

La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos

Rafaella Betta Olivares, Grace Morales Messerer, Karla Rodríguez Ureta
y Cristóbal Guerra Vio¹
Universidad del Mar (Chile)

Recibido: 25 /10 /07 Aceptado: 11 /11 /07

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la relación entre la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado en psicólogos clínicos y sus niveles de estrés traumático secundario y de depresión. Para esto una muestra de 113 psicólogos respondió: (I) un cuestionario de variables sociodemográficas y de medición de la frecuencia de 16 conductas y condiciones de autocuidado (elaborado por los autores de la investigación), (II) la Escala de Estrés Traumático Secundario (Bride, Robinson, Yegidis y Figley, 2004; adaptada a Chile por Guerra y Saiz, en prensa); y (III) El Inventario de Depresión de Beck (Beck; Rush; Shaw y Emery, 2003). Los resultados indican que 10 de las conductas de autocuidado mostraron una relación inversa y significativa con los niveles de estrés traumático secundario y depresión de los participantes. Finalmente se discuten las implicancias de estos resultados.

Palabras clave: autocuidado, estrés traumático secundario, depresión, psicólogos clínicos.

Abstract

The present investigation had the goal of correlating secondary traumatic stress levels, depression levels and self-care strategies in clinical psychologists. For this purpose, a sample of 113 psychologists answered (I) a questionnaire of Social-demographic Variables and 16 Self-care behaviours (elaborated by the authors of this present investigation); (II) the Secondary Traumatic Stress Scale (Bride, Robinson, Yegidis y Figley, 2004, adapted

¹ Dirección de correspondencia:
E-mail: cguerravio@yahoo.es

to the Chilean reality by Guerra, y Saiz in prensa); (III) The Beck's Depression Inventory (Beck; Rush; Shaw and Emery, 2003). The results showed an inverse and significant relation the 10 Self-Care strategies and the secondary traumatic stress and depression levels. Finally the consequences of these results are discussed.

Key Words: self-care strategies, secondary traumatic stress, depression, clinical psychologists.

Resumo

A presente investigação teve o objectivo avaliar o nível de correlacionando secundário ao stress traumático, depressão e níveis estratégias de auto-atendimento em psicólogos clínicos. Para este efeito, uma amostra de 113 psicólogos foi atendida (I) um questionário das variáveis Sócio-demográficas e a avaliação de 16 comportamentos e Auto-atendimento (elaboradas pelos autores do presente inquérito), (II) o Secondary Traumatic Stress Scale (Bride, Robinson, Yegidis y Figley, 2004, adaptado à realidade chilena por Guerra e Saiz, no prelo), (III) A Beck's Depression Inventory (Beck, Rush, Shaw e Emery, 2003). Os resultados mostraram uma relação inversa e significativa a 10 estratégias de auto-cuidado com os níveis de stress traumático e secundário e depressão. Finalmente as consequências destes resultados são discutidos.

Palavras chave: auto - cuidado estratégias, stress traumático secundário, depressão, psicólogos clínicos.

Introducción

Diversas investigaciones advierten del desgaste laboral que afecta a personas que trabajan vinculadas al sufrimiento y traumas del ser humano, en ellas se reitera la labor de los psicólogos clínicos o terapeutas como una de las profesiones en riesgo de desgastarse de variadas maneras (Cazabat, 2002; Figley, 1999; McCann y Pearlman, 1990; Moreno-Jiménez, Garrosa, Morante, Rodríguez, y Losada 2004; Sabo, 2006).

Dentro de las conceptualizaciones de desgaste laboral asociado a la práctica de la psicología clínica destacan conceptos como el síndrome de burnout (Azar, 2000, en Morales, Pérez y Menares, 2003), el estrés traumático secundario (Kassam-Adams, 1999), la presencia de síntomas ansiosos (Morales y Lira, 1997) y depresivos (Morales, Pérez y Menares, 2003), el abuso de sustancias (Beaton y Murphy, 1995) y los problemas en las relaciones interpersonales (Beaton y Murphy, 1995). Además, el desgaste cotidiano con frecuencia deriva en un aumento

de licencias médicas, ausentismo laboral y en una disminución de la productividad en los profesionales (Morales, Pérez y Menares, 2003). Finalmente se ha planteado que los profesionales que se encuentran desgastados realizan un trabajo más deficiente que aquellos profesionales que no lo están, aspecto que va en claro desmedro de sus clientes (Gentry, 2003; Salston y Figley, 2003; Valent, 2002).

