



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**PERCEPCIONES DE CAMBIO TERAPÉUTICO EN CLIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE BURNOUT QUE VIVIERON UNA
PSICOTERAPIA HUMANISTA EXPERIENCIAL EN SANTIAGO**

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos

ESTEBAN FELIPE ARAVENA DÍAZ

**Profesor Guía:
Dr. Pablo Herrera Salinas**

**Profesor Co-Guía:
Mg. Rocío Cerda Lobos**

**Informantes:
Mg. Matías Méndez López**

Santiago de Chile, año 2020

**PERCEPCIONES DE CAMBIO TERAPÉUTICO EN CLIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE BURNOUT QUE VIVIERON UNA
PSICOTERAPIA HUMANISTA EXPERIENCIAL EN SANTIAGO**

RESUMEN

La presente investigación se centró en indagar las percepciones de cambio terapéutico en clientes con diagnóstico de *síndrome de Burnout* que vivieron una *psicoterapia experiencial*, con el objeto de ser una primera aproximación al abordaje clínico y sus aportes cambio, dada la alta prevalencia de la patología (Ortiz y Ortega, 2008) y la casi inexistente investigación empírica sobre el tema desde el enfoque *humanista experiencial*, a pesar que aparece como una alternativa novedosa para la problemática (Lambie, 2006). Se consideró identificar los elementos que cambiaron antes y después de la terapia en el cliente, en indagar cómo fue posible el proceso de cambio y cuáles fueron las variables de la terapia que aportaron. Para el desarrollo de esta investigación se utilizó un diseño cualitativo de carácter exploratorio. La muestra consideró entrevistar a 6 clientes con diagnóstico de *burnout* luego de una *psicoterapia experiencial*. La información obtenida fue analizada a través de un análisis de discurso, utilizando la codificación abierta de la teoría fundamentada.

Se desprende del estudio que a través de la terapia los clientes amplían su *experiencing*, adquiriendo una mayor capacidad de simbolizar los significados implícitos, autoexploración y toma de conciencia. Ello hizo posible la reducción de la sintomatología asociada al *burnout*, así como también posibilitó el abordaje de otras problemáticas personales.

Palabras Clave: Síndrome de Burnout, Psicoterapia Humanista Experiencial, Cambio terapéutico.

DEDICATORIA

A mi familia, por creer en mí sin condiciones, por su apoyo, amor y paciencia en momentos de desasosiegos.

A Javiera, compañera de batallas y distracciones. Por su cariño y amor incondicional.

A mis amigos Matías, Daniela y Lucila, por estar ahí cuando apareció el *tercero que irrumpe*.

A Ciudad Nómada, por creer que los sueños se pueden hacer realidad.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las personas que ayudaron a que esta investigación fuera posible, formando parte de ella o apoyando.

Agradezco a mi profesora guía, Mg. Rocío Cerda, por excelente disposición, cariño, dedicación, inteligencia, guía y sabiduría organísmica para la elaboración y realización de este estudio.

También agradezco a los profesores, Dr. Pablo Herrera y Mg. Matías Méndez por su amabilidad, comprensión, sabiduría y guía en esta tesis.

A los entrevistados, mi agradecimiento por su gran motivación y disposición para participar en este estudio.

Agradezco a todas mis compañeros que integran el Programa de Magíster en Psicología Clínica en Adultos de la Universidad de Chile mención humanista existencial por su inmenso cariño y apoyo.

A la psicóloga Javiera González por su colaboración y apoyo en la elaboración de esta tesis, gracias.

Finalmente, quiero agradecer a mi grupo de supervisión, siempre atentos para darme una mano amiga.

*No, no le hubiera podido decir: "Estoy cansado de ti", ni siquiera un simple "¡Cansado!"
(Lo que como grito común, tal vez nos hubiera podido liberar de nuestros infiernos
particulares): estos cansancios nos quemaban la capacidad de hablar, el alma.
Estos cansancios son violencia, porque destruyen toda comunidad, toda cercanía, incluso
el mismo lenguaje: «Aquel tipo de cansancio —sin habla, como tenía que seguir siendo—
forzaba a la violencia. Esta tal vez se manifestaba solo en la mirada que deformaba al
otro»*

Byung-Chul Han, 2010

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2. Objetivos de investigación.....	6
3. Preguntas directrices.....	7
4. Marco teórico.....	9
4.1 Síndrome de Burnout.....	9
4.1.1 Aspecto generales y antecedentes históricos.....	9
4.1.2 Epidemiología en Chile.....	11
4.1.3 El síndrome de Burnout como psicopatología.....	12
4.1.4 Investigaciones en síndrome de Burnout y controversias.....	15
4.2 El modelo Humanista Experiencial.....	16
4.2.1 Breve contexto histórico.....	16
4.2.2 El modelo rogeriano.....	17
4.2.2.1 La Psicoterapia No-directiva y el enfoque centrado en la persona.....	17
4.2.2.2 Las actitudes del terapeuta en el enfoque centrado en la persona.....	18
4.2.2.2.1 La autenticidad del terapeuta en la relación.....	19
4.2.2.2.2 Aprecio Positivo Incondicional.....	19
4.2.2.2.3 Empatía.....	20
4.2.3 La psicoterapia experiencial y el modelo procesal de Eugene Gendlin.....	20
4.2.3.1 Experiencing.....	22
4.2.3.2 Felt sense (sensación sentida).....	23
4.2.3.3 Referente Directo.....	24
4.2.3.4 Lo Implícito.....	24
4.2.3.5 La autopropulsión.....	25
4.2.3.6 Focusing.....	26
4.2.3.7 Anclaje con la filosofía existencial.....	28
4.2.4 La teoría de personalidad en el Enfoque Experiencial.....	29
4.2.5 La teoría del cambio en psicoterapia desde el enfoque experiencial.....	30
4.2.6 El crítico interno.....	33
5. Metodología.....	34
5.1 Perspectiva.....	34

5.2 Tipo de estudio.....	34
5.3 Diseño de investigación-Teoría fundamentada.....	34
5.4 Muestra.....	35
5.5 Criterios éticos.....	35
5.6 Instrumentos de producción de información.....	35
5.7 Técnicas de análisis.....	36
5.8 Criterios de científicidad.....	36
5.8.1 Credibilidad.....	36
5.8.2 Confirmación.....	36
5.8.3 Aproximación.....	37
6. Análisis descriptivo.....	38
6.1 Aspectos que configuran el síndrome de Burnout.....	38
6.1 Aspectos que configuran el síndrome de Burnout.....	38
6.2 Percepción sobre los aspectos que cambiaron antes y después de la psicoterapia.....	43
6.2.1 Cambios en el motivo de consulta.....	43
6.2.2 Cambios en los síntomas.....	44
6.2.3 Cambios en las sensaciones.....	47
6.2.4 Cambios en el significado del trabajo.....	52
6.3 Percepción sobre cómo ocurre el proceso de cambio psicoterapéutico.....	54
6.3.1 Darse cuenta.....	54
6.3.1.1 Darse cuenta sobre aspectos insanos de sí mismo.....	55
6.3.1.2 Acciones a partir del Darse cuenta.....	58
6.3.2 Uso de metáforas.....	65
6.4 Percepción sobre las variables de la terapia que facilitan el cambio psicoterapéutico.....	69
6.4.1 Forma de ser del terapeuta.....	69
6.4.2 Clima de la terapia.....	72
6.4.3 Intervenciones.....	73
7. Discusión.....	79
8. Conclusión.....	86
9. Bibliografía.....	88

10. Anexo.....95

Introducción

Cada vez más se ha ido ampliando el interés por comprender el fenómeno del *síndrome de burnout* como enfermedad laboral, considerando el impacto negativo que este tiene respecto a los costos que acarrea para las personas e instituciones (Ortiz y Ortega, 2008). No es casual que el síndrome esté tomando un cariz preocupante y que se refiera a él como “una trágica epidemia que se expande por los países industrializados”. (González, Lacasta y Ordoñez, 2008).

En ese sentido, diversos estudios muestran cómo el *síndrome del burnout* está relacionado con alteraciones psicofisiológicas que reducen el desempeño de la persona en su trabajo y empeora la calidad de vida (Borda, Navarro, Aun y cols., 2007; Díaz, Lartigue y Acosta, 2001; Grau y Chacón, 1998), asociándose especialmente a los profesionales que trabajan en contacto directo con las personas y el sufrimiento, siendo los más proclives a desarrollar la enfermedad (Calíbrese, 2006). El *síndrome de burnout* tiene, además, directa incidencia en la comorbilidad psiquiátrica por riesgo ocupacional; aumenta las tasas de suicidio, abuso del alcohol y drogas, siendo estos indicadores más altos que los índices de la población general (Anon, 1994).

En el mundo y según el Informe “Salud mental y Trabajo” de la Organización Mundial de la Salud (2012), cinco de las diez principales enfermedades que producen ausentismo laboral son de origen mental, siendo el *síndrome de Burnout* una de ellas o presentándose en conjunto a otras patologías mentales. El mismo informe señala que, a nivel mundial, al menos el 20% de la fuerza laboral presentará problemas de salud mental en algún momento de su ejercicio. El problema del *Burnout* y su morbilidad psiquiátrica es “relevante y transversal, tanto en los países de bajos ingresos como en los ricos, abarcando toda edad, género y estratos sociales. Además, todas las predicciones indican que el futuro verá un aumento dramático en los problemas de salud mental (relacionados al trabajo)”. (p.1).

En Chile, las estadísticas oficiales de La Superintendencia de Seguridad Social (2017), refleja que las enfermedades de salud mental asociadas al trabajo

representan un 53% de las consultas realizadas en las mutualidades, y que “en comparación a años anteriores, se observa un incremento de la proporción de denuncias por enfermedades mentales asociadas al trabajo” (p. 19).

Todos estos datos dan cuenta de lo urgente que se ha vuelto el desarrollar una comprensión más profunda y detallada del fenómeno. Desde que surge el concepto de *burnout* a mediados de los años 70 (Freundenberger, 1974), la mayoría de las investigaciones sobre la temática se han centrado en los factores externos que lo producirían. Esto se refiere, por ejemplo, a las características organizacionales, los liderazgos, el estrés ocupacional, los factores de riesgo asociados a trabajos específicos y la ambigüedad en los roles organizacionales (Lambie, 2006).

Schaufeli y Buunk (1996) señala que, a pesar de los esfuerzos, los estudios acerca del *síndrome de burnout* aún siguen mostrando dificultades para definir el concepto y sus implicancias, adoleciendo de sesgos teóricos y problemas metodológicos (Schaufeli y Buunk, 1996). Ello ha derivado en críticas y a poner en duda su calidad científica, ya que frecuentemente los investigadores lo confunden con otros constructos, como la depresión, la fatiga, el estrés o la extenuación emocional (Aguayo, 2018).

En cuanto a la investigación en psicoterapia, es el enfoque cognitivo conductual el modelo que más estudios ha realizado sobre el tema, centrándose en probar efectividad del modelo en la prevención e intervención organizacional (Casteel & Matthews, 1984; Kiesler, 1990; Morris, 1981), con técnicas que van desde el entrenamiento de la inoculación del estrés y la reestructuración cognitiva (Edelwich and Brodsky, 1980) hasta estrategias individuales de manejo del estrés (Matteson e Ivancevich, 1987; Ramos y Buendía, 2001; Guerrero y Vicente, 2001). No obstante, estas investigaciones sobre intervenciones no han estado exentas de críticas, ya que se le han atribuido sesgos metodológicos en la comprobación de su efectividad (Aguayo, 2018).

En Chile, en tanto, las investigaciones han seguido el curso de las investigaciones internacionales; centrado en determinar y describir factores de

riesgo y protectores, realizar comparaciones entre poblaciones y validar instrumentos para poder detectarlo (Aguirre y Montedónico, 2009).

En ese sentido, el contexto actual es que el fenómeno del *burnout* ha sido estudiado por distintas escuelas y modelos teóricos de la psicología, centrándose especialmente en describirlo e intentar prevenirlo. No obstante, aún presenta vacíos importantes en cuanto al quehacer clínico, no teniendo mucha claridad de que es lo que ocurre cuando una persona acude a terapia con este problema, y de qué manera la psicología clínica ayuda al cambio terapéutico. En ese sentido, no hay claridad de cómo cambia el síndrome a nivel sintomatológico, ni tampoco cuál es el efecto para las problemáticas particulares del cliente ni en cómo cambia la persona que lo padece luego experimentarlo (Aguirre y Montedónico, 2009).

En un contexto en el que se requiere mayor información sobre el cambio de las personas que padecen *síndrome de burnout*, la psicología humanista experiencial no es la excepción a las otras investigaciones en general, ya la investigación en este campo desde el enfoque ha sido prácticamente inexistente (Lambie, 2006). Esto es, a su vez, consonante con lo que sostiene Wong (2010), que plantea que la psicología humanista, a pesar de tener una base sólida en cuanto a su ética, teoría y metodología, se ha quedado corta en el área de la investigación.

Lambie (2006) señala que indagar este fenómeno desde el modelo humanista podría ser tremendamente útil, en cuanto a los aportes que podría realizar para aproximarse al fenómeno. No obstante, esto no ha ocurrido salvo quizás por los esfuerzos del mismo autor por acercar el modelo a la intervención grupal del *burnout* en psicoterapeutas y consejeros educacionales, pero siempre centrado en grupos y no en atenciones individuales (Lambie, 2006; Lambie, 2004). Para Lambie (2006), la falta de estudios podría relacionarse a que tradicionalmente se ha asociado el *síndrome de burnout* a lo organizacional y que por lo mismo las investigaciones han estado centradas en esta área. No obstante, “el *Burnout* es un síndrome psicológico incrustado en el contexto de una relación interpersonal compleja que involucra el concepto de la persona, de sí mismo y de

otros, en el que el estrés crónico conduce al agotamiento emocional” (Lambie, 2006, 32) extendiendo su alcance a nivel intrapsíquico profundo y abarcando más dimensiones que lo organizacional, y por ende, se hace necesario también indagar qué es lo que ocurre en la psicoterapia y como ayuda esta al cambio terapéutico. En ese sentido, esto plantea un problema, porque dada la alta prevalencia internacional y nacional del síndrome (Ortiz y Ortega, 2008), es evidente que terapeutas con enfoque humanista experiencial están otorgando atención psicoterapéutica a clientes con este diagnóstico, pero no existe evidencia empírica que dé cuenta de cómo se está llevando a cabo el proceso de cambio ni la manera en que se está realizando dicha intervención.

Desde ahí vale preguntar: ¿Cómo está ocurriendo el cambio terapéutico en una psicoterapia humanista experiencial con un cliente con diagnóstico de *síndrome de burnout*?; ¿Cuáles son los elementos del cliente que cambian?; ¿cuáles son las variables de la terapia que ayudan al cambio y cuales lo detienen?; ¿Cómo impacta al cliente el padecer *burnout* y como se pone en juego sus propios conflictos? ¿Cómo afecta su capacidad de experimentar?

En este contexto, el siguiente estudio busca ser una primera aproximación empírica entre el *síndrome de Burnout* y el proceso de cambio psicoterapéutico desde un enfoque humanista experiencial, siendo su objetivo principal el describir la percepción del cambio terapéutico en clientes que vivieron una psicoterapia con enfoque experiencial con diagnóstico de *síndrome de Burnout* en Santiago. Dado que existen pocos antecedentes de esta materia en el ámbito clínico individual desde este enfoque, se propone un estudio exploratorio de carácter cualitativo a través de la metodología de la teoría fundamentada.

La relevancia de este estudio puede resumirse en los siguientes puntos: (a) contribuir con una primera aproximación a la percepción de cambio terapéutico en el *síndrome de burnout* desde un enfoque humanista experiencial; (b) ampliar los conocimientos empíricos de la terapia experiencial en clientes con *síndrome de burn out*; (c) dar riqueza y aunar el trabajo de los psicólogos clínicos a través de las percepciones de cambio de los clientes y la experiencia de lo que ellos

perciben como terapéutico y (d) plantear la posibilidad de desarrollar habilidades clínicas a partir de las percepciones de los clientes, así como también futuras líneas de investigación.

Objetivos de investigación

2.1 Objetivo general

Describir las percepciones de cambio terapéutico en clientes con diagnóstico de Síndrome de Burnout que vivieron una psicoterapia experiencial en Santiago.

2.2 Objetivos específicos

- A. Describir las percepciones de cambio psicoterapéutico de clientes con diagnóstico de Síndrome de Burnout antes/después de la terapia con enfoque humanista experiencial.
- B. Describir las percepciones de clientes respecto del proceso de cambio psicoterapéutico en terapia con enfoque humanista experiencial.
- C. Describir las percepciones de clientes sobre las variables de la psicoterapia con enfoque humanista experiencial que intervinieron en el proceso de cambio psicoterapéutico.

Preguntas directrices

Objetivo 1: Describir las percepciones de cambio psicoterapéutico de clientes con diagnóstico de síndrome de burnout antes/después de la terapia con enfoque humanista experiencial.

Para este objetivo se realizará análisis cualitativos persiguiendo responder las siguientes preguntas: ¿Cuál es la percepción de los síntomas y sensaciones iniciales del síndrome de burnout y al finalizar la terapia?; ¿Cuál es la percepción del contexto laboral y vital al momento en que se gatilló el síndrome y al finalizar la terapia?; ¿Cuál es la autopercepción de sí mismo, en relación a su trabajo, al iniciar y finalizar el proceso?; ¿Cuál es la percepción del significado del trabajo antes y después de la terapia?

Objetivo 2: Describir las percepciones de clientes respecto del proceso de cambio psicoterapéutico en terapia con enfoque humanista experiencial.

Para este objetivo se realizará análisis cualitativos, orientados a responder las siguientes preguntas directrices: ¿Cómo percibe el cliente que se fue gestando el proceso de cambio?; ¿Cómo fueron cambiando las vivencias relacionadas al síndrome de burnout a lo largo de la psicoterapia?; ¿Cuáles son las experiencias específicas de cambio?; ¿Cómo percibe que esas nuevas experiencias posibilitaron el cambio?; ¿Cómo fueron cambiando las sensaciones sentidas y el contacto con el flujo experiencial a lo largo de la terapia?

Objetivo 3: Describir las percepciones de clientes sobre las variables de la psicoterapia con enfoque humanista experiencial que intervinieron en el proceso de cambio psicoterapéutico.

Para este objetivo se realizará un análisis cualitativo, orientado a responder las siguientes preguntas directrices: ¿Cómo se desarrolla y evoluciona la relación del cliente y el terapeuta a lo largo de la terapia?; ¿Qué elementos de la terapia fueron beneficiosos para el cambio terapéutico?; ¿Cuál es la percepción del efecto de la terapia?; ¿Cuál es la percepción de la actitud del terapeuta y el clima de la terapia?

respecto del cambio terapéutico?; ¿Qué técnica(s) específica(s) son percibidas como útiles para la terapia?

Marco teórico

4.1. Síndrome de Burnout

4.1.1 Aspectos generales y antecedentes históricos

El *burnout* fue observado por primera vez por el médico psiquiatra Herbert Freudenberger en 1974, quien producto de su trabajo clínico se percató que algunos trabajadores, luego de un periodo comprendido entre uno y tres años, empezaban a presentar una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de interés por el trabajo, agotamiento, junto con variados otros síntomas ligados a patologías mentales, como la ansiedad y la depresión (Mingote, 1998; Moreno, González y Garrosa, 2001). El trabajo que realizaban estos trabajadores estaba caracterizado por no tener horarios fijos, con una gran carga horaria de trabajo, bajos sueldos y ambientes sociales adversos y precarios (Leiter, 1991).

Posteriormente Maslach y Jackson (1986) utilizarían el mismo término en su investigación clínica y definirían el síndrome como “una respuesta a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación en las tareas que se han de realizar”. (p. 10).

Durante la década de los 80 se divulgaron los primeros trabajos de índole científico sobre enfermedades profesionales que le dieron visibilidad al problema, siendo estos marcados por la tendencia de atribuir el síndrome a características individuales y de personalidad del trabajador, más que a las características objetivas del trabajo en sí mismo y las condiciones organizacionales (Mingote, 1998).

Con el pasar del tiempo, el término comenzó a perder claridad conceptual, pues se empezó a emplear teóricamente de manera poco rigurosa, siendo un problema que se mantiene hasta el día de hoy, en donde frecuentemente se confunde con otros constructos, como la depresión, la fatiga, el estrés o la extenuación emocional. Ello ha implicado una disminución en su calidad científica (Aguayo, 2018). A la fecha no existe una sola definición del síndrome, en donde

destaca la heterogeneidad de las descripciones (Brill, 1984; Cronin-Stubbs y Rooks, 1985; Shirom, 1989; Moreno, Oliver y Aragonese, 1991; Leiter, 1993; Burke y Richardsen, 1993; Leal, 1993).

Párraga (2005) destaca que la mayoría de las conceptualizaciones realizan énfasis en distintos aspectos del mismo tema. Por ejemplo, algunas definiciones observan la relación entre el estrés laboral y el *síndrome de burnout*, mientras que otros comentan la importancia de los estados disfuncionales asociados al síndrome, o la sobrecarga cognitiva y la crisis de la autoeficacia. Para el autor, no obstante, la definición más aceptada es que el *síndrome de burnout* consistiría en "un trastorno de adaptación al estrés laboral, agudo, crónico, bien por falta de recursos de afrontamiento, o bien por no llevar a cabo estrategias ya conocidas, que conlleva a un estado disfuncional de tipo emocional y conductual". (p. 24).

Ahora bien, la génesis del *síndrome de burnout* en el contexto actual, entre otras "patologías mentales" para Byung-Chul Han (2012), en su ensayo *La sociedad del Cansancio*, radica en la estructura de lo que él denomina como *la sociedad de rendimiento* y en el exceso de *positividad*. A diferencia de otros paradigmas, como la sociedad disciplinaria de Michel Foucault (1975) o el paradigma inmunológico de Roberto Esposito (2009), que hablan de estructuras sociales centradas en la *negatividad*, es decir, basadas en la represión y la exclusión de la otredad o el miedo a la diferencia, la sociedad de rendimiento actual posee estructuralmente una coacción implícita que impone la *positividad*, que no es otra cosa que una forma de violencia estructural que resulta de la superproducción, superrendimiento y bombardeo incesante de información a la que las personas están constantemente sometidas y que deriva en agotamiento, fatiga y asfixia de estímulos (Han, 2012). En ese sentido, la violencia de la sociedad actual ya no es restrictiva; la sociedad de rendimiento genera individuos hiperactivos e hiper neuróticos, poseedores de una aparente sobreabundancia que lo induce a auto explotarse y a confundir dicha misión como un deber ser (Han, 2012). De esta manera, el filósofo caracteriza al sujeto de la sociedad de rendimiento:

El sujeto de rendimiento está libre de un dominio externo que lo obligue a trabajar o incluso lo explote. Es dueño y soberano de sí mismo. De esta manera, no está sometido a nadie, mejor dicho, sólo a sí mismo. En este sentido, se diferencia del sujeto de obediencia. La supresión de un dominio externo no conduce a la libertad; más bien hace que libertad y coacción coincidan. (p. 20).

