



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

**SER UN PROFESIONAL VULNERABLE EN CONTEXTOS DE POBREZA Y
EXCLUSIÓN SOCIAL**

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

FRANCISCA ANDREA JELVEZ GALLEGOS

Profesora Patrocinante: Adriana Espinoza Soto

Profesor Co-guía: Matías Méndez López

Profesora Informante: Michele Dufey Domínguez

**SER UN PROFESIONAL VULNERABLE EN CONTEXTOS DE POBREZA
Y EXCLUSIÓN SOCIAL**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo conocer cómo perciben los/as psicólogos/as clínicos-comunitarios/as que trabajan en contextos de pobreza y exclusión social su vivencia de desgaste profesional. El estudio se realizó desde un paradigma fenomenológico, con metodología de investigación cualitativa de tipo descriptivo con diseño narrativo. La muestra consistió en ocho profesionales que trabajan en contextos de pobreza y exclusión social. Para el levantamiento de datos se realizó una entrevista narrativa, cuyo análisis fue narrativo temático comprendiendo un examen intra e intercaso. Los resultados dan cuenta de cómo en condiciones de pobreza y exclusión, el sistema reproduce condiciones de vulneración en los espacios laborales, desencadenando importantes vivencias de desgaste profesional. Las/os psicólogas/s reportan condiciones de precariedad laboral y violencia, así como sintomatología física, psicológica, conductual, interaccional y espiritual. Junto a esto, se destaca el importante compromiso político y ético de las/os profesionales, junto con la disponibilidad emocional y el encuentro con la vulnerabilidad propia y ajena. Además, las participantes reportan una serie de experiencias positivas y la emergencia de encuentros significativos entre la psicología clínica y la psicología comunitaria. Por último, rescatan la necesidad de ejercer ciertos valores clínicos con las personas que se condicen con los valores clínicos humanistas-existenciales.

PALABRAS CLAVE:

Pobreza, Psicología Humanista-existencial, Vulnerabilidad, Desgaste profesional

AGRADECIMIENTOS

A La Legua, sus niñxs y mujeres, y a mis compañerxs, que cambiaron mi existencia.

A mi papá, a mi abuelo camionero y mi abuela dueña de casa, a todxs ellxs, que seguramente algo de su historia me hicieron ir a buscar en otros territorios.

A mi mamá, por enseñarme que es desde el amor lo que verdaderamente acompaña y transforma y a la Ale, por trabajar en ollas comunes y también invitarme a ir a buscar.

A mis hermanes. A la Vale, por enseñarme siempre qué es lo verdaderamente correcto y entregarme tierra; a la Sofi, por impulsarme siempre críticamente a politizarme y darme fuego; y al Simón por su alegría, por motivarme a crear un mundo mejor y permitirme ser agua. También a la Ale L, por regalarme calma y pasión por el estudio y enseñarme desde el aire.

Al Andrés, que me enseñó todos los días cómo se es compañero, que estuvo para tomarme fuerte cuando lo necesité, que me acompañó en silencio cuando estaba demasiado sumergida en mí, que me escucho y me permitió volar lejos con sus palabras y que me regaló todos los días libertad, amor, paciencia, alegría y profundidad.

A la Mila, compañera del alma, por ser siempre una guía, por ayudarme a pensar, escribir, crear, pero, por, sobre todo, por ser una luz en cada momento de oscuridad y un horizonte que me inspiraba a seguir. Empezamos y terminamos juntas este viaje.

A les Mones: Pato, Chiki, Lore, Emi y Poli por acompañarme a tramitar toda esta experiencia, con risas, alegrías, conversaciones y por ser ese refugio seguro al cual siempre puedo volver.

A la Misu y a la Kari, por ser fuentes de inspiración y fuerza y enseñarme lo que realmente es y cómo se siente la sororidad.

Al Matías, que no solo guió la tesis, mis reflexiones y mis sentires, sino que le puso un amor y dedicación gigante a cada una de mis palabras. Muchas gracias por tomar tan seriamente mi trabajo y por, sobre todo, por enseñarme cómo se está ahí, desde la mirada atenta.

Voy y vuelvo al mismo lugar
No veo lo que quiero ver
Si no encontrara el camino para volver
Me quedaría donde no pudiera ver

Oh, si no tuviera ojos
Vería con el alma
Si no tuviera oídos
Te escucharía con el cuerpo

Si no tuviera territorio
No lucharía por lo que es mío
Pero es esta nuestra historia
De convivir con enemigos

Oh, si no tuviera corazón
Si no tuviera ojos
Para ver lo que vi

Oh, si no tuviera corazón
No sufriría tanto
No sufriría tanto

(Hebe, 2015)

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Pregunta y Objetivos de investigación	6
2.1 Pregunta de investigación	6
2.2 Objetivo General	6
2.3 Objetivos Específicos	6
3. Marco Teórico	7
3.1 Incidencia de la pobreza y exclusión social sobre la salud mental en Chile	7
3.1.1 Pobreza y Exclusión social en Chile	7
3.1.2 Determinantes sociales y estratificación social de la salud	10
3.1.3 Concepción de la salud mental en Chile	13
3.2 Salud mental desde la psicología Humanista-Existencial	18
3.3 Ética de la terapeuta	24
3.4 Vulnerabilidad	30
3.5 Mutualidad	34
3.6 Desgaste Profesional	37
4. Marco Metodológico	43
4.1 Diseño y enfoque	43
4.2 Participantes	43
4.3 Estrategias y procedimientos de producción de la información.....	45
4.4 Análisis.....	47
4.5 Consideraciones éticas	48
5. Resultados	50
5.1 Análisis intra caso	51
5.2 Análisis inter caso	59
5.2.1 El sistema reproduce vulneración	59
5.2.2 Violencia.....	62

5.2.3 Precariedad Laboral	64
5.2.4 Compromiso político ético	66
5.2.5 Vulnerabilidad	68
5.2.6 Sintomatología	70
5.2.6.1 Sintomatología física	70
5.2.6.2 Sintomatología psicológica	71
5.2.6.3 Sintomatología conductual	73
5.2.6.4 Sintomatología interaccional	74
5.2.6.5 Sintomatología espiritual.....	74
5.2.7 Experiencias positivas.....	74
5.2.8 Encuentro entre la psicología clínica y comunitaria.....	76
5.2.8.1 Valores clínicos	76
6. Discusión.....	79
7. Conclusiones y consideraciones finales.....	95
8. Bibliografía.....	102
9. Anexos	115
9.1 Documento y formulario de consentimiento informado.....	115

1. INTRODUCCIÓN

Según datos aportados por la última encuesta Casen (MIDESO, 2017b), en Chile existe un 20,7% de personas en situación de pobreza multidimensional. La introducción del concepto “pobreza multidimensional” alude a la importancia de “reconocer que además de la falta de ingresos, la pobreza también se expresa en un conjunto de carencias en dimensiones fundamentales del bienestar” (MIDESO, 2017a, p.11). Sumado a lo anterior, el Banco Mundial (2018) señala que Chile se encuentra en el séptimo lugar de los países con mayores niveles de desigualdad en todo el mundo. La información provista por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO) y el Banco Mundial acerca de la situación de nuestro país resulta alarmante pues, tal como postula Katzman (2001), frente a las condiciones de pobreza y desigualdad, las personas vivencian un creciente aislamiento general, lo cual sugiere que estos dos elementos decantan, en la práctica, en un fenómeno de exclusión social. En este contexto, dicha exclusión afecta múltiples factores de la vida de los individuos; lo subjetivo, cultural, social, económico y político.

Sobre esta situación, Chile adhiere a los principios rectores a nivel internacional, definidos por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH, 2012), los cuales establecen que “los Estados deben otorgar la debida prioridad a los derechos humanos de los grupos más desfavorecidos, especialmente las personas que viven en la extrema pobreza” (p.14). En este contexto, el MIDESO (2017a) es la entidad gubernamental responsable de generar programas y políticas públicas destinadas a “erradicar la pobreza y brindar protección social a las personas o grupos vulnerables, promoviendo la movilidad e integración social y la participación con igualdad de oportunidades” (p. 1). De este modo, se busca reducir la desigualdad económica y social que afecta a una parte importante de la población, estableciendo a las personas como el eje central del desarrollo, lo que requiere situarlas en el contexto global en el que se desenvuelven.

Como se mencionó al comienzo, la pobreza y la exclusión social inciden directamente en diferentes aspectos de la vida de las personas, incluyendo su dimensión subjetiva. En concordancia con esto, el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) (MINSAL, 2017a) establece que la desigualdad es uno de los factores de mayor incidencia en el aumento de

trastornos y afectaciones a la salud mental: “tal y como ocurre con la salud en general, los entornos sociales, económicos y físicos moldean la experiencia de salud mental de las personas, constituyendo factores de riesgo que están ligados a desigualdades sociales” (MINSAL, 2017a, p. 31). Esto sigue la misma línea de las recomendaciones realizadas desde la OACDH (2012), la cual establece que los Estados deben adoptar medidas multidimensionales para abordar la relación entre la salud y la pobreza, incorporando la salud mental. Frente a este escenario, para abordar desde la salud mental las problemáticas relacionadas con la pobreza -y a ésta en sí misma-, en Chile se han diseñado un conjunto de programas de intervención multidisciplinar en donde concurren distintas¹ profesionales como psiquiatras, psicólogas, trabajadoras sociales, enfermeras y terapeutas ocupacionales, para que puedan contribuir desde sus diversas áreas de conocimientos (García-López, 2004). Dentro de las anteriores disciplinas, es particularmente la psicología una disciplina que ha tenido cada vez mayor presencia en los programas sociales que se encargan de abordar este tipo de problemáticas en Chile (Berroeta, 2014).

Parra (2016) plantea que la incorporación de la psicología a los programas sociales permite la comprensión del ser humano en tanto ser individual, familiar, relacional, histórico y social. El autor señala que el aporte específico que provee la psicología para el abordaje del fenómeno de la pobreza consiste en que permite comprenderlo desde el padecimiento subjetivo, como un proceso que se despliega en entornos comunitarios, socio-históricos y culturales, buscando además impulsar una salud mental integral (Parra, 2016). Así, la “psicología, por su escala humana, su interés por lo interno o lo profundo, su atribución de interpretación o desentrañamiento, su perspectiva relacional, aporta subrayadamente un valor diferencial y esencial en el abordaje de los procesos de intervención desde Servicios Sociales” (Mayordomo, 2016, p. 119). Mayordomo (2016) complementa a Parra, mencionando que la presencia de profesionales de la psicología en este tipo de programas está determinada por razones éticas (brindar una atención más respetuosa a las usuarias),

¹ En busca de dar respuesta a formas de lenguajes inclusivos y anti patriarcales, a lo largo de la investigación se utilizará el género femenino, pues siempre estaré hablando sobre “la/s persona/s”, a pesar de que esta palabra no siempre se encuentre especificada explícitamente en la oración.

económicas (asegurar beneficios que se generalicen a todos) y técnicas (aportar y responsabilizarse de una atención relacional, emocional y subjetiva).

Parra (2016), señala que uno de los principales desafíos de la psicología es poder articular el trabajo clínico con una perspectiva comunitaria, permitiendo pensar la especificidad que adquiere la clínica cuando se desarrolla desde esta mirada. De este modo, entiende que dicha unión nos permite “pensar las interfaces entre dos prácticas en permanente constitución que, si bien no son iguales, no dejan de tener puntos de entrecruzamiento y encuentro” (Parra, 2016, p. 37). Lo comunitario y lo clínico por sí solos son superados por lo clínico-comunitario, cuando la psicología invita a enfrentar y superar los límites de lo comunitario y las insuficiencias en los modos sociales y modelos explicativos usados para entender las dinámicas de las comunidades en diversas condiciones de vulnerabilidad (Andrade-Salazar, 2012). En un sentido, el rol de la psicóloga en la intervención clínica-comunitaria es el de agente de cambio de los modos heteronómicos de sentir y convivir, permitiendo crear nuevos escenarios de encuentro para pensar, sentir, intuir y operar consensualmente. La psicóloga en este espacio busca generar nuevas y mejores formas de vivir en relación con el otro, reconstituyendo el tejido social, promoviendo la conexión fructuosa entre familias, comunidades e instituciones estatales, trabajando en la construcción de lazos de afecto, sentidos sociales cooperativos y buscando una liberación que incluya la diferencia y el bienestar social y subjetivo. En ese caso, puede construirse un nuevo escenario para la clínica, “una posibilidad de entrar en contacto con el otro, poniendo en escena un andamiaje de contingencias sociales” (Ussher, 2012, p. 312).

Un reciente estudio realizado en Chile (Daher, Jaramillo y Rosati, 2018) presenta la incidencia que pueden llegar a tener las agentes interventoras de los programas sociales que atienden a población vulnerable sobre los cambios en distintas esferas de la vida de las usuarias de dichos programas. El estudio destaca que una buena relación entre beneficiadas e interventores tiende a fomentar transformaciones significativas para las usuarias a nivel personal (generando mayor sensación de valoración, reconocimiento y autonomía), a nivel de relaciones familiares (mejor resolución de conflictos y reparación de vínculos entre los miembros de la familia) y a nivel institucional (permitiendo que las usuarias puedan contactar y relacionarse con más y mejores redes de apoyo). Las autoras, además, afirman que aquellas

usuarias con mayores niveles de vulnerabilidad valoraban y presentaban mejores resultados cuando la relación con sus interventoras era cálida, cercana, sensible y capaz de permanecer flexible ante los contextos y particularidades de cada caso. Dentro de las cualidades necesarias para ser una buena agente interventora, las participantes indicaron: ser humano y cálido, empático y preocupado, paciente y que sabe escuchar, confiable, compasivo y empoderadora (Daher, Jaramillo y Rosati, 2018). En esta misma línea, Vargas (2011) señala que es en la relación entre participantes y agentes interventoras donde ocurren los mayores cambios de vida para las usuarias.

Trucco y Nun (2008) exponen una problemática al señalar que, si bien cada vez existen investigaciones más robustas que muestran la importancia de la relación y la labor que la agente puede realizar, existe una deuda con ellas en tanto no se cuentan con los mínimos necesarios para poder contar con los recursos ni lineamientos para orientar el quehacer de las trabajadoras. Esta carencia de lineamientos, considerando la naturaleza relacional del trabajo con personas, puede tener como consecuencia ciertos costos personales para las interventoras. En esta misma línea, según el MIDEPLAN (2010), acompañar a personas en situación de vulnerabilidad puede implicar un desgaste bio-psico-emocional. Para el caso de las profesionales de salud mental, éstas aumentan su vulnerabilidad y riesgo debido a la exposición constante al trauma de sus usuarias (Morales, Pérez y Menares, 2003).

Arón y Llanos (2004) señalan que el hecho de trabajar en contextos de alta vulneración expone a las profesionales a un nivel de desgaste profesional en lo personal, que puede llegar al agotamiento y ser causa de enfermedades. Esto también trae consecuencias para los equipos interventores, erosionándolos y llegando hasta a su desintegración. El desgaste profesional se trata de una reacción subjetiva que presentan las personas que trabajan en contacto con temáticas como vulnerabilidad, pobreza y violencia social, y en determinadas condiciones laborales (Aron y Llanos, 2004). Una de las formas en que se manifiesta este desgaste es el “Estrés Traumático Secundario”, descrito como el conjunto de emociones y conductas resultantes de entrar en contacto con un evento traumático experimentado por otro, pudiendo manifestarse con sintomatología cognitiva, emocional, motora y somática (Moreno-Jiménez, Garrosa, Morante y Rodríguez, 2004).

Con todo lo anterior en consideración, y tomando en cuenta la alta cantidad de profesionales que trabajan en contextos de pobreza en el marco de políticas y programas públicos, es que cabe preguntarse y hacerse cargo de las repercusiones que trabajar en dichos contextos tiene para sus trabajadoras, en todo sentido. Por ello, la pregunta que orientó este estudio es: ¿Cómo perciben las/os psicólogas/os clínico-comunitarias/os que trabajan en contextos de pobreza y exclusión social su vivencia de desgaste profesional?

Abordar esta pregunta de investigación resulta relevante en diferentes sentidos. Por un lado, reviste una relevancia de carácter disciplinar en tanto los resultados pueden contribuir a conocer en mayor profundidad un tema que se encuentra poco explorado por la psicología, como es el desgaste que vivencian las profesionales que trabajan en contextos de pobreza y exclusión social. Sobre esta base, y atendiendo a lo que ya ha sido expuesto, resulta importante visibilizar la existencia de riesgos asociados al trabajo en las situaciones señaladas. El conocimiento generado por un estudio de este tipo puede promover el desarrollo de una mayor autoconciencia en las psicólogas de su propia situación de salud mental, en tanto contribuye a que las profesionales se reconozcan como “profesionales en riesgo” (Arón y Llanos, 2004). Por otro lado, existe una relevancia clínica, ya que se comprende que el riesgo del desgaste de las interventoras y su desensibilización con las personas con las que se trabaja presenta el peligro de perder contacto con la propia humanidad, pues se pierde la compasión ante la persona que sufre de modo desigual las condiciones de vida que le ha tocado vivir (Feito, 2007). Obtener conocimiento de cómo se vivencia y manifiesta el desgaste profesional podría facilitar la disminución de los efectos nocivos y contaminantes que tiene el trabajo en estos contextos, además de ayudar a pensar en modos de hacer frente a este importante fenómeno. Dicho conocimiento es un insumo que puede contribuir a la elaboración de políticas públicas, pues es también una responsabilidad social de las instituciones de salud promover estrategias de cuidado que vele por la integridad de la profesional.

Finalmente, y como se verá en el último capítulo, esta investigación da pie para idear próximas investigaciones que den cuenta de los mecanismos de resistencia y de cuidado que pueden desplegar, o que de hecho despliegan, las personas que trabajan en contextos de pobreza y exclusión social.

2. PREGUNTA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

2.1. Pregunta de Investigación

- ¿Cómo perciben las/os psicólogas/os clínico-comunitarias/os que trabajan en contextos de pobreza y exclusión social su vivencia de desgaste profesional?

2.2. Objetivo General

- Conocer y comprender cómo perciben las/os psicólogas/os clínico-comunitarias/os que trabajan en contextos de pobreza y exclusión social su vivencia de desgaste profesional

2.3. Objetivos Específicos

1. Explorar la percepción y vivencia que las y los psicólogos clínico-comunitarios tienen sobre su trabajo en contextos de pobreza y exclusión social
2. Indagar las consecuencias que reconocen las y los psicólogos clínico-comunitarios en su salud física al momento de trabajar en contextos de pobreza y exclusión social
3. Identificar las consecuencias en su salud mental que reconocen las y los psicólogos clínicos-comunitarios al momento de trabajar con personas que se encuentran en situación de pobreza y exclusión social
4. Describir las consecuencias en la vida profesional que reconocen las y los psicólogos clínico-comunitarios al momento de trabajar con personas que se encuentran en situación de pobreza y exclusión social

3. MARCO TEORICO

3.1. Incidencia de la pobreza y exclusión social sobre la salud mental en Chile

3.1.1. Pobreza y Exclusión social en Chile

Desde los años 50, los estudios relativos a la pobreza se han basado en un planteamiento general que visualizaba a las personas pobres como sujetos que no cuentan con un mínimo de ingresos monetarios ni de acceso a bienes materiales que les permita satisfacer ciertas necesidades básicas (Casas, Herrera y Barichello 2014; CEPAL, 2001; Germani, 1969; OIT, 1996). Sin embargo, este enfoque exhibe una serie de limitaciones pues sólo se concentra en las desventajas materiales. Dichas limitaciones se hacen patentes en el contexto sociocultural actual, ya que la pobreza material en países neoliberales ha logrado ser erradicada al menos en términos relativos, pero no así las situaciones de precariedad que afectan en la calidad de vida de las personas y su acceso a servicios básicos, lo cual sigue proliferando (Wormald y Ruiz-Tagle, 1999).

En un intento por hacerse cargo de estas limitantes y dar con definiciones que puedan responder a comprensiones más globales sobre la pobreza, la OACDH (2012) ha subrayado que las personas que viven en situación de pobreza están expuestas a condiciones que trascienden el ámbito meramente económico, incluyendo situaciones de violencia, sensaciones de temor, inseguridad, estigmatización y actitudes discriminatorias, además de una continua exposición y condición de vulnerabilidad que afecta la salud física, emocional y mental. En esta misma línea, como se mencionó en la introducción, Chile adoptó la concepción de pobreza multidimensional, reconociendo que la pobreza no se halla circunscrita a la falta de ingresos, sino que también contempla un conjunto de carencias en dimensiones fundamentales del bienestar (MIDESO, 2017b). Además, este nuevo operador conceptual permite hacer mediciones capaces de identificar de mejor manera los grupos de población objetivo para así diseñar e implementar intervenciones más efectivas en las políticas públicas que se ocupan de la pobreza (MIDESO, 2017b). Con esto se intenta avanzar hacia una concepción de pobreza que tenga en consideración la calidad de vida integral de las personas (MIDESO, 2017b). Según la definición provista por el MIDESO (2017b), la

pobreza multidimensional contempla cinco dimensiones fundamentales: 1) Educación (compuesta de: asistencia, rezago escolar y escolaridad), 2) Salud (malnutrición en niños/as, adscripción al sistema de salud y atención), 3) Trabajo y seguridad social (ocupación, seguridad social y jubilaciones), 4) Vivienda y entorno (habitabilidad, servicios básicos y entorno) y 5) Redes y cohesión social (apoyo y participación social, trato igualitario y seguridad).

Sobre esta nueva concepción de la pobreza, Saraví (2006) menciona que ya no se trata de concebirla como la capacidad de satisfacer un conjunto de necesidades básicas, sino de las oportunidades de participación en todos los sentidos al interior de una comunidad de pertenencia. En la medida que pobreza y participación pasan a estar reunidas en estas nuevas concepciones del fenómeno, es que se da pie a la introducción de un nuevo concepto: la “exclusión social” (Saraví, 2006). Lo que se busca al introducir la noción de exclusión social, es entender que la pobreza también consiste en una limitación o carencia en la capacidad de acceder a los diferentes ámbitos de la vida social (Sen, 1995). A modo de síntesis, Leyton y Muñoz (2016) indican que el fenómeno de la pobreza ha sido entendido como una situación económica que se encuentra estrechamente ligada a la exclusión social y a múltiples condicionantes que disminuyen la calidad de vida.

Saraví (2006), menciona que la exclusión social es un fenómeno que presenta al menos dos facetas. Por un lado, la exclusión posee un carácter material, el cual se verifica en las importantes desigualdades que se perciben en países como los de Latinoamérica, donde pequeños grupos de la población tienden a concentrar mayoritariamente los ingresos. Por otro lado, la exclusión también tiene un carácter social, pues redundando en un debilitamiento de los individuos respecto a su condición de pertenencia a una sociedad, es decir, es un fenómeno que conlleva una ruptura del lazo social. Este concepto se ve complementado por Gacitúa, Sojo y Davis (2000), quienes introducen la idea de que la exclusión social no solo debe ser comprendida como un estado o categoría en el cual las personas o grupos se encuentran, sino más bien como un proceso, en donde son distintos factores de riesgo los que se ponen en juego generando que ciertos grupos sociales se encuentren en una situación de desigualdad y desventaja social.

Además, es importante mencionar que autores como Wormald y Ruiz-Tagle (1999) señalan que el concepto de exclusión social nos permite visibilizar al modelo de desarrollo económico capitalista como productor de exclusión, toda vez que dicho modelo no permite un acoplamiento total de todos los sujetos a los diferentes sistemas. En este sentido, se entiende que el mayor desarrollo del esquema capitalista no traerá soluciones para los grupos excluidos. Sobre esta base, los autores subrayan que este concepto no solo tiene un carácter individual (refiriéndose a la experiencia que viven ciertos grupos e individuos en relación a la exclusión), sino también un carácter social en tanto que nos permite comprender que son las estructuras sociales las que generan y mantienen la exclusión (Wormald y Ruiz-Tagle, 1999). Sumado a lo anterior, los autores señalan que el fenómeno de la exclusión social cuenta con al menos tres dimensiones: una dimensión económica, la cual se concentraría en el acceso al mercado del trabajo y la distribución de los bienes materiales; una dimensión cultural, en donde se produce la desafiliación de los individuos de la sociedad y que se refleja mediante la construcción de subculturas; y una tercera dimensión institucional que se relaciona con el alcance del Estado y su tarea de garantizar el cumplimiento de los derechos sociales de los individuos, teniendo estrecha relación con la seguridad social y las políticas públicas estatales (Wormald y Ruiz-Tagle, 1999).

Dentro del concepto de exclusión social, se incluye además la vivencia de desigualdad de las personas que la sufren. En este contexto, se entiende por “desigualdad” las diferencias sociales existentes que otorgan ventajas para unas y desventajas para otras, siendo injustas para las personas en sus orígenes y consecuencias (Larragaña, 2016). El estudio realizado por el PNUD (2017) sobre las condiciones de desigualdad en Chile, muestra que las personas que viven bajo esta situación de desventaja generalmente habitan en espacios físicos alejados de la ciudad y carentes de bienes públicos, sufriendo diferencias socioeconómicas, en la dignidad y trato entre las personas, en el trabajo, salud, educación, ingresos y seguridad social, y en la concentración de la riqueza y del poder.

Por último, cabe destacar que los conceptos de pobreza, exclusión social y desigualdad muestran que lo que caracteriza esta constelación de fenómenos consiste en un quiebre en la relación que teje los lazos individuo-sociedad, apareciendo una negación de los derechos

sociales y existiendo ciudadanas de primera y segunda categoría, donde estas últimas no cuentan con acceso a servicios básicos de calidad en los ámbitos de la salud, la educación y el trabajo (Saraví, 2005). Sumándose a esta idea, Gacitúa, Sojo y Davis (2000) sostienen que es fundamental poner atención a todas aquellas “zonas grises” de manifestación de la exclusión, pues es en estas áreas donde se produce la acumulación de desventajas para algunas, en la medida que amplios grupos de la población cuentan con una integración precaria o frágil a los sistemas sociales.

3.1.2. Determinantes sociales y estratificación social de la salud

En 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, la cual sostuvo que las principales causas de las enfermedades están relacionadas con tres elementos fundamentales: la biología humana, el medio ambiente y los estilos de vida (OMS, 2005). Los determinantes sociales están relacionados con las inequidades en salud, que se ve reflejada en una distribución poco homogénea del poder y de los ingresos de acuerdo al género y la etnia (OMS, 2005). Concordante a esto, el MINSAL (2017) afirma que la inequidad de la riqueza y las condiciones sociales tienen como impacto una distribución desigual en el bienestar de las personas, generando injusticias en salud. Estas inequidades constituyen factores de riesgo para los grupos más desfavorecidos, siendo indicador de esto el alto riesgo que existe de padecer enfermedades mentales en presencia de indicadores de pobreza (MINSAL, 2017). En ese sentido, los efectos en la salud de las personas derivarían, al menos en parte, de su posición social en base a sus características demográficas, generando con ello una estratificación social y consecuencias diferenciales en materia de salud (Acero, Caro, Henao, Ruiz y Sánchez, 2013; Palomino, Grande y Abad, 2014). De esta manera, los determinantes sociales incluyen una serie de variables que impactan en la equidad y el acceso a la salud. Estos determinantes son estructurales, como la posición socioeconómica (de los cuales a su vez dependen la educación, ocupación e ingreso), el género y la etnia; y los determinantes intermediarios como los factores biológicos y psicosociales que condicionan la salud (Acero, et. al., 2013).

Acero, et. al. (2013) agregan que, desde este enfoque, se comprende la enfermedad como la expresión no sólo de condiciones individuales, sino también estructurales y sociales. Entonces, dado que los determinantes dan cuenta de las inequidades en salud, éstos van a conllevar una mayor vulnerabilidad acompañada por consecuencias diferenciales para la salud:

“la enfermedad es la expresión de las relaciones entre las formas de propiedad del poder y la división del trabajo, así como de las relaciones entre las formas a través de las cuales la producción y la reproducción propias del capitalismo producen diferencias en la calidad de vida.” (p. 107)

A partir de esta problemática la OMS desde el 2009 llamó a los países a hacer frente a las inequidades de la salud, a través de la creación de políticas públicas que diesen protección social integral (García y Vélez, 2013). Para esto es necesario comprender los determinantes sociales desde dos aristas, existiendo básicamente dos tipos. Por un lado, se encuentran los determinantes “estructurales”, los cuales consisten en los mecanismos de estratificación y divisiones sociales, como las políticas macroeconómicas, políticas públicas, políticas sociales, que generan como resultado la desigualdad en sus distintos ángulos. Por otro lado, los determinantes “intermedios”, los cuales generan inequidad como moduladores más que como causantes primarios. Éstos incluyen las circunstancias materiales, factores biológicos y psicosociales y el propio sistema de salud (García y Vélez, 2013). Frente a estos lineamientos es que se establece la necesidad de incorporar a los sistemas de salud un enfoque que incluya los determinantes sociales en su análisis, como una orientación transversal en la construcción de sus políticas (García y Vélez, 2013).

