



Universidad de Chile

Facultad de Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

**“Percepción de Estrategias de Autocuidado en Psicólogos Clínicos que trabajan en un  
Contexto Institucional”**

Memoria de investigación para optar al título de psicóloga

**Autora**

**Lic. María Teresa Ferrari Guerris**

**Profesor Patrocinante**

**PhD. Juan Yáñez Montecinos**

**Santiago, 2020**

## Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría agradecer a todas las personas que me han ido acompañando en este arduo proceso, que soportaron mis momentos de estrés y cuando me sentí más perdida.

En segundo lugar, me gustaría dar las gracias especialmente a mi familia, a mi mamá y papá, quienes siempre tuvieron una palabra de aliento en los oscuros momentos, cuando sentía que no podía avanzar con este proceso. Ellos me impulsaron a seguir día a día.

También estaré eternamente agradecida de los profesores que me fueron acompañando durante el curso de esta bella carrera, en especial a Margarita Bórquez, que me hizo parte de un equipo durante 2 bellos años y aprendí que enseñar y ayudar a otros a entender era algo que me gustaba hacer. Y a

Juan Yáñez, mi tutor y supervisor, me ayudó a darme cuenta de que la psicología clínica era un proceso precioso, que nos pone en juego muchas veces, pero que hay que saber cuidarse para poder seguir en pie. También a quienes no fueron directamente mis profesores, pero me apoyaron en mi formación, Antonieta Sepúlveda, quien me supervisó en mis primeras atenciones y Karina Zúñiga, quien me enseñó a trabajar en investigación y se ha vuelto una compañera importantísima, espero que sigamos con muchos proyectos en el futuro.

A mis amigos, que nunca me dejaron sola, que me dieron ánimos y que celebraron cada pequeño logro conmigo, Gacia, Pamela y Felipe, no habría podido llegar a este punto sin ustedes. También a mis queridas compañeras y amigas de la universidad, que pese a esta pandemia y a que cada una se encontraba en distintos procesos de la carrera, seguimos en contacto, Gabriela, María Gracia y Karina. Y gracias a todas las lindas personas con las que me encontré durante estos años, Rodrigo, Nicolás, Ricardo y muchas otras bellas personas, con quienes quizás ya no tenemos el mismo contacto, pero si fueron un apoyo enorme en su momento.

Por último, pero no menos importante, quiero dar las gracias a mis gatos, Guatón y Lana, tardes y días enteros a mi lado, viendo cada colapso, cada lágrima que fue derramada para llegar a este punto.

Y además me gustaría mencionar a dos personas que se fueron de este mundo, a mi abuela, que espero esté orgullosa de donde he podido llegar y a mi tío Miguel, pese a que me retó por mis indecisiones aquí lo estoy logrando. Un abrazo a ambos donde sea que se encuentren.

*Soy sanador.*

*Soy dueño del corazón,*

*Vendo tiempos y sabios consejos...*

*Ciencia híbrida, arte sagrado.*

*Somos seres en proceso.*

*Somos peregrinos, tú y yo.*

*Ayúdame a ayudarte en nuestro proceso.*

*Riamos y lloremos.*

(Mahoney, 2005, Psicoterapia Constructiva)

## Resumen

La presente investigación forma parte del grupo de Investigación Constructivista Cognitivo de la Universidad de Chile y tiene por objetivo conocer la percepción del uso de estrategias de autocuidado en un grupo de psicólogos clínicos, que trabajan en el contexto institucional de salud pública. El autocuidado es entendido como una serie de acciones que buscan promover el bienestar personal y calidad de vida de los individuos para resolver las condiciones particulares de desgaste, asociadas al ejercicio profesional de la psicoterapia (Yáñez, 2003). Este concepto surge como una medida preventiva para el llamado síndrome de desgaste profesional o Burnout. Para llevar a cabo el objetivo de esta investigación se hizo un estudio con metodología cualitativa y se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas a seis psicólogos pertenecientes a distintos centros de atención pública (CESFAM y COSAM). Dentro de los principales resultados está la relevancia del uso de las estrategias de autocuidado para poder llevar a cabo la labor clínica y también la crítica al sistema en cuanto este ha ido mermando los espacios de distensión de los terapeutas, bajo la lógica del rendimiento. Además, se lograron dividir las estrategias de autocuidado en dos grandes áreas lo profesional (organizacional y técnico) y lo Personal (Identitario a nivel: Terapeuta y Personal).

Palabras clave: Salud Mental Pública- Autocuidado- Burnout- Psicoterapia- Estudio Cualitativo

## Índice

### [Agradecimientos](#)

### [Resumen](#)

1. [Introducción](#)
2. [Problema de Investigación](#)
  - 2.1. [Antecedentes y Definición del Problema](#)
  - 2.2. [Objetivos](#)
3. [Marco Referencial](#)
  - 3.1. [Definiciones de Autocuidado](#)
  - 3.2. [Estrategias de Autocuidado en los Psicólogos](#)
    - 3.2.1. [Tipos de Autocuidado](#)
      - 3.2.1.1. [La Supervisión como Estrategia de Autocuidado](#)
      - 3.2.2. [Negligencia en el Autocuidado](#)
        - 3.2.2.1. [Saber pedir Ayuda](#)
        - 3.2.2.2. [Burnout](#)
    - 3.3. [Autocuidado en la Organización](#)
    - 3.4. [Salud Mental en Contexto Institucional de Salud Pública](#)
  4. [Marco Metodológico](#)
    - 4.1. [Tipo y Diseño de Investigación](#)
    - 4.2. [Muestreo](#)
    - 4.3. [Recolección y Técnica de Análisis de Datos](#)
  5. [Resultados](#)
    - 5.1. [Caracterización de los Terapeutas](#)
    - 5.2. [Autocuidado](#)
    - 5.3. [Burnout](#)
  6. [Discusión](#)
  7. [Conclusiones](#)
  8. [Referencias](#)
  9. [Anexos](#)

## 1. Introducción

Esta memoria de titulación se enmarca dentro del grupo de Investigación Constructivista Cognitivo de la Universidad de Chile, que busca encontrar nuevos focos de investigación y poder sentar bases para la formación en los programas de Diplomado y Magíster de dicha línea teórica.

La presente investigación tiene por objetivo conocer la percepción en un grupo de psicólogos clínicos que trabajan en contexto institucional de salud mental pública sobre el uso de estrategias de autocuidado, para ello se consideró el concepto de burnout, como una consecuencia de la falta de estrategias de autocuidado y el estrés provocado por las características del trabajo, que pueden sobrepasar las capacidades personales de los terapeutas.

El autocuidado surge como una temática relevante dadas las características del trabajo clínico y cómo este tiene efectos en la vida del terapeuta, por los contenidos que exponen los usuarios o por el exceso de demanda asistencial en este tipo de instituciones (Minoletti, et al., 2018).

Existe desgaste laboral en los psicólogos clínicos y el autocuidado surge como una forma de prevenir las consecuencias de un estrés laboral constante (Kleespies, et. al, 2011). Además, resulta importante porque la calidad del trabajo que realicen los profesionales está directamente relacionada con el estado de salud en el que se encuentre el psicólogo. Se ha visto fuertemente un trabajo más deficiente en aquellos que están desgastados que los que no (Cerde, 2012). Y el saber qué es lo que conocen respecto del concepto podrá dar luces acerca de lo que ellos están haciendo para poder mantener un buen ejercicio clínico.

En esta línea la OMS (Organización Mundial de la Salud), recientemente incluyó el burnout como una enfermedad laboral, entendiéndolo como un síndrome resultante de un estrés crónico en el trabajo que no fue gestionado con éxito (Carpentier, 2019). Esto para ser incluido en los programas de salud a partir del 2022.

Dada esta inclusión es aún más importante pensar en aquellos factores que podrían funcionar como protectores o incluso, prevenir la presencia de este síndrome que puede tener efectos a nivel personal como organizacional, en el primer nivel se presentan problemas físicos (enfermedades cardiovasculares, hipertensión, etc.), agresividad, aislamiento, ansiedad, entre otros y ,a nivel organizacional, se puede ver expresado en absentismo laboral, aumento de conflictos interpersonales laborales, baja satisfacción laboral, etc. (Gil-Monte, 2003).

Teniendo esto en cuenta surge la importancia de saber cuáles son los conocimientos, respecto al autocuidado y cuanto de esto están aplicando los psicólogos que pertenecen a una organización como forma de prevenir la aparición del Burnout. Para ello se desarrolló una investigación de tipo cualitativa, descriptiva, donde se aplicaron una serie de entrevistas a un grupo de psicólogos clínicos que trabajaban en servicios de salud pública. Identificando cuáles eran sus percepciones respecto de la temática y si era o no relevante para la práctica clínica.

Dentro de los principales hallazgos de la investigación se puede mencionar el que los psicólogos tienen un manejo más bien práctico del concepto, pues lo conocieron a partir de su experiencia laboral, no en su formación universitaria. También se pudo extraer dos grandes niveles de estrategias de autocuidado: lo Profesional y lo Personal, que a su vez se dividían en organizacional y técnico y también en la identidad como Terapeuta y la identidad Personal, respectivamente. Además, surge el concepto de Burnout, íntimamente ligado al Autocuidado, configurándose ambas como una polaridad, que dependiendo de cómo se resuelva el equilibrio entre ellos, es cómo irán funcionando las distintas áreas previamente descritas (Profesional y lo Personal) [Ver figura 1].

## 2. Problema de Investigación

### 2.1 Antecedentes y Definición del Problema

La práctica de los profesionales de la salud es sumamente desgastante, sobre todo la de aquellos dedicados a la salud mental (Yáñez, s/f, Maslach y Leiter, 2016), se considera a los psicólogos, en particular, como un grupo de riesgo debido al trabajo con el sufrimiento humano (Guerra, et al, 2011, Maslach y Leiter, 2016).

Hay que considerar, además, respecto a la práctica psicoterapéutica, que la persona del terapeuta es la herramienta de trabajo (Barnett, et al., 2007) también es la relación interpersonal (paciente-terapeuta) la que funciona como instrumento fundamental para crear las condiciones del cambio que se necesita para el alivio del paciente (Yáñez, 2003; Hubble et al., 2011). Por esto mismo la acción profesional de los psicólogos, exige un estar presente todo el tiempo, pues es él mismo quien está puesto en juego durante la psicoterapia.

También, a parte del lugar que tiene el terapeuta en este proceso, la psicoterapia en sí misma es riesgosa y desgastadora, provocando frustración frente a la no mejora de cierto tipo de pacientes o el terapeuta puede ser objeto de manipulaciones y/o reacciones agresivas de los consultantes (Barnet, 2007; Smith y Moss, 2009; Maslach y Leiter, 2016). Además, se debe considerar que, durante el ejercicio psicoterapéutico, usualmente se está solo con el paciente o con una pareja, en un box, sin mayor compañía, la soledad de la práctica también es un factor de riesgo (Smith y Moss, 2009; Guy, 1987).

Dados los riesgos del trabajo, es importante que los psicólogos se resguarden para no “morir en el intento” de hacer psicoterapia, en este sentido surge el concepto de autocuidado, que ha sido entendido como la aplicación de una serie de actividades que tienen como meta el “buen funcionamiento” el que se refiere a la calidad de la práctica profesional que permanece en el tiempo



de cara a los estresores profesionales, tanto como personales (Barnett y Cooper, 2009). También ha sido definido por Yáñez (2003) como las competencias del psicoterapeuta para promover su salud, bienestar emocional y su calidad de vida, y para detectar, enfrentar y resolver las condiciones particulares de desgaste asociadas al ejercicio profesional.

El autocuidado es sumamente importante, pues puede ser ejercido como forma de prevenir el desgaste laboral o el síndrome de Burnout, tomando como idea a la base “la necesidad de cuidarse para poder cuidar a otros” (Arón y Llanos, 2004; Rupert y Dorociak, 2019; Kissil y Niño 2017).

Dentro de los estudios realizados sobre el autocuidado se han encontrado variadas estrategias que se pueden adquirir, las que van desde el realizar ejercicio físico, tomar vacaciones, supervisiones, meditación, etc. hasta la psicoterapia personal (Mahoney, 1997; Doriack, et al., 2017). Resulta relevante mencionar al respecto de estas estrategias, es tener en cuenta que son personales y deben estar acorde a las necesidades de la persona, ajustándose a lo que ese terapeuta requiere (Pope & Vásquez, 2005; Ayala & Almond, 2018), por ejemplo, puede suceder que a un psicólogo le venga muy bien como estrategia de autocuidado el meditar y puede que otro, ocupe el arreglo de bonsáis como mecanismo para autocuidarse, ambos son igualmente válidos.

El autocuidado tiene variadas maneras de clasificarse, por mencionar algunas Ayala y Almond (2018) lo dividieron en seis grupos: Bienestar Físico, Relajación y Manejo del estrés, Hobbies, Relaciones Interpersonales, Autocompasión y Recreación al aire libre, todos estos extraídos de investigaciones empíricas con psicólogos.

Los psicólogos que se dedican a la clínica independiente tienen el riesgo de estar sumamente solos (Guy, 1987; Norcross y Guy, 2007), a diferencia de lo que puede ocurrir a aquellos que pertenecen a algún tipo de organización, donde podrían existir espacios de supervisiones, reuniones clínicas y conversaciones con otros miembros del equipo de profesionales (Perris, et al., 2012). En este sentido, parece relevante estudiar a los psicólogos que trabajan en contexto institucional, específicamente en

salud mental pública (SMP), ya que, al tener la ventaja del trabajo en conjunto, tienen varios factores que podrían jugar en contra del cuidado personal, como la alta demanda asistencial (MINSAL, 2017)

En general, se ha visto una mayor relación del burnout en psicoterapeutas y profesionales que trabajan en instituciones públicas de atención primaria de salud (Laverdiere, et al., 2018). El trabajo en este tipo de instituciones se ha relacionado consistentemente con el burnout, debido a la influencia de otros factores que podrían incidir en la labor clínica, como cuestiones administrativas estresantes, horarios de trabajo más largos, entre otros (Rosenberg y Pace, 2006; Zarei, et al., 2019).

Es importante respecto a la implementación de las estrategias de autocuidado, que estas sean conscientes, pues es fundamental ejercerlas de manera constante, para que se vuelvan parte de lo que se hace día a día, y, considerarlas como parte de la formación identitaria de los terapeutas (Barnett y Cooper, 2009), pues, tenerlo en consideración facilita la prevención del estrés, síndrome de burnout y todos aquellos posibles daños que perjudiquen el desempeño profesional y el bienestar personal.

En la literatura, se ha recomendado que las estrategias de autocuidado sean incluidas lo antes posible en la práctica laboral, pues, el no hacerlo puede drenar la dicha, el entusiasmo y el sentido que tenga para la persona el haber escogido esta carrera, pudiendo mermar la labor clínica (Pope & Vásquez, 2011). Acá surge la problemática respecto a este concepto, el autocuidado no se enseña en la formación de los nuevos psicólogos y parece ser que tampoco se está aplicando de forma explícita, solo queda aislado en las investigaciones como un algo importante para los terapeutas (Barnet y Cooper, 2009).

En esta línea como un efecto muchas veces de prácticas de autocuidado negligente en el trabajo mismo, surge el Síndrome de Burnout, acuñado por primera vez por un psiquiatra en Estados Unidos, Freudenberguer, quien observó que la mayoría de los voluntarios en un centro de salud, al cumplir un año de trabajo, iban perdiendo la energía, hasta llegar a un agotamiento general, estos mismos desarrollaron síntomas ansiosos y depresivos, como también cierta agresividad con los pacientes y

desmotivación laboral (Catsicaris, et al., 2007). Cristina Maslach, sin embargo, tomó y lo conceptualizó como un síndrome psicológico, que incluye el agotamiento emocional, despersonalización y un sentimiento de inadecuación con las tareas, que puede ocurrir en individuos que trabajan con otras personas (Maslach, et al., 1997), al respecto es importante mencionar que el burnout tiene que ver con el desgaste mismo que provoca el trabajo. Este concepto es usado como punto de contraste para poder conocer la percepción que tienen los psicólogos que fueron entrevistados.

El autocuidado surge como relevante dado los altos niveles de estrés laboral que experimentan los psicólogos, debido a su práctica clínica, contenidos potentes, presiones sociales, exceso de carga laboral, problemas en las organizaciones, el trabajo directo con el sufrimiento humano. (Barnett, et al. 2007; Smith y Moss, 2009; Kramen-Khan & Downing). Pero no se sabe si los terapeutas conocen el concepto, lo aplican y si este, personalmente, les resulta relevante para el desarrollo de su práctica clínica. Desde aquí surge la siguiente pregunta que guiará la presente investigación **¿Cuáles son las percepciones con que se manejan un grupo de psicólogos clínicos pertenecientes a un contexto institucional acerca de las estrategias de autocuidado?**

En función de esta pregunta se utilizó una muestra de psicólogos clínicos que pertenecen a un contexto institucional de salud pública. Para poder obtener dicha muestra se utilizó el muestreo “bola de nieve” que consiste en que los mismos profesionales contactados van facilitando el contacto de colegas y/o psicólogos conocidos que cumplan con los criterios de inclusión para el estudio, los cuales serán detallados en el marco metodológico.

## **2.2 Objetivos**

### General

Conocer las percepciones con que se manejan un grupo de psicólogos clínicos pertenecientes a un contexto institucional de las estrategias de autocuidado.

Específicos

- a) Describir la percepción del uso de estrategias de autocuidado de los psicólogos clínicos que pertenecen a un contexto institucional.
- b) Identificar la necesidad de estrategias de autocuidado para el sostenimiento de la gestión terapéutica en psicólogos clínicos que pertenecen a un contexto institucional.
- c) Identificar las nociones conceptuales al respecto del autocuidado de los psicólogos clínicos que pertenecen a un contexto institucional.
- d) Analizar la percepción de autocuidado para el sostenimiento de la gestión terapéutica en psicólogos clínicos que pertenecen a un contexto institucional.

### **3. Marco Referencial**

#### **3.1 Definiciones de Autocuidado**

El concepto de autocuidado va naciendo culturalmente desde la corriente filosófica estoica en Grecia, la cual promocionaba la idea del cultivo de sí, que implicaba una preocupación tanto del cuerpo como del alma, una concepción integral de cómo el ser humano debía cuidarse. Para los estoicos el cuidado de sí, incluía el ejercicio, una alimentación equilibrada y la satisfacción mesurada de las necesidades, pero también eran parte de eso las meditaciones, las lecturas, la reflexión de las conversaciones y el cuestionamiento de las verdades que se sabían (Uribe, 1999). Esta conceptualización pese a su antigüedad se ha conservado la idea base y ahora se podría asemejar al modelo biopsicosocial de salud, que considera el “cultivo” del cuerpo y del alma, así como los griegos lo veían.

En la época moderna ha sido descrito de diversas maneras y por distintos autores. Dorotea Orem, una enfermera norteamericana, lo definió como las actividades que hacen los individuos, familias o

comunidades en promoción de su salud y el tratamiento de sus enfermedades (González & Arriagada, 1999).

Uribe (1999), lo define como el conjunto de acciones intencionadas que una persona cualquiera realiza como forma de controlar factores internos y externos, los que podrían comprometer su vida. Por otra parte, Jasso-Arenas y Campos-Navarro (2011), lo describen como todas aquellas acciones que las personas realizan para la potenciación de la salud y evitar daños a futuro.

