



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

Sucre-Bolivia

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN “PSICOLOGÍA CLÍNICA, MENCIÓN EN
PSICOTERAPIA INTEGRATIVA – II Versión”**

**“Evaluación del autocuidado en psicoterapeutas
de Santa Cruz de la Sierra desde el Enfoque
Integrativo Supraparadigmático”**

**Tesis presentada para obtener al Grado
Académico de “Magíster en Psicología
Clínica, Mención Psicoterapia
Integrativa”**

ALUMNA: SANDRA NELDA BUSTAMANTE GONZALES

Santa Cruz de la Sierra

2013



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

Sucre-Bolivia

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN “PSICOLOGÍA CLÍNICA, MENCIÓN EN
PSICOTERAPIA INTEGRATIVA – II Versión”**

**“Evaluación del autocuidado en psicoterapeutas
de Santa Cruz de la Sierra desde el Enfoque
Integrativo Supraparadigmático”**

**Tesis para obtener al Grado
Académico de Magíster en
Psicología Clínica
Mención Psicoterapia Integrativa**

ALUMNA: SANDRA NELDA BUSTAMANTE GONZALES

TUTOR: NICOLÁS DÍAZ OYARZÚN

Santa Cruz de la Sierra

2013

A la memoria de mi madre, ejemplo de espíritu de lucha y superación

Agradecimientos

Al Dr. Opazo y la Dra. Bagladi, por compartir su conocimiento

A mi tutor, por sus aportes

*A mi esposo y a mi hijo, por sacrificar su tiempo en familia y su apoyo en lo
cotidiano*

A mis queridas hermanas, por apoyarme de un modo que las palabras faltan

A los colegas que me colaboraron, por compartir su tiempo y sus vivencias

*"Nadie que, como en mi caso, conjura
los más malvados de aquellos demonios
semidomesticados que habitan el espíritu
humano, y pretende luchar con ellos,
puede esperar salir indemne de la lucha"*

Sigmund Freud

I. RESUMEN

Desde hace ya algún tiempo, las investigaciones dirigidas a estudiar el proceso terapéutico y los factores en este involucrados, han puesto en evidencia que dentro de las variables del terapeuta, la persona del terapeuta es un crucial componente. Así también se ha demostrado ampliamente que ejercer como psicoterapeuta entraña riesgos y costos personales para el terapeuta: estrés en diversos grados, fatiga por compasión y burnout entre los más destacados. Es por estas razones que el autocuidado del terapeuta es un tema que ha cobrado importancia hace unos años ya.

En Bolivia el tema es poco conocido y en la ciudad de Santa Cruz no se tienen referencias de que se haya investigado, de hecho está ausente en los programas de formación continua y en pregrado.

Todos estos aspectos, han sido la motivación para desarrollar la presente investigación teniendo como objetivo general analizar las medidas de autocuidado de los terapeutas desde el EIS, en función de la percepción y concepción que tienen sobre el autocuidado. A través de una metodología con enfoque mixto se realizó una investigación descriptiva en una muestra de terapeutas que ejercen en Santa Cruz de la Sierra.

Los resultados encontrados permitieron concluir que pese a que los terapeutas consideran que han mejorado su posición en las instituciones y la opinión pública existen muchos aspectos a mejorar empezando por la formación. Así también señalan que hay una toma de consciencia sobre el autocuidado aunque las concepciones sobre el mismo no sean las más óptimas. Los terapeutas emiten conductas de autocuidado, las condiciones de autocuidado son prácticamente inexistentes y las medidas de autocuidado tienden a ser poco consistentes. Así también pudo observarse que en general su calidad de vida profesional es relativamente buena. A nivel del Sistema Self, entre otros interesantes resultados se tiene que la psicofacturación de las experiencias terapéuticas ha permitido generar en algunos casos E.E. dirigidos al autocuidado.

I.

SUMMARY

For some time, the research aimed to study the therapeutic process and the factors involved in this, have shown that among the variables of the therapist, the person of the therapist is a crucial component. This has also been amply demonstrated that practice as a psychotherapist involves risks and personal costs for the therapist: stress in varying degrees, compassion fatigue and burnout among the highlights. It is for these reasons that therapist self-care is an issue that has become important a few years ago. In Bolivia the issue is poorly understood and the city of Santa Cruz does not have references has been investigated, in fact it is absent in the training programs and undergraduate. All these aspects have been the motivation for developing this research with the general goal of self-care measures analysis of therapists from the EIS, based on the perception and conception they have on self-care. Through a mixed methodology approach a descriptive research was conducted on a sample of therapists practicing in Santa Cruz de la Sierra. The results led to the conclusion that although therapists believe they have improved their position in the public institutions and there are many ways to improve the starting lineup. This also shows that there is a power on self-consciousness but conceptions about it are not the most optimal. Therapists emit self-care behaviors, self-care conditions are virtually non-existent and self-care measures tend to be inconsistent. That could also be noted that in general the quality of working life is relatively good. A Self level system, among other interesting results is that the therapeutic experiences psicofacturación has generated in some cases EE aimed at self-care.

TABLA DE CONTENIDOS

I.	RESUMEN	i
II.	INTRODUCCION	1
III.	MARCO TEORICO	9
3.1	El Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS)	9
3.1.1	Los paradigmas	11
3.1.2	El sistema SELF	13
3.1.3	Principios de influencia	18
3.2	La psicoterapia	22
3.2.1	Definición	22
3.2.2	Variables inespecíficas	23
3.2.3	Variables del terapeuta	24
3.2.4	Aspectos positivos de ejercer la psicoterapia	27
3.2.5	Aspectos negativos de ejercer la psicoterapia	29
3.3	El autocuidado del terapeuta	35
3.3.1	Antecedentes	35
3.3.2	Definición	36
3.3.3	Importancia del autocuidado	39
3.3.4	Estrategias/características del autocuidado	40
3.3.4.1	Estrategias preventivas	40
3.3.4.2	Ayuda a terapeutas deteriorados	45
IV.	MARCO METODOLOGICO	47
4.1	Objetivos	47

4.1.1	Objetivo General	47
4.1.2	Objetivos Específicos	47
4.2	Enfoque de la investigación	47
4.3	Diseño y tipo de investigación	47
4.4	Población y muestra	48
4.4.1	Población	48
4.4.2	Muestra	48
4.5	Técnicas e instrumentos	49
4.6	Procedimientos	50
V.	RESULTADOS	52
5.1	Análisis e interpretación de resultados cuantitativos	52
5.2	Descripción de resultados cualitativos	64
VI.	CONCLUSIONES	87
VII.	RECOMENDACIONES	104
VIII.	PROPUESTA	105
IX.	BIBLIOGRAFIA	107
X.	ANEXOS	112

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
1.	Características de los Sujetos	113
2.	Guía de Preguntas Entrevista 1	115
3	Guía de Preguntas Entrevista 2	117
4.	Escala de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP)	120
5.	Escala sobre la Calidad de Vida Profesional (CVProIV)	122
6.	Consentimiento Informado	124
7.	Categorización de Variables	126
8.	Entrevistas	132

LISTA DE CUADROS

		Pág.
1.	Dialéctica Integrativa	9
2.	Supraparadigma Integrativo	10
3.	Los Paradigmas del Supraparadigma	13
4.	Sistema SELF	15
5.	VARIABLES del terapeuta	27

LISTA DE TABLAS

		Pág.
1.	Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP) – en %	52
2.	Calidad de vida profesional – en %	54
3.	Calidad de vida profesional en relación a conductas de Autocuidado – en %	56
4.	Conductas de Autocuidado en relación a los años de experiencia como Terapeuta – en % total	58
5.	Calidad de vida profesional en relación a los años de experiencia como Terapeuta – en % total	60
6.	Calidad de vida profesional en relación al tipo de práctica – en % total	62

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
1.	Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP) – en %	53
2.	Calidad de vida profesional – en %	55
3.	Calidad de vida profesional en relación a conductas de Autocuidado – en %	57
4.	Conductas de Autocuidado en relación a los años de experiencia como Terapeuta – en % total	59
5.	Calidad de vida profesional en relación a los años de experiencia como Terapeuta – en % total	61
6.	Calidad de vida profesional en relación al tipo de práctica – en % total	63

I. INTRODUCCION

La idea de que la personalidad del terapeuta es uno de los elementos más importantes en la psicoterapia no es nueva, así ya Sadir (1958) afirmó que el instrumento más importante en la psicoterapia es la persona del terapeuta. De un tiempo a esta parte, cada vez más autores coinciden en que factores como: la calidad de la relación terapéutica, los aspectos personales del terapeuta que en ella se involucran y su estilo, desempeñan un papel decisivo en los resultados de la psicoterapia (Hirsch P. 2012; Motilla W. 2012; Rothschild B. 2009; Corbella S. y Botella L. 2004; Kleinke C. 2002; Opazo R. 2001; Beutler 1995, Lambert M. 1989). Los autores también concuerdan en que estos aspectos personales se deben atender no solo durante la práctica profesional sino desde el entrenamiento formativo (Chazenbalk 2009; Baringoltz 2004).

Miracco y otros (2007) hacen una revisión teórica sobre los aspectos personales del terapeuta y su incidencia en la práctica clínica. Así retoman lo planteado por Lambert (1989) y Beutler (1995) en relación a lo evidenciado en sus investigaciones, acerca de que la persona del terapeuta es ocho veces más influyente que su orientación teórica, y/o el uso de técnicas terapéuticas específicas, y que el grado en que se beneficia el paciente con la psicoterapia tiene mucho más que ver con la persona del terapeuta que con el tipo de psicoterapia que éste emplea.

Chazenbalk y cols. (2008) realizaron una aportativa revisión bibliográfica, a través de la cual, ponen en evidencia que desde diferentes enfoques se consideran a los factores personales del terapeuta como un aspecto importante. Al respecto, Opazo, R. (2001) señala que independientemente de nuestra orientación teórica, al trabajar con nuestros pacientes inevitablemente, estamos aportando nuestra persona como modelo, al observarnos, el paciente va haciéndose ideas acerca de cómo vivir y actuar y puede, inconscientemente, copiar nuestro ejemplo concluyendo en que nuestra forma de ser personal puede ser más terapéutico o menos para los pacientes.

El enfoque de la terapia familiar comparte estas apreciaciones, así diferentes escuelas plantean la importancia de trabajar estos puntos desde la época de entrenamiento, pues tanto el autoconocimiento como el fortalecimiento de aspectos personales inciden positivamente en el proceso terapéutico. En este mismo sentido, los autores, recuerdan que el psicoanálisis también enfatizó la relación paciente – terapeuta como vehículo de tratamiento, siendo el primer enfoque que incluyó en su entrenamiento profesional, la necesidad de un proceso de autoconocimiento de la persona del terapeuta, estableciendo la necesidad del análisis didáctico para los terapeutas.

Dentro la consideración de esta relación diádica, también está presente el fenómeno de la contratransferencia, frente al cual ya Freud plantea como requisito para los analistas el auto-análisis, como el proceso continuo de trabajo sobre sí mismo. Rothschild (2009) retoma lo planteado por Freud, en el sentido de que los sentimientos reactivos de los analistas eran inevitables, señalando que es de conocimiento de los psicoterapeutas actuales, el hecho de que no es posible mantener la mente en blanco y adoptar una postura totalmente objetiva ante las emociones del paciente; un entrenamiento eficaz y la experiencia no garantizan que el terapeuta no sea tocado o conmovido por sus pacientes.

Chazenbalk¹ y cols. (2009) realizaron un interesante trabajo investigativo referido a la incidencia de los aspectos personales del terapeuta en el proceso terapéutico. Estos autores afirman que el terapeuta ya desde su entrenamiento y a lo largo de su trayectoria, tiene como tarea continua la revisión de sus propias relaciones de apego, en tanto que la comunicación emocional con su

¹Liliana Chazenbalk y otros, La incidencia del Self del terapeuta en el proceso terapéutico. *Psicología on Line*.(2009) Recuperado en 17 de mayo del 2012.

paciente desempeñará un papel decisivo en la labor terapéutica de reestructuración de los modelos operantes del paciente. También señalan que es fundamental que el terapeuta pueda desarrollar habilidades internas que le permitan utilizar su experiencia personal, y desafiar las creencias disfuncionales que puedan obstaculizar su labor. Sobre este punto concluyen que tanto los aspectos, personales como los teóricos-técnicos, deben integrarse para posibilitar un adecuado trabajo terapéutico. Al respecto, Hirsch, P. (2012) indica que la vida personal del terapeuta tiene una enorme importancia en la calidad del trabajo con sus pacientes; y por este motivo, es fundamental que el profesional pueda tener siempre presente sus características personales y reencontrarse con las razones que lo llevaron y lo motivan en su profesión.

Baringoltz (2009)² afirma: “Persona y terapeuta constituyen una unidad, en la cual el ser terapeuta es el rol desempeñado por ese ser humano; por lo tanto la búsqueda de una “disociación instrumental” que permita trabajar mejor, es deseable pero tiene sus límites. El terapeuta en sí mismo, como persona, es la herramienta esencial del tratamiento, (...) no debe olvidar que su persona es observadora y participante activa del proceso”. Acotando además que los aspectos emocionales del terapeuta influyen en la relación y en la definición de la realidad terapéutica.

Díaz N. (2011) coincide en señalar la importancia de los factores personales del terapeuta y su incidencia en el proceso psicoterapéutico. Así afirma que en el mismo confluyen no solo aspectos de tipo técnico (técnicas, teoría, estrategias de intervención, etc.) sino también aspectos de tipo personal, que

²Sara Baringoltz, *Construyendo respuestas: El terapeuta de cara al futuro*. Conferencia presentada en el VII Congreso Latinoamericano de Psicoterapia Cognitivo Conductual, Montevideo, Uruguay.(mayo del 2008).

conlleven la necesidad de que el terapeuta conozca sus potencialidades pero también sus límites y debilidades personales

Desde el E.I.S. se postula que las variables inespecíficas desempeñan un importante papel en el proceso terapéutico, son parte de ellas las variables del terapeuta, considerándose especialmente relevante el bienestar psicológico variable que sin duda está en estrecha relación con la noción de autocuidado.

Tanto las experiencias personales relatadas por colegas, como la revisión de la literatura dan cuenta de que la labor psicoterapéutica por un lado es significativamente gratificante y por otro conlleva estrés, desgaste y desaliento, dificultades compartidas con otros profesionales dedicados a ayudar a los demás.

Kleinke (2002)³, Díaz (2011) explican que el ejercicio de la psicoterapia puede traer consigo varios factores de satisfacción tanto materiales (ganancias económicas), situacionales (independencia), intelectuales (casos desafiantes, novedad, etc.), emocionales (compartir triunfos del paciente) y espirituales (ayudar a otros).

También señalan que el psicoterapeuta está expuesto a consecuencias negativas propias de la profesión. Al respecto, Díaz (2011) señala que aspectos relativos a las características de los casos: de larga data, complejos, con escaso o ningún éxito; tienden a generar las consecuencias señaladas por Bagladi (1996): angustia, fatigabilidad, trastornos psicosomáticos entre otros.

³Chris Kleinke, *Principios comunes en psicoterapia*. (4ª. Ed.). Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer S.A. (2002).

Sobre las consecuencias negativas referidas, Kleinke (2002) habla de factores personales (ej. sobre implicación, personalidad tipo A); factores del cliente (aquellos poco serios con el tratamiento, con problemas graves y con trastornos de personalidad); factores del lugar de trabajo (básicamente problemas relativos al rol que desempeña); que al no ser atendidos conducen al desaliento profesional, comprometiendo las habilidades del terapeuta en diversos grados. El mencionado autor también señala que no debemos olvidar que el terapeuta como cualquier profesional atraviesa por altibajos en su carrera y que los psicoterapeutas son vulnerables al mismo tipo de estreses vitales que afectan al resto de los mortales; por todo ello, concluye en que los psicoterapeutas deben vigilar su rendimiento, buscar apoyo y asistencia cuando lo requieran, recordando además el compromiso ético que tienen los clínicos de mantener el control de calidad en el servicio que brindan.

Guerra y cols. (2011)⁴ retoman lo planteado por varios autores al mencionar que los psicoterapeutas son considerados como un grupo en riesgo de manifestar sintomatología de desgaste laboral debido a su trabajo con el sufrimiento humano. Arón & Llanos (2011) citan a Figley (1995) quien indicó que aquellos profesionales que trabajan en el alivio del sufrimiento emocional a menudo absorben el sufrimiento mismo, y por tanto se hace necesario que desarrollen prácticas de autocuidado como forma de prevenir el desgaste laboral.

Sobre este punto, Hirsch P. (2012) retoma lo planteado por Mahoney (1997), quien afirma que el autocuidado no es un deber más en el listado de nuestras responsabilidades del día, es un compromiso y una actitud de competencia

⁴Cristobal Guerra, Alma Platz, Adela Bermúdez, Nelly Rojas Análisis Psicométrico de la Escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43 (2), 319 – 328. (2011)

que es necesario desarrollar en forma sostenida. Acotando lo señalado por Norcross y Guy (2007) en sentido de que en la actualidad, el autocuidado ha dejado de ser una opción o un lujo narcisístico para ser cumplido solamente cuando el tiempo lo permite; constituye más bien un requisito humano, una necesidad clínica y una obligación ética.

El Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Santa Cruz, se ocupa de los aspectos mencionados líneas arriba, inicialmente en el capítulo referido al Ejercicio general de la profesión, donde en su Art.6 señala que “los psicólogos deben estar atentos a sus propios problemas personales, afectivos, sociales y/o de salud mental, evitando categóricamente que estos influyan en los servicios prestados...”. Así también en el capítulo referido al ejercicio de la psicología clínica, específicamente, en sus Art 35 y 36 señala el deber moral que tienen los terapeutas de mantenerse en buenas condiciones de equilibrio emocional así como de buscar la ayuda pertinente cuando esto no es así.

Los párrafos precedentes dejan claramente establecida la importancia de los factores personales del terapeuta en el trabajo que desempeña, los efectos negativos de la labor terapéutica y la importancia de que el terapeuta trabaje en sus propios aspectos personales.

Al respecto, la interacción con colegas denota que aparentemente en muchos casos los psicoterapeutas bolivianos no están conscientes de los riesgos que su trabajo conlleva, ni del desgaste que implica.