Considerar dichas orientaciones en Chile se vuelve complejo cuando atendemos al escenario sociopolítico y económico del país. Como se mencionó en el apartado anterior, somos un país con una importante cantidad de personas en situación de pobreza multifactorial y que viven sometidas a condiciones sumamente desiguales. En ese sentido, Allen, Balfour, Bell y Marmot (2014) señalan que en Chile las desventajas en salud comienzan antes del nacimiento y se suman en el curso de la vida, estando mediadas por los procesos de estratificación social y los sistemas de salud a los que las personas pueden acceder. Así, los modos de vida de las

comunidades y personas están condicionados por las posibilidades que brinda el contexto; la salud no la elige quien quiere, sino quien puede (MINSAL, 2017; Allen, Balfour, Bell y Marmot, 2014). En la misma línea, Prudent (2015) plantea que la salud mental de los sujetos se encuentra correlacionada con el nivel socioeconómico al que pertenecen y agrega que, al ser Chile un país que se organiza bajo una lógica neoliberal, fundamentada en privatizar - entre otros- el mundo de la salud, esto conlleva un aumento en el nivel de responsabilidad individual e incrementa la participación del mercado. Esta necesidad de la toma de responsabilidad individual se da frente a los diversos factores de la vida. En ese sentido, en una sociedad como la nuestra,

“las condiciones estructurales son condiciones dadas e inmodificables. Es el individuo, no el colectivo, el destinado a resolver y superar las dificultades de la vida; es la adaptación, no el cambio social, es la patología o el trastorno personal y no las condiciones de, por ejemplo, injusticia social, las que deben ser transformadas.” (p. 35)

Se comprende así que los determinantes sociales son elementos fundamentales para poder interpretar las condiciones de salud mental en Chile, y que el nivel de salud de la población mejoraría en tanto lo hagan las desigualdades sociales (Palomino et. al, 2014). En sistemas de salud mixtos, como en el caso chileno, se expresa la desigualdad de diversos modos, incluyendo, por ejemplo, el acceso a seguros de salud privados o públicos según la posición socioeconómica de las ciudadanas, el cual se encuentra determinado a su vez por el nivel educacional, el nivel de ingresos y el género (Cuadrado, 2015). Cuadrado (2015) afirma que estos sistemas generan a su vez diferencias en el nivel de acceso y calidad de los servicios, lo cual está directamente relacionado con los determinantes estructurales, aumentando las brechas en el nivel de salud al cual pueden acceder los distintos grupos sociales, lo cual, finalmente, agudiza aún más la estratificación. Un ejemplo de esto es cómo el uso de servicios de la salud está dado por la distribución de la riqueza económica, siendo los servicios preventivos y especializados los más utilizados por los quintiles con mayor ingreso y los servicios de emergencia los más utilizados por los quintiles de más bajos ingresos (García y Vélez, 2013). En ese sentido, es importante considerar la mirada social y la responsabilidad

que el Estado tiene sobre este hecho, pues cuando el mercado no es capaz de resolver los problemas relacionados a este tema, es el Estado el que debe implementar acciones y regulaciones correctivas (Miranda, 2014).

Bajo este escenario, los gobiernos han sido llamados a avanzar en las lógicas de equidad en los sistemas sanitarios (Cuadrado, 2015). Una de las medidas que apuntan en esta dirección consiste en la creación de las Garantías Explícitas de Salud (GES) instauradas con la reforma de salud del año 2005, que realizan una transformación en la forma de pensar las políticas sanitarias (Gómez, 2015). A su vez, la incorporación de patologías mentales a dichas garantías representa un hito en la incorporación de la salud mental en las políticas estatales (Gómez, 2015). Otro esfuerzo a recalcar, es la creación en el año 2008 por parte del Ministerio de Salud, de la Secretaría Técnica de Determinantes Sociales, enfocada en construir lineamientos en búsqueda de la equidad en salud en Chile, generando estrategias de intervención focalizada en grupos poblacionales específicos (García y Vélez, 2013). Bajo esta misma lógica, por ejemplo, El Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), pone énfasis precisamente en las minorías sociales, considerando que son estos grupos los más afectados en términos de salud mental (Ministerio de Salud, 2017). Por último, se destaca dentro del sistema de protección social (el cual se enfoca en generar acompañamiento a la población nacional más vulnerada socio económicamente) la creación de Chile Solidario, que cuenta con apoyo psicosocial, subsidios monetarios y acceso preferente a programas sociales, y el programa Chile Crece Contigo enfocado en la primera infancia (García y Vélez, 2013). Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, el país sigue enfrentando importantes retos tales como superar la desigualdad en la distribución de ingresos, reducir la inequidad en salud relacionada con la posición económica-social y la ubicación geográfica y aumentar la proporción actual del aseguramiento público por sobre el privado (García y Vélez, 2013).

3. 1.3. Concepción de la salud mental en Chile

En Chile se han realizado esfuerzos por avanzar en materia de equidad en salud. Así, ha existido un tránsito desde un enfoque hospitalario e individual a uno de corte comunitario (Sepúlveda, 1998). Con el fin de contar con un contexto sobre el cual se vuelva posible comprender el modo en que se han construido las políticas públicas en salud mental en

nuestro país, es necesario realizar un breve recorrido por las maneras en que ésta ha sido entendida en Chile, de camino a una definición actual sobre lo que se entiende por salud mental en nuestro territorio.

De acuerdo con lo revisado anteriormente respecto a los determinantes sociales de la salud, los problemas y trastornos mentales afectan en mayor medida a la población más desfavorecida del país (mujeres, jóvenes, personas con un menor nivel educacional, personas de pueblos originarios) comenzando, además, tendencia que ya se observa durante las primeras etapas de la vida (PNSM, 2017). Instituciones internacionales como la OMS, posicionan a Chile entre los países con mayor carga de morbilidad por enfermedades psiquiátricas en el mundo (Vicente, Saldivia, Pihán, 2016). Sumado a estos datos, estudios nacionales arrojan que un tercio de los y las chilenas ha tenido algún trastorno psiquiátrico en su vida, y en los últimos seis meses un 22,2% de la población los ha presentado (Vicente, Saldivia, Pihán, 2016; PNSM, 2017; Molina y Radiszcz, 2012). Así también, el subgrupo de las enfermedades que incluyen condiciones neuropsiquiátricas es el mayor responsable de años de vida saludables perdidos (AVISA), (Errázuriz, Valdés, Vöhringer, Calvo, 2015). Junto con esto, solo después de Corea del Sur, Chile es país de la OCDE que más ha aumentado su tasa de suicidios en los últimos 15 años, siendo esta, además, una de las 10 primeras causas de muerte para los hombres en el país (Errázuriz, Valdés, Vöhringer, Calvo, 2015).

Ante este panorama, llama la atención que el presupuesto asignado al abordaje de problemáticas de salud mental en el país tienda a ser bastante bajo, en comparación con otros tipos de enfermedades (PNSM, 2017). En este sentido, Molina y Radiszcz (2012) señalan que el área que se encuentra más precarizada en materia de salud en nuestro país es, precisamente, la salud mental. En esta misma línea, el Colegio de Psicólogos destaca que para el año 2019, Chile se encontraba muy alejado del presupuesto otorgado para salud mental de los demás países de la OCDE, y también se señala que, si bien el Plan Nacional de Salud mental propone que el presupuesto del PIB sea de un 5%, en la práctica el gasto es de un 1,9%. Por otro lado, las cifras en relación a la cobertura de tratamiento también parecen alarmantes, pues, sólo un 20% de las personas afectadas reciben atención oportuna (PNSM,

2017). En relación a este último punto, Vicente, Saldivia y Pihán (2016) agregan que, del total de personas diagnosticadas con algún trastorno de salud mental, sólo el 28,5% reciben algún tipo de servicio especializado y que sólo una de cada cinco personas busca atención, a pesar de estar necesiándola. Además, los autores señalan que, en el caso de los trastornos graves, existe una significativa población que hace uso de los servicios de salud mental, pero solo el 21,36% recibe atención verdaderamente especializada. Como último dato a destacar sobre esta temática, cabe mencionar que una de cada tres personas que acuden al sistema público de salud en Santiago lo hacen para consultar por trastornos ansioso-depresivos (Molina y Radiszcz 2012).

Entre los ámbitos que se ven afectados por la alta incidencia de condiciones de salud mental en nuestro país se encuentra, junto con muchos otros, el ámbito laboral. En vista de los objetivos que orientaron el presente estudio, se vuelve importante detenernos en este asunto. El Plan Nacional de Salud Mental (2017) muestra que, desde el año 2008, las enfermedades mentales son la primera causa de las licencias médicas solicitadas por trabajadoras chilenas. Junto a esto, los datos dan cuenta de que “las enfermedades mentales causadas directamente por factores del trabajo ocuparon el primer lugar de las enfermedades profesionales” en el periodo comprendido en el estudio (PNSM, 2017, p. 16). Se consigna de este modo el desgaste profesional como una de las causas comunes en Chile relativas a problemas de salud mental. Complementando esto, en la Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de vida, el MINSAL (2020) señala que los principales problemas de salud declarados por las trabajadoras tienen relación con la salud mental. En cuanto a las licencias médicas, cuando éstas eran solicitadas debido a enfermedades no relacionadas con la salud mental, se autorizaron el 80,5% de ellas, a diferencia de cuando éstas fueron solicitadas por razones de enfermedad mental, donde sólo el 46,7% se autorizó. Esto vislumbra nuevamente la poca importancia y peso que se da a la salud mental en relación a otras enfermedades, agudizando así el malestar en la población chilena.

Si bien en el país aún no se cumple con el mínimo de un 5% del presupuesto de salud destinado a Salud Mental, como recomiendan diversas instituciones (OMS, 2014; MINSAL, 2017) y con la importante falta que aún queda en términos de cobertura, morbilidad y

presupuesto, Chile ha sido capaz de avanzar en términos de protección sanitaria. Estos avances van en dirección de favorecer la descentralización de los servicios y el abandono del modelo hospitalocéntrico en lo que respecta a la salud mental (Sepúlveda, 1998). Previo a la dictadura militar, la tendencia general parecía ir hacia el desarrollo de modelos de salud de carácter comunitario y al posicionamiento del Estado como garantista en la protección sanitaria (Montenegro & Cornish, 2019). Sin embargo, esta tendencia se vio interrumpida durante los años mandados por el dictador Augusto Pinochet, un tiempo en que el presupuesto destinado a políticas de protección social se vio significativamente reducido y el modelo económico neoliberal entra como el modo de organización del país en términos económicos, sociales y políticos.

Sin embargo, en 1990 los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud establecen la Declaración de Caracas, la que tuvo como principal objetivo restaurar la atención psiquiátrica por medio del rechazo de la lógica asilar en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos y la promoción de un trato humanizado con los pacientes (Organización Panamericana de la Salud, 1990). Se esperaba, de esta manera, desarrollar un sistema sanitario basado en el respeto de los Derechos Humanos (Sepúlveda, 1998). En esa línea, en la época post-dictadura, Chile ha intentado avanzar hacia un sistema comunitario en salud mental, buscando aumentar la agencia en la población respecto a su propio bienestar y disminuir el papel de los modelos asistencialistas, para pensar la salud desde el prisma de la prevención, la promoción y el tratamiento (PNSM, 2017). Esto supone entender la Salud Mental como un fenómeno en donde el papel activo y organizado de las comunidades es fundamental, posicionándola como una necesidad general para el desarrollo íntegro de las sociedades (Minoletti y Zaccaria, 2005; Minoletti, Rojas, Horvitz-Lennon, 2012; Sepúlveda, 1998). Este nuevo sistema comunitario que se ha impulsado en Chile respecto a la salud mental se construye luego de posicionar a la salud mental como un elemento fundamental, pasando desde de una completa invisibilización hasta la creación de políticas públicas preocupadas por garantizar el acceso a la salud mental y comprenderla como fenómeno social e integral (Gómez, 2015; Araya, Alvarado, Minoletti, 2009).

Cabe señalar que el primer intento por sistematizar el abordaje de la salud mental en el ámbito público en nuestro país tuvo lugar en 1978. En dicho año se redactó un documento que explicita los lineamientos que regirían a futuro las políticas públicas y programas orientados a la salud mental. Desde entonces, en Chile se han diseñado e implementado una serie de documentos y guías dedicadas a este tópico. El documento del año 1978 llevó por título “Políticas de Salud Mental” (1978), y sirvió como base para la redacción del primer “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría” (1989/1990) poco más de una década más tarde. Ambos documentos estaban orientados principalmente a la descripción de estrategias para la maximización y optimización en la administración de recursos económicos destinados a la salud mental de la población. Posteriormente, surgieron nuevas orientaciones emanadas desde organismos estatales que buscaron posicionar la salud mental como una necesidad social para el desarrollo íntegro de las personas. El primer documento que adoptó esta nueva perspectiva fue el “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría” propuesto por el MINSAL en 1993. Dicho plan fue actualizado en el año 2000 con el fin de delimitar los lineamientos que orientarían las estrategias en este campo durante la siguiente década. Finalmente, en 2017 se redacta el último “Plan Nacional de Salud Mental: 2017-2025” (MINSAL, 2017), el cual rige hasta el día de hoy (Minoletti y Zaccaria, 2005; Minoletti, Rojas, Horvitz-Lennon, 2012; Sepúlveda, 1998).

Dentro de los esfuerzos realizados en los distintos Planes Nacionales de Salud Mental y su interés en fomentar el avance hacia formas de comprender a la salud mental como un fenómeno integral con respuestas más comunitarias, es que las intervenciones psicosociales toman un papel predominante, aumentando de 67,4% a 84% en los COSAM (PNSM, 2017). Además, es importante destacar el importante aumento de psicólogas (de 89,5% a 99,6%) en centros de atención primaria, aumentando el promedio de psicólogas por centro de 1,7 a 2,5 al igual que sus horas semanales que también presentan un aumento de 47,3 a 83,6 (PNSM, 2017). Sin embargo, tal como se consigna en el PNSM de 2017, “a nivel nacional se mantiene la desproporción entre la cantidad de psicólogas (tasa de 171,5 por 100.000 hab.) y el resto de los y las profesionales y técnicos (psiquiatra 7,0; enfermera/o 2,0; trabajador/a social 1,9; terapeuta ocupacional 3,0 por 100.000 hab.)” (PNSM, 2017, p. 22). Aun así, considerando la totalidad de estos datos, se destaca que las personas que son atendidas en Centros

Comunitarios de Salud Mental tienen menos días de espera, reciben más atenciones, más intervenciones psicosociales, y más visitas fuera de los propios establecimientos (PNSM, 2017).

La inclusión de la dimensión comunitaria en la definición de las políticas públicas en salud mental constituye un importante avance en esta materia. Sin dejar de lado los aspectos individuales, los lineamientos actuales hacen ver que los problemas de salud mental siempre tienen lugar dentro de contextos sociales, y que el bienestar subjetivo depende en gran medida de las condiciones de los vínculos que las personas mantienen con su entorno social y comunitario. Es así que el MINSAL (2017) acaba definiendo la salud mental como:

“La capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.”
(MINSAL, 2017, p. 31)

Esto implica pensar la salud como un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio en el cual se requiere de un “conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales” (MINSAL, 2017, p. 31), lo cual exige, a su vez, entregar un trato humanitario, responsable y socialmente comprometido a las personas que padecen diferentes tipos de dolencias.

3.2. Salud mental desde la psicología Humanista-Existencial

En la psicología humanista existencial, se conceptualiza la salud mental como un proceso complejo que se encuentra mediado por una serie de dimensiones que remiten tanto a la esfera individual como contextual del sujeto. Diversos autores se refieren a estas dimensiones y, en un significativo esfuerzo, el psicólogo chileno Pedro Bolgeri (2014) establece y resume once parámetros a partir de los cuáles se entenderá la salud mental desde la psicología humanista. Estos parámetros son los siguientes:

- 1) Apertura a la experiencia: la persona saludable cuenta con la capacidad de abrirse a nuevas experiencias que posibiliten su crecimiento, desarrollo y expansión de los propios límites.

- 2) Capacidad de vivir en el presente: la persona que funciona saludablemente comprende que lo único real es su experiencia inmediata. Desde el punto de vista humanista-existencial, es desde el presente que el sujeto experimenta el pasado y el futuro (Cooper, 2003). Por lo tanto, la salud mental tendrá que ver con la capacidad para orientar la propia existencia de acuerdo con lo que “aquí y ahora” se hace presente en la experiencia.
- 3) Confianza orgánica: la persona saludable cuenta con creer en las necesidades reales provenientes del organismo y orientarse a partir de ellas. Entender que el organismo es fundamentalmente sabio y que, por lo tanto, constituye un guía digno de confianza.
- 4) Autonomía: la persona saludable cuenta con una capacidad de experimentar el autoapoyo y la autodirección.
- 5) Capacidad para vivir la soledad y la compañía sin angustia: las personas que funcionan saludablemente son capaces de vivir el encuentro con otros, consigo mismos y la soledad como un flujo de intimidad y aislamiento con flexibilidad según sean sus necesidades sentidas.
- 6) Capacidad para establecer relaciones interpersonales significativas: la persona saludable cuenta con generar vínculos nutritivos con otras personas, en donde la relación se vive de manera genuina, con aceptación y valoración de cada una de las integrantes.
- 7) Capacidad para experimentar y expresar emociones expansivas y opresivas: la persona que funciona saludablemente es capaz de aceptar, vivenciar, integrar y expresar el amplio espectro de emociones y sentimientos disponibles en la experiencia humana. Se entiende desde este punto de vista que la aceptación de los estados afectivos forma la base para el proceso de autorregulación orgánica. Por lo tanto, el ser humano saludable tiende a ser consciente de sí mismo, teniendo más claridad de sus propios sentimientos y actitudes, como también de sus contradicciones, permitiendo convivir con éstas de manera armoniosa y menos rígida (Barceló, 2013).

8) Capacidad para contactarse y reconocer las propias necesidades y satisfacerlas: la persona saludable es capaz de darse cuenta de sus necesidades sentidas y darles respuesta. Barceló (2013), señala que las personas tienden naturalmente hacia la autorregulación y la autodirección, permitiéndose ser guiadas por su organismo y su sabiduría intrínseca, haciendo lo que considera correcto y teniendo la capacidad de flexibilizar según su situación existencial.

9) Capacidad para darse cuenta: la persona que funciona saludablemente tiene la capacidad de tomar conciencia de los distintos procesos y señales de sí mismo y del entorno. Complementando esta misma idea, Bugental (2004) afirma que las personas no solo tienen la capacidad de darse cuenta, sino también de ser conscientes de su realidad; tienen la experiencia de sí mismos como sujetos de un “Yo en relación a un Tú” (p.37).

10) Creatividad y productividad: las personas saludables tienen la capacidad de vivir de un modo no estereotipado ni socialmente impuesto, buscando formas de ser que den espacio a su expresión única en el mundo; es productivo en tanto cree en sí mismo y dirige su energía a su propia creación. Esto es complementado por la idea de que los individuos son seres capaces de transformar su forma de experimentarse a sí mismos y el entorno (American Psychological Association, 2004)

11) Capacidad para direccionarse en un proyecto de vida autorrealizante: la persona que funciona saludablemente cuenta con la capacidad de armar su vida, orientado por valores trascendentes que dan respuesta a lo más genuino de sí mismos. Este último parámetro se condice con lo que diversos autores de la tradición existencial en psicología han postulado a propósito de que el ser humano se encuentra en búsqueda de sentido y autodeterminación, así como de su expansión y de apertura a sus posibilidades de ser (Frankl, 2000; May, Allport, Fejfel, Maslow y Rogers 1963; Längle, 2008).

Desde la psicología humanista-existencial, la salud y la enfermedad son comprendidas como funciones de la relación que establece el individuo con sus propias potencialidades, así como del grado de aceptación personal y de otros que la persona pueda cultivar en su vida cotidiana

(Rogers, 2011). Asimismo, se entiende que la salud viene dada por la medida en que la persona es capaz de reconocer e integrar en su vida sus propias limitaciones y potencialidades, ajustándose creativamente a las condiciones cambiantes de su medio interno y externo y encaminándose, así, hacia una existencia libre, responsable y auténtica (Schneider y Krug, 2010).

Para que todo lo anterior sea posible, el individuo debe contar con un nivel suficientemente desarrollado de auto-conciencia, pues es ésta la que permite a la persona reconocer tanto sus límites y factores condicionantes (biológicos, relacionales, ambientales, sociales) (Schneider, 2008) como sus propias necesidades y potencialidades (De Castro y García, 2011; Latner, 1999). Rollo May (1983) puntualiza que la auto-conciencia del individuo se encuentra estrechamente ligada a los grados de libertad que éste puede ejercer en su existencia cotidiana. De acuerdo con el autor, mientras más conscientes somos de nosotras mismas, mayor es nuestra libertad de acción en lo que respecta a nuestra capacidad de tomar decisiones sentidas y verdaderamente auténticas. Así, auto-conciencia y libertad son vistas como dos aspectos fundamentales del funcionamiento saludable.

Ahora bien, sumado a lo anterior, vale la pena detenernos en un asunto que reviste particular interés para nuestro estudio y que tiene que ver con el modo en que la psicología humanista-existencial comprende al ser humano. Según la visión antropológica de la psicología humanista-existencial, una persona humana sólo puede ser comprendida de forma cabal si conocemos el entorno en que ésta vive y se desarrolla (Sassenfeld, 2004). Por ejemplo, desde la teoría organísmica de la Terapia Gestalt (Yontef, 1998), se entiende que todo individuo forma parte de un campo total que integra tanto al organismo como al ambiente en que este habita. Tal como plantea Yontef (1998), organismo y ambiente se encuentran en una relación de interdependencia ecológica, lo cual nos conduce a pensar que no se puede dar cuenta de un sujeto sin tomar en consideración las relaciones que éste mantiene con su medio.

Un aspecto fundamental del medio viene dado por los demás seres humanos que pueblan el mundo del sujeto. Desde esta visión antropológica, se entiende que los seres humanos somos seres en relación (Mearns y Cooper, 2011). Lo anterior se verifica en diferentes niveles,

incluyendo los planos familiar, comunitario, social, cultural, nacional, etc. Tanto nuestra personalidad como nuestras distintas experiencias vitales cobran forma en el seno de un complejo sistema dinámico de vínculos interpersonales siempre en marcha (Mearns y Cooper, 2011), los cuales discurren en territorios, culturas y entornos específicos (De Castro y García, 2011; Schneider y Krug, 2010). De acuerdo con Van Deurzen (2002), las experiencias de los individuos y las formas que estos tienen de sentir, pensar y actuar son configurados por sus contextos sociales y políticos, siendo significativas las formas de relación que estos tienen con su clase social, raza, historia cultural, relaciones de poder, entornos familiares y laborales. Mook (2004) y Perls y Baumgardner (2006) plantean que cuando las personas se encuentran saludables tienden a ser conscientes de las relaciones que mantienen con sus personas más cercanas, con sus grupos sociales y con el mundo más amplio. En cambio, el desajuste psicológico suele verse acompañado por una percepción limitada de esta dimensión vital.

Tomando como base todo lo anterior, desde el punto de vista humanista-existencial, la salud mental no es comprendida como un fenómeno que atañe solamente al individuo aislado, sino que también incluye factores relacionales, sociales, políticos y comunitarios. Cooper (2003), por ejemplo, plantea que la libertad individual compromete diferentes niveles de responsabilidad, incluyendo el responder a uno mismo (autenticidad) como también responder a los otros seres humanos que forman parte del mundo en que la persona habita. O'Hara (2015), por su parte, sugiere que la salud mental incluye las condiciones del entorno cultural y estructural de las personas. Es a partir de esta comprensión que los autores y autoras humanistas-existenciales proponen que es necesario que las personas se vuelvan conscientes de su propia situación social, política y económica, pues lo que ocurre en estas tres esferas bien puede ser la causa principal de sus limitaciones percibidas; en la medida que se vuelvan más conscientes de todo esto, podrán tomar medidas para resolver sus problemas en niveles que trascienden lo meramente individual (Rice, 2015).

Por otro lado, el desajuste o enfermedad se comprende como la expresión de una restricción en las formas de ser del individuo. Dicha restricción proviene de diferentes fuentes, tanto internas (como las limitaciones impuestas por la propia biología) como externas (como los

condicionamientos sociales y familiares). Las personas necesitan adaptarse a su entorno con el fin de sobrevivir y desarrollarse, lo cual muchas veces puede resultar en un proceso de desajuste especialmente cuando las condiciones de su entorno son particularmente desfavorables o adversas. En este sentido, el enfoque humanista-existencial sostiene que los problemas psicológicos emergen en la zona de contacto entre la persona y su mundo, lo cual, como ya hemos visto, decanta en una aproximación contextualista sobre la salud y la enfermedad psicológicas. May et. al (1963), por ejemplo, afirma que buena parte de los problemas de salud mental que aquejan a las personas que viven en las sociedades modernas provienen de un esfuerzo desesperado por adaptarse a las demandas del sistema imperante (orientado a la producción y el crecimiento económico), un esfuerzo que desvía el vector del desarrollo personal desde el proyecto vital hacia la adaptación a los requerimientos de la maquinaria social. El contexto social grava sobre el individuo un conjunto de imposiciones, restricciones, pautas de conducta, expectativas, etc., de tal manera que el ambiente políticamente opresivo, entre otros factores, acaba por modelar la enfermedad mental (Bugental, 2004). Todos estos elementos conllevan a que el potencial de desarrollo de la persona se vea obstruido hasta tal punto que el sujeto puede incluso llegar a presentar tendencias autodestructivas (De Castro y García, 2011; Reich, 2010; Yontef, 1998).

Todo lo dicho hasta este punto nos lleva a plantear que existiría una estrecha relación entre las condiciones de bienestar físico y material y el desarrollo de la salud mental (Martínez, 1993). En este sentido, y en consonancia con lo que ya hemos revisado acerca de los determinantes sociales, las particularidades de cada contexto social inciden en la tendencia intrínseca de autorrealización que poseen todos los seres humanos: el desarrollo de las capacidades humanas del individuo puede ser facilitado cuando el entorno es favorable o generar patología cuando las problemáticas y restricciones propias del entorno llevan a que dicha tendencia se estanque (Sassenfeld, 2004; De Castro y García, 2011). En un contexto como este, se entiende que el movimiento humanista-existencial posee una orientación crítica respecto del *statu quo* que es propio de las sociedades industriales modernas. Este espíritu de crítica y resistencia se percibe en la obra de Comas-Díaz (2012), quien invita a que el proceso de darse cuenta consista en un proceso crítico y de liberación, en donde la persona sea capaz

de reconocer las circunstancias de opresión en que se encuentra y las condiciones de desigualdad estructural que la someten para así generar transformaciones tanto individuales como sociales. La autora plantea que, la salud mental convoca al individuo, la familia, la comunidad y la sociedad en general, en tanto son diversos factores interactivos los que se ponen en juego para que esta se desarrolle, como son el privilegio, la política, la colonización, el poder, la historia y la opresión (Comas-Díaz, 2007). Ratts, D'Andrea y Arredondo (2004), al igual que el Ministerio de Salud de Chile, van a concordar que un buen estado de salud mental va también a implicar para las personas una búsqueda de la justicia social. Además, Aron y Corne (1994) agregan que aparte de la justicia social, una persona que funciona saludablemente va a tender, también a perseguir la liberación y la transformación social.

3.3. Ética de la terapeuta

Por lo general, la ética tiende a ocupar un lugar secundario o periférico tanto en la formación como en el trabajo cotidiano de las psicólogas clínicas, reduciéndose a sus componentes deontológicos y conductuales de carácter más práctico (Méndez, 2021). Esta tendencia ha sido cuestionada por autores provenientes de diferentes orientaciones teórico-clínicas, y muy especialmente por los representantes del enfoque humanista-existencial. Para estos autores, la ética ocupa un lugar central en el quehacer de quienes trabajan como psicólogas clínicas, y es algo que va mucho más allá de lo que pueda establecerse en los códigos de ética profesional (Robbins, et. al 2015; Cooper, 2009; Méndez, 2017, 2021; Schmid, 2006).

Desde la visión humanista, la psicoterapia es entendida como una práctica que se funda en lo ético. En palabras de Robbins, et. al (2015), para las psicólogas humanistas, la ética es tenida como su “primera filosofía”, lo cual quiere decir que toda intervención desde este enfoque está guiada por un conjunto de valores y principios éticos fundamentales. Entre los más importantes valores humanistas se encuentra “el reconocimiento de la dignidad ontológica de todas las personas” (Robbins, et. al., 2015). Según señalan los autores, la aproximación ética que sirve de orientación al enfoque humanista-existencial se sustenta sobre el pensamiento de dos importantes filósofos: Martin Buber y Emmanuel Lévinas (Robbins, et.

al, 2015). A continuación, se hará mención de algunas ideas claves de cada uno de estos filósofos que son de relevancia para el presente estudio.

Martin Buber plantea que existen en el ser humano dos formas básicas de relacionarse con las demás personas. La primera de ellas consiste en lo que el autor llamó la actitud “Yo-Tú”. Cuando el filósofo habla del “Yo-Tú” está aludiendo a una forma de vincularse con el otro donde ese otro es percibido y tratado como un legítimo otro. Se trata de una disposición que rescata y respeta la singularidad de la otra persona, proporcionando las condiciones para un verdadero diálogo (Orange, 2012). De acuerdo con Buber (2013), la relación “Yo-Tú” implica el establecimiento de un vínculo directo y recíproco, donde ambas personas se reconocen y se afectan mutuamente. A su vez, el autor postula que “el ser humano se vuelve un yo en el tú” (Buber, 2012, p. 30). La segunda forma básica de relacionarse con los demás es lo que Buber llamó la actitud “Yo-Ello”. En la relación “Yo-Ello”, el otro no es visto ni tratado como un legítimo otro, sino que es revelado como un objeto, una cosa o un recurso disponible para alcanzar determinados fines (Méndez, 2014; Orange, 2012; Yontef, 1995).