Desde una perspectiva a nivel profesional, Costerl y Schwebel (1997) lo describen como la aplicación de un rango de actividades con la meta de tener un buen funcionamiento, es decir, tener una cierta calidad profesional que perdure en el tiempo, incluso frente a estresores personales o laborales. También ha sido definido como la habilidad de recargarse y reponerse de forma saludable, entendiendo esto último como no caer en comportamientos compulsivos, como el consumo de drogas y alcohol (Gentry, 2002; Myers, et al., 2012).

Baum (2016) describe la práctica del autocuidado como el conjunto de medidas que el terapeuta toma para prevenir o aliviar las disrupciones emocionales que pueden surgir de la exposición del profesional a los contenidos traumáticos del paciente.

Por otra parte, para Myers et al. (2012) el concepto refiere a la realización de comportamientos que sirven para mantener y promover el bienestar tanto físico y emocional, incluyendo factores como el sueño, ejercicio, el uso de apoyo social, estrategias de regulación emocional y prácticas de mindfulness. Considerando el mantenimiento de un balance entre las demandas personales y profesionales, teniendo un “estilo de vida saludable” (Bamonti et. al, 2014). En Chile, el Ministerio de Salud (MINSAL, 2015) que es la entidad que regula la práctica de los profesionales de la salud, plantea el autocuidado como aquellas medidas para protegerse de los riesgos del trabajo.

Por último, Yáñez (2003) define el autocuidado profesional, como aquellas competencias orientadas a equilibrar carencias y restricciones interpersonales producidas durante el ejercicio de la

psicoterapia. Estas competencias involucran un conocimiento de las demandas personales de la profesión, sus consecuencias y conocer, manejar el repertorio de habilidades necesarias para poder compensar el desgaste del trabajo, sin olvidar las actividades que enriquezcan la vida personal del terapeuta.

El concepto de autocuidado que será utilizado para llevar a cabo esta investigación necesita estar inmerso en el mundo profesional de los psicólogos clínicos, por lo que esta última definición se vuelve la más adecuada para comprender qué significa la práctica del autocuidado en los psicoterapeutas.

En general, el autocuidado se entiende como la aplicación concreta de estrategias/competencias /actividades con el objetivo de que los estresores (enfermedades, trabajo) no sobrepasen la capacidad del sujeto para afrontarlos. El autocuidado es un estilo de vida activo que minimiza el efecto de la exposición a eventos estresantes (Bohall & Bautista, 2017).

Es necesario entonces, de acuerdo con lo que plantea Uribe (1999) que existan algunos principios de dicha práctica. En primera instancia, consiste en un acto voluntario, en segundo lugar, debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual, relacionada con la cotidianidad y las experiencias, pero que debe ser apoyada por un sistema social y de salud. Y, en tercer lugar, es una práctica social que implica cierta elaboración de un conocimiento y que da lugar a intercambios y relaciones sociales.

### **3.2 Estrategias de autocuidado en los psicólogos**

Los psicólogos como grupo de riesgo expuestos a el estrés debido a su labor clínica (Orlinsky & Rønnestad, 2005; Smith y Moss, 2009) y dado el hecho de que la persona del psicólogo es la herramienta de trabajo (entendiendo que lo personal es lo profesional) (Barnett, 2007), es entonces el autocuidado un requisito humano y una necesidad clínica (Norcross y Guy, 2007). Por lo que este debe estar enfocado en ambos niveles profesional y personal.

Dada la exposición a la que están sometidos los terapeutas surge la necesidad de normalizar, el querer cuidarse y no que sea considerado como una tarea egocéntrica, lo que se ha llamado la paradoja del autocuidado (Norcross y Guy, 2007). El profesional debe adoptar una actitud compasiva y otorgar el mismo tipo de soporte y aliento que da los pacientes, a sí mismo (Dattilio, 2015; Wise et al., 2012).

El concepto de autocuidado, como ya se ha dicho, se refiere al compromiso con conductas que sirven para mantener y promover el bienestar físico y emocional (Myers, et al., 2012). Y en última instancia, promover el propio bienestar teniendo un balance entre las demandas personales y profesionales (Bamonti, et al., 2014).

Dentro de las conductas o estrategias que se han encontrado en común entre los terapeutas están la lectura placentera, el ejercicio físico, hobbies, vacaciones, supervisiones, meditación, psicoterapia personal (Mahoney, 1997). Sin embargo, las estrategias de autocuidado son bastante personales y cada uno podría adoptar aquellas que le sean más cómodas y le hagan más sentido para con su propia historia y necesidades (Pope y Vásquez, 2011). También se ha de tener en cuenta que las estrategias pueden ir variando a lo largo del tiempo y reflejar el ambiente laboral, las demandas del trabajo, satisfacción laboral (Gabrielle, et al., 2008), pues no se ha de olvidar que, así como el trabajo psicoterapéutico con los pacientes es un factor de estrés, el contexto laboral también debe ser considerado como un elemento que puede contribuir a esto.

El autocuidado incluye el ir monitoreando las propias necesidades de cuidado y el hecho de que estas pueden ir cambiando a lo largo del tiempo, haciendo el llamado a las personas a ir creando nuevas estrategias que se adecuen a lo que se requiera en dicho momento (Pope y Vásquez, 2005), pues, así como las personas cambian, también sus formas de autocuidado deben ir variando.

Los psicoterapeutas son libres de decidir qué es lo que consideran adecuado para sí mismos, para cuidarse. Sin embargo, en la literatura se menciona que el contacto con otros psicoterapeutas como

en supervisión regular, trabajo en equipo y conversaciones con otros miembros del equipo, es una buena estrategia de autocuidado (Perris, et al., 2012), lo que se vuelve una ventaja para algunos contextos institucionales, donde existe mayor facilidad de encontrarse con otros profesionales. Aquellos que practican la psicología clínica de forma particular, corren el riesgo respecto a la soledad de la práctica, lo que los deja más vulnerables ante el agotamiento (Guy, 1987; Leivobich, 2006).

El Ministerio de Salud (2015) indica diversas estrategias de autocuidado para psicólogos pertenecientes a instituciones de Salud, orientadas a nivel personal y a nivel grupal. Respecto a las primeras se indica, la autoobservación y registro de cualquier tipo de malestar (físico, psicológico y conductual), el tener un espacio para la descompresión a través, por ejemplo, de supervisarse o una asesoría técnica. También el realizar actividades recreativas extralaborales y que sean libres de las temáticas del trabajo, sugieren evitar hablar con familia y amigos sobre temáticas vistas en el trabajo. El MINSAL incluye dentro de las estrategias de autocuidado la formación universitaria, la cual entregaría herramientas técnicas que permiten enfrentar los casos, y también la realización de algún otro tipo de actividad profesional diferente a la clínica, por ejemplo, estar en alguna jefatura. Por último, pero no menos importante, el contar con relaciones afectivas significativas y poder sentirse conectado y gratificado por otras áreas vitales además de lo laboral.

A nivel grupal u organizacional, el contar con un espacio laboral digno que facilite una atención óptima de los usuarios/pacientes (confidencial, acogedor) y el trabajar el clima laboral, a nivel de prevención, enfrentamiento y resolución de conflictos. Realizar reuniones clínicas que permitan hacer un mejor trabajo en equipo para el abordaje del caso, en esta línea la capacitación es vista como un aspecto importante para así realizar un mejor trabajo. La realización de actividades recreativas en conjunto y el cuidado mutuo entre los integrantes del equipo (MINSAL, 2018a).



Los terapeutas de acuerdo con Wise, et al., (2012) deben tener una mirada positiva del autocuidado, no solamente pensando en prevenir sus consecuencias, si no como una instancia de aprendizaje, por lo que debe ser intencional, consciente y acorde al estilo de vida de la persona. Barnet y Cooper (2009) también plantean que el autocuidado debe ser considerado como una parte esencial de la identidad profesional, no como algo extra que hacer. Cada psicólogo debe tomar la responsabilidad de que esta identidad incluya un enfoque activo en el cuidado personal, pero en primera instancia, durante la formación de estos profesionales, la tarea está sobre los hombros de los programas de capacitación, supervisores y mentores (Barnet y Cooper, 2009), quienes deben velar porque el autocuidado sea tomado como una herramienta para poder ejercer de mejor manera la actividad clínica.

El automonitoreo surge como un punto importante para poder establecer las estrategias y también para poder prestar atención a las “banderas rojas” de uno mismo (Pope y Vásquez, 2011). Norcross (2000) enfatiza el factor humano/interpersonal, supervisiones grupales, amistades, relaciones amorosas, entre otras, como medidas de desconexión y de compañía para el terapeuta. La psicoterapia personal, surge como un camino para el conocimiento personal, y generar la posibilidad tener diversidad en las actividades profesionales, como, por ejemplo, ser psicólogo clínico, pero también dar clases o participar en talleres, grupos, etc. (Pope y Vasquez, 2005).

De lo recientemente expuesto se puede rescatar la idea que ha sido repetida por varios autores es el balance entre lo personal y lo profesional (Norcross, 2000; Bamonti et al., 2014; Bressi & Vaden, 2017), la necesidad del contacto con las personas, fuera de la consulta, colegas, amigos, familia, el crear formas de estar conectado con otros parece ser una de las estrategias más básicas, importantes y útiles para los psicólogos (Pope y Vasquez, 2005; Myers, et al., 2012).

Otra idea que aparece como recurrente en la literatura es acerca de que para poder autocuidarse se necesita la exploración personal, para así saber y reconocer qué es lo que la persona necesita y lograr

integrarlo como una forma de vivir, no como otra cosa con la que hay que cumplir (Bohall y Bautista, 2017). El principio que rige al autocuidado es encontrar el bienestar de la persona durante las horas de trabajo y también el propio monitoreo de las emociones, sensaciones y conflictos que vayan surgiendo con la labor psicoterapéutica (Norcross & Guy, 2007).

A partir de lo leído y teniendo en consideración que el autocuidado es personal y cada terapeuta irá aplicando diversas estrategias que crea que le van a ir acomodando en el momento y etapa de vida en el que se encuentre. Surgen algunas acciones, que podrían considerarse más comunes entre los profesionales de la salud mental, el mirar películas, pasar tardes/noches con amigos y familia, jugar deportes recreacionales (Dunkley y Whelan, 2006; Myers, et al., 2012), también estos autores mencionan que usar el humor en la vida diaria puede ayudar a reducir el deterioro profesional en el terapeuta.

Otros autores hablan de la supervisión como mecanismo de autocuidado, siendo esta una manera de ir expresando las emociones contenidas acerca del paciente y encontrar otras opiniones respecto a los casos, una mirada externa (Perris, et al., 2012; Meany, et al, 2018; Norcross y VandenBoss 2018). Esto independiente del nivel de expertise profesional, la supervisión puede jugar un rol muy útil para resolver algunos problemas clínicos particulares, en especial aquellos que son personalmente sensibles para el terapeuta (Barnett, et al., 2007).

Perris, et al. (2012) plantean que una forma común de autocuidarse es el hacer actividades sociales como salir a comer después del trabajo, reunirse con amigos o realizar actividades individuales, escuchar música, practicar deportes, etc. También para muchos terapeutas el autocuidado incluye crear oportunidades durante el día para poder moverse y realizar ejercicio físico, esto pensado principalmente en las características de la labor psicoterapéutica, por ejemplo, caminar (Guy, 1987). El tener una dieta balanceada, un adecuado descanso y oportunidades de ejercitarse, atenderse emocional, física, relacional y espiritualmente, son llamados comportamientos

sostenedores de la carrera (Kramen-Kahn y Downing, 1998), y deben ser considerados como una atención a sí mismo, no como un acto egoísta.

A nivel profesional identificar o crear recursos para sobrellevar el trabajo, expandir el conocimiento y herramientas para continuar el crecimiento como psicólogo es la base de muchas de las estrategias de autocuidado (Pope y Vasquez, 2005). También el respetar un break entre pacientes es un aporte para el descanso durante el día y da la oportunidad de desconectarse de los contenidos de un paciente antes de entrar a sesión con otro. Se ha hablado de que cuando lo que el consultante lleva a la sesión es muy impactante para el terapeuta, lo sugerido es dejar espacios libres de contenidos “traumáticos”, lo que remite a tener un espacio lejos del lugar donde se atiende (box en sí mismo), llamar a amigos y se recomienda evitar conversaciones sobre estos temas con los colegas (Baum, 2016).

En síntesis, lo que aparece en común es la idea de mantener un equilibrio entre lo laboral y lo personal, adoptar estrategias que tengan sentido para la persona y que tengan una constancia en el tiempo, para que funcionen como un factor protector (Guerra y Lira, 2007; Morales, Pérez y Menares, 2003; Barnett y Cooper, 2009). Es entonces que el autocuidado surge como relevante debido los altos niveles de estrés laboral que experimentan los psicólogos, debido a su práctica clínica, el que puede llevar al surgimiento de diferentes cuadros como es el burnout (el que será ampliado más adelante).

### ***3.2.1 Tipos de Autocuidado***

Existen diversas maneras de poder clasificar el autocuidado, algunas de ellas se enfocan en el tipo de actividades, otros en el nivel de intencionalidad y, por último, las que se enfocan en la funcionalidad de las estrategias.

En el primer caso, Ayala y Almond (2018) hablan de seis grupos de actividades de autocuidado, Bienestar Físico, Manejo del estrés y Relajo, Hobbies, Relaciones Interpersonales, Autocompasión y Recreación al aire libre. El primer grupo incluye actividades como cocina saludable, ejercicio y

chequeos médicos regulares, el segundo, representa el tomarse descansos del trabajo y de correos, tomarse días libres y tener suficientes horas de sueño. El tercero, incluye escuchar música, leer por diversión. El cuarto, por su parte, refiere a una variedad de actividades sociales (amigos, familia, colegas). La autocompasión se refiere a actividades para estar concentrado y ser amable consigo mismo, como la meditación, mindfulness etc. La última categoría incluye el pasar tiempo fuera, el viajar y explorar.

Como se observa este tipo de clasificación está netamente ligada al tipo de actividad que será utilizada como autocuidado y tiene su origen en estudios empíricos con psicólogos que mencionan las estrategias que utilizan, sin embargo, puede que esta clasificación sea muy reduccionista en relación con la variedad de acciones que se pueden hacer y que cada psicoterapeuta pueda adoptar como una estrategia. Pero pese a esto, sirve para hacerse una idea de lo amplio del concepto de autocuidado.

Existen también 2 ejes de autocuidado el profesional y el personal, mencionados por Yáñez (2005), Coster y Schwebel (1997), Lee y Miller (2013) entre otros autores. Ambos son fácilmente distinguibles, pero inevitablemente están conectados. El autocuidado profesional es entendido como aquellas estrategias que promueven la eficacia y un uso apropiado de la función profesional, considerando el bienestar y mantenimiento de la salud propia, por ejemplo, supervisiones, especializaciones, diplomados, lecturas, break entre pacientes, relaciones con los usuarios y el otro eje, el personal, se refiere a todas aquellas prácticas que promueven el bienestar personal en las distintas áreas vitales fuera del contexto profesional, como todo aquello que tiene que ver con relaciones interpersonales, salud, familia, lo sexual, etc.

De una forma más general, pero no por ello menos enriquecedora para el entendimiento de este tópico, es el que refiere a si el autocuidado es efectivo o negligente, en el primero se hace referencia a las estrategias que son un aporte para los psicoterapeutas y que tienen efectos en los tiempos de

recreo, o sea, no solamente cuando el terapeuta está estresado, si no cuando está fuera del ambiente de trabajo (Pope y Vásquez, 2005). El Autocuidado Negligente, por su parte, en palabras simples se refiere al descuido de sí mismo y que tiene como efecto el favorecer el apareamiento de enfermedades mentales o el desgaste profesional (Pope y Vásquez, 2005).

### **3.2.1.1 *La Supervisión como Estrategia de Autocuidado***

De acuerdo con la literatura revisada resulta importante mencionar un aspecto básico para la labor clínica, la supervisión, entendida como una práctica específica donde existe una relación de colaboración entre los participantes, cuyo objetivo es mejorar la competencia profesional como la práctica del supervisado. El supervisor tiene la tarea de monitorear la calidad de los servicios que provee el supervisado y proteger a los usuarios/pacientes para que así reciban una atención adecuada (APA, 2014).

También la supervisión es considerada una instancia de aprendizaje, sobre todo enfocada en terapeutas noveles (Stovel y Steinberg, 2008). En este contexto muchos estudiantes y psicólogos recién iniciados han expresado que se beneficiarían de aprender estrategias específicas de autocuidado, planteándose como una necesidad para sus supervisores/profesores, también han expresado que algunas tareas de los supervisores podrían estar relacionadas con hacer un modelling de dichas estrategias y desestigmatizar la búsqueda de ayuda a través de la psicoterapia, por ejemplo (Rummel, 2015). El autocuidado surge como una necesidad que debe ser aprendida, y la supervisión se configura como un espacio donde se puede lograr dicho aprendizaje.

Sin embargo, esta no es la única forma en que la supervisión ayuda con el autocuidado, puesto que se constituye en un espacio para combatir la soledad de la práctica clínica, dando la posibilidad de compartir vivencias en un ambiente exclusivo para ello y que permite pedir ayuda si es que se necesita, sobre todo en aquellos temas particularmente delicados (Mahoney, 1997; Norcross, 2005;

Skovhlt y Trotter, 2016). Hablar con otros profesionales también puede facilitar el sentido de estar conectado con un otro y encontrar soporte (Figley, 2002).

El espacio de supervisión proporcionado en la mayoría de las instituciones puede ser uno de los medios más efectivos para poder procesar materiales/contenidos dolorosos de los usuarios o pacientes y también de las emociones y/o pensamientos personales que pueden afectar el bienestar y el trabajo del terapeuta (Inbar y Ganor, 2003; Knight, 2013; Bressi, 2017).

Existe literatura que ha planteado que los terapeutas que se han supervisado muy poco o nada, tendrían un riesgo mayor de sufrir burnout (Morse et al., 2011). El acceso a una buena supervisión es vista como un factor protector del desgaste profesional, lo que lleva a pensar este espacio como una forma de autocuidarse de los riesgos, ya mencionados, de la labor del psicólogo (Deville, et al., 2009).

La supervisión continua en el tiempo es esencial para la promoción de un afrontamiento a largo plazo, lo que se constituye en un “escudo frente al burnout” y también como una forma de que los contenidos traumáticos de los pacientes no impacten en los terapeutas y, además, ayuda con las intervenciones para esto (Knight, 2013). Se encontraron menores niveles de burnout en participantes de grupos de supervisión, lo que concuerda con esta idea del escudo (Cohen, et al., 2006).

Dados estos antecedentes se considera el espacio de la supervisión como una estrategia de autocuidado, que podría tener su origen en el contexto de aprender a realizar psicoterapia, pero que incluye un aspecto importante para el bienestar de los terapeutas y que estos tengan la posibilidad de “desahogo” de los contenidos y de lo que a ellos mismo les sucede con el contacto con los pacientes/usuarios.

### ***3.2.2 Negligencia en el Autocuidado***

El autocuidado negligente, se entiende como la falta de cuidado y preocupación de sí mismo, esto puede verse reflejado en ignorar algunas señales de alerta, tales como, el cansancio o algún malestar en la salud. En los terapeutas puede tener efectos corrosivos para este y su trabajo (Pope y Vásquez, 2016; Marazan, et al., 2018), en concreto, el faltarles el respeto a los clientes, hablando de ellos de forma degradante, como decir “ese depresivo”, la pérdida de la empatía también es una consecuencia de un autocuidado negligente. Además, pueden referirse a su propio trabajo como vacío, incluso como una broma, cometer más errores de los habituales, citar dos o más pacientes en un mismo horario, llamar a un paciente por otro nombre (Pope y Vásquez, 2011).