De forma coherente con lo recién señalado, Hidalgo y Moreira (2000), que investigaron a equipos de intervención en salud mental en Chile, concluyeron que el 78% de los profesionales reconocen estar afectados psicológicamente y de estos, el 83% lo relacionaron directamente con factores laborales.

Como consecuencia de lo expuesto se ha evidenciado una mayor reiteración del concepto de autocuidado en la literatura (Aguilar, 1996; Barnier y Hernández 1999; Barudy, 1999; Durruty, 2005; Guerra 2007a; Huertas, 2005) aspecto que puede interpretarse como la

evidencia de una mayor conciencia del desgaste asociado al trabajo de ayuda.

No obstante aún existe información difusa respecto a lo que en la práctica se considera como autocuidado ya que, como se verá en los siguientes apartados, es definido operacionalmente de variadas maneras por los diferentes autores. Por lo anterior es que, en esta presentación, se propone una conceptualización (y aplicación) del autocuidado desde una perspectiva conductual, considerando una serie de conductas de autocuidado.

De esta manera, el interés de la presente investigación se orientó a evaluar la relación entre la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado con los niveles de dos tipos de desgaste laboral en una muestra de psicólogos clínicos chilenos.

Desgaste laboral asociado a la práctica clínica

Para esta investigación se ha optado por centrarse en dos trastornos asociados al desgaste laboral; el estrés traumático secundario y la depresión. Varias razones orientaron la elección de estos dos trastornos y no de otros; primero, una razón práctica derivada del tipo de estudio, tiene que ver con la necesidad de no sobrecargar a los participantes con una batería de instrumentos demasiado extensa; segundo ya que en investigaciones previas se ha encontrado sintomatología de estrés traumático secundario y sintomatología asociada a la depresión (como la tristeza, frustración e impotencia) en psicólogos clínicos chilenos (Barrera y Guerra, 2007; Guerra, 2007b), tercero ya que variadas investigaciones dan cuenta de que el estrés traumático secundario muestra una alta correlación con otros tipos de desgaste como la ansiedad (Bride, Robinson, Yegidis y Figley, 2004; Guerra y Saiz en prensa) y el síndrome de burnout (Birck, 2002; Guerra y Saiz, en prensa; Jenkins y Baird, 2002; Kadambi y Truscott, 2003; Perron y Hiltz, 2006), por lo tanto incluir estos constructos adicionales sobrecargaría a la muestra sin aportar, necesariamente, información novedosa.

En virtud de lo anterior, la clarificación teórica de los conceptos elegidos se expone a

continuación: a. Estrés traumático secundario: En este tipo de trastorno el psicólogo clínico presenta sintomatología relacionada con las experiencias traumáticas de sus pacientes en tres niveles (Gentry, 2003); I) síntomas intrusivos, donde cuestiones relacionadas con el trabajo o los pacientes invaden el tiempo personal del psicólogo, quien manifiesta una alta frecuencia de pensamientos e imágenes asociadas con las experiencias problemáticas de sus pacientes; II) síntomas evitativos, donde se observa una tendencia a la evitación del profesional a exponerse estímulos que le recuerden a sus pacientes y las problemáticas de estos; y III) síntomas de aumento de la activación fisiológica: vinculados con un aumento de la ansiedad; impulsividad y reactividad, además de un estado de sobrealerta en relación con la percepción de exigencias o amenazas provenientes del medio ambiente, trastornos del sueño y dificultades en la concentración, entre otros síntomas.

b. Depresión: Corresponde a un conjunto de síntomas enmarcados en alteraciones del humor de una persona ante determinados estresores de orden externo y/o interno. Este fenómeno está considerado dentro de los Trastornos del Estado de Ánimo, descritos por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994). Para su diagnóstico es necesario que la persona, durante un período de al menos dos semanas, haya experimentado un ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades que realiza. También se observan alteraciones en el apetito y en el sueño. Además la persona experimenta un sentimiento de inutilidad y culpa que pueden implicar evaluaciones negativas y no realistas del propio valor como persona. Por último, las personas pueden presentar una capacidad disminuida para pensar, concentrarse, o bien manifestar frecuentes pensamientos de muerte. Pese a que la depresión es un trastorno que abarca contextos más amplios que el puramente laboral se ha decidido incluirlo ya que, como ya se ha dicho, ha sido asociado a la labor de la psicología clínica

en investigaciones anteriores (Barrera y Guerra, 2007; Guerra, 2007b).