A su vez, Lévinas nos presenta la idea de que la ética es la primera filosofía, apuntando a que ser-en-el-mundo significa siempre ser-con-otro y que en ese ser-con constituye un lazo ético que es originario e ineludible. Esta dimensión ética da cuenta de la responsabilidad que se tiene ante el otro (Navarro, 2008), la cual implica reconocer que el otro es un ser desconocido, es decir, que el otro se revela como una radical “alteridad”. El término “alteridad” puede definirse como:

“Cualidad de otredad que presenta un sujeto respecto a otro sujeto, la alteridad implica un encuentro con lo ajeno, con lo extraño y desconocido que hay en el otro, y que no es posible reducir a lo mismo, a lo propio o a lo conocido” (León y Ortúzar, 2020, p. 47, cursivas en el original).

Es esa alteridad radical que Orange (2013) presenta como la imposibilidad de poder conocer en totalidad al otro, debido a que éste no puede ser reducido a las propias concepciones, ideas o prejuicios. Además, desde el punto de vista de Lévinas, la alteridad que es el otro se hace presente en su condición de desamparo y fragilidad. La experiencia de conmoción que se tiene al volverse uno consciente de dicha condición vulnerable es lo que Lévinas llamó el

“rostro” (Orange, 2013). Según explica Orange (2013), el rostro nos interpela, en primer lugar, exigiendo protección, cuidado y respuesta. En otras palabras, el rostro impone una demanda sobre uno que obliga a acompañar el trauma del otro, asistir, atestiguar y responder oportunamente al sufrimiento del otro. En palabras de la autora, al percibir el rostro “estamos expuestos a heridas e indignación y somos infinitamente responsables frente al desconocido que sufre” (p. 50). Y, en segundo lugar, la vivencia del rostro despierta en uno la propia vulnerabilidad. Orange (2013) escribe que “la vulnerabilidad del otro me vuelve vulnerable, me traumatiza, me toma rehén, me coloca en un estado de sufrimiento en el cual lo mejor que puedo hacer es ofrecer mi corteza de pan, mi esperanza de manos vacías.” (p. 60).

En definitiva, este encuentro con la vulnerabilidad –propia y ajena- decanta en un compromiso ético del cual no nos es dado escapar. Dicho compromiso no sólo nos fuerza a hacernos responsables del otro concreto y particular que nos confronta -*este* desconocido que sufre-, sino que nos obliga a responder a la vulnerabilidad en sí misma y, por recursividad, a toda la humanidad en su conjunto (Navarro, 2008). En este sentido, aceptar esta responsabilidad por el rostro no remite solamente a la esfera individual o interpersonal (de persona-a-persona), sino que también tiene que ver con un llamado a dar respuesta en los planos político y social (Navarro, 2008; Strawbridge, 2003).

Por otro lado, en su ensayo sobre ética y psicoterapia humanista, Méndez (2017, 2021) rescata los aportes realizados por un tercer filósofo: el pensador catalán Josep María Esquirol. Este autor desarrolla una filosofía ética que se funda en el imperativo del “respeto” (Esquirol, 2006). De acuerdo con Esquirol –y en línea con los planteamientos de Lévinas- el respeto se vehiculiza a través de lo que él llama la “mirada atenta”: una forma de aproximarse a la alteridad que guarda la debida distancia para así disponer de un espacio de acogida y respuesta a lo que sea que esta alteridad haga presente en el encuentro. En palabras de Esquirol (2006), la mirada atenta es sinónimo de mirada ética. Uno de los elementos fundamentales del respeto tiene que ver con la renuncia, por parte del sujeto, a cualquier forma de dominación, manipulación, violencia o imposición hacia el otro. Cuando se adopta una actitud respetuosa, ya no es uno el que actúa sobre el otro; el autor plantea que “en el encuentro con el otro (el rostro en Lévinas) es precisamente ese otro el que actúa sobre mí

apelándome, afectándome, volviéndome vulnerable y obligándome en un sentido moral” (Méndez, 2017, p. 377).

Llevando estos planteamientos al campo de la práctica clínica, donde las profesionales trabajan cotidianamente de cara al sufrimiento ajeno, se entiende que desempeñarse en este ámbito obliga a las terapeutas a asumir una posición ética para con sus pacientes (Grant, 2004). Desde el punto de vista humanista-existencial, todo proceso de terapia es entendido como un *encuentro* interhumano y, como tal, comporta una dimensión ética que resulta ineludible (Méndez, 2021). Durante su intercambio, terapeuta y paciente participan como personas totales, completas, y no sólo desde los roles que la situación les impone. Este encuentro crea un espacio de intersubjetividad que genera una transformación dialéctica para las participantes, ya que ambas permiten ser conocidas por la otra, a la vez que ser (re)conocidas para sí mismas (Szmulewicz, 2013). El hecho de participar “con todo su ser” se instala en el discurso humanista como un imperativo ético que implica, para las terapeutas, poner en juego su propia vulnerabilidad al servicio del proceso de su paciente.

Basándose en las ideas de Buber, Orange (2013) plantea que el encuentro Yo-Tú se presenta como una posibilidad de sanar a través del contacto persona a persona, edificándose como un eje fundamental para el proceso de sanación. Dicho contacto se configura como un diálogo auténtico que se despliega entre dos personas reales. En esta misma línea, Yontef (1998) afirma que la psicoterapia debe consistir en un diálogo sustentado en la actitud Yo-Tú descrita por Buber. Sobre esta base, el autor identifica cinco elementos que han de actualizarse en la relación terapéutica para que ésta adopte la forma de un diálogo: 1) Inclusión, que significa ver y percibir el mundo de la manera en que lo hace el paciente, lo cual supone que la terapeuta se encuentre dispuesta a verse afectada por su paciente; 2) Presencia, que consiste en la disposición de la terapeuta a reconocer y poner en juego su verdadero sí mismo en el encuentro. Esta condición implica que la terapeuta ha de permitirse afectar a su paciente; 3) Compromiso con el diálogo, es decir, entregarse a lo que sea que ocurra en el intercambio, renunciando a toda forma de control o manipulación sobre los elementos emergentes de la relación; 4) No explotación, lo cual supone alejarse de todo intento por controlar o manipular a la paciente, fomentando una relación tendiente a la

horizontalidad. Se entiende con esto que la paciente debe ser vista y tratada como un Tú, es decir, como un fin en sí misma, y no como un Ello, esto es, un medio para alcanzar ciertos fines; y 5) Vivir la relación más que hablar sobre ella, lo que significa estar dispuestas a entregarse al devenir de la relación real, resistiéndose a la tentación de sólo analizar lo que parece estar ocurriendo en el vínculo (p. ej., la transferencia).

Peter Schmid (2006), uno de los representantes más destacados del Enfoque Centrado en la Persona, incorpora una lectura levinasiana en su forma de entender lo que ocurre en el encuentro terapéutico. En su opinión, el espacio terapéutico se configura como un lugar esencialmente ético en tanto la terapeuta se ve llamada a dar respuesta a las demandas de la paciente. Según Schmid, en el espacio terapéutico existe un llamado y una provocación que interpela en todo momento a la terapeuta, donde el otro se le aparece como una prioridad; la terapeuta es llamada, preguntada, tocada y se encuentra obligada a responder. Además, puntualiza que lo esencial del encuentro es que aparece frente a uno un otro que es ajeno, otra persona que posee una realidad que conmueve profundamente (Schmid, 2006).

Desde esta misma óptica, Orange (2013) agrega que adoptar una postura levinasiana en el encuentro terapéutico implica tener en cuenta la irreductibilidad del otro. Esta irreductibilidad comporta el llamado a respetar a la paciente y ofrecerle un espacio de “proximidad” (considerando en ésta tanto la cercanía como la distancia en relación con el otro). Además, esto supone que la terapeuta esté dispuesta a poner en práctica la “sustitución” (la aceptación de la suerte del otro). Otro elemento que rescata la autora tiene que ver con lo que Lévinas llamó la “curvatura del espacio intersubjetivo”. Este concepto alude al hecho de que el otro (la paciente) siempre se encuentra por sobre uno (la terapeuta), es decir, su situación es prioritaria y, como tal, demanda una respuesta oportuna. En este sentido, en el encuentro con el otro, nunca puede actualizarse una total simetría (como pretendía Buber), pues el otro (el Tú) siempre excede y antecede al Yo (Orange, 2010).

Como vimos, la ética de la alteridad desarrollada por Lévinas nos impulsa a visualizar al otro como un desconocido. Llevada a la situación terapéutica, esta idea nos plantea la necesidad de reconocer a la paciente como siendo la portadora de un misterio insondable que no puede

ser apresado por nuestros conceptos, categorías y teorías psicológicas (Méndez, 2017; Orange, 2013). En definitiva, cuando comprendemos al otro como un desconocido nos vemos forzados a acercarnos a su experiencia con una actitud de respeto, disposición que favorece la creación de un espacio interpersonal donde se vuelve posible llegar a conocer a la persona más allá de los propios prejuicios (Méndez, 2017, 2021; Schmid, 2006).

En la medida que la terapeuta permite la aparición del otro en su condición de desamparo y radical alteridad, en ella se despierta una responsabilidad que no sólo obedece a la presencia de ese otro, sino que incluye también el llamado de la humanidad en su conjunto. Esta responsabilidad ética-social emana de la constatación de que, en vista de nuestra condición existencial de ser-con-otros, todos los seres humanos nos encontramos en una situación de interdependencia mutua: somos todos responsables unos de otros. En base a esta idea, Schmid (2006) plantea que la autorrealización –un proceso que ha tendido a ser conceptualizado como un fenómeno individual- es algo que se despliega y se alcanza colectivamente (es decir, es un proceso relacional). Desde esta perspectiva, el despliegue del pleno potencial individual resulta ser indisociable del progreso colectivo. Por ende, toda psicoterapia que apunte a promover la autorrealización de las personas ha de ser entendido como un lugar de acción política.

Por último, Méndez (2017, 2021) desarrolla una propuesta ética para la psicoterapia contemporánea que se sustenta en las ideas de Esquirol, apuntando, entre otras cosas, a la necesidad de re-humanizar los espacios terapéuticos. Para que esta re-humanización pueda tener lugar, resulta imprescindible partir por reconocer el lugar central que ocupa la propia humanidad de la terapeuta en el encuentro con la paciente. Incluir la humanidad de la terapeuta implica que ésta esté dispuesta a verse afectada por el otro, es decir, que exponga su propia vulnerabilidad en pos del crecimiento de la paciente. El autor resume esta idea cuando escribe: “ofrecer nuestra humanidad como principal vector terapéutico; tal es la propuesta de la ética terapéutica del respeto” (Méndez, 2021, p. 16). A su vez, el autor enlaza la propuesta de Esquirol con la ética de la alteridad de Lévinas. Según explica Méndez (2017), en el encuentro con el otro, ese otro nos interpela de un modo tal que nos obliga a abandonar cualquier intento por controlar, predecir, explicar o manipular su experiencia. Esto

significa que las terapeutas se ven forzadas a “permanecer humildes, renunciando a la absolutización de nuestros afanes explicativos y reconociendo los límites de nuestro entendimiento y nuestra acción terapéutica” (Méndez, 2021, p. 20).

3.4. Vulnerabilidad

En este apartado se recogen tres aspectos fundamentales del fenómeno de la “vulnerabilidad”: el primero tiene que ver con la vulnerabilidad que es propia de todo ser humano; el segundo trata de cómo la propia vulnerabilidad irrumpe en la conciencia de cada quien cuando nos volvemos conscientes de la vulnerabilidad y el sufrimiento ajenos; y el tercero habla sobre cómo esta doble percatación nos interpela en el sentido de obligarnos a repensar los lazos sociales de interdependencia y de mutuo cuidado que se requieren para vivir una vida digna y justa. A continuación, se dará paso al desarrollo de cada una de estas ideas.

Diversos filósofos y ensayistas contemporáneos han coincidido en identificar a la vulnerabilidad como un rasgo consustancial a la condición humana (Arendt, 2009; Cano, 2015; Feito, 2007; Hoffmaster, 2006). La filósofa Hannah Arendt (2009) propone que la fragilidad es una de las principales características de todos los asuntos humanos. Feito (2007), por su parte, da cuenta a través del concepto “vulnerabilidad antropológica” que la vulnerabilidad es un estado intrínseco del ser humano que responde a la condición de fragilidad que es propio de toda persona en la medida que para éstas siempre existe la posibilidad de sufrir daño. Esta condición vulnerable se expresa en diferentes dimensiones. Por un lado, esta característica se expresa en la dimensión corporal: en la medida que todos los seres humanos tienen un cuerpo, y en el entendido de que es condición de todo cuerpo el enfermar, el padecer y el desgastarse con el paso del tiempo, se entiende que las personas nacen vulnerables y se mantienen en esta condición hasta el momento de su muerte (Hoffmaster, 2006). Por otro lado, Cano (2015) menciona que la vulnerabilidad se actualiza en una dimensión existencial por todos compartida, plasmada en la precariedad propia de toda existencia humana; en su opinión, siempre estamos enfrentados a la amenaza que supone la destrucción de aquello que creemos que somos. Para la autora, esta situación existencial

de precariedad e inseguridad ontológica nos hace ser dependientes los unos de los otros. Para Cano, esta vulnerabilidad existencial se materializa de diferentes maneras en función del contexto particular en que habita cada persona, es decir, se despliega en situaciones concretas y específicas.

A partir de la constatación de la vulnerabilidad que es constituyente de la condición humana, cabe subrayar la importancia de una aproximación ética que ponga el acento en este rasgo de lo humano. Considerando la idea de que la ética nos muestra cómo el otro nos interpela y nos obliga a responderle, Nortvedt (2003) propone que la ética ocupa el lugar del despertar de la conciencia, en tanto permite la experiencia concreta del encuentro con la vulnerabilidad propia y ajena. De acuerdo con el autor, este despertar se experimenta como algo traumático, debido a que implica darse cuenta de que la conciencia no está solo al servicio del sí mismo, sino también de los demás, así como también implica el percatarse de la pérdida de control sobre el mundo (Nortvedt, 2003). Feito (2007), concuerda con lo anterior, recalcando que la preocupación de la ética debiera ser la vulnerabilidad. La autora considera que ha existido en la modernidad una ética que busca promover la mirada del sujeto como ser autónomo, dejando de lado sus aspectos de fragilidad (Feito, 2007). De acuerdo con esta idea, Hoffmaster (2006) agrega que existen tres principales razones por las cuales en la actualidad la ética no ha prestado atención a la vulnerabilidad: 1) La sociedad actual está conformada bajo una concepción ética individualista acorde a la idea de autonomía, siendo que la idea de vulnerabilidad es contraria a esto; 2) La filosofía moral ignora el cuerpo, dejando de lado uno de los aspectos más básicos de los rasgos humanos, todas las personas somos seres constitucionalmente vulnerables por el hecho de ser sujetos encarnados; y 3) La ética actual tiende a ser racionalista, dejando fuera a los sentimientos (Hoffmaster, 2006).

Al considerar que la vulnerabilidad no es una dimensión que se encuentra solo en el sí mismo sino también en la interrelación, Feito plantea la vulnerabilidad también se hace presente en una dimensión sociopolítica, desde donde se entiende que las personas también son vulnerables por pertenecer a un determinado espacio social como, por ejemplo, a un grupo minoritario. Este aspecto va a depender de cada persona en particular y al grupo a los cuales pertenece (Feito, 2007). El pertenecer a esos determinados espacios sociales significa que las

personas se encuentran en un estado desfavorable, que las expone a riesgos, falta de poder y de control, dificultad para generar cambios de sus circunstancias y, por esto, a un estado de opresión y desprotección (Feito, 2007).

Junto con lo anterior, cabe reconocer que la vulnerabilidad también consiste en una experiencia o vivencia (un sentimiento), que irrumpe en la conciencia en determinadas situaciones. May (1969) indica sobre la vulnerabilidad que, para poder saber lo que es, tenemos que sentirla. Concordante a esa idea, como se vio anteriormente en el tercer punto que Hoffmaster presenta sobre la ética en nuestra sociedad, se señala que la vulnerabilidad compromete nuestros sentimientos y son estos los que nos permiten conocerla. Nortvedt (2003), revisando las propuestas de Levinas, menciona que es la sensibilidad frente a la vulnerabilidad y el dolor de otra persona la que permite que el otro sea bienvenido, y es que el encuentro con la vulnerabilidad del otro revela la propia. Este último punto es importante para la clínica, pues de acuerdo con Orange (2012), dentro del encuentro psicoterapéutico, es la aceptación de nuestra condición de vulnerabilidad la que nos obliga a responder al otro que sufre y, conjuntamente a eso, al propio traumatismo. Es por lo anterior que trabajar de cara a estos encuentros enrostra la incapacidad de huir de ella (Orange, 2012). La autora, agrega, además, que parte del proceso de sanación requiere una apertura a la disposición de permanecer vulnerables frente al otro (tanto el paciente como la terapeuta) y junto a eso, abrir a la posibilidad de sufrir con ellas (Orange, 2013).

De todo lo anterior, se desprende la comprensión de que la vulnerabilidad, al ser un rasgo compartido por todos los seres humanos, es una experiencia que nos vincula, al mismo tiempo que nos obliga a pensar en proyectos políticos que promuevan la inclusión, el respeto y la dignidad. Butler (2018), postula que las personas, al encontrarnos también bajo una condición de ineludible vulnerabilidad, requerimos de soporte y que por ello somos seres dependientes de un sostén infraestructural, que consiste en tener relaciones y un entorno social que genere una red de apoyo y protección, así como la posibilidad de una red de sustento económico y trabajo digno y bien remunerado. En la medida en que somos capaces de considerar esto, podemos hacernos cargo de pensar proyectos éticos y políticas inclusivas,

respetuosas y conscientes de las prácticas de exclusión y opresión que realizamos con nuestros actos (Cano, 2015).

En la misma línea, Martín-Baró (2016) propone, haciendo uso de los conceptos existencialistas y humanistas, que las personas estamos filogenéticamente dispuestas al dolor, y encontrarnos con esa condición nos hace múltiplemente dependientes. De este modo, en la medida que sentimos el dolor del otro y su fragilidad y nos encontramos con la propia, se despierta la compasión y con eso la necesidad de cuidado del otro y de sí mismo, haciéndonos sentir la conjunta dependencia (Hoffmaster, 2006), Es una necesidad y un imperativo cuidar(nos) de nuestras debilidades, reconocer la amplitud y la profundidad de ser seres vulnerables y protegernos de esto tanto individual como colectivamente (Hoffmaster, 2006). La sensibilidad que se despierta al tomar consciencia sobre lo mencionado, establece y nutre la relación de cuidado entre las personas (Nortvedt, 2003). Butler (2018), propone que en tanto existimos en las relaciones sociales, somos vulnerables entre nosotros y eso indica una condición más amplia de dependencia e interdependencia.

Entonces, el comprender que la vulnerabilidad es también parte de nuestra constitución política, social y cultural, nos llama a incorporarla en nuestros posicionamientos éticos y, con esto, responder no solo a nosotras mismas, sino también ir más allá de nuestro entorno inmediato y añadir en nuestra postura a la sociedad en su conjunto (Cano, 2015). Esto, a su vez, implica modificar el sistema imperante y generar transformaciones profundas, para que de este modo la vulnerabilidad no implique exclusión (Cano, 2015). En ese sentido, Butler (2018) propone que la vulnerabilidad se encuentra en una región intermedia, siendo ni plenamente pasiva, pero tampoco activa, considerando que nos posiciona en un lugar en donde la persona es capaz tanto de ser afectada como de actuar.

La filósofa presenta una nueva comprensión de las posibilidades que permite la vulnerabilidad, pues agrega la concepción de resistencia, debido a que, en la medida que nos permitimos reconocerla y hacernos cargo de ella para hacer frente al poder, estamos a su vez realizando un acto de resistencia política (Butler, 2018). Poder comprender cómo ambos conceptos operan juntos, permite alejarse de las lógicas masculinistas, en donde la

vulnerabilidad quiere ser omitida por ser entendida como una forma de pasividad, y así trascender esa comprensión para otorgarle un lugar activo y de agentividad (Butler, 2018). Según la autora, comprenderlo de este modo, a su vez, hace que el mismo significado de la palabra “vulnerabilidad” cambie, porque nos obliga a percatarnos que, en la medida que pensamos la vulnerabilidad, estamos pensando en la resistencia y que cuando nos enfrentamos y ejercemos resistencia estamos exponiendo una parte de nuestra vulnerabilidad (Butler, 2018). Mientras seamos capaces de asumir esto y dismantelar así las lógicas de resistencia a la vulnerabilidad, estamos al mismo tiempo resistiendo (Butler, 2018).

A propósito de este espacio activo, Esquirol (2015) propone que existir es resistir, y eso implica comprender que la resistencia es en sí misma un movimiento de la existencia humana, que busca la integración del sí mismo y del entorno. El autor, además, agrega que la resistencia, más que un movimiento de expansión, contiene una fuerza para recogerse y así sostener la dureza del exterior, pero no solo como un movimiento que salva a la persona en sí misma, sino también como un movimiento que se pone al servicio de los demás y que incluso puede conducir al coraje de sacrificarse por otros (Esquirol, 2015).

3.5. Mutualidad

La noción de “mutualidad” es un concepto clave en las propuestas teórico-clínicas de la psicoterapia humanista-existencial y el psicoanálisis contemporáneo (Orange, 2013). Dicho concepto cobra relevancia a partir de las germinales contribuciones de Sándor Ferenczi y de la recepción filosófica del pensamiento de Martin Buber, por parte de los autores humanistas. A continuación, se revisarán algunas de las implicancias que se desprenden de la inclusión de este concepto para la presente investigación.

Buber (1984) plantea la posibilidad de experimentar la relación yo-tú, entendida como un encuentro recíproco y personal que ocurre cuando el yo está totalmente implicado. Es a través del tú (del otro) que el sujeto se hace yo, es decir, lo que humaniza al individuo es su capacidad de acceder en plenitud, profundidad e inmediatez al otro y a sí misma (Sassenfeld, 2004). En ese sentido, Méndez (2014) llama a la filosofía de Buber la “filosofía del encuentro” debido a la centralidad que tiene para el autor el encuentro con el otro como

determinante de la existencia del yo. A su vez, Ferenczi, va a tomar distancia del psicoanálisis clásico, al momento de empezar a poner cada vez más atención y énfasis en la observación de la psicoterapia como un proceso que se despliega entre dos personas más que como “una psicología de una persona” (Aron, 2013), siendo una de sus principales contribuciones a la práctica analítica sus experimentos sobre el “análisis mutuo” y como esto da pie para pensar la centralidad de la mutualidad en el espacio clínico, al momento de comprender que por, sobre todo, el análisis es una relación (Aron, 2013).

Como se mencionó en apartados anteriores, desde el enfoque humanista-existencial, la relación terapéutica es entendida como un encuentro. Esto significa que paciente y terapeuta confluyen en un espacio relacional común donde todo lo que surja, incluida la comprensión terapéutica, consiste en una co-construcción, en tanto exista la apertura a la existencia y validación del otro (De Castro y García, 2011). Tanto la paciente como la terapeuta se encuentran y reconocen mutuamente en los niveles más profundos de experienciarse a sí mismas (Schmid y Mearns, 2006). De esta manera, se aprehenden las vivencias y sus estructuras sin el distanciamiento y la objetivación, conformando una inmersión y apertura a la experiencia propia, ajena y conjunta en el presente (Sassenfeld, 2016; Sassenfeld y Moncada, 2006).

Uno de los elementos fundamentales que se desprenden de lo anterior tiene que ver con lo que actualmente se conoce como “mutualidad” terapéutica. La mutualidad es la influencia mutua que existe entre terapeuta y paciente (Aron, 2013). En todo momento, ambas participantes se influyen de manera recíproca en diferentes niveles, tanto en un registro explícito como en una dimensión implícita, sin que sea posible para la terapeuta escapar del influjo de la presencia de la otra persona (Aron, 2013). Vista así, la relación terapéutica consiste en “un encuentro emocional profundo, un compromiso interpersonal, un diálogo intersubjetivo, una integración relacional, un encuentro de mentes” (Aron, 2013, p. 214).

Esta noción de la psicoterapia implica una crítica a la concepción tradicional fundamentada en el modelo médico hegemónico; según el cual el terapeuta es un experto que interviene sobre un paciente pasivo, cuya participación se limita a aceptar y adherir a las indicaciones

del terapeuta, así como también sitúan el cambio en el proceso terapéutico sólo en la paciente y no en la terapeuta (Méndez, 2021). Esta forma tradicional de entender la práctica clínica ha sido cuestionada desde diferentes frentes teóricos, especialmente desde las aproximaciones humanistas, pues se entiende que todo encuentro interhumano implica el establecimiento de una intersubjetividad que se forma a partir del (re)conocer al otro y ser, a la vez, (re)conocido por ese otro (Szmulewicz, 2013).

El aceptar la subjetividad de ambos como algo inevitable y siempre válido permite que la terapeuta genere en sí misma una profunda aceptación y respeto por la paciente (Rogers, 2011). En tanto paciente y terapeuta son competentes de establecer una relación mutua, es que son capaces de establecer empatía, perdón, participación, cura y cuidado mutuo (Aron, 2013). Es más, en opinión de Aron (2013), sólo en la medida que los pacientes sienten que pueden conmover, cambiar, incomodar, agredir, herir, sanar y conocer de manera profunda a la terapeuta, es que pueden beneficiarse del proceso terapéutico.

Yontef (1995), propone que el trabajo terapéutico implica una exploración de cómo ambas participantes están siendo afectadas por el proceso. Es por este motivo también, que se requiere de una participación emocional conjunta, en donde ambas tengan la posibilidad de sentir un amplio rango de emociones y sentimientos por la otra, lo cual puede enriquecer la relación y fomentar la sanación (Aron, 2013). En esta misma línea, Szmulewicz (2013) puntualiza que, en este proceso, la psicóloga debe ser capaz de mostrarse disponible a participar emocionalmente en el encuentro para poder así construir una relación verdaderamente terapéutica, pues esto es fundamental para ayudar a la paciente a desarrollarse y (re)conocerse. Yontef (1995) agrega a esta idea la posición de la terapeuta como una persona sintiente, en donde también siente por la paciente, desde emociones tales como la rabia, frustración y aburrimiento hasta el cariño y la empatía. Todos estos sentimientos deben ser aceptados y reconocidos para, a su vez, permitirse y aceptarse a sí mismo y mostrar honestidad y congruencia (Yontef, 1995).

Orange (2013) señala que paciente y terapeuta siempre se encuentran comprometidas la una con la otra; la otra me preocupa y para acompañar su sufrimiento se requiere de

involucramiento y disposición al cambio. La autora propone que, en la medida que uno se encuentra con el traumatismo del otro, ya que estamos comprometidas con ella e involucradas, debemos ser capaces de estar dispuestas a ponernos continuamente en riesgo, en distintos niveles. Hacer esto es parte del camino de la reintegración y la sanación (Orange, 2013). Yalom (2002), por su parte, señala que la terapeuta debe involucrarse con la paciente, permitiendo que ésta le influya, la cambie y hasta la transforme. En esta misma línea, Orange (2013) propone que para acompañar el sufrimiento es necesario que la terapeuta se permita ser conocida, criticada y cambiada por las pacientes. La autora menciona que, para poder generar transformación en la otra, es necesario permitirse a la vez ser cambiadas, y que un encuentro en donde ambas personas se encuentren realmente involucradas, generará una transformación para ambas (Orange, 2013). Esta idea es concordante con el proceso de alquimia que presenta Jung para dar cuenta del encuentro terapéutico, el cual propone que el encuentro entre dos personalidades es como el encuentro de dos sustancias químicas, en donde cualquier combinación genera transformación (Jung, 2006). Además, Jung (2006) postula que una de las metas del proceso terapéutico es precisamente la transformación mutua, en donde todas las participantes sufren cambios. A partir de lo revisado, se comprende entonces que la mutualidad es la influencia mutua entre ambas participantes del encuentro clínico. Esta influencia ejerce un proceso activo que implica abrir nuestras vulnerabilidades, hacerlas disponibles y permitir la transformación y el cambio entre las integrantes de la díada.

3.6. Desgaste profesional

El trabajar acompañando procesos de trauma, dolor y sufrimiento de las demás personas genera un impacto que da cuenta de la propia vulnerabilidad (Oltra, 2013). La capacidad de comprometerse y sumergirse en la experiencia del otro, produce efectos para las personas que trabajan con víctimas (Paniagua, 2017). En el caso de profesionales de la salud mental, aumentan los riesgos al acompañar el trauma del otro (Morales, Pérez y Menares, 2003). Trabajar en contextos de trato directo, en condiciones de pobreza y violencia social, y en temáticas de trauma, abusos y violencia, agrava las posibilidades del impacto que esto puede tener para las profesionales, lo que puede decantar en síntomas de desgaste profesional y/o burnout (Arón y Llanos, 2004).