Se ha visto una pérdida de energía en aquellos terapeutas que no se cuidan o lo hacen de forma deficiente, pueden aparecer síntomas ansiosos y depresivos y frente a estos malestares se puede tomar la actitud de continuar trabajando, agudizando los síntomas (Kleespies, et al. 2011). También estos psicólogos, pueden encontrarse sin fuentes adecuadas de descanso y renovación. Despertándose cansados, apenas encontrar la voluntad de arrastrarse fuera de la cama y trabajar, luchar para mantenerse despiertos y alerta durante una sesión. Quedando demasiado cansados para socializar o hacer algo divertido, para que al terminar el día vuelvan a irse a la cama solo para que esto les vuelva a pasar (Pope y Vásquez, 2005).

Algunos de estos efectos tienen mucha relación con el síndrome de Burnout, por lo que se entiende que hay una conexión entre las demandas y desafíos de la labor psicoterapéutica con prácticas pobres de autocuidado y la aparición del desgaste profesional o burnout (Maslach, et al., 2001).

#### ***3.2.2.1 Saber pedir ayuda***

Un autocuidado negligente puede llevar al profesional a un vacío en la vida donde no hay alegría, crecimiento, significado ni una sensación de estar lleno y como consecuencia puede llevarlo a perder

interés en su trabajo y en intentar conectar con los pacientes, una especie de terminar funcionando en piloto automático (Pope y Vásquez, 2005).

Varios estudios que se han hecho sobre la salud mental de los psicólogos o profesionales involucrados en esta área, habla de que alrededor de un 40% ha presentado síntomas depresivos o ansiosos durante su vida laboral (Mahoney, 1997), otras incluso hablan de un 59%, en el Reino Unido (Dattilio, 2015). También según la APA (2010), un 18% de los psicólogos en Estados Unidos ha presentado ideación suicida mientras siguen trabajando con pacientes. Estos porcentajes resultan alarmantes, pensando que los profesionales deberían estar en un estado lo más saludable posible si se quieren hacer cargo del tratamiento de otros (Dattilio, 2015). Los profesionales que se encuentran desgastados realizan un trabajo más deficiente en comparación con aquellos que no lo están, esto teniendo efectos directos en la psicoterapia de sus pacientes (Beta, et al., 2007; Salston y Figley, 2003; Taris, 2006).

La clave está en escucharse a sí mismo, experimentando y siendo honesto sobre qué es lo que funciona o no para ir creando así estrategias de autocuidado que calcen con la persona de forma individual, por lo que no se habla de medidas universales, pese a que existen algunas recomendaciones generales, como lo que ya ha sido mencionado (Pope y Vásquez, 2005; Pope y Vásquez, 2011).

En este escucharse a sí mismo, es importante estar alerta y consciente de los cambios que se produzcan respecto al estrés en el rol profesional (Smith y Moss, 2009), se sugiere mantener al sí mismo en orden para poder entender las propias demandas emocionales y así poder hacer algo por ellas, preocuparse por uno mismo para poder estar pendiente de otro y así evitar el burnout. (Perri, et al., 2012; Skovholt, et al., 2001;).

Para realizar este trabajo, es importante una continua evaluación y preocupación de los niveles de distrés personal, para así ir identificando las “banderas rojas” que indicarían la necesidad de un



cuidado más atento y podrían guiar el que hacer para mitigarlo y que no se termine generando un síndrome de burnout (Pope y Vásquez, 2016).

En los profesionales de la salud mental se han encontrado algunos factores de riesgo para el desarrollo de desgaste profesional. La aislación, es uno de ellos, el contacto limitado con los colegas y la obligación imperiosa de confidencialidad pueden resultar en una falta de capacidad para desahogarse o poder compartir el estrés diario (Barnet, 2009; Guy, 1987; Dattilio, 2015). Algunos terapeutas tienden a llevarse los problemas de sus pacientes a sus casas, lo que puede incrementar mucho más la aparición de distrés (Baum, 2016).

El principio básico del autocuidado a nivel profesional y personal es poder prevenir o minimizar la contaminación de los distintos espacios con el estrés de la práctica clínica, para ello hay que estar constantemente prestando atención y tener los cuidados correspondientes para una buena salud física, sueño adecuado, dieta equilibrada, etc. Para lograr separar lo personal de lo profesional el terapeuta debe relajarse, darse placer o tratar de mejorar la propia calidad de vida con cosas que le hagan sentido (Baum, 2016; Dattilio, 2015).

Cuando el estrés ha sobrepasado al terapeuta, se ha visto que el uso de la propia psicoterapia proveería un espacio seguro, donde los terapeutas pueden exponer aquellos contenidos que le están angustiando en su labor diaria, a sabiendas que esas revelaciones no saldrán de esa habitación (Baum, 2016). Ivey (2014) propone que la asistencia a psicoterapia es prácticamente un mandato y un componente del entrenamiento de los terapeutas porque haría mejores profesionales, esto bajo el principio de atender a los pacientes bajo los mejores estándares. Por lo que se ve como una forma de autocuidado y también como una manera de trabajar cuando se ha llegado a los límites del propio bienestar. Además, se ha planteado la hipótesis de que es un comportamiento de autocuidado necesario para mitigar la naturaleza emocionalmente agotadora del trabajo (Ivey y Phillips, 2016). Y se han visto efectos protectores para el terapeuta y también, para el paciente que recibe la atención de

este profesional, pues el agotamiento del psicólogo tiene un impacto directo en el paciente (Lavèrdiere, et al., 2018).

Frente a esto es muy importante que los profesionales empiecen a prestar atención a los primeros signos de distrés y realizar una acción lo más pronto posible, muchos profesionales de la salud mental tienden, como ya se ha dicho, a negarse y, a menudo, no quieren enfrentar el hecho de que, debido a la profesión en la que trabajan, su probabilidad de verse abrumado por el estrés podría ser incluso mayor que la de otros profesionales (Dattilio, 2015).

### **3.2.2.2 *Burnout***

El Síndrome de Burnout o síndrome de desgaste profesional, se ha definido como un síndrome psicológico que implica una exposición a un estrés prolongado a nivel de contexto laboral (Maslach, 2003). Este síndrome incluye un agotamiento emocional, sentimientos de despersonalización y una baja sensación de logro personal en el trabajo (Maslach, et al., 1997; Maslach, et al., 2001). Este concepto incluye el sentir desesperanza respecto a una percepción de dificultad excesiva para continuar con el propio trabajo.

El concepto nace en Estados Unidos, haciendo referencia a “quemarse” por el trabajo (Burnout) como una forma de dar una explicación al proceso que los profesionales de la salud experimentaban cuando daban los cuidados y atenciones hacia sus pacientes (Gil-Monte, 2003). Freudenberguer fue el primero en usar este término, este psiquiatra observó a un grupo de voluntarios en un centro, y estos al cumplir un año de trabajo, más o menos, presentaban ciertos síntomas en común, iban perdiendo la energía, hasta llegar a un agotamiento general, desarrollaron síntomas ansiosos y depresivos, como también cierta agresividad con los pacientes y desmotivación laboral (Catsicaris, et al, 2007).

Cristina Maslach hizo una conceptualización más formal del concepto, planteando 3 aspectos fundamentales que determinarían que la persona se encuentra “quemada” por su trabajo. En primer

lugar, el agotamiento emocional se entiende como la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos, existe un agotamiento de los recursos físicos y emocionales (Gil-Monte, 2003; Maslach, et al., 2001). El segundo de ellos, la despersonalización o cinismo, puede ser entendida como el desarrollo de respuestas negativas, insensibles o excesivamente desapegadas, en este caso hacia los pacientes, por ejemplo, el que la enfermedad o malestar que tienen les es merecido. Por último, la baja realización personal se refiere a sentimientos de incompetencia, falta de logros y productividad en el trabajo, implica una constante evaluación negativa de sí mismos (Gil-Monte, 2003; Maslach, et al., 2001).

Este síndrome suele aparecer cuando fallan las estrategias de afrontamiento que el individuo suele usar para manejar los estresores laborales (Gil-Monte, 2003), también tiene relación con lo que se ha planteado anteriormente respecto a un autocuidado deficiente, pues se está más expuesto a los efectos negativos del estrés laboral.

Desde la psicología ha sido entendido como un “desgaste personal producido por el ejercicio de la psicoterapia, que se expresa en dificultades emocionales, cognitivas y comportamentales, y que interfieren las relaciones interpersonales profesionales y personales” (Yáñez, 2003, p.1). En general, se ha visto una mayor relación del burnout en psicoterapeutas que trabajan en instituciones, dada la cantidad de pacientes y el tipo de gente que suele ir a centros de atención de salud pública y especialmente en atención primaria de salud (APS) (Rosenberg y Pace, 2006).

En este sentido se reconoce que las condiciones de trabajo también tienen relación con la factibilidad de sufrir síndrome de burnout, por lo que las estrategias de autocuidado deben darse tanto a nivel organizacional como personal.

Respecto a los factores organizacionales se pueden encontrar estresores tal como, falta de personal, lo que implica sobrecarga y tiene relación con el volumen de pacientes que un solo profesional puede atender, también el contacto con el dolor, la muerte y el malestar de las personas, a veces existe en

las instituciones una ambigüedad en los roles, falta de autonomía para la toma de decisiones, los manejos burocráticos (Gil-Monte, 2003). Todo esto ha sido visto como antecedentes importantes a nivel laboral que pueden propiciar la aparición del síndrome.

Maslach, et al., (2001) proponen seis áreas del trabajo que influyen en la aparición del burnout, estas son carga laboral, control, recompensa, comunidad, equidad y valores. La primera, se refiere a la sobrecarga, la segunda, al sentido de ineficacia o una falta de autoridad para la toma de decisiones, la tercera hace alusión al salario, al reconocimiento y la valoración del trabajo personal. La comunidad refiere a la conexión con los otros, la equidad por su parte es el trato igual o desigual entre los distintos compañeros de trabajo y la última, es el sentido ético o cuán acorde están los valores de la empresa con los propios. Estas áreas, como se puede ver, tienen que ver con lo que la organización puede estar aportando para que sus trabajadores se “quemem”.

También puede haber factores interpersonales como las relaciones conflictivas con los pacientes y/o con los compañeros de trabajo, la falta de apoyo de estos y en algunos casos la sobre-identificación con los problemas de los consultantes, que podrían contribuir al desgaste del profesional.

Además, existen variables personales que podrían mediar la aparición de este síndrome, lo que podría explicar porque personas dentro de una misma organización, con las mismas dificultades, pueden o no desarrollar burnout. Por mencionar algunas variables se encuentran características de personalidad como un locus de control más bien externo que interno, percepción de falta de autoeficacia, un autoconcepto negativo, falta de estrategias de afrontamiento y de relaciones de apoyo, e incluso algunos estudios arrojan que la edad y el sexo podrían estar ligados a la aparición de este síndrome (Gárces de los Fayos, 1998; Maslach, et al., 2001; Bressi, 2017).

Así como la aparición del desgaste profesional tiene que ver con factores provenientes de distintas áreas, sus consecuencias afectan a más de un aspecto de la vida del trabajador. A nivel individual se puede hablar de la aparición de sentimientos de soledad, ansiedad, algunas alteraciones físicas como

hipertensión, crisis respiratorias, entre otras, el cinismo y la apatía también vienen de la mano con la aparición del síndrome (Gil-Monte, 2003; Maslach, et al., 1997; Garcia y Marziale, 2018). Por otro lado, en lo que implica para la organización tener trabajadores “quemados” provoca un deterioro en la calidad de la asistencia, baja satisfacción laboral, alto absentismo, aumento de conflicto entre los trabajadores y los pacientes (Gil-Monte, 2003; Maslach, et al., 1997; Simionato y Simpson, 2017). Los hallazgos respecto del burnout sugieren que puede traer un deterioro en general en la calidad del cuidado o del servicio dado por el staff de atención (Maslach, et al., 1997).

De acuerdo con González & Quezada en conjunto con Yáñez (2003), plantean la existencia de 12 demandas de psicoterapia al terapeuta que podrían facilitar la aparición del Síndrome de Burnout.

- a) Existe una doble demanda al terapeuta, a nivel intelectual y emocional, el aspecto intelectual está referido no solo al manejo teórico y técnico de la psicoterapia, sino también al hecho que durante las sesiones se debe mantener un estado intenso y permanente de atención y concentración en el usuario/paciente. A nivel emocional el terapeuta está demandado por los contenidos del paciente, el sufrimiento de estos, y por otro lado, el hecho de que los terapeutas deben poder perturbar a los pacientes técnicamente, pero también deben estar allí como personas en toda su complejidad, por lo que la emocionalidad del terapeuta está en juego.
- b) El constante trabajo con el sufrimiento, las demandas del paciente tienen un impacto emocional en el terapeuta.
- c) El terapeuta debe estar siempre disponible para el paciente, este último es el centro de la psicoterapia, el foco debe permanecer en las necesidades de él, por lo mismo la relación es unilateral. También este punto refiere al hecho de que el profesional debe replegar una respuesta emocional que puede no ser la respuesta natural, por lo que debe estar atento a sus propias respuestas frente a las temáticas expuestas por el paciente, esto conlleva un costo energético que puede ser muy alto.

- d) Se debe establecer una relación genuina y natural con el paciente bajo el encuadre terapéutico, controlando su reacción emocional natural y emisión de juicios, sin así dejar de lado la naturalidad y espontaneidad que requiere la psicoterapia. La exigencia es mantener un equilibrio adecuado entre una relación genuina y una técnica/profesional.
- e) Como terapeutas se está constantemente iniciando y terminando relaciones, lo que genera inevitablemente un vínculo dada la intimidad producida en el contexto de las sesiones. El compromiso de la psicoterapia es tanto profesional como personal, el cierre de la psicoterapia implica por una parte una pérdida afectiva y por otra la satisfacción del “buen desempeño” (Mahoney, 2005)
- f) El trabajo psicoterapéutico está asociado al aislamiento, sobre todo considerando la práctica de la clínica privada, pues se está solo en el box con pequeños breaks entre medio de las sesiones y también se considera el estar aislado, dado que la intimidad en la terapia es unilateral (Guy, 1987; Leivobich, 2006).
- g) El terapeuta debe ser cauteloso en los espacios públicos, pues es común que existan encuentros en espacios públicos y cotidianos, lo que genera incomodidad en algunos psicólogos, frente a lo cual hay una extensión del encuadre a este tipo de lugares, lo que es una carga considerando de que debe coartar su propia espontaneidad en espacios sociales.
- h) Socialmente el terapeuta es demandado fuera del espacio terapéutico, y muchas veces sucede que las relaciones no terapéuticas se ven interferidas, puesto que se espera del psicólogo una actitud analítica constante, una exigencia de permanecer en el rol del terapeuta la mayor parte del tiempo, tanto dentro como fuera del trabajo.
- i) El trabajo de la psicoterapia implica trabajar con la incertidumbre, la terapia significa estar constantemente bajo la premisa de no tener certeza frente a las diversas situaciones, como, por ejemplo, los contenidos de las sesiones, los cuales muchas veces surgen en el

momento y además la efectividad misma del proceso es incierta, existe una dificultad al momento de evaluar los logros alcanzados en la labor.

- j) Facultad de ser flexible en el trabajo, debido a lo personal y único que es el proceso, teniendo en consideración que existe un marco de referencia, este se debe ajustar a las necesidades de los pacientes, sin entramparse en lo teórico, lo que podría hacer que el psicólogo se rigidiza. Yáñez (2003) ha planteado específicamente que se debe realizar un ajuste constante entre lo que los terapeutas saben desde su propia postura teórica con lo que ejercen como intervenciones en relación con los contenidos que exponga el paciente.
- k) La psicoterapia implica una inestabilidad laboral, esto principalmente en aquellos dedicados exclusivamente a la consulta privada, puesto que esta funciona bajo el principio de días trabajados, días pagados (Leivobich, 2006).
- l) El terapeuta tiene la responsabilidad de autocuidarse, para ejercer se debe estar “sano” lo que implica poder tener un nivel de autoconocimiento y de desarrollo que permita enfrentar los propios conflictos, sin que estos empapen la psicoterapia. El autocuidado implica atender a las propias necesidades laborales y cuidarse del impacto de las tensiones laborales.

En esta línea es que se considera a la psicoterapia como un trabajo que provoca un fuerte desgaste en las personas, por lo mismo, el autocuidado surge como un factor preventivo que se ha de tener en cuenta para la práctica clínica (Maslach et al., 2001).

### **3.3 Autocuidado en la Organización**

El autocuidado puede estar enfocado en 3 niveles o ejes: personal, profesional y organizacional haciendo referencia hacia qué área está dirigida, por ejemplo, el nivel personal refiere a aquellas conductas realizadas por el profesional en su vida privada, las segundas, por el equipo hacia el

contexto laboral como las supervisiones y las últimas, son realizadas por la institución enfocada a las condiciones laborales (Breesi y Vaden, 2016).

En este sentido se entiende que hay responsabilidades compartidas desde el profesional como ente individual y también de las instituciones donde estos trabajan. Teniendo una gran demanda tanto cuantitativa (cantidad de pacientes) como cualitativa (contenidos) y sumado a ello, los aspectos burocráticos del trabajo (llenado de fichas) (Benevides-Pereira, et al., 2010).

El concepto de autocuidado organizacional implica minimizar los riesgos y disminuir la responsabilidad de los profesionales, para que no todo el autocuidado recaiga sobre ellos (Baker, 2003). También este concepto logra que las instituciones se enfoquen en implementar horarios abiertos y flexibles, creando y asegurando oportunidades de relacionarse con otros profesionales (Weiss, 2004).

Este último punto es muy importante, pues la práctica en solitario suele ser un factor de riesgo para el ejercicio de los psicólogos y hace que estos se desgasten, el uso de supervisiones grupales, reuniones clínicas, asistencia de colegas son prácticas estrategias de autocuidado que pueden ser implementadas en las organizaciones (Barnett, et al., 2007; Guy, 1987).

Las políticas que las instituciones tomen en lo que respecta al autocuidado de sus trabajadores y la manera en que puedan afrontar los contenidos traumáticos, puede ayudar a prevenir el desgaste de estos. Por ejemplo, otorgar instancias de supervisión, que es una de las formas más efectivas para lograr procesar los pensamientos propios y el material doloroso relacionado con los pacientes (Baum, 2016). Las organizaciones entregan, entonces, herramientas protectoras como el contacto con otros colegas, la posibilidad de conversar los contenidos, sin que esto se convierta en una transgresión al mandato de confidencialidad (Guy, 1987).

En este sentido resulta importante tener en cuenta que no solo los terapeutas son responsables de su autocuidado, si no que las instituciones deben estar constantemente alertas a lo que está pasando con



sus trabajadores, ya que, mientras estos se encuentren en mejor estado, es posible que den un mejor servicio de atención, en este caso de salud mental.

### **3.4 Salud Mental en Contexto Institucional de Salud Pública**

La Salud Mental en Chile, está regida por el “Plan de Salud Mental”, el primero de estos planes salió a la luz el año 1993, donde se implementaron los equipos psicosociales en APS (MINSAL, 2017). La implementación de este plan permitió el desarrollo de un segundo y tercer plan, uno del año 2000 y el vigente actualmente del año 2017 que rigen el funcionamiento de los psicólogos en centros de Salud Pública. La promulgación del primer plan logra generar un cambio en el modelo de salud, pasando de una mirada biomédica hacia una mirada biopsicosocial.

