



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

**EXPERIENCIAS DE AUTOCUIDADO DE TERAPEUTAS HUMANISTAS, EN
CONTEXTO DE PANDEMIA POR EL VIRUS DEL COVID-19, EN FUNCION DE
SU ORIENTACIÓN EN EL APEGO**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE
ADULTOS**

ANDRÉS SEBASTIÁN ANDRADE DÍAZ

**PROFESORA GUÍA:
MICHELE DUFEY DOMÍNGUEZ**

**INFORMANTES:
JOSÉ SALAZAR AZÓCAR
ADRIANA ESPINOZA**

SANTIAGO DE CHILE, ERNERO 2022

**EXPERIENCIAS DE AUTOCUIDADO DE TERAPEUTAS HUMANISTAS, EN
CONTEXTO DE PANDEMIA POR EL VIRUS DEL COVID-19, EN FUNCION DE
SU ORIENTACIÓN EN EL APEGO**

1. RESUMEN

El objetivo de esta investigación apunta a caracterizar experiencia de autocuidado que tienen los terapeutas humanistas, en contexto de pandemia por el virus del COVID-19, en función de su orientación en el apego. Su importancia radica en que las investigaciones, han dado cuenta de la existencia de desgaste profesional en los terapeutas a raíz de su labor clínica, a esto se suma el contexto de pandemia que generó cambios importantes en el ejercicio de su profesión. Se realizó una investigación mixta a través de dos etapas, primero se aplicó a 27 terapeutas humanistas la Escala Revisada de Apego Adulto (Collins, 1996). Luego se seleccionaron ocho, que presentaron mayor y menor ansiedad en el apego, a los cuales se efectuó una entrevista semiestructurada. La información recopilada fue sistematizada a través de un análisis de contenido. Los resultados indican que la mayoría de los participantes percibió desgaste a raíz de su labor clínica en pandemia, para lo cual, se cuidaron a través de actividades recreativas, espacios personales y profesionales, implementación de límites laborales y apoyarse en vínculos significativos. A su vez, no se encontraron diferencias en la experiencia de autocuidado de los dos grupos conformados.

PALABRAS CLAVE

Autocuidado, persona del terapeuta, apego

DEDICATORIA

A todos los y las colegas que se vieron trabajando en condiciones estresantes durante la pandemia por el virus del COVID-19, que, balanceando la superación de situaciones personales difíciles, decidieron continuar estando disponibles, sosteniendo el dolor de sus pacientes.

Este estudio fue financiado por el proyecto Fondecyt de Iniciación 2018 #11180662 bajo el patrocinio del Centro de Psicología Aplicada-CAPS- de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile junto con el centro psicoterapéutico y de formación clínica Centro Árbol.

AGRADECIMIENTOS

A Jael Bravo que con su cariño incondicional me ha apoyado durante todo este proceso de tesis.

A Michele Dufey que ha tenido la paciencia de guiarme en este proceso de aprendizaje.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
1.1	Planteamiento del problema	1
1.2	Pregunta de investigación	8
2.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	9
2.1	Objetivo general	9
2.2	Objetivos específicos	9
2.3	Preguntas directrices	9
3.	MARCO TEÓRICO	11
3.1	Desgaste del terapeuta	11
3.1.1	Burnout	12
3.1.2	Desgaste por empatía	13
3.2	Autocuidado	15
3.3	Apego	21
3.3.1	Bases de la teoría del apego	21
3.3.2	Modelos de funcionamiento interno	22
3.3.3	Estrategias secundarias	23
3.3.4	Evaluación del apego	23
3.3.5	Apego en la adultez	25

4.	METODOLOGÍA.....	28
4.1	Tipo de estudio.....	28
4.2	Diseño.....	28
4.3	Participantes.....	28
4.4	Instrumentos.....	31
4.5	Procedimiento:.....	31
4.6	Análisis de datos.....	33
5.	RESULTADOS	36
5.1	Resultados etapa 1	36
5.2	Resultados etapa 2	37
5.2.1	Desgaste del terapeuta	38
5.2.2	Dificultades asociadas a las restricciones en pandemia.....	45
5.2.3	Cuidarse desde los espacios personales	47
5.2.4	Apoyo en vínculos significativos.....	50
5.2.5	Búsqueda de espacios profesionales	54
5.2.6	Redefiniendo los propios límites.....	56
5.2.7	Experiencias de seguridad, calma y contención en los vínculos	58
5.2.8	Apoyo desde la presencia y la escucha	60
5.2.9	Cuidado de los vínculos cercanos.....	62

6. DISCUSIÓN.....	64
7. CONCLUSIONES	73
8. BIBLIOGRAFÍA	76
9. ANEXOS	83

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Los profesionales de la salud, tales como los y las psicoterapeutas, estarían expuestos a situaciones de riesgos propios del ejercicio de la profesión, las cuales podrían llevar a que experimenten desgaste emocional, el que se produce debido a la exposición constante con material altamente estresante dentro del contexto de la atención clínica, donde el terapeuta podría estar más expuesto que el mismo consultante (Cazabat, 2002). En este sentido éstos se encuentran de manera frecuente con personas que están viviendo los efectos de algún acontecimiento traumático, y como parte de su labor, requieren interiorizarse en estas vivencias con toda la implicancia de su persona (Martínez, 2019). Lo anterior visualiza que la atención psicológica requiere un nivel de contacto relacional entre terapeuta y paciente, en un vínculo en el cual ambos deben estar presentes.

La psicología humanista ha considerado como un elemento relevante, para el cambio y el éxito de la atención clínica, la relación terapéutica (Negrete Juri, 2016). En este vínculo, las vivencias que tiene el terapeuta son importantes, ya que es este el que debe hacer esfuerzos en construirlo y sostenerlo en el tiempo, como herramienta clínica para la psicoterapia (Szmulewicz, 2013). Por tal motivo queda de manifiesto la importancia que tiene desarrollar investigaciones que pongan el foco en la persona del terapeuta, ya que es necesario tener en cuenta los elementos que pudiesen estar afectando la calidad de su trabajo y su propia persona.

Sumado a esto se puede identificar que dentro de las situaciones a las que se pueden enfrentar los terapeutas, se destaca la excesiva o escasa demanda en sus lugares de trabajo, identificación con los problemas de los pacientes y la necesidad de manejar situaciones problemáticas (Benavides-Pereira, 2010).

Al revisar la bibliografía relacionada con el tema, se puede analizar que las diversas situaciones a las que se encuentran expuestos actualmente los terapeutas están extensamente estudiadas (Jiménez, Lara et al., 2006; Oubiña, Fernández-

Ríos et al., 1996; Castañer, 2018). Esto conlleva que para el clínico ya no son ajenas palabras como desgaste por empatía o síndrome de burnout, las cuales dan cuenta de las consecuencias de trabajar con personas que poseen diversos problemas que les agobian y los efectos que dichos problemas pueden llegar a producir en ellos como profesionales de la salud.

Para el terapeuta las condiciones a las que está expuesto en su trabajo podrían resultar desgastante e influir en que se manifieste: síndrome de burnout, desgaste por empatía, también denominado como estrés postraumático vicario, presencia de síntomas ansiosos y depresivos, abuso de sustancias y problemas en las relaciones interpersonales (Olivares, 2007). Esto se produce debido a que como parte de su labor clínica el terapeuta debe interiorizarse en las vivencias del paciente, lo cual podría generar consecuencias a nivel psicológico, cognitivo y relacional (Martínez, 2019)

En relación a lo mencionado, una de las consecuencias que se han encontrado es el desgaste por empatía, el cual suele presentarse en terapeutas que trabajan con pacientes con estrés postraumático, al estar expuestos de manera constante y prolongada a eventos traumáticos relacionadas a las historias que escuchan en la consulta, en esto el profesional acompaña desde sus sensaciones, imágenes y pensamientos, experimentando emociones y comportamientos que podrían ser de alta intensidad, generando consecuencias a corto, mediano y largo plazo en la persona, que son coincidentes con el estrés postraumático, como reexperimentación de pensamientos e imágenes asociadas a experiencias traumáticas del consultante, evitación de la exposición a material traumático y estados de hiperactivación como ansiedad, impulsividad y reactividad (Martínez, 2019).

En ese sentido, las investigaciones empíricas indican que existe una presencia significativa de este desgaste, un ejemplo de esto es la realizada por Alecsiuk (2015) quien utilizó la Escala de Agotamiento por Empatía (ESAPE) en una

muestra compuesta de ciento cincuenta y ocho psicólogos y psiquiatras argentinos que actualmente trabajan en el área clínica, de ellos el 91,8% eran psicólogos. Los resultados dieron cuenta que el 57% de la muestra total presenta síndrome de desgaste por empatía, lo cual se ha asociado a consecuencias negativas en el terapeuta a nivel conductual, afectivo, somático o interpersonal (Matheu, 2012).

El síndrome de burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, el cual se puede visualizar frecuentemente en profesionales de las organizaciones de servicios, tales como médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc. (Gil-Monte, 2003). Es un estado psicológico que aparece tras la exposición a factores de riesgo psicosocial y se caracteriza por: desgaste emocional, despersonalización, actitudes negativas y evaluación negativa de sus propias habilidades profesionales Carrillo-Esper, et al., (2012). En relación al síndrome de burnout, Jiménez, et al. (2006) examinaron la prevalencia que este tenía en 454 psicólogos mexicanos, a través de la aplicación de las escalas de evaluación del Burnout, los resultados permitieron identificar que la mitad de la muestra manifiesta afectación por el síndrome, lo que se expresa de manera somática y psicológica.

Con lo anterior se da cuenta de que existirían algunos riesgos que son parte de la profesión clínica, los cuales podrían llegar a generar consecuencias a nivel laboral y personal. El escenario actual conlleva un nuevo desafío adicional para los terapeutas debido a que se han encontrado con una situación sanitaria compleja, la cual está producida por la expansión del virus del COVID-19 a nivel mundial, y que ha llegado al menos a 124 países y territorios (Emanuel et al., 2020). Este virus se puede manifestar con sintomatología tal como: gripe, fiebre, tos, disnea, mialgia y fatiga. Llegando en algunos casos a generar cuadros graves de neumonía y síndrome de dificultad respiratoria aguda, lo que conduce a alrededor del 3% de los infectados a la muerte. En la actualidad se maneja una cifra de fallecidos cercana a los 14,9 millones de personas (OMS, 2022). El alto flujo de pacientes que ha generado esta pandemia ha exigido a todo el personal sanitario en su rol profesional. Chile no ha estado exento de esto y, cuando las autoridades lo

consideraron pertinente, se decretaron diversas medidas de mitigación del contagio, tal como la reducción de la movilidad y el uso de mascarilla, los cuales a su vez han generado consecuencias a nivel psicológico en la población.

Los terapeutas no han estado alejados de los efectos de la pandemia del COVID-19 e incluso estarían balanceando diferentes elementos, entre los cuales se encuentran sus aptitudes profesionales, cuidado de pacientes, sus familias y el cuidado de sí mismo (Macaya, et al., 2020). Esta idea se ve reforzada por los resultados de la investigación llevada a cabo por Urzúa et al., (2020), en la cual se entrevistaron ciento veinticinco trabajadores de la salud, que se encontraban ejerciendo durante la pandemia del COVID-19, de estos, el 20% cumple funciones en atención primaria y el 80% en secundaria, los resultados evidencian que el 74% de los profesionales al momento de ser entrevistados, presentaban sintomatología asociada a la ansiedad (74%), distrés (56%), depresión (86%) e insomnio (65%). Los antecedentes revisados dan cuenta de que los terapeutas estarían expuestos tanto a la situación sanitaria actual, como a las posibles consecuencias derivadas de la atención clínica, además de la exposición constante a material clínico intenso.

En relación a la exposición del terapeuta a las condiciones sanitarias antes mencionadas, desde la teoría del apego, se puede considerar el virus del COVID-19 como un ataque externo, el cual pondría a las personas en una situación nueva y peligrosa, colocando en riesgo su salud mental. Es así como las condiciones de estrés e inestabilidad generales para toda la población, harían más probable que se active el sistema de apego, el cual nos orienta a buscar protección en otros que son figuras de apego (Jiménez & Ruíz, 2020).

Bowlby (1973) define el sistema de apego como aquellos comportamientos que lleva a cabo una persona, ante la ansiedad y el estrés, provocados por una situación de riesgo real o potencial, con el objetivo de lograr proximidad con otro que se podría considerar más fuerte, para recuperar la seguridad y la calma. En los momentos que está buscando reestablecer su sensación de seguridad, es probable

que la persona se encuentre enfocada en poder estar bien ella misma, más que estar en condiciones de prestar apoyo y consuelo a otras personas (Mikulincer & Shaver, 2016). Lo expuesto se considera relevante, pues señala la importancia de que el terapeuta logre resguardar su salud, con el fin de poder ejercer su labor profesional, la que por definición establece dar soporte al paciente que se encuentra en dificultades.

Cuando una persona experimenta una amenaza o estrés, el sistema de apego procede como un sistema motivacional de prevención, impulsando comportamientos que buscan proteger a la persona de esta situación (Fraley, 2019). En especial, los comportamientos tienen como objetivo generar regulación emocional, lo cual se puede dar con mayor o menor efectividad.

A raíz del contexto de urgencia sanitaria actual, el autocuidado es una respuesta sana ya que se considera un elemento protector, siendo definido como aquellas competencias que tienen los y las terapeutas para obtener un mayor bienestar y por ende mejorar su calidad de vida, además puede aportar a detectar, enfrentar y resolver el desgaste propio que genera la práctica clínica (Olivares, 2007).

La revisión de la literatura muestra que, en general, las investigaciones en torno al autocuidado han enfatizado sus componentes conductuales (Guerra, Vivanco, Hernández Morales, 2009; Olivares, Messerer, et al., 2007), o componentes cognitivos como las estrategias de afrontamiento (Sicre y Casari, 2019; Astorga, Finez-Silva et al., 2019). Es por esto que esta investigación propone estudiar el autocuidado desde la perspectiva subjetiva de las y los terapeutas para conocer como son sus experiencias en torno a este fenómeno, considerando su orientación en el apego y teniendo en cuenta el contexto de urgencia sanitaria.

La relevancia de lo anterior radica en que estamos frente a un fenómeno que posee un vacío teórico a explorar, por ende, es importante tener en consideración que el terapeuta en su rol, hace un esfuerzo por sostener y construir un vínculo

terapéutico. Es así que, lo que le sucede a él, como se relaciona y cuida de sí mismo, cobra protagonismo en su desarrollo tanto personal como profesional.

Bender & Ingram (2018) indica la existencia de una relación entre el apego y el autocuidado, el cual se da debido a que una persona con apego seguro, valoraría y practicaría con mayor frecuencia comportamientos de autocuidado mental, emocional, físico y social, poniendo el foco en la importancia que podría tener el apego en el autocuidado que realiza la persona.

Desde otro punto de vista, Brugnera et al., (2021) revelaron que la ansiedad y la evitación del apego se relaciona negativamente con el bienestar del terapeuta, sugiriendo que un estilo de apego inseguro puede afectar negativamente el bienestar de los terapeutas.

Las investigaciones de Bender & Ingram (2018) y Brugnera et al., (2021) entregan información que permiten plantear la posibilidad de que la orientación en el apego del terapeuta, y el autocuidado que este tiene, son importantes de profundizar para generar una mayor comprensión del fenómeno y de su propia salud mental. A su vez, explorar lo que estaría ocurriendo en esta materia en el contexto de pandemia sanitaria por el virus del COVID-19, en la que se encuentra desarrollando su trabajo, y que podría ser, como se ha revisado anteriormente, un elemento estresor que activaría el sistema de apego y que pone de manifiesto la importancia del cuidado de sí que tiene el terapeuta.

Desde una perspectiva clínica es necesario conocer las experiencias de autocuidado que están teniendo los y las terapeutas, pues sería fundamental para desarrollar su labor clínica, teniendo en consideración de que la práctica propiamente tal podría tener consecuencias negativas para su persona, el autocuidado se hace indispensable para contrarrestar los posibles daños (Virsedas-Heras y Botello-Cárdenas, 2018). Referente a esto, Norcross (2000) concluye que es fundamental el componente preventivo que tendría el autocuidado frente a los posibles efectos que puede generar el estrés y el desgaste emocional.

Las investigaciones llevadas a cabo acerca del síndrome de burnout han evidenciado que, entre las consecuencias de esta exposición del terapeuta, está el agotamiento emocional y la baja eficacia profesional (Benevides-Pereira et al., 2010). Esto refuerza la importancia del autocuidado que tenga el terapeuta, ya que no se trata solamente de él, sino que también en la capacidad que tenga de llevar a cabo un proceso terapéutico exitoso.

En vista de lo elementos señalados, es necesario conocer la experiencia de autocuidado que tienen los terapeutas en contexto de pandemia por el virus del COVID-19, en función de su orientación en el apego, ya que desde aquí podrían surgir elementos que otros profesionales puedan incorporar en su práctica clínica, de una manera preventiva, formativa e incluso como parte de su crecimiento personal y profesional. Esto coincide con el modelo de psicoterapia humanista, en el cual se considera que ser terapeuta implica ser responsable de la propia persona. A esto se adiciona, que esta investigación permite abordar el autocuidado en una situación poco común en la vida de las personas, como es estar en pandemia, lo que lo hace contingente y podría entregar información novedosa.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cómo es la experiencia de autocuidado que tienen los terapeutas humanistas, en contexto de pandemia por el virus del COVID-19, en función de su orientación en el apego?

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Objetivo general

- Caracterizar la experiencia de autocuidado que tienen los terapeutas humanistas en contexto de pandemia por el virus del COVID-19, en función de su orientación en el apego.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar las formas de autocuidado que tienen los terapeutas humanistas, en contexto de pandemia por el virus del COVID-19
- Explorar la experiencia de los vínculos y su relación con el autocuidado que tienen los terapeutas en contexto de pandemia por el virus del COVID-19
- Identificar cómo influye el autocuidado del terapeuta en la experiencia de atención clínica, en contexto de pandemia por el virus del COVID-19
- Comparar la experiencia del autocuidado entre los terapeutas según su orientación en el apego, en contexto de pandemia por el virus del COVID-19

2.3 Preguntas directrices

- ¿Cuáles son las formas de autocuidado que tienen los terapeutas humanistas, en contexto de pandemia por el virus del COVID-19?
- ¿Cómo es la vivencia de los vínculos que tienen los terapeutas en contexto de pandemia por el virus del COVID-19?
- ¿Cómo es la relación entre la experiencia de los vínculos y el autocuidado que tienen los terapeutas humanistas en contexto de pandemia por el virus del COVID-19?

- ¿Cómo influye el autocuidado del terapeuta en su experiencia de atención clínica, en contexto de pandemia por el virus del COVID-19?
- ¿Cuáles son las diferencias y similitudes del autocuidado entre los terapeutas, según su orientación en el apego, en contexto de pandemia por el virus del COVID-19?

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Desgaste del terapeuta

La Organización Internacional del Trabajo (1983) Indica que, si bien el trabajo puede ser muy gratificante para las personas e incluso colaborar en el mejoramiento de la salud, aclara que los y las trabajadores pueden verse afectados a nivel psicológico, comportamental y somática, debido a condiciones de trabajo estresantes. Esto se puede ver en los terapeutas, tal como indica Daskal (2016), la psicoterapia para el clínico puede ser una labor que genera mucha gratificación, sin embargo, esta conlleva en ocasiones una alta toxicidad, en la que frecuentemente se podrían ver expuestos al agotamiento y el estrés. Al respecto destaca la importancia que tiene su autocuidado, realizando una crítica con relación a que, en algunas escuelas de psicología, se ha enseñado constantemente algunas características que debe desarrollar el terapeuta, tales como, imparcialidad, sensatez, paciencia, contención del otro y responsabilidad. Pese a esto, en ocasiones se habría dejado de lado el trabajo en la persona del terapeuta, existiendo un vacío en el sentir y lo que le ocurre al terapeuta en la atención clínica.