El Burnout aparece como concepto en 1974 de la mano de Freudenberg (1974), quién lo define como “un estado de fatiga o frustración que aparece como resultado de la devoción a una causa, a un estilo de vida o a una relación que no produce las recompensas esperadas” (Freudenberg, 1974 en Aron y Llanos, 2004). El autor además señala que este síndrome se presenta en el espacio laboral y -sobre todo- en aquellos que tienen relación directa con personas y que contempla una vocación de servicio (Oltra, 2013). Arón y Llanos (2004) ponen énfasis en que la idea propuesta por Freudenberg además da cuenta de que el burnout genera un tipo de “erosión del espíritu”, en tanto hay una pérdida en la fe de ayudar a otros. Oltra (2013), en una revisión histórica del concepto, menciona que en 1981 se agrega a esta definición la idea de que este síndrome es una respuesta al estrés emocional, que decanta en agotamiento físico y psicológico, actitudes de despersonalización con las demás personas, disminución en la sensación de realización personal, e impacto en la vida espiritual y emocional de los sujetos, como sensaciones de desesperanza e ineficiencia. La autora en su revisión agrega que, en 1994, Filgueira incorpora a la caracterización del síndrome que éste presenta la emergencia de una sensación de impotencia, una desvalorización del sí mismo, y que este es desencadenado por condiciones estresantes y frustrantes del trabajo (Oltra, 2013). Barudy (1999) menciona que el burnout se presenta en los profesionales que se utilizan a sí mismos como herramienta de trabajo para sanar, acompañar o cuidar a otras personas. Este síndrome va afectar áreas somáticas, afectivas, cognitivas y conductuales de los profesionales (Alecsiuk, 2015). Duque y Gómez (2014) suman a las afectaciones posibles, el agotamiento físico y un posible debilitamiento del sistema inmunológico que puede conducir al desarrollo de enfermedades crónicas o graves, así como también padecimientos interaccionales, en donde se pueden ver afectadas las relaciones interpersonales de las profesionales.

Längle (2015) aporta una comprensión existencial del Síndrome de Burnout, haciendo un cruce entre lo que éste produce y la comprensión de la existencia de Viktor Frankl. Este cruce lo fundamenta mencionando que el síndrome de Burnout afecta las tres dimensiones de la existencia propuestas por Frankl, las cuales son la dimensión somática, la psicológica y la noética. La primera se vería afectada en tanto se presentan dificultades físicas, desordenes funcionales y posibilidades de enfermedad. La segunda se presentaría con las sensaciones

desgano, irritabilidad, y decaimiento emocional. Y la tercera con las experiencias de lejanía hacia las relaciones y las demandas, así como con las actitudes negativas hacia sí misma y el mundo (Längle, 2015). El autor propone que estas sensaciones y el síndrome de burnout afectarían principalmente provocando una sensación de vacío, que se relaciona con experiencias de apatía y se acompaña de vivencias de falta de sentido que afectan la visión de la profesional en su relación consigo misma y con el mundo (Längle, 2015). En este sentido, el Burnout (o el desgaste profesional) se presenta como una forma específica de vacío existencial y un déficit en el sentido existencial, en tanto se ve perjudicada la sensación de realización interna y plenitud y, al contrario, cuando existe cierto grado de empoderamiento por parte de la persona, sintiendo que tiene poder sobre sus decisiones y que sus acciones tienen valor, la presencia de sensaciones asociadas al síndrome no necesariamente conlleva a una falta de sentido (Längle, 2015). Sin embargo, cuando la sensación de pérdida de sentido está presente, existe un importante decaimiento del bienestar y un déficit en la plenitud existencial; sentimientos de que la vida no se encuentra dominada por el sí mismo y que también existe una pérdida de la realización de los valores personales (Längle, 2015).

El burnout es traducido y utilizado por muchos autores como sinónimo del concepto “desgaste profesional”. Sin embargo, Aron y Llanos (2014) proponen que considerar y nombrar este síndrome como “desgaste profesional” tiene implicancias tanto para la comprensión de esto, como en el foco en donde se pone la responsabilidad. Las autoras afirman que el concepto de burnout históricamente ha sido tratado de manera tal que la responsabilidad de padecerlo tiende a recaer en la trabajadora. En cambio, El concepto “desgaste profesional” abre la posibilidad de considerar que

“la sintomatología descrita no es un problema de trastornos psicológicos individuales, sino que se trata de reacciones que presentan todas las personas que trabajan en contacto con estas temáticas y en determinadas condiciones laborales” (Aron y Llanos, 2004, p. 4).

Esto posibilita tener conciencia, a su vez, que cuando este padecimiento aparece existe una responsabilidad del ámbito laboral y a su vez de los temas con los cuales se trabaja, así como

también da pie a pensar en factores que permitirían prevenir y abordar su aparición (Arón y Llanos, 2004).

A continuación, se presentan los principales elementos que Aron y Llanos (2004) incluyen en su caracterización del desgaste profesional, comprendiendo las dimensiones física, psicológica, conductual y espiritual de la persona. Las autoras proponen que la sintomatología asociada al desgaste profesional se puede presentar en las siguientes áreas:

- Síntomas físicos: todos los síntomas que se presentan en el cuerpo. Estos pueden ser: dolores de cabeza, dolores musculares, problemas en el aparato locomotor, en el aparato digestivo junto con alteraciones del apetito, alteraciones del sueño, problemas en la piel y debilitamiento del sistema inmune, que puede promover mayores posibilidades de contraer enfermedades (Aron y Llanos, 2004).
- Síntomas conductuales: todos los síntomas referidos al comportamiento y modificaciones conductuales de las personas. Entre ellos se incluyen: llegar tarde al trabajo, ausentismo laboral, trabajar muchas horas pero lograr poco, pérdida del entusiasmo, facilidad para frustrarse, aburrimiento, rigidización y dificultad para tomar decisiones (Aron y Llanos, 2004).
- Síntomas interaccionales: aquellos que remiten a la forma de relacionarse con los otros en el trabajo. Se identifica en este punto: el aislarse de las colegas, cerrarse a nuevas informaciones y el aumento de la irritabilidad con las compañeras de trabajo. Puede aparecer también dependencia al alcohol o drogas como una manera de anestesiar el dolor (Aron y Llanos, 2004).
- Síntomas psicológicos: las modificaciones respecto al sentir y las vivencias subjetivas propias de las trabajadoras. Encontramos aquí: desmotivación, irritabilidad, decaimiento psicológico, sensación de vacío, deterioro del autoconcepto y una visión negativa de la vida y de los demás. Asimismo, culpa, autoinculpación por la falta de logros con las consultantes, o en el otro extremo, sentimientos de omnipotencia. Vivencias de incompetencia (crisis de competencias) y fantasías de abandono o cambio del trabajo (Aron y Llanos, 2004). Barudy (1999), describe síntomas muy similares, en cuanto al área del mundo emocional de los profesionales y agrega que

también se pueden presentar sentimientos de depresión, distanciamiento afectivo con las participantes y disminución del autoestima.

- Síntomas espirituales: aquella sintomatología asociada a dudas existenciales en los sujetos tales como: la pérdida de la fe y del sentido del trabajo, crisis de valores, crisis vocacional y cambios en las ideas religiosas y en las afiliaciones a grupos de referencia (Aron y Llanos, 2004).

Un último concepto importante a considerar, es el de “trauma vicario” o “estrés traumático secundario”. El trauma vicario se comprende como aquellas huellas que dejan en la salud mental de los profesionales el trabajar con temáticas de trauma y vulneración (Paniagua, 2017). Así como también la posibilidad de despertar los propios traumas experimentados en la vida personal de las profesionales al encontrarse trabajando con temáticas similares (Duque y Gómez, 2014). Bajo esta situación, puede ocurrir que la profesional se contacte con sus propias experiencias sobre situaciones similares, de forma consciente o no, y en situaciones que pueden estar ocurriendo en el presente o en el pasado (Arón y Llanos, 2004). Es más, las profesionales podrían llegar a recordar o conectar con sus propias experiencias dolorosas no resueltas, al momento de empatizar, acompañar y ayudar a las víctimas (Del Valle y Campos, 2015). A su vez, otro de los fenómenos que pueden ocurrir, es que las profesionales sientan en sí mismas el sufrimiento y dolor de las víctimas, lo que puede terminar afectando la salud física y emocional de éstas mismas (Duque y Gómez, 2014). En este sentido, las profesionales reproducen en sí mismas el sufrimiento de las víctimas (Arón y Llanos, 2004).

Del Valle y Campos (2015), afirman que padecer trauma vicario implica un estado de tensión y preocupación por parte de las trabajadoras, lo que conecta con la vulnerabilidad de las propias profesionales y también, con la posibilidad de padecer algún tipo de enfermedad. Bernabé (2013) agrega que el trauma vicario produce en las profesionales una serie de efectos psicológicos que pueden llegar a ser destructivos y dolorosos, lo cual puede durar meses o años y que podría terminar en un proceso de victimización de las terapeutas. El padecer este tipo de trauma, además, provoca una irrupción en el marco de referencia individual, incluyendo el sentido de identidad personal, las creencias, así como también en las relaciones

interpersonales, en la visión de mundo y hasta en la espiritualidad de las profesionales (Bernabé, 2013). Aron y Llanos (2004) agregan que otro de los efectos de la traumatización vicaria es la hipersensibilización en momentos en que los propios derechos son vulnerados, lo que puede decantar en una hiper-reactividad.

Por último, cabe destacar los resultados obtenidos en la investigación realizada por Morales, Pérez y Menares (2003), la cual da cuenta de distintos procesos y estrategias que utilizan las trabajadoras como una forma de afrontamiento al síndrome del desgaste profesional, ya sea de manera voluntaria cuando se requiere hacer frente a los momentos de crisis, o involuntaria para hacer frente al malestar en general. Según se detalla en el informe, estos procesos son: un proceso de regulación de la distancia (en la medida que se sienten más involucrados en sensaciones displacenteras, las personas intentan alejarse de las usuarias); desconexión y represión (sacar de la conciencia lo que les producen las usuarias emocionalmente); sobre-involucramiento (establecer un mayor compromiso emocional con aquellas personas que más lo requieren, según el criterio de cada profesional); desborde (expresar sin control lo experimentado); realizar acciones (profesionales realizan acciones concretas para disminuir o procesar las sensaciones emocionales despertadas); intelectualización (buscan explicaciones de las experiencias relatadas o vividas con las usuarias); y ensimismamiento (traer las emociones hacia sí mismas, y de este modo evitar exteriorizar las emociones “negativas”) (Morales, Pérez y Menares, 2003). De este modo, se hacen patentes el esfuerzo y la sobre adaptación que generan las trabajadoras para afrontar situaciones laborales que las exponen emocionalmente y que tienen repercusiones en todas las áreas de su humanidad como ser integral, lo que describe el síndrome del desgaste profesional.

4.MARCO METODOLÓGICO

4.1. Diseño y enfoque

Para la realización de este estudio, la metodología utilizada fue de carácter cualitativo, esto dada la profundidad y riqueza que esta orientación otorga, poniendo su énfasis en explorar la singularidad de las experiencias y la complejidad de los fenómenos observados (Vasilachis, 2006). Este tipo de metodología se centra en entender a las personas, lo que les pasa, sus significados, interpretaciones y sus circunstancias, reconociendo que pueden existir distintas realidades construidas bajo el marco de un mismo concepto. Es por esto que se busca trabajar desde la subjetividad de las personas que son parte del fenómeno a investigar (Flick, 2007). Este tipo de indagación es adecuado para responder a los objetivos del presente estudio, pues da cuenta de la importancia de la vivencia de los sujetos, los cuales están situados en un contexto que configura una realidad y experiencia determinada (Flick, 2007).

El tipo de estudio fue descriptivo, en tanto se pretendió describir cómo las psicólogas y psicólogos clínico-comunitarios perciben su vivencia de desgaste profesional. De este modo, se buscó indagar cómo es y cómo se manifiesta dicho fenómeno, señalando cómo se caracteriza dicha vivencia, generando la información necesaria para poder describirla. El valor de este tipo de investigación tiene que ver con que hace posible mostrar con precisión los ángulos/especificidades/dimensiones del fenómeno a estudiar, que se considera específico, único e irrepetible (Hernández et al, 2006).

Este estudio tiene un diseño narrativo, pues pretende rescatar las narrativas y vivencias de distintos individuos que se entramen en una historia general, buscando a través de ésta dar cuenta de temas específicos como son los procesos de vulnerabilidad y desgaste profesional, en un lugar y un tiempo determinados.

4.2. Participantes

La muestra de la presente investigación estuvo conformada por 8 profesionales psicólogas clínicas-comunitarias de distintas edades, cuatro hombres cis y cuatro mujeres cis y que llevan trabajando un mínimo de 6 meses en contextos de pobreza y exclusión social (ver tabla

1). Este tipo de muestra es teórica, en tanto las psicólogas que trabajan en este contexto permiten conocer y entender de mejor manera la vivencia de desgaste profesional. Las participantes del estudio colaboraron de manera voluntaria y se accedió a ellas a través de contactos de la investigadora de personas que trabajan en programas como psicólogas clínicas-comunitarias en contextos de pobreza y exclusión social. A su vez, el contacto con dichas profesionales permitió acceder a más personas con las mismas características, lo que generó un tipo de búsqueda muestral a través del método de bola de nieve.

Para acceder a la muestra, en primera instancia se contactó vía telefónica a las posibles participantes y se les explicó en qué consistía la investigación. En vista de la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia del COVID-19, se acordó con las participantes que el consentimiento informado se les haría llegar vía correo electrónico. Una vez que éstas se mostraron de acuerdo e hicieron devolución del consentimiento a la investigadora, se acordó realizar una entrevista a través de video-llamada. Se optó por hacer las entrevistas a través de medios online, ya que se consideró que era la manera más adecuada de cuidar y resguardar la salud de las involucradas. Sobre esto, las participantes estuvieron de acuerdo y se tuvo las siguientes consideraciones para llevarlas a cabo: 1) informar y establecer las consideraciones pertinentes para la realización de una investigación realizada por video llamada al comité de ética; 2) corroborar que las entrevistadas tenían acceso a internet y que esto les permitía contar con una conexión a la red que pudiese sostener una conversación fluida por aproximadamente una hora y media; 3) tener especial cuidado en el horario a convenir para hacer la entrevista, para que las entrevistadas pudiesen contar con un tiempo y un espacio que permitiesen tener la intimidad y privacidad que se requería para llevar a cabo la entrevista; 4) tener en consideración que a partir de estar viviendo en un contexto de emergencia sanitaria, la prioridad sería la salud y el bienestar de las personas, siendo este el factor más importante para concretar los encuentros en línea. Estos puntos han sido descritos como los cuatro aspectos fundamentales que debiesen ser tenidos en cuenta a la hora de realizar una investigación que contemple el uso de herramientas online para la fase de recolección de información (Hernán, Lineros y Ruiz, 2021).

Tabla 1

Resumen de participantes

Nombre (modificado)	Edad	Sexo	Tiempo trabajando como psicóloga en contexto de pobreza y exclusión.
Ian	28	Hombre cis	4 años
Simón	30	Hombre cis	6 años
Laura	32	Mujer cis	5 años
Sol	31	Mujer cis	7 años
Paz	30	Mujer cis	9 meses
Raúl	39	Hombre cis	5 años.
Sara	30	Mujer cis	5 años
Lucas	38	Hombre cis	10 años

4.3. Estrategias y procedimientos de producción de la información

Para recolectar la información se realizó una entrevista narrativa a cada participante, en la cual se indagó sobre cómo ellas vivencian su experiencia laboral y sus posibles sensaciones de desgaste profesional. Dicha entrevista permitió reconstruir la historia de vida sobre “incidentes críticos” de las participantes, los que muestran aspectos relevantes vivenciados en determinadas situaciones de vida (Bolívar, 2014). La entrevista narrativa posibilita acceder a las subjetividades de los sujetos, develando los dilemas y preocupaciones que las personas enfrentan en contextos de adversidad, así como también los desafíos y las herramientas que las personas desempeñan para salir adelante, visibilizando una construcción

emocional y social que da sentido a las vidas de las personas que narran (Domínguez y Herrera, 2013).

Las narrativas tienen una doble cualidad: por un lado, son individuales en tanto son personales y únicas; y por otro, son colectivas, recreándose, generándose y obteniéndose significado en las relaciones con los demás (Domínguez y Herrera, 2013). Domínguez y Herrera (2013) señalan que la construcción y comunicación de las historias personales son configuradas y facilitadas por las narrativas que circulan en determinados contextos y culturas.

Para dar cuenta del relato que las personas construyen, las entrevistas fueron grabadas y luego íntegramente transcritas, para su posterior análisis. Para que las participantes pudiesen dar cuenta de su narrativa, se utilizó una pregunta principal como eje para incentivar la narración. Y, en los casos en que ciertos aspectos de los objetivos de la investigación no hubiesen sido respondidos, se generaron preguntas específicas. Las preguntas guías utilizadas durante las entrevistas fueron las siguientes (ver tabla 2).

Tabla 2: Pauta entrevista narrativa

Pregunta principal	¿Cuáles han sido las vivencias más significativas de trabajar en contextos de pobreza y exclusión social, y su impacto en términos de salud mental, física y vida profesional?
Preguntas Específicas	¿Cuáles han sido las experiencias positivas más significativas de tu contexto laboral?
	¿Cuáles han sido las experiencias negativas más significativas de tu contexto laboral?

	De trabajar en contextos de pobreza y exclusión social ¿cuál ha sido el impacto en tu salud mental?
	De trabajar en contextos de pobreza y exclusión social ¿cuál ha sido el impacto en tu salud física?
	De trabajar en contextos de pobreza y exclusión social ¿cuál ha sido el impacto en tu vida profesional?
	¿Qué tipo de particularidades se presentan al trabajar en contextos de pobreza y exclusión social?
	¿Existe algo específico y significativo del territorio en que trabajas que quieras mencionar?

4.4. Análisis

Los datos obtenidos fueron trabajados desde el análisis narrativo, debido a la pertinencia que presenta con el objetivo de la investigación. Este análisis es un método que pone el énfasis en la experiencia, la cual se puede observar desde múltiples perspectivas y da cuenta de las vivencias de las individuos, que suceden en un contexto social determinado (Bernasconi, 2011). En ese sentido, el análisis narrativo permite posicionar la experiencia interior para que esta tenga cabida en el mundo (Domínguez y Herrera, 2013) desde un marco que comprende que lo que se pone en juego no es la representatividad del relato, sino su contenido, pertinencia y coherencia, que dan forma a la experiencia, siendo lo fundamental la comprensión que proporciona el relato, y cómo este se da a conocer, logrando articular lo

individual y colectivo (Bolívar, 2014). A partir de este tipo de análisis se buscó que los relatos individuales se entrecruzarán en un análisis que dé cuenta de los aspectos comunes que comparten las profesionales psicólogas clínicas comunitarias que trabajan en un contexto específico. En ese sentido, se llevó a cabo la relación de relatos cruzados, lo cual dio forma a una narración polifónica que construida con las historias de un grupo que vive un mismo contexto socio-histórico (Bolívar, 2014). Con esto, se intentó mostrar las diferentes manifestaciones del fenómeno pudiendo, desde el análisis de una muestra pequeña, generar desarrollos teóricos (Riessman, 1993). El análisis narrativo que se utilizó fue el temático, bajo el supuesto que las narraciones se estructuran bajo temas y categorías que pueden ser procesadas (Bolívar, 2014). En este tipo de análisis, se considera el contenido y el significado de las narrativas, así como la secuencia narrativa completa con sus referencias temporales y espaciales, considerando a ésta como un todo, fuente esencial de la interpretación (Capella, 2013). Este análisis narrativo se realizó en dos instancias. Primero se llevó a cabo un análisis intra-caso, donde se analizó en profundidad cada historia particular. En dichas historias se levantaron ciertas temáticas vinculadas con la pregunta y los objetivos de investigación y, a su vez, se identificaron temáticas emergentes. Luego se realizó un análisis inter-caso, que permitió analizar continuidades y discontinuidades entre las temáticas de los diferentes casos. Este cruce permite generar análisis comprensivos transversales y determinar ejes temáticos analíticos (Capella, 2013). Dado que el procedimiento se realizó bajo un análisis narrativo temático, se levantaron primero los temas centrales y contenidos emergentes que aparecen en cada entrevista en el proceso de análisis intra-caso, para así organizarlos en ámbitos temáticos. Luego, en el análisis inter-caso, se realizó un análisis integrado aunando las temáticas surgidas, lo que dio pie a una organización en torno a ejes centrales.

4.5. Consideraciones éticas

Se entregó un consentimiento informado a las participantes, para que estuviesen al tanto de los alcances de la investigación y del uso de la información que ellas entregarían a la investigadora. Además, se utilizaron seudónimos para resguardar la identidad de las participantes y se reemplazaron los nombres de los lugares en los que trabajan por otros nombres ficticios. El audio de las entrevistas fue grabado y transcrito íntegramente, material

que fue almacenado en el disco duro de la computadora personal de la investigadora a cargo. Una vez concluido el proceso de investigación, el material grabado obtenido de las entrevistas fue destruido con el fin de asegurar la confidencialidad. Sin embargo, las transcripciones serán almacenadas por un plazo indefinido, para que puedan estar disponibles para el proceso del presente estudio y como un posible insumo para posibles proyectos de investigación que busquen desarrollar una mayor profundización sobre el tema. En caso de que este material sea utilizado para un nuevo proceso de investigación, se realizará un nuevo consentimiento informado en donde la entrevistada será comunicada del uso del material guardado, para que de esta manera pueda decidir si quiere que el material sea utilizado para estos nuevos fines. Para volver a conectar con las entrevistadas, existe un documento en donde se relaciona el nombre con los datos del seudónimo atribuido, el cual se encuentra guardado de forma digital y separado de las transcripciones, este cuenta con su propia clave para resguardar que la única persona que tiene acceso es la investigadora. Esto fue comunicado y explicitado en el consentimiento informado, y también se entregó la posibilidad de eliminar las transcripciones que en caso que las participantes lo desearan. Sin embargo, todas aceptaron que la información se mantuviese almacenada.

Por otro lado, se dejó en claro que, en cualquier momento, las participantes podían desistir de su participación en el estudio y solicitar la no utilización de su información para la investigación, lo cual no conllevaría ningún coste o consecuencia para ellas bajo ninguna circunstancia. Asimismo, se indicó que en caso de requerir algún apoyo psicológico producto del impacto que la participación en el estudio pudiera haber tenido en su estado emocional, se pondría a su disposición un listado de psicólogas clínicas disponibles para atenderlas a un precio que se ajustara a sus posibilidades de pago. Cabe señalar que ninguna participante solicitó retirarse del estudio, ni tampoco requirió de un apoyo psicológico tras participar en la investigación.

5. RESULTADOS

En este apartado, se presentarán los resultados encontrados a partir de las entrevistas realizadas. El análisis de la información recopilada permitió definir una serie de ejes temáticos, los cuales pueden agruparse alrededor de una sola gran temática: *el sistema reproduce vulneración* (ver imagen 1). Dicha temática se presenta como un eje principal que da sustento y sentido a las experiencias reflejadas en las demás, a la vez que se relaciona con éstas. Por ese motivo, se ubica en el centro del esquema general, buscando reflejar la importancia sustancial que le dan las entrevistadas en sus relatos, como un hilo conductor de la creación de sus narrativas, así como para dar contexto y sentido a las experiencias narradas. Por otro lado, emergieron diversas temáticas que se desglosan al momento de dar respuesta a la pregunta de investigación, las que se ubican alrededor del eje *el sistema reproduce vulneración*. Es importante señalar que, tal como se observa en la imagen, estas categorías no están dispuestas con arreglo a un orden jerárquico, sino que muestran la diversidad y compleja forma de comprender y reflexionar, por parte de las entrevistadas, el fenómeno investigado.

Figura 1

Temáticas encontradas



5.1. Análisis intra caso

A continuación, se presenta una tabla que busca dar cuenta de los ejes temáticos fundamentales tratados por las entrevistadas en sus relatos, para así rescatar en el análisis intra caso aquellos aspectos que tuvieron una mayor relevancia para cada una de las participantes. En la tabla, además, se señala aquellas características particulares que emergen de cada una de las entrevistadas

Tabla por participante

<p>Persona entrevistada</p>	<p>Temáticas más nombradas en su entrevista</p>	<p>Particularidad de su entrevista</p>
<p>Ian</p>	<p>Ian pone especial énfasis en las temáticas de <i>violencia territorial, condiciones de precariedad laboral</i> resaltando las subcategorías del <i>descuido institucional hacia los trabajadores, sobrecarga y la baja compensación monetaria</i>. Además, refiere importante <i>sintomatología psicológica</i> (como estrés, desesperanza, desmotivación y tristeza), y <i>espiritual</i> (crisis vocacional y de sentido). Por último, pone énfasis en la temática de <i>vulnerabilidad</i>, siendo consciente de ésta y considerándola un factor importante para su quehacer profesional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Es el único hombre cis que menciona haber sufrido <i>violencia patriarcal</i>. - Ha sido víctima de <i>violencia territorial</i>, viviendo situaciones de riesgo a su integridad física. - Menciona en la entrevista que, en ciertos aspectos, su propia historia de vida es similar al contexto en el cual se desempeña.

<p>Simón</p>	<p>A lo largo de su narración toma como eje principal el ir entramando el espacio laboral y el contexto con su propia historia de vida. Esto lo hace conectar con un importante énfasis con la temática de la <i>vulnerabilidad</i> en general y con el <i>compromiso político/ético</i>, enfatizando la necesidad de <i>responder a la humanidad y de la posibilidad</i> de reparar al otro y a sí mismo en la práctica de su quehacer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El entrevistado trabaja en la misma comuna en la cual se crio. - A lo largo de la entrevista, refiere una similitud importante entre las condiciones de pobreza y desigualdad en las cuales trabaja y en las que él vivió a lo largo de su vida. “<i>Crecí en una realidad similar</i>”.
--------------	--	---

<p>Laura</p>	<p>Al momento de ir construyendo su narración, la entrevistada se hace consciente de cómo el trabajar en este contexto y las temáticas con las cuales trata cotidianamente se vinculan con su propia historia de vida y también con la precariedad vivida en sus generaciones anteriores.</p> <p>La <i>vulnerabilidad</i> es una de las temáticas principales que opera como hilo conductor de su narración. Junto a esto, surge en reiteradas ocasiones la variada y abundante <i>sintomatología física y psicológica</i> que presenta. Esto, además, lo va relacionando con las <i>condiciones de precariedad laboral</i>.</p>	<p>- Esta participante refiere haber vivido situaciones de hostigamiento laboral.</p> <p>- Su historia de vida (individual y transgeneracional) se desarrolla en un entorno similar al contexto de pobreza y exclusión social donde trabaja. La entrevistada se vuelve consciente de este hecho en el transcurso de la misma entrevista, a medida que va construyendo el relato. “<i>Con esto que te cuento de mi historia familiar, era algo que no había conectado con lo que estaba haciendo hoy (quehacer profesional)</i>”.</p>
--------------	--	--

<p>Sol</p>	<p>A lo largo de la entrevista, menciona la temática de la <i>violencia estatal</i> como un eje fundamental en el desarrollo del trabajo en contextos de pobreza y exclusión, considerando esta temática íntimamente relacionada con <i>las condiciones de precariedad laboral</i>. El encuentro entre esas dos temáticas la hace cuestionarse muchas veces su vocación, lo que la hace presentar importantes características de la <i>sintomatología espiritual</i>.</p>	<p>- En el desarrollo de su narración se cuestiona el rol de poder que posee el o la interventora y la posibilidad de ser un agente que a su vez reproduce la <i>violencia estatal</i>. En vista de dicha tensión, la entrevistada plantea la importancia de: “<i>darte cuenta de que tú eres un ente reproductor de la vulneración</i>”.</p>
------------	---	---

<p>Paz</p>	<p>Durante la entrevista da cuenta de las dificultades de trabajar en contextos de pobreza y exclusión, poniendo énfasis en las dificultades que se presentan por la precariedad laboral, específicamente el <i>descuido institucional hacia las trabajadoras</i>, y también por la violencia experimentada, sobre todo aquella que pone en riesgo la integridad física de las profesionales. Por esta misma razón, en su relato acude en reiteradas ocasiones a conectarse con las <i>experiencias positivas</i> que emergen y el compañerismo, como fuentes importantes para poder seguir adelante en el trabajo.</p> <p>Además, Paz da cuenta de la necesidad de echar mano a los <i>valores clínicos</i> como eje principal de la sanación y reparación de las participantes.</p>	<p>- Paz ha sufrido golpes y malos tratos por parte de las personas participantes del programa en el que se desempeña laboralmente.</p>
------------	---	---

<p>Raúl</p>	<p>El entrevistado le da un gran valor a la temática de ejercer un trabajo que pueda responder a un <i>compromiso político y ético</i>. En eso centra el relato, en la necesidad de ir dando <i>respuesta a la sociedad y la humanidad</i>, así como también de poder “<i>devolver la mano</i>” por poder haberse transformado en un profesional a pesar de las dificultades socioeconómicas de su propia historia. En ese mismo sentido, Raúl se centra en el hacer y allí reconoce <i>sobrecarga laboral, descuido de los propios límites y compenetrarse demasiado</i> en la vida de las usuarias del programa en el cual trabaja. Considera como algo fundamental el despliegue de <i>valores clínicos</i> para poder generar encuentro con el otro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Es el único entrevistado que no menciona sufrir <i>sintomatología física</i> ni psicológica: “<i>si yo te dijera, que me ha pasado algo en términos físicos, mentales, cachay, por lo menos lo desconozco</i>”. - Refiere haber vivido situaciones socioeconómicas de pobreza y exclusión social a lo largo de su vida.
-------------	--	--

<p>Sara</p>	<p>Sara construye su relato a partir de identificar el haber vivido experiencias personales muy similares de pobreza, vulneración y exclusión con las cuales trabaja hoy. Por este motivo, reconoce su desempeño laboral como un espacio de <i>compromiso político y ético</i>, sobre todo por tener una necesidad de “<i>devolver la mano</i>”. No obstante, reconoce importantes, significativos y diversa sintomatología.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La entrevistada ha sido víctima de <i>violencia patriarcal</i> y directa en el espacio laboral, en donde ha estado en riesgo su integridad física y ha recibido amenazas de muerte. - Posee una historia de vida similar a la que han vivido las usuarias con las que trabaja.
-------------	--	---

Lucas	El entrevistado construye un relato que va dando cuenta cómo el poder ser conscientes de la vulnerabilidad permite ir estableciendo un posicionamiento político, aspecto básico para desempeñarse como psicólogo. Junto a esto, da cuenta de la manifestación de la <i>violencia estatal</i> y la <i>precariedad laboral</i> , aspecto que puede ser resistido gracias al compañerismo y las <i>experiencias positivas</i> .	<ul style="list-style-type: none"> - Es el único participante que, en el presente de la investigación, no continúa ejerciendo trabajo territorial en pobreza y exclusión social, luego de haberlo realizado por 10 años. - Reconoce historias de vida similares con las participantes, en relación a ser víctima de violación a los derechos humanos durante la dictadura.
-------	--	--

En adelante, a partir de un análisis inter caso se dará paso a explicar y graficar a través de las entrevistas, cada una de las temáticas levantadas. Se presentará en cada categoría un esquema que da cuenta de todo lo que apareció en cada temática emergente y se hará principal hincapié en los resultados más relevantes, reiterativos y coincidentes entre las entrevistadas. *El sistema reproduce vulneración* es la única categoría que no presentará un esquema, debido a la amplitud de la temática.