Con el segundo plan de Salud Mental, se desarrolló una red de servicios amplios integrada a la red general de salud, lo que permitió aumentar la capacidad de respuesta ante la demanda por problemas o trastornos mentales. Sin embargo, este sistema está lejos de ser perfecto, pues se esperaba que al 2015 el presupuesto en esta área alcanzara el 5%, pero las cifras demuestran que se tiene un 2,4% del gasto total en salud, lo que está muy por debajo de las recomendaciones de la OMS (MINSAL, 2017). Esto tiene como consecuencia una reducción de la cobertura y obliga a estar curando, más que previniendo, aumentando el gasto que cada persona tiene que hacer para poder acceder a los servicios de Salud Mental y logrando la sobrecarga de los equipos de salud primaria y especializada (secundaria y terciaria). El énfasis de este plan fue un enfoque comunitario y familiar, dada la evidencia de que existían condicionantes psicosociales en la aparición y permanencia de los trastornos psiquiátricos (De la Parra, et al, 2018).

El plan que rige actualmente sigue esta misma línea, ofreciendo a los usuarios la promoción-prevención-tratamiento y rehabilitación, pero con un énfasis en el hecho de ser resolutivos, esto quiere decir, lograr hacer intervenciones que permitan dar el alta a los pacientes, evitando así la cronificación y tratamientos largos de los usuarios, esto resulta difícil para los profesionales dado

que no cuentan con las condiciones de trabajo, contexto, incentivos para lograr así la respuesta a esta nueva demanda de “resolutividad” (De la Parra, et al, 2019; MINSAL, 2017).

La proporción de psicólogos ha ido en aumento con el paso de los años y es de los recursos humanos en salud mental que más hay en los diversos centros, prácticamente casi todos los centros de APS cuentan con al menos uno o más psicólogos, quienes generalmente reciben las derivaciones de los otros miembros de los equipos multidisciplinarios para dedicarse específicamente a la atención en psicoterapia individual (Aguilera, 2017), lo que se contradice un poco con lo planteado por las orientaciones del MINSAL, que esperan que las intervenciones vayan principalmente en la línea comunitaria, consejería, psicoeducación, etc. (MINSAL, 2017).

La salud mental en Chile funciona en base a 2 modelos, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y el Comunitario, entendiéndose ambos como un modelo que relaciona a los miembros de los equipos de salud con los usuarios, sus familias y las comunidades en los territorios, la idea es poner a la persona en el centro de la toma de decisiones, se les reconoce como parte de un sistema sociocultural y también se les ve como miembros **ACTIVOS** de su salud, el sistema por su parte se organiza en función de las necesidades de la población usuaria y se vela por el bienestar de los mismos (MINSAL, 2018b).

El modelo Comunitario presta especial atención a aquellas personas que padecen enfermedades mentales severas y persistentes, también incluye a las familias y las comunidades. Su enfoque es en la recuperación y en la inclusión de dichos pacientes. Por su parte, el modelo integral de salud familiar aborda los problemas de salud general, incluidos los problemas de salud mental, abarcando todos sus ejes. Teniendo un rol fundamental, en esto último, los centros de APS, enfocadas en la integración de los distintos niveles de atención, a la territorialización de la atención especializada y al predominio de la atención ambulatoria (MINSAL, 2018b).

Además de las prestaciones ofrecidas en APS, que suelen estar bastante demandadas y los recursos, que suelen ser escasos (Scharager y Molina, 2007), existen los Centros de Salud Mental Comunitaria, enfocados en una atención más especializada, estos surgen desde la reforma del segundo plan nacional de salud mental, e intentan dar respuesta a la creciente demanda por atención en salud mental y psiquiatría (MINSAL, 2019).

## **4. Marco Metodológico**

### **4.1 Tipo y Diseño de Investigación**

El objetivo general de la presente investigación consiste en conocer la percepción que tienen los psicólogos pertenecientes a un contexto institucional acerca del autocuidado. Para esto se entenderá el concepto de percepción como un proceso en el que se ponen en juego referentes culturales e ideológicos que explican la realidad y son aplicados a las experiencias cotidianas para así ordenarlas y transformarlas (Vargas, 1994). En este sentido se quiere llegar a los significados que los sujetos tienen sobre el autocuidado, por lo que se hace necesario un enfoque lo suficientemente flexible, abierto y donde se permita una variedad de respuestas para poder acercarse a la experiencia de los sujetos entrevistados, por lo que se ha escogido un enfoque cualitativo, pues se entiende que en este existe un interés por comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa (Krause, 1995).

Además, en esta investigación se quiere obtener una comprensión detallada de las perspectivas de los sujetos (Taylor y Bodgan, 1994) y se intenta hacer desde la perspectiva de ese otro (Canales, 2006). Lo que se busca en este tipo de estudios es obtener datos de personas, comunidades o situaciones en las propias “formas de expresión” de cada uno (Hernández, et al., 2010). En este tipo de enfoque se tiene una relación sujeto-sujeto, un sujeto que trata de explicar y entender las interpretaciones de la realidad de otros, frente a lo que se debe tener en cuenta, en la medida de lo posible, que es lo que irá determinando las propias concepciones de estos contenidos (Serbia, 2007).

En particular, esta investigación es de tipo descriptivo, pues se intenta especificar las propiedades características de ciertos procesos, personas y detallar cómo son los fenómenos (Hernández et al., 2010). El objetivo finalmente es recoger información sobre el concepto de autocuidado. La utilidad de este tipo de estudios es el poder mostrar las dimensiones de algunos fenómenos, contextos, conceptos que tienen ciertas poblaciones (Hernández et al., 2010). La descripción se va nutriendo del vocabulario cotidiano para expresar ideas sobre cosas, personas, fenómenos, etc. (Strauss y Corbin, 2002). Además, finalmente se pretende poder llegar a una síntesis al término de la investigación, a partir de lo que se haya ido obteniendo durante la recolección de datos (Canales, 2006).

## **4.2 Muestreo**

El muestreo consistió en una serie limitada de entrevistas a un grupo de psicólogos clínicos pertenecientes a un contexto de salud mental pública. El número de entrevistados fue de 6 psicólogos número delimitado por la saturación de los datos obtenidos. El criterio de inclusión para la realización de las entrevistas fue llevar más de un año trabajando en el mismo centro y cumplir con un mínimo de 20 horas semanales en el mismo. Las variables de género, edad y años de servicio no fueron consideradas como restrictivas para la muestra.

Respecto a las características de los entrevistados, se puede mencionar que son 3 hombres, 3 mujeres, pertenecientes a distintas instituciones de la Región Metropolitana, COSAM de Huechuraba, CESFAM Peñaflores, CESFAM Dr. Fernando Monckeberg, CESFAM Rosita Renard y CESFAM de Las Condes. Los participantes en promedio tienen 10 años ( $DS=2,9$ ) de experiencia laboral, en varios (3) su actual lugar de trabajo es el primer trabajo que tuvieron. Respecto a los años trabajando en los centros antes mencionados, el promedio es de 6,5 años ( $DS=5,1$ ). Acerca de la carga horaria de los participantes se puede mencionar que 2 trabajan en formato full (44 horas), 2 trabajan 33 horas y 2 realizan media jornada de 22 horas.

Los psicólogos entrevistados mencionaron adscribirse a distintos enfoques, entre ellos Constructivista Cognitivo, Posracionalista, Sistémico y Enfoque de Derechos en Infancia. De los 6 participantes, 5 mencionaron tener algún tipo de formación de postítulo, Magíster, Diplomado o ambos.

La muestra seleccionada fue hecha a través de un muestreo en cadena o por redes (“bola de nieve”), esto debido a que como explica Hernández et. al (2010), se identificaron personas claves que podrían participar y a través de ellos se les iba preguntando si conocían a otras personas, se hizo el contacto y se incluyeron en la muestra, también como ha planteado Morgan (2008) este muestreo usa un pequeño número de informantes iniciales quienes nominarían a otros futuros participantes que calcen con los criterios de inclusión. La representatividad de esta muestra está dada, no por la cantidad de sujetos a entrevistar, sino en las posibles configuraciones subjetivas (creencias, percepciones) que se pueden construir respecto de un fenómeno como el autocuidado en el contexto institucional de salud mental pública (Serbia, 2007).

### **4.3 Recolección y Técnica de Análisis**

Para lograr acercarse a esta visión del autocuidado se usó la herramienta de la entrevista cualitativa semi-estructurada, que está es definida como una “reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado)” (Hernández et al., 2010), a través de las preguntas y las respuestas dadas se logra la construcción y comunicación en conjunto de significados respecto de algún tema (Janesick, 1998). En específico la entrevista semi-estructurada se basa en una guía de preguntas hechas previamente por el investigador, pero constan de la flexibilidad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos (Hernández et al., 2010). Esta flexibilidad es la que permitió adentrarse en los contenidos expuestos por los psicólogos, para así acercarse a la percepción que tienen sobre el autocuidado. Estas entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento de los participantes, y posteriormente fueron transcritas por la investigadora. La

entrevista fue organizada en 3 tópicos, el primero una pequeña descripción de su experiencia laboral y el contexto donde trabajaban. El segundo se enfocó en definir y ahondar en el Autocuidado, las estrategias que ellos creían utilizar y su relevancia para la práctica psicológica. El tercero y último, fue definir y poder identificar ciertos factores que podrían propiciar la aparición del Burnout. (Ver Anexo 1)

El análisis de los datos es la acción más importante y consiste en proporcionar una estructura a datos no estructurados, se basa principalmente en la interacción entre el investigador y los datos directamente (Strauss y Corbin, 2002). Según Hernández, et al. (2010) los propósitos centrales del análisis cualitativo son, la exploración de los datos, otorgarles una estructura, describir las experiencias de los sujetos desde su propia visión, descubrir categorías, conceptos, patrones en los datos recolectados, sus vínculos y finalmente poder darles sentido, interpretarlos y darles una explicación a partir del planteamiento del problema, también comprender el contexto que rodea a los datos, reconstrucción de historias, la vinculación de los resultados con el conocimiento disponible y en algunos casos poder llegar a generar una teoría fundamentada en los datos. Esta investigación al ser descriptiva no llegará al nivel de generación de teoría, pues el objetivo es entender las percepciones sobre el autocuidado en el contexto de salud mental pública.

Para proceder con el análisis se realizó una codificación, que es un proceso sistemático que revela significados potenciales y sirve para desarrollar ideas, conceptos e hipótesis, frente a esto se van planteando códigos que son etiquetas para identificar categorías, esto se hace con el fin de ir comprendiendo lo que sucede con los datos (Hernández, et al. 2010).

Tres tipos de codificación se realizaron, abierta, axial y selectiva. En el primer tipo de codificación se generaron códigos a partir de dos fuentes distintas, la pre-codificación que son subcategorías que el investigador plantea de antemano y, por otra parte, están los códigos in vivo que son extraídos directamente de los datos “en bruto” (Bonilla-García y López-Suárez, 2016).

El segundo tipo, axial, hecha a partir de la abierta, es la búsqueda activa y sistemática de la relación que tienen los códigos y las familias (conjunto de códigos) entre sí por sus semejanzas o diferencias, por ejemplo, tal es propiedad de o contradice a esta otra categoría.

Por último, la codificación selectiva, referida a identificar una relación conceptual y teórica que guardan entre sí las familias, generando así un enunciado que expresa la relación entre dos o más categorías (Bonilla-García y López-Suárez, 2016).

A medida que se fue avanzando en el proceso de codificación, los datos se vieron reducidos hasta llegar a los elementos que centrales en el análisis, avanzando así a niveles cada vez más abstractos (Hernández, et al. 2010). Las relaciones entre las categorías obtenidas, la interpretación de los datos, ayudaron a poder aproximarse a el fenómeno del autocuidado. Para todo esto, se utilizó el programa Atlas.ti, v8.1, que facilitó el proceso de análisis de los datos.

## **5. Resultados**

Los resultados se enfocarán en 3 tópicos, el primero el contexto de salud mental pública, el segundo autocuidado y en tercer lugar el burnout. Los tres contenidos se encuentran entrelazados, sin embargo, serán separados para poder tener una mayor comprensión de lo que se obtuvo en el análisis de los datos.

Sin embargo, como una problemática añadida a las condiciones actuales de trabajo de los psicólogos surgió la problemática asociada a la pandemia COVID-19. Los terapeutas entrevistados mencionaron haber percibido cambios respecto a sus actividades usuales en sus lugares de trabajo, pasando de atender en un box presencial a la modalidad de teletrabajo o comenzando a cumplir otras tareas como de “secretarias”, para poder llevar el seguimiento de los pacientes con COVID. Para algunos estos cambios se aprecian como buenos, dejar de asistir todos los días a la institución que les provocaba desgaste, y para otros, se constituyó en algo más bien desgastador por el hecho de tener que trabajar en casa, mencionando las condiciones personales para poder realizar teletrabajo:

“Además, por ejemplo, con todo esto que está pasando, que nos mandan con teletrabajo en la mayoría de los trabajos, eh... nadie te pregunta si tú tienes las condiciones en tu casa a lo mejor para trabajar, que además es una situación de estrés adicional, entonces todos tenemos la lógica de que tienes que seguir funcionando desde tu casa, que además deberías estar agradecido poco menos, porque es súper cómodo trabajar desde tu casa y no, está lejos de ser real, entonces no sé, la gente como que tampoco se fija en las condiciones de cada uno, hace todo de manera muy general. (¿Y tú crees que debería ser más personal?). Si yo creo que, cuando uno coordina cosas, hay ciertos parámetros generales, pero también tienen que tener en cuenta, ciertas puntualidades de cada persona, no sé cómo decirlo, cosas puntuales de cada uno, tales como tú... Porque si no sería re fácil es como que cortas con la misma tijera para todos y todos reaccionan igual, eso es lo que están esperando y no, la verdad es que no, no es lo mismo trabajar desde tu casa viviendo con tus papas o viviendo solo o viviendo con tu abuelo que está enfermo o con un hijo, o con no sé, no es lo mismo” (Terapeuta 6)

## 5.1 Caracterización de los Terapeutas

El primer tópico de las entrevistas, fue respecto a sus lugares de trabajo, años de servicio laboral, formación, entre otros. Los terapeutas, frente a esto fueron enfáticos en que existirían diferencias entre lo que se enseña en la universidad respecto del trabajo psicoterapéutico a lo que se hace en realidad en contexto de salud mental pública, esto representado en el hecho de que se utilizan diversas herramientas de distintos enfoques, lo que ha sido visto también en otros estudios cualitativos (Zúñiga, et al., 2020b) en pos del paciente y también hablan de esta visión como “romántica” de la psicoterapia, el trabajo constante, la mejoría del paciente, cosas que son difíciles de ver, sobre todo en APS. Esto se ve reflejado en lo que plantea el Terapeuta 3: “(...) a partir de esas distintas realidades aplico las herramientas que puedo tener, si necesito aplicar algo psicoanalítico lo voy a aplicar porque me parece que es lo indicado (...)”



La presencia de un equipo multidisciplinario resulta ser un factor de suma importancia para los terapeutas, para poder tener múltiples miradas de un mismo caso, la toma de decisiones en conjunto, o ser un alivio en los momentos en que la labor clínica sobrepasa los límites personales. También esta mirada comunitaria, es explicitada como un complemento de la atención clínica y una forma de enriquecer la experiencia de la SMP:

“(…) Si en algunos puntos nos topamos, en hartos hoy día, yo creo que en el ejercicio porque tiene que ser así, abierto, no puede ser, no puede ser solo en el individuo, también en su familia, en su comunidad, (…) obviamente es todo un sistema que nos afecta, no puede ser aislado” (Terapeuta 4)

Respecto a las características del funcionamiento y la atención en Salud mental pública, los terapeutas hablan de una sensación de estabilidad estando dentro del sistema, una vez que entras es difícil que salgas: “(…) porque el servicio público más encima tu entras a trabajar y si haces bien tu pega puede que no te echen nunca más, puedes morirte casi ahí” (Terapeuta 2). También mencionan la diversidad de tipos de atención que dan los psicólogos en este contexto, como atención en crisis, psicoeducación, talleres y visitas domiciliarias. Otra característica, que se encuentra ligada a la sobrecarga de la labor de los terapeutas es la parte burocrática, que tiene que ver con el llenado de fichas, realización de encuestas y test, que el mismo sistema exige dentro de sus lineamientos y las estadísticas, las que se vuelven un factor de amenaza respecto a la atención clínica, pues roba tiempo en el que se puede estar atento al paciente y además surge una crítica a esta lógica de cumplir metas para así poder recibir dinero, esto también surge como una característica del trabajo que facilitaría la aparición del Síndrome de Burnout, como se puede observar en la siguiente cita:

“(…) Más encima cada vez nos llenan más de formularios, que nosotros atendemos con unas fichas clínicas, y esas famosas fichas clínicas vienen con un montón de formularios entonces, cosa que yo cumplo muy malamente, como soy un funcionario “Antiguo” soy como el tipo

que no se actualiza, ¿No?, así como que voy más lento en el proceso de actualización. Entonces nada, se aplican un montón de formularios, ¡Montón!, o sea tú te puedes echar 30 minutos fácil solo en aplicar encuestas que son metas, que son ¡Metas!, y esas metas es igual a dinero, y ese dinero es igual a vamos a poder contratar más psicólogos, si pero para que apliquen más encuestas, entonces para mí es como un poco estúpido (...)Es como un círculo vicioso y nuevamente como los ojos se ponen en el dinero, ¿No?, nos perdemos mucho, entonces te empiezan a medir si tú eres buen psicólogo en la medida que aplicaste 300 encuestas, ¿Si?, entonces empieza a pasar esta cosa bien perversa que es como “mira, yo no sé si atendiste bien al paciente, ni siquiera sé si lo traste bien, ni siquiera sé si lo miraste a los ojos pero aplicaste la encuesta ” (...) (Terapeuta 5)

Dentro de esta burocracia también es importante tener conocimiento y manejo sobre el sistema de derivación intra e interinstitucional, conocer los apoyos materiales, humanos y de redes a las que el usuario podría acceder por la sugerencia de su psicólogo tratante, así otorgar el mejor servicio posible. Los terapeutas mencionan también el hecho de que las altas de los pacientes no son comunes en el sistema de SMP lo que está ligado a una cierta frustración, es ahí donde la disposición personal del terapeuta tiene un rol fundamental para el trabajo en este contexto, para poder entregar ayuda a una persona que la está pidiendo:

“(...) yo creo que se puede hacer mucho, o sea trabajar en servicio público es hacer mucho con poco y eso se puede hacer, pasa mucho con la disposición, o sea a veces no sé, es más terapéutico una buena cara, una sonrisa, una palabra de aliento, más que cualquier otra cosa, y eso lo pone el terapeuta no es necesario que haya plata para eso (...)” (Terapeuta 2)

Específicamente respecto a los CESFAM, donde la mayor parte de los psicólogos entrevistados se desempeñaban, se puede decir que existen, según la percepción de los participantes, muchas instancias de autocuidado que quedan como un supuesto, pero finalmente no se concretan debido a

diversos factores, dentro de estas instancias mencionan, por ejemplo, que las reuniones planificadas como de autocuidado, almuerzos, tardes libres, terminan siendo igual de trabajo y muchas veces son momentos costeados por los mismos profesionales (Terapeuta 1, Terapeuta 4, Terapeuta 5 y Terapeuta 6), las reuniones clínicas también en principio se plantean como enfocadas en hablar de los casos, pero finalmente terminan siendo meramente para dar información o conversar aspectos más burocráticos (orientaciones del ministerio o de jefatura), como se ve reflejado en la siguiente cita:

“(…) Las estrategias son súper vagas, vienen desde servicio, hay orientaciones, pero el tiempo no da como siempre para hacerlas, nosotros se supone que como estamento tenemos una vez al mes nuestra reunión como equipo de salud mental y donde se supone que esa también es una instancia de autocuidado, esas instancias de autocuidado en general, son ir a almorzar, como distender un poco, pero siempre igual terminamos trabajando porque no.... y a parte que vamos a almorzar con nuestras propias lucas, no es que haya un presupuesto para el autocuidado, no, o sea en verdad los psicólogos hablamos mucho de autocuidado, pero es poco lo que hacemos, en clínica también se supone que también tenemos supervisión cuando estamos en box, atendemos paciente y tampoco se concreta, estamos siempre bajo el supuesto” (Terapeuta 4).

