenas-Monreal y cols. (2011) desde, una perspectiva teórica, indican que “la edad es en sí misma un elemento que contribuye a que las pautas de autocuidado se modifiquen” (p. 47). Por su parte, Cid y cols. (2006) en una investigación cuantitativa con una muestra de 360 personas entre 15 y 63 años, indican que “los adultos maduros son más responsables en salud que los adultos jóvenes”. Así también, Cerda (2012), en una investigación cualitativa sobre percepción de autocuidado en psicólogos clínicos novatos y experimentados concluye que “sí existen algunas diferencias en las estrategias de autocuidado elegidas por psicólogos clínicos de distintos rangos de experiencia profesional” (p. 97). Una de estas diferencias sería la mayor importancia otorgada a la supervisión de casos clínicos por terapeutas novatos, lo cual coincide con los hallazgos de la presente investigación. Las otras diferencias asociadas a la experiencia laboral serían la mayor importancia otorgada por terapeutas experimentados a la necesidad de espacio de descanso adecuado, mantención de buenas relaciones laborales y a la derivación de pacientes a otros profesionales. Por su parte, los terapeutas novatos otorgan mayor importancia a recibir tratamiento farmacológico, hacer pausas entre pacientes, usar el sentido del humor, evitar autorresponsabilizarse en exceso y trabajar en forma multidisciplinaria.

Sin embargo, la comparación con otros estudios y sus resultados debe realizarse con cautela tomando en cuenta la ambigüedad teórica del concepto (Guerra y cols., 2009)

y el uso indistinto entre sus sinónimos (Bub y cols., 2006). En este sentido comparar estudios que se refieran al autocuidado no necesariamente es comparar estudios sobre el mismo fenómeno.

Uno de los errores comunes, según Uribe (1999), es la confusión entre promoción y prevención de salud al momento de abordar el autocuidado, constituyendo cada uno fenómenos diferentes. La prevención, por una parte, tiene como objetivo evitar los riesgos o peligros para la salud, es decir, está enfocada a evitar la enfermedad (Barriga, León, Ballesteros y Medina, 2004). La promoción de salud, por otra parte, persigue la optimización del estado de bienestar del sujeto (Uribe, 2004). En el caso de las investigaciones que no encuentran relación entre autocuidado y años de experiencia laboral se puede observar una tendencia a abordar el fenómeno desde la prevención de enfermedad. Por ejemplo, Tapia y cols. (1996) plantean explícitamente que su investigación está enfocada a las conductas preventivas en profesionales de salud, pero en el caso de Concha (2012), Guerra y cols. (2008) o Guerra (en prensa, en Cerda, 2012) esto no queda explícito aunque se podría inferir una visión preventiva en tanto la escala ocupada en dichas investigaciones, a saber la EAP, se basa en una definición conductual del autocuidado que entiende el fenómeno como el conjunto de conductas y condiciones que correlacionan inversamente con el desgaste laboral (estrés traumático secundario, *burnout*, depresión), es decir, como aquello que evita la patología. Por otro lado, las investigaciones que sí encuentran relación entre experiencia laboral y autocuidado no explicitan su posición frente al tema (Arenas-Monreal y cols., 2011; Cerda, 2012) o expresamente se posicionan desde una mirada de la promoción de salud como es el caso de Cid y cols., (2006). Tomando en cuenta lo anterior, puede ser que las diferencias entre los resultados se deban a que corresponden a dos aristas de un mismo fenómeno, el autocuidado desde la prevención y el autocuidado desde la promoción de salud.