5.2. Análisis inter caso

5.2.1. El sistema reproduce vulneración

Como se mencionó, esta temática es el eje transversal que aparece en todas las narrativas de las entrevistadas, siendo además la que entrega un trasfondo para comprender en contexto las distintas temáticas levantadas, sustentándose sobre el supuesto de que *el sistema reproduce la*

vulneración en todos sus sentidos. Lo que quiere decir que, según como lo ejemplifica Ian en su entrevista *“Es absolutamente violento el sistema de trabajo, en los contextos de vulneración de derechos, porque finalmente continúan, o replican las vulneraciones”*.

Uno de los sentidos en que se reproduce la vulneración que ejerce el sistema, es en el momento de pensar y construir las políticas públicas. Como Lucas, que menciona sobre los viajes que se realizan para buscar políticas en otros países y aplicarlas al nuestro,

“una persona de oficina, que se va a Dinamarca a estudiar la calle (...) formas de trabajo que no tiene nada que ver con la realidad social ni con el territorio. (...) es una política plana, una política fría, para todos igual, cuando la realidad nunca es para todos igual, menos en salud mental.”

En este fragmento se observa cómo existe una construcción de programas sociales desvinculados de la realidad social particular, aspecto que se entrecruza con otra de las temáticas levantadas a revisar más adelante, referente a la existencia de una *brecha entre los objetivos institucionales y la realidad*. Junto a esto, las entrevistadas expresan la falta de espacios de capacitación y de posibilidades de *pensar el quehacer profesional*, también dan cuenta de la carencia dentro de los espacios académicos para trabajar estos temas y profundizar en las formas de abordaje. Lucas lo expresa de la siguiente manera respecto a su propio trabajo realizado

“Queda en la amnesia, que es el gran síntoma del país, que nos olvidamos de todo. En ese sentido, eso era muy duro, como se perdía la experiencia. Y las mismas instituciones no te dan mucha posibilidad de eso, no hay horas pagadas para que dediques a pensar, sólo tienes que rendir.”

En ese sentido, que las políticas públicas se diseñen sin contacto con el territorio, y aspectos que emergen en la categoría de *precariedad laboral* (existencia de una brecha entre los objetivos institucionales y la realidad, falta de espacios de capacitación y de posibilidades para pensar el quehacer profesional) da cuenta de la insuficiencia estatal para dar respuesta a contextos determinados.

Otra de las formas en que se reproducen las vulneraciones, es una forma que afecta a las mismas participantes de los programas sociales, pues todas las entrevistadas coinciden en

afirmar que el propio sistema que pretende reparar las condiciones contextuales acaba siendo un ente vulnerador para ellas. Sobre esto, Simón expresa *“la gente no solo vive en un contexto vulnerable, sino que, además, accede a un sistema que los sigue vulnerando ¿cachai? Un sistema que le debería dar protección, al final los sigue vulnerando”*.

Otro de los factores fundamentales de esta idea eje, es que las entrevistadas expresan una sensación de circularidad entre las condiciones de pobreza entre las mismas personas que componen este sistema. En ese sentido, afirman que las trabajadoras de este tipo de políticas públicas, en la mayoría de los casos, también presentan ciertas condiciones de precariedad, ya sea por ser profesionales con poca habitabilidad profesional, ser personas jóvenes y/o provenientes de condiciones contextuales similares. Frente esto, Ian dice

“ese modelo, eh, que también se alimenta como desde un modelo capitalista, neoliberal. Pero es tan perfecto, que lo que hace es, eh, máquinas de producción, como, de profesionales jóvenes, ¿cachai? Porque, como es mal pagada, los profesionales jóvenes, cuando salimos tenemos que armarnos un currículum (...). Ha pasado todo un tiempo en que hemos sido absolutamente dañados por el sistema. Por el sistema, por los servicios que están a cargo (...)”.

O sobre el peso de provenir de una *historia similar* de los mismos contextos vulnerables de trabajo, Simón expresa

“a veces igual siento, como que, quizás hay una mochila con la que estoy cargando. (...) Siendo de esta realidad, me vi vulnerado en muchos sentidos. Entonces, como que, en algún momento, consciente o inconscientemente, dije algo tengo que hacer por esto (...) pero si como que hay un peso ¿cachai? con el que he tenido que lidiar como durante toda mi vida”.

Sumado a la precariedad en la que se encuentran las profesionales, estas manifiestan que, a pesar de trabajar constantemente con situaciones muy adversas, no existe ningún tipo de cuidado y consideración por parte del sistema. Sobre esta base, se percibe una crítica importante a la *falta de espacios de autocuidado* y a la ineficacia de estos cuando sí se encuentran disponibles. Así, Lucas menciona que

“el autocuidado, además, generalmente terminan siendo actividades que nos estresan aún más, o terminan siendo sólo emborracharse el viernes en la tarde, como que hay una forma de entenderlo muy precaria sobre eso, no realmente en serio.

Además, en general las ideas del autocuidado vienen de lógicas empresariales, la idea de producir y estoy contento, no de cuidar”.

Por último, frente a esto, las profesionales presentan una tensión ética: si el trabajar en contextos adversos bajo estas condiciones genera o no un cambio y transformación social -que es lo que ellas buscan al realizarlo-, o, por el contrario, genera una reproducción del *statu quo* del sistema. Frente esta idea, Raúl dice “Entonces, ahí uno se encuentra siendo como un placebo (...), nosotros finalmente estemos replicando la pobreza”.

5.2.2. Violencia

Figura 2

Violencia



Una de las temáticas que aparecen en forma recurrente en las narraciones es que, dado el contexto en el que trabajan las profesionales, éstas se encuentran expuestas a diversas formas de violencia. Las formas de violencia encontradas y declaradas en las entrevistas, de mayor a menor cantidad y diversidad de expresiones, son: *violencia estructural*, *violencia directa* y *violencia patriarcal*.

En primer lugar, se entiende por “*violencia estructural*” la “violencia menos directa, más difícil de visualizar, en la que no siempre es sencillo identificar al agresor («la sociedad»), o llegar a conocer a la víctima (...) y en la que es mucho más difícil conocer los mecanismos que la explican” (La Parra y Tortosa, 2003, p. 60.) A su vez, esta violencia viene dada por la estructuración social y tiene “efectos negativos sobre las oportunidades de supervivencia, bienestar, identidad y/o libertad de las personas” (La Parra y Tortosa, 2003, p. 60.). Sobre esta base, es posible enmarcar dentro de este concepto variadas situaciones o percepciones

presentadas en los relatos de las entrevistadas. Por ejemplo, Sol menciona *“tener tanto miedo de cómo el sistema va a dañar a las personas, cachay, que cada caso que tu soltai y que derivai a otra institución, es un posible caso de alguien que va a salir más dañado.”* O Lucas que comenta sobre un usuario que no recibe el tratamiento adecuado en un hospital: *“entonces, uno veía cómo se hacía una especie de ecuación, donde te mentían si tenías buen pronóstico, o lo dejo morir. Una cosa micropolítica, que es dejar morir a las personas porque no son productivas”*.

En segundo lugar, aparece la *violencia directa*, la cual está estrechamente relacionada con el trabajo territorial que se ejerce en contexto de pobreza y exclusión social. Respecto al concepto de *“violencia directa”*, este puede definirse como la *“forma de violencia directa, visible, con un agresor y una víctima claramente identificables y en la cual el daño es infligido directamente por el agresor con ayuda o no de algún instrumento o arma”* (La Parra y Tortosa, 2003, p. 60). Sobre esto, Ian da cuenta de *“ir a terreno y que te pueda llegar un balazo, le pueda llegar un balazo al niño con el que estoy trabajando, o al cuidador o la cuidadora”*. Sara, por su lado, a partir de ser víctima de esta *violencia directa*, reflexiona

“¿mi cuerpo está hoy disponible para tanta violencia, física o psicológica? ¿estoy dispuesta hoy en día a recibir agresiones diarias, escupos, garabatos, insultos? (...). Hoy corporalmente me siento muy adolorida, muy como adolorida, sí, porque duele, me duele el cuerpo. Tengo un moretón gigante en la pierna por un golpe que recibí ayer”.

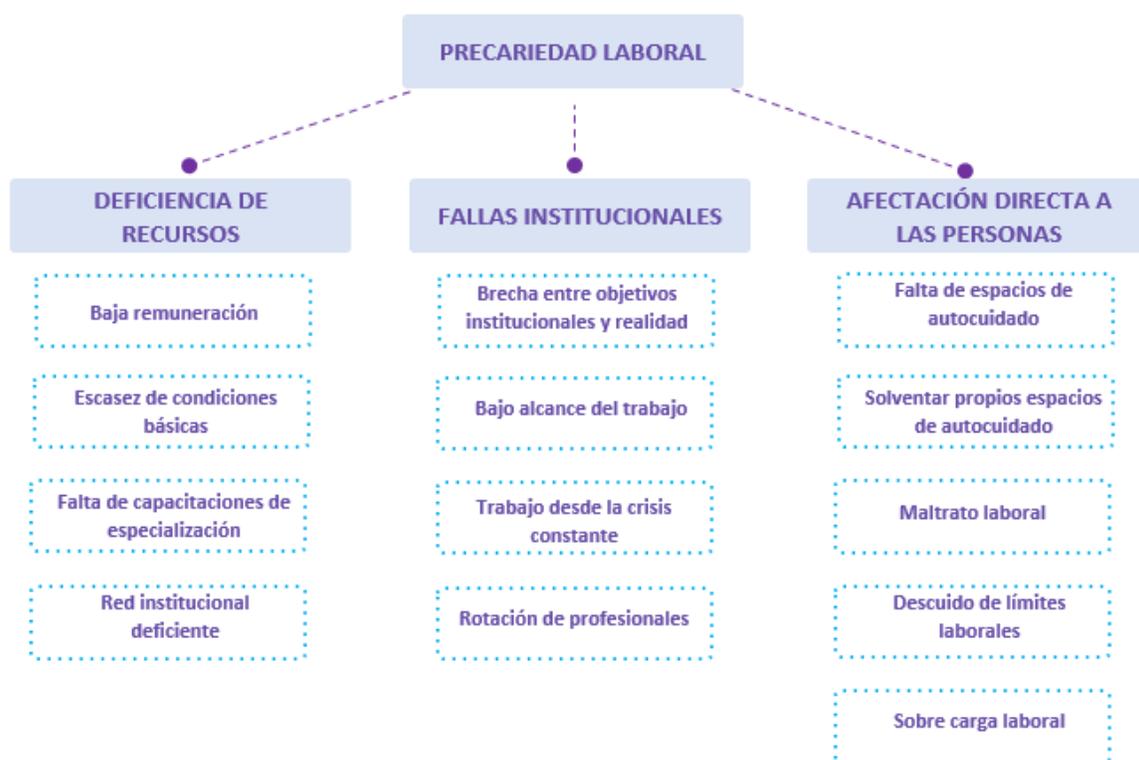
Y, en tercer lugar, la *“violencia patriarcal”*, según lo planteado por Barker (2016), se entenderá como un tipo de violencia inherente al poder y dominio masculino propios del patriarcado, el cual opera en función a *“estructuras de poder que enmarcan la vida de hombres y mujeres y que tienen sus raíces en las jerarquías de poder relacionadas con el género”* (p. 319). Sara refleja haber sufrido desde *“deslegitimaciones por mi género, a comentarios machistas y sexistas”*.

5.2.3. Precariedad laboral

Una de las temáticas más nombradas en todas las entrevistas es la existencia de *condiciones de precariedad laboral*. Esta se presenta en tres niveles: primero, la deficiencia de los recursos existentes en el sistema laboral; segundo, la falla que emerge a partir de las propias instituciones; y tercero, la afectación directa hacia las personas.

Figura 3

Precariedad Laboral



En el primer nivel, que hace referencia a la deficiencia de los recursos que existen en el sistema laboral, encontramos la *baja remuneración* hacia las trabajadoras. Sobre esto, Ian dice “*entonces, ahí el tema económico aparece, como, además de comerme toda esta violencia, ehh, puta, por ultimo ¿la plata es, como, un factor que, como que compense? Y tampoco*”. Por otro lado, la *escasez de condiciones básicas* para las usuarias de los programas

sociales, idea que grafica Simón diciendo *“el sistema de atención es súper carente, ¡muy! Los pacientes que yo atiendo, tienen que siempre conformarse con, con lo que hay, (risas), ¿cachai? Con lo que (hay), nunca es suficiente, porque no son las condiciones óptimas”*. También consideran la *falta de capacitaciones especializadas y focalizadas* para tratar las problemáticas con las que se trabaja. Frente esto, Laura declara *“a nadie lo preparan académicamente para trabajar en situaciones como esta, en situación de calle, entonces yo creo que uno tiene que administrar sus competencias como pueda”*. Finalmente, el contar con una *red institucional deficiente* para resolver problemáticas multicausales ahonda en la problemática de precariedad laboral. Sobre este punto, Laura comenta *“las redes no han funcionado (...) no es que haya un respaldo del Ministerio de Desarrollo Social que pueda favorecer nuestra gestión”*.

El segundo nivel devela las fallas institucionales que se presentan en los programas que trabajan en contextos de pobreza y exclusión social. Aquí se encontró que existe una brecha percibida entre los objetivos y parámetros institucionales y la realidad, como cuando Sol expresa que *“muchas veces ese hacer un poco más es tener que remar en contra de la corriente o tener que desafiar ciertos, como protocolos o estándares de cosas que tu institución te pone como marco”*; la misma entrevistada luego comenta que *“todos los días uno se encuentra con problemas que uno no puede solucionar”*, aspecto que da cuenta del bajo alcance del trabajo para la vida y problemáticas de las usuarias. A su vez, se presenta el exceso de contingencia que se forja al trabajar en estas condiciones, lo que genera la percepción de estar trabajando constantemente desde la crisis. Sobre esto, Raúl dice haber vivido

“experiencias límite. Yo llegué el otro día y había una pareja peleando, y ella corta una botella, cachay, e iba a apuñalar al tipo. Entonces, ahí el psicólogo social comunitario se pierde un poco. Desde ahí, uno no va a decir: ¡ya chiquillos, sentémonos, reunámonos, para encuadrarnos de alguna perspectiva.”

O *“la calle no duerme, como dicen los usuarios. Pasan cosas todo el tiempo”*. Por último, se presenta en este nivel un problema que las instituciones no han sido capaces de resolver, como es el alto nivel de *rotación de los profesionales* que trabajan en estos programas. Esta

idea es expresada por Ian de la siguiente manera: *“terminamos quemándonos y saliéndonos del sistema y deseando no volver más po”*.

Para finalizar, se presenta el tercer nivel, el cual aborda el cómo todo lo descrito afecta directamente a la persona de la profesional. Desde aquí emerge la *falta de espacios de autocuidado* otorgados por la institución, como lo grafica Sara al mencionar: *“tiene que ver con que hay un servicio que no te ampara, que no te cuida. Un servicio que no cuida a quien cuida”* y junto a eso, la necesidad de *solventar propios espacios de autocuidado*. Ante esta situación, la entrevistada dice *“se requiere de otras acciones propias de compensación hacia mi persona, porque o sino me voy a matar, me voy a terminar matando”*. A su vez, también aparecen situaciones de *maltrato laboral*, como Laura que declara haber vivenciado *“un liderazgo bien autoritario. He recibido hostigamiento también, que nunca denuncié por temor a perder mi ingreso mensual, porque sin eso no podía llevar una vida”*. Por último, se presentan dos aspectos que tienen que ver con la trasgresión de límites; por un lado, el *descuido de los límites laborales*, como Raúl que expresa *“ahí te empiezas a dar cuenta que uno se traía las cuestiones para la casa, y eso fue una experiencia durísima”*; y por otro, la *sobrecarga laboral*, como Ian que denuncia *“el exigir un millón de trabajo a un equipo de personas que no da abasto. En el equipo somos cinco profesionales y, eh... mmm, tenemos 1700 casos, ingresados solamente el 2019”*

5.2.4. Compromiso político/ético

Figura 4

Compromiso político/ético



El *compromiso político/ético* emerge como una temática fundamental cuando las entrevistadas intentan explicar y dar sentido a su quehacer profesional. Se trata de una categoría que opera como un eje transversal en las ocho entrevistas, vinculándose directamente con el posicionamiento político y ético de las profesionales. Lucas lo ejemplifica con la siguiente frase:

“La psicología en general, más allá de sus tendencias teóricas, es un trabajo político. Un trabajo que su gran objetivo es la emancipación en lo micro, en el trato, en todo. Es un espacio de emancipación y reconocimiento, y de hacer lazo social”.

Dentro de esta temática, aparecen dos subcategorías. Por un lado, la *necesidad de responder a la humanidad/sociedad* y, por el otro, la *necesidad de devolver la mano* por haber tenido la posibilidad de ser profesionales y superar las condiciones de pobreza en las cuales crecieron.

En cuanto a la necesidad de *responder a la humanidad y sociedad*, Raúl menciona

“Hay una cuestión ética donde uno está. Si, te moviliza obviamente la pega donde uno está, cachay, pero finalmente, también hay una idea que está ahí rondando: la sociedad no debería ser así, debería ser de otra manera. Aportemos entonces a que sea de otra manera. Eso en lo político, cachay”.

A su vez, Simón expresa *“Siento que de alguna u otra manera también me hago cargo de esa situación, no solo de mi historia sino de la historia de la humanidad, en ese sentido.”*

Respecto a la *necesidad de devolver la mano*, Sara comenta *“devolverle la mano a esto que lo viví en carne propia, por lo menos los primeros quince años de mi vida. (...) yo también lo viví, también estuve ahí, también pasé hambre, pasé frío”.* Finalmente, respecto a la revisión que va haciendo Laura sobre su propia vida y lo que la hace trabajar en estos contextos, dice *“de pasar a ser la víctima, a la persona que está del otro lado para poder apoyar a otro”.*

5.2.5. Vulnerabilidad

Figura 5

Vulnerabilidad



Para dar inicio a los resultados encontrados en esta temática, presentamos una idea mencionada por Lucas, debido a la profundidad que esta tiene y por la capacidad de sintetizar lo que implica el encuentro con la vulnerabilidad propia y ajena:

“en la posición clínica, hay dos formas: el equilibrista o el acróbata. El equilibrista es el que está tratando de no caerse, que trata de equilibrar algo, que dice ‘Ud. Tiene que dejar de consumir alcohol de esta manera’, y el acróbata es el que sabe que hay un vacío y se tira al vacío y se devuelve, esa es la diferencia. Yo estaba en ese lugar, tirándome al vacío sin cazar lo que iba a pasar”.

En primer lugar, respecto al *trauma vicario*, el cual entendemos como las huellas que puede dejar en las profesionales el hecho de trabajar en contextos de alta complejidad, se presentan las dos características más importantes que lo definen: por un lado, el sentir el trauma del otro que, como lo dice Ian, implica *“empezar a sentir dolores que viven las otras personas y que no necesariamente deberías vivir tu como interventor”*; y, por otro lado, el identificarse con la experiencia del otro por tener historias de vida similares, lo que expresa Laura al reflexionar *“toda mi vida estuve en esta lucha, en diferentes planos. Pero me he tenido que enfrentar a situaciones de angustia, miseria o violencia desde niña y también desde lo que vivieron mis padres.”*

En segundo lugar, aparece la *alteridad*, que alude al encuentro con una experiencia o subjetividad que se presenta como siendo radicalmente distinta y, hasta cierto punto, inaprehensible por los esquemas de la propia subjetividad. Sobre esto Paz dice *“como que uno dice ‘qué pena’ pero en verdad no tienes idea, cachay. Como que es muy difícil dimensionar lo que efectivamente vive y les toca vivir, empatizar como todo lo que sufren”*.

En tercer lugar, se encuentra el *otro desposeído*, que refiere a lo que significa tropezar con un otro que está en una situación desfavorecida y vulnerable y como esto genera un encuentro con el sufrimiento y la desigualdad ajena que genera un impacto en la propia subjetividad. Raúl lo grafica de la siguiente manera: *“Entonces, cuando uno desde la pega establece contacto con esa realidad más cruda, que lo llamaría un exceso de realidad”*.

En cuarto lugar, todas las entrevistadas dan cuenta de la experiencia de *mutualidad*, que es entendida como la influencia mutua que existe en la relación entre profesionales y usuarias. Sobre esta idea, Raúl, reflexionando sobre sus encuentros con las participantes del programa, dice *“en realidad tenía que ser un ser humano con otro ser humano nomás (...). Claro, se dio así la situación, dos sujetos que empiezan a preocuparse mutuamente”*

En quinto lugar, emerge la conciencia de como aparece el *compenetrarse en la vida del otro* esta categoría hace referencia a la inmersión que se genera por parte de las profesionales en la vida de las participantes de los diversos programas. Esto Paz lo grafica diciendo

“Los adolescentes me decían mamá, mamita, (...), a medida que se hacía más vínculo, más me decían mamá, cachay. (...) En un punto de verdad que sí me sentía mamá de 13 adolescentes. Empiezas a vincularte, a conocer sus historias, lo que les ha pasado”.

En sexto y último lugar, emerge una temática que llamé *“resentimiento”*, que tiene que ver, por un lado, con el recordar en su sentido etimológico. Recordar viene del latín *“recordari”*, formado de *re* (de nuevo) y *cordis* (corazón), lo que significa volver a pasar por el corazón, en este sentido se vuelve a pasar por el corazón aquellas experiencias que ya fueron vividas por las profesionales, pero que vuelven a aparecer ahora en la experiencia del otro. Y, por otro lado, con aquella posibilidad que emerge cuando una persona, al encontrarse con otra,

no solo se reúne con un individuo sino también con la historia de una sociedad. Sobre esto, Simón reivindica su sensación de sentirse resentido, diciendo

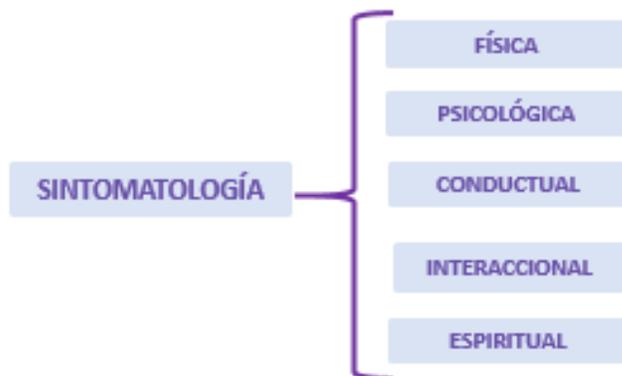
“Chile es una sociedad terriblemente desigual, eh, mm, viví en carne propia esas desigualdades. (...) Considero que es terriblemente legítimo resentir las desigualdades que tiene este país ¿cachai? Como que no la siento una vez, la sentí mil veces esa desigualdad, entonces, ehh, me considero un resentido”.

5.2.6. Sintomatología

Llama la atención que en las entrevistas fueron mencionados todos los tipos de sintomatología descritos en el marco teórico a partir de la propuesta de Arón y Llanos (2004).

Figura 6

Sintomatología



5.2.6.1. Sintomatología física

De las ocho entrevistadas, todas excepto Raúl refieren haber presentado sintomatología física. A continuación, se enumeran los síntomas reportados por las participantes:

- Dolor de cabeza
- Insomnio

- Cambios en el peso
- Asma
- Dolor muscular
- Diarrea
- Rosácea
- Lumbago

Los que más se repiten son: dificultades para conciliar el sueño y descansar, insomnio y variaciones significativas en el peso corporal. Ian señala *“Estoy con harto dolor de cabeza (...) en general me dan diarreas constantes, como la guata, ahí aparece al tiro y también subidas y bajadas de peso. (...) Dolores de espalda, como mucha tensión muscular.”* Lucas, por su lado, menciona *“pase los diez años con falta de sueño”*. Por otro lado, una de las entrevistadas es consciente de cómo su salud física está relacionada con su salud emocional: *“tiene mucho que ver con mis emociones el tener tanta humedad en mis pulmones (...) Eso es lo que me hace tener asma, y todas las cosas contenidas, cosas que no he podido hablar”* (Laura).

5.2.6.2. Sintomatología psicológica

En el material analizado, la sintomatología psicológica reportada es variada, diversa y abundante. El listado de la sintomatología psicológica encontrada en es el siguiente:

- Desmotivación
- Visión negativa de la vida
- Deterioro del auto concepto
- Desesperanza
- Culpa
- Sensación de vacío
- Vivencia de incompetencia
- Decaimiento
- Frustración
- Irritabilidad

- Omnipotencia
- Labilidad emocional
- Angustia
- Cansancio
- Pesadillas
- Carga afectiva
- Sensación de incomprensión
- Ansiedad
- Rabia
- Estrés
- Desgaste
- Duelo

La *sintomatología psicológica* se encuentra presente en todas las entrevistas y es un hilo conductor importante en la creación de las narrativas individuales. El síntoma más presente y común entre todas es la *frustración*. Lucas menciona cómo incluso esta sensación de frustración fue una de las razones fundamentales para dejar de trabajar en estos contextos: *“sensación de frustración constante, sensación de injusticia, eso fue muy fuerte, mucho rato. De hecho, yo me salí por eso”*. Sol por su parte dice *“como que uno se va habituando un poco al fracaso”*. Las participantes también destacan cómo este síntoma está relacionado con el contexto social en las que se encuentran enmarcadas: Sol comenta sentir *“la frustración constante con el sistema”*.

La *culpa* es otro de los síntomas principales reportados, la cual se expresa en distintos niveles: un primer nivel, es la tensión que emerge a partir de sentirse profesionales representantes de una sociedad que falla, como Sol indica: *“Y es una culpa que ya ni siquiera viene de lo que yo hice o no hice, sino como la culpa acumulada de representar a una sociedad que falla, que vulnera”*, o cuando Sara menciona que siente que no puede entregar la protección suficiente a los participantes, diciendo *“a veces me siento cómplice de eso”*. Un segundo nivel, es el choque de encontrarse con una realidad altamente vulnerada. Sobre esto, Laura dice *“estar en contacto permanente con casos de personas que han sido vulneradas en sus derechos (...) era algo que me impedía mucho disfrutar mis ratos libres”*. Por último, se presenta un tercer nivel, que da cuenta de cómo la culpa genera una tensión entre apostar por el propio bienestar o por el de las participantes de los programas *“cuestionarte realmente si*

me cuido a mí mismo y me salgo de este contexto para tratar de estar yo mejor, por ejemplo, o en verdad me quedo porque sé que la gente igual necesita ayuda”.

Las entrevistadas también reportan importantes síntomas de estrés: *“el nivel de estrés en el que nos encontrábamos constantemente trabajando ahí todo el equipo”* (Ian) y, junto a eso, sensaciones vinculadas a un ánimo depresivo. Por ejemplo, Lucas declara *“ahí yo reconozco estar muy deprimido por la muerte de una persona, momentos bien, bien duros”*, y en la misma línea, Ian dice: *“He pasado por episodios mucho más melancólicos, más depres”*. En esta misma línea, Paz menciona que el cúmulo de experiencias vividas en su trabajo *“generó un bajón emocional muy grave”*. Vinculado a lo anterior, aparecen sensaciones de incompreensión (Sol dice: *“Y obviamente que no todas las personas entienden todo (...), está un poco esa sensación a veces de soledad, como de que tienes un poco como el universo sobre tus hombros o el mundo sobre tus hombros y como que nadie, nadie se da cuenta”*), pesadillas (Laura comenta: *“Sueño con algunos casos, son sueños trágicos, despierto llorando (...), sueño con pérdidas, que se mueren. Despierto muy angustiada”*), y sensación de incompetencia (Sol reflexiona; *“A la larga, obviamente, que va impactando yo creo que es como la autoestima profesional”*).