En el contexto de la globalización y nuestro sistema económico, “la violencia de la positividad se despliega precisamente en una sociedad permisiva y pacífica” (p.14), por lo que se hace difícil de detectar, pues a diferencia de la sociedad descrita por Foucault, la actual “no presupone ninguna enemistad” (Han, 2012, p.14). De esa manera, Han (2012) supone que la coacción a la que el sujeto de la sociedad de rendimiento es insidioso y autoinducida:

Es mucho más eficaz que la explotación por otros, pues va acompañada por un sentimiento de libertad. El explotador es al mismo tiempo el explotado. Víctima y verdugo ya no pueden diferenciarse. Esta autorreferencialidad genera una libertad paradójica, que, a causa de las estructuras de obligación inmanentes a ella, se convierte en violencia. Las enfermedades psíquicas de la sociedad de rendimiento constituyen precisamente las manifestaciones patológicas de esta libertad paradójica. (p.20).

La sociedad neoliberal, en ese sentido, se presenta como una sociedad permisiva, seductora y amable, pero que implícitamente delega el poder de control en las mismas personas, quienes ejercen una auto coacción que asegura el control social desde la misma psique de los individuos (Han, 2012).

4.1.2 Epidemiología en Chile

El síndrome de Burnout representa un importante problema para la salud general debido a su alta prevalencia, aunque muchas veces es difícil delimitarlo y distinguirlo de otras patologías debido a lo difuso que puede ser el constructo y las dificultades para realizar una medición estadística representativa (Aguayo, 2018).

Durante el año 2000 fue declarado como factor de riesgo por la OMS como factor de riesgo laboral por su capacidad de afectar la vida, la salud mental o incluso aumentar la mortalidad (Organización Mundial de la Salud, 2000).

En el mundo, se estima que cerca de un 28% de los trabajadores poseen síntomas significativos de estrés, aumentando la probabilidad de morbilidad con patología mental, dentro de las cuales se encuentra el síndrome de burnout, así como también de otros riesgos como la accidentabilidad tanto en el trabajo como en la vida diaria (OMS, 2010).

En Chile lo que reflejan las estadísticas oficiales de la Superintendencia de Seguridad Social (2017), es que las enfermedades de salud mental asociadas al trabajo representan un 53% de las consultas realizadas en las mutualidades, y que “en comparación a años anteriores, se observa un incremento de la proporción de denuncias por enfermedades mentales asociadas al trabajo” (p. 19).

Por otra parte, las mujeres muestran mayor prevalencia de enfermedades mentales asociadas al trabajo, con un 56% de las cifras oficiales, a pesar de representar una fuerza de trabajo inferior en cuanto a número (SUSESO, 2017). Esto se explicaría porque es una población que poseería mayores factores de riesgo comparado a los hombres (Minsal, 2017).

4.1.3 El síndrome de Burnout como Psicopatología

Si bien el Síndrome de Burnout no está descrito en el DSM V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales), si es posible encontrar una descripción en el manual ICD-10 (Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades Mentales) como la categoría “Z73.0 Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)”, dentro de la categoría más amplia de “Problemas relacionados con las dificultades de afrontar la vida (2018). El *Síndrome de Burnout* estaría caracterizado por un “cansancio físico y emocional, que involucra el desarrollo de una desvalorización del auto concepto y el surgimiento de actitudes negativas hacia el trabajo, así como también pérdida de preocupación o emoción en el trato con las personas a quienes se beneficia a través del trabajo” (Santana y Farkas, 2007, p.79).

Dentro de las múltiples razones que podría presentarse, el síndrome emergería con relativa frecuencia en profesionales que trabajan de manera cercana al sufrimiento (Zazzetti, Carricaburu, Ceballos y Miloc, 2011), así como

también en profesionales que se agotan por intentar cumplir metas poco realistas o en trabajos que requieran un alto compromiso de tiempo (Azar, 2010).

De acuerdo a Aron y Llanos (2004), el *Burnout* puede expresarse a nivel físico, conductual, cognitivo, relacional y psicológico. Ello conlleva un grado alto de malestar en las distintas esferas vitales, en donde se ve afectada la disposición afectiva hacia las labores y las personas, rozando muchas veces con conductas hostiles, así como también expresiones de signos de aburrimiento y desmotivación hacia los procesos (Azar, 2000; Morales et al., 2003). Párraga (2005) realiza un compendio en donde detalla los resultados y consecuencias del *síndrome de Burnout* que han sido descrito por aquellos autores e investigadores más aceptados en el tema: Pines y Maslach (1978); Maslach y Jackson (1981); Quattrochi-Tubin, Jones y Breedlove (1982); Kahill (1988); Firth y Britton (1989); Melamed, Kushnir y Shirom (1992); Nowack y Pentkoswki (1994); Maslach, Jackson y Leiter (1996); O'Brien (1998); Moreno y Peñacoba (1999); Moreno et al. (2001) y Parkes (2001). Para Párraga (2005, p.25), los síntomas habituales podrían sintetizarse en los siguientes apartados:

Síntomas emocionales: Depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes/pacientes, supresión de sentimientos.

Síntomas cognitivos: Pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación de auto concepto, pérdida de autoestima, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción, cinismo, criticismo generalizado.

Síntomas conductuales: Evitación de responsabilidades, absentismo laboral e intenciones de abandonar la organización, desvalorización, auto-sabotaje, desconsideración hacia el propio trabajo, conductas inadaptativas, desorganización, sobre-implicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.

Síntomas sociales: Aislamiento y sentimientos de fracaso, evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor familiar, formación de grupos críticos, evitación profesional y bajo umbral para soportar presión.

Síntomas psicosomáticos: Cefaleas, dolores osteomusculares, especialmente dorsales, quejas psicosomáticas, pérdida de apetito, cambios de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales, aumento de ciertas determinaciones analíticas (colesterol, triglicéridos, glucosa).

Por otra parte, no existe un claro consenso en las fases de manifestación de la enfermedad y del desarrollo de la enfermedad, debido a que la progresión de esta varía de persona a persona, así como tampoco se presenta toda la sintomatología (Párraga, 2005).

No obstante, existe un relativo consenso para señalar que el estrés laboral es un buen punto de partida para el desarrollo del *burnout* (Albee, 2000), al cual se llega por medio de un proceso de desajuste entre el trabajador y las exigencias del trabajo (Cherniss, 1980).

Según el modelo de Cherniss, en este proceso se distinguen tres fases:

- a- Fase de estrés: en la cual se da un desajuste entre las demandas laborales y los recursos del trabajador.
- b- Fase de agotamiento: en la cual se dan respuestas crónicas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga.
- c- Fase de agotamiento defensivo: en la cual se aprecian cambios en la conducta del trabajador, tales como el cinismo, entre otras muchas de carácter nocivo.

Lo anterior conlleva un cambio negativo en las actitudes y comportamientos del trabajador, que podrían además desembocar en una serie de trastornos emocionales y cognitivo, que podría implicar dificultades para pensar, tomar decisiones y sentir (Cherniss, 1980). En ese sentido, el *Burnout* puede estar relacionado con una serie de manifestaciones negativas, que tiene fuerte impacto en la vivencia subjetiva (Cano y Miguel, 2000).

Una de ellas es el conjunto de afecciones poco específicas conocidas como las “disfunciones emocionales”, que se caracteriza por “una experiencia afectiva desagradable o negativa y alta activación fisiológica” (Párraga, 2000, p 58).

Por otra parte, el *síndrome de Burnout* está relacionada a la aparición de ansiedad, que a pesar de caracterizar una respuesta normal y necesaria para el desenvolvimiento de las personas ante ciertas vivencias de amenaza, también puede ser experimentada como una vivencia displacentera y negativa, especialmente cuando está supera el umbral del proceso habitual por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, pudiendo alterar el funcionamiento cognitivo y fisiológico (Miguel Tobal, 1990). En ese sentido, el *síndrome de Burnout* no solamente puede causar ansiedad, sino que también puede inhibir las funciones emocionales, fisiológicas y cognitivas que ayudan a afrontar las posibles consecuencias negativas de la ansiedad (Párraga, 2005).

4.1.4 Investigaciones en síndrome del Burnout y controversias

Actualmente, las intervenciones más aceptadas se enmarcan dentro de las terapias basadas en el modelo Cognitivo Conductual (Jaworska Burzyńska et. al., 2016; Mommersteeg, 2006), Desensibilización y Reprocesamiento por el Movimiento Ocular (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing o EMDR*) (Soares, 2015) y Terapia de Aceptación y Compromiso (Hosseinaei, 2013). También destacan algunas psicoterapias basadas en el mindfulness (Jaworska Burzyńska et. al., 2016), arte terapia, musicoterapia, y terapia de reducción del estrés (Kakiashvili, 2013)

No obstante, lo anterior, la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas para el cambio en el área del *síndrome de Burnout* ha sido insuficientemente investigadas, ya que las investigaciones constan fundamentalmente de estudios preliminares y con bajo alcance (Korczak, Wastian y Schneider, 2017).

En general, las investigaciones muestran limitaciones que afectan la calidad de los resultados y que es posible apreciar en su contenido, en la duración del estudio, en su diseño y el tamaño del estudio. El campo de investigación es tan

directo que no posibilita la comparación directa, lo que afecta el nivel de evidencia (Korczak, Wastian y Schneider, 2017).

4.2 El modelo Humanista Experiencial

4.2.1. Breve contexto histórico

La psicología Humanista, según Edgardo Riveros (2014) se constituye formalmente durante la década de los 60 influenciado por el contexto post guerra y los movimientos contracultura, aunque ya es posible atisbar sus inicios en la década de los 40 (Collyer y Cayo, 1978). Nace como un esfuerzo de psicólogos y pensadores por trascender los conceptos base del psicoanálisis y el conductismo, enfoques que tendrían un modelo de ser humano fragmentado y determinado (Riveros, 2014).

Fruto de la crítica a los modelos psicológicos imperantes, la psicología humanista se funda como una nueva psicología que buscaba desarrollar un enfoque “preocupado por la subjetividad y la experiencia interna, de la persona como un todo, sin fragmentaciones como la conducta o el inconsciente, o la percepción del lenguaje, sino que se ocupara en contemplar a la Persona como un objeto luminoso de estudio”. (p. 138).

Cabe destacar que la psicología humanista, como marco de referencia, prácticamente no ha sido utilizado para abordar académicamente la temática del *síndrome de Burnout* (Lambie, 2006). En este contexto, se propone utilizar uno de los marcos de referencia existentes dentro de la psicología humanista, el enfoque humanista experiencial, como un modelo que podría representar una alternativa, aún no explorada, para comprender los procesos de cambio clínico en clientes que presenten *síndrome de Burnout*.

Tal como es posible deducir de lo señalado anteriormente, el modelo humanista experiencial se ha edificado como una de las tantas ramas de la psicología humanista, la que nunca se constituyó como una corriente sistémica, homogénea y coherente de escuelas o enfoques, sino que representa más bien “la expresión de muchos pensadores que han querido encontrar un camino cercano al

hombre” (Riveros, 2014, p.140). En este contexto, la psicología humanista experiencial o el modelo experiencial es una expresión más de ese esfuerzo, conviviendo en diálogo con otras escuelas que se han denominado como humanistas (Riveros, 2014).

Como tal, la psicología humanista experiencial es concebida por Eugene Gendlin, fruto de su trabajo en conjunto con su maestro Carl Rogers. Este último fue el impulsor del Enfoque Centrado en la Persona (ECP) y que fue una de las principales inspiraciones para el trabajo de Gendlin (Riveros, 2014).

4.2.2 El modelo rogeriano

4.2.2.1 La Psicoterapia No-Directiva y el Enfoque Centrado en la Persona

Para entender el trabajo de Gendlin y la Psicología humanista experiencial, es necesario repasar brevemente el modelo de Carl Rogers, quién fue fundamental para el surgimiento del enfoque.

Al comienzo de su carrera e inspirado por el contexto descrito anteriormente, Carl Rogers construyó una teoría y un método de psicoterapia a la base. La denominó “No-directiva”, pues se caracterizaba por otorgar el “protagonismo” al cliente, en el sentido que este debía asumir la responsabilidad por su propio proceso, y en donde el terapeuta juega un rol de facilitador, confiando en la capacidad del cliente para encontrar por sí mismo las respuestas que facilitarían el cambio (Rogers, 1959).

La terapia No-Directiva buscaba crear un clima de permisividad y facilitación, y estaba orientada a promover la expresividad del cliente, “invitándolo” a manifestarse en completa libertad, confiando en su potencial para tender hacia el crecimiento (Escorza, 2003; Duque, 2001).

Según Gondra (1981), Rogers constató la existencia de una fuerza direccional en el ser humano, *la sabiduría organísmica*, que se manifiesta concretamente como una tendencia del organismo a movilizarse hacia una dirección de maduración, y de autorrealización innata, en base a las propias potencialidades. Siendo congruente con esa visión, el rol del terapeuta debía limitarse a facilitar que la misma *sabiduría organísmica* del cliente indique el

camino de la psicoterapia (Rogers, 1959). Con el tiempo y luego de verificar empíricamente los primeros planteamientos de la terapia no-directiva a través de la investigación científica, Rogers concluye que más que la ausencia de actitudes directivas, es la presencia de ciertas actitudes claves por parte del terapeuta lo que hace que un proceso realmente terapéutico (Kinget y Rogers, 1967). Por esta razón fue otorgando una mayor preponderancia al rol que debía tener el terapeuta y la relación de este con el cliente, pues eran factores cada vez más relevantes para el proceso de cambio en psicoterapia. Ello dio así paso al Enfoque Centrado en La Persona (Collyer y Cayo, 1978).

Para Gondra (1981), las actitudes que Rogers descubre y que son pilar del enfoque Centrada en la Persona son: (a) la autenticidad, (b) la aceptación positiva incondicional y (c) la empatía. En ese sentido, la expresión sostenida de dichas actitudes por parte del terapeuta, desde este enfoque, facilita el proceso de tendencia actualizante que el mismo Rogers ya había dado cuenta en el modelo No-Directivo (Gondra, 1981).

4.2.2.2 Las Actitudes del terapeuta en el enfoque centrado en la persona

Cuando Rogers (1980) desarrollaba el Modelo Centrado en la Persona, estaba buscando en conjunto a su equipo determinar cuáles eran los factores relacionales y técnicos, así como también la actitud terapéutica adecuada, que podía promover el cambio positivo en la personalidad. Fruto de ese trabajo, surgieron las condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico de personalidad:

Para que ocurra un cambio constructivo en la personalidad, es necesario que estas condiciones existan y permanezcan durante cierto tiempo:

1. Dos personas están en un contacto psicológico.
2. La primera, a quién llamaremos paciente, se halla en un estado de incongruencia, siendo vulnerable y ansioso.
3. La segunda persona, a quién llamaremos terapeuta, es congruente e integrada en la relación.
4. El terapeuta experimenta un aprecio positivo incondicional por el paciente.

5. El terapeuta experimenta una comprensión empática del marco de referencia interno del paciente y se esfuerza por comunicar tal experiencia.
6. La comunicación al paciente de la comprensión empática y el aprecio positivo incondicional del terapeuta se logra en un grado mínimo. (p.79).

4.2.2.2.1 La Autenticidad del terapeuta en la relación

Cuando Rogers se refiere a la congruencia del terapeuta en el apartado anterior, se refiere a la actitud de autenticidad, en tanto que “el terapeuta debe ser, dentro de los confines de la relación, una persona congruente e integrada (...) dentro de la relación, él es libre y profundamente él mismo, con su experiencia real exactamente representada por su conciencia de sí mismo”. (p.81). La autenticidad posee dos componentes reconocibles en la relación. Por una parte está la *congruencia*, definida como “el estado de acuerdo que existe entre la experiencia y su representación en la conciencia del individuo” (Rogers y Kinget, 1967, p.118), y por otra parte la *transparencia*, descrita como “la comunicación explícita por parte del terapeuta de sus propias experiencias durante su interacción con el cliente”. (Olivos, 2002, p.52).

La *congruencia* configuraría el tipo ideal de relación del terapeuta consigo mismo, lo que implica la capacidad de reconocer, integrar y dar cabida a su propia experiencia, no negando los sentimientos a la conciencia, sino siendo capaz de vivirlo en libertad (Rogers, 1980).

La *Transparencia* implica la capacidad del terapeuta para comunicar al paciente de las sensaciones que experimenta y mostrar la intimidad que considere pertinente para el crecimiento o desarrollo del cliente y la terapia, siendo enfático en “no engañar al paciente en lo que respecta a sí mismo”. (Rogers, 1980, p. 82).

4.2.2.2.2 Aprecio Positivo Incondicional

El *aprecio positivo incondicional* o *aceptación*, en el modelo centrado en la persona, implica que en una relación psicoterapéutica “no existen condiciones de aceptación (...) Significa una “apreciación” de la persona”. (p. 82). Esto implica un interés genuino en el cliente y respeto por toda la gama de experiencias que este traiga consigo a terapia (Rogers, 1980).

Esta actitud se basa en el cálido respeto hacia el cliente como un individuo valioso independientemente de su condición. A pesar de lo que pueda sugerir la nomenclatura que Rogers (1980) le otorgó (que podría dar la impresión de ser absoluta), el mismo aclara que es una cuestión gradual y característica de una relación terapéutica. Respecto a ello, señala que “un terapeuta efectivo experimenta un aprecio positivo incondicional por el paciente durante muchos momentos de su contacto con él, pero de cuando en cuando experimenta solo aprecio positivo condicional y, a veces, un interés negativo, aunque esto no es probable en la terapia efectiva”. (p.83).

4.2.2.2.3 Empatía

La actitud de la empatía, para Rogers, consiste en una actitud del terapeuta que implique experimentar “una comprensión empática y precisa del conocimiento que el paciente tiene de su propia experiencia; sentir el mundo privado del paciente como si fuera el propio, pero sin nunca perder la cualidad de *cómo si*” (p. 84). En ese sentido y dicho de otro modo, la empatía implica la capacidad de asumir el marco de referencia interno del cliente, con una actitud fenomenológica y genuino interés por la experiencia del otro (Gondra, 1981).

4.2.3 La psicoterapia experiencial y el modelo procesal de Eugene Gendlin

En paralelo al trabajo de Rogers y durante la década de los 50, Eugene Gendlin comienza a trabajar en su propia propuesta teórica y psicoterapéutica, que buscaba ser un puente entre las ideas de Rogers y la filosofía existencial (Barceló, 2013).

Gondra (1981) destaca que durante los últimos años de la formación de la teoría de Rogers, a finales de los años 50, este comienza a interesarse por la filosofía existencial, ya que podía constituir un aporte como sustento teórico. No obstante, continúa Gondra, fue Gendlin quien realizó el intento más conciso de generar puentes con la filosofía existencial. Gondra, al respecto, sostiene:

Este autor (Gendlin), por una parte, intentará solucionar el problema de la medición de la congruencia evaluando el modo de experienciarse a sí mismo del sujeto. Es decir, concebirá a la congruencia no como una ecuación entre

contenidos del organismo y contenidos de la conciencia, sino como un modo de experienciarse a sí mismo pleno e inmediato. Por otra parte, Gendlin elaborará una teoría existencial que pueda compaginar los intereses del positivismo lógico y del existencialismo. (p.270).

El trabajo de Gendlin buscaba una psicoterapia que pudiera asegurar condiciones mínimas para procesos de cambio y éxito, tanto a nivel teórico como práctico, lo que implicó reformular algunas de las propuestas de Rogers (Barceló, 2012).

Durante esta época, las investigaciones empiezan a comprender que uno de los factores más importantes en el cambio de una persona, en un contexto terapéutico, tiene que ver con la relación interpersonal entre el cliente y la persona del terapeuta, por lo que se empieza a abandonar la idea de neutralidad y pasividad del terapeuta para dar cabida a la autenticidad del terapeuta (Olivos, 2002)

En este contexto, Gendlin comienza a mostrarse interesado respecto de cómo los seres humanos, en la relación interpersonal, interactúan con otros y el mundo y construyen significado a partir de ello. De ahí que surge un creciente interés por la capacidad de crear símbolos y de cómo “es que se construye el significado de un modo no consciente, como es que se simboliza sin pensar, sin utilizar ninguna de las funciones que nos habla el modelo tradicional del pensamiento”. (Gendlin, 1964).

Gendlin propone que no es un proceso u operación mental lo que posibilita la creación de símbolos, sino más bien un proceso corporal, que se caracteriza por ser pre conceptual y organísmico, en donde el proceso de simbolización es producto de una interacción entre el cuerpo y el ambiente (Gendlin, 1964).

Los símbolos configuran nuestra experiencia. Por ello es que Riveros (2013) señala que nuestra “existencia es equivalente a la experiencia”. (p.4), en sentido que nuestra experiencia concreta se edifica en las infinitas interacciones que afectan a un individuo, otorgando significado (Riveros, 2013).

Riveros (2014) destaca que la preocupación de Gendlin en sus inicios era de cómo lo corporal podía ser una puerta de entrada a la subjetividad, sosteniendo que “el propio cuerpo vivencia al mundo a través de la interacción, es a través de ella que el cuerpo llega a versionar al mundo”. (p. 164).

Según este autor, la psicoterapia experiencial como tal nace en el artículo de 1964 *Una Teoría del Cambio de Personalidad* (Gendlin, 1964), que derivan de los trabajos con Carl Rogers. Sería en esta obra donde el autor señala que el cuerpo humano y el ambiente pueden colaborar y construir la autenticidad para el cambio, dando pie al paradigma de lo implícito (Riveros, 2014).

De ahí que Gendlin inaugura la filosofía o paradigma de lo implícito como una forma de describir y dar cuenta del modo en que las personas generan significado a partir de la experiencia en el mundo (Riveros, 2014).

4.2.3.1 Experiencing

El concepto de *experiencing* fue elaborado por Gendlin por primera vez en 1955 y fue un elemento central que dio forma a la psicoterapia experiencial y posteriormente al modelo experiencial (Riveros, 2000). Para Riveros, Gendlin buscó que el término *experiencing* suministre “la idea de un proceso para determinar una teoría de la experiencia” (p.12), lo que implica que la experiencia como tal es considerada como un proceso de eventos concretos y en marcha.

Gendlin señala que el *experiencing* es un término demasiado amplio como para sintetizar en una sola definición, por lo que más bien su esfuerzo siempre fue más bien delimitar algunos de sus componentes esenciales (Gendlin, 2000). El *experiencing* “pretende ser una especie de aplicación psicológica del término existencia, y el mejor modo de acercarse a él consiste en observar en nosotros mismos del modo más ingenuo posible” (Gondra, 1981, p.271)

Como componente basal, el concepto de *experiencing* es proceso sentido que ocurre en el presente inmediato, es organísmico (que acontece en el cuerpo), pre-conceptual (pues es anterior al lenguaje), y posee un significado implícito que interactúa con diversos símbolos que le permiten expresarse a este experimentar en la dirección adecuada y generar un avance o paso experiencial (Alemany,

2007). En ese sentido el *experiencing* describe un “proceso concreto, sentido corporalmente, el cual constituye la preocupación básica del fenómeno psicológico y de personalidad (Gendlin, 2000, p. 81).

En la práctica, el concepto de *experiencing* busca dar luces sobre nuestro funcionamiento diario en el mundo y el proceso que da forma a nuestra experiencia. En ese sentido, los individuos no reflexionan *para* realizar actividades cotidianas, sino que sencillamente *hacen*. Ello es posible gracias a un funcionamiento implícito y preconceptual en marcha que solo puede ser significado a través del contacto con el cuerpo (Riveros, 2000).