La revisión bibliográfica permite compartir lo expuesto por Guerra y cols. (2011) en sentido de que bastantes publicaciones han abordado esta problemática desde el estudio de diversas formas de desgaste laboral (Figley, 1995; Guerra, 2007; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Moreno Jiménez, Morante, Stamm & Sanz, 2007), no obstante el estudio del autocuidado ha sido menos sistemático; esto se ve reflejado en la existencia de múltiples definiciones del constructo (Morales & Lira, 2000) y en la ausencia de instrumentos específicos para medirlo en la población de profesionales.

Díaz N. (2011), realizó una investigación cualitativa para obtener el grado de Magister en la Universidad Adolfo Ibáñez, de Santiago de Chile; la misma se denominó *“Autocuidado del terapeuta a la luz del Enfoque Integrativo Supraparadigmático”*, y en ella abordó las concepciones y actitudes relativas al autocuidado en terapeutas de esa ciudad, enfatizando su análisis en los factores de riesgo y los factores protectores en el ejercicio de la profesión. La muestra estuvo constituida por 10 sujetos. Sus resultados evidencian falencias en la época de formación en lo referido al abordaje de esta temática, así como en las estrategias que los terapeutas emplean.

En Bolivia, Gonzáles J. (2012), en su Tesis de magister efectuada en la Universidad Andina Simón Bolívar, realizó una investigación denominada *“Autocuidado del terapeuta desde el modelo Integrativo Supraparadigmático”*, teniendo como objetivo identificar los factores protectores asociados a la práctica clínica teniendo como muestra seis terapeutas de la ciudad de Sucre, posteriormente analizó esta información al interior de cada paradigma y el sistema Self.

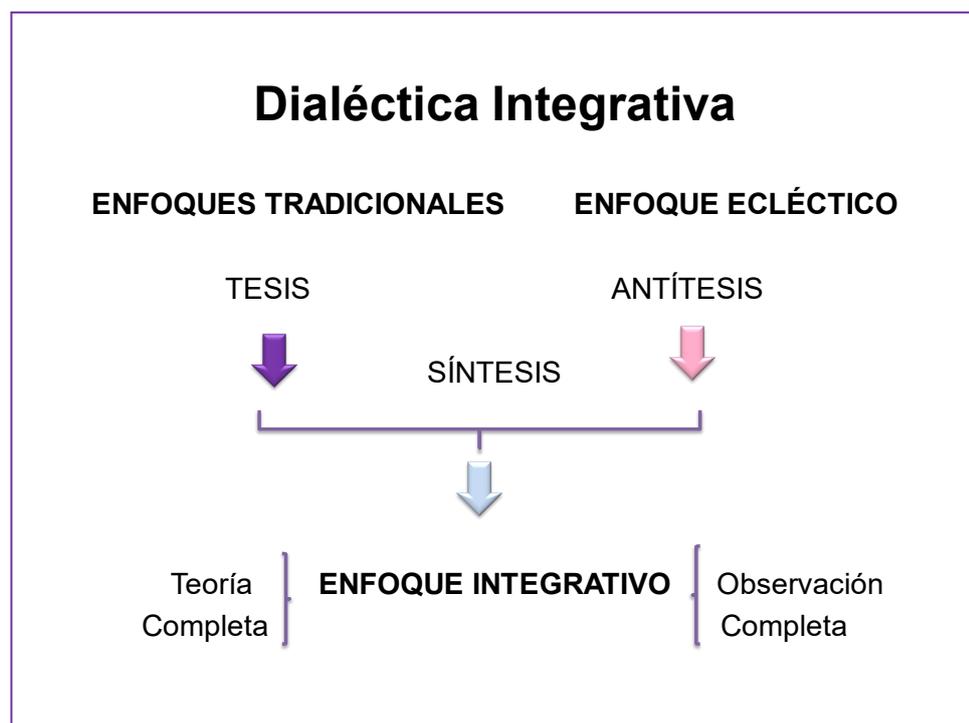
En función a todo lo ya expuesto, el problema central de la presente investigación radica en poder evaluar si los terapeutas cruceños en este caso, tienen comportamientos de autocuidado, cual es la percepción que tienen sobre el mismo y complementando a ello, que es lo que perciben en sus instituciones sobre este punto.

II. MARCO TEORICO

2.1 El Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS)

Para Opazo (2012), el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, surge de la necesidad de detectar, integrar y organizar el conocimiento válido que se ha venido alcanzando en psicoterapia; a esto, Motilla W. (2012) acota que Surge con una actitud abierta, no dogmática, buscando dar respuestas flexibles y creativas, procurando resolver algunas falsas dicotomías.

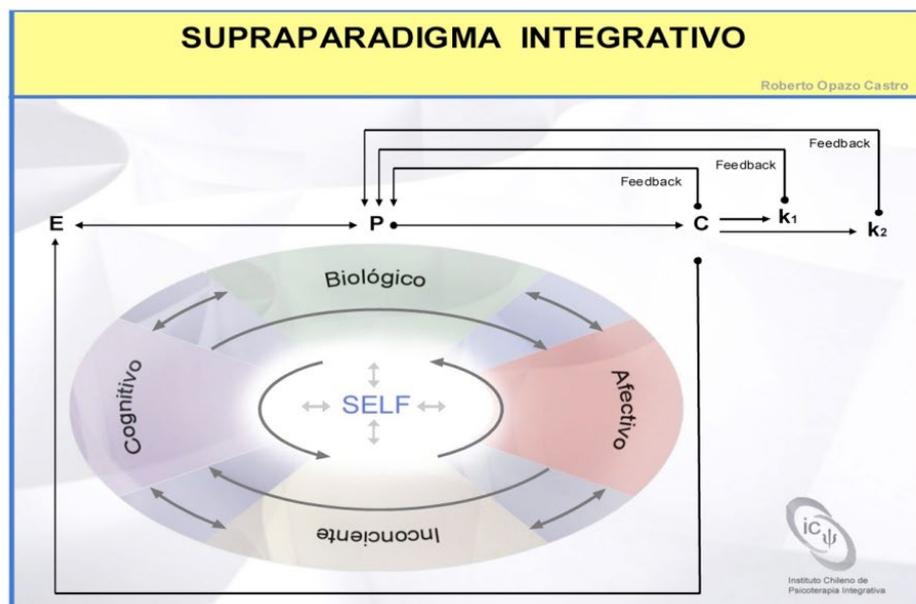
El objetivo central del E.I.S. es integrar todo conocimiento valido que aporte a la comprensión del funcionamiento psicológico y a la efectividad de la psicoterapia. Así, el E.I.S. procura integrar – en una totalidad coherente – todos los conocimientos validos, donde quiera que se encuentren y cualquiera sea su procedencia, para ponerlos al servicio de una psicoterapia integrativa más potente y efectiva. (Opazo R. y Bagladi V., 2011)



Cuadro 1. Dialéctica Integrativa (Opazo, R. y Bagladi, V. (2010)

El Modelo cumple varias funciones: una función ordenadora, en la medida que permite contextualizar los datos y comprender la función de las partes en el todo; una función predictiva en la construcción de la experiencia; una función de potenciar las fuerzas de cambio, en la medida que incorpora principios de influencia provenientes de diferentes paradigmas y en la medida que permite comprender como se puede “potenciar la influencia de cada influencia”; y finalmente cumple una función guiadora, en la medida que facilita la selección de temáticas relevantes para la investigación y la génesis de preguntas relevantes para el conocimiento clínico (Opazo R. 2001).

En el Recuadro siguiente se gráfica del Modelo Integrativo Supraparadigmático.



Cuadro 2. Supraparadigma Integrativo (Opazo, R. y Bagladi, V. (2010)

El Modelo Integrativo Supraparadigmático integra los paradigmas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo inconsciente y sistémico, los cuales son integrados en función del sistema SELF de la persona. Dentro del mismo, E son los estímulos ambientales, P es la persona, C es la conducta abierta, K1 son las consecuencias inmediatas y K2 son las consecuencias mediatas. El eje integrador (P) es el sistema SELF, hacia el cual convergen los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo e inconsciente. El Modelo integra también las

modalidades causales lineal (\rightarrow) y circular (\leftrightarrow) y le otorga relevancia a las partes y al sistema como conjunto. En el Modelo, lo que en un momento constituye un “efecto” (cognitivo, afectivo, inconsciente o conductual), puede pasar a ser (causa) en momentos posteriores, se integra entonces la modalidad de causalidad circular, la que a su vez posibilita el operar de los procesos homeostáticos. (Bagladi, 2003).

2.1.1 Los paradigmas

El E.I.S incorpora estos paradigmas dada su demostrada participación en el mundo psicológico, pues Influyen en Génesis y Cambios en la Dinámica Psicológica; existen evidencias que documentan su contribución.

En cuanto a las características de los paradigmas, Opazo (2004)⁵ realiza las siguientes explicaciones.

Paradigma biológico

El paradigma biológico propone que ciertas características específicas genéticas, endocrinas, neuroanatómicas o bien neurofisiológicas, pueden influir en la génesis de específicas cogniciones, emociones o conductas.

El paradigma ambiental/conductual

El paradigma ambiental/conductual postula que ciertas características ambientales específicas pueden influir en la génesis de específicas cogniciones, afectos y conductas. En términos etiológicos, el fuerte del paradigma ambiental/conductual parece centrarse en el rol de las experiencias tempranas.

⁵Roberto Opazo, *Psicoterapia Integrativa* Delimitación Clínica. Santiago Chile: Ediciones ICPSI.(2001)

El Paradigma cognitivo

El paradigma cognitivo asigna un rol central a la información y al procesamiento de la información; así un aporte significativo desde este paradigma se refiere al hecho que, a través de un cambio en el procesamiento de la información, la persona puede empezar a sufrir menos y a disfrutar más con el mismo ambiente

El paradigma afectivo

Desde el paradigma afectivo se postula que los eventos y estructuras afectivos pueden ejercer una influencia causal generando cogniciones, conductas e incluso cambios anatómico fisiológicos en el organismo.

El paradigma inconsciente

El paradigma inconsciente involucra la influencia sobre cogniciones, afectos y conductas “desde aquellas actividades mentales de las cuales el individuo no está consciente” (Marx y Hilligs, 1969, p. 413) puesto que en las palabras de Henri Ey (1970) lo que define al inconsciente es que sea desconocido para la conciencia.

El paradigma sistémico

En el paradigma sistémico, se asume que un sistema implica un todo en interacción, en un proceso que no tiene comienzo ni fin. La búsqueda de conservar su punto de equilibrio homeostático o coherencia sistémica lleva a los sistemas a la resistencia al cambio. Y cuando el cambio de la totalidad se produce, las partes pasan a ser afectadas, sean estas “partes” cognitivas, afectivas o conductuales. Así también permite ver la necesidad de abordar al sistema familiar como un todo, en aquellos casos en que la familia tenga un rol significativo en la mantención del desajuste.

En el cuadro 3. Se aprecia una síntesis de los referidos paradigmas.



Cuadro 3. Los Paradigmas del Supraparadigma Opazo R. y Bagladi V. (2010)

2.1.2 El sistema SELF

Opazo, R. (2001) señala que son muchos los autores que han contribuido a conceptualizar el sistema SELF, Adler, Freud, James, Rogers, Bandura, Jung, Perls, Kernberg, Mahoney, Maslow, Guidano, Kohut.

En el Modelo Integrativo Supraparadigmático el sistema SELF es el punto central de la experiencia (Maslow, 1943, Rogers, 1966) y constituye el eje de integración de los sub sistemas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo e inconsciente, los cuales operan en un sistema total. El sistema SELF es la esencia de nuestra personalidad... (Kohut, 1971)

El sistema SELF recibe dos tipos de influencias en el proceso de significación. “Desde fuera” los estímulos aportan la materia prima. “Desde dentro” los subsistemas o paradigmas influyen y “presionan” al sistema SELF para que

procese de determinada manera, en función al mundo interno de quien está percibiendo. También los principios de influencia de los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo e inconsciente pueden presionar al sistema SELF desde dentro; es decir, el proceso interno de “psicofactura”, que culmina en el estímulo efectivo, es diferente de una persona a otra.

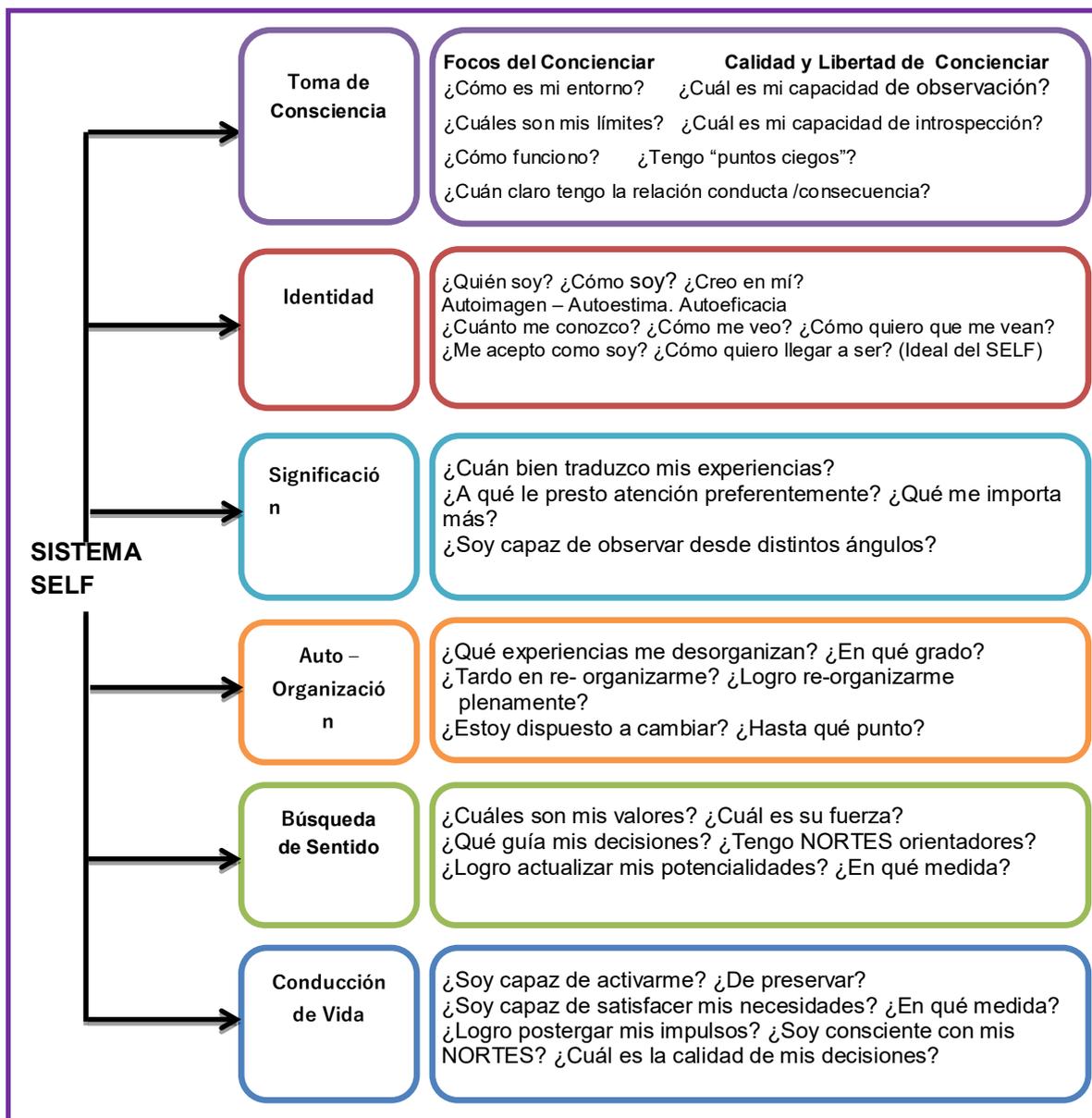
EL SISTEMA SELF, se va desarrollando a lo largo de la vida de la persona y en su conformación y dinamismo participan y contribuyen los seis paradigmas incluidos en el Supraparadigma Integrativo.

En el ámbito de la psicoterapia, la experiencia terapéutica depende en gran medida del rol “traductor” de la experiencia que realiza el sistema SELF del paciente.

El sistema Self realiza las funciones de: toma de Consciencia, Identidad, Significación, Autoorganización, Búsqueda de sentido y Conducción de vida. (Ver cuadro 4)

Toma de Consciencia

Guarda directa relación con el awareness o darse cuenta. Esta función precede a las funciones de Significación e Identidad, y va surgiendo en la configuración progresiva del sistema SELF desde su gestación en donde el awareness es más bien difuso, hasta el poder responder a la pregunta “¿quién soy yo?” por medio de una significación más madura sobre lo percibido (Opazo, en Prensa).



Cuadro 4. El Sistema SELF (1ra. Clase de M. Integrativa)

Identidad

Entendemos identidad personal como "(...) el sentido de mismidad o continuidad del sí mismo, a pesar de los cambios ambientales y del crecimiento individual" Grinberg, (1978) en Gonzales J. (2012) señala que la identidad personal se construye en el tiempo a través de la respuesta de los demás, de los éxitos y fracasos, del cómo procesamos nuestra experiencia. Las dimensiones centrales de la identidad son: la autoimagen, autoestima y autoeficacia, las cuales requieren estar basadas en experiencias vitales lo más realistas y objetivas posibles.

La autoimagen se relaciona con el autoconcepto, es decir, sobre cómo se percibe y qué piensa acerca de sí mismo el individuo; ambas influyen en la percepción que se tenga del mundo y sobre las consecuencias de sus conductas.

La autoestima guarda relación con aquello que la persona siente hacia sí misma, con aquello que le gusta y que le molesta sobre sí misma, y con cuanto se valora como persona (Opazo citado en Gonzales, 2012).

La autoeficacia corresponde a la percepción de sus capacidades para desplegar conductas adecuadas en diferentes planos, por ende, expectativas realistas permitirán plantearse metas acordes a sus capacidades y por ende enfrentar menores frustraciones.

El proceso de toma de decisiones se ve enriquecido si contamos con una identidad personal clara y estable.

Significación

Interpretar un hecho involucra traducirlo, darle significado, “psicofacturarlo”, el proceso de traducción de la experiencia, es decir, su organización, modificación e interpretación genera un significado y un estímulo efectivo que va modificando al propio sistema SELF y que puede movilizar conductas abiertas o generar efectos cognitivos, afectivos o inconscientes (Opazo, 2001).