Autocuidado

Además de la consideración de los dos trastornos antes mencionados se optó por incluir la noción de autocuidado como herramienta de afrontamiento al desgaste laboral. En este sentido, el autocuidado puede definirse como las competencias del psicoterapeuta para promover su salud, su bienestar emocional y su calidad de vida, y para detectar, enfrentar y resolver las condiciones particulares de desgaste asociadas a su ejercicio profesional (Yañez, 2005, por Durruty 2005).

Para Hidalgo y Moreira (2000) el autocuidado es un concepto que, más que ser un referente teórico, es utilizado en el lenguaje común y propio de los equipos de trabajo, lo que lo hace un referente más bien práctico compuesto por una serie de estrategias particulares a cada uno de ellos.

Considerando lo anterior no es sorprendente observar como, en la literatura, diversos autores sugieren variadas definiciones de autocuidado que se relacionan con una serie de prácticas o conductas específicas.

Santana y Farkas (2007) realizan una revisión de los modelos de autocuidado existentes, destacando la importancia de diversos factores como el apoyo de las redes sociales al interior del trabajo y la mantención de adecuadas condiciones laborales y salariales. Por su parte otros autores destacan la relevancia de una serie de conductas de autocuidado entre las que destacan: realizar actividades variadas diferentes a la atención directa de casos (Pearlman y Saakvitne, 1995), supervisar los casos clínicos (Aguilar, 1996), utilizar el sentido del humor en el ambiente laboral (Moran, 2002), dialogar con los colegas sobre las experiencias personales en el trabajo clínico (Barudy, 1999), participar de actividades recreativas con los compañeros de trabajo (Gentry, 2003), participar en actividades recreativas con las redes sociales extralaborales (Salston y Figley, 2003; Stamm 2002; Valent, 2002), hacer deporte y actividad física (Murillo,

2004, citado por Torres y Romero, 2005), participar en actividades de crecimiento espiritual (Gentry, 2003), asistir como paciente a psicoterapia (Poblete y Vinagran, 2002, citado por Durruty, 2005), mantener una sana alimentación (Murillo, 2004, citado por Torres y Romero, 2005), asegurar las condiciones apropiadas del espacio físico para hacer psicoterapia (Rosenbloom, Pratt y Pearlman, 1999), y adquirir experiencia en la práctica de la terapia o bien formarse como psicoterapeuta (Rosenbloom, Pratt y Pearlman, 1999).

Como puede observarse, existe una amplia gama de propuestas referidas a la forma más adecuada de ejercitar el autocuidado. No obstante existe escasa evidencia empírica respecto de cuáles de estas estrategias o conductas de autocuidado se asocian a bajos niveles de sintomatología o de desgaste laboral. La presente investigación se enmarca en esta línea, ya que pretende aportar evidencia acerca de cuáles conductas de autocuidado se relacionan, efectivamente, con bajos niveles de estrés traumático secundario y depresión.

Método

Participantes

La muestra fue no probabilística de tipo intencionada. Se establecieron dos criterios de incorporación a la muestra: Ser psicólogo titulado, y encontrarse trabajando como psicólogo clínico en la V Región de Chile.

Para conformar la muestra definitiva se elaboró un listado con los datos de los psicólogos clínicos que figuran en el Servicio de Salud de Viña del Mar/ Quillota, el Servicio de Salud de Valparaíso/San Antonio, los registros del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y en los registros de cinco instituciones de salud privadas de la región.

Sobre la base de estos criterios, el universo total estuvo constituido por 686 psicólogos, de los cuales fueron contactados 380. Finalmente la muestra quedó conformada por 113 psicólogos (77 mujeres y 36 hombres) con edades que fluctuaron entre los 23 y 77 años.

El 55% de la muestra se desempeñaba como psicólogo clínico en la Provincia de Valparaíso, el 17% en Quillota, el 9% en San Felipe, el 7% en Los Andes, el 6% en Petorca y el 6% restante en San Antonio.

Diseño

El paradigma en el cual se enmarcó la investigación corresponde al tipo cuantitativo. El estudio fue descriptivo correlacional, de tipo transversal, que permitió identificar la relación entre las variables estrés traumático secundario, depresión y las estrategias de autocuidado en una muestra de psicólogos clínicos de la V Región de Chile.

Instrumentos

Para obtener los datos necesarios se emplearon los siguientes tres instrumentos:

I) Escala de estrés traumático secundario (STSS, Bride et al, 2004, adaptada a Chile por Guerra y Saiz, en prensa): La STSS es un instrumento diseñado para medir la presencia de síntomas intrusivos, evitativos y de aumento de la activación, producidos en profesionales como consecuencia de la exposición indirecta a eventos traumáticos.