También algunos terapeutas mencionaron las dificultades en el acceso de los usuarios al sistema, por desconocimiento del cuidado de la salud mental y/o por la frecuencia a la que pueden acceder a los profesionales, ya que cada paciente es responsable de pedir sus horas y si no las agenda en el momento que debe podrían pasar hasta 2-3 meses entre una sesión y otra, lo que entorpecería el correcto proceso psicoterapéutico. Respecto al proceso mismo de atención psicológica en APS, los entrevistados mencionan que existe menor cantidad de tiempo para indagar en la vida del paciente, muchas veces se debe intervenir de forma apresurada y directa, “apagar incendios” (Terapeuta 2), también mencionan que es muy fácil caer en la consejería y no hacer psicoterapia. Otra dificultad

recae en los tiempos de atención que muchas veces va entre los 25-30 min, donde en ese porcentaje deben llenar los datos de las fichas y con un máximo ideal de 45 min., estos tiempos van variando dependiendo de la jefatura de los diversos centros de atención. Estas características, resultan ser una amenaza para el bienestar de los psicólogos, pues juegan en contra del sentir que se está haciendo un aporte y de las expectativas de lo que era trabajar en Salud Pública.

En COSAM, que es una institución especializada, existe la posibilidad de atender semanalmente y se suelen ver pacientes considerados moderados, que tienen patologías más graves y necesitan una mayor constancia y medicamentos más específicos, también tienen una frecuencia en las sesiones de una vez a la semana, a diferencia de lo que sucede en APS.

Durante las entrevistas, los terapeutas, de manera espontánea, identificaron algunas diferencias entre la consulta privada y la consulta en centros de salud pública, pues varios de ellos (4) tenían consulta particular, dentro de esto lo que más se destacó es que los usuarios de la salud pública, en general, tienen un contexto mucho más adverso que aquellos que pueden acceder a la consulta particular y también que existirían pacientes con mayores recursos, cognitivos y económicos en la atención privada.

“O sea, si claro, pero principalmente por ejemplo con los pacientes que tengo en la consulta particular es totalmente distinto... Es la necesidad, la expectativa, el hecho de pagar, los recursos cognitivos, la forma de analizar muchas cosas, la historia como te marca en cuanto a tu perspectiva futura y cuando hay realidades demasiado no, como que lo clínico ehm... si igual se puede avanzar, pero hay que... es como trabajar sobre distintos lienzos, hay lienzos que son más blancos y son más fáciles de hacer un dibujo, pero hay otros que tienen demasiadas cicatrices” (Terapeuta 3)

## 5.2 Autocuidado

El segundo gran tópico extraído de las entrevistas es el Autocuidado, el cual fue referido como un concepto que se conoce desde lo laboral y/o práctica clínica, más que desde la universidad, a excepción de un terapeuta que tuvo durante su formación académica un ramo llamado “taller de autocuidado”.

Dentro de las formas de definirlo los terapeutas mencionaron entenderlo como una acción o acciones concretas personalmente agradables (leer, practicar ejercicio, escuchar música, entre otras), esto también surgió desde las estrategias de autocuidado Personales, que será mencionada más adelante. También fue definido como un estilo de vida, la preocupación de uno mismo y de estar en buenas condiciones (física y psicológicamente). Además, surgió como concepto el autocuidado profesional, entendido como todos aquellos aspectos relacionados con la organización y con el psicólogo dentro del contexto psicoterapéutico y la generación de espacios dentro del lugar de trabajo que provoquen bienestar personal.

Desde las formas de definir el autocuidado, se pudo extraer una clasificación de las estrategias que utilizaban los profesionales. En primer lugar, como se mencionó anteriormente, está el autocuidado profesional que estaría dividido en Organizacional y Técnico. En segundo lugar, se extrajo lo personal, desde donde se deriva un nivel identitario como terapeuta y personal.

En lo organizacional, los psicólogos entrevistados plantearon como estrategias importantes, la contención por parte del equipo de trabajo y la presencia de este como una instancia de aprendizaje, esto también está relacionado con la presencia de equipos multidisciplinarios en las instituciones, como se puede ver reflejado en la siguiente cita:

(¿Cómo manejas las frustraciones del trabajo?) (silencio) muchas veces conversándolo, o sea lo que pasa es que hay realidades con las que no puedo hacer mucho, que haya no sé, dos niños que tengan unos padres que sean unos pasteles y que hagan cosas que, sin ser

constitutivos de delitos, ni denunciables, sabes que le están haciendo mal a su hijo, hay cosas que no se pueden hacer, lo bueno es poder conversarlo, mira yo siempre he sido de la idea, de pedir ayuda, una de las características de trabajar en un centro de salud es que en todos los casos los tienes que conversar con más de una persona, y con distintos profesionales y eso te amplía mucho la mirada, (...) conversar con el equipo sirve mucho frente a esas cuestiones y afortunadamente hay trabajos en equipo que son bien contenedores, por ejemplo una vez, un paciente mío mientras estaba atendándose conmigo se suicidó y ahí fue heavy, fue súper heavy porque finalmente, fue hace varios años, pero era un paciente esquizofrénico y que siempre tenía agresiones hacia los demás (...) después de la sesión se fue a un mall y se tiró de un piso para abajo. Ahí lo pase horrible porque es fuerte la cuestión y yo más encima le dije que no vayas para allá (lugar de estudio) pero tal vez estaríamos lamentando la muerte de otras personas, y ahí es distinto, igualmente la familia me... me recibió súper bien, fui al funeral y toda la cuestión, igual sabían quién era (...) pero ahí sin el equipo me hubiera ido muy abajo y ahí conversar, que de repente no hay técnicas ni nada, solamente que alguien te escuche como.... Si cuando un día estas mal y alguien te escucha, ya está un poco mejor todo. (Terapeuta 3).

Siguiendo dentro de lo Organizacional, los terapeutas mencionaron que creían fundamental que hubiese líneas de comunicación armónicas entre los distintos estamentos de los diversos centros. También la posibilidad de tener breaks entre los distintos pacientes, resultó ser un aspecto muy importante para poder desarrollar un buen trabajo, esto pensado en un posible despeje. Se debe mencionar que este aspecto fue asociado también a lo técnico, pues en contexto de salud mental pública, los momentos libres dependen de lo que la institución disponga, pero en el ámbito privado, tienen que ver como el terapeuta disponga de sus tiempos. Además, surgieron temas relacionados a la mantención de un buen ambiente laboral y el realizar actividades con los compañeros fuera de lo profesional, para poder mantener este ambiente y evitar el colapso de los miembros del equipo:

“(Respecto a una colega con licencia por estrés) Exacto por lo mismo, lo que le paso a esta colega que es psiquiatra, se está instaurando un poco estas cosas de autocuidado, que estamos haciendo ahora con los almuerzos, las comidas, hacer turnos éticos, respetar, cuidar esos espacios, si se está haciendo porque o sea por el tipo de paciente lo complejo del contenido de los pacientes es que se ha tratado de, porque a nosotros en el COSAM se atiende con alcohol, drogas, programas que no dejan de ser menor” (Terapeuta 1).

Por otra parte, las estrategias relacionadas con lo Técnico, que son entendidas como aquellas que tienen que ver con competencias a nivel laboral, pero fuera de la organización, dentro de ellas surge la supervisión, como un espacio para entender y ser contenido respecto a lo que va sucediendo en los casos, sin embargo, respecto a este punto, los terapeutas mencionaron que muchas veces el espacio no se tiene dentro de la institución y que “es un lujo poder supervisarse la verdad” (Terapeuta 6), frente a lo cual varios han buscado opciones particulares o dentro de sus formaciones de postítulo han podido acceder a ellas. Un terapeuta plantea que existirían diferencias entre la supervisión académica y la que se puede dar en este tipo de instituciones, en el sentido que no todos los terapeutas tienen el mismo enfoque e incluso, algunos no tienen claro a qué línea se adscriben, por lo que teóricamente existen topes, sin embargo, los espacios para conversar de los casos resultan desde la “Teoría de la Atención Pública” (Terapeuta 3).

Otro aspecto de lo profesional, que puede ser entendido como una estrategia de autocuidado, es la experiencia laboral, ayudando a prestar un mejor servicio y también entendiendo cuáles son los procesos internos de uno, que podrían engancharse con los contenidos de los pacientes. Además, surge desde los distintos entrevistados el hecho de establecer límites personales en la atención, con varios componentes, dentro de ellos se menciona el tomar cierta distancia del paciente para ser un sujeto cuestionador y no compadecerlo y así poder avanzar en el proceso psicológico, también esto se encuentra relacionado con el tener claro cuál es el rol del psicólogo para con los pacientes, como lo plantea la siguiente cita:

“(...)o sea para mí el dolor del otro es un enigma, por así decirlo, tengo que contener un poco, porque si veo que está llorando mucho no puedo decirle ya, ya deje de llorar respóndame las preguntas, no, obviamente tengo que contener, como abordar, o sea usar como estas habilidades un poco más blandas, pero el dolor del otro para mí es un enigma por ende mi actitud hacia ese dolor siempre va a ser una interrogante de ir e intentar entender, indagar, comprender el sentido de ese sufrimiento y bajo ningún aspecto compadecerlo o sea jamás quedarse como en el pucha, ya va a pasar, porque las veces que me ha pasado en la indagación llegar a ese punto, como ya tranquilo va a pasar, me doy cuenta que en algún punto me entrampe y que no estoy cuestionando el dolor del otro y de cierta forma estoy recurriendo a un recurso de compasión, como de... o sea como yo lo acepto, acéptalo tú. Entonces volviendo un poco, creo que el tener claridad respecto a la disposición técnica, permite la distancia necesaria para poder adoptar esta aproximación desde el deseo de curar al otro a través de la interrogación, es como una disposición, insisto como técnica (...)”

(Terapeuta 2)

El trabajar menos horas, atendiendo a pacientes directos, surgió como un factor de alivio para con el cansancio laboral y así se lograría otorgar una mejor atención a los usuarios, este código se relaciona con la falta de variedad de actividades, pues aquellos profesionales que solo se dedicaban a la atención directa paciente-terapeuta, se declaraban como más cansados, agotados, incluso quemados, que aquellos que tenían una gama de actividades como intervenciones de tipo comunitaria, visitas domiciliarias o cargos con cierta jerarquía, esto puede verse reflejado en la cita de este terapeuta:

“(...) Si... Ahora que estoy coordinando estos programas como que de alguna manera tengo, como no sé si libertad, pero menos pacientes, porque estoy con más trabajo administrativo, por lo tanto, los pacientes que tengo son como un chiche, porque a mí me gusta mucho atender, entonces siento que me permite esta nueva modalidad de trabajo, con harto trabajo administrativo, dedicarles más tiempo a los pacientes cuando realmente los tengo agendado,



pero cuando tenía 10 pacientes al día no, no te da, es que quedas mal, con suerte tienes tiempo de ir a almorzar...” (Terapeuta 6).

Relacionado con este punto, los terapeutas hablan del hecho de cuidarse del exceso de demanda por atención, no abarcando más pacientes de los que efectivamente se puede atender, esto se encuentra ligado también a un factor que facilitaría la aparición del burnout en los terapeutas por parte de la organización, ya que muchas veces por tratar de desatorar el sistema, se sobrecarga a los profesionales, dejándolos sin descansos y como se vio en la cita anterior, teniendo 10 pacientes al día, cada 45 minutos.

Otra estrategia que plantean los entrevistados, respecto a los límites personales, es saber cuándo conectarse y desconectarse (desengancharse) de los contenidos de los pacientes, “(...) Pero además también trabajamos, así como esto de lo que quedaba en el trabajo, no llevar para la casa, porque de repente igual había casos que eran bastante complicados y uno igual como que era difícil de desconectarse, con ciertos casos como complicados” (Terapeuta 1). Esto incluye el poder dejar el trabajo en el trabajo y no llevarlo a la casa, el prestar atención y ser honesto con el paciente cuando se está desconcentrado y no se ha podido conectar con la persona que se está atendiendo, sea por seguir enganchado de un paciente anterior o por algún motivo personal.

Respecto al trabajo psicológico en sí mismo con los usuarios, los entrevistados reportaron que era importante para cuidarse a sí mismo, el conocer los límites de los pacientes, pues esto ayudaría a no frustrarse respecto al trabajo con estos, no esperando más de lo que ellos podrían hacer en las sesiones o en el proceso en su totalidad. También el saber cuándo hay que derivar a los pacientes a otra institución o a otro colega, esto tiene la función de proteger al terapeuta de desgastarse por no tener acceso a los recursos que el usuario podría requerir o cuando el psicólogo se siente incómodo con el paciente que está atendiendo, este último aspecto se relaciona además con el distinguir las dificultades en el trabajo psicológico que tienen que ver con el paciente, por su forma de ser,

compromiso, etc. Y cuales tendrían que ver con el terapeuta, como engancharse con la persona por algún contenido personal o el estar muy cansado, entro otros.

“Sí, porque de repente hay algunos pacientes que son súper agotadores y hay otros que son light, bien, así, pero hay otros que son muy agotadores, muy agotadores y por supuesto tu esperas que no, y claro ahí tú te dices, te pones a preguntarte a ti misma que te pasa con el paciente porque entras como en toda esa cuestión en el ejercicio de mirarte a ti como terapeuta porque te pasa, pero a veces cuando eran las 4 de la tarde, decías es que estoy cansada, no es el paciente, es que estoy cansada, es que es mucho, como que no empiezas a preguntarte o a reflexionar sobre qué te pasa a ti, es que estoy cansada” (Terapeuta 1).

Pasando al nivel Personal, en la Identidad como Terapeuta, surgen los aspectos personales, pero que tienen un componente profesional, como, el realizar actividades laborales, no necesariamente ligadas a la atención clínica, por ejemplo, hacer clases, participar en investigaciones, grupos de apoyo, entre otros. También el sentir satisfacción por el trabajo es un factor protector del desgaste, sentir que la labor es un aporte para las personas como para la sociedad, esto está relacionado con el hecho de que el ayudar a los pacientes funciona como un motor para el seguir trabajando en Salud Mental Pública.

“(...) porque para estar en una atención pública hay que tener vocación, hay que querer estar ahí porque o si no te vas a frustrar rápido y vas a terminar yéndote rápido, como le pasa a mil personas, el conocimiento lo que me ha servido es el conocimiento de que hay personas que nunca van a poder postular a tener una terapia individual con un especialista, como yo se la puedo entregar en el CESFAM, ese es el único conocimiento, que sé que conozco que nunca van a salir de esa primera línea como decíamos, ese es el único conocimiento que necesito, el resto es sentir y con todo el anaquel de libros y de experiencia y de casos anteriores que he tenido (...)” (Terapeuta 3).

También respetar los horarios de atención, entrada, salida, tiempos de descanso, es importante para poder realizar una práctica clínica adecuada. Estudiar surge también como un factor protector, pues entrega herramientas para poder afrontar los casos difíciles, el realizar postítulos, podría ayudar también. como una manera de evitar la devaluación que algunos psicólogos hacen por la formación en pregrado (Terapeuta 5).

Respecto al hecho de ser psicólogo, se ha de tener la capacidad para distinguir en que contextos se está como profesional y en cuales no, pues se suele dar que los terapeutas siempre parecen estar trabajando. También mencionan los entrevistados que esta profesión te pone en una actitud diferente frente al mundo, como vemos en la siguiente cita:

“(...) en general, o sea... la manera de uno acceder a sí mismo, de abordar lo que uno siente, lo que uno piensa, las dificultades personales, eh, mi polola es psicóloga también y si, las conversaciones que tenemos, no sé cuándo discutimos, obviamente son conversaciones de psicólogos, a veces eso es indiscutible, afortunadamente eso nos ayuda mucho... pero también, claro las conversaciones con mis amigos, también, igual yo en lo personal hago una distinción, yo logro hacer claramente la distinción de cuando estoy hablando con un amigo como D. (nombre) y no tengo la disposición de terapeuta y cuando un amigo tiene un problema si adopto una actitud totalmente distinta, pero ser psicólogo si, te transforma caleta (...)” (Terapeuta 2).

Y además el ser psicólogo te da una cierta plasticidad, en comparación a otras áreas de la salud, para el desarrollo profesional, puedes ser un poco actor, profesor, hacer talleres y diversas actividades o acciones, que seguirían estando relacionadas con la práctica psicológica.

Por su parte la Identidad Personal, tiene que ver específicamente con todo lo que es la persona fuera de lo profesional-laboral, surgen aquí como estrategias de autocuidado, el conocerse a sí mismo, lo que tiene que ver con el tema antes mencionado de los límites, conocer los propios ritmos corporales,

saber qué es lo que a uno le gusta hacer y cómo hacerlo, saber qué es lo que a uno le molestaría y que no, en esto mismo surge la idea de detenerse y mirarse para poder estar atento y no esperar hasta las últimas consecuencias, como se explica en la siguiente cita:

“(...) poder hacer como una especie de autoanálisis, de mirarse al espejo y decir ya donde, donde estoy más estresada o más cansada, me sature con cierta cosa y eso es algo que tampoco hacemos, nosotros en general funcionamos como en modo automático y no paramos hasta que haya una sintomatología que realmente nos haga parar (...)” (Terapeuta 6).

También, así como en lo Técnico surgía la idea de la experiencia laboral, los terapeutas mencionaron que la experiencia de vida da insumos para poder ir trabajando con los pacientes, no es necesario haber tenido todas las experiencias que los pacientes pueden presentar, pero si el sufrir o vivir algunas cosas, puede ayudar al entendimiento y como ir afrontando la práctica clínica. La psicoterapia personal también surgió como una estrategia importante a nivel personal y se basa en la idea de “cuidarse a sí mismo, para poder cuidar a otro” y de cierta forma ver en la práctica cómo funcionan muchas de las herramientas que son usadas en los pacientes, también está al alero de esta idea el tener una cierta estabilidad personal para poder prestar un buen servicio psicoterapéutico y además esto está ligado al conocimiento de sí mismo, como se puede ver en la siguiente cita:

“(...) pero yo diría que como a nivel de decisión, cosas que yo elegí, cosas que busque como para ayudarme, yo diría esos 2. El trabajo terapéutico y el haber ido a terapia, también no es lo mismo, nuevamente, no es lo mismo alguien con magister y todo, pero que en realidad no ha pasado por ningún proceso terapéutico y no ha visto ninguna de sus pequeñas sombras o gigantescas sombras y esas cosas o sus dolores. No es lo mismo a que alguien haya pasado por un proceso de terapia. (Terapeuta 5)

Por último, y no menos importante, el tener las necesidades fisiológicas básicas cubiertas, surge como una estrategia, fundamental, pues se ha de estar en un buen estado, esto quiere decir, haber

dormido una cantidad suficiente de horas, no tener hambre, etc. Para poder otorgar un buen servicio a los pacientes.