Por otro lado, y al comparar los estudios que utilizan la EAP, incluyendo el presente trabajo, con la investigación de Cerda (2012), puede ser que la diferencia en los resultados radique en la sensibilidad del método utilizado. En otras palabras, una metodología cualitativa como la aplicada por Cerda (2012) podría haber captado con mayor precisión estrategias y diferencias, o similitudes, que la escala cuantitativa utilizada para las veces de este trabajo. De hecho, los autores de la escala indican que “es importante señalar que la EAP incorpora sólo una serie de 10 conductas y condiciones de autocuidado que, en ningún caso, representan a la totalidad de variables asociadas con el

autocuidado” (Guerra y cols., 2008, p. 76). Lo anterior queda reflejado en el estudio de Cerda (2012) en el cual, exceptuando las actividades recreativas con compañeros de trabajo, los entrevistados nombran las estrategias medidas por la EAP y agregan las siguientes: prestar atención al propio estado emocional, asistir a psicoterapia, espacios de descanso adecuados, tratamiento farmacológico, formación académica constante, disminución de las horas de consulta, establecer límites entre la profesión y la persona, establecer pausas entre pacientes, evitar auto-responsabilizarse en exceso, trabajar multidisciplinariamente y mantener buenas relaciones laborales (Cerda, 2012). Aunque se debe aclarar que la variable “asistir a psicoterapia” nombrada anteriormente si fue considerada en la validación de la EAP pero no fue incluida como ítem de la escala debido a que no correlacionó con menor desgaste laboral en los psicólogos estudiados (Guerra y cols., 2008).

Dentro de las limitaciones de la presente memoria de título se destaca que los resultados se circunscriben a la muestra específica a la que fue aplicada, es decir, no pueden ser extrapolados. Esto se debe principalmente a las características metodológicas de la investigación, en particular, la selección de la muestra y las características de la misma. Un muestreo aleatorio y/o una muestra de mayor tamaño podrían contribuir a la generalización de los datos, e incluso a diferentes resultados.

Por último, se hace hincapié en la necesidad de aumentar, afinar y unificar los conocimientos sobre el cuidado propio a modo de poder intervenir tanto en la promoción como en la prevención de la salud. Dichos avances deben ir en la línea de una teoría que abarque aspectos individuales, comunitarios e institucionales, junto a factores socioculturales, políticos y económicos. Esto último podría ser logrado desde una teoría multiaxial del autocuidado considerando que según lo expuesto teóricamente pareciera ser que más que haber visiones contrarias frente al autocuidado hay visiones de distintas aristas del fenómeno que comparten el mismo concepto. Para finalizar, se considera que un modelo general del autocuidado debiese complementarse con el diseño de un instrumento ad hoc a tal teoría aplicable a distintas poblaciones.

REFERENCIAS

- Amezcuca, M. (2009). Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. *Index de Enfermería*, 18 (2). Extraído el 14 de febrero de 2013, desde <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n2/7779.php>
- Araya, P. y Villena, S. (2013). *El cuidado del trauma: Una aproximación a las experiencias de trabajo de terapeutas especializados en atención a víctimas de violencia sexual*. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile, Chile.
- Araya, P., Villena, S., Moncada, L. y Guerra, C. (2012). *Desgaste profesional: Una aproximación a las percepciones de terapeutas especializados en atención a víctimas de violencia sexual*. Buenos Aires: X Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia de Society for Psychotherapy Research.
- Arenas, M. (2006). El cuidado como manifestación de la condición humana. *Salus*, 10 (1), 12-17.
- Arenas-Monreal, L., Hernández-Tezoquipa, I., Valdez-Santiago, R. y Bonilla-Fernández, P. (2004). Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Pública de México*, 46 (4), 326-332.
- Arenas-Monreal, L., Jasso-Arenas, J. y Campos-Navarro, R. (2011). Autocuidado: Elementos para sus bases conceptuales. *Global Health Promotion*, 18 (4), 42-48.
- Arredondo, V. (2007). ¿Auto? cuidado en equipos psicosociales: el lugar de lo colectivo. En Arredondo, V. y Toro, E. (Comp.), *Violencia sexual infantil: Debates, reflexiones y prácticas críticas* (pp. 90-97). Valparaíso: ONG Paicabí.
- Badía, R. (1985). Salud ocupacional y riesgos laborales. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 98 (1), 20-33.
- Barbedette, G. y Scala, A. (1984). Le retour de la morale. *Les Nouvelles Littéraires*, 2937, 36-41.
- Benavides, F., Ruiz-Frutos, C. y García, A. (2007). Trabajo y Salud. En Ruiz-Frutos, C., García, A., Declós, J. y Benavides, F. (Eds), *Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (pp. 33-42). Barcelona: Masson, S.A.
- Benevides, A., Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. y González, J. (2002). La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos: El "Inventario de Burnout de Psicólogos". *Clínica y Salud*, 13 (3), 257-283.