En ese sentido, para Riveros “la creación de significado no es un proceso mental, sino un proceso corporal, vale decir, no es una operación mental como la inducción o deducción, es un proceso pre-conceptual y organísmico de significación que proviene de la interacción esencial con el medio ambiente” (p.164)

La relevancia de lo corporal en la experiencia, según Riveros (2014) está dada en función que “el cuerpo está inmerso en el mundo y la experiencia de mundo se concreta en una matriz generadora de la significación dentro de una interacción indisoluble con el contexto inmediato”. (p. 162).

4.2.3.2 Felt sense (sensación sentida)

Si el *experiencing* es sentido corporalmente, aquella sensación generada es lo que Gendlin denomina *felt sense* o sensación sentida. Respecto a ello, Barceló (2013) señala:

“La experiencia de la propia existencia y el acceso a ella es la vida del cuerpo sentido en su interioridad. Siempre sentimos en el cuerpo, a través del cuerpo tenemos acceso directo a la complejidad de nuestra experiencia visceral que podemos sentir como una sola sensación física que parece tener algún significado implícito. A este tipo de sensación Gendlin la denomina *felt sense* (sensación sentida) (p.89)

Siguiendo esa línea, el *felt sense* o sensación sentida es un conjunto de sensaciones físicas, que al comienzo son vagas y difusas, pero que por algún motivo parecen dar cuenta de un significado (Barceló, 2013).

4.2.3.3 Referente directo

Cuando Gendlin da cuenta de la *experiencing* y nota la imposibilidad de dar una sola definición sobre el concepto, dado su enorme complejidad, se aboca más bien a conceptualizar el *experiencing* de modo teórico, asumiendo que sería una definición incompleta. Gendlin utilizó diferentes definiciones y para una de ellas se sirvió del concepto *referente directo* (Gondra, 1981).

Gendlin (1964) señala que en las relaciones cotidianas, además de sucesos externos y el significado lógico existe un sentimiento o sensación interna y corporal. En ese sentido, el autor señala: “en cualquier momento que se desee, puede uno referirse directamente a un dato interiormente sentido. El *experiencing* en el modo de referirse directamente a este sentido, deseo denominarlo *referente directo*” (p.13). Para Barceló (2013) el *referente directo* es lo central del sentimiento de experimentar:

En realidad, el experimentar es el proceso de sentimientos que continuamente acontece en el campo fenoménico. Este continuo proceso es sentido por la persona, antes que conocido o pensado o verbalizado (...) A este proceso de sentimiento la persona puede referirse directamente. Lo central de cada sentimiento del experimentar es lo que Gendlin denomina referente directo, que es conceptualmente vago. (p.87)

4.2.3.4 Lo Implícito

Gendlin (1964) es enfático en señalar que el *referente directo* está dotado de significado. El referente directo es más que una sensación interna de nuestro cuerpo, sino que contiene un sentir que da significado. De hecho, “empleamos símbolos explícitos sólo para porciones pequeñas de lo que pensamos. La mayor parte del contenido de un discurso lo tenemos en forma de significado *sentido*”. (p.14).

Dado que la mayor parte de ese significado no es simbolizado de manera verbal, ya sea porque no se le pone atención o sencillamente porque excede las palabras, es que gran parte del contenido del referente directo se denomina como *significado implícito*, ya que está implícitamente sentido pero sin posibilidad de expresarlo explícitamente (Gendlin, 1964).

Gendlin aclara que lo implícito no solo conlleva múltiples significados, sino que siempre conlleva más contenido que lo que se logra explicitar. Dichos significados, que permanecen implícitos, son igual o más importantes que los explicitados y son centrales para la terapia (Gendlin, 1964).

Barceló (2013) respecto a lo implícito señala que “todos los significados funcionan implícitamente como un presente personal (lo siento aquí y ahora), y lo notamos con una nitidez presente inmediata y real. Así que en cualquier momento podemos referirnos directamente a un dato interiormente sentido”. (p.87).

4.2.3.5 La autopropulsión

La autopropulsión es un concepto central para el modelo procesal, original de Eugene Gendlin, que tiene su origen en el concepto tendencia actualizante acuñado por Rogers (Riveros, 2013). Según Gondra (1981), la tendencia actualizante es la energía vital universal innata que posee cada organismo para tender naturalmente y positivamente hacia el crecimiento.

Gendlin, no obstante, apuntará más bien al microcosmos, a aquello que acontece al interior de las personas en donde según Riveros (2013), la autopropulsión correspondería al motor que moviliza el crecimiento, siendo la “energía propia que el cuerpo tiene para construir significado”. (p.6). En esa línea, el autor enfatiza:

La autopropulsión es la fuerza del devenir, aquella que cuando hemos hecho contacto con el significado implícito de lo que estamos vivenciando entonces se prende una autoexploración y entonces tenemos una total conexión con el proceso de cambio que estamos viviendo (...) además de una tendencia universal de los organismos en crecimiento para alcanzar su propio desarrollo, es

también un aseguramiento del ser para crecer sólo con sus propios símbolos y en su propia dirección. (p. 6).

Barceló (2013) también da cuenta del carácter energizante de la autopropulsión. Para el autor *carrying forward* (utilizando su nomenclatura en inglés) es un “proceso que indica poner en marcha algo, es una fuerza que cobra fuerza cuando el contenido implícito encuentra su derrotero con los símbolos certeros, cuando logramos otorgar significado a la sensación sentida en nuestro cuerpo”. (92).

Llevar algo hacia delante implica un ir y venir entre la sensación sentida y la cognición hasta que algún significado realmente *encaje* y de sentido a aquello que acontece en el cuerpo, por lo que implica poder hacer interactuar símbolos con aspectos que ya funcionan implícitamente en un *experiencing* en marcha (Barceló, 2013).

Para llevar a cabo la autopropulsión, es necesario sentir que se ha logrado simbolizar correctamente, de manera ajustada y con un significado más amplio. Se siente alivio al llevar a cabo este proceso pues implica que, mientras más directamente se logre focalizar sobre el significado implícito, más adelante se lleva el proceso organísmico (Barceló, 2013)

4.2.3.6 Focusing

Focusing es la herramienta que diseñó Eugene Gendlin para acceder a nuestro interior (Barceló, 2013). Para Gendlin (2008) el *focusing* o *focalizar continuo*, en su sentido amplio es “el proceso total que sobreviene cuando el individuo se dirige al referente directo del experimentar” (p. 17). Para Riveros (2014) el *focusing* es “una actitud para poner atención al modo en que el cuerpo muestra un proceso interno”. (p. 164).

Según Eugene Gendlin el *focusing* es un proceso que permite percibir, conceptualizar y desarrollar ese “acto crucial interno” que explica el cambio terapéutico y que incide en el proceso de crecimiento, creatividad e integración humana (Gendlin, 1997).

Para Gendlin (1999) el *focusing* se caracteriza de mejor manera en términos de cuatro definiciones más específicas y que son parte del proceso de *focusing*:

Referente directo: Es el sentimiento definido pero conceptualmente vago, sentido con frescura y actualidad en el organismo y que es referida directamente por la persona. Cuando el cliente procede a contar algo que es conceptualmente impreciso, él siente corporalmente una cantidad inmensa de sensaciones y significados que le permiten aproximarse al referente directo del *experiencing*. Por lo tanto, es importante que la persona simbolice algunos aspectos del significado sentido sobre el tema, situación, conducta o aspecto de su personalidad. El referente directo del individuo puede llevar adelante el proceso de sentir, el cual es experimentado con una tensión corporal relevante.

La develación: Proceso de conocer explícitamente en qué consiste el referente directo, por un lado, hay un proceso gradual mediante la aproximación simbólica de interacción empática entre el cliente y el terapeuta; y por otro la develación del referente directo implica un reconocimiento emocional de asombro profundo de sus propios sentimientos que produce un cambio a nivel del sentimiento global.

Aplicación global: Proceso autopropulsado que le permite a la persona llegar a relacionar aspectos de sí mismo y a explicar muchas facetas de la propia personalidad, en esta etapa el individuo está invadido por muchas asociaciones, recuerdos, situaciones o circunstancias relacionadas al referente sentido, por lo que es una integración emocional y sentida corporalmente.

Movimiento del referente: En esta etapa la persona siente experiencialmente una nueva cualidad del referente directo, este movimiento es profunda e intensamente sentido, se percibe como bueno y bienvenido. En este sentido, es un cambio en el significado sentido que afecta a la simbolización.

Posteriormente, en el esfuerzo de hacer el proceso de *focusing* más didáctico, Gendlin (2002) establecería el modelo de *focusing* en 6 fases: Despejar un espacio, sensación sentida, buscar un asidero, resonando, preguntando, recibiendo. No obstante estos cambios en las nomenclaturas, el proceso apunta a lo mismo.

4.2.3.7 Anclaje con la filosofía existencial

Respecto a la influencia existencial en el enfoque experiencial, Barceló (2013) sostiene que esta postura filosófica puso en relieve la subjetividad y la importancia de la búsqueda de la verdad individual a través del método fenomenológico. De ahí que el foco en el ejercicio de nuestra propia libertad y en nuestras decisiones que promueve el existencialismo, y que Barceló ejemplifica a través de Heidegger como el vehículo para una existencia “auténtica”, también está presente en los cimientos del enfoque experiencial. Por ello Barceló (2013) sostiene que “con una actitud de escucha profunda hacia uno mismo (...) podremos enfrentarnos a nuestros problemas y a nuestras decisiones y arriesgarnos a cambiarnos a nosotros mismos a partir de los descubrimientos que realicemos”. (p. 4). El vehículo de esto, según Barceló explica a través de Merleau-Ponty, es el cuerpo, pues la existencia está encarnada, y es el que cuerpo percibe y otorga significado.

De ahí que, al montar Gendlin el enfoque experiencial en las concepciones existenciales, también está acercándose a la existencia, pues “nuestra experiencia es nuestra existencia”. (Barceló, 2013, p. 6).

4.2.4 La teoría de la personalidad en el Enfoque Experiencial

Tal y como se ha señalado anteriormente, Gendlin realiza gran parte de su teoría gracias al trabajo colaborativo con Rogers. No obstante, Gendlin (1964) mostrará diferencias importantes respecto a la teoría de la personalidad gestada por su mentor.

Para Gondra (1981), la primera concepción que utilizó Rogers y el Enfoque centrado en la Persona respecto de la personalidad está relacionada con la neurosis y de represión. Según Gondra, el enfoque de Rogers apunta a que desde la infancia la persona se relaciona con valores externos que van moldeando una percepción de *sí mismo*, que con el tiempo derivará en una exclusión y represión de todo aquello que no se perciba como parte de esa concepción, pues podría representar una amenaza a la experiencia del *self* y por ende, a la identidad.

Esto ocurre a pesar de que aquello puede generar secundariamente estado de incongruencia que se experimenta como malestar o una “enfermedad” o *neurosis*, pues se desatiende la sabiduría orgánica. Para el enfoque centrado en la persona, la personalidad está relacionada con un *estado de incongruencia*, que acontece en tanto que la persona se distancia de su realidad orgánica con objeto de blindar a su *self* o sí mismo (Gondra, 1981).

Gendlin en su texto Una teoría del cambio de la personalidad (1964) tomará distancia de esta concepción. En este texto Gendlin señalará que existen dos visiones de la personalidad; el *paradigma de la represión* y el *paradigma del contenido*.

La primera se enmarcaría en una visión más clásica de la neurosis y de la personalidad, siendo Rogers un representante de este tipo de teorías. Este paradigma sostiene que las experiencias negadas a la conciencia modulan la manera de relacionarse con el mundo, generando estrategias para vivir en consecuencia con ello (Gendlin, 1964).

La segunda entiende la personalidad dotada de ciertos contenidos, es decir, entidad definida más o menos estable, que mantiene su carácter más allá del contexto, en donde el individuo es entendido como una entidad estructurada con contenidos definidos (Gendlin, 1964).

El problema con estas concepciones es que hace imposible el cambio por definición, ya que presenta la personalidad como algo rígido y con pocas posibilidades de movimiento, en tanto que “mientras utilicemos conceptos para explicar qué hace que un individuo sea como es, no podremos formular cómo puede cambiar”. (Gendlin, 1964, p. 3).

Debido a lo anterior, más que dar una definición específica de personalidad, Gendlin (1964) utiliza el concepto de personalidad para realizar una crítica, pues son las mismas teorías de personalidad que dificultan la comprensión de un cambio. Por ello el autor señala que “lejos de explicar el cambio de personalidad, nuestras teorías han sido reacias a explicar y definir la personalidad

como tendiente a no cambiar, cuando justamente lo que se esperaría de ellas sería el cambio”. (p. 2).

La crítica anterior da cuenta que Gendlin (1964) no está pensando en un concepto de personalidad rígido o estable y se resiste a dar una definición específica para entender la personalidad. Lo que Gendlin realiza, más bien, es una propuesta coherente con un concepto de personalidad en tanto proceso en marcha y ligado al *experiencing*, abierto al cambio y la movilidad constante.

Ahora bien, otros autores contemporáneos han expresado también una manera de entender la personalidad que es consonante con las palabras que Gendlin, pero ligado a la filosofía existencial. Por ejemplo y respecto a la personalidad en el modelo procesal, Sergio Lara (2013) sostiene:

El «Sí mismo» se propone como un concepto de frontera que surge en la interacción y que se plantea en la existencia. Si bien aparece la autorreferencialidad ligada a la reflexión de sí, la autoexperiencia remite necesariamente a lo prerreflexivo de la vida que en primera instancia sí se manifiesta en lo carnal. (P. 70).

En ese sentido, Lara sostiene que el Sí mismo se explica por la *mismidad*, que le confiere permanencia en el tiempo, historia y continuidad, y la *ipseidad* o proyecto como ser humano. Entrelazados, estos dos conceptos se manifiestan en el cuerpo y se expresan en la vida cotidiana a través del diálogo con uno mismo y con los otros (Lara, 2013). Por ello es que esta visión de personalidad es congruente con el cambio, pues este último “se propone como aquella diferencia producida por *las propias* respuestas, en la medida que *ponen en marcha* el propio *experiencing* concreto, es decir, aquel proceso por el cual se ‘experiencia’ sentida y actualmente”. (Lara, 2013, p. 73). Con esto, se refiere al proceso a través del cual se reconstruye la capacidad de experimentar del cliente, en una relación interpersonal que posibilita *llevar adelante* la experiencia procesal (Gendlin, 1964).

4.2.5 La teoría del cambio en psicoterapia desde el enfoque experiencial

Para esta perspectiva, toda persona posee fuerzas constructivas de crecimiento inherentes, que naturalmente impulsarán a la persona crecer, y por

ende, la postura básica es tener confianza absoluta en esas fuerzas internas en tanto orientan hacia el potencial personal (Barceló, 2013).

Lo anterior es posible, en el contexto de una psicoterapia, a través del vehículo de la empatía, que Riveros (2009) señala como el gran descubrimiento de Rogers, quien fue pionero en señalar su importancia en el proceso terapéutico. Para Riveros la empatía “hace posible que la empatía opere milagrosamente en la subjetividad de otro (...) permite que sea la propia autenticidad quien encuentre su cauce experiencial”. (p.6).

Gendlin toma esta idea y se basa en la certeza de que no es la técnica la que cambia al paciente, sino la forma en que este último habla sobre sí mismo, como volcado hacia su interior. Aquello es posibilitado por una actitud empática por parte del terapeuta (Gendlin, 1999).

Para el paradigma experiencial, la salud y el cambio está ligada directamente por la conexión del cliente con el *experiencing*, que no es otra cosa que “el funcionamiento crudo, presente y continuo (dentro de nosotros) de lo que usualmente se llama experiencia (...) En cada momento podemos dirigir nuestra atención hacia el interior, y cuando lo hacemos, ahí está”. (Gendlin, 1999, p. 11). En ese sentido, se entiende que el *experiencing* es un continuo flujo de fenómenos corporalmente sentidos, que ocurre y se despliega en el momento presente, y que surge de la interacción-encuentro entre el organismo y el ambiente (Gendlin, 1999). El autor plantea que el proceso experiencial consta de focalizar (o hacer *focusing*) el *experiencing*. Para ello se focaliza la sensación sentida, que es “una sensación global, vaga, difusa, ambigua, corporal, que nuestro darse cuenta (*awareness*) irá percibiendo con gradual nitidez, aunque no tenga de momento un nombre para etiquetarla” (Gendlin, 1999, p. 35). Al focalizar sobre la sensación sentida como referente directo, dicha sensación se explicita y adquiere un significado en forma de símbolo. Ello posibilita una comprensión profunda del *experiencing* y de la propia orientación orgánica en la comprensión que realiza el cliente, lo que a su vez facilita el cambio (Gendlin, 1997).

Por ello es que “la persona que funciona plenamente se deja guiar por su organismo (...) vive existencialmente y se comporta de la manera más satisfactoria en cada situación existencial, hace lo que siente correcto y este mecanismo es percibido como una orientación eficaz y adecuada para sus actitudes y su conducta” (Barceló, 2013, p. 39). Desde ese punto de vista, este enfoque sostiene que el objetivo a perseguir debe ser “llegar a ser uno mismo (...) si como persona nos sintiéramos comprendidas en profundidad y aceptadas en totalidad de nuestra propia experiencia, empezaríamos a despojarnos de las máscaras para reconocer y afrontar nuestras múltiples contradicciones”. (p. 41).

Ser uno mismo es un proceso continuo y que acontece a lo largo de nuestra vida con distintos grados de libertad, estando ligado fundamentalmente a la capacidad de *mirar hacia adentro* (Barceló, 2013). Es por ello que para este enfoque el cambio terapéutico se basa en la certeza de que no es la técnica la que produce el cambio, sino la forma de hablar sobre sí mismo, volcando la mirada hacia su interior (Gendlin, 1999). Por ello se considera que la salud está dada por la conexión con el *experiencing*, que no es otra cosa que “el funcionamiento crudo, presente y continuo (dentro de nosotros) de lo que usualmente se llama experiencia (...). En cada momento podemos dirigir nuestra atención hacia el interior, y cuando lo hacemos, ahí está” (p. 11). En ese sentido, se entiende que el *experiencing* es un continuo flujo de fenómenos corporalmente sentidos, que ocurre y se despliega en el momento presente, y que surge de la interacción-encuentro entre el organismo y el ambiente (Gendlin, 1999). El proceso terapéutico invita a descubrir en el cuerpo lo que la mente aún desconoce, generando una relación de confianza con él, para que de esa manera se contacte con la sabiduría interior que orienta nuestra existencia a una vida más satisfactoria y con mayor autonomía frente a las valoraciones externas (Barceló, 2013).

Para realizar lo anterior, el proceso experiencial consta de focalizar (o hacer *focusing*) el *experiencing*. Para ello se focaliza la sensación sentida, que es “una sensación global, vaga, difusa, ambigua, corporal, que nuestro darse cuenta (*awareness*) irá percibiendo con gradual nitidez, aunque no tenga de momento un

nombre para etiquetarla”. (Gendlin, 1999, p. 35). Al focalizar sobre la sensación sentida como referente directo, dicha sensación se explicita y adquiere un significado en forma de símbolo, que ayudará a orientar a la persona hacia una dirección organísmica (Gendlin, 1997).

4.2.6 El crítico interno

Para Stickens, Lietaer y Leijssen (2014), uno de los problemas más comunes que poseen los clientes con poco contacto con la experiencia sentida es la presencia del “crítico interno”. Los autores señalan que este concepto se introdujo al enfoque experiencial por Gendlin (1981/1996) y da cuenta de la voz normativa y auto punitiva interna que poseen las personas, que las bloquea frente a ciertas circunstancias o contextos. El problema se genera cuando hay un vago contacto con la experiencia organísmica y procesal, que a su vez produce una valoración crítica, que generalmente está regida por parámetros externos, desarrollando una manera rígida de juzgar al mundo, a los demás y a uno mismo (Stickens, Lietaer y Leijssen, 2014).

En la práctica, el crítico interno puede manifestarse como una “voz” interior que cuestiona o va juzgando ciertos aspectos de la persona, lo que puede generar tensiones en la autoestima y que, si son continuas en el tiempo, a la larga pueden incluso amenazar la integración del yo. Generalmente, la presencia de un crítico interno fuerte está relacionada a poca autenticidad, ya que el patrón rígido y crítico condiciona la capacidad de simbolizar la experiencia. Por lo mismo, a través del trabajo terapéutico, se espera que el cliente comience a abrirse gradualmente ha experiencias que hasta ahora estaban mal simbolizadas o no simbolizadas en lo absoluto, flexibilizando a su vez al crítico interno y permitiendo la entrada de nueva información, anteriormente rechazada, al *autoconcepto* (Stickens, Lietaer y Leijssen, 2014). Así es como “los clientes aprenden a confiar cada vez más en su sabiduría orgánica, la necesidad de una autoridad crítica y normativa, introyectada por otro, desaparece” (Stickens, Lietaer y Leijssen, 2014, p. 45).

Metodología

5.1 Perspectiva

Esta investigación se constituyó como tipo cualitativo, pues esta permitió enfatizar en la relevancia de la dialéctica como fuente de conocimiento. Aquí se entiende que el conocimiento no es estrictamente objetivo, ya que este es el resultado de una interacción dialéctica entre el sujeto y el objeto de estudio (Martínez, 2006). Se utilizó una perspectiva fenomenológica, que considera el conocimiento como producido por el individuo, pero siempre en un contexto social. En ese sentido, el conocimiento siempre tiene la capacidad de reorganizarse según la percepción individual y, por ende, para el investigador es central experimentar la realidad tal como los otros la experimentan, correspondiendo esta visión a una perspectiva fenomenológica que busca una comprensión detallada de la visión de otras personas, sin la pretensión de buscar una sola gran verdad, cobijando las diferentes perspectivas que los sujetos poseen (Prieto, 2001).

5.2 Tipo de estudio

El presente estudio fue exploratorio. Esto, porque se indagó en la percepción de cambio terapéutico en clientes con diagnóstico de *síndrome de burnout* en terapia con enfoque humanista experiencial, siendo la participación de esta escuela prácticamente inexistente en estudios de esta naturaleza (Lambie, 2006). Por ende, el estudio exploratorio se justifica en la necesidad de producir conocimiento inductivo y elaborar hipótesis respecto a conocer las percepciones desde esta mirada (Basi, 2015). También fue una investigación descriptiva, en tanto requiere de conocimiento del fenómeno que se investiga para formular las preguntas específicas que busca responder (Hernández et. al., 2014).

5.3 Diseño de investigación –Teoría fundamentada

Dentro del estudio cualitativo, se optó por la teoría fundamentada, a través de la cual se indagó de manera profunda y comprensiva en la percepción de cambio terapéutico en clientes con diagnóstico de *síndrome de burnout* en terapia con enfoque humanista experiencial. La elección de la teoría fundamentada

entrega la riqueza y profundidad necesaria para llevar a cabo una investigación procesual y sistemática en un contexto determinado. A través de su metodología es posible generar teoría que explique un fenómeno seleccionando casos o participantes según la necesidad de la indagación. En la teoría fundamentada el “investigador produce una explicación general o teoría respecto a un fenómeno, proceso, acción o interacciones que se aplican a un contexto concreto y desde la perspectiva de diversos participantes” (Hernández et. al., 2014, p. 472).