El involucramiento del profesional de la salud con pacientes que estén viviendo situaciones altamente estresantes, emocionalmente demandantes o incluso traumatizantes a nivel secundario, podría llegar a generar en este un malestar significativo. Este malestar se puede identificar con diferentes términos, uno de ellos es el síndrome de desgaste profesional, también llamado burnout, el desgaste por empatía, también llamado fatiga por compasión y el estrés traumático secundario (Martínez, 2019). Aun así, existe una controversia respecto a las diferencias que podría existir entre los conceptos que estarían ligados al trabajo específico con población traumatizada y en esto Acinas (2012) indica que el desgaste por empatía es idéntico al estrés traumático secundario y es equivalente al estrés postraumático. Para poder hacer una diferencia, se comprenderá dos tipos de desgaste, el Burnout asociado a la demanda excesiva y reiterada de energía que produciría la labor clínica y, por otro lado, el desgaste por empatía, el cual estaría

asociado de manera específica a la sintomatología provocada por el trabajo con personas traumatizadas.

3.1.1 Burnout

El concepto de Burnout se comenzó a utilizar en los años 60, con la intención de referirse a los efectos que producía el uso crónico de drogas. Mientras que a Freudenberg (1974, citado en Aaron, 2004) un psicoanalista neoyorquino, se le ha atribuido la asociación al desgaste, el cual se daría en profesionales que cumplen roles de ayuda, tales como los terapeutas, en los que se podría ir generando este agotamiento profesional, reemplazándose el carisma social y la vocación de apoyo, por fatiga y cansancio, entre otros malestares psicosomáticos.

La posibilidad de que el terapeuta pueda experimentar este desgaste, hace considerar la importancia del terapeuta en torno a tener presente los motivos por el cual se elige esta profesión, ya que considerando lo gratificante que puede ser, no se puede negar la existencia de una cercanía constante con el dolor y el sufrimiento de los pacientes, estando significativamente expuestos al fenómeno del Burnout. A su vez es relevante estar atentos a esta situación, ya que se podrían tomar las medidas o acciones necesarias en favor de su prevención y, por ende, realizar una ayuda adecuada. (Daskal, 2016)

En su labor clínica el terapeuta se encuentra con situaciones en que los problemas de los pacientes no siempre son fáciles de resolver y en su rol de ayuda, se produciría algún nivel de frustración, si esto se prolonga en el tiempo, puede generar estrés crónico, lo cual es emocionalmente impactante para el profesional, es así que el agotamiento que se produce, es un síndrome de agotamiento emocional que ocurre frecuentemente entre personas que realizan labores de ayuda a otras, el cual se caracteriza por generar un aumento de los sentimientos de agotamiento emocional, instaurando la sensación de no poder dar más a nivel psicológico. Esto conlleva consecuencias como desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia los clientes, percepción deshumanizada de los demás, tendencia a

evaluarse a sí mismo de manera negativa, especialmente en relación a su propio trabajo, sintiéndose infelices con ellos mismos e insatisfechos con sus logros laborales. Algunas otras dificultades que se podrían generar son angustia, agotamiento físico, insomnio, uso de drogas y alcohol, problemas maritales y familiares (Maslach & Jackson, 1981)

3.1.2 Desgaste por empatía

En relación al Burnout, Figley (2013) indica que inicialmente comenzó describiendo este mismo fenómeno a raíz del Burnout, como una especie de victimización secundaria, sin embargo con el tiempo se fue dando cuenta de que eran dos elementos diferentes, acuñando el término de fatiga por compasión (o desgaste por empatía), al darse cuenta de que existían muchos terapeutas que hablaban de episodios de tristeza, depresión, insomnio, ansiedad general y otras formas de sufrimiento que eventualmente se vinculan con el trabajo del trauma. Define por tanto el concepto de desgaste por empatía como el estrés que se produce a raíz de ayudar o querer hacerlo, a otro que le es significativo y que está traumatizada o sufre, por lo que una persona puede ser traumatizada por el contacto directo o indirecto (secundario) con situaciones, eventos o experiencias como la violencia, muerte, abuso, daño físico o psicológico, entre otras situaciones emocionalmente intensas.

El desgaste por empatía ocurre debido a que el terapeuta debe adentrarse en el mundo interior de su paciente, intentando comprender a cabalidad las emociones y pensamientos, lo cual implica que este realice un esfuerzo para lograrlo, exponiéndolo a sus propias formas de procesamiento de eventos personales dolorosos, que podrían incluso ser parecidos a los de los pacientes. Si bien esto es lo esperable al ser la propia persona del terapeuta el instrumento, también puede ser un factor de riesgo para su salud psicológica, física y relacional. Es así como se ha podido observar muchos profesionales del área de la psicología, que suelen manifestar sentirse sobrepasados emocionalmente por el caso en el que trabajan (Martínez, 2019).

El desgaste por empatía se produce en los profesionales cuando acompañan a personas que han sufrido eventos traumáticos. Este acompañamiento se hace desde la escucha empática, lo cual genera el involucramiento del terapeuta y en el fondo percibiendo el dolor de los otros en sí mismo, como una forma de captar lo que está viviendo. A nivel neurológico esto se produce a través de las neuronas espejo, ya que estas ayudan al cerebro a simular las vivencias de las otras personas, para poder comprenderlas, sin embargo, esto implica que este impacto podría afectar la propia salud del profesional. (Martínez, 2019)

Asimismo, Figley (1995) señala que aquellos profesionales que se encuentran trabajando con crisis, están propensos a desarrollar estrés traumático secundario, siendo un costo alto el cuidar. Donde los profesionales que escuchan aquellas historias de miedo, dolor y sufrimiento también pueden vivenciar el miedo, el dolor y el sufrimiento del paciente. Incluso se puede llegar a sentir el sentido de identidad ante los pacientes a los cuales se les está brindando apoyo. Como ejemplo a esto señala que aquellos terapeutas que han trabajado con víctimas de violación a menudo tienden a sentir rechazo hacia los violadores. Indicando que aquellos terapeutas que poseen una mayor sensibilidad, capacidad de sentir y expresar empatía tienen un mayor riesgo de sufrir un estrés por compasión. Es así que el autor indica que el desgaste por empatía presentaría sintomatología muy similar al estrés post traumático primario, algunos de ellos son:

- Revivir el evento traumático: a través de recuerdos, sueños, reexperimentación repentinas o recuerdos del evento
- Evitación de recuerdos del evento: Esfuerzos para evitar esos pensamientos, sentimientos y actividades, disminución del interés por las actividades, tomar distancia de los demás y disminución de los afectos.
- Excitación persistente: Dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad, dificultades para concentrarse, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, reactividad fisiológica a las señales del evento traumático.

Agrega el autor que, si estos síntomas tienen menos de un mes de duración, se considerarían normales y relacionadas a la crisis propiamente tal.

Lo revisado en este apartado permite considerar la exposición del terapeuta a diversas fuentes de estrés y desgaste, que incluso podría generar sintomatología asociadas. Es así que variados investigadores se han abocado a investigar el autocuidado (Olivares, 2007; Ipinza, 2010; Carranza, 2003; Guerra, 2008), destacando la importancia que este tiene para el cuidado de los profesionales de la salud.

3.2 Autocuidado

El autocuidado estaría asociado al cuidado de sí, siendo un concepto relevante desde una perspectiva histórica incluso en las sociedades griegas, helenísticas y romana. Este asociado al hecho de ocuparse de sí mismo, desde la preocupación y el respeto propio, incluso a la manera de relacionarse consigo mismo, con los otros y con el mundo exterior (Foucault, 1994). En relación a los terapeutas, Olivares (2007) define el autocuidado, como aquellas competencias que tienen los y las terapeutas para obtener un mayor bienestar y por ende mejorar su calidad de vida. Siendo además un aporte para detectar, enfrentar, prevenir y resolver el desgaste propio que genera la práctica clínica.

En la misma línea, Ipinza (2010) considera el autocuidado como una respuesta sana que el terapeuta puede tener, para mantener su propia salud mental y emocional, siendo un gestor activo y responsable de su propio bienestar. Agregando que, el concepto se puede comprender como aquellas actividades que este ha aprendido, y que están orientadas hacia el objetivo de mantener su salud, siendo un comportamiento que la persona dirige hacia sí misma o al entorno, para regular los factores que podrían estar afectando, en mayor o menor medida, su propio desarrollo y salud. Torres et al., (2020) propone que el comportamiento que desarrolla la persona busca prevenir o controlar los factores que considere estresantes. Lo anterior pone de manifiesto la función que tiene al autocuidado, en

primer lugar, para mantener la salud del terapeuta y, en segundo lugar, contempla la responsabilidad personal que este podría tener, en el aseguramiento de su bienestar. Al respecto Carranza (2003) indica que al considerar el autocuidado “el individuo es visto como un agente activo que hace sus propias elecciones y tiene el propósito de acrecentar el conocimiento de sí mismo y de su desarrollo personal” (p. 11).

Aplicado específicamente a la labor de los psicólogos clínicos, Durruty (2005, citado en Guerra, 2008) considera que el autocuidado está asociado a aquellas competencias del terapeuta para promover su calidad de vida, su salud tanto emocional como física, donde también cobra relevancia en el autocuidado la importancia de visualizar, identificar y enfrentar situaciones asociadas al desgaste laboral. Los autores indican a su vez que las organizaciones e instituciones tienen un rol importante en el cuidado de los equipos clínicos.

Así mismo Barudy (2000) menciona la importancia del autocuidado, estableciendo dos categorías, la primera estaría asociada a la responsabilidad de las instituciones en el cuidado de los profesionales, proponiendo que son estas las que deben resguardar su salud, mientras que, en una segunda categoría, estaría la capacidad que debe desarrollar cada profesional para cuidarse.

Guerra et al., (2008) se enfocan en dar una perspectiva conductual sobre el fenómeno del autocuidado, perspectiva que les permite realizar una escala de medición de la variable de autocuidado en psicólogos clínicos. Guerra, Rodríguez, Morales y Betta (2009) definen el autocuidado “conjunto amplio de conductas que, al ser emitidas, se asocian a bajos niveles de desgaste laboral”. Guerra et al., (2008) en su estudio mencionan que existe una diferencia entre conductas de autocuidado y las condiciones de autocuidado, donde las conductas son aquellas acciones que la persona, en este caso el terapeuta desarrolla para sí mismo, mientras que las condiciones de autocuidado tienen relación con los equipos de profesionales,

directivos, jefaturas, exponiendo así la relevancia que posee el aspecto organizacional en el autocuidado.

Guerra (2009) llevo a cabo un estudio, de orientación cognitivo conductual, en el cual se buscó conocer la efectividad que tuvo un taller de autocuidado, realizado a psicólogos clínicos. El autor logró identificar la relación entre el aumento de conductas de autocuidado y la disminución del estrés traumático secundario en este grupo. Los resultados señalan que la frecuencia de conductas de autocuidado es relevante en la disminución de los niveles de desgaste laboral, concluyendo que el comportamiento de autocuidado en psicólogos clínicos es una medida efectiva para la prevención del desgaste.

En lo que se refiere al autocuidado existe abundante investigación y perspectivas de ver este fenómeno, sin embargo, la revisión de la literatura muestra que, en general, las investigaciones en torno al autocuidado han enfatizado sus componentes conductuales (Guerra, Vivanco, Hernández Morales, 2009; Olivares, Messerer, et al., 2007), o componentes cognitivos como las estrategias de afrontamiento (Sicre y Casari, 2019; Astorga, Finez-Silva et al., 2019).

A pesar de que se haya puesto énfasis en los componentes cognitivos y conductuales del autocuidado, podemos establecer desde la línea de la psicología humanista, la visión del ser humano, tal como la plantea Carranza (2003) este es comprendido como un ser en constante actualización, que tiene una tendencia innata hacia la salud y la realización personal. Siendo esta de naturaleza intrínseca del ser humano e incluye la tendencia a la sobrevivencia, a desarrollarse corporal y espiritualmente, a amar, a la satisfacción de sus necesidades, a la sexualidad, al reconocimiento del yo, a la trascendencia, a la actualización creadora, a la autorrealización, a la integración y mantenimiento del orden interno. Esta tendencia es influida por las situaciones contextuales con las que se encuentra la persona, así Hernández (2003) agrega que el sentido de vida y las posibilidades de

autorrealización pueden estar determinadas por las condiciones sociales y culturales.

Dado que la psicología humanista contempla la tendencia innata hacia la salud y la realización personal, esto se puede relacionar a lo que plantea Dávila (1994, citado en Carranza, 2003) el cual propone que el hecho de que el ser humano tenga esta orientación hacia el cuidado de su bienestar físico y mental, es un índice que da cuenta de su disposición hacia la salud mental, de la que se esperaría una proyección hacia la búsqueda de bienestar y crecimiento de su medio ambiente y entorno social. Esto es coherente con las concepciones que existen acerca del autocuidado, ya que da cuenta de la búsqueda que podría tener el terapeuta humanista hacia su bienestar personal y prevenir el posible desgaste emocional de su trabajo.

Una perspectiva que va en la línea de la psicología humanista, tiene relación con la importancia del vínculo terapéutico y la perspectiva relacional, al poner énfasis en ambos elementos, se está proponiendo que el terapeuta está participando con el paciente, siendo inevitablemente afectado por aquello que le ocurre o está vivenciando (Hamburger, 2016). Igualmente, Yontief (2009) plantea que el terapeuta está involucrado y además siendo influido por lo que está ocurriendo en la sesión terapéutica. Es así que el autocuidado se convierte en un imperativo ético, considerando que la APA (Asociación Americana de Psicología) en su código de ética, que sirve como lineamiento a los psicólogos clínicos, plantea la importancia de que el terapeuta conozca sus limitaciones, vinculadas a la posibilidad de que sus propias dificultades personales puedan interferir en el desempeño de sus funciones relacionadas al trabajo clínico (Barnett, 2007).

A su vez Oltra (2013) refiere acerca de la importancia de tomar conciencia sobre la responsabilidad que posee cada profesional en torno a las acciones y consecuencias que derivan de estas. Agregando que, los profesionales del área de la salud tienen la responsabilidad de poder brindar una atención que procure calidad

y excelencia, considerando que incluso no solo se puede pensar en una relación terapeuta paciente, sino que también hacia las familias de aquellos pacientes y el equipo de salud. Adicionalmente el paciente espera del terapeuta no solo la expertis técnica, sino que también su disposición humana, tal como empatía y afabilidad, es así, que el terapeuta podría verse sobre exigido frente a las expectativas que podría tener sus pacientes, como también de los procesos dolorosos que esté viviendo, generando así un alto riesgo de desarrollar altos niveles de desgaste en el terapeuta y estrés, incidiendo directamente en la calidad de la atención clínica. Es así que la autora confirma la idea de que el autocuidado es eficaz en la prevención del desgaste, siendo el autocuidado una acción beneficiosa y responsable en la ética de poder brindar una atención clínica de excelencia y humana.

Uno de los conceptos principales de la psicoterapia humanista es el de responsabilidad, el cual tiene relación con que independiente de la situación o evento externo con el que no encontremos, los seres humanos tienen la posibilidad de elegir la forma de actuar o reaccionar frente a esta realidad (Celis, 1996). El hecho de que una persona eventualmente tenga esta capacidad, implica que puede hacerse cargo de las situaciones existenciales con las que se encuentra, incluso de aquellas que generan crisis o estrés. A raíz de esto se puede plantear que el terapeuta tendría la posibilidad de hacer frente al desgaste clínico que experimente, siendo parte de su responsabilidad, realizar comportamientos de autocuidado de una manera preventiva o paliativa.

Las investigaciones empíricas avalan la importancia del autocuidado, un ejemplo de esto es la investigación llevada a cabo por Olivares, et al., (2007) el cuál realizó una investigación con el objetivo de evaluar, la relación entre la emisión de conductas de autocuidado en psicólogos clínicos, y sus niveles de estrés traumático secundarios y depresión. Los resultados muestran que los terapeutas que realizan mayores prácticas de autocuidado, tales como: realizar actividades ligadas a la psicología diferentes a la psicoterapia, facilitar la espontaneidad en el trabajo, supervisar los casos atendidos, comunicar y recrearse con los compañeros de

trabajo, familia y amigos, practicar deporte, tener una alimentación sana y trabajar en un espacio físico adecuado, presentarían menores índices de estrés traumático secundario y depresión. A su vez Llanos-Morales & Aron-Svigilsky (2004), señalan con respecto al autocuidado que, según la evidencia, una de las estrategias descritas para amortiguar las consecuencias de la labor profesional, tales como el desgaste emocional y/o el Síndrome de burn out es la práctica del autocuidado.

Según Vidal et al., (2016) el hecho de cuidar a otros requiere una medida compensatoria por parte del profesional de la salud, para mantener su salud. En la misma línea, expone algunas de estas prácticas, las cuales serían: tener un adecuado descanso, cuidado de la alimentación, implementar estrategias para dejar de lado el trabajo en los tiempos libres, realizar técnicas de relajación y reducción del estrés, tales como la meditación, conexión con la naturaleza y prácticas espirituales. Mantener una buena higiene del sueño, encontrar un equilibrio entre el trabajo y la diversión, tener personas de confianza en las cuales se pueda apoyar fuera del trabajo, trabajar en la conciencia corporal, identificar y tratar la sintomatología asociada al desgaste, asistir a supervisión clínica y realizar ejercicios de atención plena.

En la línea de las investigaciones empíricas del autocuidado, Concha (2013) se preguntó respecto a la influencia de la experiencia de los terapeutas y la frecuencia del uso de estrategias de autocuidados, para esto entrevistó a 30 psicólogos clínicos, 16 novatos y 14 experimentados. Los resultados indicaron que los años de experiencia no influían en el nivel de autocuidado que estos tuvieran, agregando que ambos grupos utilizaban frecuentemente estrategias de autocuidado.

En este apartado se ha revisado las investigaciones teóricas y empíricas que sustentan el autocuidado, siendo considerado un elemento importante frente al desgaste y las consecuencias de este en la persona del terapeuta. Uno de estos efectos es en la propia emocionalidad que tenga el clínico, viéndose afectado en su

individualidad frente a su labor. Esto permite considerar la importancia de las formas de apego que estos tengan, ya que están relacionadas directamente con su bienestar y el efecto que las condiciones de estrés generan en ellos.

3.3 Apego

3.3.1 Bases de la teoría del apego

La teoría del apego es desarrollada en los años 60 por J. Bowlby, la cual nace a partir de sus observaciones sobre el desarrollo temprano de las relaciones que se dan entre un niño(a) y una figura vincular. Esta se debería encargar de satisfacer las necesidades de cuidado y protección que el niño requiere. Es una relación especial que le aporta al niño una experiencia de seguridad y protección con el mundo y es el cimiento que le permitiría poder separarse de sus cuidadores y explorar el entorno que lo rodea (López & Ramirez, 2005). El apego se compone por aquellos comportamientos que realiza un individuo con el fin de obtener o retener la proximidad de otra persona que considera importante (Bowlby, 1973). Esta sería una figura de apego, la cual suele ser una persona que se considera fuerte o mejor capacitado para enfrentarse al mundo (Korstanje, 2009). Este vínculo le permitiría lograr seguridad y tranquilidad en situaciones de estrés o peligro, proporcionando una base segura desde la cual el niño puede atreverse a explorar el mundo (Waters & Cummings, 2000).