La persona dispone de muchos significados posibles, y a través de la significación que les da su capacidad de análisis en funciones de varios aspectos (biológicos, cognitivos, afectivos e inconscientes), puede transformar en trascendentales o insignificantes los mismos estímulos.

El proceso de significación es integral pues no solo es un proceso cognitivo, involucra también aspectos biológicos, afectivos e inconscientes; y como tal,

requiere la participación del sistema SELF. Un sistema SELF bien desarrollado y fuerte permite una observación global y por consiguiente un buen análisis de la realidad, que posibilita a la persona encarar con fortaleza variedad de percepciones.

Autoorganización

La esencia de la vida es el cambio y la transformación, ambos nos obligan a un proceso continuo de asimilación y adaptación activando los mecanismos del equilibrio homeostático.

En el individuo psicológicamente bien desarrollado, la función de auto – organización es rápida y completa, si bien no lo devuelve al punto inicial, pues toda experiencia significa un cambio.

Para el enfoque integrativo, desarrollo y superación personal implican ser una persona “resiliente” que sea capaz de fortalecerse y resistir sin perder su identidad ante situaciones complejas.

Búsqueda de sentido

El sentido puede y suele ir modificándose a través del tiempo, ya que la perspectiva, ambiciones y experiencias aportan materia prima que modifica al SELF, sistema encargado de llevar a cabo esta función.

Si la existencia del individuo tiene sentido, está en mejores condiciones de superar las dificultades ante la consecución de sus metas, un desarrollo personal estructurado en base a valores consistentes, lo que se plasma en una sabiduría existencial para juzgar y tomar mejores decisiones.

Conducción de vida

El sistema SELF es concebido como un agente activo que controla, regula y guía la conducta, las emociones, pensamientos y metas, por ende esta función guarda estrecha relación con la capacidad para movilizar conductas, es decir,

con la capacidad de persistencia y la capacidad para tolerar la frustración por fracasar.

Desde este punto de vista, un sistema SELF fuerte cuenta con las energías disponibles para perseverar en los esfuerzos y disminuir la conducta impulsiva al poder resistir a las tentaciones, razón por la cual entendemos la proximidad entre la función de control conductual y desarrollo personal en el individuo.

2.1.3 Principios de influencia

“Hacen referencia a una relación entre un hecho específico (precedente) y un hecho específico (consecuente). La presencia del primero aumenta la PROBABILIDAD de que se produzca el segundo” Opazo, R. y Bagladi, V., 2010 (p. 23)

A ⇒> Pb B

Principios de influencia del paradigma biológico

General:

Cambios genéticos, endocrinos, neuroanatómicos y neurofisiológicos específicos influyen aumentando la probabilidad de ciertas cogniciones, afectos o conductas específicos.

Específicos:

- El cansancio influye aumentando la probabilidad de que aumente el umbral hedónico.
- El sueño reparador influye aumentando la probabilidad de que baje el umbral hedónico.
- La gimnasia sistemática influye aumentando la probabilidad de relajación.

Principios de influencia del paradigma cognitivo

General:

Cambios cognitivos específicos influyen aumentando la probabilidad de que se presenten ciertos afectos o conductas específicos.

Específicos:

- Altas expectativas de autoeficacia en relación a cierta conducta específica influyen aumentando la probabilidad de enfrentamiento sin ansiedad del objeto relacionado con esa conducta.
- Las autoexigencias rígidas de perfeccionismo influyen aumentando la probabilidad de que se presente ansiedad.
- Una mayor valoración cognitiva de las consecuencias positivas de la conducta influye aumentando la probabilidad de que esas consecuencias tengan un valor reforzante.
- La atención selectiva a lo negativo influye aumentando la probabilidad de que se presenten afectos negativos.

Principios de influencia del paradigma afectivo**General:**

Cambios afectivos específicos influyen aumentando la probabilidad de que se presenten ciertas cogniciones, afectos o conductas específicos.

Específicos:

- La presencia de ansiedad, pena o rabia influye aumentando la probabilidad de cogniciones “negativas” (Pensamiento emocional).
- La presencia de un estado de ánimo positivo influye aumentando la probabilidad de resistencia a que surjan afectos negativos (inercia afectiva)

Principios de influencia del paradigma inconsciente**General:**

Un contenido cognitivo/emocional específico marginado de la conciencia, influye aumentando la probabilidad de que se presenten ciertas cogniciones, afectos o conductas específicos.

Específicos:

- Los valores específicos de la sociedad, del colegio y especialmente de la familia, influyen aumentando la probabilidad de que ciertas cogniciones y afectos específicos sean marginados de la conciencia.
- El ampliar el darse cuenta del paciente acerca del rol de sus cogniciones, afectos y conductas en su dinámica psicológica, influye aumentando la probabilidad de que se incremente su motivación hacia el proceso de psicoterapia.
- La modificación de autoexigencias rígidas y/o despóticas influye aumentando la probabilidad de un mejor awareness del propio mundo cognitivo/emocional.
- Un proceso de “awareness” gradual influye aumentando la probabilidad de aceptación en la conciencia de contenidos cognitivo/emocionales conflictivos.
- La aceptación en la conciencia de contenidos previamente marginados, influye aumentando la probabilidad de “relax” en el sistema psicológico de la persona.
- Entre mayor sea la no aceptación en la conciencia de contenidos cognitivo/emocionales, mayor será la tensión y el desgaste energético del sistema psicológico de la persona.
- Una tendencia generalizada a marginar de la conciencia a las propias respuestas emocionales, influye aumentando la probabilidad de que se presenten desajustes psicofisiológicos.
- La mayor conflictividad emocional asociada a un estímulo influye aumentando la probabilidad de que el estímulo no sea reconocido conscientemente.
- La presencia de mecanismos de defensa inconscientes (represión, negación, proyección, racionalización, etc.) influye aumentando la probabilidad de tensión interna y empobreciendo el análisis de realidad.

Principios de influencia del paradigma ambiental – conductual

General:

Cambios ambientales y conductuales específicos influyen aumentando la probabilidad de que se presenten ciertas cogniciones, afectos o conductas específicos.

Específicos:

- Un ambiente completo y variado influye aumentando la probabilidad de satisfacción de las necesidades de la persona, con el consiguiente bienestar psicológico (realización).
- Un ambiente carente de estímulos estresantes influye aumentando la probabilidad de bienestar psicológico (relax). Un cambio específico a nivel conductual influye aumentando la probabilidad de cambios específicos a nivel cognitivo y afectivo (“quien no vive como piensa termina pensando cómo vive”)
- El reforzamiento positivo de una conducta específica influye aumentando la probabilidad de futura emisión de esa conducta.

Principios de influencia del paradigma sistémico

General:

Un cambio estable en el sistema psicológico total influye aumentando la probabilidad de cambio de las partes del sistema. Un cambio estable en una parte del sistema influye aumentando la probabilidad de cambio del sistema total.

Específicos:

- La tendencia del sistema psicológico a mantener su punto de equilibrio homeostático, influye aumentando la probabilidad de morfostasia, es decir la resistencia al cambio.
- En el plano interaccional la emisión de una conducta “negativa”, percibida negativamente por la otra persona, aumenta la probabilidad de que ésta responda a su vez con una conducta “negativa”.

2.2 La psicoterapia

2.2.1 Definición

La palabra *Psico* proviene del griego *Psiche*, cuyo significado es espíritu, alma o ser (Breggin, 1991). La palabra *terapia* proviene de la palabra griega *therapeutikos* que significa asistente o aquel que cuida de otro. Por lo tanto, *psicoterapia* significa cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona. Los psicoterapeutas hacen esto escuchando a sus clientes, tomándolos en serio, ofreciendo comprensión y respeto y respondiendo de una manera que ayude a los clientes a encontrar soluciones a sus problemas. (Kleinke C. 2002)

La Asociación Internacional de Psicoterapia Integrativa (2011) postula que, se reconoce que la integración es un proceso con el cual los terapeutas también necesitan comprometerse ellos mismos. Por tanto, hay un énfasis en la integración personal de los terapeutas. Sin embargo, aunque un énfasis en el crecimiento personal del terapeuta sea esencial, también hace falta que haya un compromiso con la búsqueda del conocimiento en el área de la psicoterapia y sus campos afines.

Baringoltz S. (2008,) define a la Psicoterapia como el proceso de co-construcción entre terapeuta y paciente, compartiendo la atribución de significados sobre el proceso terapéutico y sus protagonistas. Cada paciente es único. Cada relación terapéutica distinta a otra. Cada proceso es un viaje singular e irrepetible.

2.2.2 Variables Inespecíficas

Las Variables Inespecíficas en Psicoterapia, son aquellas que están presentes en todos los contextos terapéuticos, desempeñando un importante papel en el logro del éxito terapéutico; entre estas están: las variables del paciente, del terapeuta y de la relación.

Sobre este punto, Opazo R. (2004) señala que el “ayudar a que el paciente se ayude a sí mismo” pone en juego además las variables del terapeuta, de la relación y las estrategias clínicas. De este modo, las características del terapeuta, de la relación, de los principios de influencia y de las técnicas, podrán “nutrir” mejor o peor, aportar más o aportar menos a que el paciente co-construya estímulos efectivos consistentes con los objetivos terapéuticos. A este nivel, el tema central es lograr generar, en el paciente, estímulos efectivos favorecedores de la motivación al cambio, de las expectativas de cambio y de la confianza tanto en el enfoque como en el terapeuta. Las variables del terapeuta y de la relación tendrán como función favorecer una adecuada activación del paciente y generar un terreno propicio para que el paciente acoja en buena forma las estrategias de cambio más específicas.

Variables del paciente

Macarena P., Román M., Chenevard C., Espinoza A., Iribarra D., Müller P. (2008) señalan que son aquellas pre-existentes en el consultante, que dan cuenta de los resultados obtenidos en la psicoterapia, y que son las mejores predictoras de resultados. Entre las más estudiadas destacan: variables demográficas, diagnóstico clínico, expectativas, y disposición personal (Winkler & cols., 1989; citado por Macarena P. y cols, 2008).

Por su parte, Opazo R. (2004) señala las siguientes: expectativas de cambio, creencias en la terapia y en el terapeuta, motivación al cambio, vínculo afectivo con el terapeuta, conducta de cambio, características del desajuste y la posibilidad de generar estímulos efectivos.

La relación terapéutica

La investigación indica que nuestra presencia como profesionales de la salud física o mental, la medida en que establecemos una conexión plena con las personas que atendemos, es uno de los factores más importantes para fomentar su curación y la respuesta positiva a nuestra labor terapéutica. Diversos estudios sobre la eficacia de la psicoterapia indican que, con

independencia del método o la técnica que apliquemos, la relación terapéutica es uno de los factores que más inciden en los resultados positivos (véase Norcross, Beutler y Levant, 2005, citados en Siegel D.2013).

Kleinke C. (2002) propone la definición dada por Gelso y Carter (1985) quienes definen a la relación terapéutica como los *sentimientos y actitudes que los participantes en el “counseling” tienen entre sí, y su manera de expresión.*

De acuerdo con Mussi, C. (2005), algunos de los resultados investigativos más significativos de los últimos años sobre efectividad terapéutica, señalan la enorme relevancia clínica que tiene para mejorar los resultados en terapia, el desarrollo de una relación terapéutica efectiva, como así también, manejar los procesos de ruptura y reparación; esto implica un manejo adecuado de los sentimientos negativos de los pacientes, conllevando ello respuesta asertivas de los terapeutas.

La alianza terapéutica ha sido definida y nombrada de diversas maneras, sin embargo la mayoría de los términos y definiciones destacan tres temas, a) la naturaleza colaborativa de la relación, b) el lazo afectivo entre paciente y terapeuta y c) la capacidad de paciente y terapeuta de ponerse de acuerdo sobre los objetivos y las tareas del tratamiento (Martin, Garske y Davis, 2000).

2.2.3 Variables del terapeuta

Baringoltz, S.; Levy R. (2013) señalan que en los últimos treinta años corrió mucha agua bajo el puente, surgieron nuevas necesidades frente a una realidad con cambios vertiginosos, donde nuevas problemáticas demandaban otras respuestas. Los resultados de las investigaciones privilegian la persona del terapeuta y el vínculo como factor central en los resultados de la psicoterapia. Este señalamiento es confirmado por Opazo R. quien acota que en el estado actual del conocimiento clínico, el efecto terapeuta tiende a ser mayor que el efecto enfoque: “como lo han demostrado muchos estudios, las

características de los terapeutas están más relacionadas con los resultados que los enfoques a los que adscriben” (Hanna y Ottens, 1995, p. 214).

El mito del terapeuta sobrehumano al que no le pasan cosas, que esta mas allá del bien y del mal, que no sufre ni goza, que no tiene necesidades, que todo lo puede, probablemente este enraizado en la interpretación errónea de enfoques que sustentan el estandarte de la imparcialidad del analista; dentro de esta concepción, el terapeuta funcionaria como una pantalla neutra en la que el paciente deposita sus *imagos* parentales (Levy R. 2013). Sobre este mismo punto, cita a Safran (1994) quien sostiene que la noción de terapeuta imparcial o neutral es una quimera, puesto que el terapeuta es un ser humano con sus propias dificultades y zonas de particular sensibilidad, y estas interactúan inevitablemente con los problemas y puntos sensibles del paciente.

Las variables del terapeuta más relevantes para el proceso de cambio, según se desprende de la investigación y de la práctica clínica, no se refieren a su capacidad para aprender técnicas. Lo relevante al respecto dice relación con actividades más complejas que incluyen aspectos de “mundo interno” y capacidades de contacto interpersonal. “Los terapeutas requieren de una capacidad básica para la auto-aceptación, así como de la voluntad y valentía para enfrentar sus propios demonios y para comprometerse en un permanente proceso de auto-exploración y de crecimiento personal” (Safran y Muran, 2000,)

Fernández - Álvarez, H. y Opazo, R. (2004) para resaltar la importancia de la persona del terapeuta, retoman lo plantado por Aponte y Winter (2000), que señalaron que un profesional competente debe tener una comprensión clara de su estructura emocional, sus valores, espiritualidad, sus relaciones familiares y su cultura. Al mismo tiempo, el terapeuta “debe ser consciente de los temas que trae a la relación procedentes de su propia historia y experiencia vital, ¿qué es lo que se remueve en su interior a partir de la interacción con el cliente en un momento determinado?” Señalando respecto a todo esto que

alguien que tiene “una mayor comprensión y dominio de sí” puede ofrecer un servicio mejor.

Rothschild B. (2009) precisa que como profesionales asistenciales, nuestras emociones también son vulnerables a la contaminación con los sentimientos de nuestros clientes. A veces, esto es una ventaja que nos sirve para percibir sus mundos interiores. Otras veces, no nos beneficia vernos infectados por el estado anímico del cliente; señalando al respecto que muchos terapeutas sufren con su trabajo a consecuencia de la empatía inconsciente, es decir, los procesos empáticos que se hallan fuera de la conciencia del terapeuta y por lo tanto ajenos a su control.

Opazo, R. (2001) enfatiza el rol de las variables del terapeuta en Psicoterapia Integrativa, explicando que este es quién aporta la materia prima que procesara el paciente; es decir, que entre más “completo” sea el terapeuta, más probable es que pueda aportar la “estimulación” adecuada requerida por el paciente...como materia prima a ser psicofacturada por su sistema SELF. En suma, por cada carencia o deficiencia del terapeuta, algo puede perder el paciente. Sobre este punto, señala que la Psicoterapia Integrativa aboga por un terapeuta lo mas “completo” posible; dentro de ello resaltando principalmente la vocación de ayuda, el bienestar psicológico, la capacidad de empatía, calidez, capacidad motivadora y la variedad experiencial. Muchas variables del terapeuta pueden ser compensadas con otras conductas, sin embargo, como ya se mencionó, debe tomarse en cuenta que por cada carencia del terapeuta el paciente puede perder algo. Finalmente resalta que el paciente no interactúa con variables aisladas, está confiando su mundo interno y sus conflictos a otra persona en el contexto de una relación de mutua influencia, por ello la calidad humana del terapeuta se hace imprescindible para merecer esa confianza.

VARIABLES DEL TERAPEUTA

Variables especialmente relevantes	Repertorio conductual del terapeuta	Uso del timing	Relación paciente terapeuta	Rol de los estímulos efectivos
Vocación de ayuda Bienestar psicológico Capacidad de empatía Calidez Capacidad como agente motivador Variedad experiencial	A mayor repertorio conductual del terapeuta mayor probabilidad de ayudar a distintos tipos de pacientes	Las variables del terapeuta deben ser activadas en timing. La misma conducta es apropiada para un paciente y no para otro. La misma conducta es apropiada en un momento y no en otro.	Una buena relación paciente/terapeuta aumenta la opción de aporte de las variables del terapeuta	El aporte clínico de las variables del terapeuta es función del significado otorgado por el sistema SELF del paciente

Cuadro 5. Variables del terapeuta Opazo, R. (2001)

2.2.4 Aspectos positivos de ejercer la psicoterapia

Fernández - Álvarez, H., Opazo, R. (2004) retoman lo planteado por varios autores al decir que Los psicoterapeutas reconocen que su trabajo los puede vaciar emocionalmente, producir ansiedad y depresión, al mismo tiempo, puede generar alivio, gozo, sentido, desarrollo psicológico, vitalidad, excitación, compromiso genuino e incrementa su aprecio por las relaciones humanas, incluso algunos perciben su actividad como un servicio espiritual.

Klinke C. (2002) comparte los aspectos positivos de ejercer la psicoterapia planteados por Guy en 1987, y son los siguientes:

1. Independencia. Los terapeutas pueden practicar su profesión en función de sus fuerzas y preferencias personales. Habitualmente son libres de personalizar su trabajo y de sentirse satisfechos por sus logros. Otros

beneficios de esta profesión son el control de citas y horarios y la libertad de llevar la diversidad y variedad al trabajo de uno.