Contiene 17 ítems agrupados en tres subescalas: Intrusión (5 ítems), Evitación (7 ítems) y Activación (5 ítems). Cada ítem se puntúa de 1 punto (nunca) a 5 puntos (con mucha frecuencia), según la frecuencia con que el psicólogo ha presentado los síntomas medidos durante la última semana.

El puntaje total se obtiene sumando las respuestas de los 17 ítems. Bride (2007) propone normas para interpretar los resultados de la STSS. El autor indica que bajo 28 puntos hay una sintomatología muy baja; entre 28 y 37 puntos la sintomatología es baja; entre 38 y 43 puntos la sintomatología es moderada; entre 44 y 48 puntos los síntomas son altos y sobre los 49 puntos la sintomatología es severa. Además el autor propone como puntaje de corte los 38 puntos en la escala total.

Además la STSS posee normas provisionarias de interpretación para profesionales chilenos

(Guerra, 2005). Dichas normas están expresadas en percentiles y permiten asociar el puntaje obtenido por el profesional que responde la STSS con el obtenido por la muestra utilizada para validar la escala en Chile. La confiabilidad de este instrumento para la presente investigación fue calculada mediante alfa de cronbach, obteniéndose un valor de de 0.91 para la STSS total.

Finalmente, es necesario destacar que la STSS ha demostrado ser un instrumento confiable y válido (validez convergente y discriminante) en diversas investigaciones con profesionales chilenos (Guerra y Lira, 2007; Guerra y Saiz, en prensa; Lobos y Osses, 2007).

II) Inventario de Depresión de Beck (Beck 1978, en Beck, Rush, Shaw y Emery, 2003): Consiste en un inventario autoaplicado de 21 ítems diseñado para evaluar un amplio espectro de síntomas depresivos. Cada uno de los 21 ítems posee 4 alternativas de respuesta, ordenadas de menor a mayor gravedad. Cada alternativa de respuesta puntúa la gravedad, del síntoma medido, durante los últimos 7 días. El puntaje total se obtiene sumando la puntuación dada por el respondiente a cada ítem.

Para su interpretación existen puntajes de corte que diferencian cuatro categorías; depresión ausente (0 a 9 puntos), leve (10 a 18), moderada (19 a 29) y severa (30 o más puntos) (Labrador, Rincón, de Luis y Fernández-Velasco, 2004). La confiabilidad de este instrumento para la presente investigación fue calculada mediante alfa de cronbach, obteniéndose un valor de 0.90.

III) Cuestionario de variables sociodemográficas y de autocuidado: Este cuestionario fue confeccionado por los investigadores del estudio y constó de dos partes. La primera parte fue dirigida a obtener datos sociodemográficos de los participantes: 1. provincia donde se desempeña como psicólogo clínico, 2. sexo y 3. edad. La segunda parte fue dirigida a medir, en ítems independientes, la frecuencia de emisión de 11 conductas de autocuidado y 5 factores asociados al autocuidado. Específicamente se midió la frecuencia (en un rango de 0= nunca, a 5= muy

frecuentemente) con que: 1. los participantes realizan actividades ligadas a la psicología, pero diferentes a la psicoterapia, 2. facilitan la espontaneidad individual y el sentido del humor dentro de su ambiente laboral, 3. supervisan sus casos clínicos, 4. dialogan con sus colegas sobre las experiencias personales en el trabajo clínico, 5. participan en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo, 6. participan en actividades recreativas con su familia y amigos, 7. hacen deporte, 8. participan en actividades de crecimiento espiritual (meditación, religión, etc.), 9. asisten actualmente como pacientes a psicoterapia, 10. mantienen una sana alimentación, 11. Aseguran las condiciones apropiadas del espacio físico donde realizan psicoterapia.

Además se incluyeron cinco preguntas respecto a condiciones relacionadas con el autocuidado; 12. Si han asistido en el pasado a psicoterapia (si o no), 13. Si se perfeccionan como psicoterapeutas (esto último a través de la pregunta respecto a si estaban o no acreditados como psicólogos clínicos ante la comisión chilena de acreditación, o se encuentran en proceso de acreditación), 14. Su nivel remuneraciones (medidas a través de categorías de ingresos mensuales), 15. Su experiencia laboral como psicólogo (en años) y 16. Su experiencia laboral como psicólogo clínico (en años).