Las bases del modelo propuesto por Bowlby son cuatro sistemas de conducta que están relacionados entre ellos, en primer lugar, el sistema de conductas de apego, el cual tiene relación con aquellos comportamientos que se llevan a cabo para mantener el contacto, como sería reír, llorar, u otros. Estos se activarían con el objetivo de restablecer la proximidad al percibir distancia con su figura de apego o experimentar una situación como amenazante. En segundo lugar, se encuentra el sistema de exploración, este tiene relación con la exploración del ambiente, el cual disminuiría cuando se activan las conductas de apego. El tercero es el sistema de miedo a los extraños, en el cual aumentan las conductas de apego y disminuyen las

conductas de exploración. Por último, el sistema afiliativo, el cual tiene relación con el interés que tienen los individuos por interactuar con otros, incluso con aquellos que no son vínculos significativos (Delgado, 1995)

El sistema comportamental del apego ha sido considerado un elemento de vital importancia para la sobrevivencia del niño, ya que permitiría generar las condiciones de seguridad con sus vínculos de cuidado, especialmente en momentos que este se sienta en condiciones de amenaza (Martínez & Santelices, 2005). Al respecto, Mikulincer (2018), el cual elabora la teoría del apego adulto, lo considera como un sistema motivacional de prevención, que tendría como objetivo proteger a la persona a través del despliegue de comportamientos que lo ayuden a conseguirlo, agregando que, las interacciones tempranas serían importantes en el desarrollo de la capacidad de autorregulación que tiene una persona a lo largo de su vida, pues le permitirían controlar su reacción al estrés y su capacidad de interpretar los estados mentales de sí mismo y en los demás.

3.3.2 Modelos de funcionamiento interno

En la comprensión del sistema comportamental del apego, el concepto de modelos de funcionamiento interno es fundamental según lo planteado por Bowlby (1969, citado en Feeney & Noller, 2001). Estos son producto de la calidad de las interacciones tempranas de los individuos (Fonagy, 1995) y se van solidificando o diversificando a raíz de las experiencias que estos tengan a lo largo de la vida (Collins & Read, 1994). Es así que funcionan como verdaderos mapas internalizados que permiten predecir los comportamientos de los demás y organizar la propia conducta para lograr objetivos relacionales (Feeney & Noller, 2001)

A su vez, estos modelos serían importantes en el desarrollo de la capacidad de autorregulación que tiene una persona a lo largo de su vida, pues le permitirían controlar su reacción al estrés y su capacidad de interpretar los estados mentales de sí mismo y de los demás. Esto genera que la persona desarrolle ciertas expectativas en cuanto a la naturaleza de las interacciones, lo que lo lleva a generar

comportamientos en situaciones de estrés, así una persona más segura tendrá más conductas exploratorias con su ambiente y por el contrario una persona con un apego evitativo o ambivalente tendrá un contacto más ansioso (Fonagy, 1995). En consecuencia, los modelos internalizados serían relevantes en relación a la forma de regulación emocional que tengan los individuos (Botella, 2005).

3.3.3 Estrategias secundarias

Cuando la disponibilidad de las figuras de apego ha sido inestable o escasa, es posible que se activen estrategias secundarias de apego. Según lo indicado por Mikulincer & Shaver (2008) Estas estrategias son dos:

- Hiperactivación: Esta tiene como objetivo conseguir que la figura de apego percibida como poco disponible o insuficientemente responsable, tome mayor atención y proporcione protección o apoyo. Para esto la persona podría genera hipervigilancia en la relación y esfuerzos fuertes por mantener la proximidad, lo cual está marcado por altos niveles de dependencia, demandas excesivas de atención y cuidado, generando comportamientos que buscan minimizar la posible distancia de las figuras de apego.
- Desactivación: En esta la persona inhibe la estrategia primaria que sería la búsqueda de proximidad de los otros, es decir, desestima su necesidad de disponibilidad de la figura de apego. El objetivo de la desactivación es obtener lo que necesitan mientras mantienen distancia y una “autosuficiencia compulsiva” y negar la necesidad de apego, evitando los estados emocionales que pudieran ser negativos y eventualmente desencadenar la activación del sistema de apego.

3.3.4 Evaluación del apego

El desarrollo de la teoría del apego, ha implicado que se busquen diversas formas de evaluar el constructo del apego, lo cual ha generado dos líneas de investigación importantes que se han basado en los modelos representacional y

comportamental del apego. Esto conlleva establecer sistemas de clasificación categoriales y/o dimensionales en la variedad de instrumentos que se han elaborado. El modelo representacional suele utilizar entrevistas, por otro lado, el comportamental utiliza generalmente cuestionarios e inventarios de auto reporte. (Martínez & Santelices, 2005).

Los instrumentos son diversos e incluso se ha generado controversia acerca de validez de estos, en relación a los constructos del apego que están a la base, poniendo en cuestionamiento elementos como, la gran diferencia que podría existir en la evaluación de un infante, en el que se activa su comportamiento de apego frente a una situación peligrosa, en contraposición de un adulto que responde un cuestionario. Aún con lo anterior, existen evidencias empíricas que le han otorgado cada vez mayor sustento a la evaluación de este constructo, siendo relevante considerar el medio para el cuál se va a utilizar, según los objetivos y planteamientos a la base que tenga la investigación (Martínez & Santelices, 2005)

El cuestionario de auto reporte de Brennan, et al., (1998) nos permite ilustrar una forma de evaluar el apego, ellos elaboraron un cuestionario de auto reporte que describe dos dimensiones del apego romántico: la ansiedad y la evitación. La primera se refiere a la preocupación que tenga una persona por ser abandonada o rechazada en las relaciones de pareja, la segunda se asocia al grado en que la persona evita situaciones de intimidad y cercanía en las relaciones de pareja. Esto da cuenta de la posibilidad de evaluar el apego desde categorías tales como: seguro, ansioso, evitativo, desorganizado. Por otro lado, también es posible referirse, desde una perspectiva dimensional, como orientación en el apego, considerando que este podría variar en el tiempo y puede comprenderse como un continuo. Esto permite considerar que la orientación en el apego que tenga una persona puede ir variando, según la situación vital en la que se encuentre, como también en las distintas relaciones que sostenga.

Según lo planteado en este apartado, existen variadas formas de evaluar el apego, sin embargo, los investigadores pueden tomar una decisión para cumplir con los objetivos de su estudio (Martínez & Santelices, 2005). Es así que la presente investigación adopta una perspectiva dimensional del apego, pese a que se cite literatura de referencia, en la cual el abordaje es categorial.

3.3.5 Apego en la adultez

Durante la infancia, se establecen lazos con los padres o cuidadores, a los que se puede acudir en momentos que se necesita consuelo, apoyo o protección, generando en el individuo experiencias de disponibilidad o no disponibilidad de las personas significativas. Durante la adolescencia y la adultez, estos vínculos suelen permanecer y son complementados por otros nuevos, sin embargo, la necesidad sigue siendo la misma, buscar protección o consuelo en otro significativo. El comportamiento de apego se basa en los modelos representacionales que han internalizado los adultos de estas experiencias primarias, siendo estables en el tiempo, sin embargo, pueden ir cambiando durante el desarrollo de la vida adulta (Bowlby, 1995). En otras palabras, se puede decir que las experiencias tempranas influyen en el sistema de apego que tiene la persona en la adultez, el cual se activaría frente a situaciones que sean percibidas como estresantes para este. En el caso de los terapeutas se podría considerar que ante una situación de estrés o amenazante, tal como es la pandemia por el virus del COVID-19, se activaría el sistema de apego.

Según Weiss (1994) uno de los elementos importantes de la teoría del apego planteada por Bowlby, es que las relaciones amorosas se podrían considerar figuras de apego. Esto es relevante ya que le permite realizar una crítica en cuando a que, en los infantes, el comportamiento de apego siempre es hacia alguien considerado más fuerte o sabio, sin embargo, en la adultez, las relaciones de pareja no se dan de esa manera, sino más bien desde un mismo nivel de simetría. Esto permite que ambos individuos en la relación, puedan expresar la necesidad que tienen y, por ende, esperar que el otro responda.

Los cambios entre infancia y adultez del comportamiento de apego, permiten hipotetizar que este permanece, pero que sus características van cambiando. Es por esto que, para considerar una relación como una figura de apego, se debe tener en cuenta los principios de la teoría del apego, siendo uno de ellos, que la pérdida de este tipo de vínculos generaría angustia en la persona. Por lo tanto, desde este punto de vista, es pertinente considerar que incluso algunos vínculos de amistad, podrían llegar a ser figuras de apego, en especial si se considera que la presencia de figuras de apego aumenta la seguridad, incluso en ausencia de amenaza (Weiss, 1994).

En relación al apego adulto Feeney & Noller (2001) indican que las investigaciones han reforzado la idea de que las funciones que tiene la conducta de apego en los niños son parecidas en los adultos, y que sería válido hablar en estos de: búsqueda de proximidad, protesta de separación, base segura y refugio seguro. Agregando además que también se ha dado cuenta de que las diferencias que existirían en los estilos de apego, podrían ser más acentuadas bajo condiciones de estrés.

A su vez, los autores plantean que existirían diferencias en relación a la regulación de los afectos, según el estilo de apego que se manifiesta. Es así que las personas más seguras suelen reconocer su estrés y frustración, afrontando sus emociones de una manera más constructiva, sin reprimirlas ni expresarlas de manera desregulada, si no que más bien están abiertos a conversar de ellas, expresarlas y pedir el apoyo de los demás cuando lo necesitan. Por otro lado, las personas evitativas tendrían una tendencia a minimizar o negar sus reacciones emocionales y mostrarlas en menor medida, teniendo además una menor prestancia a generar relaciones cercanas en general y a hacer revelaciones íntimas sobre sí mismos. Incluso podrían tener dificultades en pedir ayuda a profesionales de la salud. Finalmente, las personas ansiosas-ambivalentes, serían menos conscientes de sus reacciones emocionales, y al mantener elevados niveles de ansiedad, suelen vivenciar las situaciones con mayor intensidad emocional que las

demás, generándoles mayor estrés. Suelen tener una necesidad elevada de aprobación de los demás, dejando de lado sus propias necesidades. (Feeney & Noller, 2001)

Pese a lo anterior los autores también indican que existirían ciertas condiciones que podrían promover el cambio en la forma de relacionarse e interpretar las relaciones en las personas, lo cual estaría asociado a las experiencias tanto positivas como negativas que pueda tener, por esto mantener una relación significativa estable, podría modificar o cuestionar los modelos internos que existen en el individuo, generando mayor seguridad y/o menos ansiedad, por el contrario una relación inestable y conflictiva podría aumentar su desconfianza e inseguridad. Un elemento que también podría mediar en esto, sería la forma en que la persona comprende e interpreta sus experiencias pasadas, lo cual podría promover el cambio. Así una intervención terapéutica que ayuda a comprender una experiencia de ruptura de forma diferente, en relación a sí mismo y los demás, podría colaborar en este cambio (Feeney & Noller, 2001).

Las bases teóricas y empíricas, permiten considerar que la teoría del apego y el autocuidado no estarían tan alejados, y parecieran tener el punto de encuentro en que ambos constructos, están asociadas al cuidado de la persona. Aunque, el primero desde un punto de vista socioafectivo y el segundo desde una perspectiva multi dimensional. Es esta relación la que sustenta llevar a cabo investigaciones descriptivas que permitan profundizar las características del autocuidado según la dimensión de apego de los terapeutas.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, la cual tiene como objetivo identificar aquellas cualidades, características específicas o dimensiones del fenómeno que se quiere investigar (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). En este caso sería coherente con el objetivo de caracterizar las experiencias de autocuidado en pandemia que tienen los terapeutas humanistas en función de su orientación en el apego.

4.2 Diseño

Para esta investigación se optó por realizar un diseño mixto, por lo cual la primera etapa fue cuantitativa. Al respecto Hernández, Fernández & Baptista, 2014, indican que el enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos con el fin de medir numéricamente, establecer pautas de comportamientos y probar teorías. Es así que para este estudio se utiliza como una forma de filtrar numéricamente a los participantes, en un grupo más reducido, en base a los resultados de la dimensión de ansiedad en el apego.

Los resultados obtenidos de la primera etapa, permitieron proseguir con la segunda fase, la que fue de carácter cualitativa. Esto es pertinente con los objetivos, ya que según Olabuénaga (2012) Este enfoque permite captar y conocer desde la perspectiva de los propios protagonistas lo que queremos investigar. Esto se condice con el interés de esta investigación de conocer las experiencias de autocuidado de los propios terapeutas. En la misma línea se contemplará una perspectiva fenomenológica de acercamiento a lo investigado, la cual busca conocer las experiencias vividas desde la perspectiva del sujeto y comprenderlas en su complejidad (Fuster, 2019).

4.3 Participantes

- a. Los participantes de la primera etapa fueron 27 terapeutas, de profesión psicólogo/a. Ellos tenían una edad promedio de 36 años (D.E. = 9,71), de los

cuales la edad mínima fue de 23 y máxima de 61 años. Atendían en promedio 18 horas semanales (mínimo = 0 y máximo = 44 horas). El promedio de experiencia clínica de la muestra fue de 8,98 años (D.E. = 7,55 y mínimo = 1 y máximo = 30 años). Del total de participantes, 18 fueron de género femenino y 9 masculino.

Los criterios de inclusión para esta investigación fueron que todos fueran terapeutas, que tengan titulación en psicología y que adscriban como enfoque teórico a la psicología humanista, que se encuentren realizando atención clínica de manera online o presencial. En cuanto a los criterios de exclusión se determinan que no podrán participar psicólogos que no estén realizando atención clínica y personas que estén cursando cuadros de duelo, depresión y/o ansioso, como también aquellos que estén viviendo procesos emocionalmente difíciles y/o que sientan la necesidad de acudir a un especialista médico en busca de tratamiento.

La cantidad de participantes no busca generar una representatividad numérica específica, tal como se podría hacer en una investigación probabilística, sino más bien recopilar las diferentes vivencias que los participantes tienen en relación al objetivo de investigación que se ha planteado (Ruiz Olabuénaga, 2012).

- b. En la segunda etapa se seleccionaron ocho terapeutas, según los resultados obtenidos en la subescala de ansiedad en el apego de la Escala Revisada de Apego Adulto (Collins, 1996). Esta submuestra quedó conformada por ocho terapeutas de 27 a 59 años edad, con una edad promedio de 35,96 (D.E. 8,40). Estos realizaban en promedio 14,5 (D.E. 10,09) horas de atención clínica (mínimo = 6 y máximo = 22,5 horas). A su vez contaban una con una experiencia clínica promedio de 8,81 (D.E. 6,99) años (mínimo = 1,5

y máximo 30 años). La muestra quedó conformada por 4 participantes de género masculino y 4 femenino, de los cuales todos indicaron haber estado atendiendo de manera online gran parte del periodo de pandemia por el virus del Covid-19.

Todos los participantes eran de nacionalidad chilena y tres de ellos en el momento de la entrevista, se encontraban fuera del país por distintos motivos. A su vez, todos declararon trabajar desde una orientación teórica humanista, lo cual era requisito para participar del estudio.

Tabla 1: Información sociodemográfica y datos clínicos generales en relación a los terapeutas entrevistados en la etapa 2.

ID	Género	Edad	Formación Clínica (Enfoques)	Años de Práctica Clínica	Cantidad aprox. de horas de atención semanales
4	Femenino	32	Gestalt	11 años	22,5
2	Femenino	32	Humanista-existencial	5 años	15
23	Femenino	46	Humanista- experiencial	13 años	20
3	Femenino	27	Humanista existencial	15 años	10
6	Masculino	30	Humanista existencial	2 años	7,5
24	Masculino	30	Humanista existencial	5 años	20
25	Masculino	28	- Gestalt Humanista Existencial	3 años	15

Humanista -

22	Masculino	59	existencial Gestalt	30 años	6
----	-----------	----	---------------------	---------	---

4.4 Instrumentos

Los instrumentos que se aplicaron en la primera etapa de esta investigación son:

- a. Primera etapa: En la primera etapa se aplicaron dos escalas de evaluación de apego, una de ellas es la Escala Revisada de Apego Adulto (Collins, 1996). La cual mide el apego relacional a través de tres dimensiones: cercanía, dependencia y ansiedad. Esta escala ha sido adaptada al contexto chileno y presenta una consistencia interna mayor a .73 ($\alpha > .73$) (Fernández & Dufey, 2015). La otra escala que se aplicó fue el Cuestionario de Experiencias en Relaciones Cercanas (ECR, Brennan, Clark y Shaver, 1998) la cual ha sido validada en Chile y evalúa dos dimensiones del apego romántico adulto, la evitación y la ansiedad (Spencer et al., 2013).
- b. Segunda etapa: En la segunda etapa se realizó una entrevista semiestructurada, la cual se compone de una guía de preguntas que el entrevistador va realizando y que, al ser semiestructurada, permite agregar preguntas que se estimen necesarias, para ampliar y precisar la información que se está obteniendo (Hernández Sampieri, 2016). Esto permite que se pueda ir construyendo el significado a través de esta conversación, con esto ir revelando el fenómeno a investigar. La entrevista permite obtener los significados atribuidos de la mano de los propios entrevistados, desde su experiencia (Merlinsky, 2006). Esta se realizó a través de la plataforma digital Zoom que permite videollamadas.

4.5 Procedimiento:

En la primera etapa se invitó de manera abierta a 27 participantes que cumplieran con los criterios de inclusión. Esta invitación se realizó a través de muestras en cadena o por redes, en donde se identifican participantes de interés para la investigación y

desde los cuales se pregunta si conocen a alguien que puede ser incluido en la investigación, a los que luego se contacta para evaluar su inclusión (Martínez-Salgado, 2012). Las personas que aceptaron participar en la investigación, recibieron un correo con un link que los invitaba a responder la evaluación a través de la plataforma online de Google Formularios, en ella pudieron encontrar el consentimiento informado, el que, una vez aprobado por ellos, les permitió completar la Escala Revisada de Apego Adulto (Collins, 1996) y el Cuestionario de Experiencias en Relaciones Cercanas (Brennan, Clark y Shaver, 1998).

Los datos obtenidos fueron revisados con los criterios de corrección que tiene cada una de las escalas, estableciendo la ansiedad en el apego que tiene cada uno de los participantes. Debido a que existió un error en la que se omitió una pregunta del Cuestionario de Experiencias en Relaciones Cercanas (ECR, Brennan, Clark y Shaver, 1998), se optó por utilizar solamente la Escala Revisada de Apego Adulto (Collins, 1996). En base a los resultados de esta escala y a que algunas personas indicaron que estaban interesadas en participar en la segunda etapa, se conformaron dos grupos de cuatro terapeutas cada uno, los cuales presentaron en relación al grupo, mayor y menor puntajes en la subescala de ansiedad de esta escala, buscando obtener participantes lo más diferenciados posible. De los seleccionados una persona no cumplía con los criterios de selección y con otra no se logró establecer comunicación, por lo cual se eliminaron y se incluyeron las dos personas siguientes en el puntaje de ansiedad.

Los participantes de la segunda etapa, fueron contactados vía WhatsApp para coordinar la entrevista. Una vez que se estableció la comunicación y que ellos ratificaron querer participar, se les envió un correo formalizando la invitación. El mensaje enviado incluía, además, el consentimiento informado para participar en la segunda etapa y el horario acordado. Tras recibir la aceptación del consentimiento informado de los participantes, se realizó la entrevista a través de la plataforma de Zoom.

Los participantes de la segunda etapa fueron contactados vía WhatsApp para coordinar la entrevista, una vez hecho establecida la comunicación y que ellos ratificaron querer participar en esta etapa, se les envió un correo formalizando la invitación, incluyendo el consentimiento informado y el horario acordado. Tras recibir la aceptación del consentimiento informado de los participantes, se realizó la entrevista a través de la plataforma de Zoom. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 54,5 minutos, siendo la de mayor duración una hora y quince minutos y la menor de 43 minutos. Dos de los participantes se encontraban de manera esporádica en Estados Unidos para el momento de la entrevista, sin embargo, el ID 4 tuvo problemas de conexión, lo cual entorpeció en algunos momentos la comunicación. La participante con ID 4, se había mudado recientemente a Argentina. Se optó por contratar la versión premium de la aplicación Zoom, para eliminar la limitación de 40 minutos para usuarios gratuitos con los que contaba esta, al momento de realizar las entrevistas.