2. **Ganancias económicas.** Los clínicos son capaces, dentro de algunos límites, de determinar cuánto tiempo quieren trabajar y cuánto dinero desean ganar. A menudo los terapeutas pueden fijar sus propias tarifas, y tienen la posibilidad de complementar sus ingresos impartiendo seminarios, cursos y aceptando clientes extra.
3. **Variedad.** La psicoterapia ofrece a los clínicos un amplio abanico de experiencias y desafíos, al igual que la oportunidad de trabajar con tipos muy diferentes de personas interesantes con una gran variedad de problemas.
4. **Reconocimiento y prestigio.** Generalmente los psicoterapeutas son respetados y considerados debido a su especial formación, experiencia y profesionalismo. Las personas son curiosas por naturaleza respecto a la psicoterapia y normalmente perciben a los clínicos como personas educadas y sensibles.
5. **Estimulación intelectual.** La psicoterapia es un oficio que requiere de resolución de problemas, búsqueda de claves, probar corazonadas, y realizar y presentar investigaciones científicas. La profesión ofrece la oportunidad de compartir ideas y teorías con colegas, de leer publicaciones profesionales dedicadas al campo de interés particular y encontrarse con colegas en conferencias profesionales.
6. **Crecimiento y satisfacción emocional.** La práctica clínica proporciona oportunidades de crecimiento personal y emocional a través del acompañar el autodescubrimiento de los clientes, el observar como algunos pese a todo y a todos se sobreponen a sus problemas, añadiéndose a ello, el desafío que supone un nuevo cliente.

2.2.5 Aspectos negativos de ejercer la psicoterapia

La revisión bibliográfica da cuenta de numerosas investigaciones en relación a los efectos negativos de ejercer como psicoterapeuta, entre esos aspectos

están la contratransferencia, el estrés, burnout, entre otros. A continuación se expondrá de la manera más breve posible estos aspectos.

Díaz N. (2011), manifiesta:

Las consecuencias del descuido personal, en términos de salud mental y física para el terapeuta, pueden ser variadas y con distintos niveles de ansiedad. Se pueden señalar síntomas como problemas en la regulación del sueño, síntomas depresivos y ansiosos, disminución de la energía física, problemas en las relaciones interpersonales y familiares, y como consecuencia, un distanciamiento social, afectos negativos y emociones displacenteras, con los respectivos problemas de autoimagen, autoestima y autoeficacia. Si a todo esto le sumamos una creciente exposición a ambientes estresantes y un pobre awareness en la relación autocuidado, bienestar físico y psicológico, el pronóstico se complica aún más (p.6)

Estrés

Hirsch, Pablo F. (2012) tomando en consideración una serie de estudios (Deutsch, 1985; Elkind, 1992; Norcross y Guy, 2007; Sussman, 1995), Kottler (1993) compiló una lista de fuentes de estrés:

- *Estrés inducido por el consultante.*
- *Estrés del contexto de trabajo.*
- *Estrés autoinducido.*
- *Estrés relacionado con ciertos eventos.*

Hirsch, P. (2012) afirma que las mujeres reportan mayor ansiedad y deterioro por factores laborales con respecto a los varones porque tienen mayor carga de trabajo doméstico y gastan gran cantidad de energía tratando de cumplir ambos roles a la perfección, además, tienen mayor capacidad de comunicar sus preocupaciones. Señala también que a mayor edad, experiencia, confianza y estabilidad económica los psicoterapeutas han aprendido a evitar, reducir

ciertos factores laborales estresantes o a lidiar con los mismos si son inevitables, (Hirsch, P., 2012)

Díaz N. (2011), refiere un estudio, donde Mahoney (1997) en una encuesta a 325 profesionales de la salud mental en relación a los problemas propios de la profesión, extrajo los siguientes resultados:

“Un 43 % sufrió de irritabilidad o se sintió exhausto emocionalmente, un 44% habría sufrido de sueño poco reparador, un 42 % dudó alguna vez de su efectividad como terapeutas, un 38 % ha tenido que enfrentar problemas en sus relaciones íntimas y un 35% ha sufrido episodios de ansiedad o depresión.

El equipo de Betta R., Morales G., Rodríguez K. y Guerra C. (2007), realizaron una extensa revisión bibliográfica sobre el desgaste laboral que padecen quienes trabajan vinculados al sufrimiento humano, en ellas se reportan los siguientes efectos: burnout, el estrés traumático, síntomas ansiosos y depresivos, el abuso de sustancias, problemas en las relaciones interpersonales, trabajo deficiente vinculado a un incremento de licencias médicas, ausentismo laboral y disminución de la productividad. En este contexto en Chile, 78% de los profesionales reconocen estar afectados psicológicamente y de estos, el 83% lo relacionaron directamente con factores laborales.

Hirsch P. (2013) en base a una minuciosa revisión de la bibliografía pertinente, señala que las siguientes circunstancias van en desmedro de la capacidad terapéutica: problemas en las relaciones personales cercanas, lesiones mayores o enfermedades graves, factores laborales (demandas por mala praxis, cambios en la situación laboral, tiempo insuficiente para cumplir obligaciones).

Rothschild B. (2009) expresa, la empatía es una competencia que constituye un elemento esencial en nuestro trabajo, que si bien son innegables sus aspectos positivos, también expone al terapeuta a aspectos negativos. En cuanto a esto último, son cuatro los términos que se han popularizado para describir los riesgos negativos a los que se enfrentan los terapeutas: *fatiga por compasión, traumatización vicaria, traumatización secundaria y síndrome de burnout*.

De acuerdo con Mussi C. (2005), el Síndrome de estar quemado (Burnout) es la consecuencia del continuo e inevitable estrés laboral al que suele estar expuesto el terapeuta en su diario quehacer, que deriva en síntomas de agotamiento psíquico, emocional y físico. Asimismo, el psicoterapeuta al ser testigo visual y auditivo del relato de historias dolorosas de los pacientes, puede desarrollar el Desgaste por Empatía o "*Compassion Fatigue*".

Estrés traumático secundario o Fatiga por compasión

Betta et al. (2007) refieren que en este tipo de trastorno el psicólogo clínico presenta sintomatología relacionada con las experiencias traumáticas de sus pacientes en tres niveles; I) síntomas intrusivos, donde cuestiones relacionadas con el trabajo o los pacientes invaden el tiempo personal del psicólogo; II) síntomas evitativos, 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: aumento de la ansiedad; impulsividad y reactividad, además de un estado de sobre alerta en relación con la percepción de exigencias o amenazas provenientes del medio ambiente, trastornos del sueño y dificultades en la concentración, entre otros.

Rothschild, B. (2009) precisa que se ha popularizado considerablemente el trabajo con individuos y grupos traumatizados, y por consiguiente, también se ha convertido en algo frecuente para los psicoterapeutas y sus consultores, observar consecuencias negativas derivadas de trabajar con clientes traumatizados, consecuencias que impactan no solo al terapeuta, sino a su

entorno laboral (perdida de horas de trabajo, bajas de personal, reclamaciones y jubilaciones prematuras).

McCann y Pealman (1990; citados por Mussi C. 2005), describen el trastorno de estrés traumático secundario o compassion fatigue, como una “traumatización vicaria”, debido a una acumulación de recuerdos vinculados con el material traumático de los consultantes, y que además afecta la perspectiva del terapeuta con relación al mundo, a la vez que es afectada por ésta.

El sistema de creencias de los terapeutas puede variar en función de su identidad genérica. Por ejemplo, las mujeres pueden identificarse con las víctimas de violencia intrafamiliar, y al hacerlo, encaran su propia vulnerabilidad; los hombres, identificados con el género masculino, deben reconocer los actos malvados de otros hombres y cuestionar la diferencia o similitud entre ambos. (Claramunt M., 1999)

Burnout

Para Rothschild, B. (2009) el agotamiento o *burnout* (literalmente estar quemado) es un término usado para describir las consecuencias de varias formas de estrés laboral. En sus orígenes, puede significar cualquier cosa que oscile desde la necesidad de un día libre hasta el hecho de convertirse en alguien completamente disfuncional o descompensado. (p.57)

Mussi C. (2005), afirma que es bastante común que el síndrome del Burnout, afecte a profesionales que brindan servicios asistenciales, por esta razón hace un tiempo ya, el Parlamento Europeo, ha destacado como factores de riesgo en relación a estas profesiones, el desfase existente entre el espíritu altruista implícito a este marco de actividades, la formación recibida y la realidad laboral, para la aparición del síndrome.

Rothschild, B. (2009) menciona, las consecuencias negativas del trabajo terapéutico son con frecuencia inconscientes. Son demasiados los terapeutas que se aproximan a las situaciones de agotamiento (burnout) sin advertirlo.

Autores como Kleinke, C. (2002) refieren que el burnout es un estado de agotamiento profesional, despersonalización y escasa satisfacción personal experimentado por aquellos profesionales que brindan servicios de asistencia cuyo trabajo implica ayudar a otros con sus problemas.

Se caracteriza por las siguientes dificultades Ackerley, Burnell, Holder y Kurdek (1988, citados por Kleinke, C. 2002).

- Agotamiento físico y emocional
- Responder de forma negativa a los demás
- Menor satisfacción con uno mismo y con los propios logros

Mussi C. (2005)

Elabora una lista de síntomas asociados al burnout, las investigaciones que Hirsch P. (2012) menciona, coinciden con la misma reportándose:

- Síntomas físicos: fatiga, anergia, cefalea, insomnio, somatizaciones, tensión muscular, disminución de la libido, alteraciones del sueño y el apetito.
- Síntomas psicoemocionales: irritabilidad, pérdida de interés, abulia, culpa, desesperanza, anhedonia, insatisfacción, sensación de vacío, tristeza, depresión y deterioro de la autoestima.
- Síntomas conductuales: reactividad, agresividad, aislamiento, abuso de sustancias, conductas compulsivas.
- Síntomas relacionados con el trabajo: disminución del rendimiento, absentismo, faltas justificadas y sin justificar, tardanzas, mayor rotación, aburrimiento.

- Síntomas interpersonales: conflictos, insensibilidad, desconexión con los otros o aislamiento de los colegas.
- Síntomas cognitivos: dificultad para tomar decisiones, olvidos de citas programadas, y de temas de agenda, disminución de la concentración.
- Cambios espirituales: pérdida de fe y del sentido laboral, crisis de creencias y valores, crisis vocacional (vivencias de incompetencia y fantasías de abandono o cambio de trabajo) (p. 103).

En cuanto a los factores relacionados con el burnout, un estudio realizado entre profesionales de la salud, encontró que “la falta de éxito terapéutico” era el aspecto más estresante de su actividad profesional (Farber y Heifetz, 1982). Lo que destaca la importancia de desarrollar sistemas de apoyo profesional, la negociación de la carga de trabajo y el mantenimiento de expectativas realistas. Un estudio de factores relacionados con el burnout entre psicólogos clínicos arrojó las siguientes conclusiones: Los clínicos afectados por el agotamiento emocional y la desmoralización son más frecuentemente jóvenes y están excesivamente implicados con sus clientes; aquellos afectados por la baja sensación de rendimiento personal obtenían ingresos más bajos, experimentaban escaso control sobre su trabajo y no contaban con suficiente apoyo profesional. (Ackerley et al., 1988 citado por Kleinke C., 2002)

Hirsch P. (2012) señala que la mayoría de los estudios realizados se han hecho con profesionales de la salud, como médicos y enfermeras (Ortega, Ortiz y Coronel, 2007; Renzi, Tabolli, Lan, Di Piedro y Puddu, 2005). Se estima que aproximadamente el 32% de los terapeutas puede experimentar a lo largo de su carrera síntomas compatibles con el síndrome de *burnout* suficientemente intensos, como para afectar la calidad de su trabajo clínico (Wood, Klein, Cross, Lammers y Elliot, 1985) (p. 70)

2.3 El autocuidado del terapeuta

2.3.1 Antecedentes

La teoría del autocuidado se origina en la década de 1930 gracias a los planteamientos de la autora norteamericana Dorotea Orem, quien lo define como las actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, para promover su salud y tratar su propia enfermedad (González y Arriagada, 1999; Tapia y Iturra, 1996; Uribe, 1999; citado por Guerra C., Platz A., Bermúdez A., Rojas N., 2011).

En la actualidad el constructo es aplicado tanto a pacientes crónicos, así como a profesionales de ayuda, con el fin de prevenir y tratar el desgaste laboral (McLean y Wade, 2003; Saakvitne y Pearlman, 1996; citado por Guerra C. et al., 2001).

El autocuidado de la salud se inscribe dentro del concepto de Promoción de la Salud, enunciado en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Ottawa, 1986). Se indicó que la salud es un recurso para la vida y que ésta se crea cuidando de sí mismo y de otros en la medida que se tiene la capacidad para tomar decisiones, controlar las circunstancias y el entorno que afecten la vida y la salud de las personas (OMS/OPS, 1986; citado por Hernández I., Arenas L., Martínez P., y Menjívar A., 2003).

Guerra C., Rodríguez K., Morales G. y Betta R., (2007) indican que existen escalas de autocuidado dirigidas a evaluar el constructo en pacientes crónicos y no en profesionales; por ello, crearon una escala para evaluar la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado en psicólogos clínicos. Posteriormente, en otra investigación, correlacionaron sus resultados con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión. 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.

Baringoltz S. (2008) directora del Centro de Terapia Cognitiva, expresa que no siempre la exigencia del entrenamiento y/o práctica profesional está combinada con el cuidado de la persona del terapeuta, y esta es una de las grandes dificultades que se deben encarar, puesto que las instituciones centran su preocupación en la formación o buen desempeño profesional y no en el cuidado del profesional. Ello se suma a que los terapeutas tampoco se ocupan demasiado de sí mismos. Si bien el terapeuta sabe lo que necesita (limitar sus horas de trabajo, no aceptar muchos pacientes difíciles, tiempo para otras actividades, un entorno de relaciones satisfactorias, proyectos de vida, períodos de vacaciones, etc.), no siempre lo hace, ya sea por limitaciones internas o externas.

Morales y Lira (2000; citado por Guerra C., et al., 2011), reconocen la existencia de cuatro modelos o concepciones del autocuidado en profesionales: a) El modelo de reivindicación institucional, que contempla el análisis crítico de las condiciones institucionales en las que desarrolla su labor y que impactan en su desgaste o satisfacción laboral; b) El modelo de identidad social, que enfatiza aspectos relacionados con la identidad grupal o gremial del profesional, que le permiten sobrellevar las vicisitudes asociadas a su trabajo; c) El modelo de impacto emocional, que hace referencia a los aspectos transferenciales del trabajo terapéutico y su sintomatología asociada, y d) El modelo de sociabilidad, que enfatiza en los aspectos sociales y recreativos en los equipos de trabajo.

2.3.2 Definición

Betta R. y cols. (2007), señalaban que aún existe información difusa respecto a lo que en la práctica se considera como autocuidado ya que, es definido operacionalmente de variadas maneras por los diferentes autores, la revisión bibliográfica apoya tal afirmación. A continuación se exponen algunas de las definiciones encontradas.

Hirsch P. (2013) señala que en función a lo expuesto por Figley, 2002; Hesse, 2002; Pearlman y Saakvitne, 1995; Richardson, 2001; Saakvitne y Pearlman, 1996, puede definirse al autocuidado como un proceso en el cual el terapeuta interviene en la promoción, prevención y tratamiento de su propia salud.

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; citado por Betta R. y cols., 2007).

Desde una visión pragmática y conductual, Barudy (2000; citado por Guerra C. et al., 2011) señala que estas conductas pueden ser emitidas tanto por los directivos de la organización donde el profesional trabaja (generando condiciones de autocuidado) o bien por el mismo profesional (por medio de conductas de autocuidado).

Varios autores retoman el concepto propuesto por Orem (1983): Autocuidado es una función reguladora que las personas deben deliberadamente, llevar a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar.

Murillo (2001; citado por Guerra C. et al., 2011, Chamarrita A., 2010), define el autocuidado como las estrategias de afrontamiento que puede implementar el profesional para prevenir déficits, mejorar su calidad de vida y fortalecer su sensación de bienestar general, por lo que se espera que la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado se encuentre directamente relacionada con los índices de bienestar y calidad de vida de los psicólogos.

Uribe (1999; citado por Díaz N. 2011) refiere que el autocuidado se relaciona con tres principios básicos:

- 1) Es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.

2) Debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual íntimamente ligada a la cotidianidad y a las experiencias vividas de las personas, pero a su vez debe estar fundamentado en un sistema de apoyo formal e informal como es el sistema social y el de salud.

3) Es una práctica social que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y que da lugar a intercambios y relaciones interindividuales.

Como se señaló al empezar este punto, la revisión bibliográfica evidencia unagama de definiciones conceptuales y operacionales del autocuidado en terapeutas. En todas ellas se hace referencia al autocuidado como un proceso en el cual el terapeuta interviene en la promoción, prevención y tratamiento de su propia salud (Figley, 2002; Hesse, 2002; Pearlman y Saakvitne, 1995; Richardson, 2001; Saakvitne y Pearlman, 1996; citados por Guerra C. et al., 2008). De este modo, el autocuidado es considerado por una parte, como uno de los factores principales para aumentar los afectos positivos y los recursos físicos, intelectuales y sociales en el psicólogo clínico (Radey y Figley, 2007; citados por Guerra C. et al., 2008) y, por otra, como un mecanismo potencial en la prevención del desgaste laboral (Richardson; citado por Guerra C. et al., 2008).

En la presente investigación se retoma lo planteado por Uribe(1999) y Yañez(2005) al postularse que el autocuidado debe incorporarse a la filosofía de vida de cada terapeuta y ser parte de su responsabilidad cotidiana individual, implicando ello que el terapeuta desarrolle e implemente competencias que le permitan promover su salud integral y le posibiliten detectar, enfrentar y resolver condiciones de desgaste asociadas al ejercicio de la profesión.

2. 3.3 Importancia del autocuidado

Los autores coinciden en la capital importancia que tiene el autocuidado en el trabajo y la persona del terapeuta, a continuación se presenta una síntesis de estas opiniones.

“Cuanto más cuidemos de nosotros mismos y mantengamos la separación profesional de nuestros clientes, en mejor posición estaremos para ser auténticamente empáticos, compasivos y útiles para ellos” (Rotschild, 2009, p. 14)

Considerando que dados los aspectos negativos de la profesión sobre la salud del terapeuta y la necesidad de establecer un equilibrio entre la vida personal y la profesional; uno de los elementos de mayor importancia para el desarrollo profesional y una buena práctica clínica, lo constituye la identificación de los factores que provocan estrés, así como las estrategias de cuidado partiendo de las fortalezas de cada terapeuta, que le posibilitan cultivar y mejorar el principal recurso con el que los terapeutas trabajan, que es su propia persona.(Hirsch P. 2013)

Para Beringoltz, S. y Levy, R. (2012) si queremos que el vínculo con el paciente sea terapéutico en sí mismo, el terapeuta tiene que cuidar el instrumento: sus emociones. El terapeuta tiene que mostrarle el rumbo al paciente a través del modelo de su propia persona.