Para la confección de la segunda parte del cuestionario sociodemográfico se tomó como base el planteamiento de diversos autores (ya revisados en los párrafos anteriores) respecto a lo que se considera como autocuidado y se sometió el cuestionario a validación de contenido mediante la evaluación de tres psicólogos chilenos expertos en desgaste profesional y autocuidado. Es necesario destacar que este cuestionario no fue utilizado como una escala total debido a la escasez de datos empíricos respecto del comportamiento de cada ítem. Por el contrario, se consideró a cada uno de los ítems como independientes entre sí, ya que se pretendió evaluar cuál o cuáles de ellos se asocian a bajos niveles de estrés traumático secundario y depresión. Por estas razones no se realizó análisis de confiabilidad.

Procedimiento

En primer lugar, se construyó un listado con el nombre y los antecedentes de ubicación de los psicólogos clínicos de la V región de Chile. Luego se contactó telefónicamente y/o personalmente con cada uno de ellos, y se les entregó la batería de instrumentos. Finalmente los instrumentos respondidos fueron codificados y procesados utilizando el programa estadístico SPSS para las ciencias sociales.

Resultados

En primer lugar se exponen los datos descriptivos referidos a los niveles de estrés traumático secundario y depresión de la muestra. Luego se evalúa su relación con la frecuencia de emisión de las conductas de autocuidado.

Niveles de Estrés Traumático Secundario

La tabla 1 expresa el promedio y desviación estándar obtenidos por la muestra, tanto en la STSS total y las como en sus subescalas.

Tabla 1. Nivel de estrés traumático secundario total y por subescalas (n=113)

	Promedio	Desviación Estándar
STSS Total	33.63	10.89
Intrusión	9.60	3.87
Evitación	13.51	4.60
Activación	10.51	3.54

Según las normas de Bride (2007), en promedio los psicólogos que participaron de este estudio obtuvieron niveles bajos de estrés traumático secundario. Esto es corroborado al utilizar las normas chilenas en percentiles (Guerra, 2005), donde los psicólogos participantes obtienen una media de 33,63 puntos en la STSS total, lo que los ubica en el percentil 44, es decir bajo el 56% de la muestra normativa. Lo mismo ocurre con las subescalas de intrusión, evitación y activación donde en todas ellas se ubican bajo el percentil 49.

Un elemento a destacar tiene que ver con la alta dispersión de la muestra en los puntajes de la STSS, aspecto que puede apreciarse en los altos valores de las desviaciones estándar de estos puntajes. Este antecedente indica que la muestra no es homogénea, más bien es altamente variable respecto a los niveles de estrés traumático secundario (en la muestra hay psicólogos con altos y con bajos niveles de estrés traumático secundario). Este antecedente cobrará mayor relevancia al analizar la relación entre el estrés traumático secundario y la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado.

Niveles de Depresión.

La tabla 2 expone la media y la desviación estándar de los niveles de depresión obtenidos por la muestra en estudio, dando como resultado un promedio de 6.04 puntos, con una desviación estándar de 6.96. Según los puntajes de corte del Inventario de Depresión de Beck (Labrador, Rincón, de Luis, y Fernández-Velasco, 2004),

estos valores expresan ausencia de Depresión, o si existe, esta es mínima.

Tabla 2. Niveles de Depresión (n=113)

	Promedio	Desviación Estándar
BDI	6.04	6.96

Del mismo modo que en el caso del estrés traumático secundario, la depresión presenta una alta desviación estándar lo que da cuenta de la heterogeneidad de la muestra respecto a esta variable. Más adelante se analizarán estos resultados a la luz de la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado.

Relación entre las estrategias de autocuidado, y los niveles estrés traumático secundario y depresión.

Los resultados obtenidos respecto a las correlaciones entre las estrategias de autocuidado, los niveles de estrés traumático secundario y depresión, se exponen a continuación en la Tabla 3.

Tabla 3. Correlación entre Autocuidado - STSS – BDI (n= 113)

Estrategias de Autocuidado	STSS	BDI
1. Participación en otras labores ligadas a la Psicología (a)	-0.44*	-0.36*
2. Facilitación de la espontaneidad individual y grupal dentro del ambiente laboral (a)	-0.48*	-0.48*
3. Supervisión de los casos clínicos (a)	-0.41*	-0.28*
4. Diálogo con sus compañeros de trabajo, acerca de su experiencia personal relacionada con el trabajo (a)	-0.51*	-0.52*
5. Participación en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo (a)	-0.31*	-0.24*
6. Participación en actividades recreativas fuera del trabajo (a)	-0.50*	-0.43*
7. Realizar ejercicios físicos (a)	-0.43*	-0.33*
8. Participación en actividades de crecimiento espiritual (religión, meditación, etc.) (a)	-0.36*	-0.22*
9. Asistencia actual a psicoterapia (a)	-0.14	-0.04
10. Mantención de una sana alimentación (a)	-0.56*	-0.54*
11. Mantención de un adecuado espacio físico de trabajo (a)	-0.47*	-0.42*
12. Haber asistido como paciente a psicoterapia (b)	0.22	0.30
13. Acreditación por el Comité Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos (b)	0.46	0.54
14. Ingresos económicos mensuales (c)	0.06	0.07
15. Años de experiencia como psicólogo (a)	0.14	0.26*
15. Años de experiencia como psicólogo clínico (a)	0.14	0.26*