4.6 Análisis de datos

La información recopilada se analizó cualitativamente a través de un proceso de análisis de contenido, el cual es un conjunto de técnicas que permiten el análisis de la comunicación y para esto se utilizaron procedimientos sistemáticos que permiten organizar y comprender el contenido de los mensajes (Bardin, 1991). Este proceso se realizó según lo indicado por Cáceres (2003) a través de los siguientes pasos:

1. Selección del objeto de análisis dentro de un modelo de comunicación: el objeto de estudio que se ha delimitado tiene relación con las experiencias de autocuidado que tienen los terapeutas que participan en la investigación.
2. Preanálisis: se trata de un proceso basado en la intuición de pre organización de la información, en donde se van estableciendo ideas o puntos centrales en la medida que se va revisando los resultados de la entrevista. Este proceso se llevó a cabo durante el transcurso de la entrevista y la transcripción, en donde el investigador fue realizando un proceso de reflexión

acerca de los elementos que le llamaban la atención en relación a las respuestas obtenidas de los participantes.

3. La definición de las unidades de análisis: las unidades de análisis son aquellos trozos de contenido sobre los cuales luego se establecerán categorías y se van agrupando según el sentido que el mensaje entrega. Esto se realizó desde las transcripciones, al establecer fragmentos que podrían ser relevantes para conocer la experiencia de autocuidado de los terapeutas.
4. Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación: es el proceso en el cual se agrupa la información obtenida a través de la entrevista en códigos que reúnen las ideas, conceptos o temas similares. Los códigos suelen ser frases, palabras o párrafos completos, los cuales van tomando forma desde lo micro a lo macro, es decir desde unidades de contenido que representan una idea particular a incluso generar etiquetas o categorías más complejas. La regla de análisis se establece según la agrupación y el establecimiento de criterios de inclusión en el ordenamiento de la información. Este ordenamiento se llevó a cabo a través del análisis de manera aislada por cada entrevista, estableciéndose de manera inductiva comentarios iniciales acerca del fragmento seleccionado y posibles categorías emergentes.
5. Desarrollo de categorías: las categorías agrupan en códigos establecidos a raíz de las unidades de análisis en un proceso que va desde lo micro (unidad de análisis) a lo macro (categorías), incluso se pueden establecer subcategorías que serían un nivel intermedio de abstracción entre la categoría y la codificación. Para esto se realizó una matriz de contenido, en la cual se agruparon todos los datos obtenidos, estableciéndose categorías y subcategorías, bajo el criterio del grado de relación que tuvieran las diferentes unidades de contenido establecidas.
6. Integración final de los hallazgos: en este se integró la información obtenida del proceso de análisis de contenido con el objetivo de esta investigación,

este proceso se realizó a través de la inmersión que se llevó a cabo en los datos y la lectura recursiva, para comprender, explicar, interpretar y en última instancia dar sentido en función del planteamiento del problema de investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). En esta investigación, para enriquecer este análisis se dispuso de grupos según la dimensión de ansiedad en el apego, por un lado, aquellos que presenten un nivel mayor de ansiedad en el apego y otros que tengan un menor nivel. A raíz de esto se realizaron comparaciones, las cuales según Flick (2007) se pueden llevar a cabo en diferentes niveles: dentro de una categoría, dentro de un caso y entre casos. En esta investigación se realizaron comparaciones a raíz de las categorías establecidas, considerando y explicitando en los resultados las posibles diferencias que existieron en los dos grupos en base a la orientación en el apego. El objetivo de esto es buscar similitudes y diferencias que permitan enriquecer los resultados y responder a la pregunta de investigación.

5. RESULTADOS

5.1 Resultados etapa 1

Los resultados obtenidos de la aplicación de la evaluación del apego de los participantes es la siguiente:

En la aplicación de la Escala Revisada de Apego Adulto (Collins, 1996), se obtiene como resultado en la subescala de ansiedad 12,74 (D.E 5,30), cercanía 24,74 (D.E 3,86) y dependencia 22,37 (D.E 4,90). En comparación con el estudio de referencia llevado a cabo por Fernández y Dufey (2015) en el cual se obtuvieron en la subescala de ansiedad 15,13 (D.E. 5,79), cercanía 21,76 (D.E 4,39), dependencia 18,23 (D.E. 4,23).

Los resultados obtenidos indican que, en cuanto a la ansiedad en el apego, la muestra de esta investigación presenta, en promedio, menor ansiedad a la de la población utilizada en el estudio de referencia. En la escala AASR, la evitación en el apego es evaluada de manera inversa por las dos subescalas de cercanía y dependencia. Por lo tanto, a mayores puntajes en ambas escalas, menor evitación. Comparando con el estudio de referencia la evitación de los participantes de esta etapa es menor.

De esta evaluación se seleccionaron ocho terapeutas para pasar a la segunda etapa de la investigación y se dividieron en grupos de mayor y menor ansiedad en el apego. Los resultados que tuvieron en este grupo se presentan en la tabla 2.

Tabla 2: Resultados descriptivos de la muestra del estudio 2 según pertenencia al grupo de alta y baja ansiedad y estudio de referencia.

Dimensiones	Alta ansiedad	Baja ansiedad	Muestra total	Rango total	Fernández y Dufey (2015)
Ansiedad	19,75 (2,06)	8,00 (0,81)	13,88 (6,45)	6 - 28	15.13 (5,79)
Dependencia	17,00 (2,94)	20.75 (6,13)	18.88 (4,88)	12 - 28	21.76 (4,39)
Cercanía	21,75 (3,50)	21,5 (5,68)	21,64 (4,37)	15 - 30	18.23 (4,23)

Nota: Puntajes entre paréntesis corresponden a desviación estándar.

Los resultados obtenidos permiten considerar que, en primer lugar, la muestra total de personas que respondieron a las escalas, tiene menor ansiedad y evitación que las dos poblaciones consideradas en las investigaciones de referencia. En segundo lugar, que la muestra seleccionada para la etapa 2, manifiesta una considerable diferencia intergrupala en la ansiedad en el apego.

5.2 Resultados etapa 2

En este apartado se dará cuenta del análisis y sistematización del material recopilado a partir de las entrevistas realizadas a los ocho terapeutas humanistas. A partir de esta, se han construido nueve categorías, las cuales emergen de las

convergencias que existen entre las distintas narrativas entregadas por los participantes.

A continuación, se presenta una tabla de resumen de las categorías y subcategorías que se elaboraron:

Categoría	Sub categorías
Desgaste del terapeuta	Atención online
	Sobrecarga laboral
	Crisis de los pacientes
	Experiencia de crisis compartida
	Estrés, cansancio y preocupación a raíz del trabajo clínico
	Desmotivación del terapeuta
Dificultades asociadas a las restricciones en pandemia	
Cuidarse desde los espacios personales	
Apoyo en vínculos significativos	
Búsqueda de espacios profesionales	
Redefiniendo los propios límites	
Experiencias de seguridad, calma y contención	
Apoyo desde la presencia y la escucha	
Cuidado de los vínculos cercanos	

5.2.1 Desgaste del terapeuta

Los resultados obtenidos en la categoría de desgaste del terapeuta, evidencian que, del total de terapeutas, siete indicaron haber experimentado algún nivel de desgaste a raíz del trabajo clínico en contexto de pandemia. Las causas de estas fueron diversas y están relacionadas con las videollamadas, sobrecarga laboral, intensidad emocional de las consultas y no tener espacios de contacto presencial con pacientes, colegas o amistades.

Los relatos dan cuenta de que el contexto de pandemia fue relevante en las vivencias de desgaste que estos percibieron. A su vez, esto generó la pérdida de espacios personales y profesionales, cambios en su forma de atender y en efecto, sintomatología asociada al desgaste como: cansancio, estrés, problemas físicos, sobrecarga, desmotivación, insomnio, estrés, irritabilidad, preocupación, frustración, angustia e impotencia. Cabe destacar que esta es la totalidad de las experiencias de los participantes que percibieron desgaste, y que la forma en que se presentaba en cada uno era diferente, sin embargo, se puede observar una tendencia a experimentar desde tres sintomatologías en adelante.

En relación a la diferencia entre la submuestra de mayor y menor ansiedad, se puede considerar que, a excepción de un participante que indicó no haberlo experimentado, ambos grupos presentaron desgaste, siendo a su vez, las consecuencias de este, bastante similares.

Finalmente, se establecieron seis subcategorías, las cuales son: atención online, sobrecarga laboral, crisis de los pacientes, experiencia de crisis compartida, estrés, cansancio y preocupación a raíz del trabajo clínico y desmotivación del terapeuta.

5.2.1.1 Atención online

Algunos terapeutas indicaron haber experimentado un desgaste asociado a la pérdida de la atención presencial y la realización de la atención online, la cual se realizaba a través de videollamada. Asimismo, el desgaste se vinculó a que la atención clínica, era llevada a cabo en lugares personales que no eran propiamente

destinados al trabajo antes de la pandemia, tales como la propia habitación o el living de la casa. Esto generó dificultades como sentir la habitación cargada e insomnio, como también perder espacios habituales de distensión o descanso laboral, en los cuales se ofrecía un café o se compartía con algún colega o amiga.

“me pasa mucho que echo de menos estar en una consulta, en un espacio particular, yo atiendo en el living de mi casa, eso de poder separar los espacios de trabajo con los espacios de vivir, eso ha sido difícil” (ID 2)

Adicionalmente la participante considero que tenía la sensación de que la pieza estuviera “cargada”, lo cual le generó insomnio en el inicio de las atenciones online.

“al principio sobre todo me pasó que me costaba dormir porque sentía mi pieza muy cargada, como de trabajo, muy cargada de como así energía como más pesada, entonces me costaba dormir, me costaba dormir, estuve con insomnio un rato” (ID 2)

Un elemento de la atención online que influía en este desgaste era el hecho de atender y prestar atención a la pantalla durante varias horas, incluso considerando que esta sería más agotadora que realizarla de manera presencial.

“el tema de las pantallas me cansó mucho, yo creo que es un tema, así como muy físico que es como la vista se me cansa, al principio yo partí atendiendo bloques largos de atención, atendía no sé, cuatro días seguido, seis pacientes seguido, entonces estaba 6 horas sin contar que antes por ejemplo revisé las sesiones o planifiqué tal cosa” (ID 3)

Este desgaste también estaba asociado a la pérdida de la presencialidad en la atención clínica, ya que, en esta, solían haber momentos de distensión entre pacientes, en los cuales se ofrecía un café o se compartía con algún colega o amiga.

“como tener una rutina de no salir, trabajaba como a 40 minutos de mi casa, entonces salía iba me compraba un café, después me juntaba con una amiga que atendía cerca, no siempre, pero había una cosa de, voy a hacer mi vida y tengo una rutina y tengo un espacio, tengo mi consulta, pongo música, pongo un olor que me ayudaba mucho a mantenerlo como un espacio de trabajo y no como un espacio mezclado con todo lo demás y eso que esté tan mezclado al principio, porque he logrado separarlo, me desmotivó mucho porque estaba muy sobrecargada” (ID 2)

5.2.1.2 Sobrecarga laboral

Algunos de los terapeutas manifestaron haber experimentado sobrecarga laboral durante la pandemia, lo cual se generaba a raíz de la intensidad con que los pacientes llegaban a la consulta y haber llevado jornadas extensas de atención psicológica, muchas veces pasando a llevar sus propios límites horarios. Esto causó en ellos consecuencias físicas y emocionales, siendo alguna de ellas: excesivo cansancio, pérdida de energía vital, estrés, incomodidad, agobio y/o molestias corporales. Lo anterior se puede observar en la siguiente cita:

“me llené de trabajo, entonces estaba muy estresada, como que no tenía mucho tiempo para reflexionar sobre mí, estaba muy enfocada en los otros.” (ID 4)

A su vez, una participante hace alusión a que el desgaste se generaba a raíz de la intensidad de la consulta y la pérdida de límites horarios:

“el año pasado diría también que hubo un momento que quizás a esta misma altura del año, que estaba muy intensa la consulta y terminaba muy cansada, terminaba hasta muy tarde, aparte acá tengo una hora más, entonces de repente voy a atender a algunas personas que salían del trabajo, trabajaba hasta las 10, que nunca fue mi política, entonces y partiendo muy temprano también, entonces ahí hubo un desgaste, si, importante.” (ID 2)

5.2.1.3 Crisis de los pacientes

De acuerdo con lo manifestado por algunos de los terapeutas, el desgaste se producía debido a la intensidad emocional con la cual se encontraban los pacientes en consulta y las crisis que estos tenían, lo cual aumentaba la demanda hacia el profesional. Esto generaba cansancio, sentirse abrumado y dificultades para cuidarse en esos momentos. Lo anteriormente expuesto se puede visualizar en la siguiente cita:

“hubo un tiempo en que toda la gente, no todos, la mayoría estaba con muchas crisis, crisis de angustia, crisis de pánico, como que cuando todos los pacientes se te juntan y están todos medios desbordados, ese nivel de cansancio” (ID 4)

A su vez, una terapeuta agrega que se sintió abrumada a raíz de la angustia de los pacientes:

“un periodo de estar muy cansa, muy muy cansada eh, estar muy abrumada porque el nivel de angustia de los consultantes estaba super intenso” (ID 2)

Adicionalmente, algunos terapeutas indicaron que el desgaste se generaba a raíz de no saber cómo abordar las temáticas que traían los consultantes al espacio

terapéutico, un ejemplo de esto es lo indicado por el ID 24, tal como se muestra continuación:

“desgaste a nivel de pacientes o temáticas en particular, como te decía, bueno y yo creo que a día de hoy todavía lo siento, un desgaste, tiene cierto desgaste a veces el atender, el toparse con casos que de repente uno no sabe cómo abordar o cómo esto de la tolerancia a la frustración, que de repente uno siente que iba tan bien y pasa alguna cosa o a los mismos pacientes les pasan cosas bastante terribles durante el periodo de la pandemia, hubieron muchas muertes COVID, mucho trabajo con duelo COVID y eso por lo menos” (ID 24)

5.2.1.4 Experiencia de crisis compartida

En relación al desgaste, los terapeutas indicaron estar lidiando con experiencias de crisis similares a la que estaban viviendo los pacientes, las cuales estaban asociadas al contexto de pandemia y las limitaciones derivadas del aislamiento social, esto se puede observar en lo indicado por uno de los participantes que se cita a continuación:

“había varios pacientes que me hablaban de situaciones de pandemia, eran situaciones que yo también estaba viviendo y desde ahí igual era como angustiante, también para mi lidiar con eso en terapia” (ID 6)

A su vez, una de las terapeutas agrega que tanto ella, como el paciente, se encontraban en crisis durante la pandemia, es así que indica:

más encima en crisis, uno estaba en crisis y las personas estaban en crisis, así que fue bastante desgastante. (ID 3)

Esto también en una participante se mezclaba con situaciones personales a raíz de su hija, la cual también estaba desgastada, por lo cual debía sostener diversas situaciones de su vida personal, cotidiana y profesional.

me pasó también que, en pandemia, bueno mi hija tiene 10 años y estaba en tercero básico cuando partió todo esto, entonces fue como estar trabajando mientras ella estaba en clases y ella igual estaba muy quemada por las mismas clases online y yo también por el trabajo online, entonces como que mezclar la pega, la maternidad, la casa, como todos los espacios mezclados igual fue como complejo (ID 3)

5.2.1.5 Estrés, cansancio y preocupación a raíz del trabajo clínico

A raíz del trabajo clínico, algunos terapeutas percibieron desgaste, el cual estaba asociado a tener que lidiar con la frustración y el cansancio propio de la labor profesional. Esto generó en ellos estrés, irritabilidad y preocupación. Lo anterior se puede observar en la siguiente cita:

Si, cansancio, de repente ganas de no atender, como irritabilidad, como de repente como que me he enojado con pacientes, como ya ah, es como poca paciencia o de repente falta de comprensión (ID 23)

En cuanto a la preocupación por los pacientes, uno de los participantes indica:

“O de repente un caso que de repente pasa algo y me deprimía un día por eso así que eso” (ID 25)

Adicionalmente, algunos indicaron que la labor clínica en si es cansadora, como lo podría ser cualquier trabajo que requiere atención y concentración

“el desgaste está, o sea es un trabajo que, como todo trabajo, cansa y por mucho que me encante mi trabajo y amo atender cachay? eh, me canso po, me canso igual, a veces quedo realmente exhausto después de atender, pero he aprendido de a poco que es lo que me hace falta para poder lidiar con ese desgaste.” (ID 6)

5.2.1.6 Desmotivación del terapeuta

Algunos participantes relataron haber experimentado desmotivación en su labor clínica, lo cual estaba asociado al desgaste percibido a raíz de la falta de presencialidad, sentirse sobrepasados y las limitaciones propias que implica el ser terapeuta. Lo anterior se puede ver reflejado en la siguiente cita:

“yo creo que la tele atención si me afectó, como que me sobrepasó y no, honestamente igual me desmotivó un poco” (ID 3)

Adicionalmente, un terapeuta se sintió decepcionado de la profesión:

“Yo diría que si hubo un hubo momentos uno o dos principales donde eh me me fui sintiendo eh limitado respecto a lo que puede hacer un psicólogo clínico y me fui decepcionando de la de la profesión” (ID 25)

5.2.2 Dificultades asociadas a las restricciones en pandemia

Los resultados agrupados en esta categoría, indican que los y las terapeutas vieron afectadas sus labores cotidianas, lo cual estaba relacionado con las restricciones sociosanitarias, siendo la más relevante, las que tenían relación con el aislamiento social. En este mismo contexto, experimentaron la pérdida de espacios de reunión con amistades y equipos de trabajo. Lo anterior conllevó que los

participantes se aislaran de grupos de personas y actividades que les eran importantes para su recreación y labor clínica, generando consecuencias a nivel emocional, social y profesional. En relación a esto, algunos indicaron haber sentido preocupación por sus familiares, irritabilidad, incertidumbre, estrés, miedo y agotamiento.

Por otro lado, en cuanto a la diferencia entre el grupo de mayor y de menor ansiedad, se puede establecer que, a excepción de un terapeuta que no manifestó dificultades asociadas a las restricciones, todos los demás si las tuvieron, siendo la más problemática la del aislamiento social. Esto último se puede ver reflejado en la siguiente cita:

“chata del encierro, de las malas noticias, como que, no fue bonito, lo más bonito fue volverme a reencontrar con la familia, pero todo lo demás el espacio social, amoroso, como que no, como que todo se cerraba mucho y se aislaba mucho” (ID 4)

Una participante describe la situación de aislamiento como asfixiante, lo cual da cuenta de lo difícil que fue para ella.

“esta cosa del encierro, eso para mí fue como lo más asfixiante, de no poder moverme con mucha libertad” (ID 2)

En relación a las restricciones de movilidad, un participante indica que esto le afectó en cuanto a poder asistir al funeral de su madre.