Consoli, A. y Machado, P. (2004) Destacan la trascendencia del compromiso personal con el crecimiento como un elemento clave en la efectividad del terapeuta.

Mussi C. (2005) advierte que V. Frank, al decir quién da luz debe soportar las quemaduras, nos está entregando una sabia advertencia, respecto a los riesgos de nuestro trabajo y constituye una exhortación hacia el cuidado responsable del terapeuta. La calidad e integridad de la relación terapéutica dependen de que el terapeuta preserve su instrumento de trabajo, el Self del terapeuta. Cuando el terapeuta no lleva una plena existencia dentro y fuera del contexto

profesional, suele centrar en el trabajo la fuente de su felicidad, y a partir de allí actúa desde una posición de agotamiento de recursos y carencia.

Figley (1995; citado por Guerra C. 2011) señala que aquellos profesionales que trabajan en el alivio del sufrimiento emocional a menudo absorben el sufrimiento mismo. Por tanto, resulta necesario que estos profesionales desarrollen prácticas de autocuidado como forma de prevenir el desgaste laboral (Arón & Llanos, 2001; McLean&Wade, 2003; Saakvitne&Pearlman, 1996).

Distintos autores refieren que el autocuidado previene el desarrollo del síndrome de burnout (Arón y Llanos, 2001; Huertas 2005; citado por Guerra C. et al., 2011), por ello, se espera la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado se encuentre directamente relacionada con el logro personal e inversamente relacionada con los niveles de agotamiento emocional y despersonalización.

Las evidencias de desgaste emocional han permitido que se tome conciencia del riesgo que enfrentan los profesionales de ayuda. Además, ha dado cuenta de la necesidad de cuidado que requieren (Morales et al., 2003; citado por Guerra C., Rodríguez K., Morales G., Betta R., 2008), connotándose que para que un profesional pueda ayudar a otros debe ayudarse primero a sí mismo (Radey y Figley, 2007; citado por Guerra C., et al., 2008).

2.3.4 Estrategias/características del autocuidado

Hirsch P. (2013) afirma que en su experiencia es insuficiente utilizar sólo una técnica para generar un cambio importante en la vida del terapeuta. Se requiere una suma de intervenciones y su aplicación de una manera sustentable en el tiempo para generar resultados significativos. Además, no todas las técnicas son compatibles para todos los profesionales. Cada uno puede evaluar cuáles se ajustan más a su personalidad y cuáles son los recursos que dispone para implementarlas; al respecto, Rothschild (2009) señala que el mejor instrumento para evaluar nuestra propia situación personal

será la autoconciencia, la conciencia corporal y el propio sentido común, además al conocer el efecto positivo o negativo de nuestros clientes en nosotros, se maximizan las oportunidades de potenciar lo positivo y contrarrestar lo negativo en pro de nuestro bienestar. (Rothschild, 2009)

2.3.4.1 Estrategias preventivas

Novel y otros (2003) citados por Díaz N. (2011) refieren que las actividades que tienen que ver con el autocuidado están determinadas por objetivos básicos:

- 1) Incrementar el nivel de salud actual de la persona.
- 2) Mantener al máximo el bienestar de la persona.
- 3) Implicar a la persona en el cuidado de la propia salud desde un punto de vista integral.
- 4) Incrementar las capacidades de ayuda a los demás, a través de la consecución del propio equilibrio personal físico y emocional.

En cuanto a recomendaciones referidas al autocuidado del terapeuta, Chazenbalk y cols (2009) señalan: “Dado que el terapeuta, en general, asume un compromiso con la labor psicoterapéutica y su instrumento terapéutico es su propia persona, es fundamental entonces que cuente con un espacio de trabajo en equipo, donde se sienta contenido y acompañado, trabajando su persona como terapeuta y la de sus pares. Así mismo, tiene un considerable valor el hecho de contar con espacios de recreación, de descanso e implementación del humor, que producen distensión y mayor efectividad en su labor terapéutica”.

Pearlman y Saakvitne (1995; citados por Guerra C. et al., 2008, 2011) señalan que las estrategias concretas de autocuidado pueden ser ejecutadas a nivel personal, profesional y organizacional.

- Las estrategias personales son aquellas que el profesional puede realizar en su vida privada, por ejemplo: ejercicio físico, alimentación saludable asistir a psicoterapia, realizar actividades recreativas y de crecimiento espiritual.

- Las estrategias profesionales son desarrolladas en el contexto laboral, por el propio profesional o por su equipo, por ejemplo: evitar el trabajo en solitario, la posibilidad de establecer relaciones laborales de apoyo con colegas, la necesidad de mantener una vida laboral equilibrada supervisar los casos clínicos y limitar el número de pacientes que se atiende diariamente, utilizar el sentido del humor dentro del ambiente laboral y adquirir experiencia profesional a través de la capacitación y de la práctica laboral.
- Las organizacionales son las estrategias desarrolladas por la institución donde el profesional trabaja, por ejemplo: Mantener adecuadas condiciones salariales e implementar un espacio físico adecuado para realizar psicoterapia.

Pearlman y Saakvitne 1995b, Catheral 1995 y Flannery 1990(citados por Moreno B. et al., 2004), Baringoltz, S. y Levy, R. (2012), Consoli y Machado, (2009), Norcross, J. (2002) y Hirsch P. (2012), señalan la importancia de hacer terapia y tener supervisión:

- Mencionan como imprescindible la autoterapia del terapeuta, puesto que le permitirá mejorar su trabajo clínico, desarrollar mayor estabilidad emocional, ampliar su autoconocimiento, desarrollar sus recursos, ser capaz de empatizar con los deseos e impulsos humanos y aceptar sus limitaciones; la conciben como un componente de la educación personal permanente que da lugar al desarrollo técnico e interpersonal
- Consideran a la supervisión de la psicoterapia como un espacio en el que se ayude al terapeuta a reconocer y aceptar sus propias emociones en pos de facilitar el esclarecimiento y manejo estratégico de un caso, en este contexto es importante que la mayor parte de la supervisión se centre en el terapeuta.

También hacen referencia a los mecanismos de prevención: 1) Psicoeducación; 2) Prevención; 3) Planificación. Todo ello función de las necesidades de los propios terapeutas.

Mussi, C. (2005), Baringoltz S. y Levy, R. (2012) señalan por su parte una serie de estrategias, las cuales coinciden con el listado que presenta Hirsch, P. (2012)

- Trabaje activamente en la adquisición de la técnica en su modelo de trabajo, desarrollando fortalezas y competencias que lo posicionaran mejor ante sus pacientes.
- Mejore su ámbito de trabajo. Analice si su espacio de trabajo está acorde con sus gustos y personalidad.
- Participe activamente de actividades sociales. No se limite a atender casos y fortalezca sus redes sociales más próximas (familia y amigos)
- Defina límites muy claros entre su trabajo y su vida personal.
- Diversifique su trabajo. Busque diversidad en otras especialidades o fuera del ámbito clínico, otras técnicas, otro tipo de pacientes o cambie de espacio físico.
- Evite sobrecargarse de pacientes difíciles.
- Evite el trabajo solitario. Establezca una red laboral que sea capaz de transmitirle confianza, apoyo y genere las condiciones para que pueda aplicar sus destrezas.
- Utilice el sentido del humor en su trabajo.
- Minimice el trabajo administrativo.
- Combine sus talentos y sus hobbies con su trabajo.
- Mejore su nutrición e hidratación.
- Realice actividad física.
- Haga lo posible para dormir bien.
- Participe en actividades de crecimiento espiritual.
- Evite las rutinas e incorpore actividades lúdicas. Tanto en su vida personal como profesional.
- Mantenga una práctica ética. Busque ser consistente con sus valores.

Kleinke C. realiza un listado de recomendaciones para prevenir el desaliento en base a lo expuesto por Corey, 1991; Guy, 1987; Kottler, 1986:

- Mantén un buen sentido del humor
- Aprende nuevos abordajes terapéuticos.
- Asiste a seminarios y cursos para obtener nuevas ideas y perspectivas.
- Instruye a otros: esta es una muy buena manera de fortalecerse a sí mismo.
- Aprende a conocer tus límites y aprende a poner límites a los otros.
- Sé más activo en las organizaciones profesionales.
- Cuida de tu salud logrando las suficientes horas de sueño, dieta y ejercicio.
- Encuentra sentido a la vida fuera de tu profesión, mediante hobbies, juego y viajes.
- Forma un grupo de apoyo con colegas, para compartir soluciones a frustraciones profesionales. Encontrar un supervisor clínico de apoyo puede resultar de gran ayuda (Ross, Altmaier y Russel, 1989)
- Evalúa tus metas, prioridades y expectativas para ver si son realistas y te están llevando a donde quieres llegar.
- Evita asumir responsabilidades que pertenecen a otros.

Norcross y Guy (2000), Mussi C. (2005) y Betta R. y Cols. (2007), Pearlman y Saakvitne (1995; citados por Guerra C. et al., 2011), Aguilar (2006; citado por Guerra C. et al., 2011), Moran (2002; citado por Guerra C. et al., 2011), Barudy (2000; citado por Guerra C. et al., 2011) Gentry (2003; citado por Guerra C. et al., 2011), Hidalgo y Moreira, 2000; citados por Guerra C. et al., 2011) coinciden con esta lista.

Como puede apreciarse existe una gran variedad de prácticas de autocuidado, por ello Hidalgo y Moreira; citados por Guerra C. et al., (2011) señalan que el autocuidado más que ser un concepto teórico, se considere como un concepto

práctico integrado por variedad de estrategias particulares utilizadas día a día por los profesionales de ayuda.

2.3.4.2 Ayuda a terapeutas deteriorados

“El desafío para los terapeutas traumatizados, consiste en transformar creativamente el dolor que absorbieron de sus consultantes, en una fuente de inspiración. Deben reconocer que, su rol, consiste en ayudar a muchas personas, pero también de cuidar de sí mismos. El TETS no debe cobrarse una sola víctima entre los terapeutas sensibles, empáticos y compasivos”. (Figley, p. 117; citado por Mussi C. 2005).

Debido a que el deterioro profesional es inevitable en algún punto de la carrera del terapeuta, Sherman, M. y Thelen, M. (1998) sugiere algunas medidas para combatirlo:

- Programas educativos proactivos que enseñen al futuro terapeuta como afrontar prácticamente los eventos estresantes de su vida personal y profesional, partiendo de la experiencia de otros.
- Grupos de apoyo o terapia individual durante la vida universitaria, para afrontar problemas que puedan suscitarse.
- Aprender a reducir la ansiedad personal tempranamente.
- Beneficiarse de clases de educación continua, simposios y talleres sobre cómo encarar el stress
- Hospitales y clínicas deberían contar con un sistema preexistente para tratar a terapeutas que lidien con eventos mayores de estrés a nivel personal, modificando sus horarios y responsabilidades, e incrementando el apoyo de sus colegas.
- Minimizar el impacto de un cambio en las condiciones laborales o la adaptación a un nuevo puesto permitiendo la adaptación al nuevo contexto.

Buscar alternativas para el autocuidado, sin abandonar la utopía de construir un mundo diferente y manteniendo la empatía con el dolor de quienes sufren

actos de violencia en sus vidas, es una tarea necesaria y posible (Claramunt M., 1999).

Kleinke, C. (2002) citando a Laliotis y Grayson (1985), Norcross y Prochaska, (1986a; 1986b), Schwebel, Skorina y Schoener (1987), hace referencia al terapeuta deteriorado, planteando y absolviendo varias interrogantes:

Se considera que esta *deteriorado* el terapeuta cuyo funcionamiento profesional sufre de una dependencia química, trastornos de personalidad o conflictos personales

¿Cuál es el alcance del problema?

Si bien se reconocen los desafíos de trabajar como terapeuta, se suele olvidar que son vulnerables al mismo tipo de estreses vitales que afectan a los demás, suscitándose problemas de drogas, alcohol, depresión y desaliento. (Norcross y Prochaska, 1986a; 1986b).

¿Qué tipos de programas son posibles?

Uno tutelado por organizaciones profesionales, bien a nivel estatal o local. También algunas organizaciones psicológicas intentan desarrollar programas dirigidos a asistir a psicólogos trastornados (Schwebel, Skorina y Schoener, 1987) y el área de actuación de estos programas debe incrementarse en el futuro.

¿Cuál es un buen procedimiento para remitir estos casos?

Evidentemente, remitir a un colega a recibir asistencia profesional requiere tacto y diplomacia, ante esta situación se debe tener presente que los profesionales clínicos tienen un compromiso ético de mantener un control de calidad en su profesión.

Revisión voluntaria y prevención

La mejor forma de que los profesionales clínicos se enfrenten al estrés de su trabajo es vigilar su rendimiento y recurrir al apoyo y asistencia profesional cuando precisen un aval.

III. MARCO METODOLOGICO

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo General:

Analizar las medidas de autocuidado de los terapeutas desde el EIS, en función de la percepción y concepción que tienen sobre el autocuidado.

3.1.2 Objetivos Específicos:

- Describir la percepción que tiene los terapeutas sobre su grupo profesional en lo relativo a las características de la práctica, formación y aspectos personales preventivos
- Describir la percepción y concepciones de autocuidado que tienen los psicoterapeutas de la muestra.
- Evaluar la calidad de vida profesional de los participantes en la presente investigación.
- Analizar cómo opera el Sistema Self en relación al autocuidado en los psicoterapeutas evaluados

3.2 Enfoque de la investigación

Mixto, esto en función a que tal como definen Mertens (2005) y otros autores, se recolectaron, analizaron y vincularon datos cualitativos y cuantitativos al interior de la misma investigación, y se contempló además la conversión de datos cuantitativos en cualitativos .

Se escogió este tipo de enfoque porque se deseaba lograr una comprensión lo más amplia posible del fenómeno en estudio, y como señala Creswell (2005) en Hernández (2006): “los diseños mixtos logran obtener una mayor variedad de perspectivas del problema”

3.3 Diseño y tipo de investigación

No experimental, en tanto no se manipulan en forma deliberada las variables y se observa una situación ya existente, no se la crea.

En cuanto al tipo de investigación en función a su alcance temporal, esta es **transversal** puesto que se recolectan los datos en un tiempo único,

además de analizarse la interrelación de variables en un tiempo determinado. En función a su profundidad y objetivo de investigación, es **descriptiva**, y como señala su nombre, el objetivo principal es describir el fenómeno en estudio, comprender como se produce y obtener un panorama más preciso de la situación en que se encuentra; para ello se evaluaron diferentes aspectos relativos al autocuidado del terapeuta.

3.4 Población y muestra

3.4.1 Población

La población la constituyeron psicoterapeutas de ambos sexos, que ejercen en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra desempeñándose como tales un mínimo de dos años y un máximo de 35 años.

3.4.2 Muestra

La muestra fue de tipo no probabilístico y de sujetos tipo voluntarios, quedando conformada por veinte psicoterapeutas de ambos sexos, residentes de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, que aceptaron participar en la investigación.

El tiempo de ejercicio (min.dos años) se tomó en cuenta considerando que el primer año de ejercicio está básicamente caracterizado por un proceso de adaptación, de transición de una práctica supervisada al ejercicio profesional; y este aspecto podría constituirse en una variable extraña dentro la investigación. Mientras que, a partir de los dos años ya es posible evaluar diferentes aspectos relativos a la práctica terapéutica y a la persona del terapeuta sin la influencia del fenómeno antes señalado; por otra parte el límite superior de 35 años de ejercicio como psicoterapeutas, se puso tomando en cuenta que es el tiempo de mayor ejercicio de los psicoterapeutas que ejercen en Santa Cruz.

No se tomó en cuenta el género ni la orientación teórica como criterios de inclusión o exclusión. Esto en tanto se consideró que poder evaluar los comportamientos de autocuidado tanto en psicoterapeutas varones como mujeres, y sin tomar en cuenta que orientación teórica tienen ,

permitiría tener una visión más global y cercana a la realidad de los psicoterapeutas en Santa Cruz en relación al tema del autocuidado. (Ver anexo 1)

5.5 Técnicas e instrumentos

- Entrevista cualitativa

De acuerdo a la definición de proporcionada por Janesick (1999) en Hernández (2006), la entrevista es una técnica que permite a través de las preguntas y respuestas, lograr la construcción conjunta de significados respecto a un tema.

Se diseñó una entrevista semiestructurada cuyo objetivo era recabar la opinión y vivencias de los psicoterapeutas de la muestra sobre el tema del autocuidado, la misma constaba de 7 preguntas guía a las cuales en función de la necesidad de cada caso, se añadieron preguntas adicionales para obtener mayor información o precisar conceptos dados por los sujetos. (Ver anexo 2)

Luego de la novena entrevista, en función a un primer análisis de la información obtenida, a la luz de nueva literatura y para optimizar el análisis de datos, se añadieron 10 preguntas más que incluían elementos adicionales a la categoría central: autocuidado. (Ver anexo 3) Tomando en cuenta la clasificación de Mertens (2005) las preguntas fueron de opinión, de conocimientos y de expresión de sentimientos.

- EAP (Escala de autocuidado para psicólogos clínicos)

Elaborada por Guerrero C. y cols. (2007), es una escala de autoreporte dirigida a cuantificar la frecuencia con que los psicólogos clínicos emiten conductas de autocuidado. Consta de 10 ítems, de los cuales 8 representan conductas de autocuidado y 2 incorporan condiciones laborales de autocuidado. En cuanto a la validez y confiabilidad se tiene que en la etapa de construcción de esta escala, Tres expertos en el tema del autocuidado le otorgaron validez de contenido a los reactivos; posteriormente Los resultados del estudio de validación preliminar de la

escala, indicaron que la EAP es un instrumento confiable en tanto posee adecuados niveles de consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.79), mostró también validez de constructo y tiene validez convergente al asociarse inversa y significativamente con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión de los encuestados (r de Pearson de -0.71 y -0.61 respectivamente).(Ver anexo4)

- CVProIV(Escala sobre la calidad de vida profesional)

Instrumento de autoreporte que consta de 30 preguntas relativas a la experiencia asistencial, tanto positiva como negativa en los últimos 30 días. Fue elaborada por BethStamm (2005), contiene además las sub-escalas de satisfacción y fatiga por compasión. La confiabilidad de este instrumento fue demostrada al obtener una puntuación Alfa de Cronbach de 0.85, la sub escala de Satisfacción una puntuación Alfa de 0.87 y la de Fatiga una puntuación alfa de 0.80. (Ver anexo 5)

3.6 Procedimientos

Se contactó a los integrantes de la muestra en forma personal, a través de medios electrónicos y por teléfono concertando una cita para hacer las entrevistas y aplicar las escalas.