- Betta, R., Morales, G, Rodríguez, K. y Guerra, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 3 (9), 9-19.
- Barriga, S., León, J., Ballesteros, A. y Medina, S. (2004). El campo de acción de la Psicología de la Salud. En León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I. (Eds.), *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida* (131-152). Barcelona: Editorial UOC.
- Bub, M., Medrano, C., Silva, C., Wink, S., Liss, P. y Santos, E. (2006). A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15, 152-157.
- Burgos, D., Moncada, L., Cerda, J., Carvajal, C., Concha, F., Guerra, C. y Araya, C. (2012). *Efectos de la problemática del paciente en la vida laboral y personal del psicólogo clínico*. Buenos Aires: X Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia de Society for Psychotherapy Research.
- Carbelo, B., Romero, M., Casas, F., Ruiz, T. y de la Parra, S. (1997). Teoría enfermera. El cuidado desde una perspectiva psicosocial. *Cultura de los Cuidados* 1 (2), 54-59.
- Carvajal, C. (2012). *Desarrollo de la persona del terapeuta y su influencia en el quehacer profesional: Desde la mirada de los experimentados*. Tesis para optar al grado de Magister, Universidad de Chile, Chile.
- Carvajal, C., Moncada, L., Cerda, J., Burgos, D., Concha, F., Villena, S. y Guerra, C. (2012). *El desarrollo de la persona del terapeuta y su influencia en el quehacer profesional: Desde la mirada de los experimentados*. Buenos Aires: X Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia de Society for Psychotherapy Research.
- Castro, R. (2004). *Ética para un rostro de arena: Michel Foucault y el cuidado de la libertad*. Memoria para optar al grado de Doctor, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Castro, R. (2006). Ética y libertad: La pars construens de la filosofía foucaultiana. *Revista de Filosofía*, 62, 117-138.

- Cerda, J. (2012). *Percepción del autocuidado en psicólogos clínicos novatos y experimentados*. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile, Chile.
- Cerda, J., Moncada, L., Burgos, D., Carvajal, C., Araya, C., Guerra, C. y Concha, F. (2012). *Percepción del autocuidado en psicólogos clínicos experimentados y novatos*. Buenos Aires: X Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia de Society for Psychotherapy Research.
- Cid, P., Merino, J. y Stieповich, J. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de la salud. *Revista Médica de Chile*, 134 (12), 1491-1499.
- Concha, F., Moncada, L., Guerra, C., Cerda, J., Burgos, D., Carvajal, C., Araya, P. (2012). *Estudio comparativo sobre la frecuencia de las conductas de autocuidado en terapeutas experimentados versus terapeutas novatos, a través de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP)*. Buenos Aires: X Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia de Society for Psychotherapy Research.
- Félix, L., Nóbrega, M., Fontes, W. y Soares, M. (2009). Análise da Teoría do Autocuidado de Orem de acordó com os critérios de Fawcett. *Revista de Enfermagem UFPE*, 3 (2), 392-398.
- Figley, C. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (11), 1433-1441.
- Foucault, M. (1994). *Hermenéutica del sujeto*. Madrid: Ediciones Endymión.
- García, J. (2007). *Un homenaje a M.J. Mahoney: Los riesgo del ejercicio de la psicoterapia (un viaje al lugar peligroso)*. Sevilla: II Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas.
- Gómez, B. (2005). Ética y medicina en Michel Foucault: La dimensión humanística de la medicina a partir de una genealogía de la moral. *Historia, Ciências, Saúde*, 12 (3), 717-734.
- Grau, A., Suñer, R. y García, M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19 (6), 463-470.