“Bueno una de las cosas justamente la imposibilidad de poder haber ido, con mi tema de la muerte de mi mamá, haber ido a España.” (ID22)

En cuanto a la pérdida de los espacios profesionales, una participante agrega:

“Yo creo que la pérdida del espacio social lo resentí mucho, claro cómo, no sé, como que yo igual me imaginaba el egresar y trabajar en el centro que quería trabajar y tener contacto con mis colegas, tener una cotidianeidad, cachay, como con más personas, con un equipo, y eso estaba solamente sustentado como por lo virtual, entonces igual me sentía un poco yo creo desconectada de la presencia, la falta de presencia de más personas, es lo que yo creo que más me afectó, el elemento más difícil.” (ID 3)

5.2.3 Cuidarse desde los espacios personales

La utilización de los espacios personales como parte de su autocuidado, ha sido un elemento importante para los terapeutas que participaron en esta investigación, esto implicó que llevaran a cabo comportamientos que les facilitaran su cuidado personal y profesional. Algunos de las actividades realizadas tenían relación con el ejercicio físico, recrearse, mantener una correcta higiene del sueño, realizar actividades de introspección y asistir a terapia psicológica. De acuerdo con lo reportado por los participantes, esto colaboraba en su salud mental, física y emocional.

Por otro lado, los grupos formados con relación a la ansiedad en el apego no presentaron diferencias significativas asociadas al cuidado desde los espacios personales. Por el contrario, se puede evidenciar similitudes, en cuanto a que la

actividad física, recreativa y la realización de terapia, fueron utilizadas por la mayoría de los participantes.

Respecto a la importancia que tuvieron los espacios personales, un participante indica que:

“siento que en particular la actividad física si tiene mucho con la estabilidad emocional, con el bienestar emocional, con la salud mental porque no somos solo cabeza, entonces a veces pensamos, pensamos y pensamos que podemos resolver todo y el cuerpo sigue ahí sentado de alguna forma también pasando la cuenta de lo que es el sedentarismo, entonces, el activarse a uno, es súper rico en especial si es que uno lo hace en espacios nuevos, que te desafíen, que te entreguen algo” (ID24)

Adicionalmente agrega que estas actividades no solo tienen que ver con el placer, sino que también con un hacerse cargo de lo que necesita en función de su bienestar.

“el autocuidado no es solamente como o esto del placer y del darse espacios, y como hacer lo que tú quieras y ver Netflix, sin o que también lo veo como el espacio de hacerse cargo, ahí es donde entra el deporte, entran las relaciones personales y entra también para mí también es autocuidado estar con ciertas rutinas” (ID24)

A su vez, una de las participantes destaca la importancia de cuidar estos espacios como terapeuta.

“como que me hiciste recordar como lo que fue importante para mí, en un periodo tan difícil como fue la pandemia, mi papá, la danza, son pilares y creo que es importante cuidar esos espacios como terapeutas” (ID 4)

En la misma línea, algunos implementaron ejercicios de introspección que les permitían lidiar de mejor manera con el desgaste asociado a la atención clínica, esto les dio la posibilidad de atender a sus propias sensaciones, buscando la calma necesaria antes de una sesión o a partir de esta.

“lo que más me sirve es eh es sentarme o acostarme y hacer algo que no se si le podía llamar meditación es como de tratar de calmarme y de sentir las tensiones hasta que se van disolviendo y eso lo trato de hacer todos los días un ratito” (ID 25)

Además, destacaron la terapia personal como un elemento importante para su autocuidado, convirtiéndose en un espacio de encuentro y apoyo emocional frente al desgaste asociado a la atención clínica y a las situaciones de estrés personal.

“estoy en un proceso psicoterapéutico y también en la pandemia estuve en uno o sea no toda la pandemia, pero y eso también es un espacio obviamente de apoyo emocional” (ID 25)

En general, los terapeutas consideraron que esta era relevante no solo a nivel personal, sino que también como parte de su labor clínica, considerando que la persona del terapeuta requiere cuidado al ser su propio cuerpo la herramienta de trabajo. Es así como, uno de ellos al verse que no estaba resonando adecuadamente con los pacientes por sentirse muy colapsado, toma la decisión de iniciar un proceso, esto se puede ilustrar en la siguiente cita:

“ver que no estaba dando el ancho que porque al verme colapsado, eh me di cuenta que no resonaba tanto emocionalmente con los pacientes, que me contaban algo y yo no me emocionaba mucho, entonces ahí dije ya esto ya no es que sea por mi porque antes yo lo sentía un lujo de ir a terapia y dije ya esto lo tengo que hacer, y

paso fue que consulte al principio del año pasado con una terapeuta y luego trate de mantenerme en terapia con esa terapeuta. Cerramos unos meses y busqué con un jungiana para poder conocer más de ese enfoque eh entonces si tiene arto que ver con eso” (ID 25)

Por último, algunos utilizaron los espacios de recreación como una forma de olvidarse un poco del contexto sociosanitario en el que se encontraban inmersos, conectándolos con el poder disfrutar actividades lúdicas.

“que al final era encontrar en otras actividades cosas que me hicieran sentir bien, como que fueran gratas, como me sacaran un poco de la pandemia, yo creo que eso fue fundamental, como olvidarme un ratito de que estaba toda la gente encerrada en su casa cachay?, de que si quería salir necesitaba pedir un permiso, de que todos andábamos con mascarilla, como cada vez hay menos contacto, ver a mis viejos no saber si abrazarlos, al final eran actividades que me sacaran un poco de ahí y me conectaran con el disfrute, creo, definitivamente eso.” (ID 6)

5.2.4 Apoyo en vínculos significativos

En cuanto al apoyo en vínculos significativos, los participantes reportaron que estos eran importantes de manera general en su vida y en especial en momentos de dificultad o estrés. Las relaciones a las cuales más solían acudir era la familia, amistad y pareja. Estos eran un aporte para su bienestar, ya que eran espacios de contención en momentos difíciles y un apoyo constante e incondicional, a los cuales podían acudir en caso de necesidad. A su vez, se sentían escuchados y vistos por ellos, teniendo una experiencia de disponibilidad, calma y apoyo mutuo. El soporte que estos vínculos les podían dar era según el grado de profundidad de la relación, así, en algunas personas encontraban apoyo cuando lo requerían, y en otros podían disfrutar y distraerse.

Por otro lado, los resultados obtenidos en esta categoría evidencian que, los grupos de mayor y menor ansiedad en el apego tuvieron una experiencia similar en cuanto al apoyo en vínculos significativos. Por lo cual, no se encontraron diferencias entre ambos grupos, salvo aquellas que se dan en relación con la vivencia que tuvo cada terapeuta con sus vínculos y que se agrupan en esta categoría.

El apoyo percibido por los participantes se puede visualizar en la siguiente cita:

“el sentirnos juntos, hacer cosas lin.. hacer cosas simples pero como sentir como que rico estar juntos, que se siente como mutuo no? tanto... ese caso era con mi mujer y mi hijo básicamente, sentir como esa, esa relación, ese encuentro, ese estar bien, ese, el ver al otro y sonreír y el otro sonrío cuando te ve y hagamos algo, ah que rico, conversemos o no sé qué, estoy en esto, como te fue, como no sé cuándo, como conversar los temas que van pasando, hablar lo que pasa con el virus y conversar lo que uno lee, con mi hijo que es médico y mi mujer que también nos interesa mucho la biología, es esa, ese disfrutar de compartir con el otro y sentir que el otro también disfruta compartir conmigo, no?” (ID22)

A su vez, él mismo agrega lo importante y necesario que son estos vínculos, y lo difícil que serían que no estuvieran.

“Es algo que se da habitualmente en mi relación con mi familia, como de sentir el cariño, sentir el apoyo y cuando no está me... lo necesito, si, si, si no está o no lo siento, no lo percibo, ahí me puedo poner, ahí sí que...” (ID22)

Por otro lado, los vínculos de apoyo podrían ser desde la familia, amistades y pareja, lo cual se puede visualizar en la siguiente cita:

“lo social le tomo mucho peso en lo social al tema familiar, al tema de mis vínculos más cercanos que vendría siendo mi familia directa, mi padre, mi madre, mis hermanos, mi abuelo y mi pareja, entonces yo siento que ellos son, porque somos seres sociales” (ID24)

Para uno de los participantes este apoyo era mutuo y se generaba a través del contacto continuo con su pareja.

“me es suficiente con el apoyo que me dan o sea que me da ella, eh yo creo que no soy muy demandante para ella, entonces cuando le pido apoyo o ella me ve triste, ella se acerca y me da apoyo y yo rápidamente estoy bien a veces hay periodos que estoy un poco más triste, no se algunas semanas eh, pero y vamos hablando un poquito todos los días cuando ella llega del trabajo eh y eso nos apoyamos mutuamente.” (ID 25)

En la misma línea, este apoyo se daba desde el contacto físico, a través de abrazos, cariños, tener el espacio para llorar o lo que necesitara la otra persona.

“en el caso de mi pareja podemos como hablar por hablar no más, cada uno se desahoga, se apaña, en ese sentido de la contención también puede ser como más física, de abrazarse, de hacerse cariño, llorar, lo que sea” (ID 24)

Adicionalmente, una de las terapeutas indica que son parte de su autocuidado, en cuanto a que le ayudan a encontrarse consigo misma y salir de una especie del “modo automático” en el que a veces se encuentra.

“estar conectada con la gente en general, particularmente con estas dos personas, es algo que necesito y me ayuda y me nutre profundamente, entonces de todas maneras, como que también son un recordatorio como te decía antes de

conectarme, de salir como del modo automático y desde ahí si son parte de mi autocuidado.” (ID 2)

Por lo anterior, se puede considerar que a su vez los vínculos significativos para esta participante son parte de su autocuidado, en el cual es escuchada y puede permitirse ser acompañada, saliendo de su rol de terapeuta que asiste a otros para serlo ella misma. Esto se puede visualizar en la siguiente cita de la misma participante:

“en el caso de mi amiga por ejemplo, siento que me, me ayuda como a recordarme que tengo que darme un espacio de pensarme a mí misma compartido, porque no es que me piense a mí misma sola porque lo hago, pero como compartido, como de yo ser quien puede soltar un rato, que no necesito estar como en asistencia, sino que puedo ser como acompañada, eh sí, creo que esa es su manera de apoyarme y también reflejarme cosas, como bueno también es psicóloga, entonces, latero, pero (risas), eso, como un Pepe grillo un poco de ya haber y qué onda y yo también estoy acá y también te puedo contener y yo también puedo ser quien te escucha, eh, eso” (ID 2)

Por último, en la misma línea del autocuidado, se destaca la importancia para uno de los participantes del sentirse visto por el otro, en cuanto colaboran en poder verse a sí mismo de una manera honesta.

“sí saber el verse visto, el verse visto creo que es algo que a mí me hace sentir como más tranquilo y poder ver a otros y poder como compartir nuestra experiencia, lo cual considero algo muy importante pa mantenerse sano, entonces para mí el autocuidado, me lo entregan de esa forma, me lo entregan de esa forma, de poder verme, de poder verme de una forma honesta con mis, con mis virtudes y defectos y poder comunicármelos” (ID24)

5.2.5 Búsqueda de espacios profesionales

Los resultados obtenidos dan cuenta de que algunos de los terapeutas buscaron espacios profesionales en los que apoyarse para realizar su labor clínica. En estos encontraban un lugar de sostén y apoyo, frente a la experiencia de realizar las atenciones clínicas de manera telemática. Es así como, las redes de colegas, la formación clínica y la supervisión, se volvieron elementos importantes para cuidarse frente al desgaste percibido.

A su vez, en cuanto a los dos grupos de ansiedad en el apego, los resultados indican que no existe diferencia significativa entre los grupos de mayor y menor ansiedad. Esto se puede visualizar en que en ambos grupos hubo terapeutas que utilizaron estos espacios profesionales, como una forma de cuidarse, durante la pandemia.

En relación a la búsqueda y utilización de los espacios profesionales, los terapeutas indicaron que necesitaron más apoyo en su labor clínica y uno de los medios en que lo encontraron fue asistiendo a supervisión. Un ejemplo de esto es la siguiente cita:

“Yo creo que lo que más me ha servido es supervisarme constantemente, si porque claro, de repente se me mezclaban como desde dudas más clínicas, pero como yo también estaba en una situación difícil de pandemia como todes, necesitaba más apoyo o una mirada a los procesos que estaba llevando” (ID 3)

En relación a la supervisión, este permitía resolver y obtener orientación clínica, como también, un apoyo a su ser terapeuta en pandemia, lo que generó que algunos de los terapeutas necesitaran mayor apoyo y contención de los espacios profesionales

“Supervisión, terapia, entretenerme, hacer ejercicio, yo creo que las que me más me ayudaron deben haber sido la supervisión clínica y luego las otras tres están en el mismo nivel, pero como terapeuta la supervisión clínica, como que todo lo demás era para cultivarme a mí como persona, o sea como... pero la supervisión clínica totalmente apuntaba a como sobrellevar esta pandemia como terapeuta, con mis pacientes, mis dificultades, etc.” (ID 6)

Esto implicaba poder conversar de que están experimentando como terapeutas y generar un espacio de sostén entre ellos. Esto se puede visualizar en lo expresado por dos terapeutas:

“estar supervisándome siempre me ha dado la sensación de estar sostenida, si hay una situación crítica, como poder hablar, saber a quién recurrir, tener un grupo de supervisión” (ID 3)

“gestionamos con un grupo de colegas un espacio de supervisión conjunto, eso ha sido súper rico también, como poder conversar sobre lo que nos pasa como terapeutas, conversar sobre los consultantes y como autogestionado, no es como que le estemos pagando a nadie, sino que estamos ahí los cuatro y eso ha estado super bueno.” (ID 2)

Los espacios compartidos con colegas se convirtieron además para algunos una forma de cuidar de si mismos, al respecto uno de ellos indica:

“yo creo que de ahí como que esa estampa de supervisarme y conversar con amigos, amigas psicólogas de que es ser psicólogo, es como una patita de lo que significa mi autocuidado” (ID 3)

Por otro lado, una parte de los terapeutas destacó la importancia que ha tenido la formación durante la pandemia, tal como lo indica:

“yo creo que el postítulo, también ha sido como otro espacio de contención, creo que ha sido otro, porque también me ha llevado a mirarme, me ha llevado a tener un espacio para abrir un poco estos casos, me ha llevado a continuar desarrollándome en esta área, entonces sentir que sigo avanzando, creo que esa es una forma que he utilizado pa, pa también sentirme re- encantado con la clínica” (ID24)

Además, para un participante implicó una forma de compensar la falta de presencialidad que percibía a raíz del aislamiento sanitario.

“como para poder compensar la falta de presencialidad, por eso empecé a hacer el magíster, fue como ya, necesito contacto, este es un magíster presencial, entonces necesito contacto con colegas, hacer mucho más mi vida familiar afuera, mi vida de amistad también afuera” (ID 3)

Finalmente, algunos participantes encontraron en el encuentro con colegas, un espacio de motivación mutua, lo cual se ve reflejado en la siguiente cita:

“hablar con con con el equipo de colegas que todos fuimos viendo esto juntos igual a veces algunos estaban más desmotivados y otros los motivamos y a veces yo estaba más desmotivado y me motivaban y eso me sirvió hartito” (ID 25)

5.2.6 Redefiniendo los propios límites

Los terapeutas indicaron haber tenido que revisar sus propios límites profesionales, los cuales en contexto de pandemia pusieron de manifiesto que el no tenerlos, generaba un desgaste en ellos. Así ocurre el fenómeno que algunos de ellos tenían interiorizado a raíz de su labor clínica, algunos de los límites necesario para atender a sus pacientes de una forma respetuosa consigo mismos. Por otro lado, para otros fue un proceso de aprendizaje, en la medida que el desgaste profesional se acentuó a raíz del contexto sanitario y la demanda de sus pacientes. Esto implicó tener que tomar decisiones como disminuir la carga laboral, seleccionar los pacientes que realmente se quieren atender y establecer límites horarios.

Por otro lado, los resultados obtenidos no muestran diferencias significativas en relación a los grupos de mayor ansiedad y menor ansiedad, esto debido a que siete participantes indicaron tener que poner límites laborales, esto más bien correspondía a una forma de hacer frente al desgaste y cuidar de si mismos.

En relación a las decisiones que tuvieron que tomar como terapeutas, se puede ejemplificar a través de la siguiente cita:

“Hubo un punto en que estaba bien desgastado y que lo trabajé tanto como con mi psicóloga y mi supervisora y que le bajé un poco a la atención clínica y dije como "oye todo se trata, tratando de hacer terapia como mi vida está circulando alrededor de esto" y empecé a tomar otras actividades, me acuerdo que también hubo un momento en que dejé la supervisión porque era otra fuente de mi vida se trata de la terapia, ehh, así que nada, seguir con mi proceso como paciente y con otras actividades como de autocuidado y así revisando constantemente, bueno ¿qué es lo que estoy necesitando?” (ID 6)

En la misma línea, pero en referencia a la cantidad de pacientes y, poniendo en relevancia la calidad de la atención que se brinda, una de las participantes indica lo siguiente:

“una de las formas en que me he cuidado es que he cachado que ponte tu no puedo atender más de cuatro personas al día, cuatro máximo, ojalá tres, esa en algún momento también fue una medida de autocuidado profesional bueno, y personal también, pero también decir, no po porque ya al quinto paciente en verdad ya no lo quiero escuchar y en verdad estoy pendiente de que se acabe rápido la sesión entonces, no, no, lo estoy pasando mal yo y en verdad no estoy siendo como una buena terapeuta tampoco, o todo lo bueno que me gusta ser, brindando un buen servicio si?.” (ID 23)

A su vez, uno de los participantes destaca el límite de lo que realmente puede hacer el profesional por su paciente, reconociendo que a veces no se puede seguir acompañando, lo cual también es válido.

“yo creo también esto último de reconocer los límites y todo, no sentirme, no sentirme imprescindible, importante para la persona, que la otra persona no dependa de la terapia, entonces, no, no como que no me cargan, es un camino que tienen que hacer ellos, yo los acompaño un ratito y si no puedo acompañar, no puedo no más, ¿ya?” (ID22)

5.2.7 Experiencias de seguridad, calma y contención en los vínculos

Los resultados obtenidos del discurso entregado por los participantes indica que estos tuvieron durante la pandemia, una experiencia de alivio, calma, seguridad, contención emocional, sostén, estabilidad y cuidado en la relación con sus vínculos significativos. Esto fue relevante, considerando que las políticas públicas conllevaron el aislamiento de la población en general, incluyendo a los terapeutas que participaron de la investigación. Esta vivencia de calma y seguridad, la encontraban en sus vínculos cercanos, a través de conversaciones, contacto físico y por, sobre todo, tener un espacio para expresar el malestar y las emociones

difíciles, convirtiéndose en espacios en los que podían recurrir en la cotidianeidad y en los momentos de crisis personal.

Por otro lado, esta experiencia se generó de manera transversal en los participantes, por lo cual no se han encontrado diferencias entre el grupo de mayor y el de menor ansiedad en el apego.

Esta experiencia de seguridad, se puede ejemplificar en la siguiente cita:

“Se siente muy bien, se siente contenedor es como un refugio seguro, que, aunque se esté quemando todo, como, aunque esté muy la embarra afuera, aunque haya incertidumbre igual se siente muy cálido” (ID 3)

Además, tal como indica un participante, este encuentro genera un alivio en la persona, al poder expresar lo que está sintiendo y percibir la receptividad del otro.

“creo que como en el encuentro aparece el alivio, que es un alivio que incrementa si es que también estoy dispuesto a contarle, “oye me está pasando esto y estoy super complicado con esto” y que me escuche, que me de algún consejo, ¿qué me dé un abrazo cachay?” (ID 6)

A su vez, algunos participantes consideraron que era un elemento importante en su propio autocuidado, incluso más que otras actividades, tal como indica la siguiente participante:

“son el pilar más grande del autocuidado y yo creo que es lo que me ha sostenido hasta ahora igual, como mis relaciones más que nada, porque todos mis otros intentos de sueño comida y ejercicio, o sea yo siento que es como mi pega cachay, en solitario en realidad, pero es como, no me entregan la calma suficiente o la perspectiva suficiente en una situación difícil como si me la entregan cuando

comparto con alguien importante como es mi pareja o como una amiga muy cercana” (ID 3)

Por último, para una participante este encuentro con sus vínculos, se vuelve un momento en el cual puede mirarse y conocer más de si misma, en la medida en que le dan contención, y también un reflejo de lo que perciben estos.