En un primer momento del encuentro con cada sujeto, se obtuvo la firma del consentimiento informado de cada uno de ellos.(Ver anexo 6) Luego, se realizó la entrevista (registrada en grabaciones) y al finalizar esta, se aplicaron las dos escalas.

Posteriormente se realizó la corrección de las escalas y se analizaron los resultados en función a las características más relevantes de los sujetos.

La metodología cualitativa como señala Hernández (2006) permite que el análisis pueda darse paralelamente a la recolección de datos, el

análisis no es estandarizado, estas características permitieron que en función de un primer análisis de los datos y las consideraciones mencionadas en párrafos precedentes, se añadieran preguntas adicionales a la entrevista.

Las entrevistas fueron analizadas de acuerdo al proceso de análisis fundamentado en datos cualitativos sugerido en Hernández (2006): revisión del material obtenido, transcripción de las entrevistas, exploración del sentido general de los datos (sin codificarlos aún para no imponer categorías que faciliten luego un análisis selectivo), este paso permitió el reajuste de las preguntas señalado en el apartado de técnicas e instrumentos. Posterior a ello, fue la organización de los datos, en esta investigación se usó un criterio cronológico y por participante. El siguiente paso fue analizar los segmentos de información para identificar unidades de significación, categorizarlas y asignarles códigos.

Las categorías encontradas fueron:

Categoría central: autocuidado

Categoría nuclear 1. Percepción de la situación actual de los
psicoterapeutas

Categoría nuclear 2: Percepción y concepción del autocuidado

Categoría nuclear 3. Medidas de autocuidado

Cada una de las categorías nucleares, contiene categorías descriptivas y sub categorías. (Ver Anexo 7)

IV. RESULTADOS

4.1 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS CUANTITATIVOS

A continuación se analizan los resultados obtenidos por los sujetos de la muestra en la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP) y en la Escala sobre la Calidad de la Vida Profesional; posteriormente se hace un análisis de los resultados de las referidas escalas en relación con las características más relevantes de los sujetos.

Tabla 1. Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP) - en %

Rangos autocuidado para Psicólogos Clínicos / Sujeto	Nunca (0-7)	Casi nunca (8-15)	Ocasionalmente (16-23)	Frecuentemente(24-31)	MuyFrecuentemente(32-40)
1				29	
2			19		
3				28	
4					33
5				24	
6				28	
7			20		
8				26	
9			22		
10				26	
11				27	
12				30	
13				30	
14				31	
15				31	
16			21		
17				27	
18				28	
19					35
20				24	
N° Total de Sujetos	0	0	4	14	2
Mujeres %	0	0	20	40	10
Hombres %	0	0	0	30	0
% Total de Sujetos	0	0	20	70	10

Elaboración Propia

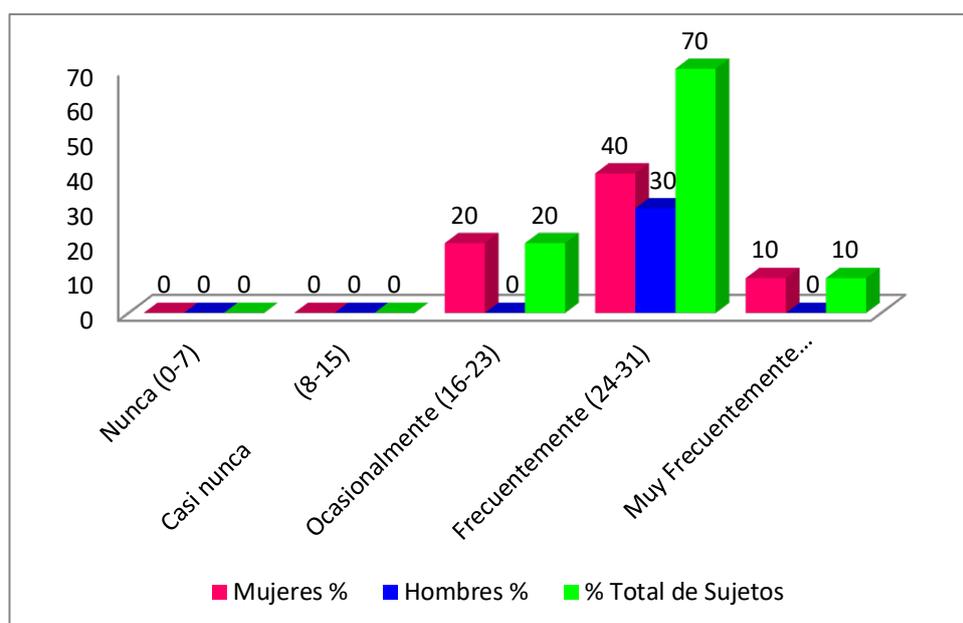


Figura 1. Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP) - en %

En la **tabla 1** y **fig. 1**, Se dan a conocer los puntajes obtenidos de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP), y para ello, se evalúan la frecuencia con que se emiten conductas de autocuidado (nunca, casi nunca, ocasionalmente, frecuentemente y muy frecuentemente). Los resultados por si mismos son alentadores, puesto que en función a las respuestas de los sujetos, se tiene que el 100% de la muestra emite conductas de autocuidado en grados variables; y una mayoría de ellos (70%) lo hace frecuentemente. El total de los hombres de la muestra reporta frecuentes conductas de autocuidado, mientras que en las mujeres algunas lo hacen ocasionalmente y unas pocas muy frecuentemente. Al analizar las respuestas específicas de esta escala, pudo observarse que en cuanto a estrategias profesionales, en el ítem relativo a las supervisiones los puntajes van de regulares a bajos; las estrategias personales (ej. Participar en actividades recreativas) se puntúan sin duda mejor. En lo referente a condiciones de autocuidado, los puntajes han sido mejores cuando se han referido a trabajar en la práctica privada que en lo referido a lo institucional.

Tabla 2. Calidad de vida profesional - en %

Rangos Calidad de vida profes- ional/ Sujeto	Satisfacción			Burnout			Fatiga o Trauma Secundario		
	Gran Satis- facción(> 42)	Grado medio de satis- facción (42-33)	No satis- factorio (<33)	Se siente muy efi- ciente (<18)	Se siente general- mente eficiente (18-27)	Se siente in efi-caz (>27)	No amena- za y no exposi- ción a TS (<8)	Indicios de fatiga por compa- sión (8- 17)	Existe amena- za/expo- sición a TS (>17)
1	46			11			4		
2		34			19			17	
3		42			19				22
4	45				20				18
5	44				20			9	
6		40		17			5		
7	48			14				10	
8	46				22			13	
9	43			16				12	
10		37		15				9	
11	48			14			4		
12		41		12			2		
13	45			17			4		
14	49				22			13	
15		40		15				8	
16		38			27				28
17		36			23			15	
18	45			15				9	
19	50			8			6		
20		40			18		7		
Total N°	11	11	0	11	11	0	7	10	3
Mujeres %	45	25	0	35	35	0	15	40	15
Hombres %	10	20	0	20	10	0	20	10	0
Total %	55	45	0	55	45	0	35	50	15

Elaboración Propia

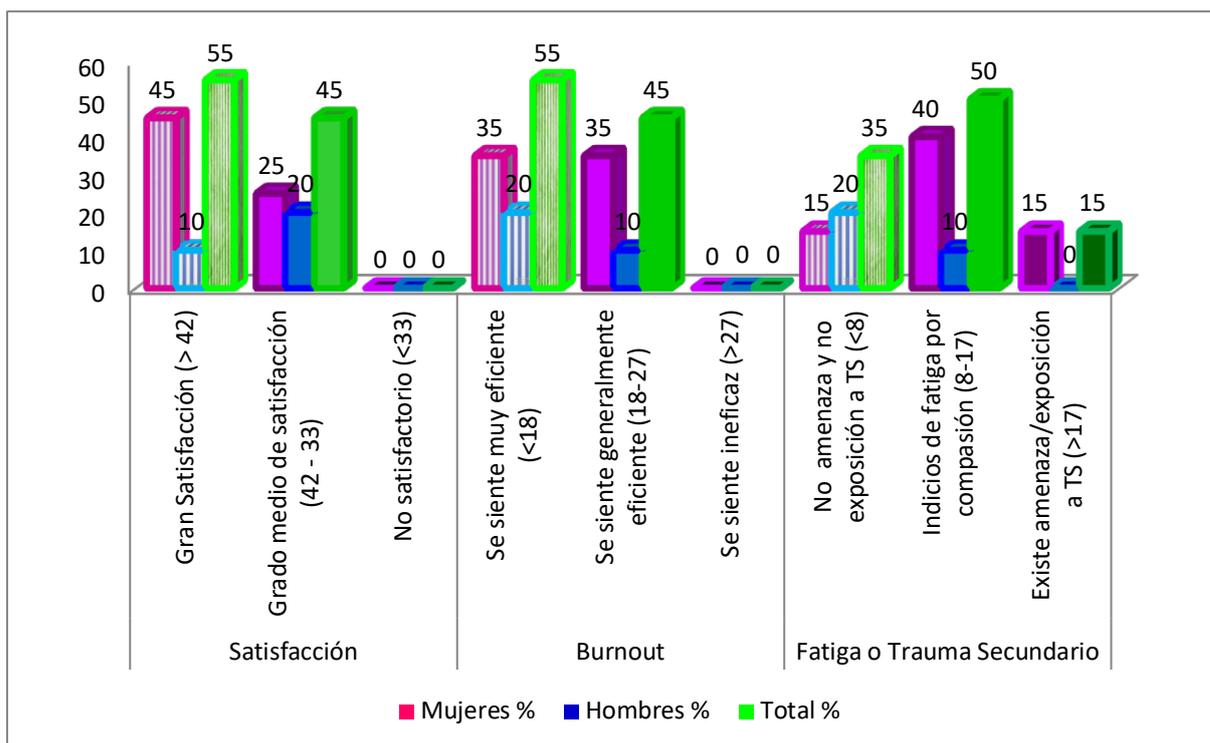


Figura 2. Calidad de vida profesional - en %

La **tabla 2** y la **fig. 2**, refleja los puntajes obtenidos en la Escala sobre la Calidad de Vida Profesional. Al respecto se tiene que el 100% de los evaluados se siente entre bastante (55%) a medianamente (45%) satisfechos con su trabajo; mismos resultados se observan en relación a la percepción de la propia eficiencia, así 55% se sienten muy eficientes y un 45% se sienten generalmente eficientes.

Por otra parte, 35% de ellos no se sienten amenazados ni expuestos a trauma secundario, aunque un 50% presenta indicios de fatiga por compasión, y un 15% se sienten expuestos a Trauma secundario, explicándose estos resultados en lo citado por Mussi C. (2005), en sentido de que es frecuente que el psicoterapeuta al ser testigo del relato de historias dolorosas de los pacientes, tiene altas probabilidades de desarrollar, Desgaste por Empatía o "*Compassion Fatigue*".

Estos últimos datos, son una alerta, pues como menciona Rothschild B. (2009) los terapeutas no siempre están conscientes de los efectos negativos de su trabajo, así se tiene que pese a que el 15% de ellos se siente expuesto a un trauma secundario y un 50% presenta indicios de fatiga por compasión (que es algo menos agudo y no tan extremo como el burnout), todos ellos se sienten eficientes y satisfechos con su trabajo en grados variables.

Tabla 3. Calidad de vida profesional en relación a c. de autocuidado - %

Rangos calidad de vida profesional/ Rangos de conductas de autocuidado	Satisfacción %			Burnout %			Fatiga o Trauma Secundario %		
	Gran Satisfacción (> 42)	Grado medio de satisfacción (42 - 33)	No satisfecho (<33)	Se siente muy eficiente (<18)	Se siente generalmente eficiente (18-27)	Se siente ineficaz (>27)	No amenaza y no exposición a TS (<8)	Indicios de fatiga por compasión (8-17)	Existe amenaza/exposición a TS (>17)
Nunca (0-7) %	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casi nunca (8-15) %	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ocasionalmente (16-22) %	50	50	0	50	50	0	0	75	25
Frecuentemente (24-31)	50	50	0	57	43	0	43	50	7
Muy frecuentemente (32-40)	100	0	0	50	50	0	50	0	50

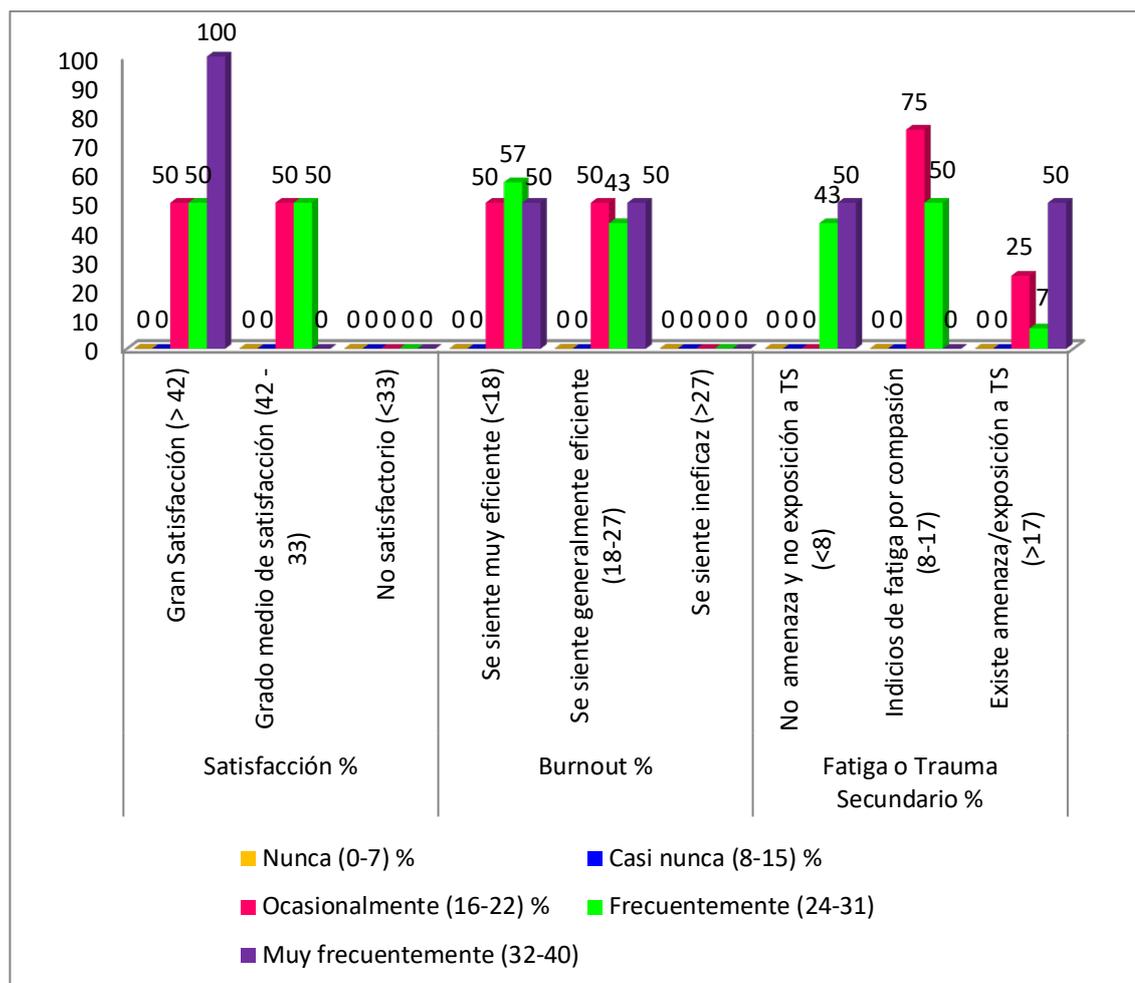


Fig. 3 Calidad de vida profesional en relación a conductas de autocuidado - en %

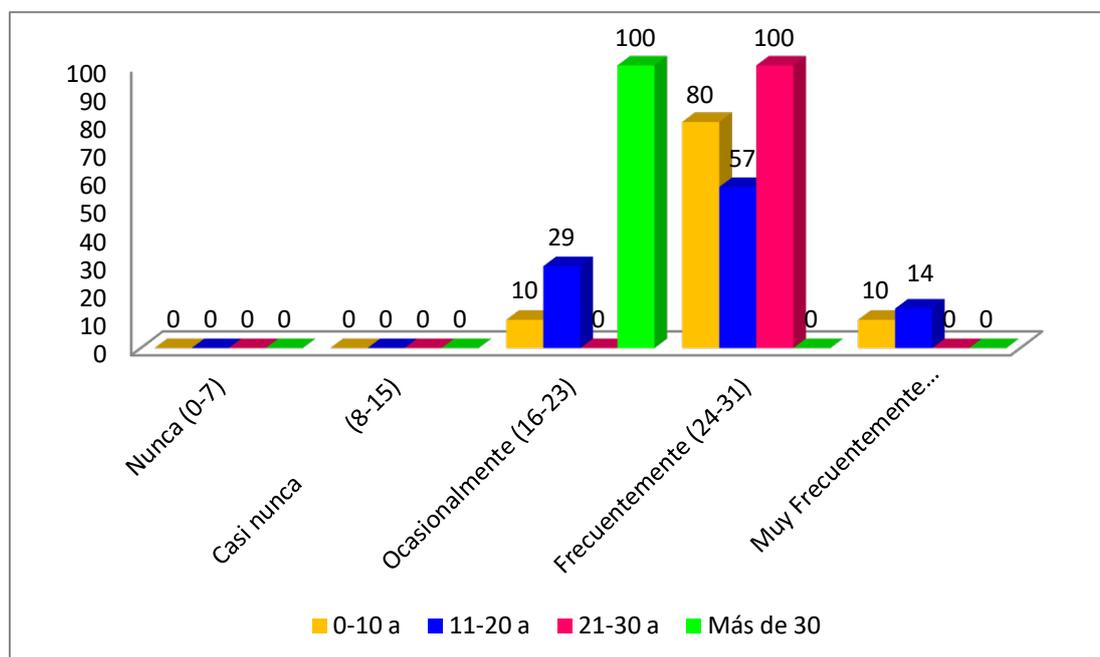
Tanto la **tabla 3** como la **fig. 3**, pone en evidencia que en general la emisión de conductas de autocuidado, cualquiera sea su frecuencia correlaciona positivamente con óptimos grados de satisfacción laboral; así por ejemplo todos los que reportan emitir muy frecuentemente conductas de autocuidado, sienten una gran satisfacción laboral; en el mismo sentido, dan a conocer que una gran satisfacción laboral al igual que un grado de satisfacción media, se relacionan con un autocuidado frecuente de manera evidente en ambos casos (50%). De igual modo, la emisión de conductas de autocuidado correlaciona positivamente con la autopercepción de eficiencia y por ende con la ausencia de indicadores de Burnout; así se puede observar que un 57% de quienes frecuentemente tienen conductas de autocuidado, se sienten muy eficientes y

el 43% restante se sienten generalmente eficientes; incluso quienes tienen ocasionales conductas de autocuidado se sienten muy eficientes (50%) y generalmente eficientes la otra mitad.