* P<0.05. (a) r de Pearson; (b) Coeficiente chi cuadrado; (c) r de Spearman.

Los datos recién expuestos, expresan en su mayoría una correlación inversa y significativa ($P < 0.05$) entre las distintas estrategias de autocuidado, y el desgaste laboral (específicamente estrés traumático secundario y depresión). De lo que se desprende que una mayor frecuencia de ejecución de estas prácticas de autocuidado por parte de los psicólogos clínicos se asocian a menores índices de estrés traumático secundario y depresión. Lo anterior se aprecia en el caso de: realizar actividades ligadas a la psicología diferentes a la psicoterapia, facilitar la espontaneidad en el trabajo, supervisar los casos, dialogar con los compañeros de trabajo, recrearse con los compañeros de trabajo, familia y amigos, practicar deporte y actividades de crecimiento espiritual, alimentarse sanamente y trabajar en un espacio físico adecuado.

Estos resultados deben ser interpretados considerando la variabilidad de la muestra en las medidas de estrés traumático secundario y depresión. Tomando en cuenta dicha variación los resultados señalan que los profesionales con mayores índices de estos dos trastornos son los que con menor frecuencia practican estas conductas de autocuidado y, viceversa, los que menores índices presentan son los que más frecuentemente practican el autocuidado.

Por otro lado no se observó relación entre los niveles de estrés traumático secundario y depresión con las siguientes variables: Asistir actualmente a psicoterapia, haber asistido en el pasado a psicoterapia, estar o no acreditado como psicólogo clínico y los ingresos económicos de los participantes.

Finalmente la experiencia laboral resultó no estar asociada a los niveles de estrés traumático secundario, pero si mostró una relación directa y significativa con la depresión. Es decir, en la muestra del estudio, los psicólogos con más años de experiencia fueron los que presentaron índices mayores de depresión.

Discusión

Aun cuando el diseño del estudio es correlacional, y por lo tanto no es posible

establecer relaciones causales, se considera que los resultados obtenidos son valiosos a la hora reflexionar sobre el desgaste laboral y el autocuidado. Específicamente se considera relevante tomar en cuenta estos resultados en la planificación de planes de autocuidado para los psicólogos clínicos, pues dan importante información acerca de estrategias y conductas de autocuidado que se asocian con bajos niveles de estrés traumático secundario y depresión.

Estos resultados deberán ser confirmados en futuras investigaciones, de corte experimental, que otorguen claridad respecto de la posible relación causal de las variables, es decir que se refieran con propiedad sobre si las conductas que en esta investigación se asocian a bajos niveles de desgaste son las que efectivamente causan ese bajo desgaste o bien hay variables adicionales que explican dicha relación. Del mismo modo, queda abierta la interrogante respecto de la ausencia de relación entre algunas conductas y condiciones teóricamente asociadas al autocuidado con los niveles de estrés traumático secundario y depresión. Futuras investigaciones, además, deberán aumentar sus esfuerzos por trabajar con una muestra representativa de la población de psicólogos clínicos ya que, pese a que en este estudio la muestra fue altamente variable en sus niveles de desgaste, pudiera ser que quienes respondieron voluntariamente la batería de instrumentos fuesen aquellos psicólogos más sensibilizados con el tema del desgaste laboral y/o con el autocuidado.

Como sea, los resultados obtenidos corroboran lo expresado por Gentry (2003), respecto a que el tratamiento y prevención de los síntomas de desgaste está asociado a la implementación de un sistema de prácticas saludables.