5.4 Muestra

La muestra consideró entrevistar a 6 clientes con diagnóstico de *burnout* luego de una *psicoterapia experiencial*. Los criterios de inclusión incluyeron: a) Clientes con diagnóstico de *síndrome de burnout* realizado por un psiquiatra o psicólogo; b) Que hayan iniciado y finalizado un proceso de psicoterapia con terapeuta formado en enfoque humanista experiencial; c) mayores de 18 años. Los participantes fueron contactados a través de un muestreo no probabilístico basado en la técnica de bola de nieve (Hernández et al., 2006)

5.5 Criterios éticos

Se contempló una revisión rigurosa para asegurar que los entrevistados cumplieran con los criterios de investigación. Se incluyó una explicación previa a la entrevista para detallar en qué iba a consistir el estudio y sus alcances a los entrevistados. Esto incluye un consentimiento informado, en donde se explicó el trabajo a realizar, transparentando los aspectos del proceso y sus posibles consecuencias. No se divulgarán las entrevistas y los audios fueron utilizados exclusivamente en la transcripción, sin otro fin.

5.6 Instrumentos de producción de información

Se propuso utilizar la entrevista cualitativa, con el objeto solicitar información de otro, que pueden ser los entrevistados o informantes (Gil, García & Rodríguez, 1999). El tipo de entrevista que se consideró para esta investigación es la entrevista semi estructurada, la cual “es dirigida a y registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con una cierta línea argumental, no fragmentado,

segmentado, pre codificado y cerrado por un cuestionario previo del entrevistado sobre un tema definido en el marco de una investigación” (Merlinsky, 2006, p.30).

Por otra parte, el método de construcción de información fue la observación participante, entendiendo que el investigador participa directamente en el proceso de entrevistas, observando en el campo en donde contribuye, junto al sujeto estudiado, a construir el fenómeno estudiado. En ese sentido, el grado o papel del observador será la de una participación activa, pues el investigador participa en las actividades pero sigue siendo predominantemente un observador (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

5.7 Técnica de análisis

La información fue transcrita íntegramente, considerando toda palabra, pausas y los silencios, incluyendo el máximo de información posible. Luego, y como técnica de análisis de la información construida, se utilizó la codificación abierta dado el carácter exploratorio y descriptivo del estudio. Esta técnica permitió codificar y segmentar la información en unidades brutas, aunarlas y analizarlas en términos de significado potenciales, evaluando similitudes y diferencias entre las categorías, las que emergieron de la misma información recopilada y a través del método de comparación constante (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

5.8 Criterios de científicidad

5.8.1 Credibilidad

Se propuso que el investigador fuera consciente de su participación en el proceso y de cómo afectó y fue afectado por el caso, considerando como importante todos los datos emergentes, buscando evidencia tanto positiva como negativa en torno a los aportes de los enfoques ya mencionados. Se propuso un análisis riguroso de la información que posibilitó la corroboración estructural de los datos y la evidencia, como también una adecuación referencial entre lo descrito y los hechos. Para ello se utilizó fuentes grabadas que aseguraron dicha coherencia, que se transcribieron holísticamente, realizando el trabajo interpretativo sobre ese material (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

5.8.2 Confirmación

Se realizó un chequeo y reflexión constante de los prejuicios que el investigador pudo tener a medida que el proceso avanzó, se explicitan y forman parte de la reflexión (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

5.8.3 Aproximación

Se explicitaron los juicios y la lógica del estudio, así como la secuencia en la que se llevó a cabo la investigación y la construcción de significado (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Análisis Descriptivo

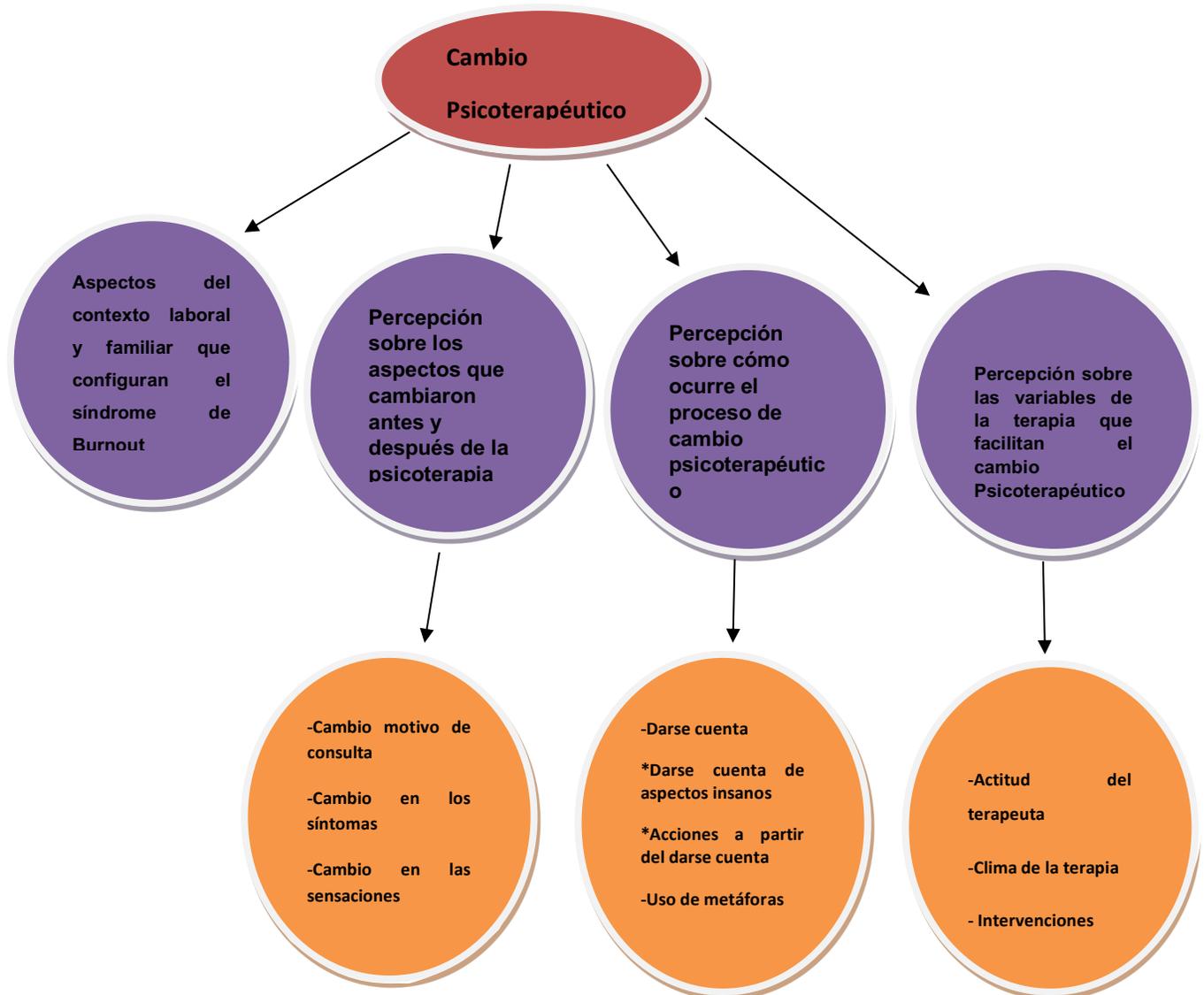


Figura 1. Análisis descriptivo

6.1 Aspectos del contexto laboral y familiar que configuran el síndrome de Burnout

Este apartado tiene por objeto dar cuenta de las condiciones contextuales y familiares generales que tributaron a configurar la sintomatología del *trastorno de Burnout* en los entrevistados, persiguiendo entregar una idea general de la

génesis de la patología y la manera en la que esta afecta a los entrevistados en la experiencia particular y su impacto en el aspecto clínico.

Dentro del contexto laboral, uno de los principales motivos que los entrevistados señalan que los predispone a “enfermar” y padecer *síndrome de Burnout* fue la sobrecarga laboral, labores percibidas como “no correspondidas” (E1, 9; E2, 21; E4, 26) por contrato y que se suman a las que habitualmente realizaban, o derechamente un “exceso de tareas” (E3, 10; E5, 15; E6, 32) asignadas para la cantidad de tiempo que tenían determinado para ello. Coinciden en “largos horarios de trabajo” (E1, 8; E2, 21; E3, 39; E4, 23; E5, 22; E6, 18) que propiciaban la aparición permanente del cansancio, ya que habitualmente las actividades se extendían más allá del horario reglamentado y de oficina.

“Empecé yo a llegar súper temprano e irme súper tarde de la pega. A veces llevarme pega para la casa. Salía a las ocho del trabajo, estaba un rato con mi familia y después me ponía a trabajar hasta las dos, dormía como 4 horas” E2, 21

Además de lo anterior, los entrevistados realizan labores de jefes, labores de otros y a la vez los propios. Perciben que era su “responsabilidad” (E1, 32; E3, 31; E4, 51; E6, 14) decir a sus jefes o sus compañeros que hacer, ya sea porque el otro tenía “nula o poco experiencia” (E1, 33; E3, 12) o porque sencillamente la tarea era “ambigua” o “poco clara” (E2, 18; E4, 51; E5, 35). En este contexto, perciben que son ellos mismos los tenían que definir qué hacer. Todo lo anterior, va generando una vivencia de “merma en las competencias” (E2, 7; E3, 13; E4, 23; E5, 34) que requerían utilizar para poder desarrollar bien su trabajo, ya que se percibe que debían estar extremadamente centrado y sobre exigido frente a la enorme carga laboral.

“Me tuvieron tres meses trabajando sola, haciendo el trabajo de tres personas, porque se supone que además tengo que tener una compañera, pero esa compañera no estaba o siempre se la llevaban a otra oficina. La cosa es que yo siempre estaba sola y yo dándomelas como de la que me las podía pensando que alguna vez iba a tener un reconocimiento” E1, 10

Por otro lado, hay un impacto de la relación con jefatura, en la que se encuentra la vivencia de una percepción negativa de esta figura. Se encuentran percepciones diversas como “jefes sin experiencia” (E1, 7; E1, 33; E3, 12), con “falta de liderazgo” (E3, 31; E6, 39), dispersos (E2, 21) o ambiguos (E2, 18; E4, 51; E5, 35). El problema central que pueden detectar algunos de los entrevistados es la vivencia de “poca comunicación” (E1, 8; E2, 23; E5, 31) con sus jefaturas y la desorientación respecto al rumbo que como equipo estaban tomando en cuanto a las decisiones de la organización. Esta vivencia parece ser especialmente difíciles cuando los entrevistados han tenido vivencias positivas con jefaturas anteriores, las cuales se caracterizan por ser empáticas, en equipo y con una sensación de apoyo. Todo lo anterior va generando una sensación de “desconfianza” (E1, 32; E2, 62; E3, 46; E5, 18) con sus jefaturas. En la mayoría de los entrevistados, la vivencia es que al insistir en tratar de mejorar su situación de sobre carga laboral o con la comunicación con sus jefes, las respuestas de sus superiores eran “respuestas agresivas” (E1, 48, E2, 67; E3, 35; E5, 16).

“La jefa que yo tenía al principio, que era espectacular ella, yo me apoyaba con ella para todo, me entendía perfecto y se armó un equipo super bueno. Entonces a ella se la llevaron a la central y ahí empezó mi calvario. Comenzaron a poner a pura gente que estaba saliendo en la universidad que no cachaban nada” E1, 7

Algunos de los entrevistados coinciden en que sus jefaturas también comienzan a realizar y solicitarles la ejecución de ciertas acciones que tributaban al empeoramiento del ambiente de trabajo, en tanto que dichas acciones perjudicaban a sus compañeros. En la vivencia de algunos de los participantes, ello les hacía autoperibirse como “traidores” (E3, 8; E4, 46; E6, 6) de sus pares, en donde predomina la sensación de incomodidad con lo solicitado.

“Hubo un quiebre con (jefa) en el momento en que ella me empezó a preguntar cómo abordar los temas, no sé, de equipo se podría decir, yo le daba mi opinión pero después empezó como a pedirme nombres. Quería que fuera una soplona y yo no sabía cómo decirle que no” E3, 8

En ese punto describen una fuerte sensación de abuso de poder y falta de empatía respecto a las dificultades que estaban teniendo. Para ejemplificar lo que estaban pasando ellos, los entrevistados hablan también de lo que ellos lograban percibir sobre las experiencias de sus compañeros de trabajo. Relatan sentir que las malas condiciones de la organización comienzan a mermar el “apoyo” (E1, 4; E2, 27; E3, 20, E5; 18) entre ellos, lo que fue generando una sensación en el que no se sentían suficientemente reconocido ni querido por sus pares.

“quería renunciar pero no quería tirar licencia, a mí me gusta mi trabajo pero no me sentía cómoda, no me sentía apoyada, no me sentía respaldada ni por mis jefes ni por mis compañeros” E3, 20

Muchas veces, lo entrevistados tenían la impresión que los compañeros de trabajo aceptaban las condiciones de sobrecarga pero que ellos no se hacían problemas por no terminar todo el trabajo que les habían encomendado. Eso les hacía experimentar una “sensación de cuestionamiento” (E1,46; E2,22; E5,33) respecto al propio malestar, llegando a pensar que era poco válido aquello que estaban experimentando.

“Yo siempre asumía que era yo la que estaba mal, porque yo no veía a nadie más sufriendo en el trabajo. Mis compañeras, por ejemplo de las otras sucursales, aceptaban este tipo de tratos y no decían nada. Y yo no los veía mal. Como que no les complicaba dejar la pega a medias” E1, 46.

Paralelamente a las experiencias que los entrevistados comentan vivenciar en el trabajo, también estaban ocurriendo situaciones en la vida de ellos que los impacta de manera sustantiva. En lo concreto, relatan percibir una serie de posturas críticas por parte de su ambiente más cercano respecto a lo que le estaba comenzando a ocurrir. Señalan valorar negativamente estas críticas, las que parecerían provenir especialmente del núcleo familiar. En su defecto, la mayoría de los entrevistados coincide en haber percibido “presiones o críticas por parte de miembros de su familia” (E1, 19; E1,33; E2, 35; E3, 48; E4, 12; E5, 56) , específicamente de sus padres y/o parejas. Al comenzar a demostrar los primeros

síntomas y sensaciones por el agotamiento laboral. Otros señalan haberse sentido directamente “agredidos por no sentirse bien” (E2, 64; E6, 14), especialmente cuando no eran capaces de realizar las actividades que solían hacer con regularidad en compañía de la familia. Esto arrastra a los entrevistados a vivenciar la sensación de poca validación por parte de familia y pena por lo que perciben como poco apoyo familiar.

“Tenía la presión de mis papás, porque además yo tenía la mala costumbre de contarles todo. Entonces ellos siempre me están presionando y me decían que el trabajo es lo principal, ellos le ponían mucho énfasis a mi edad y eso me preocupaba, porque en vez de preocuparse porque me sentía me presionaban” E1, 19.

Frente a este tipo de presiones y críticas, los entrevistados señalan tener reacciones diversas. Las que más destacan son problemas interpersonales en las que relatan entrar en “discusiones con la familia” (E1, 33; E3, 47; E4, 52). No obstante, la mayoría de los entrevistados señala que en más de una ocasión, ante la presión familiar por mejorar o no sentirse apoyados, prefirieron ocultar los problemas y fingir estar mejor por miedo a las críticas, dificultando las responsabilidades del día a día. Sentían que los demás esperaban que siguieran haciendo su vida normal, cumplir expectativas, y haciéndose cargo de lo que habitualmente hacían, que según algunos de los entrevistados era “responsabilizándose de más problemas” (E2, 44; E3, 43; E5, 41; E6, 43). Parecen coincidir que junto a la preocupación que esto les generaba, también les afectaba los problemas que también estaban pasando sus cercanos.

“Mi señora estaba súper estresada por su lado. Mi hija estaba entrando a la crisis de los dos años y estaba super pesada. Fue un momento de muchos cambios en todo mi universo, que me hizo sentir pésimo porque no sabía cómo cumplir con todo” E2, 44.

En general, perciben que su familia cercana no validaba lo que les pasaba, criticaba o estaba absorta en sus propios problemas. Los entrevistados comienzan

a sentir sensaciones de tristeza y poco apoyo. Comienza a predominar la vivencia de aislamiento.

“Mi pareja, también ella estaba súper estresada con su mundo, me sentía súper apartado, me sentía súper exigido con mi hija. Sentía que todo, todo, todo estaba mal” E6, 27.

Ante la sensación de sentirse poco apoyado o apartado de la familia, los entrevistados enfatizan en comenzar a desarrollar diferentes “estrategias para evadir” (E1, 13; E2, 20; E3, E4,56; E5,46; E6, 58) los problemas familiares y laborales, que les permitía olvidar momentáneamente lo que estaban pasando. Si bien señalan que los métodos de evasión les ayudaban al principio, con el transcurso del tiempo y con los problemas escalando, comienzan a experimentar sensaciones de culpa respecto de “no hacerse responsable” (E1, 87; E2, 8; E5, 28; E6, 59) de lo que estaba pasando, aislándose cada vez más.

“Entonces, cuando podía me escapaba al teléfono. Podía estar horas ahí y me hacía el loco con los atados, entraba un poco en esa dinámica. Era que por un rato, ya no existían mis problemas, como que me encerraba en mí” E2, 20.

6.2 Percepción sobre los aspectos que cambiaron antes y después de la psicoterapia

Este apartado tiene por objeto dar cuenta de cuáles son las percepciones de cambio antes y después de la terapia referente al *síndrome de burnout* para poder reconocer, en la experiencia de los entrevistados, cuáles son los elementos que cambiaron a partir de la terapia.

6.2.1 Cambios en el motivo de consulta

La mayoría de los entrevistados coincide que consultar un psicólogo no fue la primera opción, sino más bien requirieron de un psiquiatra para tener la posibilidad de “no ir más al trabajo u obtener licencia” (E1, 6; E2, 11; E3, 18; E4, 23). La decisión de consultar fue posterior, por sugerencia del mismo psiquiatra o porque cercanos se lo sugirieron ante lo que estaba ocurriendo, lo que podría

hablar de una vivencia alejada del autocuidado o una percepción distorsionada de las necesidades que los entrevistados estaban teniendo en el momento al comienzo de la manifestación de los primeros síntomas, en tanto que pensaban poder superar este problema sin gran ayuda externa.

Algunos de los entrevistados coinciden en que consultaron cuando ya habían agotado otras posibilidades y no lograban mejorarse. En ese sentido, al menos al comienzo de la consulta psicológica, el motivo de consulta no estaba completamente definido, sino que más bien predominaba la sensación de necesitar hacer algo, pues estaban viviendo el malestar con sensaciones que conceptualizan como “sobrepasado” (E2, 8), colapsado” (E3, 27) o “ya no dar para más” (E1, 4).

“Eso fue lo que me llevó un poco a esta explosión donde yo un día domingo me hago casi literalmente huevito arriba de la cama, me sentía sobrepasado a pesar de estar con licencia y medicamentos. Ahí tuve que pedir ayuda” E2, 8.

Otros de los entrevistados señalan que querían tratar de entender el porqué se había dejado abusar con tanta “carga laboral” (E1, 78; E3, 10; E5, 15; E6, 32). En general, todos los entrevistados tenían la expectativa de sentirse mejor respecto a lo que les pasaba, aclarar sus ideas y conocerse mejor a sí mismo.

“Esperaba que me fuera bien con esta terapia, que lograra aclarar mis cosas. Quería conocerme a mí misma y ayudarme con eso. Eso era” E1, 78.

Es posible inferir de lo anterior que existía una reticencia a consultar con un psicólogo para apoyar el proceso que estaban viviendo y que esta solo se lleva a cabo cuando los entrevistados tienen vivencias y sensaciones intensamente negativas. Tampoco existía un motivo de consulta tan claro y que este se fue co-construyendo en conjunto al terapeuta a medida que avanzaba la terapia, pues cada uno de estos objetivos se iba ajustando al malestar subjetivo que iba elaborando cada entrevistado.

6.2.2 Cambios en los síntomas

Todos los entrevistados señalan que, al momento de consultar estaban experimentando una serie de síntomas heterogéneos que son típicos dentro del *síndrome de Burnout*. No obstante lo anterior, la vivencia de los entrevistados señala una cierta progresión en la aparición de estos síntomas y así como diversos significados que le fueron otorgando.

En ese sentido, es posible señalar que los entrevistados ubican en la génesis del malestar síntomas iniciales tan diversos como el “cansancio permanente”, “dormir mal, insomnio” (E1, 3; E1, 21; E2, 16; E3, 53; E4, 48; E5, 29; E6, 32), “Irritabilidad y agresividad” (E1, 12; E1, 22; E3, 48; E5, 62; E6, 32), “Tristeza” (E1, 22; E3, 20; E3, 48; E3, 91; E4, 21; E5, 23; E6, 31), “Ansiedad y angustia” (E1, 29; E2, 14; E3, 13) y “falta de atención y concentración” (E1, 39; E2, 7; E2, 50; E3, 53; E5, 41). En esta primera “fase” los entrevistados declaran vivir estos síntomas como normales para la carga que tenían de trabajo y lo caracterizaron como “temporal y no preocupante” (E1, 4; E2, 16; E3, 57; E4, 40; E6, 32).

“Al comienzo no pensé que fuera nada grave, estaba raja, dormía nada y andaba medio raro del ánimo, medio gruñón con la gente, pero yo pensé que se me iba a pasar rápido, lo atribuía a la pega” E6, 32

Con el pasar del tiempo bajo el fuerte ritmo de la exigencia laboral, los entrevistados señalan que los síntomas descritos anteriormente se fueron intensificando. Además comienzan a experimentar nuevos problemas, como el “Despertar llorando por pesadillas” (E1, 3), “ganas permanentes de llorar” (E2, 27; E3, 8), “Aislamiento y actitud evitativa con los demás” (E1, 22; E2, 16); “sentimientos de soledad” (E2, 18; E2, 31; E3, 33), “Desmotivación” (E1, 26; E3, 48; E3, 61), entre otros. Señalan los entrevistados que al sumarse este nuevo grupo de síntomas a sus vivencias, predominaba un sentir “negador de lo que estaba pasando” (E2, 17; E3, 35; E4, 39).

“Yo creo que me costaba reconocer que necesitaba descansar, estaba como en esta máquina y no paraba, no me cuidaba a mi mismo. No

sé, con el tiempo he entendido que en ese momento estaba negando lo que sentía” E2, 17

Se van sumando además nuevas experiencias que los entrevistados conceptualizan como físicas. Algunos ejemplos que se repiten de manera más pronunciada en las entrevistas son la agudización de alergia y rinitis (E3, 18; E6, 10), “Taquicardia”(E1, 11; E2, 36; E4, 58), “náusea y dolores nerviosos” (E1, 28; E6, 42); “problemas gástricos” (E2, 32), “aumento de apetito y de peso” (E1, 29; E2, 32; E3, 74) y “caída de pelo” E3, 50. A partir de este punto, los entrevistados comienzan a experimentar una agudización de los síntomas y comparte la visión ya “no sentirse ellos mismos” (E1, 41; E2, 38; E3, 12; E5, 42; E6, 41).

“Entonces, a dónde me iba, iba súper mermado en lo que era yo mismo. Yo no me reconocía a mí mismo, yo ya no era yo. Esa era un poco la sensación” E2, 38.