### 5.3 Burnout

El tercer tópico importante que surgió en las entrevistas es el Burnout, íntimamente ligado al Autocuidado. Fue definido como la sobrecarga con el trabajo que se realiza y también con la pérdida de la sensación de ser socialmente un aporte, este punto se contrapone a lo dicho anteriormente que surgía como una estrategia de autocuidado, el sentir que se era un aporte a nivel social o personal (con los pacientes).

El burnout fue dividido en 2 aspectos diferentes que podrían provocar o facilitar la aparición de este síndrome, los relacionados al trabajo y los personales. Dentro del primero, los terapeutas pertenecientes a APS, mencionaron que la existencia de pocos recursos, humanos y/o materiales, para el desarrollo del trabajo psicológico era un factor a la larga podía provocar desgaste, como podemos ver en la siguiente cita:

“Hay un tema de recursos que tienen que mejorar, en box que sean adecuados, que no sea así como que ya se amplió, esta era una bodega y la arreglamos un poquito, que sean espacios adecuados, cálidos, yo creo que de eso nos falta mucho todavía en atención primaria, al menos a nosotros, hay CESFAM que están soplados y que son muy bellos, el CESFAM [nombre de otro CESFAM del sector] por ejemplo, es súper distinto a cómo está el CESFAM [donde trabaja], que tiene mucha deficiencia en infra(estructura), sin duda tiene todo el cariño del mundo para atender a sus pacientes. (Igual tú CESFAM está en un lugar más vulnerable de la comuna) Si y eso afecta, de todas formas, porque nosotros estamos como ampliados para dentro, entonces nos quedan espacios sin ventanas, sin ventilación, entonces obviamente eso afecta, como el tema de la luz.” (Terapeuta 4).

También como ya se mencionó el trabajar full, fue asociado a cierto desgaste, con la salvedad de que aquellos que tenían cierta variedad en sus actividades laborales diarias, se sentían menos cansados que los terapeutas que sólo hacían atención directa de pacientes, la falta de variedad de actividades fue considerado un aspecto importante del trabajo que podría provocar burnout.

En esta misma línea el menor abordaje comunitario, que es base del sistema de salud mental pública, facilitaría el sentirse decepcionado del sistema, pues en la atención directa existirían menos posibilidades de lograr hacer algo por los usuarios. Esto surge desde lo que los terapeutas denominaron la “lógica del rendimiento” donde el enfoque de los centros se concentró en las metas, pues estas significaban más ingresos para ellos mismos, disminuyendo así los tiempos de atención, las actividades fuera del box para tener un “mejor rendimiento”, mayor número de atenciones, también las evaluaciones se transformaron bajo el parámetro de no tener reclamos, sin importar si el terapeuta efectivamente realizaba algún tipo de trabajo (significativo) con el paciente. Esta lógica logra poner en jaque la vocación de algunos terapeutas.

“(¿Crees que es importante el concepto del autocuidado para la práctica?) (...) creo que también hay que ponerle ojo a la lógica del rendimiento, ¿No?, como pensar esto y decir: ¡Ah! tengo tantas horas, entonces puedo ponerle 8 paciente en vez de 7 y si le saco estos 15 minutos de acá le puedo poner un noveno, ¿No? Como esa lógica del rendimiento y... estoy pensando en otra cosa ahora más, en el fondo trae un deterioro en la calidad en general (...) Entonces nada, volviendo a tu pregunta a lo del autocuidado, me parece súper importante, me parece difícil de llevarlo a la práctica, eh... creo que, si no está, si no es una línea y fuerza desde la jefatura es muy difícil, eh... y creo que, que es muy fácil perder el concepto, como un poquito de lo que estábamos hablando, es muy fácil no entender que es autocuidado, ¿No?, eh... entonces esto mismo de darse cuenta de los rendimientos, la cantidad de pacientes, la frecuencia con la que tu vez una sesión a otra, la cantidad de horas, bueno, hartas cosas son autocuidado y la verdad es que, eh... en esta lógica... más, de mercantil

como te decía, como de eficiencia, eh... se come todo eso y de paso la calidad se va a las pailas..." (Terapeuta 5).

La atención seguida sin breaks entremedio, fue mencionada como otro factor que provocaba sobrecarga en los psicólogos. También surgió en las entrevistas que el contenido que los pacientes revelan puede ser desgastante, por lo que hay que tener cuidado respecto a cómo se manejan esas temáticas y además se ha de tener en cuenta que muchas veces los pacientes que asisten a estos centros de Salud, efectivamente se podría suicidar si el terapeuta no logra llegar a ese usuario, en este sentido el contacto con los otros centros, con las redes puede ayudar con lo abrumador de este pensamiento, como se puede observar en la siguiente cita:

"Es que sí, porque ahí (en el servicio) estás jugando con vidas y muchas veces estás jugando con vidas, así como realmente, cuando no, no es todos los días porque no es un servicio de urgencias, pero 2 veces o 3 veces al año podrías estar hablando con alguien que se podría matar si es que no haces lo que tienes que hacer en el momento correcto, pero por eso y en ese sentido tenemos bastante contacto, por ejemplo, con el COSAM." (Terapeuta 3).

Además de los aspectos laborales, existirían algunos factores personales que podrían facilitar la aparición del Burnout. Los entrevistados mencionaron en esto, la idea de creer que los psicólogos por el hecho de serlo, pueden con todo y llevarían una vida perfecta, esto pensado en lo que percibirían de sí mismos y lo que las demás personas piensan de ellos, poniendo ciertas expectativas que no son reales.

También la desilusión del trabajo en APS, por el funcionamiento del sistema, la falta de altas y el no cumplimiento de ciertas ilusiones de cómo sería el desarrollo profesional cuando se ingresa a trabajar a estos centros, como se puede ver en la siguiente cita:

"(...) Es frustrante sobre todo al principio, cuando sales de la u, que a todos nos debe pasar, que sales con una visión súper romántica del tema, como que vas a cambiar el mundo y todo

(risas), y ojalá nos dure siempre, pero lamentablemente el sistema nos va como desilusionando un poquito. Me acuerdo cuando yo entre a trabajar, me acuerdo mucho de mi primer paciente y estuve una hora y cuarto con él, eran 45 minutos y yo estuve una hora y cuarto, me habían dicho C (nombre) son 45 minutos, si ningún problema, me puse alarma y todo, alarma que ridículo, ahora no me pondría alarma, pero era mi primer paciente (risas), entonces sonó la alarma, peor el caballero estaba llorando desconsoladamente, a los 45 minutos y yo consideraba que era imposible cortar así como señor se le acabó el tiempo, séquese las lágrimas chao, no, entonces seguí conversando con él, nadie me dijo nada, salió el paciente y cuando se va, estaba mi jefa en ese momento y me dice: yo te dije que tenían que ser 45 minutos, me reto y a lo mejor tenía razón, pero fue un porrazo bien feo” (Terapeuta 6)

Por último, en este mismo aspecto se menciona el hecho de la sensación de estar siempre trabajando, porque, en general son exigidos, por otros a actuar como psicólogos y también una cierta sobre adaptación que desarrollan los terapeutas que podría de cierto modo enmascarar el desgaste emocional provocado por el trabajo, como menciona el Terapeuta 5 en esta cita:

“(...) yo en ese sentido creo que a veces los Psicólogos como, como tenemos muchos recursos y como invertimos también en trabajo personal somos muy sobre adaptados entonces como que aguantamos, o sea probablemente un ingeniero o un médico en mi situación ya se hubiese ido, me hubiese dicho “que haces 14 años ahí”, con reuniones que no me interesan y con toda la crítica que ya he hecho, es como “que haces ahí” ¿No?, eh... pero claro, uno tiene un montón de recursos que te salvan, recursos personales que se yo y te salvan, te salvan mucho, a veces uno se re encanta con los mismos pacientes, un caso entretenido o que se yo (...)” (Terapeuta 5).



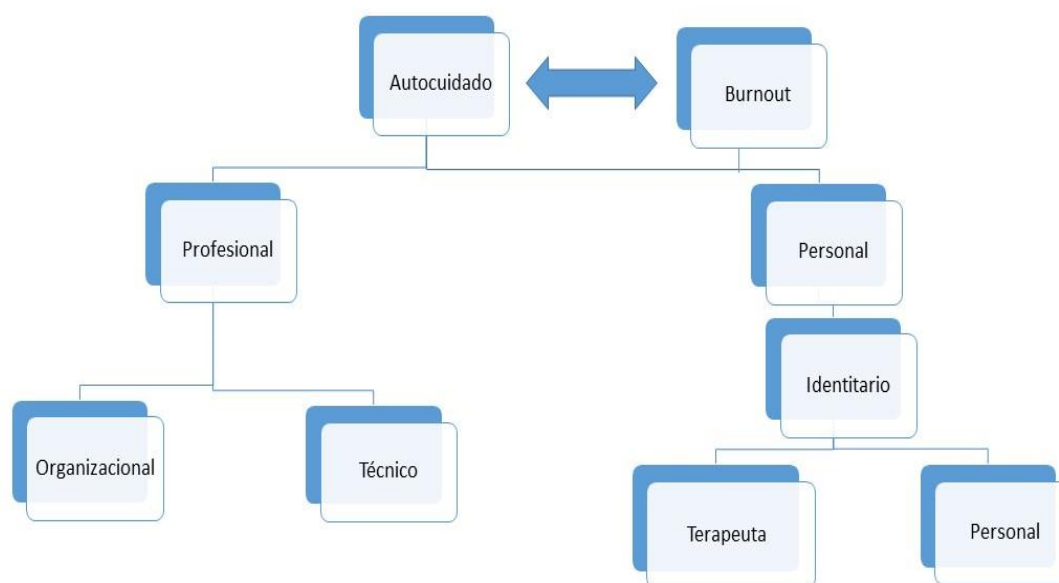
Por último, en las entrevistas surgieron algunos efectos que podría traer el burnout, el que más se destacó es el que el terapeuta si se encuentra mal, hará mal su trabajo y esto traerá consecuencias en las personas con las que se está trabajando.

Los contenidos asociados a aspectos que podrían provocar o facilitar la aparición del Burnout, aparecen también en el tópico del autocuidado. Por lo que se podría decir que ambos conceptos están relacionados de forma opuesta, son una polaridad. En lo que se refiere al autocuidado las ideas surgen como una forma preventiva, hacer esto para lograr evitar la manifestación de lo que sería el Burnout. Las distintas áreas que surgieron, lo profesional y lo personal, se manifestarán a partir de cómo se resuelva esta polaridad. Desde los mismos entrevistados surge la idea de que el autocuidado deja de servir cuando el desgaste es mayor, o cuando el síndrome ya se ha manifestado; en esa línea, el “quemarse” sería un efecto de la falta de autocuidado. En la siguiente cita se puede ver reflejado esto último:

“(…)para mí era importante destinar unas ciertas horas a la semana al ejercicio, creo que es importante destinar tiempo para uno, por temas de calidad de vida, de salud personal, pero no creo que resuelva ponte tú, si yo voy al gimnasio o juego a la pelota o hago lo que sea, no va a resolver que la pega en el CESFAM para mí no tenga sentido, lo único que me va a resolver para mí que la pega del CESFAM no tenga sentido es que yo me cambie de pega o que vea que me está pasando en la pega que no le encuentro sentido y ver si le puedo encuentro un sentido, si no le puedo encontrar un sentido me cambio de pega, entonces por así decirlo, podría, respondiendo tu pregunta están como las técnicas de ayuda, no se po, como hacer deporte, destinar tiempo con tu familia, recreación, tener un break a mitad del trabajo (...), pero finalmente lo que te puede sacar del burnout o resolver de raíz el problema tiene que ver con que si la pega es lo que tu esperas o no, y si te gusta o no te gusta, si es lo que tú quieres para tu vida y eso se arregla con una decisión por así decirlo existencial, no con... no se con hacer 20 minutos de mindfulness.” (Terapeuta 2).

Desde el análisis hecho se armó la siguiente figura, explicando el modelo de autocuidado que surgió, incluyendo la clasificación que resultó ser común para ambos conceptos y como son influidos por las distintas áreas, que podrían lograr que la balanza se inclinara más hacia un lado u otro.

*Figura 1: Modelo de Autocuidado y Burnout*



## 6. Discusión

En este apartado se procederá a presentar la discusión de los datos obtenidos de las entrevistas, en primer lugar, con respecto a los objetivos planteados para esta investigación y en segundo lugar a la luz de los antecedentes empíricos recopilados.

A partir de los datos obtenidos en las entrevistas y de los objetivos planteados para proceder con esta investigación se puede decir que los participantes tienen diversas percepciones sobre lo que es el autocuidado y su función para la práctica clínica, estas provienen desde su experiencia como

profesionales, experiencia laboral, de vida, entre otros. Se puede decir, entonces, que perciben el autocuidado como acciones específicas, que tienen en común el ser personalmente agradables, de lo obtenido en los datos de las entrevistas, se puede ver que las estrategias de autocuidado planteadas en su mayoría refieren a acciones concretas, como el reunirse con los compañeros y realizar otras actividades fuera de lo laboral o la psicoterapia personal, estudiar, supervisarse etc. Pero también, existe a la base de esto un componente cognitivo, que podría ir más en la línea de entender el autocuidado como una serie de competencias orientadas a mantener el equilibrio del sujeto durante la práctica psicoterapéutica (Yáñez, 2003), esta visión incluiría tanto aspectos conductuales como más cognitivos respecto del acto de cuidarse, por ejemplo, tomando las estrategias que surgieron de las entrevistas, el que la labor psicoterapéutica sea relevante socialmente, tiene que ver en como el sujeto está mirando su propio trabajo y cómo cree que podrían estar mirando su trabajo (Guy, 2000), si él encuentra que perdió relevancia, sea porque los pacientes no logran el alta por las características del proceso psicoterapéutico en contexto de salud mental público sea por motivación de los usuarios o el exceso de demanda asistencial, es una cosa principalmente relacionada con el terapeuta como persona, pero que, sin embargo, tiene un componente laboral importante y que le afecta.

Otro aspecto que surgió desde las entrevistas respecto a cómo se concibe el autocuidado es el de tener las necesidades fisiológicas cubiertas, para así poder entregar un buen servicio a los usuarios, esto coincide con lo planteado con Myers et al., (2012); Mahoney (1997), que hablan sobre cuidar el cuerpo además de lo psíquico a la hora de dedicarse a la labor clínica y también tiene que ver con los comportamientos sostenedores de la carrera (Kramen-Kahn y Downing, 1998), que como fue dicho, son aquellas acciones (mantener una dieta balanceada, otorgarse un descanso reparador, etc.) que lograrían que el terapeuta este en un buen estado para ejercer su labor clínica.

Los terapeutas plantearon que el autocuidado era muy importante para la práctica clínica, otorgándole una gran relevancia debido principalmente a la idea de poder entregar un buen servicio para los usuarios, esto bajo el principio de cuidarse a sí mismo para poder cuidar a un otro (Arón y

Llanos, 2004; Rupert y Dorociak, 2019; Kissil y Niño 2017). Esto aparece dado a nivel físico, como se mencionó anteriormente, pero también se relaciona con el hecho de buscar ayuda cuando ya personalmente el terapeuta se encuentra sobrepasado, por ejemplo, con el apoyarse en el equipo de trabajo (Perris, et al., 2012), explicitado por el Terapeuta 3, cuando su paciente se suicidó. También la supervisión, surge como buscar una mirada externa de un caso para cuando el profesional se siente entrampado (Perris et al., 2012), aunque como surgió en las entrevistas el poder acceder a este tipo de espacios es prácticamente un lujo, es más fácil que la supervisión esté disponible en cursos de postítulo que en el mismo lugar de trabajo. Y no menos importante la psicoterapia personal, surge como un recurso de ayuda para sí mismo y con un efecto positivo en la práctica clínica, para poder ver aquellas “sombras” que puede tener el terapeuta, también de acuerdo a la literatura la psicoterapia personal tiene como función el poder ponerse en el lugar de los pacientes, poder comprender los procesos de transferencia-contratransferencia desde la otra perspectiva y también para el crecimiento personal (Daw & Joseph, 2007; Orlinsky et al., 2005). De acuerdo a la literatura, la supervisión y la psicoterapia personal se encuentran dentro de las tres influencias positivas para el desarrollo profesional, la tercera es el contacto con los pacientes (Orlinsky, et al., 2001), que surgió, en las entrevistas, como el tener “una amplia experiencia laboral”, esto quiere decir que lo encontrado en las entrevistas es concordante con lo que se había investigado.

Se ha visto en la literatura que aquellos terapeutas que están desgastados prestan un servicio más deficiente que aquellos que se encuentran en buenas condiciones (físicas y mentales) (Cerdeña, 2012). Esto coincide con lo expuesto en las entrevistas, donde los mismos psicólogos dijeron que un terapeuta está mal, hará mal su trabajo. Por lo que cuidarse es fundamental para entregar cierta calidad a los usuarios. Esto último, cobra mucha más importancia, si se considera el contexto en el que estos terapeutas se mueven, ya que la Salud Mental Pública, se constituye muchas veces como la única oportunidad que tiene la gente de menos recursos de acceder a un servicio de Salud Mental (Aguilera, 2017).

En esta línea, los terapeutas mencionan que el sistema de salud mental público, tiene varias falencias, que tienen efectos en el trabajo que se puede realizar con los pacientes y también en el cómo se sienten y cómo se perciben a ellos mismos trabajando bajo esas condiciones, muchas veces adversas. Por mencionar algunas, la frecuencia de las sesiones, según los lineamientos planteados por el MINSAL (2019) se sugiere que las sesiones sean semanales para ciertos tratamientos (por ejemplo, la depresión), sin embargo, esto no es real y es una queja explícita en los terapeutas, ya que los usuarios, como se ha mencionado tienen acceso a una sesión cada dos semanas o una vez al mes y en otros casos, incluso, cada dos meses, (De la Parra, et al., 2019), esto dependiendo de los recursos y la organización de cada centro, en esta investigación todos los entrevistados que pertenecían a APS, coincidieron en que la frecuencia de las sesiones era un problema. Este tema provoca la falta de altas y procesos terminados exitosamente, debido a que hay un alargue no deseado por las pocas veces en que paciente y terapeuta pueden verse en contexto psicoterapéutico y esto a su vez deriva en una sensación, por parte de los psicólogos, de no estar logrando avanzar en lo que respecta a ayudar a las personas, provocando frustración y si esto se suma a estrategias de autocuidado más bien deficientes, es muy posible que ese profesional se termine quemando.

También dentro de las problemáticas del sistema, que los terapeutas mencionaron está la llamada lógica del rendimiento, donde se prioriza la cantidad de pacientes que se atienden, más que la calidad (De la Parra, 2019), la idea bajo esta lógica es cumplir “metas” para así generar ingresos para todo el centro y poder seguir prestando servicios a la comunidad, pero con esto se perjudica la atención del usuario especialmente en lo que refiere a Salud Mental, pues el setting entre una sesión psicológica y una consulta médica tienen diferencias (De la Parra, 2019), por lo que el bienestar del paciente, que es una de las metas del servicio de salud se vería mermado bajo la lógica del rendimiento (MINSAL, 2017; De la Parra, 2019).

Continuando con las dificultades del sistema de salud mental en Chile, desde la literatura y desde los entrevistados surge la necesidad de incluir, efectivamente, las intervenciones comunitarias, ya que

disminuirían la carga laboral de los psicólogos, pues hay más posibilidades de que estas sean hechas en duplas de trabajo (asistentes sociales) y además se incluirían otras áreas posibles para poder intervenir en pos del bienestar del usuario.