Gran parte de las estrategias de autocuidado, que se relacionaron inversamente con las dos dimensiones de desgaste medidas, tienen que ver con conductas que puede emitir cualquier psicólogo de forma individual (participar en otras labores ligadas a la psicología, recrearse, participar en actividades de crecimiento espiritual, mantener una sana alimentación, realizar deporte

y mantener condiciones físicas adecuadas para el trabajo), no obstante también es elevado el número de estrategias de autocuidado que requieren, necesariamente el contacto con compañeros de trabajo (espontaneidad dentro del grupo, actividades recreativas con los compañeros, hablar de las experiencias personales en el trabajo y supervisar los casos). Este elemento se hace particularmente relevante en el caso de la alta proporción de psicólogos clínicos que se desempeñan profesionalmente en la práctica privada, alejados de un trabajo en equipo. Pudiera ser que estos profesionales se están privando de varias estrategias de autocuidado, al desempeñarse de forma aislada. Tal vez esta limitación del trabajo privado pudiera compensarse con una mayor asociación gremial dentro de los psicólogos clínicos, tendiente a establecer espacios grupales de autocuidado.

Considerando lo anterior, ya sea de forma individual o grupal, pareciera ser que se amplía la gama de conductas que se relacionan con el bajo nivel de sintomatología traumática y depresiva en los psicólogos clínicos. Además la puesta en marcha de estas estrategias conductuales de autocuidado no implicaría, por parte de la institución, el equipo, o el mismo psicólogo, un costo económico demasiado elevado, pues todas las estrategias inversamente relacionadas con los constructos de desgaste medidos son simples, económicas y relativamente fáciles de implementar. Por lo tanto estas conductas debieran ser utilizadas en la prevención del desgaste laboral y en la promoción de un estilo de vida saludable en los psicólogos clínicos.

Referencias

- Aguilar, M. I. (1996). *Trabajo interdisciplinario y cuidado de equipos*. Trabajo presentado al Seminario Salud Mental y Género, Nuevos Énfasis en las Estrategias de Trabajo, Sernam, Santiago de Chile.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, (4ª edición). Washington, DC: Masson.
- Barnier, J. y Hernández, A. (1999). *Desgaste profesional y autocuidado en asistentes sociales que se desempeñan en tribunales de justicia de la IX región*. Tesis para optar al título de Asistente Social y al grado de Licenciado en Trabajo Social, Facultad de Educación y Humanidades, Departamento de Trabajo Social, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
- Barrera, P. y Guerra, C. (2007). Creencias de profesionales que atienden a Víctimas de Abuso Sexual Infantil respecto de la influencia del Proceso Legal en su Desgaste y Satisfacción Laboral. En Corporación de Asistencia Judicial (Ed.), *Atención a Víctimas de Delitos Violentos: Reflexiones desde la Práctica* (pp. 177 – 192). Viña del Mar: Ril Editores.
- Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil, ecología social: Prevención y reparación*. Santiago de Chile: Galdoc.
- Beaton, R. D., y Murphy, S. A. (1995). Working with people in crisis: Research implications. En Ch. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 51-81). New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Beck A., Rush A., Shaw B., y Emery G. (2003). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Birck, A. (2002). Secondary traumatization and burnout in professionals working with torture survivors. *Traumatology*, 7, 85-90.
- Bride, B. E., Robinson, M., Yegidis, B., y Figley, Ch. (2004). Development and validation of the secondary Traumatic Stress Scale. *Research on social work practice*, 14, 27-35.
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work*, 52, 63 – 70.
- Cazabat, E. (2002). *Desgaste por empatía: las consecuencias de ayudar*. Recuperado el 27 de Septiembre, 2005, de <http://www.psiquiatria.com/articulos/estres/6185>.
- Durruty, P. (2005). *Ejes de autocuidado para el terapeuta orientado a la prevención*