A partir de este punto, todos los entrevistados coinciden en la aparición de una constante “sensación de miedo” (E1, 35; E2, 32; E3, 78; E5, 9) que los precipitaba a sentirse disminuidos e irreconocibles en términos de sus capacidades laborales, indefenso y con menos energía, con un constante juicio crítico respecto a ellos mismos y un cuestionamiento culposo respecto a a no poder rendir como ellos percibían que habitualmente rendían. Ese cúmulo de vivencias negativas finalmente gatilla una “fobia al trabajo”(E1, 2; E3, 10; E5, 59) o una sensación predominante de no querer trabajar (E2, 48; E3, 10; E3, 59; E6, 18), conceptualizado por los entrevistados como un miedo y rechazo profundo con el lugar de trabajo.

“Ya no quería volver al trabajo, ósea era de las que tenía fobia con el trabajo” E1, 3.

Luego de la terapia es posible señalar un aumento en la vivencia de “bienestar” (E1, 53; E2, 65; E3, 52; E5, 51), en la medida que todos los síntomas mencionados fueron disminuyendo. No obstante, algunos de los participantes señalan aún sentir ligeras sensaciones de “ansiedad y miedo” (E1, 3; E2, 102; E5, 89), sobre todo cuando tienen que afrontar situaciones

que ellos reconocen como gatillantes de la enfermedad, pero en menor magnitud que cuando experimentaron el *burnout*. También algunos perciben mayor sensación de “alegría y motivación por trabajar” (E1, 54; E2, 72; E3, 52; E5, 31).

“Por primera vez me gusta ir al trabajo y que me siento segura. Hasta me siento con más ganas que antes” E1, 54.

6.2.3 Cambios en las sensaciones

Aparejado a la aparición de los síntomas, los entrevistados dan cuenta también de sensaciones que fueron emergiendo de manera paralela. Dichas sensaciones podrían ser conceptualizadas como la manera o forma que tenían los participantes de ir dando cuenta o de referirse a los estados subjetivos que iban vivenciando en distintos momentos y que era utilizado para dar cuenta de las vivencias personales o visiones respecto a lo que les estaba pasando. Longitudinalmente, las vivencias respecto a las sensaciones dan cuenta del proceso y su avance, previo, durante y al finalizar la terapia.

Previo y al inicio de la psicoterapia, todos los entrevistados dan cuenta de sensaciones de “sobrecarga laboral” (E1, 9; E2, 25; E4, 26) y de “colapso” (E3, 38; E5, 69; E6, 18), la que en su vivencia está asociada un trabajo excesivo, poco claro, contradictorio, abusivo y bajo condiciones no adecuadas para el desarrollo de sus labores. Se comparte la noción que la sobrecarga viene aparejada con sensaciones de “injusticia” (E1, 21; E3, 36; E4, 26) por estar viviendo lo que, bajo su percepción, no es merecido y que los hace tener una vivencia de estar “acorralado” (E1, 21; E2, 34; E5,67; E6, 38), ya que sería una situación de la cual no podrían escapar, pues prima el temor a “no cumplir y ser despedido” (E2, 30; E3, 56; E4, 79). Estas sensaciones se ve reforzada porque además los entrevistados perciben tener pocas vías de desahogo sanas que pudieran nutrirlos positivamente y dar equilibrio con las sensaciones negativas. De hecho, si se toma en cuenta las categorías anteriores, las vías de escape son conceptualizadas como una herramienta para poder evadir lo que estaba pasando, pero no se percibe como un aporte positivo. Esto es problematizado por los entrevistados,

porque más que ayudarlos a disminuir la sensación de injusticia y cansancio, termina generando una vivencia de rabia.

“A veces no sé, tenía una ira tan grande, un dolor de guata. No sabía cómo canalizarlo, no tenía como desahogarme. Trataba de distraerme pero como que al final lo único que pasaba era que me enfermaba más y me sentía peor” E6, 38

Al no poder desahogar la sensación rabia, al estar acorralado con ella y la injusticia, aparece paulatinamente en la percepción una visión negativa respecto de su propia realidad, que en conjunto con la agudización de los síntomas, comienza a materializarse en ideas como la “desaparecer al no poder encontrar una solución” (E2, 27; E3, 50; E5, 78). Al no lograr exteriorizar la rabia, la sensación general de los entrevistados es que esta se iba acumulando y generando “sensaciones de odio interno” (E1, 28; E2, 27; E3, 52; E4, 52; E5, 78; E6, 91) en donde prima la autocrítica respecto a no poder salir adelante y de hacerlo todo mal.

“Tenía como un odio interno, como hacia mí misma. Me empecé a sentir con el autoestima baja, me reprochaba que yo no era capaz de salir de eso. Me estaba provocando mucha infelicidad” E1, 28.

Pero también las sensaciones empezaban a tener efectos en sus relaciones con otras personas. Todos los entrevistados describen sensación de “pérdida de control” (E2, 14) en términos de la expresión de la agresividad, algunos de manera verbal y otros teniendo actitudes derechamente agresivas física y descontrol de impulsos. Frente a este tipo de situaciones, no solamente existen cuestionamientos y juicios duros hacia sí mismos, sino también miedo respecto a lo que pudieran llegar a hacer.

“En una discusión y me fui a mi pieza, cerré la puerta de un portazo y comencé a golpear la puerta con las manos, así con los puños...yo nunca he sido así y me descolocó después cuando me dí cuenta de lo que había hecho me vino una crisis. Sentí miedo de mí misma” E5, 18

A pesar de los esfuerzos por controlar la situación, predomina la sensación de “frustración y fracaso” (E1, 39; E2, 43; E3, 32; E5, 43; E6, 89), que algunos percibían como una vivencia de “desesperanza aprendida” (E3, 33; E5, 42; E6, 89) dado que no lograban encontrar una solución. Vale la pena remarcar que esto representa un quiebre y sea posiblemente una sensación importante para movilizarse a pedir ayuda. En ese sentido, la terapia psicológica pareciera ser conceptualizada como una medida desesperada a la cual se asiste como última opción (E1, 15; E2, 105; E3, 32; E5, 52), casi por desesperación.

“Las primeras veces que venía (a terapia), venía todo cagado, todo nervioso, entre que medio angustiado, con un poco de miedo, con incertidumbre, si iba a funcionar o no...fue la última opción porque seguía creyendo que era solo una cosa de la pega” E2, 105

Los entrevistados nunca habían ido a terapia o habían asistido de manera muy breve. Por lo mismo, al comienzo de la terapia predomina la vivencia de incertidumbre, en tanto que o no conocían cuál era el trabajo que se iba a realizar o su experiencia había sido muy corta como para opinar. Era difícil, por lo tanto, saber qué esperar.

A medida que fue avanzando el proceso psicoterapéutico los entrevistados comienzan a notar cambios respecto a las sensaciones de malestar. A medida que avanza el proceso, le van otorgando mayor valor a la psicoterapia que al descanso por licencia para poder ir elaborando los problemas asociados al *Burnout*. Algunos incluso señalan que el descanso sin psicoterapia “no ayudó” (E2, 40; E4, 51; E5, 79), aunque esta comprensión se hizo posteriormente, una vez que comenzaron a ver los beneficios de la psicoterapia.

Ahora bien en términos de cómo fueron cambiando las sensaciones a partir del proceso psicoterapéutico, los participantes comienzan a conceptualizar el espacio como “vía de escape sana” (E1, 82; E2, 27; E4, 93), que en un primer momento es percibido como un lugar de descarga respecto al dolor psíquico que les afligía.

“Yo tenía una sensación de angustia permanente. Tenía ganas de ponerme a llorar, tenía ganas de irme a la punta del cerro y desaparecer. Era raro porque a medida que iban pasando las sesiones como que sentía que el espacio me permitía ir descargando” E2, 27.

Progresivamente las sensaciones de injusticia y rabia contra sí mismo generadas por la percepción de no poder salir adelante se fue transformando en “comprensión” (E1; 58; E2, 102; E3, 93; E6, 80), en tanto que los entrevistados comienzan a percibir que gran parte de su malestar estaba producido por factores externos, como las políticas organizacionales de su empleador y el estilo de la jefatura, y que por lo tanto no estaba bajo su control. La mayoría percibe que a medida que transcurren las sesiones también aumenta la sensación de rabia y baja tolerancia con sus lugares de trabajo, ya que comienzan a considerar con mayor intensidad que la manera en que están llevando adelante los procesos laborales no es la adecuada. Este movimiento es conceptualizado como respeto hacia sí mismo, en el sentido que creen que la terapia les ayudó a dirigir la rabia hacia donde “verdaderamente” debía ir: La organización.

“Sentí que recuperé el amor propio, porque perdí la rabia contra mí mismo. No es que antes no considerara injustas las exigencias de mi jefe, pero ahora me da más rabia” E6, 80.

Esta sensación de rabia, que surge con más fuerza desde el proceso psicoterapéutico, no es conceptualizada en la vivencia de los entrevistados como una fuerza destructora, sino más bien como un “escudo” (E1, 57; E4, 32; E5, 105) para defenderse de lo que ellos consideran como injusto.

“La rabia igual era buena, yo antes no me la permitía mucho. Ahora como ya pasé por eso, es como un escudo, porque si alguien intenta ponerme la pata encima ahora yo me puedo defender” E4, 32.

Perciben algunos de los entrevistados desde la experiencia anterior, “una sensación de ligereza” (E1, 49; E2, 71; E5, 40; E6, 96) que emerge a medida que avanzaban las sesiones, a consecuencia de no darle tanta relevancia a asuntos que antes los preocupaban, tales como poner el trabajo siempre en primer lugar y

lograr alto rendimiento. Van percibiendo que dichas actitudes no han favorecido su vida de manera positiva, y que de hecho, ha traído sensaciones de dolor al ver que el reconocimiento por su trabajo no llegó.

“Me sentía con esa ligereza, como que ya no me sentía con al responsabilidad de rendir, sentí que volví con otra actitud a la pega, más preocupado por mí” E2, 71.

Señalan que, para el final del proceso, los ajustes que realizaron en su vida fueron dando espacio a que apareciera una sensación de congruencia entre lo que hacían y lo que iban sintiendo, percibiendo esta actitud como una sensación de “fluir” (E1, 83; E2, 99; E3, 93; E4, 67; E5, 82) que traía bienestar y conciencia respecto de sí mismos.

“Había una coherencia, había un fluir dentro de como yo me sentía y cómo interactuaba. Me hacía sentir bien, como que me empecé a sentir yo de nuevo” E2, 99.

Desde ahí, la vivencia percibida es una “sensación de alivio” (E1, 104; E2, 99; E3, 93; E5, 34) en base a que la apertura a realizar cambios genera una sensación de estar “haciéndose cargo” (E1, 104; E2, 99; E3, 94; E5, 34; E6, 102), que a su vez también crea una sensación de ser auténtico o de ser uno mismo. Esta vivencia es percibida como terapéutica y pareciera ser clave para entender el cambio terapéutico, porque los entrevistados comienzan a movilizarse y hacerse responsable de aquello que los “enferma”. A partir de la experiencia de ser responsable comienzan a percibir la realidad de una manera más flexible y aquello les trae alivio. En ese sentido, esta experiencia en su conjunto trae la posibilidad, en la vivencia de los entrevistados, de validarse a sí mismos y entender que muchas de las situaciones vividas escapan de su responsabilidad.

“No hay nada más pleno que sentirse bien con uno misma y poder ser uno misma, creo que al final eso es lo más terapéutico” E3, 93.

Los entrevistados señalan que para el final del proceso psicoterapéutico predomina una sensación de alivio, una vivencia que permite vivir su reintegración al trabajo sin sentir el mismo grado de culpa que experimentaron anteriormente,

con una actitud positiva. Algunos incluso señalan que esta sensación se mantuvo al volver al trabajo y darse cuenta que “las condiciones organizacionales no habían cambiado mucho” o incluso habían empeorado (E3, 74; E5, 82). Entendiendo que no todos los entrevistados tienen las mismas experiencias al volver al trabajo, si es posible señalan que en general hay vivencias de sentirse “protegido” (E1, 57; E4, 32; E5, 105; E6, 46) en el sentido que se percibe mayor capacidad para poner límites a sus jefaturas y exigencias, como también para defenderse en caso de percibir abusos o exigencias fuera de sus cargas habituales.

“Cuando volví se mantenía aún el tema de los problemas, estaba tan relajado que me importó menos que antes. Eso fue algo positivo igual, porque pude mantener esa actitud, me sentía protegido por mí mismo” E6, 45.

A pesar de que en general se mantienen las vivencias positivas al reinsertarse al trabajo, algunos de los entrevistados también describen vivencias de “angustia y estrés” (E2, 101; E4, 82), “recaídas” (E1, 2) y de “caer en lo mismo de antes” (E3, 25) al volver a sus funciones. A pesar de ello, los participantes señalan que la terapia ayudó a que las vivencias negativas ya no se sientan con la misma intensidad, y que a pesar de “recaer” en la misma conducta o emoción negativa, estas tienen menor frecuencia y generan una respuesta diferente, más consciente y más sana que con anterioridad a la terapia, que va en la línea del hacerse cargo de lo que les pasaba.

6.2.4 Cambio en el significado del trabajo

Los entrevistados coinciden en tener una percepción de sí mismos, antes de comenzar a sentirse “enfermos”, como altamente funcionales y sobre exigentes con respecto a su desempeño profesional. Algunos de los entrevistados señalan percibirse a sí mismo como controladores y autoexigentes por temor a “no cumplir y ser despedido” (E1, 13; E2, 30; E3, 47; E4, 16; E5, 64; E6, 28), aunque también, de manera más velada, tienen expectativas de reconocimiento altas de los demás. A su vez, también algunos de los entrevistados señalan que al no poder cumplir

con la exigencias autoimpuestas, experimentan culpa pues se sentían genuinamente “comprometidos con su trabajo” (E1, 5; E2, 10; E5, 43).

“Tú te sentías parte de algo que era más grande, a mí por años me encantaba mi pega, entonces de pronto empiezo a sentir culpa porque me veo no pudiendo hacer lo que siempre hacía ni pudiendo rendir como siempre” E2, 10.

Al gatillar los primeros síntomas y signos del Síndrome de Burnout, también el miedo comienza a escalar en intensidad, al punto que los lleva a percibir los ser despedidos como una posibilidad real, en tanto que no logran rendir como antes. Comprensivamente, es posible señalar que la presión del trabajo, sumado a la actitud de jefatura y los compañeros empezó a mermar la capacidad de autodeterminación, instalando con mayor facilidad la culpa por no cumplir enteramente las altas exigencias y el miedo a ser despedidos.

“Era incapaz de yo frenar eso, por miedo a perder la pega o porque me fueran a evaluar mal. Y por eso pienso yo que me dejé hacer todo eso, pero la verdad, aún no entiendo bien porque permití que pasara todo esto” E1, 13.

Al predominar la sensación miedo y culpa, los entrevistados comienzan a percibir otros elementos en el contexto laboral. Casi todos refieren sentirse en “ambientes tóxicos” (E1, 13; E2, 22; E3, 31; E5, 37; E6, 18), que fue progresivamente, según los entrevistados, precarizando su trabajo y las condiciones en las que se desarrollaba. Predomina en este punto la sensación de insatisfacción con su trabajo, que va calando profundo en el malestar individual y que es reconocido como uno de los factores centrales en el desarrollo del *síndrome de burnout*.

“Yo soy mucho de trabajar, estar ahí tecleando, viendo documentos, buscando soluciones a los problemas que se presentan, soy muy proactiva, entonces donde me empezaron a limitar es que me empecé a sentir insatisfecha con lo que hacía...no es grato trabajar en un ambiente que está como tóxico” E3, 57.

Ahora bien, progresivamente hasta finalizar la terapia, las nociones de auto exigencia y alta eficiencia fueron cediendo para dar paso a una postura más flexible y compasiva consigo mismo. Aquí el trabajo, que anteriormente tenía un significado relacionado a las expectativas externas y al valor de sí mismo, comienza a transformarse como un medio para “potenciarse a sí mismo” (E2, 97; E6, 89).

“El trabajo como que ahora para mí es para crecer yo. Me cansé de estar regalándome a lo demás porque sí, que ni respetan mi tiempo” E6, 89

Destaca aquí el cambio respecto el abandono de las autoexigencias y la percepción de que difícilmente podrían volver a caer a condiciones o experiencias similares a la que lo llevaron al *burnout*. En ese sentido, la patología también fue una oportunidad para cambiar el significado del trabajo a “uno más positivo”.

“Antes yo no me daba cuenta, era capaz de reventarme trabajando. Ahora yo pienso que no podría volver a esa rutina, tan tóxica. Ahora quiero disfrutar lo que hago y me pongo límites nomás. Antes me daba miedo porque me podían echar, pero en verdad eso no es vida” E5, 107.

6.3 Percepción sobre cómo ocurre el proceso de cambio psicoterapéutico

El siguiente apartado tiene por objeto el dar cuenta el cómo perciben el proceso que debió ocurrir para que fuera posible el cambio psicoterapéutico, es decir, aquello que aconteció interna y externamente para poder percibir un cambio.

6.3.1 Darse cuenta

Una de las percepciones generalizadas, en la vivencia de los entrevistados, es que el proceso psicoterapéutico facilita la toma conciencia de diversos aspectos de sí mismo. A través de este proceso van aprendiendo a observar la manera en que interpretan al mundo y los distintos patrones repetitivos de conducta, incluyendo aquellos percibidos como “negativos” por los entrevistados y que podrían haber contribuido a la aparición del *síndrome de Burnout*.

Este proceso, de manera transversal, fue conceptualizado como “darse cuenta”(E1, 56; E2, 48; E3, 105; E4, 32; E5, 94; E6, 75) a lo largo de todas las entrevistas, en distintos momentos. De manera general, el darse cuenta implica la percepción de vivencias negativas en torno al *síndrome de Burnout*, ya sean pensamientos, sensaciones, sentimientos y conductas automatizadas. A lo largo del proceso, los entrevistados van conceptualizando también el darse cuenta como un aspecto central para realizar un cambio terapéutico, en el sentido que también permitiría poder encaminar a tomar decisiones, comportamientos sanos y elaborar conflictos de manera compasiva y empática.

6.3.1.1 Darse cuenta sobre aspectos insanos de sí mismos

Una de las percepciones más comunes, que señalan y comparten los participantes, es la vivencia de “poca visibilidad que le otorgan a sus necesidades” (E1,56; E2, 37; E3, 33; E4, 73; E5, 48; E6, 32). Todos parecen percibir, al menos antes de la terapia, que otorgaban mayor importancia a las necesidades de otros descuidando las propias. De hecho varios de los entrevistados señalan que al iniciar el proceso psicoterapéutico fueron descubriendo que hablaban escasamente de sí mismos y sus necesidades, y se sorprendían al percatarse que su discurso se centraba más bien en preocupaciones en torno al trabajo y la familia.

Por otro lado, este discurso centrado en el otro está acompañado por una vivencia de culpa y miedo a causar preocupación o reproche a los demás por estar mal o “enfermo”. En ese sentido, la vivencia es la de preferir actuar según el “deber ser” (E1, 56; E2, 37; E4, 73), incluso si esa decisión atenta contra su propio bienestar. Por ello, la vivencia de los participantes, al inicio del proceso de sentirse “quemados”, es la de redoblar los esfuerzos por rendir como siempre, ignorándose a sí mismos. Perciben que, a la larga, esto ayudó a la aparición del síndrome.

“Me di cuenta que yo no hablaba de mí. Yo siempre estaba, como persona, diciendo lo que tenía que hacer, pero nunca hablaba de mí como persona, respecto a lo que yo realmente sentía. Como que me separaba en

el deber y en el sentir, y siempre hacía lo que mandaba el deber. Yo cacho que por eso me enfermé” E1, 56

Al momento de comenzar a problematizar la actitud de estar centrado en el deber ser, emerge paulatinamente la vivencia de “descuido de mí” (E1, 40; E2, 37; E3, 98; E4, 73; E6, 29). Los entrevistados comenzaron a tomar conciencia de lo negligentes que han sido con sus propias necesidades, en base al miedo y a la culpa que estaban sintiendo. Perciben que esta negligencia se relaciona con la noción de falta de reciprocidad en la ayuda, en donde la percepción es “dar mucho y recibir poco” (E2; 98; E3, 98; E6, 29) por parte de los demás.

“Siento que antes cargaba con cosas que no me correspondían. Yo tratando de ayudar a medio mundo y nadie me ayudaba a mí, ni yo misma me ayudaba” E3, 98

La mayoría de los entrevistados coincide en señalar que este tipo de actitudes fueron aprendidas durante los primeros años de su vida y ligado a la influencia familiar, en donde la “crítica” (E1, 19; E1,33; E2, 35; E3, 48; E4, 12; E5, 56; E6, 61) del núcleo cercano juega un rol fundamental. En ese sentido, describen que el centrarse en otro es estrategia para evitar la crítica, la que aseguran haber experimentado durante la infancia por parte de sus familiares. Esta es una vivencia doloroso y aún presente; perciben que la vivencia aquí es que la familia “no inculcó el valor personal” (E1, 71; E4, 25) y ni tampoco el cuidado por las necesidades personales, ya sea porque ellos debían hacerse cargo de los problemas de otros, y por ende postergarse a sí mismos o sencillamente porque percibían una “crítica constante por su manera de ser” (E1, 71; E2, 56; E5, 73; E6, 58). Algunos de los entrevistados perciben que dichas creencias fueron también determinantes para tomar una “actitud sumisa en el trabajo” (E1, 47; E2, 56), pues estarían replicando el mismo modelo familiar basada en la sensación de miedo.

“Bueno una de las primeras cosas que yo me di cuenta es que la actitud que yo tenía en el trabajo era similar o igual a la que yo tenía con mis padres. Me di cuenta de la relación de mi inseguridad y de esta cosa

de pensar que yo hacía todo mal con mis padres, como que eso me hacía aceptar todo lo malo del trabajo” E1, 49.

Respecto a la sensación predominante de agresividad, la vivencia de los participantes es que esta tiene directa relación con “guardarse las cosas” (E1, 13; E2, 20; E3, E4,56; E5,46; E6, 58). Insisten en darse cuenta que no comunicar lo que les está pasando y no dar cuenta de sus necesidades de apoyo a los demás trae aparejado una fuerte vivencia de resentimiento que se va materializando en una agresividad explosiva.

“Yo noté que si me guardaba algo y no lo decía, después me salía de mala manera, cómo que explotaba” E6, 58

Dando espacio a la vivencia de descuido personal ante la crítica del otro y de sí mismo, los entrevistados perciben la fuerte influencia entre los demás y su autoestima (E1, 45; E2, 57; E3, 46; E5, 83). Perciben que la aprobación del otro tiene un poder grande en cuanto a la satisfacción consigo mismo y que, por lo mismo, el miedo a no ser aprobado por un error de conducta es alto. Esto es algo que es conceptualizado como “irracional” (E1, 45; E3, 46) por los entrevistados, pero que no obstante señalan como “difícil de no sentirlo” (E1, 45; E3, 46)

“Me empecé a dar cuenta que los demás tenían mucho poder en mi autoestima. Ponte tú, yo siempre estaba pendiente de que me jefa me reconociera y como nunca llegaba, trabajaba el triple, ¿para qué?...me hizo sentido pensar que estaba buscando la aprobación del resto, es tonto pero es como difícil no sentirlo” E3, 46

Ahora bien, los entrevistados también comienzan a darse cuenta de patrones de conducta propios, que conceptualizan como negativos para sí mismos, y que señalan vivenciar con mayor intensidad durante el contexto de agotamiento laboral. Perciben que estos aspectos han estado presentes durante toda su vida, y se han puesto especialmente en juego en la dimensión laboral, que, si bien perciben como algo que les ha conllevado réditos en los profesionales, también han sido vivenciados de manera intensa en los momentos de alta carga

laboral. Los entrevistados coinciden en que estos aspectos contribuyeron a la aparición del *síndrome de Burnout*.