Sin duda los resultados más llamativos de estos gráficos son los del último segmento donde resalta que la mitad de quienes emiten c. de autocuidado frecuentemente (50%) presentan pese a ello indicios de fatiga por compasión; mismos indicios se observan en la mayoría (75%) de quienes emiten ocasionalmente conductas de autocuidado. Por otra parte, 43% de quienes emiten conductas de autocuidado no se sienten amenazados ni expuestos a trauma secundario, similar situación ocurre con la mitad (50%) de quienes afirman emitir muy frecuentemente conductas de autocuidado. Un porcentaje menor (7%) de quienes señalan emitir frecuentes conductas de autocuidado, pese a ello se sienten amenazado y expuesto a T.S., al igual que la mitad de quienes emiten muy frecuentemente conductas de autocuidado y un 25% de quienes se cuidan ocasionalmente. Sobre estos porcentajes, cabe aclarar que solo dos sujetos declaran emitir muy frecuentemente conductas de autocuidado. Estos resultados se explican en lo señalado por Guerra C. et al., (2011), en sentido de que la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado está directamente relacionada con el logro personal e inversamente relacionada con los niveles de agotamiento emocional y despersonalización; y que el autocuidado puede ayudar a modular efectos negativos y síntomas de desgaste.

Tabla 4. C. de Autocuidado en relación a los años de experiencia como Terapeuta - en % total

Rangos Autocuidado/ Años experiencia	Nunca (0-7)	Casi nunca (8-15)	Ocasionalmente (16-23)	Frecuentemente (24-31)	Muy Frecuentemente (32-40)
0-10 a	0	0	10	80	10
11-20 a	0	0	29	57	14
21-30 a	0	0	0	100	0
Más de 30	0	0	100	0	0



Elaboración Propia

Figura 4. Conductas de Autocuidado en relación a los años de experiencia como Terapeuta - en % total

En la **tabla 4** y **fig. 4**, se aprecia que el total de los terapeutas más experimentados (más de 30 años) emiten **ocasionalmente** conductas de autocuidado, explicándose esto en el hecho de que ellos emplean otro tipo de estrategias personales que no están contempladas en la EAP, ej. Escribir cuentos infantiles, cuidar a los nietos, más que por ej. dedicarse a hacer vida social. En el rango de 0 a 10 años, un 80% refiere cuidarse **frecuentemente** y un 10% **muy frecuentemente**; mientras que en el rango de 11 a 20 años se observa que poco más de la mitad (57%) emiten conductas de autocuidado frecuentemente y un 29% lo hace ocasionalmente, esto puede deberse a que es el grupo que se encuentra más activo en plena consolidación de su carrera profesional; y pese a que se observa un incremento en el porcentaje de quienes se cuidan **muy frecuentemente** (14%), sumando quienes se cuidan frecuentemente con quienes se cuidan muy frecuentemente, comparativamente el porcentaje sigue siendo menor en relación a los otros rangos; estos resultados pueden explicarse en lo señalado por Norcross y Guy, 2007, entre

otros autores, en sentido de que a mayor edad y experiencia los terapeutas tienen mayores oportunidades para la práctica, estabilidad económica, han afinado sus habilidades y su confianza en sí mismos.

Tabla 5. Calidad de vida profesional en relación a los años de experiencia como Terapeuta - en % total

Rangos calidad de vida profesional/ Años experiencia como Terapeuta	Satisfacción %			Burnout %			Fatiga o Trauma Secundario %		
	Gran Satisfacción (> 42)	Grado medio de satisfacción (42 - 33)	No satisfactorio (<33)	Se siente muy eficiente (<18)	Se siente generalmente eficiente (18-27)	Se siente ineficaz (>27)	No amenaza y no exposición a TS (<8)	Indicios de fatiga por compasión (8-17)	Existe amenaza/exposición a TS (>17)
0-10 a	50	50	0	40	60	0	40	60	0
11-20 a	57	43	0	57	43	0	14	43	43
21-30 a	50	50	0	100	0	0	100	0	0
Más de 30	100	0	0	100	0	0	0	100	0

Elaboración Propia

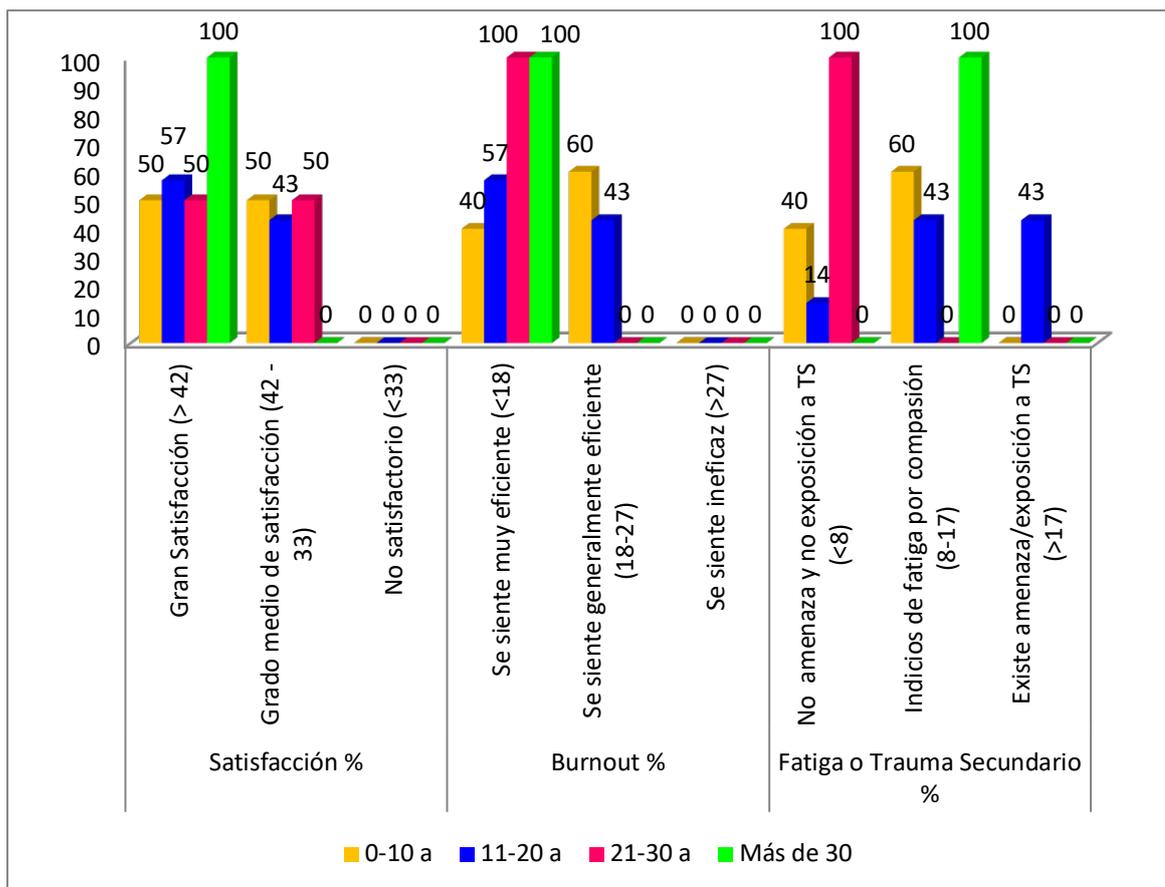


Figura 5. Calidad de vida profesional en relación a los años de experiencia como Terapeuta - en % total

La **tabla 5** y **fig. 5**, pone en evidencia que en términos generales e independientemente del tiempo de ejercicio, los terapeutas se sienten satisfechos con su trabajo, pues el total de la muestra se distribuye en los grupos de que así lo reflejan. Respecto a la eficiencia profesional, se aprecia una correlación positiva entre los años de experiencia y la eficiencia percibida, por ej. Todos los sujetos (100%) que tienen de 21 a 30 años de experiencia, se sienten muy eficientes en comparación al 40% de los que se encuentran en el rango de menor experiencia; cabe destacar que ninguno de la muestra se siente ineficiente. En cuanto a fatiga o trauma secundario, se observa que ningún sujeto que cuenta con una experiencia de 21 a 30 años presenta indicador alguno de fatiga por compasión; poco menos de la mitad (43%) de quienes tienen una experiencia que oscila entre los 11 a 20 años presentan indicios de fatiga por compasión, similar porcentaje de ellos se sienten expuestos a trauma secundario y definitivamente sienten fatiga; y más de la

mitad de los terapeutas con menor experiencia (60%) presentan indicios de fatiga por compasión. Estos resultados son entendibles si se toma en cuenta lo planteado por Norcross y Guy, 2007 en relación a que a mayor edad y experiencia los psicoterapeutas experimentarían menor ansiedad y deterioro debido a que han aprendido a evitar ciertos factores laborales estresantes o a lidiar con los mismos si no pueden evitarlos. Consideración aparte merece el grupo de terapeutas de mayor experiencia, aunque inicialmente sus resultados parecen contradictorios con lo expuesto líneas arriba, debe tenerse en cuenta que son pocos, y eso influye en la distribución de los porcentajes, por otro lado se debe tomar en cuenta lo planteado por Mussi C. (2005), en sentido de que es frecuente que el psicoterapeuta al ser testigo visual y auditivo del relato de historias dolorosas, tenga altas probabilidades de desarrollar a lo largo de su práctica profesional, Desgaste por Empatía o “*Compassion Fatigue*”.

Se puede observar que en cuanto a la calidad de vida profesional, en relación a los años de experiencia como terapeutas, que poco más de la mitad de la muestra tiene gran satisfacción y se sienten eficientes en cuanto a lo laboral, a pesar de ello, aproximadamente la mitad de la muestra presentan indicios de fatiga por compasión.

Tabla 6. Calidad de vida profesional en relación al tipo de práctica - en % total

Rangos calidad de vida profesional/ Tipo de práctica	Satisfacción %			Burnout %			Fatiga o Trauma Secundario %		
	Gran Satisfacción (> 42)	Grado medio de satisfacción (42 - 33)	No satisfacción (<33)	Se siente muy eficiente (<18)	Se siente generalmente eficiente (18-27)	Se siente ineficaz (>27)	No amenaza y no exposición a TS (<8)	Indicios de fatiga por compasión (8-17)	Existe amenaza/exposición a TS (>17)
Institución	25	75	0	50	50	0	75	0	25
Práctica Privada	87	13	0	62	38	0	25	62	13
Ambos	37	63	0	50	50	0	25	62	13

Elaboración Propia

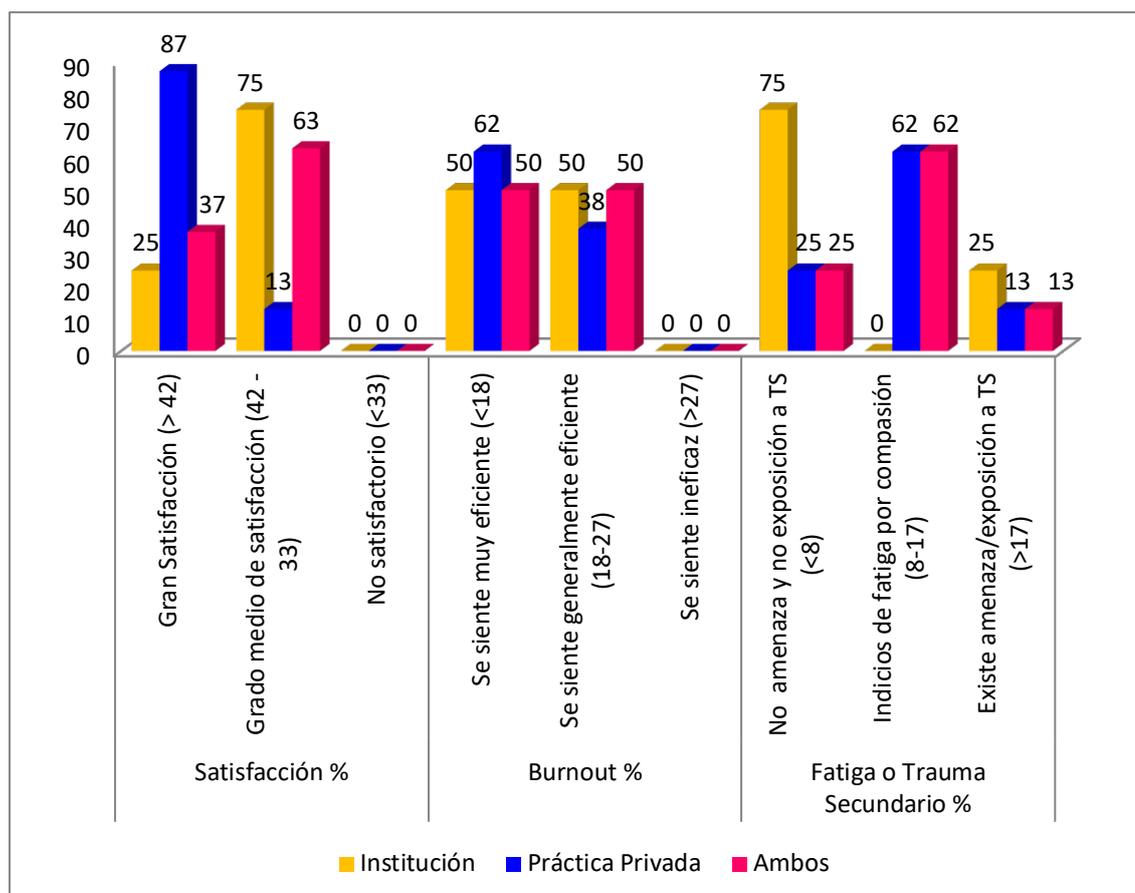


Figura 6. Calidad de vida profesional en relación al tipo de práctica - en % total

En la **tabla 6y fig. 6**, se aprecia que en cuanto a la calidad de vida profesional relacionada al tipo de práctica, se observan diferencias significativas en cuanto al grado de satisfacción, así la mayoría de quienes ejercen en la práctica privada (87%) sienten una **gran satisfacción** laboral en contraposición a el reducido porcentaje (25%) de quienes ejercen a nivel institucional y el 37% de quienes ejercen en ambas modalidades. La mayor parte de quienes ejercen a nivel institucional (75%) y en ambas modalidades (63%) sienten un **grado medio de satisfacción**. Es probable que esto tenga que ver con el nivel de autonomía, comodidad y nivel de exigencia y conflicto que en las entrevistas los terapeutas reportaron percibir diferencialmente en función a la modalidad de trabajo.

5.2 DESCRIPCION DE RESULTADOS CUALITATIVOS

En esta segunda parte se exponen los resultados obtenidos a través de la categorización de las entrevistas, en la cual se codificó la información de la siguiente manera: el 1er número corresponde al número de entrevista, el 2do. al número de párrafo y si se incluye una letra, señala el segmento del párrafo al que hace referencia, esto cuando en un párrafo se ha encontrado más de un segmento significativo.

Como ya se indicó en los procedimientos, la información está organizada alrededor de la categoría central autocuidado, y los resultados se describen en función a las categorías nucleares y las categorías descriptivas; con el fin de ilustrar mejor las categorías, en algunos casos se incluirán algunos de estos segmentos significativos. La categorización completa se encuentra en el Anexo 7. Las transcripciones de las entrevistas están en el Anexo 8.

Categoría central: autocuidado

Categoría nuclear 1. Percepción de la situación actual de los psicoterapeutas

Esta primera categoría nuclear, a través de las categorías descriptivas brinda una mirada panorámica de cómo ven los propios psicoterapeutas la situación actual de su grupo profesional, empezando por aspectos relativos a la formación, pasando por temas que tienen que ver con la salud mental de ellos, la influencia del grado de experiencia, el tipo de práctica, como perciben a la opinión pública, a sí mismos, aspectos relativos a la práctica misma y finalmente la posición que perciben de las instituciones frente a su trabajo.

Categorías descriptivas:

a. Formación de psicoterapeutas

- Falencias en la formación de pregrado
- Formación profesional específica
- Enseñanza del autocuidado
- Ingreso libre a la carrera
- Oferta pos gradual reducida
- Producción del conocimiento inexistente

Para tener una comprensión lo más completa posible, debe empezarse por los orígenes, en este caso la formación de los psicoterapeutas, al respecto, abundan las observaciones sobre falencias, empezando por las objeciones a que a diferencia de otros países, el ingreso a la carrera prácticamente en todo el país sea libre (3.8, 3.10.b, 18.5), basándose principalmente en dos puntos: que no todos pueden estudiar psicología, menos dedicarse a la psicología clínica y relacionado con ello el hecho de que los estudiantes ingresan por motivos diversos, la mayoría incorrectos, entre esos, para solucionar sus problemas; el segmento 3.8 ilustra esto: "... hay tres clases de alumnos: los que estudian porque que son monjas o tienen la virtud de curas porque quieren arreglar toda la situación de las personas, los que creen que van a arreglar sus problemas estudiando psicología y el tercer estudiante es el que realmente por vocación estudia y porque tiene esa habilidad, paciencia y vocación para ser psicólogo".