- Guerra, C. (2007). Estrés traumático secundario: Desarrollo, prevención y tratamiento. *Resonancias*, 3 (3), 125-136.
- Guerra, C., Fuenzalida, A. y Hernández, C. (2009). Efectos de una intervención cognitiva-conductual en el aumento de conductas de autocuidado y disminución del estrés traumático secundario en psicólogos clínicos. *Terapia Psicológica*, 27 (1), 73-81.
- Guerra, C., Mujica, A., Nahmias, A. y Rojas, N. (2011). Análisis psicométrico de la Escala de Conductas Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43 (2), 319-228.
- Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G. y Betta, R. (2008). Validación de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Psykhé*, 17 (2), 67-78.
- Guerra, C. y Saiz, J. (2007). Examen psicométrico de la Escala de Estrés Traumático Secundario: Un estudio en profesionales chilenos. *Psicología Conductual*, 15 (3), 441-456.
- Haro, J. (2000). Cuidados Profanos: Una dimensión ambigua en la atención de la salud. En Perdiguero, E. y Comelles, J.M. (Eds), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 101-161). Barcelona: Edicions Bellatera.
- Hernández-Tezoquipa, I., Arenas-Monreal, L., Martínez, P. y Menjívar-Rubio, A. (2003). Autocuidado en profesionistas de la salud y profesionistas universitarios. *Acta Universitaria*, 13 (3), 26-32.
- López, A. y Guerrero, S. (2006). Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24 (2), 90-100.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia & Trabajo*, 11 (32), 37-43.
- Maslach, C. y Leiter, M. (2007). Burnout. En Fink, G. (Ed.), *Encyclopedia of Stress* (368-371). San Diego : Academic Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. y Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Meda, R., Moreno-Jiménez, B., Palomera, A., Arias, E. y Vargas, R. (2012). La evaluación del estrés traumático secundario. Estudio comparado en bomberos y paramédicos de los servicios de emergencia de Guadalajara, México. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 31-41.

- Medina, B. (2009). Cuidado de sí, una visión ontológica [versión on-line]. *Fermentario*, 3. Extraído el 14 de febrero de 2013 desde <http://www.fermentario.fhuce.edu.uy/index.php/fermentario/issue/view/3>
- Moncada, L., Guerra, C., Carvajal, C. y Concha, F. (2012). *La persona del terapeuta: ¿una variable olvidada en los estudios empíricos chilenos?* Buenos Aires: X Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia de Society for Psychotherapy Research.
- Moncada, L. Guerra, C., Concha, F. y Carvajal, C. (en prensa). ¿Qué revelan una década después los estudios chilenos sobre la variable del terapeuta? Un análisis bibliográfico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*.
- Morales, G., Pérez, C. y Menares, M. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología*, 12 (1), 9-25.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M., Garrosa, E. y Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: El coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12 (2), 215-231.
- Muñoz, N. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis. *Salud Colectiva*, 5 (3), 391-401.
- Parra, M. (2003). *Conceptos básicos en salud laboral. Eje para la acción sindical*. Santiago de Chile: Organización Internacional del Trabajo.
- Pereda, M. (2011). Explorando la Teoría General de Enfermería de Orem. *Enfermería Neurológica*, 10 (3), 163-167.
- Orlinsky, D.E. y Ronnestad, M.H. (2005). Aspects of professional development. En Orlinsky, D.E. y Ronnestad, M.H. (Eds.), *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth* (pp. 103-116). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2007). Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 117-125.
- Real Academia Española de la Lengua (2001). *Diccionario de la lengua española, vigésimo segunda edición* [versión on-line]. Extraído el 13 de febrero del 2013, desde <http://rae.es/rae.html>