En esa línea los participantes parecen coincidir en percibirse a sí mismos como “Autoexigentes y controladores” (E1, 9; E2, 24; E3, 46; E4, 75; E5, 91), en tanto que buscan un desempeño ejemplar en su vida íntima y laboral, que enmascara expectativas de reconocimiento.

“La cosa es que yo siempre estaba sola y yo dándomelas como de la que me las podía pensando que alguna vez iba a tener un reconocimiento, reconocimiento que nunca llegó” E1, 9

Más allá de percibir que el autoestima dependía del reconocimiento externo, a lo largo de la psicoterapia se pone en relieve la vivencia de tener derechamente una “autoestima baja” (E1, 41; E2, 31; E2, 100; E3, 93; E5, 102; E6, 34). Atribuyen, desde lo que perciben, que esta autoestima baja estaría relacionada precisamente por la “tendencia a culpabilizarse y la autocrítica” (E2, 34; E3, 93; E6, 34), que implica una vivencia dolorosa cuando se acontece la vivencia de fallar respecto de alguna responsabilidad, especialmente si esta tiene que ver con un otro.

“mis compañeros nunca se ponían de acuerdo y al final terminaba yo haciendo el trabajo yo sola. Entonces, al final sentía que si yo no hacía algo también era culpa mía y la pasaba mal, era como una cuestión de autoestima” E3, 93.

6.3.1.2 Acciones a partir del Darse cuenta

A partir del darse cuenta de aspectos insanos, los entrevistados perciben la posibilidad de realizar cambios que conceptualizan como terapéuticos y que pueden contribuir a “combatir” el malestar.

En general, todos parecen compartir la visión que la psicoterapia ayudó a elaborar la sensación de responsabilidad que tenían con el trabajo, comienzan a desarrollar una percepción más compasiva con ellos mismos y empiezan a entender que la mayoría de las situaciones no son directamente su culpa, sino que

son “responsabilidad de la organización” (E1, 4; E2, 73; E3, 102; E4, 23; E5, 92; E6, 40). Perciben que a pesar de siempre haber sabido o al menos intuido esto, la dimensión “emocional” de su vivencia nunca se convenció del todo, y que por lo mismo experimentaban culpa cuando no eran capaces de resolver los problemas o se sentían sobrepasados.

En este contexto, todos los entrevistados coinciden en que fue clave la “validación” (E1, 32; E2, 73; E3, 28; E5, 102; E6, 8) de un tercero, en el sentido que a pesar de “conocer” la responsabilidad de la institución en la aparición del síndrome, ellos tendían a restarle importancia a la propia opinión y malestar, sobre todo porque los entrevistados percibe no haber encontrado apoyo a su sentir en sus jefes, compañeros o familiares. Está validación que anteriormente no pudieron hallar si la pudieron encontrar en la psicoterapia, a través del terapeuta. La sensación que provoca la validación es conceptualizada como “una sensación en el cuerpo” (E2, 73; E3, 28; E5, 102) que genera un cambio en la manera de sentir la culpa.

“él (terapeuta) también me validaba ciertos puntos de lo que era mi visión y decía “pero esto no es culpa tuya”; “no si tienes razón”, “ah ya, entonces.”... Entonces me ayudó a visibilizar muchas cosas, yo sabía todo lo que él decía pero, no sé, sentí como una sensación distinta me lo decía (toca su pecho) y como que verdaderamente empecé a sentir que no era mi culpa” E2, 73

En conjunto a lo anterior, los entrevistados comienzan a identificar con la psicoterapia aquellos aspectos que sí son parte de su responsabilidad.

Uno de los primeros aspectos en emerger es la agresividad, percibiendo la necesidad de hacerse cargo de ella en la medida que afecta su relación con otros significativos. Para poder transformar esta vivencia, llegan a la conclusión de que es necesario dejar de guardar lo que están sintiendo y “empezar a hablar o pedir ayuda a los demás” (E1, 69; E2, 110; E3, 40; E6, 62), lo que les estaba pasando, sobre todo si se trata de algún aspecto que reviste de molestia para ellos.

“me di cuenta que si hablaba las cosas andaba menos idiota. Pensaba que mi polola no me iba a entender pero me sorprendí al cachar que nada que ver, ella me entendía” E6, 62

Por otro lado, otro aspecto que reconocen los entrevistados como responsabilidad propia es la vivencia de “haberse restringido o censurado”(E1, 7; E2, 78; E3, 69; E4, 3; E5, 82; E6, 13) a sí mismos antes de enfermarse. Esta restricción es entendida como sistemática, especialmente durante el periodo en que aumenta la carga laboral o el hostigamiento por parte de jefatura. Aquí la vivencia es la de “aguantar” (E1, 7; E2, 78; E4, 3; E5, 82) porque eso es lo que se debía hacer, en términos de ser un “buen trabajador”, manteniendo el rendimiento a pesar de la sobrecarga y tratando de ocultar el malestar. La terapia ayuda a cuestionar esta vivencia y posibilita el cambio, en tanto que comienzan a percibir que el aguantar tiene relación con hacerse cargo de una responsabilidad que no es propia.

“Me di cuenta que me había restringido mucho mi sí mismo en el puesto” E2, 78

En la medida que van tomando la responsabilidad y haciéndose cargo de lo que está en sus manos en sus manos, los entrevistados perciben un realce de su “valor como persona” (E1, 70; E2, 80; E3, 84; E3, 89; E4, 72) y experimentan sensaciones positivas a partir de esto. Esto se mantiene incluso en los entrevistados que cambiaron de trabajo, ya sea porque fueron desvinculados de la institución donde trabajaba al terminar una licencia o porque tomaron ellos mismos la decisión de renunciar. Señalan que a pesar de la sensación de miedo ante la incertidumbre de ser despedido, se tomó esta decisión con “calma” (E2, 85; E4, 72), entendiendo que ahora se encontraban más empoderados de sí mismo y con una percepción positiva de sí mismos, en el sentido de poder darle mayor espacio a su creatividad y abrirse a nuevas posibilidades.

“Cuando me echaron todos tenían miedo en la empresa porque me quieren, pero yo me lo tomé con calma y con una actitud diferente a la que hubiese tenido antes. En terapia aprendí que yo valgo mucho y en ese

momento confié que iba a encontrar otra cosa que me permitiera crecer. Ya había sufrido lo suficiente por la empresa igual” E2, 85.

A partir de esta vivencia de calma, los entrevistados perciben tener ahora espacio para otras sensaciones y experiencias que no habían estado presentes con notoriedad antes. Indican comenzar percibir vivencias de “aceptación”(E1, 70; E2; 85; E3, 84; E5, 59; E6, 91), que consiste en reconocer a su propia persona, respecto a sus virtudes y defectos, por sobre la autocrítica y la culpa. Se percibe esa aceptación como parte esencial de la recuperación.

“Darme cuenta, aceptar y confiar en mí. No es que lo sea, pero no porque una persona es bonita, inteligente y reconocida en su trabajo esa persona vale más que yo, o sea yo valgo porque soy persona” E1, 70.

En este punto los entrevistados señalan tener “mayor seguridad en sus decisiones” (E1, 70; E2, 85; E3, 103; E5, 68; E6, 109). Perciben que cambió el foco que antes tenían respecto de donde colocaban la energía; si antes el foco era la preocupación excesiva por el otro, ahora intentan considerar siempre lo que ellos mismos necesitan. En ese sentido, darle relevancia al “ser por sobre el deber ser” (E1, 106; E2, 61; E3, 103, E4, 99; E5; 68; E6, 109).

“Me siento más segura de mis decisiones. Siento más confianza porque, aunque no siempre se pueda, como que tengo más presente considerarme” E3, 103.

Todos los entrevistados sostienen que en general la psicoterapia ayudó, no tanto para “aguantar” los problemas laborales, sino que más bien para “trabajar aspectos de sí mismos” (E1, 70; E2, 87; E3, 58; E5, 10; E6, 7) y de su vida que les permitieron tomar mejores decisiones y sentirse mejor. Desde ahí el cambio terapéutico, desde la percepción de los participantes, se relaciona con la comprensión y vivencia de que ellos mismos tenían la respuesta. Fue ese trabajo el que posibilitó que los entrevistados comenzaran a tomar decisiones más libres respecto a cómo quieren relacionarse con el trabajo y como ponen límites, en la medida de lo posible, a los aspectos organizacionales que ellos sentían que los perjudicaban.

“Fue super fuerte darme cuenta que yo tenía la respuesta de cómo solucionar mis problemas todo el tiempo” E2, 87

Existe un consenso en que la psicoterapia ayudó no solo a mejorar su situación de respecto a la “patología” o vivencia de malestar, sino que también los entrevistados comienzan a sostener un proceso en el vuelven a “ser ellos mismos” (E1, 42; E2, 45; E3, 96; E5, 102; E6, 13), en tanto que la enfermedad es entendida no solamente como algo que aconteció por el encuentro entre las condiciones de trabajo y las condiciones propias, sino que además se caracteriza por enajenar a la persona de su “ser real”, que es vivenciado como el ser que “fluye” (2, 45; E3, 96; E4, 90, E5, 67, E6; 18), que está en calma o que es feliz. En general, este cambio es posibilitado no solamente por los distintos “darse cuenta” descritos anteriormente, sino también por el desarrollo de un “mayor conocimiento de sí mismo” (E1, 53; E2, 45; E3, 102; E4; 98; E5, 2; E6, 15), que no solamente tiene que ver con una aproximación intelectual, sino que también tiene que ver con un mayor reconocimiento de sus propias sensaciones.

“Yo sentía que había desaparecido. O sea, quién yo soy ya no era yo. De hecho, tiempo ya después, mi señora me decía: “volviste a ser tú”. Es como que no sé, me di cuenta hasta de lo que sentía en el pecho, cuando algo me da como mala onda” E2, 45

En general, es posible dar cuenta de acciones que los entrevistados a partir del ejercicio terapéutico y de los cambios que se van proponiendo en la medida que se van dando cabida a las nuevas sensaciones y experiencias que surgen a raíz de esta. Las acciones, a percepción de los participantes, materializan el cambio interno en cambios externos, puesto que concretan medidas que antes no realizaban o realizan poco y que están dirigidas a responder mejor a las necesidades de cada uno.

En esa línea, una de las principales acciones que los entrevistados perciben comenzar a realizar es la de “aprender a poner límites” (E1, 91; E2, 80; E3, 52; E4, 45; E5, 37; E6, 58). Esta acción es percibida como una de las principales herramientas para poder poner a raya las exigencias o la sobrecarga

poco razonable, así como también “escuchar sus propias necesidades” (E1, 50; E3, 103; E4, 78) o “preocuparse por sí mismo” (E2, 29; E5, 37; E6, 23). Poner límites aparece como una acción fundamental pues es vivenciada como un puente para obtener más “seguridad en sí mismo, confianza o empoderamiento” (E1, 54; E2, 80; E3, 91; E4, 78; E6, 23). La acción de los límites aparece de manera heterogénea en la experiencia de cada uno de los entrevistados en diferentes partes de la entrevista. Esta se materializa no solamente en el contexto del trabajo, sino que también que también en otras áreas de su vida, especialmente en el ámbito familiar. Perciben que esto fue central para la disminución de los síntomas, sensaciones y malestares derivados del *síndrome de Burnout* y está también ligada a la noción anteriormente revisada de “comenzar a decir las cosas”.

“Si alguien viene de mala forma, no tengo porqué aceptarlo. Y si alguien quiere aprovecharse de mí, tampoco tengo que aceptarlo” E3, 91.

“yo le dije yo muté y le dije (a su pareja) que yo no puedo ser el pilar emocional de la relación, porque ya no me estaba dando” E5, 37.

“Ya no siento esa culpa de decirle que no a mi jefe. Siento que no puede aprovecharse porque le estoy poniendo límites” E6, 58

Aparejado a la acción de poner límites, también aparecen asociados en la vivencia de los entrevistados, el “confrontar” (E1, 54; E3, 85; E5, 37; E6, 98), que estaría puesto al servicio de ser utilizado en defensa de las necesidades que perciben los participantes como posiblemente afectados por alguna variable del trabajo. Predominantemente, es conceptualizada como una confrontación “calmada pero directa” (E6, 98), sin perjuicio de que algunas veces esta sí puede ser “agresiva” (E1, 12; E5, 57). Esta estrategia también favorece el poder establecer y diferenciar los problemas del trabajo de los de la vida en general, ya que perciben que era común tener problemas fuera del horario laboral por “llevar los problemas a la casa” (E2, 45; E3, 114; E4, 73)

“Yo no tuve pelos en la lengua de explicarle a mi jefe porque me enfermé. Se lo dije calmado pero fui super directo. Él me encontró recambiado” E6, 98

“Cuando volví al trabajo me dije, tengo que poner límites, así que hablé con mi jefa. Se enojó y yo también me enojé, pero creo que al final entendió” E5, 57.

A partir de estas experiencias se van adoptando decisiones que, en la percepción de los entrevistados, van generando cambios que posibilitan construir “argumentos para centrarse en lo positivo” (E1, 50; E2, 80; E3, 15; E5, 67; E6, 18). Esto consistiría en dar mayor relevancia e importancia “a la confianza en sí mismo” (E1, 54; E2, 80; E3, 91; E5, 68, E6, 18), a destacar su “valor como persona” (E1, 70; E2, 80; E3, 84; E3, 89; E4, 72), en tanto que pareciera blindar y proteger a los entrevistados al empezar a percibir que deben y pueden confiar en sus propias decisiones y avalar sus acciones.

“Con la terapia fui construyendo los argumentos para darme cuenta que esto no era así, que en realidad yo estaba haciendo las cosas bien, y que por lo mismo, no era justo lo que estaba pasando” E1, 50

Una vez instalada la confianza y la actitud más positiva con respecto a sí mismos y los demás, también los entrevistados perciben que realizan otras acciones claves para mantenerse sanos en el trabajo y que son conceptualizados como “aprendizajes sobre el autocuidado” (E,1, 54; E2, 41; E3, 28; E4, 92; E5, 12; E6, 104). Desde esa vivencia comienza a desprenderse otras actitudes valoradas como positivas. Los entrevistados destacan especialmente el “aprender a comunicar lo que siente y afecta” (E1, 68; E2, 23; E3, 90; E4, 18; E5, 67), que es percibido como importante porque permitiría hacer un esfuerzo por mejorar situaciones que no son de su agrado al mismo tiempo que elaborando aspectos negativos.

“Yo no era muy directa para decir las cosas, tenía miedo de estar ofendiendo a la otra persona. Yo pensaba que lo iba a recibir como crítica,

como que yo la estuviera juzgando, pero aprendí que es importante para mí decir lo que me pasa y empecé a hacerlo” E3, 90

A medida que progresa la terapia, los entrevistados perciben la toma de decisiones como una acción que realizan con mayor “libertad” (E1, 71; E2, 3; E3; 56; E5, 10; E6, 103). El poder haber tenido un espacio seguro para poder elaborar la sensación de miedo y el hecho de validar la necesidad de poner límites a situaciones abusivas favoreció que emergiera esta vivencia de libertad. En términos concretos, los entrevistados se percatan que al realizar la acción de poner límites y percatarse que no ocurrían las consecuencias catastróficas que habitualmente aparecían en la fantasía (y que alimentaba el miedo) fue también cambiando la sensación de estar “acorralado” o estar “entre la espada y la pared”, para dar paso a la vivencia de la posibilidad de libertad en las decisiones.

“Fue raro porque cuando puse límites me sentí feliz. Quiero poder tomar decisiones porque tengo el derecho, es mi vida y mi libertad” E1, 71.

Finalmente destaca, en todos los entrevistados, la noción “volver a conectar con sus cercanos” (E1, 98; E2, 33; E3, 67; E4, 19; E5, 10; E6, 53). La vivencia del *burnout* los hacía percibir que habían establecido lejanía con otros significantes, habiendo instalado conductas de aislamiento y evitación de contacto, esto por miedo o por vergüenza a no ser entendidos o ser una carga para los demás. A través de la terapia logran reencontrarse con la importancia del apoyo de estas personas, especialmente familiares cercanos y amigos. En general, la psicoterapia facilita el poder “darse cuenta” de lo relevante que son los demás en la vida.

“Yo era muy de amigas. O sea, yo me defino siempre como una persona muy sociable... Para mí, era ver una vez a la semana a mis amigas, compartir, y si me podía ver más con mis amigas. Fue una de las primeras cosas que retome” E3, 67

6.3.2 Uso de Metáforas

Para referir y conceptualizar las vivencias sobre lo que implicaba padecer el agotamiento laboral y la posterior vivencia de cambio terapéutico, los participantes utilizan diversas metáforas que posibilitan aproximarse a esos momentos que son

difíciles de describir de otra manera. En ese sentido, las metáforas pueden iluminar la percepción del proceso de cambio de cada uno de los participantes.

En términos generales, es posible señalar que el uso de metáforas es un aspecto central para dar cuenta de una experiencia difícil de expresar a través de una sola palabra u oración, y es utilizada para representar una vivencia o percepción inespecífica del entrevistado. Las metáforas van tomando especial sentido para los entrevistados gracias a la terapia, porque ayudan a darle significado a algo que estaban sintiendo pero no había tenido acceso a la conciencia y también para reflejar momentos de cambio.

Ahora bien, las primeras que surgen son las metáforas utilizadas para reflejar las vivencias iniciales del *síndrome de burnout*, que ponen énfasis en el cansancio y la “carga” (E1, 74; E2, 116; E3, 28; E4, 56; E6, 18) que experimentaban en su vivencia laboral.

“Yo estaba ahí como cargando un elefante” E1, 74

“Era como un peso permanente” E4, 56

Las metáforas también son utilizadas para intentar reflejar una experiencia de que conceptualizan como “poca autenticidad” (E2, 116; E3, 105; E6, 10) o “no me sentía yo mismo” (E1, 45). Estas metáforas conceptualizan la vivencia en términos de un desconocimiento de sí mismos, en comparación a su pasado, sobre todo porque no logran realizar las tareas que habitualmente realizaban o actuar con la entereza y energía que perciben los entrevistados tener.

“yo no me había dado cuenta lo desprendido de mí que yo estaba (...) había como una pared que me separaba como de mi autenticidad, era como un desconocido” E2, 116.

Todo lo anteriormente descrito comienza a generar una sensación de malestar e incomodidad respecto a la dinámica del trabajo y de cómo estaban enfrentándolo. Aquí los entrevistados van utilizando diversas metáforas para dar cuenta de un estado que fue afectando cada vez más su vida cotidiana.

“Pero si yo me di cuenta que eso gatilló cierto sobre-estrés dentro de lo que era la dinámica de mí día a día. De hecho, eso fue lo que me hizo ir cavando sutilmente un hoyo en el que caí y me costó mucho salir” E6, 38

“Sentí que el estar en mi pega hizo crecer una bolita en mi pecho, que crecía y crecía cada vez y sentía que no me dejaba respirar” E2, 71

“Sentía como si hubieran barrido el piso conmigo y que yo me hubiese expuesto a eso siempre” E3, 13

También aparecen, en el relato de alguno de los entrevistados, metáforas dan cuenta de la vivencia que ellos poseían al momento de decidir consultar, en la que dan cuenta que “deben movilizarse” (E2, 89; E4, 32) para salir del lugar en donde se encuentran, que les produce malestar y sufrimiento.

“Tengo que cambiar el rumbo de este barco” E2, 89.

“Como que debía desviar el bus para salir de esto” E4, 32

A medida que el proceso psicoterapéutico comienza a avanzar, también los participantes comienzan a tener vivencias de avance en sus procesos. Bajo esta premisa, comienzan a percibir que se están beneficiando de la terapia y que los malestares también se disipan. Desde ahí, describen una vivencia de bienestar por lo que estaban pasando y que consecuencia de ellos perciben que poder tomar mejores decisiones, que se ajustan mejor a lo que ellos necesitaban.

“Estaba en una neblina, tan, tan oscura que no podía ver mucho más allá...entonces, se iba limpiando la neblina y entonces la imagen se hacía mucho más clara” E5, 73

“Cada vez que, que seguía viniendo esa bolita se iba o sea, corporalmente también lo sentía; me sentía más animoso, me sentía más tranquilo, me sentía más estable. Entonces, desde ahí era todo bienestar” E2, 107

Algunos de los entrevistados además comentan percibir una “vivencia de rigidez” (E3, 58; E5, 79; E6, 92), una especie de máscara para esconderse de los demás y despistarlos para que no se dieran cuenta de los problemas que ellos estaban pasando. Esto nos habla de una sobreadaptación frente al problema, en donde era más importante fingir estar bien frente a los demás que pedir ayuda. En

la vivencia de los participantes, esta metáfora es usada para mostrar cómo esta máscara también profundiza los efectos negativos del *Burnout*, pero también como a lo largo de la terapia se la fueron quitando, logrando una sensación de “liviandad”.

“Yo sentía que cuando llegué tenía como una máscara, una especie como de rigidez en mi cara y me sentía rígida, sentía el cuerpo rígido. Ahora ya no es así me siento más liviana, me siento mejor” E3, 58.

Algunos de los entrevistados hablan sobre el proceso que realizaban con el terapeuta para conceptualizar el proceso en conjunto al terapeuta. En la vivencia de los participantes destaca el uso de actividades artísticas para representar el proceso terapéutico, en donde él psicoterapeuta es percibido como una especie de “artesano” que hilaba el proceso de manera paciente y detallada.

“Es como si él (el terapeuta) fuera como un artesano con un cincel y fuera de a poco sacando uno a uno los pedazos de piedra que no me servían y lo tirábamos a la basura” E2, 70

Las metáforas también son utilizadas para conceptualizar la actitud y la nueva mirada respecto a cómo ellos vivencian y abordan las injusticias que perciben en su lugar de trabajo. En general, las metáforas hablan sobre enfrentar algo que antes no enfrentaban y tomar una actitud defensiva ante las afrentas.

“Me dije a mi mismo: quiero volver a, quiero enfrentar este monstruo, que me di cuenta que no era tan monstruo, y ya sé que no me van a meter en lo que yo estaba, y que quizás me van a echar, pero quiero ir enfrentar lo que venga” E2, 75

“Es como David contra Goliat (...) pero me siento listo para enfrentarlos” E6, 76

Por otro lado, también las metáforas son utilizadas para mostrar la vivencia de superación del malestar, que es conceptualizado como una sensación de calma que representa no solamente un estado subjetivo, sino también una vivencia corporal que representaría bienestar. En ese sentido, la metáfora puede representar el instante en que el cambio terapéutico se encarna.