El trabajo multidisciplinario que se da en estos centros resulta ser una ventaja para poder atender a las personas (Minoletti, 2016), pero si no va acompañado de cierta frecuencia en el tiempo y una cierta duración de las sesiones, el efecto puede no acercarse a lo deseable en un proceso psicoterapéutico, pues se ha visto que en promedio los consultantes de APS, acceden a una sesión y media al año, en algunos casos, más auspiciosos hasta 5, siendo que el ideal es de 12 (sugerido por el MINSAL) (De la Parra, et al., 2019; Minoletti y Horvitz-Lennon, 2012). Y respecto a la duración, en general los centros tienen un rendimiento de 30 minutos por paciente, en ese tiempo deben invertir momentos para rellenar fichas y completar encuestas, pues esto es lo que se transformará en metas, y se vuelve a caer de nuevo en esta lógica del rendimiento. Según la literatura se sugiere que las sesiones tengan una duración entre 45-50 min (Bruijniks et al, 2015), lo que de acuerdo a lo planteado por los terapeutas tampoco se logra en estos establecimientos.

Como se mencionó en los resultados, los terapeutas muchas veces intentan luchar en contra de esto, pero finalmente se adaptan, buscando otros espacios (hacer talleres, enfocarse en las visitas domiciliarias) o buscando la posibilidad de cambiarse de trabajo, que viene a ser como la solución directa al malestar provocado por el desgaste, pues las estrategias de autocuidado ya no surtirían efecto, pues el autocuidado tiene un valor preventivo del síndrome de Burnout (Maslach, et al., 2001; Baum, 2016). A partir de lo expuesto en las entrevistas se puede ver esa relación, ya que las estrategias en general se presentaban como un hacer cierta actividad para evitar el efecto negativo que podría traer la práctica clínica y mantener el bienestar personal.

Pero pese a estas dificultades, todos manifestaron haber elegido el trabajo en este tipo de contextos, exponiendo que el tener una buena disposición a la labor de servicio público, es fundamental para

poder sobrellevar las adversidades que el mismo sistema tiene, esto también ha sido visto en otros estudios cualitativos, donde una actitud necesaria para trabajar en estos contextos es el tener una buena disposición y expertos también señalaron el ser capaz de valorar el servicio que se está entregando (Zúñiga, et al., 2020b).

Algo interesante que surgió desde las entrevistas es el hecho de que los terapeutas mencionaron que trabajar menos horas en atención directa con pacientes podría ser un factor protector del burnout y de alivio, en aquellos casos que se disminuyeron las horas. Lo que llama la atención de esto, es que los terapeutas que trabajaban 44 horas (T4 y T6), declararon estar menos cansados que aquellos que se dedicaban 33 o 22 horas, la diferencia recae en que los que los terapeutas que trabajan full, realizaban otro tipo de actividades en sus CESFAM, por ejemplo uno de ellos tenía un cargo administrativo de jefatura, el otro estaba en un programa de intervención comunitaria, que le requería por lo menos unas 12 horas de su trabajo en la institución, es por esto que se podría decir que la variedad en las actividades profesionales, dentro de los mismos centros es un factor protector, sin embargo no se ha de olvidar, que las estrategias de autocuidado son más bien personales, por lo que algo que podría ser de autocuidado para uno, no necesariamente es para todos (Dunkley y Whelan, 2006; Myers, et al., 2012; Pope y Vásquez, 2011).

Respecto al servicio de salud, los terapeutas mencionaron que existen diferencias entre los pacientes y la forma de llevar a cabo la terapia entre la consulta particular y la consulta en salud pública, como el no poder realizar una psicoterapia de forma continuada, que los pacientes no tienen los mismos recursos cognitivos y/o económicos que los de la consulta particular y muchas veces están insertos en contextos adversos. Esto concuerda con lo planteado por De la Parra, et al. (2018), sobre que, en la salud privada particular, los pacientes tienen entre 3-4 sesiones de evaluación y luego una devolución, cosa que es difícil de aplicar, cuando esas 3-4 sesiones pueden ser las únicas que el usuario acceda en un año, por lo que se considera que “cada sesión es una perla” (Zúñiga, et al., 2020a; Zúñiga et al., 2020b), pues en cada una está la posibilidad de que el paciente no vuelva a

asistir o el volver a verlo puede ser en uno o dos meses más, por lo mismo habría que mantenerlo “enganchado” y motivado para la continuación del proceso.

Además de esto, todo el sistema educativo y de supervisión de los psicólogos, parece estar más bien enfocado en la consulta particular, donde se tienen las condiciones ideales de atención (tiempos más bien ilimitados, frecuencia que se elija) (De la Parra, 2018) y no para las adversidades, ya mencionadas, del sistema público. Frente a esto los terapeutas entrevistados mencionan que les ha sido bastante útil, tomar herramientas de diferentes enfoques, aunque no sea al que se adscriban en un principio, esto viene a suplir la necesidad de los profesionales de adaptar, lo que han ido aprendiendo en la universidad a la cruda realidad de la atención pública. Desde aquí es donde el Terapeuta 3 habla de la “Teoría de la Atención Pública”, que finalmente es hacer frente a las vicisitudes del sistema.

Dentro de estas mismas diferencias entre lo que se aprende y lo que se tiene que usar cuando se está trabajando, los terapeutas entrevistados hablaron sobre que el concepto de autocuidado lo conocieron trabajando, no en la universidad, que según Barnet y Cooper (2009) es parte fundamental de la formación de futuros psicoterapeutas, los mentores y supervisores deberían ser quienes instaran a los psicólogos a adoptar medidas, de forma consciente para cuidarse cuando ingresan al mundo laboral, no olvidando que es una herramienta para poder ejercer de mejor manera la actividad clínica y velar por el bienestar de los pacientes y del psicólogo.

Respecto al autocuidado en sí resulta interesante mencionar que, aunque es de suma importancia, como ya se ha visto, tiene un valor preventivo, pues cuando el desgaste es mayor o se está “quemado”, las estrategias que el terapeuta estaba utilizando, se vieron sobrepasadas por las demandas del medio y el equilibrio en el bienestar del terapeuta no se ha podido reestablecer, lo que coincide con lo planteado por Kleespies, et. al (2011), facilitando así la aparición del síndrome de Burnout.



Otro aspecto importante que apareció desde las entrevistas es que el autocuidado viene desde diferentes áreas, tanto profesionales, contextuales, como personales (Baker, 2003; Weiss, 2004; Yáñez, 2005; Coster y Schwebel, 1997; Lee y Miller, 2013), lo que coincide con la literatura. Por lo que finalmente el sujeto se ve involucrado completamente, sus relaciones y su contexto, todo puede ser una fuente de autocuidado. Pero también todas estas áreas pueden tener factores de riesgo para el sujeto, incluso personalmente el sujeto podría estar más propenso a desarrollar este síndrome, dentro de esto se puede hablar de esta decepción del sistema, que ya se mencionó, esto responde a algo real, como el funcionamiento de la atención en salud mental pública, pero también a expectativas propias que el terapeuta puso en cómo debería ser este trabajo.

Respecto a las estrategias de autocuidado, llama la atención que casi todas son actividades que requieren tiempo y energía para hacerlas, que es lo que escasea para estos profesionales, nunca se menciona el hecho de “hacer nada” como algo válido, pues se está todo el tiempo pensando en tener que hacer algo para, quizás cumplir con esta lógica de rendir que ha traspasado los límites del trabajo, para ser una exigencia personal. En este sentido parece necesario, darle un lugar a ese ocio “infantil”, de poder quedarse sentado sin hacer nada en concreto y que no sea visto como una pérdida de tiempo (Segal y Segal, 1993).

Por último, cabe destacar que en la literatura se mencionaba que los terapeutas debían normalizar el autocuidarse y no considerarlo como una tarea egocéntrica (Norcross y Guy, 2007), pero esto no surgió en las entrevistas. Otro aspecto que se vio en las investigaciones es el hecho de que debía haber un bienestar asociado a las horas que la persona dedica a su trabajo (Norcross y Guy, 2007), cosa que contrasta muy bien, ya que los psicólogos asociaban el bienestar principalmente al desarrollo de sus propias herramientas y momentos extra-laborales, más que dentro del día laboral, lo que puede comprenderse como que la responsabilidad recae en la individualidad principalmente.

## 7. Conclusiones

Para finalizar esta investigación es posible concluir que, los psicólogos están conscientes de la necesidad del autocuidado, como un factor fundamental para un buen desarrollo de su práctica clínica, pues es necesario estar en buen estado (físico y mental), para poder hacerse cargo de un otro, en un proceso psicoterapéutico (Arón y Llanos, 2004; Rupert y Dorociak, 2019; Kissil y Niño 2017)

También es posible concluir que los psicólogos a partir de lo dicho en las entrevistas sobre que no contaron con formación universitaria especializada respecto a qué es el autocuidado y que estrategias se podrían utilizar para prevenir en el futuro el burnout, si tienen conocimiento de los conceptos, esto debido a su experiencia laboral. También aplican estrategias, ya que están constantemente siendo interpelados por un sistema que es amenazante para la práctica clínica, y además por los contenidos que los usuarios exponen, existe la posibilidad de que, al realizar una intervención no tan adecuada, un paciente se termine suicidando, lo que es una carga emocional tremenda para el terapeuta (Hendin, et al., 2004)

Otro aspecto importante que se puede mencionar es el hecho de como el sistema parece estar jugando en contra de todos los esfuerzos individuales de los terapeutas, esto por las características del sistema de salud pública, tiempos limitados de atención, falta de constancia en las sesiones psicoterapéuticas, entre otros. Los psicólogos, aunque intentan llevar un proceso psicoterapéutico bajo las “reglas” que se enseñan en la formación universitaria, no logran este objetivo debido a que existe una demanda de rendir y lograr metas, que es la base de la sustentabilidad económica de la atención pública. Pero también el factor humano de todos los usuarios que necesitan acceder a un proceso en salud mental, influye en que las condiciones para la psicoterapia no sean las mejores, ya que los centros de APS, sobre todo, son la única opción para acceder a estos profesionales, lo que termina saturando al sistema. Un porcentaje importante de los pacientes que acuden a salud pública, no pueden, económicamente acceder a la psicoterapia particular, por lo mismo existe una crítica importante a la

formación universitaria, ya que está no se adapta a las necesidades de los psicólogos que deciden trabajar en este tipo de contextos, por lo que sería necesario lograr adaptar la enseñanza y la manera de ejercer la psicoterapia, para que estos terapeutas tengan mejores posibilidades de trabajar con los usuarios.

También en esta línea, la sobrecarga de los tiempos de los psicólogos es un tema fundamental con respecto a las condiciones laborales, ya que como ellos mismos mencionaron, cada momento libre es la opción de poner a otro paciente, sin considerar el cansancio de los profesionales. Los que llevaban más tiempo trabajando en el sistema de Atención Pública mencionaban que antes se disponía de tardes enteras, semanas incluso dedicadas exclusivamente a poder hacer otras actividades, fuera de lo laboral, lo que fortalecía los lazos entre compañeros y también les daba la posibilidad de descansar y hacer cosas personalmente significativas tanto dentro como fuera del lugar de trabajo, cosa que se intenta mantener con las tardes de autocuidado, pero que finalmente son autofinanciadas, por lo que a la larga, las instituciones se han ido desligando cada vez más del cuidado de sus trabajadores.

Por lo que la carga del autocuidado ha quedado limitada a lo personal, donde existe la posibilidad real de cuidarse, pero al enfrentarse todos los días a un lugar de trabajo que no proporciona las condiciones materiales y humanas mínimas para el desarrollo de la práctica clínica, es difícil lo que se puede hacer, por esto mismo el tener una buena disposición al trabajo y tolerancia a la frustración son elementos fundamentales para el desarrollo laboral en la salud pública (Zúñiga et al., 2020b).

Quedando limitado el autocuidado profesional a las capacitaciones, supervisiones, integrándose a los equipos de trabajo, pero que resultan mucho menores respecto a las exigencias personales, como el dedicarse a actividades personales, asistir a psicoterapia personal, tener redes con otras personas, etc. Frente a esto resulta de suma importancia, que las organizaciones se hagan cargo del bienestar de sus trabajadores, pues ellos intentan cuidarse, pero la responsabilidad no puede caer solo en el sujeto individual, pues como se ha dicho debe existir un balance entre lo profesional y lo personal. Aun así, llama la atención de todas formas que, pese a todas las vicisitudes del sistema, los psicólogos siguen

eligiendo el trabajar en el servicio de atención pública. Esta temática podría ser investigada en un futuro.

Respecto a las estrategias de autocuidado, que los terapeutas mencionaron, estas son tan variadas, como la muestra misma, sin embargo, se pueden mencionar aquellas que aparecieron en común: Supervisión, la psicoterapia personal, el lograr trabajar en equipo, establecer límites personales con respecto a la atención (horarios, desconectarse del trabajo cuando se está fuera), el sentir que se es un aporte para la sociedad, la satisfacción de las necesidades fisiológicas básicas. De estas varias requieren un componente personal importante, pero el otorgar un espacio para la supervisión de los casos, que efectivamente sea tomado como un espacio para hablar de lo que a los terapeutas les ocurre, sugerir intervenciones, apoyo en las diversas redes del sistema, es una responsabilidad de la institución, quienes deben velar por el bienestar de sus trabajadores.

Por último, cabe mencionar, que los terapeutas perciben el burnout como un problema real que los puede aquejar, por lo mismo buscan medidas de prevención ante esta posibilidad, ajustando y quizás negociando consigo mismos, para poder continuar con su labor. Aplazando cambios de trabajo o reduciendo cantidad de horas trabajadas, priorizando quizás el trabajo en otros lados, para poder tener esta variedad de actividades que apareció como tan importante para el propio bienestar.

A modo de conclusión general se puede decir que el autocuidado necesita ser incluido en los programas de formación y en las instituciones en general, esto para psicólogos dedicados a la salud en organizaciones o a aquellos que se dedican a la clínica particular. Además, se ha de tener en consideración que la labor de la psicología clínica es fundamental para el desarrollo de una salud integral, pero parece ser que el Estado no le ha dado la importancia que necesita. Y también que esta labor es desgastante personalmente, por lo que se debe cuidar el recurso humano de los terapeutas y no dejar solo en sus manos la responsabilidad de cuidarse.

Para finalizar, esta investigación tiene algunas limitaciones, el número de participantes es pequeño, para poder hacer conclusiones generalizadas sobre el sistema. También el contexto del país, por la pandemia y por el estallido social del año 2019, ha tenido un impacto en las formas de trabajar y a futuro también traerá consecuencias en estas, por lo que esto también podría incluirse en una futura investigación.

## 8. Referencias

- Aguilera, J. (2017). *Adaptación de la metodología terapéutica constructivista cognitiva, utilizada en la clínica de atención psicológica (CAPs) de la Universidad de Chile, para atención primaria de salud* [Tesis de Magíster, Universidad de Chile]. Repositorio Académico de la Universidad de Chile. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/174155>
- American Psychology Association. (2010). *Survey findings emphasize the importance of self-care for psychologists*: APA Practice Research & Policy Staff. <https://www.apaservices.org/practice/update/2010/08-31/survey>
- American Psychological Association. (2014). *Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology*. Recuperado de <http://apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>
- American Psychology Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. APA. Recuperado de <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- Arenas-Monreal, L., Jasso-Arenas, J. y Campos-Navarro, R. (2016). Autocuidado: Elementos para sus bases Conceptuales. *Global Health Promotion*, 18(42). <http://doi.org/10.1177/1757975911422960>
- Aron, A. y Llanos, M. (2004). Cuidar a los que cuidan: Desgaste Profesional y cuidado de los Equipos que Trabajan con Violencia. *Sistemas Familiares*, 20(1-2), 5-15.
- Ayala, E. y Almond, A. (2018). Self-Care of Women Enrolled in Health Service Psychology Programs: A Concept Mapping Approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(3), 177-184. <http://dx.doi.org/10.1037/pro0000190>
- Baker, E. (2003). *Caring for Ourselves: A Therapist's Guide to Personal and Professional Well-Being*. American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10482-000>

- Bamonti, P., Keelan, C., Larson, N., Mentrikoski, J., Randall, C., Sly, S., Travers, R. y McNeil, D. (2014). Promoting Ethical Behavior by Cultivating a Culture of Self-Care during Graduate Training: A Call to Action. *Training and Education in Professional Psychology*, 8(4), 253-260. <http://dx.doi.org/10.1037/tep0000056>
- Barnett, J., Baker, E., Elman, N. y Schoener, G. (2007). In Pursuit of Wellness: The Self-Care Imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 603-612. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.603>
- Barnett, J. y Cooper, N. (2009). Creating a culture of Self-care. *Clinical Psychology Science and Practice*, 16(1), 16-20. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01138.x>
- Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil: Ecología social, Prevención y Reparación*. Santiago, Chile: Editorial Galoc.
- Baum, N. (2016). Therapist self-care to mitigate secondary traumatization. In S. Maltzman (Ed.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of treatment processes and outcomes in psychology: A multidisciplinary, biopsychosocial approach* (p. 136–145). Oxford University Press.
- Betta, R., Morales, G., Rodríguez, K. & Guerra, C. (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), 9-19.
- Benevides-Pereira, A., Porto-Martins, P. y Basso, P. (2010). *Síndrome de Burnout en Psicólogos Clínicos*. 11° Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/41528961>
- Bohall, G. y Bautista, M. (2017). *The Psychologist's Guide to Professional Development*. Springer Nature. <http://doi.org/10.1007/978-3-319-63013-7>

- Bonilla-García, M. y López-Suárez, A. (2016). Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. *Cinta Moebio*, 57, 305-315. <http://doi.org/10.4067/S0717-554X2016000300006>
- Bressi, S.K. & Vaden, E.R. (2017). Reconsidering Self Care. *Clinical Social Work Journal* 45(1), 33-38. <https://doi.org/10.1007/s10615-016-0575-4>
- Brujniks, S. J., Bosmans, J., Peeters, F. P., Hollon, S. D., Van Oppen, P., Van den Boogaard, M., Dingemanse, P., Cuijpers, P., Arntz, A., Franx, G., & Huibers, M. J. (2015). Frequency and change mechanisms of psychotherapy among depressed patients: study protocol for a multicenter randomized trial comparing twice-weekly versus once-weekly sessions of CBT and IPT. *BMC psychiatry*, 15, 137. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0532-8>
- Canadian Psychological Association. (2017). *Canadian Code of Ethics for Psychologists*. (4th Ed.). Canadian Psychological Association.
- Carpentier, D. (2019, Mayo 27). Burnout: la afección profesional que la OMS acaba de incluir en su lista de enfermedades. *Radio BíoBío*. <https://www.biobiochile.cl/noticias/vida-actual/cuerpo-y-mente-sanos/2019/05/27/burn-out-la-afeccion-profesional-que-la-oms-acaba-de-incluir-en-su-lista-de-enfermedades.shtml>
- Catsicaris, C., Eymann, A., Cacchiarelli, N. y Usandivaras, I. (2007). La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. *Archivo Argentina Pediatría*, 105(3), 236-240. [https://www.researchgate.net/publication/238775342\\_La\\_persona\\_del\\_medico\\_residente\\_y\\_el\\_sindrome\\_de\\_desgaste\\_profesional\\_burnout\\_Un\\_modelo\\_de\\_prevenccion\\_en\\_la\\_formacion\\_medica](https://www.researchgate.net/publication/238775342_La_persona_del_medico_residente_y_el_sindrome_de_desgaste_profesional_burnout_Un_modelo_de_prevenccion_en_la_formacion_medica)