- Rivera, L. (2006). Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. *Avances en Enfermería*, 24 (2), 91-98.
- Rodríguez-Ramírez, J. (2010). Propuesta: Programa Integral de Autocuidado dirigido al personal de Enfermería [versión on-line]. *Enfermería en Costa Rica*, 31 (1). Extraído el 04 de febrero de 2013 desde <http://revista.enfermeria.cr/sites/default/files/Propuesta-%20Programa%20Integral%20de%20Autocuidado%20dirigido%20a%20personal%20de%20Enfermer%C3%ADa.pdf>
- Salston, M. y Figley, C. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (2), 167-174.
- Santana, I. y Farkas, Ch. (2007). Estrategias de autocuidado en equipos profesionales que trabajan en maltrato infantil. *Psykhé*, 16 (1), 77-89.
- Shirom, A. (2009). Acerca de la validez de constructo, predictores y consecuencias del burnout en el lugar de trabajo. *Ciencia & Trabajo*, 11 (32), 44-54.
- Sossa, A. (2010). Michel Foucault y el cuidado de sí. *Revista Universitaria Arbitrada de Investigación y Diálogo Académico*, 6 (2), 34-45.
- Tapia, C., Iturra, V., Silva, R., Ubilla, M. y Varela, H. (1996). Prácticas de autocuidado en los profesionales de Antofagasta. *Horizonte de Enfermería*, 7 (1), 5-12.
- Torres-Godoy, P. (2010). Trauma vicario y catástrofes: propuestas para el autocuidado de equipos con dramaterapia. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 6 (2), 194-204.
- Trucco, M. (2004). El estrés y la salud mental en el trabajo: Documento de trabajo de la Asociación Chilena de Seguridad. *Ciencia & Trabajo*, 6 (14), 185-188.
- Uribe, T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Revista de investigación y educación en enfermería*, 17 (2), 109-118.
- Vega, O. y González, D. (2007). Teoría del déficit del autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. *Ciencia y cuidado*, 4 (4), 28-35.
- Wendhausen, A. y Rivera, S. (2005). O cuidado de si como principio ético do trabalho em enfermagem. *Texto y Contexto Enfermagem*, 14 (1), 111-119.

ANEXOS

I. Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (Original) (Guerra y cols., 2008)

Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP)

A continuación hacemos una serie de preguntas sobre su trabajo y sobre sus actividades extralaborales. Responda todas las preguntas, marcando la alternativa que refleje mejor su situación general.

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
1. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades vinculadas a la psicología, pero diferentes a la psicoterapia?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia supervisa sus casos clínicos?	0	1	2	3	4
3. ¿Su ambiente laboral permite el uso del sentido del humor?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia usted dialoga con sus colegas acerca de su experiencia personal relacionada con el trabajo clínico?	0	1	2	3	4
5. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo?	0	1	2	3	4
6. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas fuera del trabajo (familia y/o amigos)?	0	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia usted realiza ejercicios físicos (deporte)?	0	1	2	3	4
8. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades de crecimiento espiritual (religión, meditación, etc.)?	0	1	2	3	4
9. ¿Con qué frecuencia usted mantiene una sana alimentación?	0	1	2	3	4
10. ¿Con que frecuencia usted considera que el espacio físico donde trabaja como psicoterapeuta es adecuado (cómodo, calmado y privado)?	0	1	2	3	4

II. Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (Versión digital)

Escala de Autocuidado para Psicólogos Clínicos

A continuación se hará una serie de preguntas sobre su trabajo y sobre sus actividades extralaborales. Responda todas las preguntas, marcando la alternativa que refleje mejor su situación general.

	Nunca	Casi nunca	Ocasional- mente	Frecuente- mente	Muy frecuentemente
1. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades vinculadas a la psicología, pero diferentes a la psicoterapia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Con qué frecuencia supervisa sus casos clínicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Su ambiente laboral permite el uso del sentido del humor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Con qué frecuencia usted dialoga con sus colegas acerca de su experiencia personal relacionada con el trabajo clínico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas fuera del trabajo (familia y/o amigos)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Con qué frecuencia usted realiza ejercicios físicos (deporte)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades de crecimiento espiritual (religión, meditación, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Con qué frecuencia usted mantiene una sana alimentación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Con qué frecuencia usted considera que el espacio físico donde trabaja como psicoterapeuta es adecuado (cómodo, calmado y privado)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>