“Cuando me libre de esa culpa fue genial, maravilloso, me saqué un peso que no me correspondía, me sentía como una pluma, ligera, como un cosquilleo por dentro en el pecho que me recordaba a calma (toca su pecho)” E3, 95.

“Cada vez que, que seguía viniendo esa bolita se iba, ósea, corporalmente también lo sentía; me sentía más animoso, me sentía más tranquilo, me sentía más estable. Entonces, desde ahí, era todo bienestar” E2, 109.

6.4 Percepción sobre las variables de la terapia que facilitan el cambio Psicoterapéutico

Para posibilitar el cambio, el proceso psicoterapéutico fue fundamental para los entrevistados. En la vivencia percibida y según ellos, hubiese sido difícil que ocurriera el cambio de no ser por las condiciones que acontecieron durante este proceso y que percibieron como necesarias para que se concretara. En la experiencia de cambio el terapeuta y el clima fueron claves, incluso para aquellos entrevistados que habían sido inicialmente escépticos con el proceso.

De las entrevistas, es posible desprender y reconocer diferentes elementos que facilitaron el cambio: la forma de ser el terapeuta, el clima de la terapia y las técnicas o intervenciones utilizadas por el terapeuta. Todos estos elementos, en su conjunto, ayudaron a los participantes en el “darse cuenta” y tomar acciones para hacerse cargo de las vivencias derivadas del *síndrome de Burnout*.

6.4.1 Forma de ser del terapeuta

Según la vivencias recopiladas, los/as terapeutas poseían una serie de características y actitudes que se percibieron como puentes para el cambio. En ese sentido, transversalmente los entrevistados señalan haber experimentado “confianza con la figura del terapeuta” (E1, 86; E2, 65; E2, 124; E3, 111; E4, 56; E5, 89; E6, 17). Esta característica no solo es reconocida como fundamental, sino que perciben que difícilmente el proceso hubiese provocado cambio alguno si esta

condición no hubiese estado presente, ya que el terapeuta era “abierto” (E1, 86; E2, 65; E3, 110; E6, 17) y los entrevistados se sentían aceptados.

“confío bastante en él (terapeuta), es muy abierto, sino yo creo que esto no funciona (la terapia). Yo había estado con otro psicólogo antes, pero no sentí ese feeling, la confianza que te digo” E1, 86

Para que pudiera emerger la sensación de confianza, a percepción de los entrevistados, tuvieron que también empezar a aparecer otras vivencias que la fortalecieron. Por ejemplo, coinciden en percibir a él/la terapeuta como “cálido” (E1, 74; E2, 66), “cercano” (E1, 74; E4, 18; E6, 17) y “natural” (E2, 66; E3, 110; E5, 19). Aquí predomina una vivencia de cercanía y de genuina preocupación del terapeuta para con su paciente, la que es valorada positivamente.

“La primera vez que lloré con él fue cálido y atento, me sacó los pañuelos, me trajo agüita, me apapachó (ríe)” E1, 74

A medida que va aumentando la confianza, algunos de los entrevistados reportan vivencias en las que perciben mayor facilidad para poder expresar sus emociones y sensaciones, en tanto que se va generando un fortalecimiento en la relación dado el vínculo que se va entretejiendo con el terapeuta. Desde ahí, se percibe la relación como “segura” (E1, 67; E2, 112; E3, 45; E5, 79), la cual se fundamenta en vivencias de “aceptación” (E1, 73; E2, 90; E3, 109) y “empatía” (E1, 88; E2, 126; E3, 45; E4, 67; E5, 89; E6, 79), que parecen ser la base para el desarrollo óptimo de un proceso de cambio terapéutico.

“Entonces, sentir esa honestidad y esa empatía, creo que fue por lejos lo que a mí más me hizo sentirme mucho más cómodo...entonces, siento que en esa confianza y en esa honestidad se solucionó todo. De hecho, yo creo que esa fue la base” E2, 112.

Respecto a este último punto, vale la pena mencionar que la “aceptación” (E1, 73; E2, 90; E3, 109; E4, 78; E5, 14; E6, 7) es una común denominador dentro de las experiencias relatadas por los entrevistados. Es percibida como una vivencia central para el cambio, en tanto que transmite una sensación de validación de la experiencia del entrevistado. En términos concretos, los pacientes

empiezan a legitimizar su propia experiencia de dolor porque hay un otro, el terapeuta, que está validando todas las vivencias. Esto ocurre incluso en aquello que los participantes califican sus propias experiencias como irracionales, reprochables o como algo que no debería estar sintiendo.

“Yo lo considero como un pilar, un respaldo. Siento que cuente lo que le cuente, no me va a criticar ni me va a juzgar, sino que él me entiende”
E3, 119

Transversalmente los entrevistados señalan haber vivenciado experiencias de “empatía” por parte del terapeuta, que los hizo sentir escuchados, percibiendo que estaba “interesado en su problema” (E1, 72; E2, 66; E5, 101) o en “ayudar a superar su problema” (E2, 67; E3, 109; E6, 104). Todos los entrevistados coinciden en que la empatía que el terapeuta les transmitía fue fundamental para el proceso psicoterapéutico, porque era capaz de ponerse en su lugar y tratar de buscar o proponer una solución desde ese lugar, siendo respetuoso y comprensivo con la experiencia de los entrevistados.

“Entonces, sentir esa honestidad y esa empatía, creo que fue por lejos lo que a mí más me hizo sentir cómodo, buscando soluciones pero siempre preguntándome a mí lo que quería” E6, 104

Afectivamente, varios de los entrevistados señalan haber tenido vivencias de “cariño” (E1, 23; E2, 126; E3, 111; E5, 19; E6, 23) hacia su terapeuta, lo que parece ser clave para lograr la intimidad que requería cada proceso de esta línea. En esa línea contrasta la “vivencia de frialdad” (E1, 4; E2, 65; E6, 23) que algunos de los entrevistados señalan haber experimentado durante otros procesos psicoterapéuticos, poniendo en relieve la calidez y cercanía con la que el terapeuta se aproxima a su experiencia. Algunos de los entrevistado incluso señalan percibir al terapeuta “como si fuera un amigo” (E1, 105; E2, 126; E3, 110) o “digna de confianza” (E4, 87), dando cuenta de la relevancia y profundidad relacional que llegó a tener.

“Hasta le tomé cariño a él, ¿cachai? Entonces, como yo te digo, yo lo sentí como muy lo que a veces me dicen, como muy amigo” E2, 126.

6.4.2 Clima de la terapia

En la vivencia de los entrevistados, la actitud del terapeuta facilita la co-construcción de un clima cálido que ayuda al cambio. La sensación de comodidad, el sentirse comprendidos y validados va creciendo gracias a la cercanía que el terapeuta logra dar al proceso en conjunto con los entrevistados.

De esta manera se genera una atmósfera de comprensión y aceptación que da pie a una relación en la que ellos perciben al terapeuta como si “estuviera con un igual” (E1, 86, E2, 70; E3, 92; E5, 67; E6, 99) o en una “relación horizontal” (E2, 112). Esta impresión de igualdad se refuerza gracias a la vivencia de no haberse sentido presionados en ningún momento de ser o responder de cierta manera, sino más bien se sentían invitados a ser auténticos o ellos mismos, encontrando una atmósfera de respeto hacia los problemas que los entrevistados plantean, pudiendo reflexionar o hablar sin sentirse juzgados. Desde ahí, la vivencia generalizada es que con el pasar de las sesiones fueron encontrando un clima de confianza respecto a aquello que adolecían y la fuerza para poder elaborar los problemas que iban planteando.

“Desde la primera vez con él, me sentí súper cómoda, como que había un clima super cálido. De hecho, nunca lo cuestioné de si me iba a ayudar o no, lo dejé fluir, me entregué a la sesión y yo creo que fue porque sentía el espacio como muy seguro y me sentía aceptada” E1, 86

De esta manera, la vivencia de los entrevistados es que este clima de confianza y calidez favorece el poder ir generando cambios terapéuticos, teniendo oportunidades para “desahogarse” (E1, 67; E3, 86; E5, 97) y poder apreciar los problemas desde “otro punto de vista” (E2, 111; E6, 13), lo que ayudó a entender mejor el problema y hacerse cargo de aquello que se podía mejorar para aumentar el grado de bienestar. Se percibe que el clima fue fundamental para propiciar el cambio, en tanto que crea un espacio afectivo para reparar y elaborar el sufrimiento derivado del síndrome, así como los distintos problemas contextuales del trabajo.

“Generalmente terminaba con una sensación como más de relajo en el fondo (al final de la sesión), como más desahogada, sentía antes aquí una presión en el pecho y eso fue desapareciendo. Es que me sentía cómoda viniendo a la terapia” E1, 67

6.4.3 Intervenciones

Así como la actitud del terapeuta y el clima en la terapia son percibidos como relevantes para el cambio terapéutico por parte de los entrevistados, también se destaca las intervenciones o aquello que “realizaba el terapeuta” y que los participantes percibían como parte de su quehacer.

En esa línea y de manera transversal, todos los participantes señalan que el terapeuta facilita la conexión con las emociones a través de preguntas o gestos que invitan a mirar la propia experiencia. De esa manera, los entrevistados perciben que el terapeuta permanentemente los interroga respecto a su sentir respecto a los problemas que comentaban, “haciendo preguntas sobre lo que sentía” (E2, 67; E3, 38), “haciendo resúmenes” (E2, 102; E5, 28; E6, 32) u “ordenando lo que decía” (E1; 32; E4, 18; E5, 27; E6, 49). En general, la vivencia de los entrevistados es que esta dinámica les permitía entrar en confianza con el terapeuta.

“yo podía hablar, hablar y hablar y ella iba organizándose, haciéndome las preguntas pertinentes, entonces fui soltándome y se me hizo mucho más fácil” E5, 27.

También algunos de los entrevistados destacan que a veces los terapeutas compartían sus propias experiencias, ya sea relacionado a lo que estaban sintiendo respecto a lo que los participantes contaban en sesión o comentando situaciones que les había tocado vivir en su propia vida o con otros pacientes. Este acto “develación” (E1, 84; E2, 111; E5, 32; E6, 89) es vivenciado por los participantes como una muestra de confianza por parte del terapeuta, porque muestra sus emociones o brinda ejemplos personales. Esto genera una contribución a la relación horizontal (expuesta en el punto anterior) y facilita a los entrevistados mirar la situación desde otro punto de vista y validar aquello que

estaba viviendo en ese momento o tener nuevas comprensiones acerca de lo que estaba pasando.

“Me sorprendió que él fuera tan frontal para decirme (...) Entonces me decía: -como que con tu discurso, o sea, que me lleva a, a veces trato de estar en tus zapatos y me da pena- (...) Él me empezó a visibilizar muchas cosas que él desde otra mirada transparentaba y traducía mucho mejor las cosas que quizás yo en algún momento pude haber entendido” E2, 111

“A veces él me contaba que conocía a personas que les pasaba algo parecido y me preguntaba si sentía algo parecido a eso, como dándome un ejemplo. Yo me quedaba pensando y él me volvía a preguntar de otra forma, y no sabía veces. Ahora sé que no sabía en ese momento porque me costaba llegar a mis sentimientos, me di cuenta por los ejemplos que me daba” E1, 84

Por otra parte, los entrevistados también percibieron que el terapeuta permanentemente los invitaba a “explorar las sensaciones corporales” (E1, 40; E2, 39; E3, 98; E4, 6; E5, 104; E6, 42) . Si bien algunos de los entrevistados señalan que al comienzo lo sentían “raro o extraño” (E3, 98; E6, 42), luego de acostumbrarse a esas dinámicas empezaron a tener vivencias que, según perciben, permitían profundizar en aquello que estaban sintiendo para “entender cosas” (E1, 40; E3, 64; E5, 105; E6, 42), las que son conceptualizadas como emociones o sensaciones nuevas o que no habían percibido que estaban ahí.

“Al principio era medio raro, él me preguntaba donde sentía la sensación y como era. Después de di cuenta que poniendo atención y hablando sobre eso como que le iba poniendo otros nombres a las sensaciones, él me ayudaba, y como que entendía cosas, cosas que yo sabía que estaban ahí pero no le había puesto nombre” E6, 42

Esta exploración, en la percepción de los entrevistados, ayudó al cambio en el sentido que pareciese haber posibilitado comenzar a “nombrar o ponerle palabras a las sensaciones” (E1, 40; E3, 65; E5, 105; E6, 42) relevantes respecto

a lo que les pasaba y de esa manera comenzar a tomar conciencia de su existencia. Los entrevistados señalan que a medida que fueron realizando esta acción eran capaces de movilizarse para el cambio y realizar acciones en su beneficio. De esta manera se va consolidando una suerte de lenguaje respecto a las sensaciones que los entrevistados fueron sintiendo en el cuerpo y que brindan nuevas vías; comienzan a utilizar palabras para referirse a ciertas sensaciones o incluso metáforas para nombrar experiencias que fueran muy difíciles de graficar.

“Para mí algo fundamental fue que la sensación de cansancio que tenía también traía mucha pena. Yo le decía (al terapeuta) que era como una nube negra horrible que se me venía encima. Al final se transformó en una sensación de injusticia por lo de mi pega, porque trabajo con niños. Ahí decidí que si no ponía límites me iba a terminar matando” E5, 105

A pesar de que las intervenciones anteriores son relevantes para los entrevistados, perciben que el aspecto que más importante para el cambio terapéutico no fue una acción en específico de parte del terapeuta, sino más bien el conjunto de aspectos de la terapia (actitud, clima e intervenciones). Algunos de los entrevistados perciben que hubiese sido difícil aceptar las intervenciones o realizar algún cambio si la terapia no hubiese tenido “las condiciones” (E1, 86; E2, 70; E3, 92; E4, 34; E5, 67; E6, 99) que tuvo, es decir, que en conjunto con las intervenciones necesariamente tuvo que ir acompañado de una actitud y clima acorde.

“Si ella (terapeuta) no hubiese sido como fue conmigo, tan amable o así como honesta, o yo no me hubiese sentido cómoda, no creo que esto hubiera funcionado” E4, 34.

Respecto a cómo los participantes vivenciaron el cómo se consolidó el cambio terapéutico, la percepción general fue en que “solo pasó” (E1, 98; E2, 76; E5, 108). Algunos incluso señalaron que nunca se preguntaron cómo había ocurrido, y que sencillamente habían empezado a “mirar las cosas de otra manera” (E1, 98; E2, 75; E4, 76; E6, 108) o “sentirse mejor” (E1, 3; E2, 112; E4,

56; E6, 28). En ese sentido parece ser que en la vivencia de los participantes el entender cómo se fue gestando el proceso de cambio no es del todo claro.

“No sé, yo solo me empecé a sentir mejor, ¿cachai? Como que una día desperté y entendí que filo quedarme sin pega, que podía buscar otra cosa, pero que no estaba siendo yo mismo, que me estaba enfermando, y que eso era lo más importante” E2, 112

“Fue como misterioso, no sabría decirte, supongo que hablar ayuda nomás y uno va poniendo las cosas en su lugar y como que la terapia te ayuda a eso, a ordenarte” E6, 28

A pesar de señalar no tener mucha claridad de cómo fue el proceso que consolida o ayuda al cambio, algunos de los entrevistados también logran reconocer el desarrollo de algunas competencias que posibilitaron cambiar. Específicamente se refieren a vivencias en las que perciben estar más atentos a las sensaciones que van apareciendo en el cuerpo con respecto a lo que cada situación les genera, señalando haber aprendido a “guiarse” con estas sensaciones en terapia, en tanto que las sensaciones les muestran si una situación se siente “correcta” o “incorrecta”. A medida que van poniendo atención a las sensaciones o resolviendo situaciones o problemas en base a estas, también aumenta la percepción de bienestar.

Los entrevistados se refieren a estas sensaciones de diversas maneras y van variando según persona y situación. Por ejemplo, algunas de las sensaciones negativas referente al trabajo señaladas en las entrevistas, por ejemplo, son conceptualizadas como “un malestar en el pecho” (E1, 76), “se me aprieta la garganta” (E3, 91) o “me duele la guata” (E4, 56). Los entrevistados comparten la visión de que la terapia les ayudó a ligar esas sensaciones corporales con la necesidad de cambiar la actitud, en tanto que logran significar dicha sensación como un marcador somático de que hay “algo que está mal” (E1, 76; E2, 99; E3, 91; E4, 56; E5, 28).

“Empecé a darme cuenta que cuando hablaba con mi jefe siempre tenía como una sensación de dolor en la guata, me ponía nerviosa, me

hacía sentir menos. Me di cuenta con la terapia, no lo había visto, pero obvio que estaba mal y tenía que cambiar, ¿por qué sentirme menos?” E1, 76

Al explorar la noción de “algo que está mal”, para profundizar en dicha percepción, algunos de los entrevistados señalan percibir una suerte de “traición a sí mismos” (E1, 76; E5, 99), en donde reaccionan de manera de manera poco natural o que generaba incomodidad respecto a lo que estaban haciendo. Algunos de los entrevistados señalan que esto ocurría directamente en la relación con la jefatura o compañeros de trabajo, situaciones en las que podía notar dicha incomodidad pero a la cual le faltaba fuerza para cambiar esa situación negativa. En estos casos, la terapia habría ayudado a dar mayor relevancia a dicha sensación.

“Yo hablaba con mi jefe y me daba cuenta que me pedía mucho más de lo que estaba en mi contrato, que era barsa por mucho que se hiciera el simpático. Ahí obvio que me sentía incómoda, ese malestar en el pecho, pero no sé, no hacía nada” E5, 99

Por otro lado, de los otros entrevistados señalan no haber percibido dicha sensación de incomodidad o traición hacia sí mismos al momento de estar trabajando. En general comenzaron a ser conscientes de la existencia de dichas sensaciones al momento de llegar a terapia y, de manera progresiva, comenzaron a “darle importancia” (E2, 53; E4, 87) como un marcador que daba cuenta de que algo de su trabajo no estaba bien.

“Yo trabajaba como 50 horas semanales y generalmente llegaba a la cas ay seguía trabajando. En ese momento yo pensaba que era lo que tenía que hacer y no me daba cuenta de lo que sentía. Ahora lo veo y era una locura” E2, 53

En general es posible señalar que el reconocer las sensaciones corporales, al menos en la experiencia de la mayoría de los entrevistados, sirve como una suerte de guía o fuente de información para marcar el camino del propio bienestar, en la medida que el cuerpo da señales para dar cuenta de que algo no está yendo

en la dirección correcta. Estas distintas sensaciones ayudarían al ya mencionado “darse cuenta” para poder tomar acciones más sanas.

Discusión

El objetivo de esta investigación fue explorar la percepción del cambio terapéutico en clientes que vivieron un proceso de psicoterapia experiencial con diagnóstico de *síndrome de burnout*. Ante la explosión de casos y problemáticas asociadas al *síndrome de burnout* en el contexto laboral y vital, surge la necesidad de perfilar este estudio para realizar una primera aproximación a la contribución que puede realizar este enfoque psicoterapéutico al problema planteado, considerando que aún no ha sido sometido al escrutinio de la investigación empírica.

En el análisis cualitativo de la información, cabe señalar que la percepción general es que la psicoterapia con enfoque humanista experiencial facilitó el cambio terapéutico, siendo valorada positivamente por los entrevistados. El resultado de la terapia, en concreto, fue variando según cada circunstancia vital, pero sí es posible señalar que existe un cambio en la manera en que los entrevistados se relacionan consigo mismo y el trabajo.

“Yo creo que sin la terapia no salgo adelante” E1, 86

Visto de manera general, la percepción y vivencia es que antes de la terapia los entrevistados se sentían en el trabajo sobrecargados con tareas y exigencias poco razonables, y en algunos casos, maltratados por sus superiores de manera directa o indirecta. A esto se suma la poca comprensión, crítica familiar, la falta de redes de apoyo y vivencia de aislamiento y soledad ante las exigencias, alimentando temores, fantasías y miedos, haciendo mella de la autoestima con altas cuotas de autocritica ante la incapacidad de rendir de la manera habitual. En suma, perciben que este contexto va dando pie a una desconexión generalizada de sus necesidades físicas y emocionales, para intentar seguir rindiendo y cumpliendo las expectativas que ellos mismos tienen ante el trabajo, sin tener conciencia de que esa misma desconexión fue creando tierra fértil para la aparición de los primeros síntomas del *síndrome de Burnout*. Estas vivencias son compatibles con las descripciones categoriales disponibles en la literatura científica respecto del *síndrome de burnout* (Párraga, 2005) y,

comprensivamente, dan cuenta de un momento en el que ciertos aspectos del *experiencing* de los clientes se fueron deteniendo o “congelando”, dificultando el poder otorgar significados a la experiencia y responder a la problemática (Riveros, 2000).

Respecto al primer objetivo, describir las percepciones de cambio psicoterapéutico de clientes con diagnóstico de *síndrome de burnout* antes/después de la terapia con enfoque humanista experiencial, que tenía por objeto identificar claramente cuáles son los elementos que cambiaron, es posible señalar que las vivencias de los entrevistados, antes de la terapia, versan sobre distintas sensaciones ligadas a la experiencia de “estar quemado”, como el sentirse colapsado, sobrepasado y sin posibilidad de salir de la situación, con miedo a ser despedido pero sin las fuerzas para rendir producto del cansancio. Ello va dando paso a la irritabilidad y desesperanza de percibirse frente a una situación intolerable, acompañado de una serie de síntomas emocionales, físicos, cognitivos, volitivos y relacionales (a nivel laboral y familiar). A partir de la terapia, es posible observar que no solamente hay una disminución progresiva en la percepción de los síntomas, sino que también emerge una vivencia renovada de sí mismo, en tanto que posibilita una mayor comprensión y empatía con ellos mismos. A la vez, se materializa una rabia constructiva con la organización y sus políticas de trabajo, ya que los entrevistados comienzan a redirigir la responsabilidad hacia sus lugares de trabajo, permitiendo disminuir los niveles de culpa, elaborar su crítico interno y comenzar a poner límites sanos que sean respetuosos con sus necesidades. A medida que este proceso se pone en marcha, los entrevistados perciben un aumento en las sensaciones de bienestar. Así es como describen sensaciones de ligereza, de mayor fluidez, flexibilidad y de ser más “auténtico”, sin la misma necesidad de rendimiento que habría contribuido a “quemarse”. En definitiva, este proceso les ayuda a validarse a sí mismos y sus necesidades, a entender que son importantes y que deben ser tomadas en consideración, posibilitando cambios positivos en el significado del trabajo y también en relación a ellos mismos.