5.2.6.3. Sintomatología Conductual

La *sintomatología conductual* es una temática que se encuentra menos presente en las narrativas de las entrevistadas (solo en Ian, Sol y Lucas), y hace referencia a dos aspectos principales: 1) Dilatación del horario de llegada, donde Ian comenta *“entrar a las nueve y llego a las diez, jajaja, ¿cachai? Tengo una hora de almuerzo y me tomo dos”*; 2) Aumento en consumo de alcohol y drogas, esto como una forma de evadir la realidad. Sol menciona *“esa sensación como permanente, como de tener que escapar, por ejemplo, no sé, te lleva como a tomar más alcohol, cachay, drogas, cosas así. Porque hay como una necesidad de evadir la realidad”*.

5.2.6.4. Sintomatología interaccional

Esta clase de síntomas sólo es mencionada en una entrevista, adoptando la forma de un sentimiento de aislamiento entre los colegas y también irritabilidad. Sara declara:

“Actualmente es un servicio que es poco solidario en términos de relaciones de compañeros y compañeras, no nos cuidamos entre nosotros, existe mucho la competencia, (...), la falta de comprensión y sensibilización, no hay un acompañamiento genuino (...), entonces, se generan esos quiebres”.

5.2.6.5. Sintomatología espiritual

En la *sintomatología espiritual* aparecen sensaciones de pérdida de sentido del trabajo, tal como Ian que dice *“como que se me pierde un poco el sentido a mí”* y crisis vocacional donde, por ejemplo, Sara se pregunta *“Ahora yo con mis treinta años digo, ¿en verdad quiero seguir en esto?, o ¿en verdad quiero seguir siendo psicóloga? ¿Me veo en tres años más siendo psicóloga?”.*

5.2.7. Experiencias Positivas

Figura 5

Experiencias positivas



Dentro de las *experiencias positivas*, una de las más importantes es la identificación de la transformación de las usuarias y sus condiciones de vida, lo cual llena de sentido el quehacer profesional. Esto lo expresa Ian diciendo: *“hay como un niño, niña, que efectivamente dejó de ser vulnerado, dejó de ser maltratado, dejó de ser violado, dejó de ser explotado sexualmente ¿cachai? Puta y esa sensación es impagable y te da sentido al, ehh, al trabajo”*. Y Lucas, que atesora los símbolos que representan esa transformación *“había una persona que, cuando dejó de consumir pasta, me regaló su pipa y un paquete de pasta y eso lo guardo hasta el día de hoy”*. Por otro lado, las entrevistadas aluden a las transformaciones positivas experimentadas por ellas mismas a partir de su experiencia laboral. Paz menciona: *“como que no podía volver atrás después de esto. Y si, muy transformacional, yo he cambiado de opinión así cómo en 180. De lo que podía juzgar, de lo que no podía juzgar, incluso de lo que es y no es importante, así como en tu vida, de lo que vale o no la pena”*.

Otro de los aspectos importantes levantados en esta temática dice relación con las sensaciones de reconocimiento y relaciones vinculares con las participantes, como Paz que dice *“empiezas a hacer vínculos con ellos, el cambio, intercambiar cariño, cachay. Cuando empiezan a confiar en ti y te cuentan, acuden a ti”*. También se encuentra el apoyo entre colegas: *“Yo creo que uno también como más desde lo humano, va formando vínculos con otros profesionales y eso te permite también, como un poco sentir que no estás solo”* (Sol). A esto se suma el despliegue de habilidades como la creatividad *“la posibilidad de crear, la precariedad, los latinoamericanos estamos acostumbrados a eso”* (Lucas). Finalmente, el desarrollo de aprendizajes, como Sara que dice: *“evidentemente es una escuela importante (...) porque he aprendido mucho, mucho, mucho.”* Todo esto se convierte en algo fundamental para poder sobrellevar el trabajo y se va transformando en una forma de resistencia a las dificultades que se encuentran al trabajar en contextos de pobreza y exclusión. Además, junto con el *compromiso político/ético*, estas experiencias positivas parecen ser una fuente indispensable de sentido para las trabajadoras, esto es, como un aliciente para proseguir con su labor.

5.2.8. Encuentro entre la psicología clínica y comunitaria

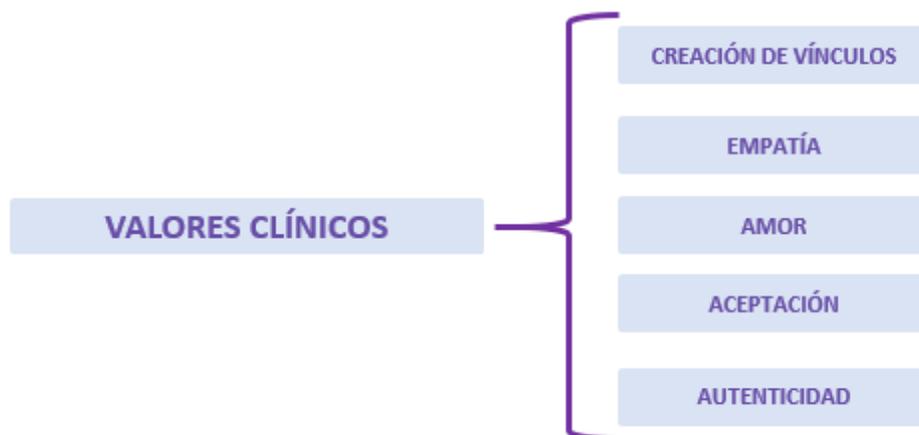
Tal como vimos en el apartado introductorio, el trabajo en contextos de vulneración genera un cruce entre la psicología clínica y la psicología comunitaria, un fenómeno que es subrayado por las entrevistadas dentro de sus narraciones. En la construcción de sus relatos, surgían tensiones, tales como *“cuestionamiento hasta qué punto la psicología más tradicional, más clínica, tiene cabida quizás en espacios en los cuales las preocupaciones materiales son demasiado importantes”* (Sol). Por otro lado, aparece la idea de que la separación de ambas disciplinas es algo más bien ficticio: *“ambientes clínicos, sino también en los ambientes comunitarios, incluso yo me reconocía como una mezcla de ambos. De hecho, para mí las separaciones es muy ficticia, porque siempre estás trabajando en una comunidad, en un contexto”* (Lucas). Por último, las entrevistadas reconocen las posibilidades que otorga el encuentro entre ambas disciplinas, como Lucas que dice *“nosotros hacíamos la atención clínica en la calle, no dentro de una institución. Eso era lo innovador, o lo sigue siendo, se pensaba medio imposible, pero fuimos obligados a hacerlo y después armamos un modelo en relación a eso”*.

5.2.8.1 Valores clínicos

A propósito del cruce entre lo clínico y lo comunitario, se identificó una categoría emergente que remite a los valores necesarios para llevar adelante el trabajo clínico-comunitario. Dicha temática tendió a surgir en los momentos en que las entrevistadas reparaban en y reflexionaban sobre su propio quehacer profesional. Entre los valores que más se repiten podemos contar: la creación de vínculo, la empatía, el amor, la aceptación y la autenticidad. Es interesante rescatar que a estos valores todas las entrevistadas le otorgan un importante lugar en el proceso de sanación y reparación.

Figura 6

Valores clínicos



En primer lugar, el hecho de crear un vínculo con las usuarias es algo que todas las entrevistadas consideran fundamental para poder llevar a cabo su misión y su quehacer, tanto así que Paz menciona *“Tu misión del cargo, en verdad es como mostrarle a los niños una relación vincular sana.”*

En segundo lugar, las entrevistadas (Rául, Simón, Laura, Sol, Paz y Sara) reconocen que la empatía es fundamental para poder entender al otro, así como también para poder medir el estado de la otra persona y así tener en cuenta esto para reconocer la disponibilidad para el trabajo conjunto en ese momento. Sobre esto, Raúl dice:

“desde la buena onda, la empatía, también observar si uno está en la condición de hacer eso o no, ver cómo están de ánimo, observar que con el sí puedo, con este no, entonces uno está como; ya se levantó este, está enojado, le debe haber pasado algo”.

Además, la empatía aporta a las trabajadoras poder acercarse a la comprensión de las situaciones de vida que les toca experimentar a las pacientes, así como también ser un valor que permite la sanación. Sobre esto, Simón menciona *“Empatizar con una, una vida y una situación, terriblemente adversa, de ponerte, de la presencia, (...) genera cambios sustanciales.”*

En tercer lugar, el amor es nombrado como un elemento relevante que se actualiza en el trabajo de dos maneras. Por un lado, las entrevistadas se refieren al amor que reciben de las personas con que trabajan, siendo éste vivenciado como parte de un reconocimiento personal por su labor. Ian señala sobre este respecto: *“todo como el amor, el cariño, por nosotros también ser un apoyo en este escenario, en donde, en donde las familias lo están pasando súper mal y por algo entraban al programa también”*. Por otro lado, el amor es destacado como un aspecto del vínculo con las usuarias que aporta reparación y sanación a éstas. Paz se refiere a este asunto, mencionando su intención de desarrollar una actitud de incondicionalidad en la relación: *“Les demuestro que pueden confiar, que hay un adulto confiable a la mano, que entiende sus emociones, que hagay lo que hagay te voy a querer y voy a estar ahí, las cien veces”*.

En cuarto lugar, la aceptación es un valor que todas las entrevistadas asocian a la posibilidad de cultivar una disposición de apertura libre de juicios hacia las personas con las que trabajan. Sobre esto, Raúl dice: *“Tiene que haber por lo tanto confianza (...) espacio de protección, donde no te voy a moralizar lo que está pasando contigo”*.

En quinto lugar, las profesionales Laura, Raúl, Paz y Lucas subrayan la necesidad de generar relaciones francas que permitan la emergencia de la autenticidad. Sobre esto, Paz menciona:

“Para mí una política que yo tengo es no mentirle a los niños, (...) ‘tía tiene una cara triste’, y yo: ‘es que pensé que te iba a pasar algo y me asusté mucho (...) es algo bonito, en verdad alguien está preocupado por ellos’.

6. DISCUSIÓN

En busca de poner los resultados en dialogo entre sí junto con generar aproximaciones comprensivas, es que se irá dando cuenta cómo es que estos emergen en esta categoría más amplia *el sistema reproduce vulneración* la cual se transforma en un fondo que sentido y sustento a las demás temáticas emergentes.

En primer lugar, uno de los ámbitos donde se constata esta dinámica de reproducción de vulneración tiene que ver con las condiciones de precariedad laboral a las que se han visto sometidas todas las profesionales entrevistadas. Cabe resaltar que este es un elemento que aparece en forma reiterada en los relatos de las participantes del estudio. Según se observa en las entrevistas, la *precariedad laboral* puede manifestarse de diferentes maneras, y las vivencias asociadas a dichas condiciones también adoptan diversas formas y matices. Por ejemplo, todas las entrevistadas se refieren a los escasos recursos con que cuentan los programas en que trabajan. Esta deficiencia estructural conlleva una serie de consecuencias para las trabajadoras: *baja remuneración, carencia de condiciones básicas para trabajar, falta de capacitación* y la presencia de una *red institucional deficiente*. Todo esto parece ser una consecuencia de la lógica de estratificación social según la cual se distribuyen los recursos en el aparato estatal; en términos generales, el presupuesto destinado a políticas públicas de protección social tiende a ser muy bajo o, al menos, insuficiente para las demandas y necesidades reales de la población en riesgo (Montenegro y Cornish, 2019).

Sumado a lo anterior, Rojas (2019) señala que existen una serie de carencias en las condiciones laborales de las trabajadoras. Primero, muchas de ellas no cuentan con un contrato laboral, sino que se desempeñan como profesionales a honorarios. Esto decanta en una situación donde las trabajadoras carecen de un conjunto de garantías laborales (imposiciones, vacaciones, etc.). Segundo, la duración de los contratos a honorarios suelen tener una duración anual, lo cual da paso a una situación permanente de inseguridad laboral al no existir una continuidad laboral garantizada. Tercero, los salarios percibidos por las trabajadoras de esta clase de programas suelen ser bastante bajos. Ciertamente, este último punto llama la atención por tratarse de profesionales que se desempeñan en el ámbito de la

pobreza; se podría decir que el Estado pretende subsanar esta problemática a partir de más pobreza, lo cual da cuenta de una dinámica de reproducción de vulneraciones que, en este caso, afecta a las personas que trabajan con personas vulneradas. Rojas (2019) comenta cómo muchas veces desde los programas se asume como un hecho inevitable que no se contará con el presupuesto, los recursos y los materiales necesarios para llevar a cabo las intervenciones requeridas.

En segundo lugar, y en directa relación con el punto anterior, las entrevistadas Sol, Ian, Raúl, Sara y Lucas refieren la existencia de verdaderas *brechas entre los objetivos institucionales* (incluyendo no sólo los objetivos de los programas específicos, sino también aquellos que son planteados en las políticas públicas) *y la realidad*. Esta situación, reconocida por las participantes, respalda la propuesta formulada por Palomino et al. (2014), según quienes es necesario generar programas que consideren en su diseño los determinantes sociales de manera situada, es decir, en función de las especificidades del territorio objetivo. Por cierto, la existencia de estas *brechas entre los objetivos institucionales y la realidad* territorial aparece como una fuente de tensión y conflicto para las profesionales, quienes deben lidiar con, y tratar de gestionar, este tipo de incongruencias en su práctica cotidiana.

En base a todo lo anterior, se observa que las condiciones de precariedad laboral imbricadas en los lineamientos técnicos y presupuestarios emanados desde las instituciones y el Estado se encuentran íntimamente vinculadas con las experiencias de *violencia estructural* que refieren haber vivido las participantes en sus espacios de trabajo. Este hecho se ve claramente reflejado en el relato de Sol, cuando comenta sobre el miedo que siente cuando debe derivar a las usuarias de su programa a otra institución, en vista de las consecuencias que esta intervención puede acarrear para el bienestar de éstas. Este ejemplo da cuenta de la desconfianza que las profesionales suelen sentir respecto de la propia red con la que trabajan. El temor que expresa Sol es compartido por varias de las entrevistadas, evidenciando una suspicacia respecto del funcionamiento del sistema público por el posible perjuicio y réplica de la vulneración que éste puede generar en las personas.

Esto último es un reflejo de cómo opera la *violencia estructural*, favoreciendo que las personas que pertenecen a las clases más desfavorecidas puedan sufrir daños e incluso la muerte (Galtung, 2016). Lucas da cuenta de lo anterior cuando afirma que a las personas se las deja morir por no ser productivas. Esto guarda relación con el planteamiento de Gacitúa Sojo y Davis (2000), quienes dan cuenta de cómo ciertos factores de riesgo inciden específicamente en las personas que se ven sometidas a condiciones de desigualdad y desventaja social. Asimismo, lo anterior hace eco de lo dicho por Wormald y Ruíz-Tagle (1999) a propósito de cómo la exclusión social cuenta con una dimensión institucional en la medida que es el Estado el que no brinda las condiciones mínimas que garanticen el cumplimiento de los derechos sociales de los individuos.

Sumado a lo anterior, el hecho de que todas las entrevistadas declaren haber vivido situaciones de *violencia estructural* puede interpretarse como un ejemplo de los modos en que la pobreza se encuentra imbricada con esta clase de violencia (Kuijt, 2008; Mantiñan, 2020; Tortosa, 1994), toda vez que en este caso las víctimas son las profesionales que se desempeñan en contextos de pobreza. El que las profesionales trabajen con personas que han sido víctimas de la violencia y sus distintas formas y que a la vez terminen ellas siendo víctimas, muestra una recursividad de esta experiencia, aspecto que demuestra cómo este microsistema acaba por reproducirse.

Siguiendo con la temática de la *precariedad laboral*, las entrevistadas aluden al bajo impacto que tienen las intervenciones que ellas mismas realizan. En la medida que las profesionales se ven llamadas a responder a programas desenraizados —esto es, desvinculados del contexto real en que se ejecutan—, ellas logran tomar conciencia del escaso impacto que dichos programas tienen a la hora de responder a las problemáticas complejas que emergen en el territorio, donde la realidad parece superar a los programas. Este hecho refleja la incapacidad de responder efectivamente a las necesidades del territorio que exhiben las instituciones encargadas del diseño de programas sociales, cuando éstas se encuentran con este “*exceso de realidad*” al que alude Raúl en su relato. Lo anterior devela que las instituciones responsables de los programas sociales tienden a toparse con la implacable resistencia que ofrece la realidad (Esquirol, 2015), sin ser capaces de remontar los desafíos que ésta supone para la

vida de las personas y los colectivos. Asimismo, refleja lo que varios autores han denunciado a propósito de que las políticas públicas muchas veces se construyen sobre un campo estéril cuando son diseñadas desde una distancia con la realidad de los territorios (Astete y Vaccari, 2017; Lahera, 2006; Revuelta, 2007). En definitiva, para que una política pública sea verdaderamente efectiva, se requiere de un proceso de diseño participativo y territorial (Lahera, 2006).

Otro elemento que es destacado por las entrevistadas Laura, Lucas e Ian tiene que ver con la alta rotación de profesionales que se observa en los programas sociales. Tal como plantean Aron y Llanos (2004), una de las posibles causas para este fenómeno parece consistir en el alto impacto que implica el hecho de trabajar en contextos de pobreza y exclusión social. En ese sentido, afirman los autores, el nivel de sufrimiento puede llegar a ser tan grande que los equipos pueden terminar desintegrándose. Lo anterior se verifica en el relato de Ian, cuando menciona que es tan grande la sensación de estar quemado, que las profesionales necesitan salirse del sistema y no volver. Es más, se podría pensar a partir de lo emergido en los resultados, que el *bajo alcance del trabajo* y el *trabajar desde la crisis* constantemente, guarda importante relación con la *sintomatología psicológica*, que se encuentra tan presente en todas las entrevistas, especialmente la frustración. Esta sensación de frustración se hace presente cuando Sol menciona cómo se termina habituando a ella. Del mismo modo, Lucas declara que es este sentimiento lo que finalmente, luego de 10 años de trabajo, lo lleva a decidir alejarse de este tipo de labores. Estos dos ejemplos dan cuenta de la relación que existe entre la sensación de frustración y la alta rotación de las profesionales.

La respuesta a este tipo de problemáticas que se generan de manera transversal, como el que las profesionales son quienes terminan retirándose de los programas sociales, demuestra que, para condiciones colectivas, surgen salidas individuales. Esto último resuena con lo dicho por Prudent (2015), quien propone que, en lo que atañe a los problemas de salud mental, el modelo socioeconómico imperante en nuestro país obliga a que sean los individuos, y no el colectivo, quienes deban resolver sus dificultades. En esa misma línea, se evidencia un escaso compromiso por parte de las instituciones, el que es experimentado por las entrevistadas como una falta de cuidado hacia ellas como personas y como profesionales, al no contar con

espacios de autocuidado oportunos y pertinentes para las dificultades que enfrentan en su trabajo. En ese sentido, la idea que declara Lucas (que es mencionada además por Ian, Simón, Laura, Raúl y Sara) sobre cómo en muchas ocasiones los espacios de autocuidado terminan siendo momentos para emborracharse o hacer una fiesta, muestra la realidad de que estos espacios se toman como un lugar de evasión de las problemáticas estructurales y cotidianas del quehacer. Santana y Farkas (2007) rescata en los resultados de su investigación que los espacios de autocuidado que solo son recreativos no son eficaces, pues no abordan de manera integral a la persona de las profesionales, así como las problemáticas que las aquejan.

De igual forma, el que sean las profesionales quienes terminan solventando sus propios espacios de autocuidado, genera una doble sobrecarga en ellas. Primero, porque además de procurar ayudar a las usuarias, también deben hacerse cargo de su propio cuidado y, segundo, porque se termina fomentando la creencia de que los problemas están dados por características individuales de las personas que trabajan en los programas (Aron y Llanos, 2004). Esto genera que la única salida posible sea la psicoterapia individual, más que los cuidados grupales y la problematización de las lógicas institucionales. Sobre esta falta de problematización, es importante destacar que, si bien en el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM, 2017) se reconoce y destaca que dentro de las causas más importantes de las enfermedades mentales son las relacionadas con las esferas del mundo laboral y que las razones por las cuales se pide más licencias a nivel nacional es por motivos de salud mental, no existen propuestas contundentes que busquen dar respuesta a estos asuntos en el ámbito de los programas sociales.

Como vimos, las *condiciones de precariedad laboral* también se expresan en el *descuido de los límites laborales* y la *sobrecarga* a la que se ven expuestas las trabajadoras. Ambos elementos están estrechamente relacionados, pues la *sobrecarga laboral* sólo se vuelve posible cuando se lesionan los límites que debiesen cautelar el bienestar y la integridad de las profesionales. Sin embargo, estos dos factores también se encuentran vinculados a un tercer elemento, el cual surgió en las entrevistas como una temática asociada a la *vulnerabilidad*: el “*compenetrarse en la vida del otro*”. Es relevante entender que las vivencias asociadas a estas tres subcategorías (*descuido de los límites laborales*, *sobrecarga*

laboral y compenetrarse en la vida del otro) nos confrontan con una problemática similar: la complejidad que supone el establecer límites claros y cuidadosos en este tipo de contextos laborales.

En relación al *compenetrarse en la vida del otro*, debemos tener en cuenta que tanto la *vulnerabilidad* como la *mutualidad* son elementos que confluyen en esta experiencia. Cuando hablamos de vulnerabilidad en el contexto de este estudio, entendemos que ésta implica el encontrarse con la fragilidad (propia y ajena) y, en eso, con la propia disposición emocional (Arendt, 2009; Hoffmaster, 2006). Y cuando nos referimos a la mutualidad, estamos aludiendo al hecho de que la relación que se despliega entre la profesional y las usuarias ha de entenderse como un proceso donde la influencia interpersonal corre en ambas direcciones, y donde se despliega un encuentro emocional que decanta en un verdadero compromiso entre las personas que participan en él (Aron, 2013). Un encuentro de este tipo, donde la vulnerabilidad de la interventora se pone en juego en la relación, conlleva muchas veces un grado de involucramiento con el otro que puede sobrepasar o desdibujar los límites del rol profesional. Esto lo vemos reflejado en el relato de Paz, cuando afirma que en su trato con las adolescentes que participan del programa ella acaba asumiendo el rol de una madre, y que ella misma se reconoce como ocupando ese lugar. O también en el caso de Raúl, cuando menciona cómo su trabajo trasciende el espacio laboral, llevándose las preocupaciones de éste a su casa y a sus espacios íntimos. En este punto, es importante aclarar que la vulnerabilidad y la mutualidad no implican necesariamente una trasgresión de los límites, sino más bien el nivel de la profundidad de la relación e inmersión refleja cómo en el encuentro, el sujeto queda expuesto al otro a tal nivel que se compromete, se incluye y se inviste y, con esto, se ve interpelado y obligado a responder ante el otro (Navarro, 2008; Schmid, 2006).

A la luz de lo anterior, se podría decir tentativamente que la *sobrecarga laboral* puede responder a dos posibles situaciones. Por un lado, se encuentra el compromiso por parte de las profesionales de dar respuesta a la vulnerabilidad y el sufrimiento ajeno con que se encuentran en sus contextos laborales. Tal como señalan Nortvedt (2003) y Orange (2012), trabajar de cara al sufrimiento ajeno nos enrostra la incapacidad de huir o desentendernos de

éste. Por otro lado, y en directa relación con el punto anterior, las instituciones podrían estar haciendo uso de este compromiso que emana de la *vulnerabilidad* y el encuentro con *el otro desposeído* para sobre-explotar a sus trabajadoras. Rojas (2019) propone que en aquellos aspectos donde la política pública genera vacíos en las condiciones, tiende a apelarse a las trabajadoras podrán compensarlos a través del sobre-trabajo, invocando a la vocación y al compromiso social con la tarea que realizan. Por cierto, vemos una vez más aquí cómo *el sistema reproduce vulneración*.

Siguiendo las ideas de Levinas, Nortvedt (2003) propone que es la sensibilidad al dolor del otro la que permite que éste sea bienvenido, aspecto que se vería reflejado en las temáticas levantadas sobre la *alteridad* y *el otro desposeído*. Es decir, cuando las entrevistadas nombran ese aspecto de sufrimiento y crudeza que viven las personas con las que trabajan, es que van conectando con su propia sensibilidad. En la medida que esto ocurre, las entrevistadas se ven llamadas a sentir junto a ellas, aspecto que confirmaría los postulados de Orange (2012) y Nortvedt (2003), que dan cuenta de cómo el encuentro con la vulnerabilidad del otro revela la propia. Todo esto parece estar íntimamente vinculado con la posibilidad de sufrir trauma vicario o secundario.

En los resultados se presentan todos los fenómenos y vivencias asociados el trauma vicario, según lo que se describió en la anterior revisión teórica. Un ejemplo de esto se encuentra en el relato de Ian, quien menciona que comienza a sentir los dolores que viven las otras personas. La experiencia de Ian evidencia lo planteado por Duque y Gómez (2012), quienes postulan como una de las características del trauma vicario el que las profesionales sientan en sí mismas el sufrimiento de las víctimas. Este fenómeno sólo se puede dar si es que la psicóloga se muestra disponible emocionalmente para con la usuaria. Como menciona Orange (2013), todo proceso de sanación implica abrir la posibilidad de sufrir junto al otro. Además, cuando las participantes exponen cómo se identifican con la experiencia del otro, debido a las historias de vida similar y el propio movimiento interior que esto genera, verifica los postulados de Duque y Gómez (2014) y Del Valle y Campos (2015) revisados, quienes mencionan cómo la vivencia del trauma vicario puede despertar las propias experiencias no resueltas o encontrarse con los propios traumas al trabajar en temáticas similares. Sobre esto,

se puede ver cómo el encuentro de la vulnerabilidad al revelar la propia, puede ser tan literal que hasta implica encontrarse con situaciones de vida similar.

A su vez, el encontrarse con historias de vida similares, aspecto que es declarado explícitamente por la mayoría de las entrevistadas menos por Sol y Paz, podría continuar nutriendo la idea de que *el sistema replica las condiciones de vulnerabilidad* de las personas. Sobre esto, es importante incorporar una nueva terminología para la presente comprensión, la cual es acuñada por Bourdieu; el “habitus”. Este concepto alude a que a partir de todas las condiciones estructurales sociales y de clase de las personas, éstas se actualizan en disposiciones e intereses actuales y futuros (Bourdieu, 1990). Es decir, las personas en tanto sujetos históricos, forman un cuerpo que trae al presente las condiciones estructurales en las cuales vivieron, por tanto, sus disposiciones a ser y hacer toma formas semejantes a estas (Capdevielle, 2011). En este sentido, que las entrevistadas se encuentren trabajando con personas que han vivido condiciones similares a las que han sufrido en su propia historia, podría reflejar cómo el habitus opera de manera implícita en los intereses de las profesionales. Asimismo, el filósofo Lefebvre (2008) dialoga con esta idea, mostrando cómo la reproducción de clases es estructurante para las formas de ser de las personas, lo que modifica y da forma, también, a la vida cotidiana de éstas e incluso hasta sus elecciones laborales. Con esto no se espera generar una comprensión que intenta ser determinante para los individuos, sino más bien generar conjeturas de cómo se puede comprender que es el sistema el que se reproduce a sí mismo, actuando de forma explícita o implícita en las elecciones de vida de las personas.

Íntimamente relacionado con el punto anterior, emerge la idea de “*resentimiento*” como temática encontrada en la idea de vulnerabilidad. Las entrevistadas asocian esta emoción al volver a sentir una y otra vez la desigualdad (existente en nuestra sociedad, así como la ya vivida por ellas mismas), tal como lo relata Simón. En este volver a experimentar, que sin duda es desde un lugar distinto, queda en evidencia la propuesta de Aron (2013): el encuentro implica la capacidad de ser conjuntamente removidos. Asimismo, el autor junto con otros (Yalom, 2002; Orange, 2013; Jung, 2006) agregan que el proceso terapéutico, no sólo cambia, interviene y transforma a la paciente, sino también a la terapeuta. Este fenómeno se

ve puesto en acción cuando las entrevistadas, al mencionar experiencias positivas, rescatan tanto la transformación de las usuarias, como la propia. Es más, Ian destaca la transformación de las usuarias como algo tan fundamental, que lo expresa mencionando cómo esto lo llena de sentido y motivación para seguir con su trabajo. Esta idea se alinea con la propuesta de que el sentido se transforma en un motor de la vida (Frankl, 2020). Por otro lado, la aparición de la transformación de las profesionales, da cuenta de que el proceso implica un cambio que es tan relevante que no tiene vuelta atrás. Como dice Paz, esto podría ser manifestación, también, de una de las consideraciones básicas mencionadas de la salud mental para la psicología humanista: los sujetos son seres capaces de transformar la forma de experimentar a sí mismos y el mundo (Schneider y Krug 2010).