“con mis amigas de repente me pasa más que es como una contención, pero también es, es, eh, como lo explico, es como que me sacan de mí, de mi neurosis a rato no, como si me despertaran, dijeran oye ojo con esto, eh, ya, pero qué onda, no puede ser que tú siempre estés en ese lugar, como llamados de conciencia, eso para mí es super necesario” (ID 2)

5.2.8 Apoyo desde la presencia y la escucha

Los participantes de esta investigación indicaron experimentar el apoyo en sus vínculos significativos, en los cuales encontraban apoyo, escucha y presencia. Esto estaba asociado a que eran encuentros genuinos, en los cuales percibían validación de sus vivencias por parte de los otros y disponibilidad de los vínculos cuando los requerían. Es así que, para muchos, se convirtieron en un elemento importante de su propio bienestar y autocuidado.

A su vez, no se encontraron diferencia entre los grupos de mayor y menor ansiedad en el apego, sino más bien se reafirma de manera transversal la importancia de la presencia y la escucha como una forma de apoyo. Un ejemplo del soporte de los vínculos, se puede visualizar en la siguiente cita:

Con presencia, con preocupación, con darse espacio para, darse espacio para hablar o que no quede en una conversación, ¿sino que haya un oye como estoy? Como hay seguido, como te hay sentido con este tema o sabí que vi esto y pensé en ti, en el fondo es esa presencia de estar pendiente del otro y de darse un espacio

para escuchar al otro de verdad, no como una conversación vacía si no que de verdad me doy el espacio para estar con él... (ID 2)

En la misma línea, un participante pone relevancia en la disponibilidad y el interés mutuo que percibe de sus vínculos cercanos, tal como indica en la siguiente cita:

“La disponibilidad, la disponibilidad real, sentir que hay un interés en lo que a mí me pueda pasar, un interés también en contar lo que le pasa al otro conmigo.” (ID22)

Asimismo, un participante agrega el hecho de que la disponibilidad tiene relación con la presencia de la otra persona, la cual se da con el saber que la relación entre ambos está bien. Un ejemplo de esto es lo siguiente:

“Yo decía de esto desde la presencia, desde, desde el estar ahí, como de alguna forma es una, una, tener un una contención, tener como un molde por decirlo de alguna forma, tener un espacio, una estructura, en ese sentido están, ya sea desde distintas formas de entregar cariño y creo que la presencia, la presencia como activa, ya sea... no es necesario que estemos conversando todo el día, pero si sabemos que está en la otra pieza y que podría hablar con él y que tenemos una buena relación y no estamos peleados, para mí eso ya es, ya es sentirse acompañado de alguna forma, entonces ese, ese como saber que están ahí, una forma que entregan tanto mi pareja como mis padres como bien potente.” (ID24)

Por último, uno de los terapeutas destaca el alivio que experimenta cuando se siente escuchado por los otros.

“Escuchándome, sobre todo eso, escuchando que es lo que tenía que decir, porque no soy alguien que suela buscar mucho apoyo y que me escuchen activamente, me

pongan atención, que es lo que me está pasando y que es lo que quiero contar y eso si me da alivio.” (ID 6)

5.2.9 Cuidado de los vínculos cercanos

Los resultados indican que los participantes tuvieron la necesidad de mantener el contacto con sus vínculos cercanos durante la pandemia, la cual, debido a las restricciones, generó que estos tuvieran que modificar las formas de mantener la cercanía. Por lo anterior, utilizaron formas creativas para vincularse, buscando mantener el contacto intencionadamente, a través de plataformas digitales y contactos presenciales. Para esto utilizaron videollamadas, textos a través de WhatsApp, llamada de voz y reuniones online para celebrar cumpleaños, fiestas o ver películas. A su vez, para lograr reuniones presenciales utilizaron los permisos de movilidad que emitía la autoridad sanitaria, con el fin de poder juntarse con sus vínculos cercanos.

En conjunto con lo anterior, se puede dar cuenta que no existe en esta categoría, diferencia entre el grupo de mayor y menor ansiedad, ya que la utilización de diferentes medios para cuidar los vínculos cercanos se puede encontrar en todos los participantes.

Algunos ejemplos que se pueden citar en relación a esta categoría son los siguientes:

“con mi mejor amiga la manera de mantenerlo fue al principio todo muy online, juntarnos a jugar cosas online o conversar y tomarnos un café un trago online y después empezamos, cuando empezó a bajar un poquito la cosa, empezamos a juntarse a almorzar un día a la semana en una plaza, entonces íbamos a comprar algo y íbamos a la plaza a conversar y estábamos todo el día ahí en esa” (ID 2)

Incluso uno de los participantes se encontraba iniciando una relación de tipo amorosa que se tuvo que llevar a cabo durante la pandemia, con las restricciones que existían. Para esto los medios digitales fueron relevantes y los utilizaron con creatividad, tal como se puede visualizar en la siguiente cita:

“con mi familia con la que vivía en aquella época no era necesario ni teléfono , ni telefónico, pero con mi pareja que estábamos en proceso de continuar formalizando un poco de hecho hasta hicimos un, reuniones de ver películas, los dos sincronizando las películas al mismo tiempo porque no sabíamos transmitir, ya a la cuenta de tres pongámosle play, no sé lleguemos a ver, con temática de la película llegábamos con atuendos no sé, como que tratábamos de ingeniarlo e hicimos otras activades más distintas como para darle un poco más de cercanía a los espacios virtuales.” (ID24)

Finalmente, uno de los participantes utilizaba los permisos para juntarse con un primo que vivía cerca, como una forma de mantener el contacto presencial.

“cómo vivir en otra casa y todas las restricciones que había, al final terminaba pidiendo permiso para ir a comprar algo, al a farmacia, no sé, algo y me iba rápido en bicicleta, aprovechando de que podía salir a andar en bicicleta, veía a mis papás, los saludaba así, me iba donde un primo, ya nos tomábamos unas cervezas, como todo muy agradable y ahí veía si alcanzaba a devolverme, o si me quedaba a dormir en su casa” (ID 6)

6. DISCUSIÓN

En este apartado se pretender dar cuenta de los hallazgos más relevantes que se han obtenido, los cuales surgen a raíz del análisis de la información obtenida, en la aplicación de las evaluaciones y entrevistas. A su vez, los resultados son contrastados con los antecedentes teóricos y empíricos que han emergido de la revisión bibliográfica. Para esto, se ha optado por seguir un orden lógico en base a los objetivos específicos establecidos.

En relación a las formas de autocuidado que tuvieron los terapeutas humanistas, estos indicaron haberse cuidado desde diferentes espacios personales. Algunos de ellos son la actividad física, actividades recreativas, formación, cuidado de la higiene del sueño, actividades de introspección, descanso adecuado y asistir a terapia personal. Esto es acorde con lo que se ha planteado desde las investigaciones, en cuanto a que los profesionales de la salud deberían tener comportamientos de autocuidado que los ayuden a hacer frente al posible desgaste derivado de la atención clínica (Ipinza, 2010). Para esto, se requiere que el terapeuta sea un agente activo en la búsqueda de espacios que le permitan incrementar su desarrollo personal y autoconocimiento (Carranza, 2003). Lo anteriormente expuesto, coincide con lo reportado por los terapeutas, ya que los espacios personales fueron valorados positivamente para ellos, considerándolos fundamentales para cuidar su salud física, mental y emocional. Por lo tanto, haciéndose cargo del propio desgaste.

El autocuidado, definida como aquellas actividades que realiza el profesional que tienen como objetivo el cuidado de la propia salud (Ipinza, 2010), pone de manifiesto el rol central que tendría el terapeuta, en relación a la capacidad de tomar acción y hacerse cargo de aquello que le ocurre, en un escenario de pandemia que podría ser catalogado como adverso o desgastante. Igualmente, la terapia humanista ha planteado la importancia de la responsabilidad, como un concepto central que está relacionado con el margen de acción que tiene el ser humano frente a situaciones externas (Celis, 1996). Es así que, considerando este principio, se

puede establecer que en general los terapeutas que participaron, actuaron con responsabilidad para cuidar de su propia salud, empleando con creatividad, comportamientos para cuidar de sí.

Por otro lado, Daskal (2016) plantea una crítica en relación a que, en algunas escuelas de psicología, no se enseñaría acerca del autocuidado. Los resultados de esta investigación indican que, en esta muestra no sería así, ya que los terapeutas revelaron conocer en términos generales el concepto de autocuidado. Además, aplicaron uno o más comportamientos en favor de su propio bienestar.

Según Schmid (2006), la psicoterapia humanista requiere tener un criterio ético, en vista que el terapeuta está respondiendo a otro que se encuentra sufriendo, abriendo aquello de lo que adolece. Es así que debe ser responsable en el encuentro interpersonal que se genera a raíz del contexto clínico. Esto es relevante, debido a que uno de los principios planteados por Rogers (1957, citado en Schmid, 2006) considera que el ser humano tendría la posibilidad de desarrollar sus propias capacidades, si se encuentra en un ambiente favorable. Lo anterior, pone de manifiesto la importancia de una relación facilitadora en la terapia, y como ha planteado Szmulewvitz (2013), el terapeuta debe hacer un esfuerzo por construir este espacio y sostenerlo en el tiempo. Así, desde este punto de vista, el terapeuta debe desarrollar sus propias capacidades y habilidades profesionales y personales, para generar este ambiente, pero también para lograr acercarse al otro desde la empatía. A raíz de esto se puede hipotetizar que, el conocimiento y la práctica que tuvieron los terapeutas de autocuidado, podría tener relación con el desarrollo de sus habilidades clínica en base al aprendizaje de la ética de la psicoterapia humanista, a la cual todos indicaron adscribir y haber realizado especializaciones de postgrado.

Por otro lado, se encontró que los y las terapeutas se cuidaron a través de redefinir los propios límites, esto se refiere a que en su práctica clínica fueron aplicando límites profesionales para lidiar con el desgaste y/o cansancio inherente

del oficio, o de una manera preventiva. Algunas de las medidas que aplicaron fueron disminuir la carga de atenciones, poner límites horarios en cuanto a su jornada laboral e incluso en cuanto al espacio físico que se utilizaría para atender. Al respecto se puede observar que los dos terapeutas que tenían mayor cantidad de años atendiendo, tenían más interiorizados los límites laborales para ejercer su profesión, a diferencia de los seis terapeutas que tenían menos experiencia clínica, los cuales se fueron dando cuenta de que necesitaban los límites profesionales y personales, ya que el mismo cansancio los impulsó a tomar estas medidas para cuidarse.

Se adiciona el contexto sanitario como un elemento importante a considerar en relación al autocuidado de los terapeutas, esto debido a que estos indicaron la búsqueda de espacios profesionales como una forma de mantener su salud, sin embargo, la pandemia, tal como a la mayoría de la población, los tomó de sorpresa, disminuyendo este tipo de espacios, en especial aquellos que se daban en relación a compartir con colegas. Esto podría haber favorecido el desgaste en cuanto a que los espacios de trabajo y compartir con equipos suele ser un factor protector (Barudy, 2000; Guerra y et al., 2008). Factor que en este grupo fue disminuido, en especial cuando existían las restricciones de movilidad. Pese a esto, la mayoría de los terapeutas buscaron o utilizaron estos espacios, los cuales tenían relación con la formación, compartir con colegas o equipos y supervisión clínica.

En cuanto a la experiencia de los vínculos y su relación con el autocuidado, los resultados obtenidos en esta investigación, permiten considerar que los y las terapeutas, se apoyaron durante la pandemia por el virus del COVID-19 en vínculos significativos, ya que reportaron haber tenido una experiencia de calma, contención y apoyo en estos, siendo esto coincidente con la teoría del apego, en cuanto a que las personas en situaciones de estrés buscarían en sus vínculos cercanos el apoyo que necesitan (Bowlby, 1973). A su vez indicaron que estos eran vínculos que les generaban bienestar, seguridad y/o calma. Esto sería clave para determinar que son figuras de apego, ya que según lo planteado por Weiss (1994) para que estas

realmente lo sean, deben cumplir con ciertos criterios que permitan definirlos, entre ellos la capacidad de encontrar calma y seguridad en estos. Los terapeutas manifestaron que además tenían cierta continuidad y serían personas con las que pueden contar en momentos de crisis, y en lo concreto, durante la pandemia y en relación al desgaste percibido por la atención clínica, acudieron a estos buscando ser escuchados y contenidos. Lo anterior es coherente con la teoría del apego en cuanto a la necesidad y la búsqueda de proximidad en situaciones de estrés.

A su vez, los terapeutas indicaron que los vínculos más relevantes eran la familia, pareja o algunas amistades y que uno de los elementos que les era relevante era la presencia que les podían ofrecer, sin juzgar lo que les estaba ocurriendo, dando perspectivas diferentes y sintiendo que pueden contar con ellos. El apoyo brindado, se materializó en encuentros profundos, conversaciones continuas y soporte mutuo. Weiss (1994) plantea que las relaciones de apego que se dan en la infancia son diferentes a las de la adultez, ya que el vínculo de apoyo en la infancia siempre es hacia otro que se percibe más poderoso y sabio, sin embargo, en la adultez esta relación sería simétrica, reafirmando las relaciones de apoyo mutuo que indicaron algunos de los terapeutas.

Por otro lado, se sumaron dos elementos indicados por los terapeutas, uno de ellos es la situación de pandemia, la cual se convirtió en un elemento estresor, especialmente en cuanto al aislamiento social. El otro sería la atención clínica en este contexto, el cuál en la mayoría de los terapeutas generó algún nivel de desgaste. Es así que ambos elementos reúnen condiciones para generar un nivel de estrés en los participantes, por ende, permiten considerar que el sistema comportamental del apego podría haberse activado para generar estabilidad emocional, en especial frente al escenario de incertidumbre con el que se encontraron, lo cual es concordante con lo planteado por Fraley (2019) en relación a que el sistema de apego procede como un sistema motivacional de prevención, impulsando comportamientos que buscan generar regulación emocional en el

individuo. En este caso, los participantes buscaron proximidad y contención en sus vínculos significativos.

La mayoría de los terapeutas que participaron en la investigación indicaron haber experimentado desgaste a raíz de su labor clínica en pandemia, el cual generaba consecuencias como estrés, cansancio y agotamiento. Al preguntarles respecto a cómo cuidaban su bienestar físico, psicológico y emocional, la mayoría de las respuestas rondaron en dos elementos, uno de ellos a través de actividades de autocuidado como por ejemplo recreación, deportes, alimentación, higiene del sueño, etc. Y por otro buscaron apoyo en vínculos significativos, que era un aporte para su bienestar, ya que eran espacios de contención y seguridad. Si consideramos que el autocuidado ha sido definido por Olivares (2007) como las competencias que tienen los terapeutas para obtener un mayor bienestar, detectando y resolviendo el propio desgaste, podemos considerar que la relación que existe entre los vínculos y el autocuidado, sería que el apoyo percibido por los terapeutas es un elemento protector ya que genera bienestar en ellos, en especial en momentos de estrés, y que colabora en el cuidado de sí. A su vez considerando que el sistema comportamental del apego tiene como objetivo final la regulación emocional, es coincidente con lo indicado por Morales & Aron-Svigilsky (2004), en cuanto a que, el autocuidado es relevante para disminuir el desgaste emocional asociado a la práctica clínica, y con lo planteado por Vidal et Al., (2016) en cuanto a que dentro de los comportamientos de autocuidado que pueda tener un terapeuta, estaría la de vincularse con personas de confianza.

Uno de los objetivos específicos de esta investigación, tiene relación con identificar la influencia del autocuidado del terapeuta en su experiencia de atención clínica. Para esto, es necesario considerar un elemento importante de los antecedentes bibliográfico, el cual indica que el cuidado de si, está ligado de dos maneras al desgaste profesional que estos podrían experimentar. Por un lado, están aquellos que dan cuenta del componente preventivo que tienen los comportamientos de autocuidado para el terapeuta (Carranza, 2010; Durruty, 2005;

Ipinza, 2010) y aquellos que lo consideran, además, como un elemento que disminuye el desgaste existente (Guerra, 2009; Morales & Aron-Svigilsky, 2004).

En la presente investigación se ha podido observar que pese a la diversidad de experiencias que los y las terapeutas han tenido, existe un punto en común en a lo menos siete participantes, que es la experiencia de desgaste asociada a la atención clínica, en el contexto de pandemia por el virus del Covid-19. Esto es coherente con las investigaciones que se han realizado a grupos de profesionales de la salud, tales como Jiménez et al., (2006) que encontró que el 50% de una muestra de 474 psicólogos tendría sintomatología asociada al burnout, y Urzúa (2020) que evidenció que, de 125 profesionales, en promedio 2/3 presentó sintomatología asociada al desgaste como ansiedad, depresión e insomnio. Además, los teóricos han sido suficientemente claros, que el trabajar en situaciones de estrés podría afectar a nivel emocional, comportamental y somático (OIT, 1983) y que el terapeuta no estaría exento de estos riesgos (Cazabat, 2002). En esta muestra en particular, se ha podido observar las consecuencias tanto físicas y emocionales que ha generado en la mayoría de los terapeutas realizar atención psicológica durante la pandemia, manifestándose sintomatología como excesivo cansancio, insomnio, agotamiento, desmotivación, estrés, incomodidad, agobio, dolencias físicas y frustración. Este tipo de síntomas, ha sido asociado al síndrome de burnout, en cuanto se pueden resumir en agotamiento emocional y físico (Maslach & Jackson, 1981) y la presencia de malestares psicósomáticos (Aaron, 2004), sin ir más lejos una participante indica “me quemé”, término que se utiliza coloquialmente en los equipos de trabajo, para referirse al burnout.

En cuanto a los elementos que generaron el desgaste, los terapeutas indicaron que estos son la sobrecarga laboral, la intensidad emocional con la que los pacientes llegaba a la consulta y la situación de crisis compartida, lo cual es coincidente con las causas que se han descrito en la literatura en relación a las consecuencias en los terapeutas, tales como la excesiva demanda (Benavides-Pereira, 2010), trabajar con material altamente estresante proveniente de las

situaciones complejas que han vivenciado los pacientes (Cazabat, 2002) y la exposición del terapeuta al implicar su emocionalidad para poder comprender a sus pacientes (Martínez, 2019).

A su vez los participantes indicaron haber resentido la pérdida de espacios de colaboración con colegas de manera presencial y de espacios de distención que se daban en la consulta presencial. Adicionalmente, el hecho de que estuvieran atendiendo de manera online, a algunos terapeutas les pareció más cansador, a raíz de que debían tener la vista fija en la pantalla durante varias horas y por no tener momentos entre pacientes de relajación. Esto generó en algunos de ellos, desmotivación por la labor clínica, lo cual de todas maneras fue un motor para cuidarse y/o explorar nuevas formas de lidiar con el desgaste.

En vista de los antecedentes teóricos y los resultados obtenidos, se puede considerar que, si bien todos los terapeutas desplegaron comportamientos de autocuidado, en algunos fue un proceso de aprendizaje, en el cual aquellos que percibieron un desgaste a propósito de su labor clínica, tuvieron que en primera instancia darse cuenta de lo que estaban viviendo y en una segunda tomar medidas para mantener o restaurar su bienestar físico y psicológico, utilizando su creatividad para cuidarse desde los espacios personales y profesionales, con el fin de compensar la falta de presencialidad, la disminución de actividades de goce a raíz de las restricciones sanitarias y/o generar sostén y apoyo entre colegas.