Respecto al segundo objetivo, describir las percepciones de clientes respecto del proceso de cambio psicoterapéutico en terapia con enfoque humanista experiencial, o, dicho de otro modo, describir la percepción de los participantes respecto al *cómo* se produjo el cambio, es posible señalar que la vivencia central es el *darse cuenta*. Este es conceptualizado por los entrevistados como el proceso que facilita la auto observación, la toma de conciencia de aspectos de sí mismo y de las situaciones que con anterioridad no habían sido tomados en cuenta, relacionados a aspectos negativos (que generan sufrimiento) y también con potenciales de cambio. Particularmente en esta investigación, el darse cuenta es referido como la posibilidad de dar luz a los aquellos aspectos insanos de sí mismo, como el dar poca cabida a las propias necesidades frente a las de otro, automatismos, generar instancias de excesiva autocrítica (crítico interno), poca compasión por sí y la agresividad con la que estaban afrontando la situación. En la medida que la terapia fue avanzando es que se posibilita la toma de conciencia de aspectos insanos, surgiendo a la vez otros potenciales de cambio, que podía encaminar la mejora. El darse cuenta y el proceso de cambio evidenciado por los entrevistados parece ser coherente con los planteamientos de la psicoterapia humanista experiencial, ya que la invitación permanente a conectar con el flujo experiencial a través de diferentes instancias y momentos ayuda a volcar la atención y conciencia de los entrevistados hacia sí mismos, en un contexto en el que la mayor parte de la atención estaba centrada afuera, en los problemas que percibían no poder resolver. De esta manera, al reconstruir el *experiencing* a través del mecanismo descrito por los clientes entrevistados, el *darse cuenta*, se amplía también la capacidad de poder llevar hacia adelante el movimiento del referente para dar respuesta a aquello que está tensionado por el *síndrome de Burnout*. De esta manera, la terapia facilita que sea el mismo cliente quien encuentre la solución a los problemas planteados, ya que “cualquier condición negativa o problema lleva, implícitamente, las direcciones para su propia solución positiva, aun cuando esa solución deba ser creada y no pueda ser sencillamente *encontrada*” (Gendlin, 1968, p. 218).

“Fue super fuerte darme cuenta que yo tenía la respuesta de cómo solucionar mis problemas todo el tiempo” E2, 87

Cuando esto ocurre, el cliente comienza a realizar acciones que anteriormente no estaba realizando y que son percibidas como sanas, como poner límites a las demandas de los demás y también a las exigencias en el ámbito social y laboral. El cambio aquí está especialmente marcado en aprender a verbalizar los problemas y responder de una manera más flexible y compasiva consigo mismo. Esa seguridad permite cultivar e instalar una vivencia de confianza y libertad que no se había expresado antes de la terapia, posibilitando la toma de decisiones más consciente, con una reducción del crítico interno. En este punto, la psicoterapia potencia la auto exploración y el auto diálogo, porque ya está instalada una confianza sólida en sí mismo para posibilitar una manera diferente de relacionarse consigo mismo y la experiencia, en donde la propias necesidades son importantes y valoradas. Al tener una capacidad mayor para significar las sensaciones sentidas y tomar decisiones en base a esa sabiduría implícita, el cliente puede operar de forma auténtica y coherente al respetar y seguir el camino que emerge desde la *auto propulsión* (Riveros, 2005). De esta manera, se valida a sí mismo, lo que siente y le otorga un lugar preponderante que ayuda a *resignificar* la problemática.

Complementando el darse cuenta, es posible notar cómo el lenguaje de los entrevistados fue adquiriendo mayor riqueza para referirse a situaciones o sensaciones difíciles de describir. Ahí aparece el lenguaje metafórico, tanto para referirse a situaciones dolorosas relacionadas al *síndrome de burnout*, como también para ejemplificar situaciones puntuales de cambio. Es probable que el mismo ejercicio de estar volcados a sí mismo, contactándose con el flujo experiencial en conjunto a las respuestas empáticas brindadas por el terapeuta que ayudan a articular las sensaciones sentidas, posibilita al entrevistado poder desarrollar un lenguaje más certero y contactado para brindar significados personales implícitos y simbolizar significados sentidos, pudiendo articular y responder a la experiencia sentida momento a momento (Gendlin, 1973/1997). En

ese sentido, la manera particular de responder a las sensaciones corporalmente sentida dicen relación a que “el *experiencing* siempre involucra, no entidades completas de emoción, sino que detalladas complejidades persona-situación, las cuales son concretamente sentidas” (Gendlin, 1968, P.210), que no son nítidas ni claras, sino que son experiencialmente complejas, implícitas, y pueden llegar a ser experimentadas muy intensamente aún cuando no se sepa con certeza que es (Gendlin, 1968).

Respecto al tercer objetivo, describir las percepciones de clientes sobre las variables de la psicoterapia con enfoque humanista experiencial que intervinieron en el proceso de cambio psicoterapéutico, es posible señalar que un aspecto central señalado por los entrevistados es el componente afectivo, que es percibido como un sello de la psicoterapia en la que participaron los clientes. Ante todo, se destaca la *resonancia afectiva* (Gendlin, 1968) de los terapeutas para con las problemáticas de los clientes, en donde se percibe que el tratante está conectado y atento a las necesidades planteadas por los entrevistados. Esta característica en la actitud del terapeuta posibilita que emerja un clima de afecto positivo, de aceptación y respeto, que va estimulando y ayudando a restaurar los aspectos detenidos o “congelados” del *experiencing*, como señala Riveros (2000), que ocurre con las personas que habitualmente van a psicoterapia a raíz de algún malestar psicológico, en este caso por el *síndrome de burnout*.

“Hasta le tomé cariño a él, ¿cachai? Entonces, como yo te digo, yo lo sentí como muy lo que a veces me dicen, como muy amigo” E2, 126.

Aquí es importante notar que no es solamente una intervención o técnica aislada lo que posibilita este cambio, sino que en la percepción de los entrevistados, son todas las dimensiones de la terapia en conjunto a los potenciales del paciente lo que lo facilita. Esto se refiere fundamentalmente al tipo de relación que se fue dando en conjunto con el terapeuta, una relación que la mayoría de los entrevistados percibe como afectiva y amorosa y donde se cumplen los criterios necesarios y suficientes de Rogers (1980) para una psicoterapia centrada en la persona, en donde existe la aceptación incondicional

del terapeuta ante las problemáticas del paciente y una consistente autenticidad por parte del tratante. Ello desemboca en que, al percibir validación por parte del terapeuta, el entrevistado progresivamente también comienza a auto validarse.

“Entonces, sentir esa honestidad y esa empatía, creo que fue por lejos lo que a mí más me hizo sentir cómodo, buscando soluciones pero siempre preguntándome a mí lo que quería” E6, 104

En ese sentido la *actitud del terapeuta* sigue demostrando ser necesaria y central para el desarrollo de la alianza terapéutica, el sentido terapéutico y el cambio. A través de la forma y la actitud, el terapeuta es capaz de transformarse en una guía, siendo congruente consigo mismo, pero a la vez respetando y validando al cliente en su proceso (Gendlin, 1964). Lo anterior se refuerza especialmente cuando el terapeuta se muestra tal como es y se devela a sí mismo, lo que es recibido por el cliente como una muestra de confianza que afianza la alianza terapéutica en cuanto que se aprecia la relación como horizontal.

“Me sorprendió que él fuera tan frontal para decirme (...) Entonces me decía: -como que con tu discurso, o sea, que me lleva a, a veces trato de estar en tus zapatos y me da pena- (...) Él me empezó a visibilizar muchas cosas que él desde otra mirada transparentaba y traducía mucho mejor las cosas que quizás yo en algún momento pude haber entendido” E2, 111

En cuanto a los aspectos más técnicos de las intervenciones, tributan en su conjunto al cambio terapéutico. En las entrevistas es posible apreciar la valoración positiva que hacen los pacientes de la técnica del *reflejo* (Rogers, 1980), que ayuda al paciente a *ordenar* sus sensaciones y realizar nuevos descubrimientos respecto a su experiencia. Por otra parte, cuando los clientes se refieren a que el terapeuta los invitaba o interrogaba respecto a sus sensaciones corporales, es posible inferir que el ejercicio terapéutico estaba dirigido a realizar *focusing*. Este ejercicio es valorado en el sentido que la terapia posibilitó que el cliente aprendiera a dar significado a las sensaciones sentidos, simbolizar la experiencia implícita y

ligar esas sensaciones corporales, a través del lenguaje, con la necesidad de cambiar en la dirección organísmica. A pesar de ello, y aun que claramente facilita el cambio y hay un aumento de los distintos indicadores de desarrollo en el contacto con el *experiencing* (como el uso de metáforas), no fue posible determinar cuál es el real impacto del ejercicio del *focusing* en el cambio psicoterapéutico del *síndrome de burnout* en esta investigación, lo que abre posibles vías de exploración en esta área para futuras investigaciones, en profundidad y en especificidad.

Finalmente, se puede mencionar que las limitaciones del estudio apuntan al número reducido de participantes, que es una característica típica para los estudios de carácter exploratorio cualitativo (Briones, 1994) y por lo mismo se requiere replicar el estudio en otros clientes con diagnóstico de *síndrome de burnout*. No obstante lo anterior se espera que esta investigación cualitativa puede abrir aún más líneas de profundización del estudio en el abordaje del agotamiento laboral, para poder profundizar de mejor manera su intervención clínica.

Conclusión

La presente investigación contribuye a la investigación empírica y a la evidencia, como primera aproximación exploratoria, de como la psicoterapia experiencial ayuda al cambio terapéutico en clientes con diagnóstico de *síndrome de burnout* y los diversos problemas derivados de la patología desde la perspectiva de los mismos clientes. En ese sentido, el cliente logra relacionarse de una manera más sana y libre con los problemas relacionados al trabajo, pero también con aquellos aspectos personales que entraron en crisis debido a la experiencia de estar *quemado*. En general, es posible señalar que esto se logra gracias a un mayor contacto con la sensación sentida, adquiriendo un lenguaje enriquecido para poder simbolizar los significados implícitos que se pusieron en marcha a raíz de este tema.

Desde el punto de vista del enfoque experiencial, la investigación arroja vivencias de clientes que ampliaron su capacidad de autoexploración y de toma de conciencia respecto de los efectos del *síndrome de burnout* sobre sí mismo y los aspectos personales que se tensionaron a partir de esto. Se observa que la terapia posibilitó ampliar el *experiencing*, produciendo significados y sensaciones diferentes nuevos, diferentes, flexibles y orgánicos, pudiendo de esta manera relacionarse con el síndrome de una manera diferente, estableciendo límites y responsabilidades entre aquello que dependía de ellos y aquello dependiente de factores organizacionales.

Para poder constituir el cambio, fue fundamental que la psicoterapia pudiera facilitar el desarrollo de un lenguaje auto exploratorio, que pusiera en relieve las sensaciones sentidas de los clientes, para que ellos mismo a través de sus propios recursos fueran estableciendo límites y acciones en la consecución del objetivo terapéutico. A partir de ello no solamente se desarrolla un mayor contacto que da pie a cambios en la manera de relacionarse con el trabajo, sino que también se establece una mejor manera de relacionarse ante otras vivencias y problemáticas.

Por otro lado, se establece como central para el cambio la actitud, el clima de *resonancia afectiva* y las intervenciones que facilita el terapeuta durante la psicoterapia dado que, en su conjunto, posibilita una experiencia de validación inédita al cliente. Caracterizado por ser auto exigente y con una crítico interno que potencia la vivencia de *burnout*, el cliente comienza, progresivamente, a dejar de lado la actitud autopunitiva para comenzar a autovalidar su propia vivencia de sufrimiento en la medida que el vínculo terapéutico se va fortaleciendo y el cliente va recobrando la confianza en sí mismo. A partir de ahí, comienza a tomar decisiones con mayor libertad, en defensa de sus necesidades.

A pesar de los resultados expuestos, aún quedan interrogantes pendientes que podrían ayudar a precisar aún mejor el que y como se produce el cambio terapéutico y cuáles son los elementos que cambian, incluso pensando en cómo podría contribuir el enfoque humanista experiencial en el abordaje organizacional de este problema o en que tan efectiva puede ser este enfoque para el abordaje clínico de esta patología. Se espera que esta investigación pueda ser un primer paso al estudio del cambio terapéutico desde el enfoque experiencial en pacientes con diagnóstico de *síndrome de burnout*, no solamente en la búsqueda de generar evidencia empírica, sino también para poder contribuir a refinar y perfeccionar las intervenciones y actitudes del terapeuta en el abordaje clínico de esta problemática.

Bibliografía

- Aguayo, R. (2018). *La investigación en el síndrome de burnout: reflexión crítica desde una perspectiva metodológica*. Apuntes de Psicología. Vol. 36, número 1-2, págs. 93-100
- Albee, G. (2000). *Commentary on prevention and counseling psychology*. The Counseling Psychologist. 28(6). 845-853.
- Alemany, B.C. (2007). De la psicoterapia experiencial al focusing: Historia evolutiva, contenidos y aplicaciones. En C. Alemany (Ed.), *Manual práctico del focusing de Gendlin*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Arón, A. y Llanos, M. (2004). *Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. Sistemas Familiares*. Recuperado de: http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/desgas/dpa_aron2.pdf
- Azar, S. (2000). *Preventing burnout in professionals and paraprofessionals who work with child abuse and neglect cases: a cognitive behavioral approach to supervision*. Psychotherapy in Practice, 56 (5), 643-663.
- Barceló, T. (2012) *Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de ayuda*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Barceló, T. (2013). *La sabiduría interior: pinceladas de filosofía experiencial*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Brill, P. L. (1984). The need for an operacional definition of burnout. *Family and Community Health*, 6, 12-24.
- Burke, R. J. y Richardsen, A. M. (1993). Psychological burnout in organizations. In R. T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of organizational behavior* (pp. 263-299). New York: Marcel Dekker.
- Cano Vindel, A. Miguel Tobal, J. J. (2000) *Emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) y salud*. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero- 15 de Marzo 2000. Recuperado en:

http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_a.htm

- CIE-10 (2018). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout*. Londres: Sage Publications.
- Collyer, C.P. y Cayo, R.G. (1978). *La psicoterapia experiencial: Una descripción teórica y una aplicación empírica* (Tesis de licenciatura). Repositorio académico de la Universidad de Chile.
- Cronin-Stubbs, D. y Rooks, C. (1985). The stress, social support, and burnout of critical care nurses. *Heart and Lung*, 14, 31-39.
- Duque, C.J. (2001). *Carl Rogers: Reflexiones teórico-prácticas. Psicología desde El Caribe*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21300710.pdf>
- Escorza, A.C. (2003). *La psicoterapia experiencial, experiencing y otros conceptos: Nuevas consideraciones a partir de la psicoterapia centrada en la persona* (Memoria de licenciatura). Repositorio académico de la Universidad de Chile.
- Esposito, R. (2009) *Comunidad, Inmunidad y Biopolítica*. Barcelona: Herder Editorial.
- Firth, H. y Britton, P. (1989). Burnout absence and turnover among British nursing staff. *Journal of Occupational Psychology*, 62 (1), 23-8.
- Foucault, M. (1975) *Vigilar y Castigar*. Barcelona: Herder Editorial.
- Gendlin, E.T. (1964). A theory of personality change. En J.T. Tart & T.M. Tomlinson (Eds.), *New directions in client centered therapy* (pp.129-178). Boston: Houghton Mifflin.
- Gendlin, E. (1968) The experiential response. En *Use of Interpretation in treatment*. Capítulo 26, 208-216
- Gendlin, E. (1999). *El Focusing en psicoterapia: manual del método experiencial*. Barcelona: Paidós.
- Gendlin, E.T. (2000). El “experiencing” una variable en el proceso del cambio terapéutico. En E. Riveros (Ed. & Trad.), *El nuevo paradigma del*

- experiencing* (pp.63-160). Santiago, Chile: LOM Ediciones. (Trabajo publicado en 1961).
- Gendlin, E.T. (2000). Una teoría del cambio de la personalidad. En E. Riveros (Ed. & Trad.), *El nuevo paradigma del experiencing* (pp.161-181). Santiago, Chile: LOM Ediciones. (Trabajo original publicado en 1964)
- Gondra, José (1981) *La psicoterapia de Carl Rogers*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Han, B. (2012) *La sociedad del cansancio*. Herder Editorial: Barcelona.
- González, M. Lacasta, M. y Ordoñez, A. (2008) El síndrome de agotamiento profesional en oncología. Madrid: Panamericana.
- Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: a review of the empirical evidence. *Canadian Psychology*, 29, 284-297.
- Kakiashvili, T., Leszek, J., & Rutkowski, K. (2013). The medical perspective on burnout. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 26, 401-412.
- Korczak D, Wastian M, Schneider M (2012). Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess*.
- Hosseinaei, A., Ahadi, H., Fata, L., Heidarei, A., & Mazaheri, M. M. (2013). Effects of Group Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-Based Training on Job Stress and Burnout. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 19.
- Jaworska-Burzyńska, L., Kanaffa-Kilijańska, U., Przysiężna, E., & Szczepańska-Gieracha, J. (2016). The role of therapy in reducing the risk of job burnout—a systematic review of literature. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 43-52.
- Kinget, G. M. y Rogers, C. (1967) *Psicoterapia y relaciones humanas: teoría y práctica de la terapia no directiva*”, Tomo I, Exposición general. Editorial Alfaguara: Madrid.
- Lambie, G. W. (2006) Burnout Prevention: A Humanistic Perspective and Structured Group Supervision Activity. *Journal of Humanistic Counseling and Development*. Volume 45

- Lara, S. (2013) *Explorando la persona del psicólogo, su sí mismo, a través de sus relatos vivenciales, Acercamiento desde la teoría humanista-experiencial* (Tesis doctoral). Universidad de Chile, Santiago.
- Leal Rubio, J. (1993). Equipos comunitarios: ¿una ilusión sin porvenir, un porvenir sin ilusión? En *Salud Mental y Servicios Sociales: el espacio comunitario*. Barcelona: Diputación de Barcelona.
- Leiter, M. P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. *Journal of organizational behaviour*, 9, 297-308.
- Leiter, M. P. (1993). Burnout as a development process: Consideration of models. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 237-250). London: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Jackson, S. E. y Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory, 2a ed.* Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- Melamed, S., Kushnir, T. y Shirom, A. (1992). Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. *Behavior Medecine*, 18, 53-60.
- Miguel Tobal, J. J. (1990). La ansiedad. En J. Mayor y L. Pinillos (Eds.), *Tratado de Psicología General: Motivación y Emoción (Vol. 3)*, pp. 309-344. Madrid: Alambra.
- Mingote Adán, J. C. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 5 (8), 493-508.
- Ministerio de Salud (2017) Plan nacional de salud mental 2017-2025. Santiago: Gobierno de Chile.
- Mommersteeg, P., Keijsers, G. P., Heijnen, C. J., Verbraak, M. J., & van Doornen, L. J. (2006). *Cortisol deviations in people with burnout before and after psychotherapy: a pilot study*. *Health Psychology*, 25, 243.

- 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.
- Moreno, B. y Peñacoba, C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En: M.A. Simón (Ed.). *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*, (pp. 739-41). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Moreno, B., Garrosa, E. y González, J. L. (2000). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de Psicología*, 4, 64-77.
- Moreno, B., González, J. L. y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y Salud percibida. En J. Buendía y F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 59-83). Madrid: Pirámide.
- Moreno, B., Oliver, C. y Aragonese, A. (1991). El burnout, una forma específica de estrés laboral. En: G. Buela-Casal y V. E. Caballo (Eds.), *Manual de psicología clínica aplicada* (pp. 271-285). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Novack, K. M. y Pentkowski, A. M. (1994). Lifestyle habits, substance use and prediction of job burnout in professional working women. *Work and Stress*, 8, 19-35.
- O'Brien, G. E. (1998). El estrés laboral como factor determinante de la salud. En: J. Buendía (Ed.). *Estrés laboral y salud* (61-77). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Olivos, B.P. (2002). Las actitudes básicas del psicoterapeuta centrado en el cliente como condiciones necesarias para la efectividad de la psicoterapia (Memoria de licenciatura). Repositorio académico de la Universidad de Chile
- Organización Mundial de la Salud (2010) Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y modelo de la OMS. Ginebra: Ediciones OMS
- Párraga, J. (2005) *Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome de Burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios*. Tesis Doctoral. Universidad Extremadura: Badajoz.

- Parkes, K. R. (1998). Estrés, trabajo y salud: características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales. En: J. Buendía (Ed.). *Estrés laboral y salud* (pp. 79-117). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pines, A. M. (1993). Burnout: An existential perspective. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp.33–51). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Quatrocchi-Tubin, S., Jones, J.W. y Breedlove, V. (1982). The burnout Syndrome in geriatric counselor and service workers. *Activities, Adaptation and aging*, 3, 65-76.
- Riveros, E. (2014) La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Revista Ajayu*, 12(2), 135- 186.
- Riveros, E.A. (2013). Parafraseando a Eugene Gendlin en un modelo procesal. *Revista Ajayu*, 11(1), 1-17.
- Riveros, E.A. (2000). El nuevo paradigma del experiencing. En E. Riveros (Ed.), *El nuevo paradigma del experiencing* (pp.9-62). Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. En S. Koch (Ed.), *Psychology: The study of a science, Vol. 3 Formulations of the person and the social context*. New York: McGraw- Hill.
- Rogers, C. (1980). Condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de personalidad. En En J. Lafarga, & J. Gómez (Eds.), *Desarrollo del potencial humano: aportaciones de una psicología humanista*, Vol. 1 (pp. 77-92). México D.F.: Trillas
- Santana, I. y Farkas, Ch. (2007). Estrategias de Autocuidado en Equipos Profesionales que Trabajan en Maltrato Infantil. *Psykhe*, 16 (1), 77-89.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organization. En C. L. Cooper y I. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. New York: John Wiley and Sons.

- Soares, C. (2015). EMDR como ferramenta de ação no tratamento do Burnout. *Factores de Risco*, 37, 82-87.
- Stinckens, N., Lietaer, G., & Leijssen, M. (2014). Working with the inner critic: Process features and pathways to change. En *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 12, 59–78.
- Superintendencia de Seguridad Social (2017) Informe Anual Estadísticas de Seguridad Social. Santiago: Gobierno de Chile.
- Wong, P. (2010). The future of humanistic / existential psychology: A commentary on David Elkins's (2009). En *Journal of Humanistic Psychology*, 50(2), 248-255.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Título del proyecto: Describir las percepciones de cambio terapéutico en clientes con diagnóstico de síndrome de Burnout que vivieron una psicoterapia experiencial en Santiago.

Investigador principal: Ps. Esteban Aravena Díaz

Lea cuidadosamente este formulario de consentimiento y discuta cualquier inquietud que usted tenga con el investigador.

Yo, _____ he sido invitado/a a participar en un proyecto de investigación, cuyo propósito es Describir las percepciones de cambio terapéutico en clientes con diagnóstico de síndrome de Burnout que vivieron una psicoterapia experiencial en Santiago. Esta investigación se enmarca en la tesis de magister para optar al grado de Magister en Psicología Clínica Adultos de la Universidad de Chile.

Mi participación en este estudio implica lo siguiente:

1. Realizar una entrevista con el investigador u colaborador, con una duración será de 60 minutos aproximadamente.
2. Las entrevistas serán grabadas, en audio, y serán transcritas íntegramente para su análisis. Posteriormente se publicaran los resultados siempre respetando el anonimato de los participantes. Las entrevistas, tanto el audio como la transcripción jamás serán divulgadas, salvo que el investigador pida permiso previo al entrevistado.
3. Recibir un bono de cinco mil pesos por dicha actividad.

Entiendo que mi participación es voluntaria, puedo decidir retirarme de la investigación en cualquier momento que lo desee. Finalmente, entiendo que la información será confidencial y conocida solamente por la investigadora responsable.

Entiendo esta hoja de consentimiento y acepto participar en la investigación.

Firma: _____

Nombre cliente:

RUT:

Fecha:

Si Ud. Tiene preguntas respecto al estudio, puede contactarme al correo electrónico esteban.aravenad@gmail.com