El hecho de encontrar en su propia historia experiencias similares a las usuarias, el resentimiento percibido y el sentido que surge a partir de las transformaciones propias y ajenas, lleva a las entrevistadas a sentir la necesidad y adquirir el compromiso de “devolver la mano”. Dicha necesidad se expresa en la narración de Sara, cuando menciona que siente el deber de dar una respuesta a eso que ella también vivió “*en carne propia*”, y también en la transición de Laura quien pasó de ser la víctima a situarse y reconocerse como la que debe brindar apoyo. Esto va perfilando la necesidad de dar una respuesta oportuna que es tanto ética como política. En este sentido, se cumple lo que propone Schmid (2006): la persona que es la interventora pasa a ser una participante que ya no solo intenta darle respuesta al “tú”, sino también al “nosotros” y con eso a ese tercero, que refiere a la humanidad compartida que emerge de este proceso. Este punto lo grafica muy bien el relato de Simón, cuando dice: “*me hago cargo de esa situación, no solo de mi historia, sino de la historia de la humanidad*”, aspecto que da cuenta de cómo las profesionales no sólo se ven llamadas a responder al que está enfrente, sino también a la humanidad en su conjunto (Navarro, 2008).

Desde una óptica levinasiana, la percepción del “rostro” del otro trasciende tanto al “yo” como al “tú” individuales, ya que en la medida que asistimos a su presencia nos volvemos conscientes de que allí se albergan la precariedad, la vulnerabilidad y el sufrimiento que la humanidad contiene en sí misma (Navarro, 2008). Esta experiencia funda una aproximación ética que compromete una noción de responsabilidad que no se limita a lo meramente

individual, sino que también apela a lo social y lo político (Navarro, 2008; Strawbridge, 2003; Schmid, 2006). Esta idea enlaza con el planteamiento de Cano (2015), para quien resulta necesario responder no sólo a nosotras mismas, sino también al conjunto de la sociedad, lo cual permite generar transformaciones profundas y significativas que sobrepasan las vivencias individuales. Todo lo anterior se ve retratado en el relato de Raúl, particularmente cuando menciona que existe una posición ética donde uno se encuentra que le obliga a contribuir a forjar cambios en un nivel colectivo: *“la sociedad no debería ser así, debería ser de otra manera. Aportemos entonces a que sea de otra manera”*. Uno podría pensar, entonces, que la transformación ya no solo debe ser de la paciente y/o la terapeuta, sino también de la sociedad en su conjunto. Sobre esta base, el planteamiento de Schmid (2006) a propósito de que la “autorrealización” no debe ser entendida como un proceso individual sino fundamentalmente relacional y colectivo hace pleno sentido: la persona sólo llega a autorrealizarse cuando su proceso de autoactualización se halla inscrito en un avance conjunto con los demás. Esta búsqueda de dar respuesta a la sociedad y de hacer frente a sus formas instauradas, posiciona a los sujetos en un lugar de “agentividad” que, según Butler (2018), entrega una forma de ejercer resistencia. Tal como lo plantea Esquirol (2015), en tanto se busca la integración del sí mismo y el entorno, es que aparece un movimiento activo de la existencia: Resistir.

Sin embargo, aun dando cuenta de sus intentos por generar transformaciones y de resistir a las condiciones de adversidad que se despliegan en el territorio, las entrevistadas aluden a un hecho que tiende a erosionar y debilitar esta posición activa y agente. Las participantes del estudio dicen sentir una tensión, incluso una contradicción, al darse cuenta que sus espacios laborales y sus propias intervenciones también pueden contribuir a la reproducción del sistema que pretenden transformar; el símbolo de *placebo* que pone Raúl sobre la mesa es bastante clarificador de la tensión que ellas viven. Esta tensión, a su vez, se relaciona con la culpa (*sintomatología psicológica*) que reportan las entrevistadas. Por ejemplo, Sara relata que muchas veces se siente culpable por saberse una cómplice de un sistema que no brinda la protección necesaria.

A todas luces, esta dificultad no es algo exclusivo de las participantes del estudio, sino que parece ser un elemento transversal a la experiencia de quienes desempeñan su labor en el ámbito de las políticas sociales. Quintero (2009) refiere que este fenómeno reviste una complejidad que es histórica y que se funda en dos dinámicas básicas. En primer lugar, plantea que las políticas públicas buscan mantener el orden establecido, motivo por el cual las profesionales terminan viéndose atrapadas en una complicada contradicción: por un lado, debido a su compromiso institucional/laboral, su trabajo acaba estando al servicio de los intereses del poder hegemónico y, por otro lado, debido a su compromiso profesional (ético, político, etc.) su trabajo se encuentra supeditado a la necesidad de dar respuesta a los intereses y requerimientos de las beneficiarias de los programas. En segundo lugar, y en directa relación con el punto anterior, para la clase trabajadora las políticas públicas son medios para alcanzar mejores condiciones de vida, justicia y transformación social, pero esto parece no darse en la práctica lo cual aporta un sentimiento de frustración y contradicción en las profesionales. Por su parte, Astete y Vaccari (2017) sostienen que este conflicto se origina debido a la implementación de políticas públicas que resultan insuficientes para dar respuesta a las necesidades de la población. En su opinión, lo que se requiere para trascender este problema es adoptar una visión integral que permita comprender las problemáticas multidimensionales a las que se enfrentan las personas y las organizaciones, junto con identificar y reconocer los recursos y herramientas con que se cuenta para cumplir los objetivos trazados.

Sumado a lo anterior, pese a la posición ética y política que adoptan las psicólogas y al sentido que éstas le atribuyen a su trabajo cotidiano, las entrevistadas aluden a experiencias que pertenecen a la esfera de la *sintomatología espiritual*. Encontramos en los relatos de las participantes al menos dos elementos que forman parte de esta clase de vivencias según han sido descritas por Aron y Llanos (2004): la pérdida del sentido del trabajo y la crisis vocacional. En este contexto, llama la atención que una misma persona (Ian) manifieste en su relato encontrar un profundo sentido para su labor y, líneas más tarde, exprese haber perdido el sentido de su trabajo. Esto también se halla presente en los relatos Sol y Paz. Tras analizar las entrevistas, queda la impresión de que sería el propio hecho de reconstruir y

narrar sus historias lo que llevaría a las participantes a tomar conciencia de las contradicciones y complejidades que surgen en su experiencia laboral. Como hemos tenido oportunidad de ver a lo largo de la investigación, el hecho de trabajar en contextos de pobreza, exclusión, vulneración y violencia social genera un impacto muy significativo en las subjetividades de las profesionales. Este hallazgo confirma las propuestas de Arón y Llanos (2004), las que sirvieron como base para el diseño del presente estudio.

Todo lo que ha sido dicho hasta este punto puede interpretarse a la luz de la visión existencial de Alfried Längle (2015) quien, como vimos, desarrolla una lectura del desgaste profesional que se sustenta en algunas de las premisas de la filosofía y la psicología existencialista. Hemos visto que las entrevistadas aluden a una amplia variedad de síntomas asociados a su experiencia laboral. Dichos síntomas coinciden con las tres dimensiones sintomatológicas descritas por el autor: la dimensión somática, la dimensión psicológica y la dimensión noética. Si bien no todas las entrevistadas reportan en forma explícita el haber experimentado una sensación de vacío o de pérdida de sentido en su trabajo, el hecho de que este fenómeno se halle presente en varios de los relatos da cuenta de la presencia de un déficit en la plenitud existencial y el bienestar general de las profesionales, sumado a un deterioro de las relaciones que establecen las participantes con el mundo y con ellas mismas. Esto último se verifica en la presencia en los relatos de *sentimientos de incompetencia, decaimiento e incomprensión*, además de experiencias que señalan la existencia de una *visión negativa ante la vida*, un *deterioro general del autoconcepto* (especialmente en lo que atañe al quehacer profesional) y también *sintomatología interaccional*. Todos estos elementos, sumados a experiencias de desmotivación, desesperanza y vacío (todas ellas presentes en los relatos de las entrevistadas) pueden decantar, explica Längle (2015), en una crisis vocacional capaz de alterar el vínculo que establecen las trabajadoras con su propia profesión en el marco de sus proyectos vitales. Por cierto, encontramos en los relatos la presencia de profundas crisis de este tipo: varias de las participantes dicen haberse encontrado en la situación de preguntarse si realmente desean desempeñarse en su profesión. Esta clase de quiebre vital/vocacional parece ser un factor que contribuye a la alta rotación de profesionales en los programas sociales.

Ahora bien, tal como lo plantea Längle (2015), hay ciertos factores que podrían facilitar que el proceso de desgaste no culmine en un sentimiento de falta de sentido, tales como la sensación de empoderamiento que implica estar realizando un trabajo que tiene valor. Sobre este punto específico, se vuelve a encontrar ese *sentido ético y político* que las profesionales otorgan a su quehacer. Pero, junto a esto, también es posible rescatar las *experiencias positivas* que levantan las entrevistadas de sus vivencias profesionales, tales como las transformaciones percibidas, el vínculo tanto con las usuarias como con las colegas y el despliegue de aprendizajes y de creatividad. Cabría preguntarse si estas experiencias son aspectos tan relevantes que se transforman en un motivo para seguir trabajando, o más bien se conforman como una luz dentro de toda esta compleja experiencia.

Otro punto importante que merece la pena desarrollar con cierta profundidad consiste en la temática del encuentro/tensión de la psicología clínica y la psicología comunitaria. Tal como se pudo observar en los resultados, en torno a este vínculo entre ambos tipos de psicología emergen tensiones que llevan a algunas de las profesionales a cuestionar la pertinencia de la psicología clínica en contextos de pobreza y exclusión. Por ejemplo, Sol expresa en su relato sus dudas acerca de la cabida que la intervención propiamente clínica pueda tener o no en este tipo de espacios laborales. En relación a esta tensión, diversos autores se han referido a las limitaciones de la perspectiva clínica en contextos sociales. Piña (2010), por ejemplo, plantea que la psicología clínica, como disciplina científica, es del todo insuficiente cuando se trata de abordar problemáticas sociales y poblacionales. Además, sostiene que frente a situaciones de pobreza, crisis, sistemas políticos corruptos y formas de vida que atentan contra el bienestar del pueblo, las psicólogas deben agregar a la práctica clínica concepciones históricas, políticas y comunitarias (Piña, 2010).

No obstante, otras participantes coinciden en afirmar que la separación entre lo clínico y lo comunitario parece ser algo más bien ficticio, toda vez que cuando la psicología se ejerce al interior de un contexto social-comunitario ésta requiere de ambas perspectivas: una que atienda a lo propiamente clínico y otra que se haga cargo de la dimensión colectiva de las problemáticas tratadas. Como vimos en el apartado teórico, Mayordomo (2016) plantea que la psicología como disciplina debe siempre ser consciente del continuo diálogo entre lo

individual y los aspectos macrosociales y relacionales de las personas con que se trabaja. En línea con este planteamiento, algunas de las entrevistadas (Ian, Simón, Sol, Raúl y Lucas) consideran que el encuentro de estas dos perspectivas disciplinares brinda una serie de oportunidades y posibilidades que no se dan si se adopta una aproximación parcial. Un claro ejemplo de lo anterior lo encontramos en el relato de Lucas, quien expresa que en el trabajo de calle fue necesario llevar la clínica a este espacio. Es más, él refiere que a partir de esta experiencia su equipo fue capaz de elaborar un modelo de trabajo propio que dio pie a la creación de metodologías de intervención que contemplan elementos de ambos acercamientos. Steven, Corzo, Gómez y Hoyos (2017), haciendo eco de lo dicho por Lucas, plantean que la psicología clínica-comunitaria, especialmente cuando ésta se ejerce en contextos de pobreza, debe ser implementada más allá del consultorio. Hacerlo así brinda una oportunidad para rescatar, antes que excluir, los saberes que son propios de la clínica para responder a problemáticas arraigadas en los contextos. Esto, si fuese considerado, podría dar respuesta al conflicto levantado anteriormente a propósito de cómo las políticas públicas (en este caso, las políticas en salud mental) se encuentran, en muchas ocasiones, desarraigadas de la realidad.

Es interesante observar que, en el marco de este encuentro de dos tipos de psicología, emerge la única temática emergente pesquisada en el análisis de las narraciones provistas por las participantes: los valores (*valores clínicos*) que las profesionales identifican como básicos y necesarios para generar procesos de sanación, reparación y transformación. Como vimos en el apartado de resultados, los valores que emergieron en los relatos fueron los siguientes: *creación de un vínculo, empatía, amor, aceptación y autenticidad*. Todos estos elementos coinciden plenamente con los valores clínicos humanistas que se hallan inscritos en las formulaciones de los proponentes de la psicología y la psicoterapia humanista-existencial.

A modo de ejemplo, Carl Rogers (1957) desarrolló su propuesta de las “condiciones necesarias y suficientes para el cambio positivo de la personalidad” teniendo en cuenta todos estos factores relacionales. La idea base que sustenta la propuesta terapéutica de Rogers alude a que la terapeuta debe ser capaz de crear un vínculo con su cliente que favorezca el crecimiento y el despliegue del pleno potencial de la persona. Este aspecto es subrayado

especialmente por Paz, quien afirma que la creación de un vínculo con las usuarias es, por sí misma, una misión que debe ser tenida en cuenta en cualquier intervención. Por otro lado, Rogers (1957) señala que la terapeuta debe ser “congruente” o “auténtico” en la relación con su cliente. Esto significa que la terapeuta ha de ser ella misma, sin esconder su propia subjetividad detrás de una máscara o un rol profesional. También es Paz quien refleja este valor cuando menciona la necesidad imperiosa de no mentirle a los y las niñas con quienes trabaja: la honestidad y la apertura son dos elementos clave a la hora de trabar relación con las usuarias.

Junto con lo anterior, Rogers (1957) plantea que es imprescindible que la terapeuta experimente un “aprecio positivo incondicional” por su cliente. Esto significa que la profesional ha de adoptar una actitud de cálida aceptación y acogida hacia la persona que tiene en frente, sin interponer condiciones de valor. Esta condición se ve reflejada en los valores de *aceptación* y *amor* relevados por las entrevistadas. Para las participantes, el *amor* constituye una fuente de reparación en y a través del vínculo con las usuarias, y la *aceptación* es percibida como una actitud que favorece un mayor acercamiento hacia la otra persona, desde un espacio de apertura y desprovisto de juicios. Por último, Rogers afirma que el cambio terapéutico depende en gran medida del grado de “comprensión empática” que pueda ofrecer la terapeuta a su cliente. Para el autor, la comprensión empática consiste en la capacidad para percibir el marco de referencia interno de la persona con que se trabaja, incluyendo además la comunicación oportuna de dicha percepción a la cliente. En definitiva, se trata de sentir *como sí* uno fuese la otra persona. Este elemento aparece nombrado explícitamente en el relato de Simón, para quien la empatía constituye un eje fundamental para generar el cambio en las usuarias.

La aparición de esta categoría emergente (*valores clínicos*) reviste una gran relevancia nuestro análisis, más allá de los objetivos trazados inicialmente para este estudio. Cuando las entrevistadas aluden al trasfondo ético-valórico sobre el que se sustenta su quehacer profesional, lo que están haciendo es declarar que su trabajo cobra especial sentido a la luz del tipo de encuentro interpersonal que se constela en su trato con las usuarias. Este tipo de relación es rescatado por las participantes como una importante fuente de gratificación,

aprendizaje y de transformación personal. Y son estos elementos los que, en su conjunto, parecen impulsar a las profesionales a perseverar en su trabajo a pesar de verse enfrentadas a condiciones contextuales y laborales francamente adversas.

Por otro lado, como acabamos de ver, los valores mencionados por las entrevistadas coinciden con los imperativos éticos que forman parte del núcleo más íntimo del “humanismo terapéutico” en sus diferentes formas y variantes (Méndez, 2021). Según parece, el trabajo clínico-comunitario requiere contar con un sustento ético humanista que le otorgue sentido y que, en definitiva, le permita alcanzar realmente sus objetivos. La orientación humanista que espontáneamente se patentiza en los relatos de las usuarias aparece como una respuesta ética ante los problemas y dificultades que emergen en el trabajo territorial, tanto en el ámbito personal como en el plano colectivo. Dicha respuesta parece consistir en brindar a las usuarias una relación interpersonal que se haga cargo de las múltiples y específicas necesidades de las personas y colectivos, subsanando la iatrogenia que es propia de las lógicas institucionales que reproducen la violencia en los territorios objetivo. Por cierto, cabe señalar que la orientación humanista es, por definición, una aproximación contextualista que incluye, en lugar de excluir o aislar, las dimensiones social, cultural, política y económica en las que se despliega la existencia de los individuos (Sassenfeld, s.f.). Por lo tanto, tener en cuenta esta concepción humanista podría ser una vía para comprender y abarcar de mejor manera el quehacer clínico/comunitario.

Como hemos tenido oportunidad de ver a lo largo de esta discusión, los relatos aportados por las entrevistadas ponen sobre la mesa una serie de tensiones, conflictos y contradicciones que se constatan en las lógicas de intervención de las políticas y programas sociales en Chile. Abordar estas problemáticas aparece como una tarea urgente, no sólo por tratarse de un imperativo en lo que refiere a brindar servicios que se hagan cargo de manera efectiva de las necesidades de la población en riesgo, sino que también en lo que atañe al bienestar de las profesionales que trabajan en contextos de pobreza y exclusión social. Si estas tensiones son una fuente permanente de frustración, malestar y desgaste para las trabajadoras, no cabe continuar perpetuando estas dinámicas desde los espacios institucionales que se encargan del diseño e implementación de los programas sociales. Someter a las trabajadoras al estrés

permanente que supone el verse obligadas a negociar y, en la medida de lo posible, resolver las demandas contradictorias que emanan de las políticas públicas y del territorio es una forma de violencia institucional que, como hemos visto, lesiona la integridad física, psicológica y espiritual de las profesionales. Cuando el sistema reproduce la vulneración al descuidar de este modo a las trabajadoras, asistimos a la instalación una dinámica recursiva que, a fin de cuentas, perpetua los problemas que se pretende resolver.

7. CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

A partir del análisis de los resultados obtenidos a través de las entrevistas narrativas aplicadas a las participantes del estudio, es posible formular una serie de conclusiones que dan cuenta de la complejidad del fenómeno estudiado. Sin embargo, antes de presentar las principales conclusiones que se desprenden del análisis de resultados, cabe señalar que el presente estudio logró dar respuesta a la pregunta de investigación: *¿Cómo perciben las/os psicólogas/os clínico-comunitarias/os que trabajan en contextos de pobreza y exclusión social su vivencia de desgaste profesional?* Los relatos aportados por las entrevistadas dieron cuenta con bastante detalle de las particularidades que son propias de la experiencia de desgaste profesional en contextos laborales de este tipo. Asimismo, se logró cumplir a cabalidad los objetivos general y específicos que orientaron el estudio.

En primer lugar, es importante señalar que, tal como ocurre con toda condición de salud mental, la sintomatología asociada al desgaste profesional debe ser comprendida en su contexto. En el caso de la presente investigación, el contexto viene dado por: 1) las dinámicas y estructuras socioculturales, políticas y económicas que son propias de nuestro país, incluyendo muy especialmente las diferentes dimensiones del modelo económico imperante y del ordenamiento político nacional; 2) las características de los espacios laborales en que se desempeñan o desempeñaron las entrevistadas, incluyendo las dinámicas y lineamientos institucionales que enmarcan la labor de los programas sociales en Chile; y 3) las características de los territorios específicos en que se insertan las profesionales entrevistadas y, más específicamente, las condiciones de pobreza y exclusión social que se dan en dichos territorios. Atender a las particularidades de los macro y micro-contextos en los que ejercen

su profesión las personas entrevistadas nos permite visibilizar lo que tiene de específico la experiencia de desgaste profesional en funcionarias de programas sociales en nuestro país.

Como hemos visto, el hecho de trabajar en programas sociales enmarcados dentro de un macro-contexto socioeconómico y político como el nuestro reviste una serie de complejidades y desafíos específicos para las profesionales. Por un lado, se observa que las trabajadoras tienden a percibir un conjunto de contradicciones a nivel institucional que aportan a la vivencia del desgaste. Dichas contradicciones vienen dadas por las macro-estructuras y las macro-dinámicas que dan vida a la organización social, política y económica del país. Elementos tales como la estratificación social, la desigualdad en el acceso a servicios y prestaciones básicas y la desigual distribución de la riqueza, entre otros, confluyen en una serie de situaciones que aportan una gran tensión y estrés a las trabajadoras. Por otro lado, las entrevistadas coinciden en identificar al “sistema” chileno como un dispositivo que reproduce dinámicas de vulneración social en diferentes ámbitos. En este caso, no es sólo que el sistema tienda a vulnerar a los más pobres, sino que también a las personas que trabajan con estas personas, con la esperanza de aliviar las consecuencias anímicas y materiales de un sistema desigual e injusto.

En lo relativo a los micro-contextos –esto es, las condiciones específicas de los territorios en que se insertan las profesionales entrevistadas-, éstos también determinan profundamente las maneras en que se expresa y se padece el desgaste profesional. Por un lado, tenemos un micro-contexto laboral que exhibe una serie de deficiencias y carencias bien concretas que dificultan la labor de las trabajadoras. Por otro lado, las condiciones de precariedad que se dan en las comunidades con que trabajan las profesionales también son una fuente permanente de desgaste, frustración y malestar para éstas. En el fondo, para las entrevistadas, trabajar en contextos de pobreza y exclusión social supone verse enfrentadas a un sinnúmero de situaciones sumamente adversas y difíciles de afrontar, más aún cuando se espera –muchas veces implícitamente- que sean las propias profesionales las que se hagan cargo del impacto que les genera su trabajo.

Además, el tipo de sufrimiento humano con que tratan las trabajadoras de programas sociales en su labor cotidiana reviste un conjunto de particularidades que lo vuelven un fenómeno complejo de abordar. Las usuarias de los programas suelen ubicarse en una posición periférica o marginal en nuestro ordenamiento social, de tal modo que sus necesidades y padecimientos tienden a permanecer crónicamente invisibilizados y desatendidos. En base a esto, se entiende que las trabajadoras se encuentran cara a cara con el “rostro” del “otro desposeído” todos los días y en cada momento, siendo éste un rostro que la sociedad en su conjunto no puede o no quiere ver. En otras palabras, el grado de vulneración, exclusión y violencia a las que se ven expuestas las usuarias hace que el trabajo en estos contextos sea una experiencia altamente demandante tanto en términos físicos como psicológicos y espirituales.

En segundo lugar, como acabamos de mencionar, las condiciones del contexto empujan a las trabajadoras a verse en la necesidad de resolver un número importante de tensiones y contradicciones que parecen ser propias de su labor. En un plano personal, esta necesidad se vuelve urgente en vista del impacto que estas condiciones generan en el bienestar general de las profesionales. Y en un plano colectivo, esta necesidad lleva a las trabajadoras a asumir un rol activo en la resolución de las problemáticas planteadas, lo cual muchas veces decanta en un compromiso ético y político que trasciende el ámbito específico de su trabajo. En términos levinasianos, en su encuentro con el “rostro”, las profesionales no pueden sino verse obligadas a responder al sufrimiento ajeno. Esta obligación proviene de la constatación de la vulnerabilidad de la otra persona, a la vez que hace diana y despierta la propia vulnerabilidad de las trabajadoras. Y es a partir de la toma de conciencia de la condición frágil y vulnerable que comparten con sus usuarias que las profesionales se resuelven por abrazar un conjunto de valores y principios éticos que las impulsa a resistir las dinámicas de violencia que se instalan en la sociedad. En definitiva, las trabajadoras se ven en una posición donde deben generar respuestas relacionales, emocionales y subjetivas al sufrimiento y la injusticia, pero por, sobre todo, respuestas éticas y políticas.

En tercer lugar, la naturaleza ética y política de estas respuestas moviliza a las profesionales a impulsar transformaciones en diferentes niveles. El compromiso ético-político de las

trabajadoras conlleva una búsqueda activa de cambios personales (en sí mismas) y colectivos (en las personas que forman parte del territorio). Pero también, como vimos, se busca promover transformaciones tanto en la sociedad más amplia como en la humanidad en su conjunto. Resuenan en este punto las palabras de Sartre (2009) cuando menciona que la propia existencia compromete a toda la humanidad; el sujeto no es un ser individual que sólo responde a sí mismo, sino que el hecho de ser un ser humano comprende siempre los vínculos que nos sitúan en relación con los otros. Tal como plantea Schmid (2006), la propia autorrealización sólo se completa cuando ésta forma parte de un movimiento colectivo, donde el vecino y el “nosotros” que emerge de la convivencia son un aspecto indisoluble de nuestro propio devenir.

En cuarto lugar, atendiendo a los valores expresados por las entrevistadas, podemos proponer que la adopción de una ética humanista, así como de algunas de las propuestas centrales de los modelos psicológicos y psicoterapéuticos del enfoque humanista-existencial, podría ser una potente herramienta para las profesionales que se deben desempeñar en estos contextos. La visión humanista, tanto en un plano ético-valórico como en las dimensiones teórica y práctica, parece entregar numerosos insumos para las trabajadoras a la hora de enfrentar las adversidades y desafíos que son propios de su quehacer. Asimismo, esta perspectiva puede ayudar a las trabajadoras a comprender los complejos fenómenos personales y relacionales que emergen en el encuentro con el otro desposeído.

Y, en quinto lugar, cabe destacar un elemento que da cuenta de la relevancia que tuvo el hecho de participar en este estudio para las profesionales entrevistadas. En general, todas las participantes opinaron que las entrevistas narrativas resultaron ser una experiencia sumamente significativa y valiosa para ellas, visualizando dichas instancias como espacios creativos, donde sus dilemas y reflexiones tuvieron oportunidad de articularse y explicitarse en un contexto interpersonal de escucha y de genuino interés por sus vivencias. En este contexto, se pudo reconocer las posibilidades que ofrece la metodología narrativa no sólo en términos investigativos, sino incluso en un plano interventivo y “cuasi-terapéutico”. Esta metodología permitió a las psicólogas construir sus propios relatos, poniendo en contexto tanto sus vivencias como sus maneras de comprenderse a sí mismas como profesionales y

personas. La entrevista narrativa aparece, así, como una ruptura de la cotidianeidad que permite detenerse y reflexionar sobre el propio quehacer, favoreciendo el recogerse, sentirse y observarse para desde allí visibilizar lo que, hasta ese momento, en muchos casos, se encontraba naturalizado (especialmente, en este caso, las condiciones de precariedad laboral y las diferentes adversidades que se hallan presentes en los contextos en que las profesionales se insertan). Por todo lo anterior, la investigación en este campo no es sólo una oportunidad para generar conocimiento orientado a la mejora de las prácticas y políticas públicas, sino que también tiene el potencial de ser una instancia que permite hacer emerger las complejidades y profundidades que implica el hecho de trabajar sentidamente en contextos de pobreza y exclusión.

Por otro lado, es importante precisar algunas observaciones a propósito de las características particulares del presente estudio, así como sobre el alcance y las limitaciones de la investigación realizada. Dichas observaciones dan pie pensar en próximos estudios en esta línea que permitan profundizar, complementar y corregir los hallazgos de esta investigación.

En primer lugar, cabe señalar que este estudio contó con una muestra reducida (sólo 8 participantes) y con una limitada diversidad en relación a la edad de las entrevistadas (entre 28 y 38 años). Esto último decanta en el hecho de que el tiempo ejerciendo este tipo de trabajos fue, para la muestra, entre 9 meses y 10 años. Lo anterior conlleva que no sea posible extrapolar los resultados de esta investigación al conjunto de profesionales que se desempeñan en programas sociales de estas características, lo cual sí se podría hacer –con ciertos reparos– en caso de contar con una muestra más numerosa y más diversa. En este sentido, sería interesante replicar este estudio con una muestra mayor y más representativa. Asimismo, sería valioso contar con sujetos que lleven más tiempo trabajando en contextos de pobreza y exclusión social. Si bien es cierto que las entrevistadas reportaron que sus equipos estaban compuestos en su mayoría por profesionales jóvenes, sabemos que también existen profesionales de mayor edad que llevan más de 10 años desempeñándose en estos espacios. Este grupo reviste un especial interés a propósito de la temática estudiada, toda vez que cabría preguntarse por los motivos que los llevan a perseverar en su trabajo y también cuáles son las estrategias que han implementado para sobrellevar la carga laboral.

En segundo lugar, esta investigación se desarrolló durante el estado de emergencia sanitaria decretado por la pandemia del COVID-19. Esta situación obligó a modificar algunos aspectos del diseño original, incluyendo que las entrevistas se realizaran de manera remota a través de video llamadas. Además, la situación de pandemia y cuarentena sin duda fue un elemento contextual que pudo haber influido en mayor o menor grado tanto en los contenidos como en la cualidad del material recabado. Por otro lado, siendo las entrevistas narrativas una modalidad que implica mantener una escucha activa y presencia por parte de la investigadora, podría pensarse que la presencia corporal permitiría sostener de mejor manera la creación de relatos que las participantes van generando.