- del Síndrome de Burnout desde la perspectiva de la asertividad generativa*. Tesis para optar al grado de psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Figley, Ch. R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the cost of caring. En B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3-28). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Gentry, E. (2003). Desgaste por empatía: el desafío de la transformación. *Revista de Psicotrauma para Iberoamerica*, 2, 4 -17.
- Guerra, C. (2005). *Traducción, adaptación y examen psicométrico de la Escala de Estrés Traumático Secundario: Un estudio en profesionales chilenos*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, Facultad de Educación y Humanidades, Departamento de Psicología, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
- Guerra, C. (2007a). Estrés Traumático Secundario: Desarrollo, Prevención y Tratamiento. *Resonancias*, 3, 125 – 136.
- Guerra, C. (2007b). Atención a Víctimas de Delitos Violentos y Victimización Vicaria. En Arredondo, V, y Toro, E. (Ed.), *Violencia sexual infantil: debates, reflexiones y prácticas críticas* (pp. 101 – 113). Editado por Corporación de Promoción y Apoyo a la Infancia - Paicabi, Sename, Valparaíso.
- Guerra, C. y Lira, G. (2007). Medición del desgaste profesional en una muestra de profesionales de la Corporación Paicabi: Una aproximación reflexiva al concepto de autocuidado en equipos que trabajan en maltrato infantil. En Arredondo, V, y Toro, E. (Ed.), *Violencia sexual infantil: debates, reflexiones y prácticas críticas* (pp. 114 – 131). Editado por Corporación de Promoción y Apoyo a la Infancia - Paicabi, Sename, Valparaíso.
- Guerra, C. y Saiz, J. L. (en prensa). Examen psicométrico de la Escala de Estrés Traumático Secundario: Un estudio en profesionales chilenos. *Psicología Conductual*.
- Hidalgo, N. y Moreira, E. (2000). *Autocuidado, Trastorno Psicológico y Rotación de Equipos de Salud Mental*. Santiago: Departamento de Psicología, Universidad de Chile.
- Huertas, M. (2005). Aproximación a la Dinámica Riesgos-Autocuidado en Equipos Operadores Sociales que Trabajan con Desplazados en Pasto, Colombia. *Psyche* 14 (2), 133-147.
- Jenkins, Sh. R. y Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (5), 423-432.
- Kadambi, M. A., y Truscott, D. (2003). Vicarious traumatization and burnout among therapists working with sex offenders. *Traumatology*, 9 (4) 216-230.
- Kassam-Adams, N. (1999). The risks of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists. En B.H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 37-50). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Labrador, F., Rincón, P., de Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lobos, N. y Oses, M.B. (2007). *Estudio descriptivo correlacional sobre la relación entre los niveles de estrés traumático secundario y depresión con la frecuencia de utilización de técnicas de autocuidado en profesionales que trabajan en temáticas de violencia en las regiones de Valparaíso y del Maule*. Tesis de diplomado no publicado, Universidad de Valparaíso, Chile.
- McCan, I. L., y Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3 (1), 131-149.

- Morales, G. y Lira, E. (1997). Dinámicas de riesgo y cuidado de equipos que trabajan con situaciones de violencia. En E. Lira (Ed.), *Reparación, derechos humanos y salud mental* (pp.105-121). Santiago: Cesoc.
- Morales, G., Pérez, J., y Menares, M. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12 (1), 9-25.
- Moran, C. (2002). Humor as a Moderator of Compassion Fatigue. En Ch. Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue* (pp.139-154). New York, London: Brunner-Routledge.
- Moreno, B., Garrosa, E., Morante, M. E., Rodríguez, R., y Losada, M. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*, 22 (1), (69- 76).
- Pearlman, L., A. y Saakvitne, K. W. (1995). Treating Therapist with Vicarious Traumatization and Secondary Traumatic Stress Disorders. En C. R. Figley, (Ed.) *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Perron, B., y Hiltz, B. (2006). Burnout and Secondary Trauma Among Forensic Interviewers of Abused Children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23 (2), 216- 234.
- Rosenbloom, D. J., Pratt, A. C., y Pearlman, L. A. (1999). Helper's Responses to Trauma Work: Understanding and Intervening in an Organization. En B. H. Stamm (Ed.) *Secondary Traumatic Stress: self-care issues for clinicians, researches, and educators* (pp. 65- 79). USA, Sidran Press.
- Torres, P., y Romero, S. (2005). *La Violencia en la Familia, Escuela y Sociedad. Sentidos, consecuencias y estrategias de intervención*. Trabajo presentado y publicado en el seminario internacional La Violencia en la Familia, Escuela y Sociedad: Sentidos, consecuencias y estrategias de intervención. Universidad Internacional SEK. (pp. 154 -166). Santiago de Chile.
- Sabo, M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 12, 136-142.
- Salston, M. D., y Figley, Ch. R. (2003). Secondary traumatic stress: Effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (2), 167- 174.
- Santana, I. y Farkas, Ch. (2007). Estrategias de Autocuidado en Equipos Profesionales que Trabajan en Maltrato Infantil. *Psyche*, 16 (1), 77-89.
- Stamm, B. H. (2002). Measuring Compassion Satisfaction as Well as fatigue: Developmental History of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. En Ch. Figley (Ed), *Treating Compassion Fatigue* (pp.107- 122). New York, London: Brunner-Routledge.
- Valent, P. (2002). Diagnosis and Treatment of Helper Stresses, Traumas, and Illnesses. En Ch. Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue* (pp.17- 37). New York, London: Brunner- Routledge.