- Cerda, J. (2012). *Percepción del Autocuidado en Psicólogos Clínicos Novatos y Experimentados* [Tesis de pregrado, Universidad de Chile]. Repositorio Académico Universidad de Chile.
- Canales, M. (2006). *Metodologías de Investigación Social, Introducción a los oficios*. LOM Ediciones.
- Cohen, M., Gagin, R. y Peled-Avram, M. (2006). Multiple Terrorist Attacks: Compassion Fatigue in Israeli Social Workers. *Traumatology*, 12(4), 293-301.  
<http://doi.org/10.1177/1534765606297820>
- Coster, J. y Schwebel, M. (1997). Well-Functioning in Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(1), 5-13. <http://doi.org/10.1037/0735-7028.28.1.5>
- Dattilio, F. (2015). The Self-Care of Psychologists and Mental Health Professionals: A Review and Practitioner Guide. *Australian Psychologist* 50, 393-399.  
<http://doi.org/10.1111/ap.12157>
- Daw, B., & Joseph, S. (2007). Qualified therapists' experience of personal therapy. *Counselling & Psychotherapy Research*, 7(4), 227–232. <https://doi.org/10.1080/14733140701709064>
- De la Parra, G., Errazuriz, P., Gomez-Barris, E. y Zuñiga, A.K. (2019). Propuesta para una psicoterapia efectiva en atención primaria: un modelo basado en la experiencia y la evidencia empírica. *Temas de la Agenda Pública*, 14(113), 1-20.
- De la Parra, G., Gómez-Barris, E., Zúñiga, A., Dagnino, P. y Valdés, C. (2018). Del “diván” al policlínico: un modelo de psicoterapia para instituciones. Aprendiendo de la experiencia (empírica). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(2), 182-202.  
<http://doi.org/10.24205/03276716.2018.1057>

- Deville, G. J., Wright, R., & Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 43(4), 373–385.  
<https://doi.org/10.1080/00048670902721079>
- Dorociak, K. E., Rupert, P. A., Bryant, F. B., & Zahniser, E. (2017). Development of a self-care assessment for psychologists. *Journal of Counseling Psychology*, 64, 325–334.  
<http://dx.doi.org/10.1037/cou0000206>
- Dunkley, J., & Whelan, T. A. (2006). Vicarious traumatization: Current status and future directions. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34(1), 107–116.  
<https://doi.org/10.1080/03069880500483166>
- Figley, C. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of selfcare. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433–1441. <http://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Gabrielle, S., Jackson, D., & Mannix, J. (2008). Older women nurses: health, ageing concerns and self-care strategies. *Journal of advanced nursing*, 61(3), 316–325.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04530.x>
- Garcés de los Fayos, E. (1998). *Burnout en Deportistas: un estudio de la influencia de variables de personalidad, sociodemográficas y deportivas en el síndrome* [Tesis de Doctorado, Universidad de Murcia]. Tesis Doctoral en Xarxa.
- Garcia, G., & Marziale, M. (2018). Indicators of burnout in Primary Health Care workers. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(5), 2334–2342. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0530>
- Gentry, J. (2002) Compassion Fatigue. *Journal of Trauma Practice*, 1(3-4), 37-61,  
[http://doi.org/10.1300/J189v01n03\\_03](http://doi.org/10.1300/J189v01n03_03)

- Gil-monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica Interacción Psy*, 1 (1), 19-33.  
[https://www.researchgate.net/publication/263161122\\_El\\_sindrome\\_de\\_quemarse\\_por\\_el\\_trabajo\\_sindrome\\_de\\_burnout\\_en\\_profesionales\\_de\\_enfermeria](https://www.researchgate.net/publication/263161122_El_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_sindrome_de_burnout_en_profesionales_de_enfermeria)
- González, S. y Arriagada, M. (1999). Ciudadanía y autocuidado en salud reproductiva y sexual: Un estudio exploratorio en mujeres trabajadoras de la salud y educación. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 8(1), 183-1997.  
<https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/17331>
- Guerra, C., Fuenzalida, A. y Hernández, C. (2009). Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual en el Aumento de Conductas de Autocuidado y Disminución del Estrés Traumático Secundario en Psicólogos Clínicos. *Terapia Psicológica*, 27(1), 73-81.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000100007>
- Guerra, C. y Lira, G. (2007). Medición del desgaste profesional en una muestra de profesionales de la Corporación PAICABÍ: una aproximación reflexiva al concepto de autocuidado en equipos que trabajan en maltrato infantil. En V. Arredondo & E. Toro (Eds.), *Violencia sexual infantil: debates, reflexiones y prácticas críticas* (pp. 114-131). Paicabí
- Guerra, C., Mujica, A., Nahmias, A. y Rojas, N. (2011). Análisis psicométrico de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(2), 319-328. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v43n2/v43n2a11.pdf>
- Guy, J. (1987). *La vida personal del Psicoterapeuta: El Impacto de la Práctica Clínica en las Emociones y Vivencias del Terapeuta*. Editorial Paidós.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación* (5th Edition). McGRAW-HILL.

- Hubble, M., Wampold, B., Duncan, B., & Miller, S. D. (Eds.). (2011). *The heart and soul of Change*. (2nd ed.). American Psychological Association.
- Inbar, J. y Ganor, M. (2003). Trauma and Compassion Fatigue: Helping the Helpers. *Journal of Jewish Communal Service*, 79.
- Ivey, G. (2014). Ethics of Mandatory Personal Psychotherapy for Trainee Psychotherapists. *Ethics & Behavior*, 24(2), 91-108. <http://doi.org/10.1080/10508422.2013.808961>
- Ivey, G. y Phillips, L. (2016). Psychotherapy clients' attitudes to personal psychotherapy for psychotherapists. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 7(1-2), 101–117. <http://dx.doi.org/10.1080/21507686.2016.1157087>
- Janesick, V. (1998). *Stretching: Exercises for qualitative researchers*. SAGE.
- Kissil, K., & Niño, A. (2017). Does the Person-of-the-Therapist Training (POTT) Promote Self-Care? Personal Gains of MFT Trainees Following POTT: A Retrospective Thematic Analysis. *Journal of marital and family therapy*, 43(3), 526–536. <https://doi.org/10.1111/jmft.12213>
- Kleespies, P. M., Van Orden, K. A., Bongar, B., Bridgeman, D., Bufka, L. F., Galper, D. I., Hillbrand, M., & Yufit, R. I. (2011). Psychologist suicide: Incidence, impact, and suggestions for prevention, intervention, and postvention. *Professional psychology, research and practice*, 42(3), 244–251. <https://doi.org/10.1037/a0022805>
- Knight, C. (2013). Indirect Trauma: Implications for Self-Care, Supervision, the Organization, and the Academic Institution. *The Clinical Supervisor*, 32(2), 224-243, <http://dx.doi.org/10.1080/07325223.2013.850139>

- Kramen-Kahn, B. y Downing, N. (1998). Rafting the Rapids: Occupational Hazards, Rewards, and Coping Strategies of Psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(2), 130-134. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.29.2.130>
- Krause, M. (1995). La investigación Cualitativa: Un campo de Posibilidades y Desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 19-39.
- Laverdière, O., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., Chamberland, S., & Descôteaux, J. (2019). Psychotherapists' professional quality of life. *Traumatology*, 25(3), 208–215. <https://doi.org/10.1037/trm0000177>
- Lee, J. J., & Miller, S. E. (2013). A self-care framework for social workers: Building a strong foundation for practice. *Families in Society*, 94(2), 96–103. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.4289>
- Leibovich, N. (2006). Work Instability Perception in a sample of Psychologist. *Orientación y Sociedad*, 6.
- Mahoney, M. (1997). Psychotherapists' Personal Problems and Self-Care Patterns. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(1), 14-16. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0735-7028.28.1.14>
- Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia Constructiva: Una guía práctica*. Editorial Paidós Ibérica
- Maranzan, K. A., Kowatch, K. R., Mascioli, B. A., McGeown, L., Popowich, A. D., & Spiroiu, F. (2018). Self-care and the Canadian Code of Ethics: Implications for training in professional psychology. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 59(4), 361–368. <https://doi.org/10.1037/cap0000153>

- Maslach, C. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189-193. <http://doi.org/10.1111/1467-8721.01258>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory: Third edition. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (p. 191–218). Scarecrow Education
- Maslach, C, Schaufeli, W. y Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/154.pdf>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Meany-Walen, K., Teeling, S., Cobie-Nuss, A., Eittreim, E., Wilson, S. y Xander, C. (2018). Play Therapists' Perceptions of Wellness and Self-Care Practices. *International Journal of Play Therapy*, 27(3), 176-186. <http://dx.doi.org/10.1037/pla0000067>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2017). Plan Nacional de salud mental 2017-2025. Ministerio de Salud. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2018a). Salud mental en la atención primaria de salud: Orientaciones. Subsecretaría de Redes Asistenciales. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/016.Salud-Mental.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2018b). Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud.

[https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02\\_Modelo-de-Gestión-de-la-Red-Temática-de-Salud-Mental\\_digital.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gestión-de-la-Red-Temática-de-Salud-Mental_digital.pdf)

Ministerio de Salud [MINSAL]. 2019. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2019. Ministerio de Salud. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/09/Orientaciones-2019-.pdf>

Minoletti A. (2016). The reform of mental health services in Chile: 1991-2015. *L'Information psychiatrique*, 92(9), 761-6. <https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1549>

Minoletti, A., Rojas, G., y Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 440-447. <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2012000400006>

Minoletti, A., Soto-Brandt, G., Sepúlveda, R., Toro, O. y Irrázaval M. (2018). Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata. *Revista Panameña de Salud Pública*, 42. <http://doi.org/10.26633/RPSP.2018.136>

Morales, G., Pérez, J. y Menares, M. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1), 9-25. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122174/procesos-emocionales-de-cuidado-y-riesgo-en-profesionales-que-trabajan-con-el-sufrimiento-humano.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Morgan, D. (2008). Sampling. En L. Given (Ed.), *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods* (799-801). SAGE Publications, Inc.

- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: a review of the problem and its remediation. *Administration and policy in mental health, 39*(5), 341–352. <https://doi.org/10.1007/s10488-011-0352-1>
- Myers, S., Sweeney, A., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A. y Fingerhut, R. (2012). Self-Care Practices and Perceived Stress Levels Among Psychology Graduate Students. *Training and Education in Professional Psychology, 6*(1), 55-66. <http://doi.org/10.1037/a0026534>
- Norcross, J. (2000). Psychotherapist Self-Care: Practitioner-Tested, Research-Informed Strategies. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*(6), 710-713. <http://doi.org/10.1037/0735-7028.31.6.710>
- Norcross, J. y Guy, J. (2007). *Leaving It at the Office: A guide to Psychotherapist Self-care*. The Guilford Press.
- Norcross, J. y VandenBoss, G. (2018). *Leaving It at the Office: A guide to Psychotherapist Self-care*. (2th Ed.) The Guilford Press.
- Olivares, R., Morales, G., Rodríguez, K. y Guerra, C. (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), 9-19. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80103902>
- Orlinsky, D. E., Botermans, J.-F., & Rønnestad, M. H. (2001). Towards an empirically grounded model of psychotherapy training: Four thousand therapists rate influences on their development. *Australian Psychologist, 36*(2), 139–148. <https://doi.org/10.1080/00050060108259646>
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Collaborative Research Network of the Society for Psychotherapy Research. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic*



*work and professional growth*. American Psychological Association.

<https://doi.org/10.1037/11157-000>

- Perris, P., Fretwell, H. y Shaw, I. (2012). Therapist Self - Care in the Context of Limited Reparenting. En M. Vreeswijk, J. Broersen y M. Nadort (Ed), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*. (473-491). Wiley-Blackwell.
- Pope, K. y Vasquez, M. (2005). Creating Strategies for Selfcare. En K. Pope y M. Vasquez (Ed.) *How to Survive and Thrive as a Therapist: Information, Ideas, and Resources for Psychologists in Practice* (13-21). American Psychology Association. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/11088-003>
- Pope, K. y Vasquez, M. (2011). *Etichs in Psychotherapy and Counseling. A practical Guide*. (4th ed.) Wiley Press.
- Pope, K. y Vasquez, M. (2016). *Etichs in Psychotherapy and Counseling. A practical Guide*. (5th ed.) Wiley Press.
- Quinceno, J. y Vinaccia, S. (2007). Burnout: “Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT)”. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 117-125.  
<http://www.redalyc.org/pdf/798/79810212.pdf>
- Rosenberg, T. y Pace, M. (2006). Burnout among Mental Health Professionals: Special considerations for the Marriage and Family Therapist. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(1), 87-99. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16468683>
- Rummel, C. (2015). An Exploratory Study of Psychology Graduate Student Workload, Health, and Program Satisfaction. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(6), 391–399. <http://dx.doi.org/10.1037/pro0000056>

- Rupert, P. A., & Dorociak, K. E. (2019). Self-care, stress, and well-being among practicing psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(5), 343–350.  
<https://doi.org/10.1037/pro0000251>
- 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.
- Segal, J. y Segal, Z. (1993). The value of doing nothing. *Parents*, 68(6), 100-103.
- Serbia, J. (2007). Diseño, Muestreo y Análisis en la Investigación Cualitativa. *Hologramática*, 3(7), 123-146. [http://cienciared.com.ar/ra/usr/3/206/n7\\_vol3pp123\\_146.pdf](http://cienciared.com.ar/ra/usr/3/206/n7_vol3pp123_146.pdf)
- Scharager, J. y Molina, M. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panameña Salud Publica*, 22(3), 149–159.
- Simionato, G. y Simpson, S. (2017). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1431–1456. <http://doi.org/10.1002/jclp.22615>
- Skovholt, T., Grier, T. & Hanson, M. Career Counseling for Longevity: Self-Care and Burnout Prevention Strategies for Counselor Resilience. *Journal of Career Development* 27, 167–176. <https://doi.org/10.1023/A:1007830908587>
- Skovholt, T. y Trotter-Mathinson, M. (2016). *The Resilient Practitioner: Burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions* (3th Ed.). Routledge.
- Smith, P. y Moss, S. (2009). Psychologist Impairment: What Is It, How Can It Be Prevented, and What Can Be Done to Address It?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1).  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1468-2850.2009.01137.x>

- Stovel, L. y Steinberg, P. (2008). Learning Within Psychotherapy Supervision. *Smith College Studies In Social Work*, 78 (2-3). <http://doi.org/10.1080100377310802114700>
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia.
- Taris, T. W. (2006). Is there a relationship between burnout and objective performance? A critical review of 16 studies. *Work & Stress*, 20(4), 316–334.  
<https://doi.org/10.1080/02678370601065893>
- Taylor, S. y Bodgan, R. (1994). *Introducción a los Métodos cualitativos de Investigación*. Editorial Paidós.
- Tobón, O. (2003). El Autocuidado una Habilidad para Vivir. Manizales, Universidad de Caldas.  
<http://www.alcoholinformate.com.mx/pdfdocument.cfm?articleid=370&catid=5>
- Uribe, T. (1999). El Autocuidado y su papel en la Promoción de la Salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 17(2), 109-118.  
<https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/16870/14608>
- Vargas, L. (1994). Sobre el Concepto de Percepción. *Alteridades*, 4(8), 47-53.  
<https://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>
- Wise, E., Hersh, M. y Gibson, C. (2012). Ethics, Self-Care and Well-Being for Psychologists: Reenvisioning the Stress-Distress Continuum. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 487-494. <http://doi.org/10.1037/a0029446>
- Yáñez, J. (2003). *Modelo cognitivo del burnout y autocuidado profesional*. Documento de Circulación Restringida.
- Yáñez, J. (2005). Taller de autocuidado para profesionales de la salud y la salud mental. Grupo Clínico Constructivista Cognitivo.

Weiss, L. (2004). *Therapist's Guide to Self-Care*. Taylor & Francis Books, Inc.

Wise, E., Hersh, M. y Gibson, C. (2012). Ethics, Self-Care and Well-Being for Psychologists: Reenvisioning the Stress-Distress Continuum. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 487–494. <http://doi.org/10.1037/a0029446>

Zarei, E., Ahmadi, F., Sial, M. S., Hwang, J., Thu, P. A., & Usman, S. M. (2019). Prevalence of Burnout among Primary Health Care Staff and Its Predictors: A Study in Iran. *International journal of environmental research and public health*, 16(12), 2249. <https://doi.org/10.3390/ijerph16122249>

Zúñiga, AK., De la Parra, G., Taubner, S., Araya., P & Nuñez, L. (2020a) *Expectations of Chilean Depressed Patients regarding Psychological Care and their Therapist: implications for therapist competencies in primary care settings*. [Manuscrito no publicado]. Santiago, Chile.

Zúñiga, AK., De la Parra G., Ferrari., M. (2020b). *Which Psychotherapeutic Competencies Are Needed To Treat Complex Depression in Institutional Setting?: answering from patients, therapist and expert perspectives* [Manuscrito no publicado]. Santiago. Chile.

## 9. Anexos

### Pauta de Entrevista

<i>Variables</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Preguntas</i>
Perfil	Caracterización	<p>¿En dónde se formó como psicólogo/psicóloga?</p> <p>¿Cuál es su línea teórica?</p> <p>¿Cuántos años lleva trabajando como clínico?</p> <p>¿Cuántos en esta institución?</p> <p>¿Trabaja en algún otro lugar?</p> <p>Si aplica ¿Cómo reparte su horario de trabajo?</p>
Conceptualización	Autocuidado	<p>¿Conoce el concepto de Autocuidado? Si aplica ¿Dónde lo conoció? Si no lo conoce ¿Qué cree que podría significar?</p> <p>Aplica en ambos casos ¿Cómo lo definiría?</p> <p>¿Considera que es un concepto importante para la práctica clínica?</p>
	Burnout	<p>¿Conoce el concepto de Burnout? Si aplica ¿Dónde lo conoció? Si no lo conoce ¿Qué cree que podría significar?</p> <p>Aplica en ambos casos ¿Cómo lo definiría?</p> <p>¿Considera que es un concepto importante para la práctica clínica?</p>
Aplicación	Autocuidado	<p>¿Qué actividades recreativas le gusta realizar? ¿Tiene algún hobby?</p> <p>¿Hace algún tipo de actividad después del trabajo?</p> <p>Podría describirme un día de su jornada de trabajo</p> <p>¿Cómo maneja el hecho de ser psicólogo en su vida personal, familiar y social?</p> <p>¿Sus relaciones interpersonales se han visto influenciadas por su profesión?</p>

---

	¿Su lugar de trabajo hace algo para facilitar el contacto entre colegas?
Burnout	¿Cómo experimenta el trabajo constante con el sufrimiento? ¿Qué dificultades enfrentan en el tratamiento de pacientes? ¿Qué pasa con los conflictos personales al momento de hacer psicoterapia? Si estos tienen alguna similitud con algún contenido de un paciente ¿Qué hace? ¿Se ha sentido cansado de la práctica clínica? Si es así ¿Qué cree que lo ha cansado? Si no
Aportes en la Psicoterapia	¿Qué cree que influye en tener una buena o mala jornada laboral? ¿Qué conocimientos considera que han sido importantes para su práctica clínica con los pacientes que consultan en esta institución? ¿Cuándo se siente cansado que hace? ¿Cuáles serían los factores indispensables para mantener la gestión psicoterapéutica de parte del terapeuta?

---