En tercer lugar, y relacionado con lo anterior, la situación de pandemia también obligó a eliminar un componente muy importante del diseño original. En un comienzo, el proyecto contemplaba la realización de un taller grupal facilitado por la investigadora, donde se trabajaría con la técnica de la fotoelicitación. El objetivo de este espacio era dar cabida a la construcción de un relato colectivo que enlazara e integrara las narrativas individuales de las participantes. Este hecho decantó en al menos dos limitaciones: por un lado, el que aquí solo se puede observar la generación de relatos individuales y aislados, y no en diálogo con un proceso colectivo y, por otro lado, que junto a la limitación mencionada en el punto anterior sólo se pudo obtener una narración verbal, dejando de lado el lenguaje no verbal, así como otras formas de expresión como las imágenes a través de la fotografía o el arte. Esto es importante, pues hay que considerar que el quehacer de este trabajo, implica procesos grupales y colectivos, así como también que para dar cuenta del territorio es preciso que este se haga cuerpo, pues este no solo se explica, sino que se siente, se mira, se toca, se hace material, lo que podría abordarse a través del uso de diversas técnicas de intervención grupal. En ese sentido, tanto para el punto anterior como para este, sería interesante llevar a cabo investigaciones que consideren espacios grupales para la recolección de información, así como también diversas herramientas expresivas y no verbales. Junto a esto, se podrían utilizar otros tipos de análisis narrativos para robustecer los resultados encontrados.

Por último, cabe destacar como otro alcance relevante de mencionar, el hecho de que la investigadora trabajó durante varios años en este tipo de contextos como psicóloga clínica

comunitaria. Si bien es cierto que desde el paradigma de investigación sobre el cual se construyó la presente investigación se descarta la posibilidad de acceder a una verdad objetiva sobre los fenómenos estudiados, el hecho de explicitar la posición desde la cual la investigadora interpreta dichos fenómenos es algo que no se puede eludir. Ahora bien, también es importante señalar que el peso de los inevitables sesgos que la investigadora trae consigo trató de ser “compensado” con las observaciones críticas del profesor guía del estudio. Asimismo, dichos sesgos fueron tratados debidamente a partir de una aproximación fenomenológica, la cual favorece un acercamiento que permite sorprendernos y rescatar la singularidad y especificidad de cada experiencia o relato.

Finalmente, considerando las conclusiones de nuestro estudio, creemos de suma relevancia y urgencia visibilizar las condiciones de vulnerabilidad y precariedad que padecen las profesionales que trabajan en contextos de pobreza y exclusión social. Asimismo, se vuelve imperioso comprender que el fenómeno del desgaste profesional no es algo que ocurre de manera independiente e individual, sino que ocurre como un proceso colectivo que enrostra la vulnerabilidad de la cual todas somos partes, así como también nos devuelve un compromiso de hacer frente a esa humanidad desigual que como integrantes de esta sociedad también hemos construido. Es aquí donde la psicología debe ser capaz de dar respuestas tanto individuales y únicas, como comunitarias y colectivas, para de esta manera responder de forma ética y política a la búsqueda del bienestar y la salud mental en todas sus formas y para todas las personas, lo que implica perseguir horizontes de justicia, reparación social y resistencia.

8. BIBLIOGRAFIA

- Aarón AM y Llanos MT. (2004) Cuidar a los que cuidan. Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*; 20(1-2), 5-15
- Acero, M., Caro, I., Henao, L., Ruiz, L. y Sánchez, G. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: Postura Oficial y Perspectivas Críticas. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1), 103-110.
- Alecsiuk, B. (2015). Inteligencia emocional y desgaste por empatía en terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(1), 43-56.
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., Marmot, M. (2014) Social Determinants of Mental Health. *International Review of Psychiatry*. (26), 392-407. Doi: 10.3109/09540261.2014.928270
- American Psychological Association Division 32, Humanistic Psychology. Principios y prácticas recomendadas para la prestación de servicios psicosociales humanistas: Una alternativa a la directrices establecidas en la práctica y el tratamiento. *Revista de Psicoterapia*, 15(57), 51-104.
- American Psychological Association Division 32, Humanistic Psychology. (2011). *Positions Statement*. Disponible en: <https://www.apadivisions.org/division-32/news-events/position/index>.
- Andrade-Salazar, J. A. (2012). Psicología comunitaria y clínica-social, acercamientos desde un escenario de complejidad. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (2), 158 – 175
- Araya, R., Alvarado, R., & Minoletti, A. (2009). Chile: an ongoing mental health revolution. *Lancet* , 374(9690), 597-598.
- Arendt, H. (2009). *La condición humana*. Barcelona, España: Paidós.
- Aron, A., y Corne, S. (Eds.). (1994). *Writings for a liberation psychology*. Ignacio Martín-Baró. Cambridge, USA: Harvard University Press.

- Aron, L. (2013), *Um encontro de mentes: mutualidade en el psicoanálisis*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Astete Cereceda, M., y Vaccari Jiménez, P. (2017). Políticas públicas y subjetividades: lógicas en disputa en la implementación de programas sociales en la comuna de Lota, Chile. *Psicoperspectivas*, 16(1), 31-41.
- Banco Mundial (2018). *Taking on Inequality*. Recuperado con fecha 09 de noviembre de 2018 en:
<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/25078/9781464809583.pdf>
- Barceló, T. (2013). *La sabiduría interior. Pinceladas de filosofía experiencial*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Barker, G. (2016). Violência Masculina ou Violência Patriarcal: Tendências globais sobre Homens e Violência. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (22), 316-330.
- Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil. Ecología Social. Prevención y reparación*. Santiago, Chile: Galdoc.
- Bernabé, J. (2015). *Desgaste por empatía en psicólogos* (tesis de pregrado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Bernasconi, O. (2011). Aproximación narrativa al estudio de fenómenos sociales: principales líneas de desarrollo. *Revista UNAM acta sociológica*, (56), 9-36.
- Berroeta, H. (2014). El quehacer de la Psicología Comunitaria: Coordenadas para una cartografía. *Revista Psicoperspectivas individuo y sociedad*, 14 (2), 19 – 31
- Bolgeri, P. (2014). *Técnicas de facilitación grupal*. Santiago, Chile: Nueva Mirada Ediciones.
- Bolívar, A. (2014) *Dimensoes epistemológicas e metodológicas da investigacao (auto)biográfica. Tomo II*. Porto Alegre, Brasil: Editoria da PUCRS.
- Borgianni, E. y Montaña, C. (2000). *La política social hoy*. San Pablo, Brasil: Cortez.

- Bourdieu, P. (1990). *Sociología y cultura*. DF, México: Grijalbo.
- Buber, M. (1984). *Yo y tú*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Bugental, J. (2004). Resultados de una psicoterapia Humanístico-Existencial: Un homenaje a Rollo May. *Revista de Psicoterapia*, 15(57), 33-40
- Busso, G. (2001). Vulnerabilidad Social: Nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI. CEPAL/CELADE. Seminario Internacional “*Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe*”, Santiago, Chile.
- Butler, Judith. (2018). *Resistencias. Repensar la vulnerabilidad y repetición*. DF, México: Paradiso Editores.
- Capdevielle, J. (2011). El concepto de habitus: “con Bourdieu y contra Bourdieu”. *Anduli*, (10), 31-45
- Capella, C. (2013). Una propuesta para el estudio de la identidad con aportes del análisis narrativo. *Revista psicoperspectivas, individuo y sociedad*, vol 12 N°2, 117-128.
- Casas Herrera, J. y Barichello, R. (2015). Hacia una noción sobre la pobreza. *CENES*, 34(59), 39-52.
- Cereceda, M. y Vaccari, P. (2017). Políticas públicas y subjetividades: Lógicas en disputa en la implementación de programas sociales en la comuna de Lota, Chile. *Psicoperspectivas*, 16(1), 34-41
- Comas-Díaz, L. (2007). Commentary: Freud, Jung, or Fanon? The Racial Other on the Couch. In J. C. Muran (Ed.), *Dialogues on difference: Studies of diversity in the therapeutic relationship* (p. 35–39). American Psychological Association.
- Comas-Díaz, L. (2012). Psychotherapy as a healing practice, scientific endeavor, and social justice action. *Psychotherapy*, 49(4), 473–474.
- Cooper, M. (2003). *Existential therapies*. London, England: Sage.

- Cooper, M. (2009). Welcoming the other: actualizing the humanistic ethic at the core of counselling psychology practice. *Counselling Psychology Review –British Psychological Society*, 24(3/4).
- Cuadrado, C. (2015). El desafío de los sistemas de salud en el siglo XXI: ¿cómo incorporar el enfoque de los determinantes sociales de la salud?. *Medwave*, 15(09).
- Daher, M., Jaramillo, A., Rosati, A. (2018). Agentes de intervención en programas psicosociales: tipos de apoyo y efectos en cuanto al nivel de vulnerabilidad. *Psicoperspectivas*. 17(1), 116-131
- De Casto, A. y García, G. (2011). *Psicología clínica fundamentos existenciales*. Barranquilla, Colombia: Universidad del norte.
- Del Valle, P. y Campos, J. (2015). *El estudio del fenómeno de traumatización vicaria basado en sus principales autores* (tesis de pregrado). Universitat de les Illes Balears, España.
- Domínguez, E., Herrera, J. (2013) La investigación narrativa en psicología: definición y funciones. *Revista psicología desde el Caribe*, 30(3), 620-641.
- Duque, V. y Gómez, N. (2014). *Lineamientos para el cuidado de los equipos, promoción del autocuidado y atención en crisis*. Ciudad de Guatemala, Guatemala: Organismo Judicial
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P. A., & Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186.
- Esquirol J. (2006). *El Respeto o la mirada atenta. Una ética para la era de la ciencia y la tecnología*. Barcelona, España: Gedisa.
- Esquirol, J. (2015). *La resistencia íntima. Ensayo de una filosofía de la proximidad*. Barcelona, España: Acantilado.
- Feito L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 30 (3), 7-22
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Morata.

- Frankl, V. (2000). *En el principio era el sentido, reflexiones en torno al ser humano*. Barcelona, España: Paidós
- Frankl, V. (2020). *El hombre en búsqueda del sentido*. Barcelona, España: Herdel Editorial.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Gacitúa, E. Sojo, C. Davis, S. (Eds). (2000). *Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y el caribe*. San José, Costa Rica: FLACSO.
- Galtung, J. (2016). La violencia, cultural y directa. *Cuadernos de estrategia*, (183), 147-168.
- García López, R. (2004). Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar? *Cuadernos de trabajo Social*, (17), 273-287.
- García-Ramírez, J. A., y Vélez-Álvarez, C. (2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas. *Revista de Salud Pública*, 15(5), 731-742.
- Germani, G. (1969). *Sociología de la modernización*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Gómez, M. (2015). *Avances en salud mental en Chile, 25 años de la Declaración de Caracas*. Santiago, Chile: Autor.
- Grant, B. (2004). El imperativo de la justificación ética en la psicoterapia: el caso especial de la terapia centrada en el cliente. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 3(3), 152-165.
- Hebe, S., (2015). Ho!. En Colectivo Vacío [CD]. Buenos Aires, Argentina: Ramiro Jota.
- Hernán, M., Lineros, C. y Ruiz, A. (2021). Cómo adaptar una investigación cualitativa a contextos de confinamiento (nota metodológica). *Gaceta Sanitaria*. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120301412>.
- Hernández R., Fernández C., Baptista L. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mcgraw Hill.
- Hoffmaster, B. (2006). What does vulnerability mean?. *Hastings Center Report*, 36(2), 38-45.

- Jiménez, M. y Radiszcz, E. (26 de septiembre de 2012). *Salud mental en Chile: la otra cara del malestar social*. CIPER. Recuperado de: <https://www.ciperchile.cl/2012/09/26/salud-mental-en-chile-la-otra-cara-del-malestar-social/>
- Jung, C.G (2006). *La Práctica de la Psicoterapia*. Madrid, España: Trotta.
- Katzman, R. (2001). Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos. *Rev. Cepal*, 75, 171-189.
- Krujtit, D. (2008). Violencia y pobreza en América Latina. *Pensamiento Iberoamericano*, 26(2), 55-70.
- La Parra, D. y Tortosa, J. (2003). Violencia estructural: una ilustración del concepto. *Documentación Social*, 131(3), 57-72.
- Lahera, E. (2006). Del dicho al hecho: ¿cómo implementar políticas públicas?. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (35), 1-10.
- Länge, A. (2006). El Burnout (desgaste profesional), sentido existencial y posibilidades de prevención. *Revista de Psicología*, 2(3), 5-26.
- Langle, A. (2008) *Vivir con sentido. Aplicación práctica de la logoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Larrañaga, O. (2016). *La desigualdad a lo largo de la historia de Chile*. Santiago, Chile: PNUD.
- Latner, J. (1999). *Fundamentos de la gestalt*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos
- Lefebvre, H. (2008). *Critique of Everyday life, Volume 3: From Modernity to Modernism*. London, England: Verso.
- Leyton, C. y Muñoz, G. (2016). Revisitando el concepto de exclusión social: su relevancia para las políticas contra la pobreza en América Latina. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 65, 39-68.
- Mantiñan, L. (2020). Violencia hacia la vida. Gubernamentalidad y pobreza urbana. *Cuaderno Urbano*, 28(28), 59-77.

- Martin Baró, I. (2016). *El realismo crítico*. San Salvador, El Salvador: UCA Editores.
- Martínez, M. (1993). *La psicología humanista. Fundamentación epistemológica, estructura y método*. DF, México: Editorial Trillas.
- May, R. (1969). *Love and will*. New York, USA: Norton
- May, R. (1983). *The discovery of being*. New York, USA: Norton.
- May, R. (1990). *La psicología y el dilema del hombre*. Barcelona, España: Gedisa.
- May, R., Allport W., Fejfel H., Maslow A., Roger C. (1963). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Mayordomo, Z. (2016). ¿Cuál es el sentido de la psicología en servicios sociales?. *Rev. Clínica Contemporánea*, 7 (2), 113-124.
- Mearns, D., y Cooper, M. (2011). *Trabajando en profundidad relacional en counseling y psicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Gran Aldea.
- Méndez, M. (2014). Carl Rogers y Martin Buber: las actitudes del terapeuta centrado en la persona y la relación “yo-tú” en psicoterapia. *Apuntes de psicología*, 32 (2), 171-180.
- Méndez, M. (2017). Hacia una ética del respeto en psicoterapia: primera parte. *Rev. GPU*, 13 (4), 371-381.
- Méndez, M. (2021). Hacia una ética del respeto en psicoterapia: segunda parte. Artículo aceptado para publicación. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/342409304_Hacia_una_etica_del_respeto_en_psicoterapia_Segunda_parte_Prepint
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO). (2017b). *Encuesta Casen, Situación de Pobreza: Síntesis de resultados*. Recuperado con fecha 09 de noviembre de 2018 en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_pobreza_Casen_2017.pdf

- Ministerio de Planificación (MIDEPLAN). (2010). *Manual de Orientación para la Reflexividad y el Autocuidado. Dirigido a Coordinadores de Equipos Psicosociales de los Programas del Sistema de Protección Social Chile Solidario*. Santiago, Chile: MIDEPLAN.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Santiago, Chile: MINSAL.
- Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017 – 2015*. Santiago, Chile: MINSAL
- Ministerio Desarrollo Social (MIDESO) (2017a). *Informe de Desarrollo Social 2017* (Informe en proceso de edición). Recuperado de <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/IDS2017.pdf>
- Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 18(4/5)
- Minoletti, A., Rojas, G. y Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: Aprendizajes para Latinoamérica. *Instituto de Estudos em Saúde Coletiva a Universidade Federal do Rio de Janeiro*, 20 (4), 440-7.
- Miranda, G. (2014). Clínica y salud pública: alcances y límites. *Crónicas*, 52 (1-2), 35-44.
- Montenegro, C. y Cornish, F. (2019). Historicising involvement: The visibility of user groups in the modernisation of the Chilean Mental Health System. *Critical Public Health*, 29(1), 61- 73.
- Morales, G. Pérez, J.C. y Menares, M. A. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 1(12), 9-25
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M, Garrosa, E. y Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: El coste de cuidar el trauma. *Psicóloga Conductual*, 12(2), 215-231
- Navarro, O. (2008). El «rostro» del otro: Una lectura de la ética de la alteridad de Emmanuel Lévinas. *Revista Internacional de Filosofía*, 8, 177-94.

- Nortvedt, P. (2003). Subjectivity and vulnerability: reflections on the foundation of ethical sensibility. *Nursing Philosophy*, 4, 222-230.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH). (2012). *Los principios rectores sobre la Extrema Pobreza y los Derechos Humanos*. Recuperado con fecha 09 de noviembre de 2018 de: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/OHCHR_ExtremePovertyandHumanRights_SP.pdf
- O'Hara, M. (2015). Humanistic psychology's transformative role in a threatened world. In K. J. Schneider, J. F. Pierson, & J. F. T. Bugental (Eds.). *The handbook of humanistic psychology: Theory, research, and practice* (p. 569–584). California, USA: Sage Publications.
- Oltra, S. (2013). El autocuidado, una responsabilidad ética. *Rev. Psiquiatría comunitaria*, 9 (1), 85-90.
- Orange, D. (2012). *Pensar la práctica clínica: recursos filosóficos para el psicoanálisis contemporáneo y las psicoterapias humanistas*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.
- Orange, D. (2013). *El desconocido que sufre: hermenéutica para la práctica clínica cotidiana*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.
- Organización Mundial de Salud (OMS). (2005). *Políticas, Planes y Programas de Salud Mental*. España: OMS.
- Organización Mundial de Salud (OMS). (2014). *Evaluación del sistema de salud mental en Chile*. Santiago, Chile: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (14 de septiembre de 1990). *Declaración de Caracas*. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf.
- Palomino, P., Grande, M. y Abad, M. (2014). La Salud y sus Determinantes Sociales Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 72(1), 71-91.

- Paniagua, W. (2017). Consideraciones en torno al estrés traumático secundario. *Revista de Investigación de la Escuela de Ciencias Psicológicas*, 1(1), 15-19.
- Parra, M. (2016). Articulación entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 30-37.
- Pastorini, A. (2000). ¿Quién mueve lo hilos de las políticas sociales? Avances y límites en la categoría “concesión-conquista”. En Borgianni, E. y Montañó, C. *La política social hoy*. San Pablo, Brasil: Cortez. 207-232.
- Perls, F. y Baumgardner, P. (2006). *Terapia Gestalt*. México: Editorial Pax.
- Piña, J. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias profesionales. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(2), 233-255
- Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo. (2017). *Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile*. Santiago, Chile: Ograma Impresores
- Prudent, S. (2015). Biopolítica del desarrollo y salud mental. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 11(1), 28-37.
- Quintero, A. (2009). Política(s) social(es) ¿posibilidades de cambio o herramientas de reproducción? Un análisis Crítico en el marco del Capitalismo. *XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. El Trabajo Social en la coyuntura latinoamericana: desafíos para su formación, articulación y acción profesional*. Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Guayaquil.
- Ratts, M., D’Andrea, M., y Arredondo, P. (2004). Social justice counseling: “Fifth force” in field. *Counseling Today*, 47, 28–30.
- Reich, W. (2010). *Análisis del carácter*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Revuelta, V. (2007). La implementación de las políticas públicas. *Díkaion*, 21(16), 135-156.

- Rice, D. L. (2015). Humanistic psychology and social action. n K. J. Schneider, J. F. Pierson, & J. F. T. Bugental (Eds.). *The handbook of humanistic psychology: Theory, research, and practice* (p. 707–721). California, USA: Sage Publications.
- Riessman, C.K. (1993). *Narrative analysis*. Newbury Park: Sage.
- Rogers, C. (1957). Las condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de personalidad. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Rogers, C. (2011). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Rojas, C. (2019). *Ayudar a los pobres. Etnografía del Estado social y las prácticas de asistencia*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Sánchez-Sosa, J., Piña, J. y Corrales, A. (2008). Interacción entre la edad y variables psicológicas: su influencia sobre los comportamientos de adhesión en personas seropositivas al VIH. En J.A. Piña & J.J. Sánchez-Sosa (Coords.), *Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH: investigación e intervención* (pp. 125-140). México: Universidad de Sonora-Plaza y Valdés Editores.
- Santana, A. y Farkas, C. (2007). Estrategias de Autocuidado en Equipos Profesionales que Trabajan en Maltrato Infantil. *PSYKHE*, 16(1), 77-89.
- Saraví, G. (2006). *De la pobreza a la Exclusión. Continuidades y rupturas de la cuestión social en América Latina*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Prometeo.
- Sartre, J. P. (2009). *El existencialismo es un humanismo*. Barcelona, España: Edhasa.
- Sassenfeld, A. (2004). *Sobre la antropología filosófica que fundamenta la psicoterapia de orientación humanista-existencial*. Artículo inédito. Recuperado con fecha 30 de diciembre de 2018 de: http://www.facso.uchile.cl/psicologia/caps/docs/Sobre_la_antropolog_a_filos_fica_que_fundamenta_la_psicoterapia_de_orientaci_n_humanista_existenc.pdf
- Sassenfeld, A. (2016). *El espacio hermenéutico: comprensión y espacialidad en psicoterapia analítica intersubjetiva*. Santiago, Chile: Sodepsi

- Sassenfeld, A., y Moncada, L. (2006). Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial. *Revista de Psicología*, 15(1), 91-106.
- Schmid, P. (2006). Preguntándose para responder. La posición ética y el reto de la terapia se centra en la persona y sus “condiciones necesarias y suficientes”. *Polis*, 5 (1).
- Schmid, P. y Mearns, D. (2006). Estar con y estar contra la psicoterapia centrada en la persona como un proceso profundo y mutuamente creativo de personalización. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 5(3), 174-190.
- Schneider, K. y Krug, O. (2010). *Existential-Humanistic Therapy*. Washington, USA: American Psychological Association
- Schneider, K., Bugental, T. y Fraser, J. (Eds). (2008). *The handbook of humanistic psychology*. California, USA: Sage Publications.
- Sepúlveda, R. (1998). Una reflexión sobre la Organización de los Servicios de Salud Mental y Psiquiatría en Chile. *Cuadernos de Medicina Social*, N° 39 (¾).
- Steven, J., Corzo, G., Gómez, S. y Hoyos, C. (2017). El método clínico más allá del consultorio: La relación de la clínica con la intervención del psicólogo comunitario. *Psyconex*, 9(14), 1-18.
- Strawbridge, S. (2003). Ethics, psychology and therapeutic practice. En D. Hill y C. Jones. (Eds.), *Forms of ethical thinking in therapeutic practice* (pp.1-17). England: Open University Press.
- Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 51(1), 61-69.
- Torche, F. (1996). “Exclusión social y pobreza: implicancias de un nuevo enfoque” en: Organización Internacional del Trabajo. *Lecturas sobre la Exclusión Social. OIT/ Equipo Técnico Interdisciplinario*. Informe N° 31. Santiago, Chile: OIT..
- Tortosa, J. (1994). Violencia y pobreza: una estrecha relación. *PAPELES*, (50), 31-38,

- Trucco, D. y Nun, E. (2008). *Informe de sistematización de evaluaciones cualitativas del programa Puente y el Sistema de protección social Chile Solidario*. Santiago, Chile: UNDP.
- Ussher, M. (2012). Articulaciones entre la psicología social comunitaria y la psicología clínica. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires.
- Van Deurzen, E. (2002). *Existential Counselling & Psychotherapy in Practice*. California, USA: SAGE Publications.
- Vargas, E. (2011). *Cambiando nuestras vidas: Historias de éxito del Programa Juntos*. Lima, Perú: Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres JUNTOS.
- Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona, España: Gedisa.
- Vicente, B., Saldivia, S., y Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioethica*, 22(1), 51-61.
- Wormald, G. y Ruiz-Tagle, J. (1999). *Exclusión social en el mercado del trabajo. El caso de Chile*. Santiago, Chile: OIT.
- Yalom, I.D. (2002). *The gift of therapy: an open letter to a new generation of therapist and their patients*. New York, USA: HarperCollins.
- Yontef, G. (1998). *Proceso & Diálogo en Psicoterapia Gestáltica*. Santiago, Chile: Ed. Cuatro Vientos

9. ANEXOS

9.1. Documento y formulario de consentimiento informado

“Ser un profesional vulnerable en contextos de pobreza y exclusión social”

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación “Ser un profesional vulnerable en contextos de pobreza y exclusión social”. Su objetivo es conocer y comprender cómo perciben las(os) psicólogas/os clínico-comunitarias(os) que trabajan en contextos de pobreza y exclusión social su vivencia de desgaste profesional, para eso indagaremos en las posibles consecuencias en la vida profesional y en salud física y mental que esto puede haber significado para usted. Ha sido seleccionado(a) porque cumple con trabajar hace más de 6 meses en contextos de pobreza y exclusión social desempeñándose como psicólogo(a) clínico-comunitario(a) y no se encuentra cursando un cuadro psicopatológico activo. La investigadora responsable de este estudio es Francisca Andrea Jelvez Gallegos, psicóloga perteneciente al programa de Magister en Psicología Clínica de Adultos, enfoque Humanista Existencial de la Universidad de Chile, siendo el presente estudio su tesis para optar al grado de Magister. La investigación es guiada por la Dra. Adriana Espinoza, y cuenta con el profesor patrocinante Ps. Matías Méndez y profesora informante Dra. Michele Dufey. 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 dar una entrevista narrativa individual. La cual durará alrededor de una hora y se abordarán temas ligados a su experiencia de vulnerabilidad y desgaste profesional en contextos de pobreza y exclusión social, para esto buscará indagar en las consecuencias en la vida profesional y en la salud física y mental que ha traído para usted trabajar en dicho contexto. La entrevista se realizará por video llamada, considerando las posibilidades del(la) participante. El audio de la entrevista será grabado por la investigadora para luego ser íntegramente transcrito. Una vez finalizado el proceso de transcripción, la grabación de la entrevista será destruido. En cualquier momento de la participación de la investigación, si usted lo requiere, podrá ser interrumpida y podrá retornar en cualquier momento.

Riesgos: La investigación busca indagar en las percepciones que usted tiene sobre su desgaste profesional, especificando las consecuencias en su salud física y mental y en la vida profesional que conlleva trabajar en contextos de pobreza y exclusión social. Lo que implica conectar con contenidos delicados emocionalmente, que pueden tener cierta resonancia en su vida, las cuales tal vez se encuentren presentes en su cotidianidad. En caso que la exploración de las sensaciones de desgaste movilice aspectos dolorosos o complejos para usted, existirá una red de psicólogas a las cuales puede acudir para comenzar un proceso terapéutico si es que lo requiere. Dichas psicólogas cuentan con la posibilidad de generar aranceles diferenciados por si esto se requiere para poder ser costeados.

Beneficios: La entrevista le puede aportar una instancia para pensar la forma de vivenciar su quehacer profesional y tener consciencia de los posibles riesgos que esto puede tener, para

así también en caso de ser necesario, activar formas de cuidado y contención. A su vez, usted irá generando su propia narración sobre sus vivencias, lo que le permite poder poner en palabras su experiencia, otorgándole un orden y un lugar a su acontecer. Usted no recibirá otro tipo de beneficio directo, ni recompensa monetaria alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para obtener conocimiento de cómo se vivencia y manifiesta el desgaste profesional, lo que facilita reconocer los efectos nocivos y contaminantes que tiene el trabajo en contextos de pobreza y exclusión social y así pensar cómo hacer frente a este fenómeno. Lo que a su vez puede ser un insumo para las instituciones que trabajan en dichos contextos y buscan promover el cuidado y bienestar de los y las trabajadoras.

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 requiera. 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 esto, su nombre será modificado tanto en las transcripciones como en el documento final. El material recopilado; transcripciones, serán almacenadas en medios digitales siendo resguardados con clave de acceso, a la cual solo tendrá acceso la profesora guía, el profesor coguía y la investigadora, quien está a cargo de estos documentos. Las grabaciones de audio serán destruidas. Sin embargo, las transcripciones serán almacenadas por un plazo indefinido, para que puedan estar disponibles para el proceso de la presente tesis y como posible insumo para posibles proyectos de investigación que busquen desarrollar una mayor profundización sobre el tema. En caso de que este material sea utilizado para un nuevo proceso de investigación, se realizará un nuevo consentimiento informado donde usted será comunicado del uso del material guardado, para que pueda decidir si quiere que el material sea utilizado para estos posibles nuevos fines. Para que puedan volver a contactarse con usted, existirá un documento en donde se relacione su nombre y datos con el seudónimo atribuido. Este documento será guardado de forma digital y separado de las transcripciones, el cual contará con su propia clave para resguardar que la única persona que tenga acceso a éste sea la investigadora. En caso de que usted desee que las transcripciones sean eliminadas una vez concluido el estudio, la investigadora se hará cargo de borrar el material y no dejarlo como posible insumo.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, se ofrecerá una reunión para todos(as) los y las participantes, en donde se presentarán los resultados y análisis encontrados, para que puedan estar informados de los principales hallazgos y a su vez tener la posibilidad de dialogo y reflexión sobre estos mismos con la investigadora. Junto con lo anterior, y de forma no excluyente, si usted se encuentra interesado(a) se ofrecerá enviarle al correo electrónico el documento digital de la tesis, a modo que pueda acceder al producto final.

Datos de contacto: Si requiere más información o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la investigadora Responsable de este estudio:

Francisca Andrea Jelvez Gallegos

Teléfonos: 90901867

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

Correo Electrónico: fca.jelvez@gmail.com

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

Prof. Uwe Kramp Denegri

Presidente

Comité de Ética de la Investigación

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile Teléfonos: (56-2) 2978 9726

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Edificio A, Oficina 20. Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: comite.etica@facso.cl

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar en el estudio “**Ser un profesional vulnerable en contextos de pobreza y exclusión social**”, 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.

Deseo que el material recolectado sea destruido una vez finalizada la investigación:

Sí ___ No ___

Firma Participante

Firma Investigadora Responsable

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para la devolución de la información _____

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