Por otro lado, en base los resultados que se han obtenido en relación a la experiencia de autocuidado de los y las terapeutas, se puede considerar que ambos grupos coinciden en cuanto a cuidarse a través de espacios personales como deporte, formación, introspección, terapia personal, recreación y talleres, como también en el espacio profesional a través de límites laborales. Asimismo, utilizaron los vínculos personales para apoyarse en momentos de estrés o dificultad, percibiendo en estas relaciones que eran escuchados y apoyados, lo cual les brindaba seguridad y calma.

Tanto las actividades, como el apoyo en vínculos significativos, forma parte de su autocuidado, ya que van en la misma línea de la definición planteada por Ipinza (2010), el cual considera que serían comportamientos que los individuos dirigen hacia sí mismos o al entorno, para regular aquellos elementos que les estarían afectando. Esto permite considerar que, las actividades antes indicadas serían enfocadas hacia ellos, y, por otro lado, la búsqueda de apoyo en personas cercanas, dirigidas hacia el ambiente, ya que el objetivo de los comportamientos de apego suele ser encontrar seguridad y regulación emocional con los vínculos significativos.

Es así que el análisis de las diferentes categorías que emergieron daría cuenta de que la experiencia de autocuidado que existió entre los terapeutas con mayor ansiedad y menor ansiedad en el apego, no difiere significativamente, más que las diferencias individuales que podrían existir en la forma en que se cuidaron del desgaste durante la pandemia.

Respecto al hecho de que no existieran diferencias en relación a los dos grupos de ansiedad en el apego, se puede encontrar una respuesta en los resultados obtenidos por los participantes en la Escala Revisada de Apego Adulto (Collins, 1996). Esto debido a que los promedios indican que obtuvieron puntajes menores en las escalas de ansiedad, dependencia y cercanía que el estudio de referencia llevado a cabo por Fernández y Dufey (2015). Esto es relevante y se podría encontrar una explicación en base a lo planteado por Feeney & Noller (2001), los cuales indicaron que, a lo largo de la vida, la orientación en el apego podría ser moldeada por las experiencias tanto positivas como negativas que se tengan con los vínculos significativos, agregando que, un proceso de psicoterapia ayudaría a comprender las experiencias de forma diferente y colaborar en este cambio. Esto coincide con lo reportado por algunos de los terapeutas en las entrevistas, ya que indicaron haber estado o estar, en procesos de psicoterapia personal, lo cual podría haber colaborado en generar vínculos de mayor calma y seguridad.

En la misma línea, todos los participantes indicaron contar con uno o más vínculos significativos a los que podían acudir en momentos de crisis, percibiendo que estos estaban disponibles y colaborando en sensaciones de calma y seguridad. En relación a la teoría del apego, esto podría ser un indicador positivo, ya que tal como plantea Feeney & Noller, (2001), las diferentes experiencias colaboran en moldear el comportamiento de apego. Lo cual en este caso podría haber sido beneficioso para cada terapeuta y por ende, es posible hipotetizar que la experiencia de los vínculos y los procesos personales, podrían haber generado que, pese al nivel de ansiedad que existiera, las formas y la experiencia de búsqueda de apoyo en los demás, hayan sido valoradas positivamente por ellos.

7. CONCLUSIONES

Tras el recorrido realizado para caracterizar la experiencia de autocuidado que tienen los terapeutas humanistas, en contexto de pandemia por el virus del COVID-19, en función de su orientación en el apego. Se puede dar cuenta de varias conclusiones que nacen a raíz del discurso emanado de los participantes de esta investigación.

En primera instancia es importante poner de manifiesto el desgaste percibido por la mayoría de los y las participantes, los que se vieron enfrentados a condiciones ambientales atípicas para realizar su labor clínica. Al respecto, tuvieron que adaptarse rápidamente a la atención telemática, a la cual la mayoría, no estaba acostumbrado. Esto los llevó a un recorrido de desarrollo personal y profesional importante, teniendo que buscar de forma creativa la mejor manera de cuidarse. Es así como, utilizaron los espacios personales para mantener su bienestar e implementaron límites laborales en relación a la atención clínica.

En cuanto al cuidado de si, se puede concluir que uno de los elementos más importantes que se ha visibilizado en la presente investigación, es que los y las terapeutas se apoyaron en sus vínculos significativos frente a la situación de crisis sanitaria. Esto es relevante porque da cuenta de que pese al nivel de ansiedad en el apego que tenían, utilizaron de igual forma el apoyo en personas cercanas como una forma de cuidarse, logrando regulación emocional en momentos de crisis, al encontrar calma y contención en ellos.

El hecho de que no se encontraran diferencias significativas entre ambos grupos de ansiedad, hace considerar la posibilidad de que la terapia, formación y procesos de desarrollo personal de los terapeutas, modelaría positivamente su forma de apego, influyendo en que pese a la ansiedad en el apego que tengan, utilicen sus vínculos cercanos como una forma de autocuidado.

Esta investigación presenta la limitación de que la muestra de la segunda etapa es más bien pequeña y sería difícil extrapolar los resultados obtenidos a otros grupos de terapeutas. A su vez, el hecho de que se realizó sólo una entrevista a

los participantes, podría haber limitado la información obtenida, por lo cual, se podría haber considerado realizar más de una entrevista a la misma persona, con el objetivo de profundizar y conocer con más profundidad su propio comportamiento de apego. Por último, podría haber sido relevante, haber explorado las otras dimensiones que comprende el apego adulto en los participantes, lo cual podría conllevar generar grupos aún más diversos, diferenciando incluso a terapeutas con más o menos experiencia. Esto con el fin de comprender si existieran otras variables que determinen la vivencia del autocuidado y el comportamiento de apego.

En esta misma línea, se puede considerar que futuras investigaciones trabajen con muestra más amplias, comparando la experiencia de autocuidado en grupos diversos, que impliquen la dimensión de ansiedad y evitación, profundizando la exploración de los vínculos y por ende ampliando las posibilidades de encontrar diferencias.

La invitación es a seguir investigando en relación a la persona del terapeuta, ya que es necesario generar conocimiento que colabore en que estos puedan aumentar su capacidad de cuidar de si mismos en momentos de crisis. Así, es relevante desarrollarlas desde una perspectiva práctica, que beneficie la implementación del autoconocimiento del terapeuta y potenciar sus propios comportamientos de autocuidado.

Por último, a raíz de la información entregada por los mismos terapeutas, se elabora cinco sugerencias que podrían servir tanto para ellos mismos, como para otros profesionales que realicen atención clínica, estas son:

- Identificar los elementos que les generan desgaste a raíz de su labor clínica, y respetar sus propios límites profesionales en relación a la carga laboral.
- Evitar el aislamiento del terapeuta a través de potenciar espacios de supervisión, formación o equipos de colegas.

- Incorporar momentos de pausa, descanso, reflexión, meditación o introspección corporal en los momentos entre pacientes.
- Mantener los diversos espacios personales de autocuidado, incluyendo psicoterapia en caso que lo requieran.
- Cultivar vínculos significativos donde apoyarse en tiempos de crisis o estrés.

8. BIBLIOGRAFÍA

- ACINAS, M. P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(4), 1-22.
- ALECSIUK, B. (2015). Inteligencia emocional y desgaste por empatía en terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(1), 43-56.
- ASTORGA, M. C. M., FINEZ-SILVA, M. J., DOS ANJOS, E. M., PÉREZ-LANCHO, M. C., URCHAGA-LITAGO, J. D., & VALLEJO-PÉREZ, G. (2019). Estrategias de afrontamiento que predicen mayor resiliencia. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 4(1), 183-190.
- BARDIN, L. (1991). *Análisis de contenido* (Vol. 89). Ediciones Akal.
- BARNETT, J. E., BAKER, E. K., ELMAN, N. S., & SCHOENER, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 603a.
- BARUDY, J. (2000). *Maltrato infantil. Ecología social: prevención y reparación*. Galdoc.
- BENAVIDES-PEREIRA, T., MARÍA, A., PORTO-MARTINS, P. C., & BASSO MACHADO, P. G. (2010). Síndrome de burnout en psicólogos clínicos. In *Ponencia presentada en el 11vo Congreso Virtual de Psiquiatría: Interpsiquis, Febrero-Marzo, (15)*.
- BENDER, A., & INGRAM, R. (2018). Connecting attachment style to resilience: Contributions of self-care and self-efficacy. *Personality and individual differences*, 130, 18-20.
- BENEVIDES-PEREIRA, A., PORTO-MARTINS, P., & MACHADO, P. G. B. (2010). Síndrome de burnout en psicólogos clínicos. 11vo Congreso Virtual de Psiquiatría: Interpsiquis, 15, 1-18.
- BOTELLA, L., & CORBELLA, S. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Revista de Psicoterapia*, 61(16), 77-104.
- BOWLBY, J. (1973). Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger. In *Attachment and Loss: Volume II: Separation, Anxiety and Anger* (pp. 1-429). London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis.

- BOWLBY, J. (1995). *Una base segura*. España: Paidós.
- BRENNAN, K. A., CLARK, C. L., & SHAVER, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview.
- BRUGNERA, A., ZARBO, C., COMPARE, A., TALIA, A., TASCA, G. A., DE JONG, K., ... & LO COCO, G. (2021). Self-reported reflective functioning mediates the association between attachment insecurity and well-being among psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 31(2), 247-257.
- BUENO, S. B. (2020). teoría del apego en La práctica clínica: revisión teórica y recomendaciones. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 169-189.
- CÁCERES, P. (2008). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*, 2(1), 53-82.
- CARRILLO-ESPER, R., GÓMEZ, K., & ESPINOZA DE LOS MONTEROS, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina interna de México*, 28(6), 579-584.
- CASTAÑER, M. E. C. (2018). *Estudio sobre la prevalencia del desgaste por empatía (compassion fatigue) en los/as trabajadores/as sociales de los centros de servicios sociales de Mallorca* (Doctoral dissertation, Universitat de les Illes Balears).
- CASTILLO, E., & Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia médica*, 34(3), 164-167.
- CAZABAT, E. (2002). Desgaste por empatía: las consecuencias de ayudar. *Revista de Psicotrauma*.
- CELIS, A. (1996). *Humanismo, Espiritualidad y Psicoterapia* (1st ed.). Transformación.
- COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE CHILE. (1999). *Código de ética profesional*. Santiago, Chile.
- COLLINS, N. L., & READ, S. J. (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models.
- CONCHA AQUEVEQUE, F. (2013). Estudio comparativo sobre la frecuencia de uso de estrategias de autocuidado en psicoterapeutas novatos y experimentados.

- DE LA CERDA, M. (2019). La función reflexiva como aprendizaje procedural en la interacción terapéutica: el funcionamiento reflexivo-relacional. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(3), 285-294.
- DELGADO, A. O. (1995). Estado actual de la teoría del apego. *Apuntes de Psicología*, (45), 21-40.
- EMANUEL, E. J., PERSAD, G., UPSHUR, R., THOME, B., PARKER, M., GLICKMAN, A., & PHILLIPS, J. P. (2020). Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19.
- FEENEY, J., & NOLLER, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- FERNÁNDEZ, A. M., & DUFEY, M. (2015). Adaptation of Collins' revised adult attachment dimensional scale to the Chilean context. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28, 242-252.
- FIGLEY, C. R. (2013). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Routledge.
- FLICK, U. (2007). Qualitative research designs. *Designing qualitative research*, 109-114
- FONAGY, P., & TARGET, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307-335.
- FRALEY, R. C. (2019). Attachment in adulthood: Recent developments, emerging debates, and future directions. *Annual review of psychology*, 70, 401-422.
- FUSTER GUILLEN, D. E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y representaciones*, 7(1), 201-229.
- GIL-MONTE, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica Internacional Psy*, 1(1), 19-33.
- GUERRA VIO, C., VIVANCO, A. F., & HERNÁNDEZ MORALES, C. (2009). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en el aumento de conductas de autocuidado y disminución del estrés traumático secundario en psicólogos clínicos. *Terapia psicológica*, 27(1), 73-81.

- GUERRA, C., RODRÍGUEZ, K., MORALES, G., & BETTA, R. (2008). Validación preliminar de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Psykhé (Santiago)*, 17(2), 67-68.
- HAMBURGER CARREÑO, O. J. (2016). *Comprendiendo al sanador herido: un estudio de caso sobre la vivencia de una aprendiz de terapeuta en su intento por curar—y ser curada—por una adolescente de 13 años con conductas autolesivas* (Tesis de maestría, Universidad del Norte).
- HEINONEN, E., & NISSEN-LIE, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417-432.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R., & FERNÁNDEZ COLLAO, C. (2016). Libro Metodología de la investigación SAMPIERI. *Libro Metodología de la Investigación SAMPIERI.: McGraw Hill education*.
- HERNÁNDEZ, O. D. (2003). Autorrealización personal y espiritualidad en las condiciones complejas de la sociedad contemporánea. *Ponencia presentada en el 4to. Encuentro Internacional de Educación y Pensamiento, Red de bibliotecas virtuales deficiencias sociales de América Latina y el Caribe, República Dominicana*.
- HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C., & BAPTISTA, P. (2014). Metodología de la Investigación. *Editorial McGraw Hill*.
- JIMÉNEZ, B. M., LARA, R. M. M., MUÑOZ, A. R., CHAVEZ, A. P., & LOO, M. M. M. (2006). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y salud*, 16(1), 5-13.
- JIMÉNEZ, L. V., & RUIZ, D. S. (2020). El Apego en la Práctica Clínica durante la Pandemia por COVID-19. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 295-309.
- LÓPEZ, C., & RAMIREZ, M. (2005). Apego. *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 6(1), 20-24.
- MACAYA, B. P., ARANDA, F., & ARANDA, F. (2020). Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. *Rev Chil Anest [Internet]*, 49(3), 356-62.

- MARTÍNEZ, C., & SANTELICES, M. P. (2005). Evaluación del apego en el adulto: una revisión. *Psykhé (Santiago)*, 14(1), 181-191.
- MARTÍNEZ, E. F. (2019). Desgaste por empatía: riesgos en el psicoterapeuta ante el trabajo con pacientes de estrés postraumático. *Entretextos*, (32).
- MARTÍNEZ-SALGADO, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & saúde coletiva*, 17, 613-619.
- MASLACH, C., & JACKSON, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
- MATHIEU, F. (2012). *The compassion fatigue workbook: Creative tools for transforming compassion fatigue and vicarious traumatization*. Routledge.
- MAXIMILIANO KORSTANJE (2009). "Alcances Y Limitaciones De La Teoría Del Apego Y La Base Segura," *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, Servicios Académicos Intercontinentales SL, issue 2009-10, octubre.
- MERLINSKY, G. (2006). La entrevista como forma de conocimiento y como texto negociado. *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (27).
- MIKULINCER, M., & SHAVER, P. R. (2016). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. Guilford Publications.
- MUÑIZ, M. (2010). Estudios de caso en la investigación cualitativa. *División de estudios de posgrado universidad autónoma de nuevo León. Facultad de psicología. México*, 1-8.
- NEGRETE JURI, P. (2016). *La Persona del Terapeuta: Aportes Clínicos Para el Alumno de Psicología*.
- NORCROSS, J. C. (2000). Psychotherapist Self-Care: Practitioner-Tested, Research-Informed Strategies. *Professional Psychology: Research and Practice* Norcross & Aboyoun, 31(6), 710–713.
- OBEGI, J. H., MORRISON, T. L., & SHAVER, P. R. (2004). Exploring intergenerational transmission of attachment style in young female adults and their mothers. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(5), 625-638.

- Olabuénaga, J. I. R. (2012). *Teoría y práctica de la investigación cualitativa* (Vol. 29). Universidad de Deusto.
- OLIVARES, R. B., MESSERER, G. M., URETA, K. R., & VIO, C. G. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento psicológico*, 3(9), 9-19.
- OMS. Noticias ONU. Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 5 mayo 2022 [Citado 14/10/2022]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2022/05/1508172>
- OUBIÑA, V. M. T., FERNÁNDEZ-RÍOS, L., CALVO, M., & DEL CARMEN, M. (1996). Estrés laboral y estado de salud entre psicólogos clínicos y psiquiatras. *Clínica y salud*, 7(2), 163.
- ROSAS, M., GALLARDO, I., & ANGULO, P. (2000). Factores que influyen en el apego y la adaptación de los niños adoptados. *Revista de Psicología*, 9(1), ág-145.
- SCHMID, P. F. (2006). Preguntándose para responder. La posición ética y el reto de la terapia centrada en la persona y sus "condiciones necesarias y suficientes". *Polis. Revista Latinoamericana*, (15).
- SICRE, E., & CASARI, L. (2019). Estrategias de afrontamiento en estudiantes de Psicología. *Revista de Psicología*, 10(20), 61-72.
- SPENCER, R., GUZMÁN, M., FRESNO, A., & RAMOS, N. (2013). Validación chilena del cuestionario de evaluación del apego romántico Experiences in Close Relationships (ECR): análisis de la validez de criterio. *Terapia psicológica*, 31(3), 313-324.
- SZMULEWICZ, T. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 51(1), 61-69.
- URZÚA, A., SAMANIEGO, A., CAQUEO-URÍZAR, A., ZAPATA PIZARRO, A., & IRARRÁZAVAL DOMÍNGUEZ, M. (2020). Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Revista Médica de Chile*, 148(8), 1121-1127.

- VIDAL, J. F. C., CASTAÑER, M. E. C., & RIERA, J. A. (2016). Cuidado profesional y mecanismos paliativos del desgaste por empatía. *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global: aportaciones desde el Trabajo Social*, 132.
- VIRSEDA-HERAS, J. A., & BOTELLO-CÁRDENAS. (2018). Autocuidado y prevención del desgaste profesional (burn out) en los equipos de intervención a víctimas de violaciones graves de derechos humanos. *apuntes para un modelo mexicano de atención y acompañamiento psicosocial*, 222.
- WEISS, R. S. (2006). The attachment bond in childhood and adulthood. In *Attachment across the life cycle* (pp. 74-84). Routledge.
- YONTEF, G. (2009). The relational attitude in Gestalt theory and practice. In L. Jacobs & R. Hycner (Eds.), *The relational approach in Gestalt therapy* (pp. 37-59). New York: GestaltPress/Routledge, Taylor & Francis Group.

9. ANEXOS

- Consentimiento informado etapa 1
- Consentimiento informado etapa 2
- Protocolo de contención emocional
- Protocolo de derivación asistida
- Pauta entrevista etapa 2

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Experiencias de autocuidado de terapeutas humanistas en contexto de pandemia por el virus del COVID-19, en función de su orientación en el apego” – Etapa 1

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la primera etapa de la investigación. **“Experiencias de autocuidado de terapeutas humanistas en contexto de pandemia por el virus del COVID-19, en función de su orientación en el apego”**. Su objetivo es caracterizar la experiencia de autocuidado que tienen los terapeutas humanistas en contexto de pandemia por el virus del COVID-19, en función de su orientación en el apego. En esta etapa específicamente buscaremos conocer el apego de una diversidad de terapeutas, lo cual se refiere a los modos de relacionarnos con los otros particularmente en momentos de estrés y ansiedad, de manera que podamos (re)encontrar calma y seguridad junto con ellos.

Usted ha sido invitado(a) porque cumple con los criterios de inclusión de esta etapa del estudio, los cuales son: ser psicólogo/a clínico/a, que adscriba al enfoque humanista y que se encuentre actualmente realizando atención clínica. Los criterios de exclusión del estudio son estar atravesando por un proceso de duelo, estar diagnosticado de algún cuadro clínico, por ejemplo, ansioso o depresivo, estar viviendo un proceso que sea experimentado como emocionalmente difícil o estar en busca de tratamiento de salud mental.

Es importante aclarar que en ningún caso los resultados obtenidos en esta etapa de la investigación permitirán generar algún diagnóstico sobre su comportamiento interpersonal, por lo cual esta no tiene un carácter clínico o diagnóstico de ningún tipo.

Cabe señalar que el apego puede variar entre las personas a través de dos continuos o dimensiones que son la ansiedad y la evitación en el apego, y que dichas variaciones son esperables, como parte del funcionamiento normal. Las puntuaciones más altas o bajas en estas dimensiones no implican necesariamente problemas de salud mental o psicopatología, más bien pueden ser el reflejo de un momento vital particular, y pueden cambiar en función de las circunstancias.

El investigador responsable de este estudio es Andres Andrade Díaz, estudiante de Magíster en Psicología Clínica de Adultos de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. La investigación es patrocinada por el proyecto Fondecyt #11180662 cuya investigadora responsable es la Dra. Michele Dufey Domínguez, profesora patrocinante de este estudio.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en responder dos escalas de evaluación del apego, una de ellas es la Escala Revisada de Apego Adulto (Collins, 1996) y la otra es el Cuestionario de Experiencias en Relaciones Cercanas (Brennan, Clark y Shaver, 1998). Estos instrumentos son de autorreporte, es decir, usted leerá y responderá a cada una de las preguntas y afirmaciones que ahí puede encontrar, guiándose por las instrucciones de respuesta que se le presentarán tanto en la escala como en el cuestionario. La aplicación de los instrumentos se realizará de manera online a través de la aplicación Google Formularios, su duración estimada es de 20 minutos y se realizará en el lugar, día y hora que usted estime conveniente.

Eventualmente, usted podría ser invitado/a a participar en una segunda etapa de la investigación, la cual consiste en una entrevista individual on-line, donde se explorará su experiencia de autocuidado en el contexto de pandemia por COVID-19. El que usted sea invitado/a dicha etapa dependerá de dos aspectos: primero, usted debe indicar su interés por ser invitado/a en el espacio indicado al final de este documento; y, en segundo lugar, la invitación se realizará según los resultados generales de esta primera parte de la investigación, siendo el criterio de selección el obtener un grupo de participantes que sea diverso en relación a su apego. Del total de personas que participen en esta primera etapa, se seleccionarán ocho personas para la segunda fase. El hecho de que usted indique su interés por participar del segundo estudio no implicará necesariamente que usted sea finalmente escogido para ello. Es importante aclarar, que la invitación a participar en la segunda etapa se hace exclusivamente buscando obtener una mayor diversidad en la orientación en el apego que tiene la muestra, lo cual se cree podría enriquecer el análisis posterior, es por esto que se invitarán personas que tengan puntajes tanto altos como bajos en la ansiedad en el apego. El hecho que usted no sea invitado a participar en ningún caso se realiza a raíz de criterios diagnósticos o idoneidad de ningún tipo.

Riesgos: La participación en este estudio no involucra riesgos para usted. En cualquier caso, usted es libre de responder y dejar en blanco algún instrumento que prefiera no responder. De todas maneras, se ofrece si usted lo requiere, una devolución escrita u online a través de la plataforma Zoom, en la cual se entregará información general sobre los resultados de la etapa 1 y se mostrará el resultado individual de su participación, al que se le dará un contexto interpretativo desde la teoría del apego adulto. Es importante considerar que la devolución realizada podría ser una fuente de autoconocimiento.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, sin embargo, contempla una compensación económica de \$5.000 por el tiempo invertido en responder las escalas. No obstante, su participación permitirá generar información para comprender cómo es el fenómeno del autocuidado en pandemia por el COVID-19 que tienen los terapeutas en relación a su orientación en el apego, lo que posteriormente podría beneficiar de manera formativa a otros profesionales de la salud.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Para proteger la confidencialidad se contempla que los datos de identificación obtenidos de cada participante serán conocidos solamente por el investigador responsable y se utilizarán con el fin de ser ingresados a la planilla general de datos, luego de esto serán guardados por el tiempo que dure la investigación más un periodo de 5 años, los cuales serán borrados posteriormente. Para identificar a los participantes, se utilizarán códigos que no tendrán relación con el nombre real de la persona. La información recopilada será guardada por el investigador responsable en un dispositivo de uso personal (disco duro), el cual será custodiado en un lugar (mueble) de acceso restringido.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados generales de esta investigación. Para ello, usted deberá indicar al final de este documento en que formato prefiere recibir los resultados y registrar su correo electrónico, con fines de hacerle llegar esa información.

Datos de contacto: Si requiere más información o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar al investigador responsable de este estudio:

Nombre Investigador Responsable

Andrés Sebastián Andrade Díaz

Teléfonos; +56997455705

Dirección: Calle Limache 1724, Oficina 1309, Viña del mar.

Correo Electrónico: andres.nome@gmail.com

También puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Comité de Ética de la Investigación

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile

Teléfonos: (56-2) 29772443

Dirección: Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago. Facultad de Ciencias Sociales.
Universidad de Chile.

Correo Electrónico: comite.etica@facso.cl

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar en la etapa 1 del estudio titulado **“Experiencias de autocuidado de terapeutas humanistas, en contexto de pandemia por el virus del COVID-19, en función de su orientación en el apego”**, en los términos aquí señalados.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigador responsable

Lugar y Fecha: _____

I. Me gustaría ser invitado/a a participar de la segunda etapa de este estudio, la cual consiste en una entrevista individual semiestructurada.

Sí No

Correo electrónico actualizado: _____

Teléfono: _____

III. En que formato prefiere recibir la devolución de los resultados de la investigación

Escrita A través de una sesión de devolución online.

Correo electrónico actualizado: _____

Este documento consta de cinco páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Experiencias de autocuidado de terapeutas humanistas, en contexto de pandemia por el virus del COVID-19, en función de su orientación en el apego” – Etapa 2

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la segunda etapa de la investigación. **“Experiencias de autocuidado de terapeutas humanistas, en contexto de pandemia por el virus del COVID-19, en función de su orientación en el apego”**. Su objetivo es caracterizar la experiencia de autocuidado que tienen los terapeutas humanistas en contexto de pandemia por el virus del COVID-19, en función de su orientación en el apego. En esta etapa específicamente buscaremos conocer su experiencia de autocuidado, la cual tiene relación con aquellos comportamientos que utilizamos para resguardar nuestra propia salud, que para esta investigación se contextualiza en la situación de pandemia por el virus del COVID-19.

Usted ha sido invitado(a) porque cumple con los criterios de inclusión de esta etapa del estudio, los cuales son: ser psicólogo/a clínico/a, que adscribe al enfoque humanista y que se encuentre actualmente realizando atención clínica. Los criterios de exclusión del estudio son estar atravesando por un proceso de duelo, estar diagnosticado de algún cuadro clínico, por ejemplo, ansioso o depresivo, no estar viviendo un proceso que sea experimentado como emocionalmente difícil o estar en busca de tratamiento de salud mental.

Es importante aclarar que en ningún caso los resultados obtenidos en esta etapa de la investigación permitirán generar algún diagnóstico sobre su comportamiento interpersonal, por lo cual esta no tiene un carácter clínico o diagnóstico de ningún tipo. Cabe señalar que las experiencias de autocuidado pueden ser diferentes en cada persona y es esperable que estas puedan variar. El hecho de manifestar comportamientos con mayor o menor frecuencia, no necesariamente indican problemas de salud mental o psicopatología, más bien pueden ser el reflejo de un momento vital particular, y pueden cambiar en función de las circunstancias.

El investigador responsable de este estudio es Andres Andrade Díaz, estudiante de Magíster en Psicología Clínica de Adultos de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. La investigación es patrocinada por el proyecto Fondecyt #11180662 cuya investigadora responsable es la Dra. Michele Dufey Domínguez, profesora patrocinante de este estudio.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en asistir a una entrevista individual, de manera online, a través de la aplicación de comunicación digital Zoom. En esta, se le realizarán

preguntas respecto de los objetivos de la investigación, los cuales tienen relación con caracterizar su experiencia de autocuidado en el contexto de pandemia por COVID-19, en función de su apego. La duración de esta entrevista será de aproximadamente una hora.

Riesgos: Existe alguna posibilidad de que durante la entrevista se aborden temas que podrían ser sensibles para Ud., pues se realizarán preguntas que invitan a reflexionar sobre su experiencia de autocuidado en el contexto de pandemia por el virus del COVID-19. Lo anterior puede conllevar una respuesta de relativa intensidad emocional, lo cual es variable de persona en persona, sin embargo, es importante que usted sepa que es libre de responder y abstenerse en caso de que lo prefiera. Al respecto, es importante indicar que, en caso de que usted presente alguna descompensación emocional, el entrevistador e investigador responsable de este estudio es psicólogo clínico, quien procederá a detener la entrevista y le ofrecerá la posibilidad de: tomar una pausa, suspender su participación y retomarla en otro momento o detenerla definitivamente. Esto lo puede realizar sin ninguna condición o perjuicio para usted.

En conjunto con lo anterior, se ofrecerá a las personas que así lo requieran, recibir una sesión de devolución respecto a su participación, en la cual se entregará información general sobre los resultados de esta etapa de la investigación y se mostrará el resultado individual de su participación, dándole un contexto interpretativo desde la información teórica del autocuidado y el apego y resolviendo dudas e inquietudes que Ud. pueda tener. Aun así, es importante considerar que la devolución realizada será acotada a la información proporcionada por usted, lo que eventualmente podría ser una fuente de autoconocimiento.

Si a consecuencia de su participación en la entrevista experimentara la necesidad de realizar un proceso de terapia, se podrá realizar una derivación asistida, lo cual no implica costos monetarios para usted.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, sin embargo, se contempla una compensación económica de \$20.000 por el tiempo invertido en la entrevista. No obstante, su participación permitirá generar información para comprender cómo es el fenómeno del autocuidado en pandemia por el COVID-19 que tienen los terapeutas en relación a su orientación en el apego, lo que posteriormente podría beneficiar de manera formativa a otros profesionales de la salud.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Para proteger la confidencialidad se contempla que los datos de identificación obtenidos de cada participante serán conocidos solamente por el investigador y el equipo de investigación y se utilizarán con el fin de ser ingresados a la planilla general de

datos, luego de esto serán guardados por el tiempo que dure la investigación más un periodo de 5 años, los cuales serán borrados posteriormente. Para identificar a los participantes, se utilizarán códigos que no tendrán relación con el nombre real de la persona. La información recopilada será guardada por el investigador responsable en un dispositivo de uso personal (disco duro), el cual será custodiado en un lugar (mueble) de acceso restringido.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados generales de esta investigación. Para ello, usted deberá indicar al final de este documento en que formato prefiere recibir los resultados y registrar su correo electrónico, con fines de hacerle llegar esa información.

Datos de contacto: Si requiere más información o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar al investigador responsable de este estudio:

Nombre Investigador Responsable

Andrés Sebastián Andrade Díaz

Teléfonos; +56997455705

Dirección: Calle Limache 1724, Oficina 1309, Viña del mar.

Correo Electrónico: andres.nome@gmail.com

También puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Comité de Ética de la Investigación

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile

Teléfonos: (56-2) 29772443

Dirección: Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago. Facultad de Ciencias Sociales.
Universidad de Chile.

Correo Electrónico: comite.etica@facso.cl

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar en la etapa 2 del estudio titulado **“Experiencias de autocuidado de terapeutas humanistas, en contexto de pandemia por el virus del COVID-19, en función de su orientación en el apego”**, en los términos aquí señalados.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma participante

Firma Investigador responsable

Lugar y Fecha: _____

I. Me gustaría recibir un informe escrito de los resultados globales del estudio:

Sí No

Correo electrónico actualizado: _____

II. Me gustaría asistir a una sesión de devolución individual en relación a mi participación en la investigación.

Sí No

Teléfono: _____

Este documento consta de cuatro páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

Entrevista de investigación, etapa 2: **“Experiencias de autocuidado de terapeutas humanistas, en contexto de pandemia por el virus del COVID-19, en función de su orientación en el apego”**

Introducción:

La presente entrevista se enmarca en la tesis de Magíster en Psicología Clínica de Adultos de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile: “Experiencias de autocuidado de terapeutas humanistas, en contexto de pandemia por el virus del COVID-19, en función de su orientación en el apego”, en la etapa 2. La persona a realizar la entrevista es Andrés Andrade, investigador responsable de este proyecto.

La entrevista que se presentará a continuación consta de dos partes, en la primera se realiza una ronda de preguntas para obtener información sociodemográfica de la persona, y en la segunda las preguntas son las asociadas a la investigación propiamente tal.

I. Preguntas iniciales:

- ¿Cuál es tu nombre?
- ¿Cuál es tu edad?
- ¿Dónde vives?
- ¿Con quién o quiénes vives?
- ¿En qué año te titulaste en la carrera de psicología?
- ¿En qué lugar te encuentras actualmente trabajando?
- ¿Cuántos años llevas realizando atención clínica en psicología?
- Aparte de la atención clínica ¿te dedicas a alguna otra área de la psicología? ¿Cuál?
- ¿Tienes alguna especialización en psicología? ¿Cuál?
- ¿Durante la pandemia como ha sido tu ejercicio laboral? ¿A qué te has dedicado específicamente? ¿Continuaste atendiendo durante este tiempo?
- ¿En qué modalidad has realizado atención durante este tiempo?
- ¿Ha sido difícil adaptarse a los cambios en la atención clínica?

II. Preguntas de investigación:

Las preguntas que siguen a continuación están referidas particularmente a experiencias y vivencias durante la pandemia por el COVID-19.

- En general, ¿Cómo ha sido tu vivencia de la pandemia?
- ¿Qué elementos de la pandemia por el virus del COVID-19 sientes que fueron más estresantes o difíciles para ti?
- ¿Qué cosas has hecho para cuidarte, cuidar de tu salud física, mental, emocional?
- ¿Qué es para ti auto cuidarte o cuidar de ti mismo/a?
- ¿De qué maneras has ejercido tu autocuidado durante la pandemia?

- Durante la pandemia, ¿Cómo han sido las relaciones cercanas para ti? Y ¿De qué manera has mantenido los vínculos cercanos?
- Durante la situación sanitaria de pandemia por el virus del COVID-19 ¿Buscaste apoyo en personas cercanas? ¿De qué maneras estas te apoyaron?
- ¿Consideras que tus figuras cercanas te brindan apoyo y contención cuando lo requieres? ¿Cómo lo experimentas?
- ¿Qué tan disponibles sientes que estas personas han estado para ti durante la pandemia? ¿De qué manera sientes que te ayudan o apoyan?
- ¿De qué manera sientes que ellas ayudan a traer calma y bienestar a tu vida en este periodo?
- ¿Sientes que de alguna manera ellas son parte de tu autocuidado? ¿Cómo?
- ¿Consideras que, dentro de tus vínculos cercanos, hay personas que te brindan mayor apoyo, calma o seguridad? ¿Cómo es la experiencia de estos vínculos para ti?
- ¿Sientes que durante la pandemia has experimentado algún tipo de desgaste como terapeuta? ¿De qué manera?
- ¿Sientes que la pandemia ha afectado tu motivación por la labor clínica? ¿De qué manera? Y ¿Qué cosas has hecho para lidiar con esto?
- ¿Hay cosas que hayas hecho para cuidarte como terapeuta? ¿Qué cosas? Y ¿Cuáles te han servido más que otras?
- ¿Cómo te diste cuenta de que necesitabas autocuidado como terapeuta?

Protocolo de contención emocional

El siguiente protocolo se enmarca en la investigación titulada “**Experiencias de autocuidado de terapeutas humanistas en contexto de pandemia por el virus del COVID-19, en función de su orientación en el apego**”. El objetivo es establecer los lineamientos para abordar situaciones de descompensación emocional tales como: preocupación excesiva, llanto fácil, labilidad emocional, signos de confusión o agitación y otros que se puedan pesquisar, las cuales podrían aparecer a raíz de la entrevista que se realizará en la etapa 2 del estudio.

El investigador responsable y entrevistador es Andrés Andrade Díaz, el cual es psicólogo clínico, con experiencia en atención de pacientes, a raíz de lo cual tiene la posibilidad de pesquisar posibles descompensaciones emocionales que se puedan dar en el/la entrevistado/a y activar el protocolo en caso de que fuera necesario.

Ante la manifestación de descompensación emocional por parte la persona, se seguirá el siguiente protocolo:

1. Se procederá a interrumpir la entrevista y con esto acompañar a la persona para que se pueda calmar, ofreciéndole la posibilidad de tomarse un tiempo para respirar, tomar agua u otro que requiera. Luego de esto se le invitará a evaluar si le gustaría seguir participando en la entrevista, si requiere suspender y retomar en otro momento o detenerla definitivamente, recordándole que puede hacerlo sin ninguna condición o perjuicio para él o ella.
2. Si la persona decide continuar con la entrevista se le dará el tiempo necesario hasta que indique claramente que puede continuar, ofreciéndole la posibilidad de retomar lo que estábamos conversado o seguir con la siguiente pregunta.
3. Si la persona decide suspender la entrevista y continuarla en otro momento, se realiza el cierre según lo solicitado por esta y se le indica que se coordinará a través de su correo electrónico para retomarla.
4. Si la persona decide detener la entrevista de manera definitiva, se partirá por agradecer su participación en la investigación, con lo cual se dará por finalizada la entrevista y se le ofrecerá la posibilidad de realizar un seguimiento telefónico en otro momento que lo requiera, como también el envío de algunos contactos para poder realizar alguna atención psicológica en caso de que considere importante profundizar en lo que le ha ocurrido en la entrevista.
5. En caso de que se genere una descompensación mayor, se buscará brindar un espacio seguro, a través de la escucha empática por parte del entrevistador, facilitando un acompañamiento hasta que se pueda calmar un poco más.
6. Se ofrecerá a la persona una derivación asistida al Centro de Prácticas Sociales (CEPS) de la Universidad de Viña del Mar, para iniciar un proceso de terapia si lo requiere, sin costo para el/la participante. En caso

de que acepte esto, se activará el “Protocolo de derivación asistida” que contempla la investigación.

Protocolo de derivación asistida

El siguiente protocolo se enmarca en la investigación titulada “**Experiencias de autocuidado de terapeutas humanistas en contexto de pandemia por el virus del COVID-19, en función de su orientación en el apego**”. El objetivo es establecer los lineamientos para realizar la derivación asistida que se ofrecerá, frente a posibles situaciones de descompensación emocional, las cuales podrían aparecer a raíz de la entrevista que se realizará en la etapa 2 del estudio.

La presente derivación se realiza en concordancia con la constancia que realiza la jefa de carrera de psicología Paola Espina de la Universidad de Viña del Mar indicado en la “Constancia de Aceptación de derivaciones” emitida el 21 de enero de 2021, en la cual se comprometen a aceptar las derivaciones asistidas que provienen de la presente investigación, las cuales serán gratuitas para los participantes.

El investigador responsable y entrevistador es Andrés Andrade Díaz, el cual es psicólogo clínico, con experiencia en atención de pacientes, a raíz de lo cual tiene la posibilidad de pesquisar posibles descompensaciones emocionales que se puedan dar en el/la entrevistado/a y activar el protocolo en caso de que fuera necesario.

El protocolo de derivación asistida se activará posteriormente al protocolo de contención emocional que contempla el proyecto, de la siguiente manera:

1. Se ofrecerá al participante la posibilidad de recibir atención psicológica sin ningún costo para él/ella.
2. En caso de que la persona acepte, se le realizará la derivación indicando datos de la persona y motivo de esta, lo cual será enviado a la secretaría del Centro de Prácticas Sociales (CEPS) de la Universidad de Viña del Mar, para que se puedan asignar posibles horarios de atención, los cuales serán transmitidos a la persona y se colaborará en generar los nexos para el agendamiento.
3. Se realizará un seguimiento de adherencia al tratamiento.