En relación con lo ya expuesto, refieren las falencias observadas en la formación de pregrado (1.1.b, 2.1.a, 2.1.c, 2.2, 2.13.b, 2.13.c, 2.14.a, 5.15.b, 7.8.c, 9.13.a, 10.1.c, 10.3.a, 12.14.c, 13.3, 18.1, 18.2, 20.1.b), habiendo un amplio consenso al respecto, así refieren que los docentes ya viene mal formados y reproducen estas falencias, porque no se actualizan, hay docentes muy jóvenes y ampliamente teóricos, los conocimientos actualizados y procedimentales son escasos, los estudiantes muchas veces no estudian a consciencia, no aprehenden los conocimientos, como ejemplo la siguiente declaración: "de todos mis conocimientos que tengo actualmente, son gracias a mis prácticas...ya que en la U... solo se aprende un poco de teoría, y en esas épocas uno muchas veces y tontamente solo estudia para pasar el examen" (2.2)

Cuando se menciona una preparación específica (1.1.a, 1.2.a, 1.2.c, 1.5.b, 2.3.c, 7.8, 7.13.b, 8.1.e, 11.1.d, 17.1.a), se hace referencia a la importancia de que los psicoterapeutas tengan una preparación específica como tales, señalándose que en la actualidad, en la mayoría de los casos no es así, el 11vo. entrevistado ilustra esto: "Lamentablemente la mayoría de los terapeutas no siempre tiene una formación pos gradual sino la formación básica de la carrera y empiezan así trabajando" (11.1.d).

Este fenómeno se debe a que los psicólogos recién titulados no consideran necesaria una formación pos gradual, no se enseña esto en la formación de pregrado, no tienen el ejemplo de los psicoterapeutas y finalmente la oferta

pos gradual es reducida (5.1, 5.2.a, 5.11.c, 8.1.d, 8.2, 8.9.a, 11.1.c, 12.1.a, 12.1.b, 12.10.a) aspecto en el que hay una amplia coincidencia de apreciación en los entrevistados y refleja una realidad que últimamente está cambiando, para ejemplo en cuanto a pos grados en el área clínica, se dio uno en sistémica hace unos 8 años aproximadamente una única vez, otro hace unos 4 años de igual modo y esta maestría que cursamos.

Finalmente señalan que la producción del conocimiento es inexistente (10.3.b, 12.14.e, 14.2) en tanto no hay espacios consolidados, de investigación, producción intelectual, no se enseñan ni promueven desde las universidades estos aspectos y los psicoterapeutas no tienen el hábito tampoco.

b. Influencia de problemas/ condición psicológicos previos

- Influencia negativa de conflictos no resueltos
- Estudiar psicología para resolver sus problemas

Siendo esta una profesión en la que se trabaja principalmente sobre la salud mental de las personas, un asunto sin duda importante es el hecho de que, muchos estudiantes escojan la carrera para resolver sus problemas aunque en el fondo no sea un motivo conscientemente explicitado(1.3.b,1.4.1,1.5.a, 6.17.a); estos conflictos se van haciendo evidentes en diferentes momentos del periodo de formación y cobran una importancia diferente cuando al no haberse realizado las acciones pertinentes para resolverlo, empiezan a influir de forma no positiva en el accionar de quienes deciden convertirse en psicoterapeutas(1.3.a, 1.5.c, 2.10.b, 6.15.a, 6.15.c). Una colega se refiere a ello: "veía que los alumnos siempre tenían un problema en cuestión, y aun así sin haber resuelto esos problemas se lanzaron a hacer terapias, bueno uno no sabe si les fue bien o les fue mal, lo que yo veía es que tanto chicas y chicos tenían problemas bastante serios" (1.3.a)

c. Percepción de la opinión pública

- Creencias erróneas del psicólogo
- Conocimiento escaso o inadecuado sobre la psicoterapia
- Resistencia para ir al psicólogo
- Mejora en la opinión pública

En la población aun abundan las creencias erróneas en relación no solo al terapeuta y su rol, sino al psicólogo en general y a la persona que ejerce ese rol (2.18.b, 5.12.a, 6.9.a, 9.15.a, 9.15.d, 10.18.b, 11.19, 13.29, 19.5.b*, 20.1.a). Empezando por el hecho de que se considera que ser psicólogo es lo mismo que ser psicoterapeuta, en relación a esta idea, está la creencia de que los psicólogos poseen un conocimiento prácticamente infinito en cualquier campo relacionado con la psicología, que tiene extraordinarios poderes que le permiten con solo una mirada saber que le pasa o cómo es una persona; se dota al psicólogo de una especie de invulnerabilidad y perfección, pues se considera que no puede equivocarse ni ser afectado por nada; el siguiente segmento lo ejemplifica "porque normalmente se asume que el terapeuta siempre está bien, ellos siempre asumen que el terapeuta está bien y cuando el terapeuta está mal, ¿Cómo pues usted va estar mal?, imposible, como pues la psicóloga va estar mal, no puede la psicóloga estar mal, entonces además no se le permite no"(19.5.b). En estrecha relación con lo expuesto, los entrevistados señalan que hay un conocimiento escaso o inadecuado sobre la psicoterapia (8.1.f, 13.5.b, 13.22.g, 17.2.a, 18.13) las creencias inadecuadas sobre la psicoterapia van desde considerar que es un espacio donde se conversa (por el cual es poco convincente pagar) hasta atribuirle la capacidad de "volver buenas a las personas", con una mirada autocrítica los propios terapeutas señalan que estos aspectos entorpecen su trabajo y que en parte son responsabilidad suya al no realizar tareas de difusión de su quehacer, lo cual es en gran medida cierto, pues no hay iniciativas sobre el punto que surjan desde los terapeutas, apenas si responden quienes tienen acceso a demandas puntuales de los medios de comunicación.

En cuanto a la resistencia para ir al psicólogo que puede encontrarse en la población (7.2.c, 8.1.b, 11.1.a), un colega señalaba: "todavía hay un poquito de cierta resistencia de ir al psicólogo, aunque es mínima, por lo menos yo percibí que es mucho menos que antes"(11.1.a). Sobre el tema, otros entrevistados señalan que las personas pueden considerar más fácilmente que sus niños vayan a terapia, más que ellos exponerse en la misma; algún colega señalaba que acceder a este servicio es aun un lujo para muchas personas, lo cual es relativo, pues las mismas personas pueden destinar recursos a pagar costosas movilidades por ejemplo, sin contar que hay instituciones que brindan el servicio a costos bajos o gratuitos. Una buena parte de esta resistencia se debe a la ausencia de información o a información errónea que da lugar a creencias negativas que contribuyen a estas resistencias. En lo que la mayoría coincide, es en el hecho de que esta resistencia ha disminuido en los últimos años. Sin duda ello está relacionado con la mejora en la opinión pública (1.2.a, 11.1.b, 11.19.b) en cuanto al quehacer del psicólogo en general, se le asigna un rol de autoridad clínica en diferentes ámbitos: medios de comunicación, instituciones de salud, colegios y en la vida privada de las personas que una

vez vencen la resistencia a ir a consultar, muestran una mayor apertura a seguir las recomendaciones que el psicólogo haga; ha habido un avance pero aún es insuficiente pues las creencias erróneas y el desconocimiento sobre el psicoterapeuta y su trabajo no son pocas.

d. Diferencias entre práctica privada en institucional

- Infraestructura y condiciones materiales
- Diferencias en los casos que se atiende
- Actitudes positivas de los pacientes en práctica privada
- Actitudes negativas de los pacientes en práctica
- Características del trabajo realizado
- Diferencias en la remuneración económica
- Estrés y agotamiento
- Condiciones laborales
- Actitud de los terapeutas

Infraestructura y condiciones materiales (2.4.a, 2.5.b, 9.4.a) son los primeros elementos que salen a relucir cuando se pregunta si es que hay diferencias entre la práctica privada y la institucional, señalando que en los consultorios privados se dispone de mejores ambientes, se garantiza la privacidad, son espacios agradables y acordes a quienes trabajan en ellos; así también señalan que sin duda se dispone de más y mejor material, todo ello repercute indudablemente en el terapeuta y su trabajo.

En cuanto a las diferencias en los casos que se atienden (1.6.a, 2.4.b, 2.5.a), explican que en la práctica institucional hay una diversidad de casos, mientras que en la práctica privada no es tan amplia la variedad de casos que llegan a consulta.

Acerca de las actitudes de los pacientes, refieren que en la práctica privada estos tienen actitudes más positivas (3.4, 4.9.b, 6.2.b, 7.3.c, 11.3.b, 14.3.a, 14.4) en tanto asisten de manera voluntaria, ellos escogen quien les prestará el servicio, confían más en esta modalidad, están más comprometidos, entre otras cosas porque valoran lo que pagan. El siguiente segmento ilustra esta situación: "Yo creo que hay varios factores, en el servicio privado en cualquier área tiene su plus su privilegio además en este tipo de trabajo la gente valora mucho lo que paga mejor, hay un compromiso del proceso distinto cuando la persona paga su consulta y percibo que hay una valoración diferente". Sobre las actitudes negativas de los pacientes en práctica institucional (4.9.c, 6.2.a, 6.3.a*, 7.3.b, 14.3.b) señalan en que en ocasiones se debe a que el paciente viene derivado y está a la defensiva, en otras simplemente no reconocen ni valoran el trabajo del terapeuta, esto probablemente viene facilitado entre otros, por aspectos como la influencia de las limitaciones en infraestructura, la escasez de materiales que son muy frecuentes en la práctica institucional.

Una terapeuta al respecto comenta: "En lo clínico, en mi experiencia aunque el paciente tiene acceso en su servicio de salud, siempre prefieren venir a mí, aunque hay una diferencia de costo. Considero que hay una desvalorización del psicólogo en institución de salud, es una percepción por lo que escucho"(14.3.b)

Las diferencias en cuanto al trabajo realizado(5.3.a*, 9.3.a, 9.5.a, 10.5, 11.4.a, 12.5.a, 13.5.a, , 18.10, 19.2, 20.2.a), tienen que ver con el tiempo que el terapeuta puede asignarle a cada paciente en función del número de pacientes que tiene que atender, en la práctica institucional el tiempo viene estipulado por la institución teniendo como parámetro las consultas médicas, por lo que se exigen en la mayoría de los casos que atiendan muchos pacientes en poco tiempo, como lo ilustra el siguiente comentario: "Si, en la práctica institucional el tema del tiempo es un factor limitante para mí, no? generalmente tienes un tiempo menor entre 25 minutos media hora por paciente, en la cual, no puedes profundizar...yo a veces, muchas veces no he podido llegar o cerrar adecuadamente un paciente por, por esta variable de tiempo y en lo privado pues sí, creo que hay un poco más de espacio no"(5.3.a); no menos importante es el hecho de que en consulta privada se tiene libertad e independencia para definir cuántos y qué tipo de pacientes atender, que procedimientos utilizar, así describen: "creo que el hecho de trabajar en tu consultorio te deja la libertad de trabajar como a vos te gusta, como vos crees que debe ser desde lo que a vos te parece que funciona, entonces estas como, es más satisfactorio, no estás obligada a hacer procedimientos que están definiendo otras personas aunque a vos no te gusten, ni a hacer cosas extras" (4.7.b). Por otra parte, en la práctica privada señalan que existe un mayor apego al paciente pues es un elemento de sostén económico. También indican que en la práctica institucional se hace más difícil hacer un trabajo interdisciplinario porque no se le da el valor.

Otra diferencia importante está a nivel de remuneración económica (4.5.e, ,10.6.f, 13.5.b, 17.3.a, 20.2.b), donde en síntesis, en la práctica institucional hay una estabilidad en los ingresos percibidos aunque estos sean menores a los que pueden generarse en una práctica privada bien establecida, en la cual señalan hay épocas altas y bajas y pese a ello el ingreso es satisfactorio y acorde al trabajo realizado.

El trabajo en institución somete al terapeuta a mayores exigencias de tiempo, tareas, dificultades relacionales y esto genera mayor estrés y agotamiento (4.5.a, 4.5.g,4.6.b, 4.7.a , 5.4.a*, 5.5.a*,5.14.b*,10.4.a, 11.3.a, 16.2*, 16.9**). Las demandas institucionales son amplias y diversas, responden a lo que la institución necesita sin tomar en cuenta al terapeuta y por ello generan estrés en grados variables que puede llegar incluso al agotamiento, a generar síntomas de burnout. Dos entrevistados que trabajan en instituciones ilustran esto: "A mí me ha afectado mas la parte institucional, las veces que he trabajado con determinadas poblaciones, por el tema del estrés y por el tema del burnout, o sea yo, un par de veces trabajando con

violencia intrafamiliar he llegado al burnout, de realmente sentirme quemado y empezar desplegar todo un sinfín de sintomatologías ansiosas por el tema de la saturación".(5.4.b) "las pocas veces que hubo esas reuniones nos decían, bueno si no terminan quédense hasta las 10 de la noche y terminenlo, no había salud mental. Te exigen a reventarte, que lo haga mal, que te equivoques, de tantas cosas, salir a atender un caso, hacer informes, te ven sentada piensan que te estás rascando".(16.9)

En cuanto a las condiciones laborales (1.13.b*,3.11.c, 4.5.b*, 4.6.a, 11.5.a, 13.5.a, 15.3.a, 16.3.a*, 16.10.b, 17.3.b) refieren amplias diferencias, empezando por el hecho de que sin duda una de las pocas ventajas señaladas del trabajo institucional, es sentirse más respaldado que trabajando solo; otra diferencia es que en la práctica privada, no tienes beneficios sociales ej. Vacaciones pagadas, aguinaldos, etc. como decía una entrevistada "ganas lo que trabajas" y eso sin duda genera una gran exigencia, en términos de poder cubrir responsabilidades económicas. Otra diferencia radica en el hecho de que en la práctica privada no hay conflictos relacionales, porque básicamente trabajas solo, ni amenazas al puesto de trabajo; otro aspecto relacionado es que las instituciones se mueven en función a relaciones de influencia, "muñeca" en términos coloquiales, señalando incluso que los cursos y títulos no sirven tanto para mejorar la calidad del trabajo realizado sino para mejorar las condiciones salariales.

En cuanto a la actitud de los terapeutas en las instituciones (3.4.a, 7.11.b, 7.12.b, 10.5.a, 13.4.a*,16.10.a) han salido duras críticas, en sentido de que ética, profesionalismo y orden son escasos e insuficientes en este grupo, así una colega señala: "en la práctica institucional las personas se confían en el anonimato, que nadie las va a supervisar y que nadie va a ver el resultado de su trabajo y por lo tanto la calidad de su trabajo es baja y sus pacientes tienen que sufrir eso. En cambio en la práctica privada tu mejor control de calidad es tu paciente y la familia del paciente, que si no ve resultados te deja y si ve resultado no solo se queda sino te manda pacientes. En cambio en la práctica institucional no existe porque tu jefe muy pocas veces es otro psicólogo y si es otro psicólogo tiene una baja formación" (13.4). También señalan que en la práctica institucional el terapeuta ejerce con miedo por sus falencias, porque no cuenta con un respaldo gremial, y que se somete a las imposiciones institucionales por las necesidades económicas que tiene. Al respecto cabe señalar que en Santa Cruz por lo general, el profesional que trabaja a nivel institucional es joven, sin experiencia, muchos están haciendo una especie de "servicio militar obligatorio" que les permita posteriormente en base a la experiencia y vínculos adquiridos, trabajar independientemente; pero también encontramos al profesional mayor, rezagado, que ha hecho de la práctica institucional su zona de confort, escasos son quienes mantienen posiciones favorables en la institución y desempeñan además otro tipo de ejercicio, lo cual los exime de someterse a estas imposiciones institucionales.

e. Diferencias en función al grado de experiencia

- Dificultades por falta de experiencia
- Menores condiciones para los jóvenes
- Manejo de la contratransferencia y la frustración
- omnipotencia y expectativas de logro sobrevaloradas en los jóvenes

Las diferencias en función al grado de experiencia, han sido señaladas por terapeutas experimentados y una terapeuta joven, aparentemente es más fácil señalar las falencias cuando han sido superadas que cuando se las está viviendo, sin duda esto tienen que ver con ese afán de encontrar un lugar, de posicionarse de los terapeuta jóvenes que no van a admitir carencias cuando en realidad están luchando por demostrar su competencia. Se señalan dificultades por falta de experiencia (2.1.a*, 2.1.b, 2.1.e, 2.3.b, 6.4.a* 7.7.a, 7.7.e, 7.7.h, 11.6.a) estas dificultades se dan en primera instancia en el manejo de los casos y en 2do lugar, repercuten en el autocuidado, señalándose también que el desconocimiento del Código de Ética por los terapeutas jóvenes incide negativamente en estos aspectos. Respecto a esto último cabe señalar lamentablemente que esa es una falencia que no es privativa de los terapeutas jóvenes.

También se indica que los terapeutas jóvenes cuentan con menores condiciones (2.1.d, 2.1.f, 2.1.g, 2.16.b, 2.3d) esto en cuanto a condiciones laborales, remuneración económica, acceso y manejo de material técnico, añadiéndose a todo ello la falta de colaboración en términos de enseñanza de los terapeutas experimentados bajo cuyo cargo trabajan.

Gran parte de estas dificultades son señaladas por la 2da entrevistada: "Alguien experimentado trabaja sin mucha angustia, porque a pesar de que en la clínica cada caso es diferente... ya trabaja con conocimientos teóricos y con conocimientos de sus experiencias; en cambio, uno que no tiene experiencia, aparte de que hace sonseras, trabaja con ansiedad (sin saber a lo que se espera) y encima sin conocimientos de las pruebas existentes (en su mayoría, porque son muchísimas) y sin poseerlas (o sea, no tiene material para trabajar)..."

En cuanto al manejo de la contratransferencia y la frustración (11.20.b, 15.4.a), señalan que los terapeutas jóvenes son más propensos a identificarse con algunos casos sin separar su historia personal, a reaccionar desde lo personal frente a los casos que manejan; también señalan que con la experiencia el terapeuta aprende a manejar mejor los fracasos terapéuticos y la frustración que generan.

Finalmente señalan la omnipotencia y expectativas de logro sobrevaloradas en los jóvenes (17.26*, 18.8, 19.22.a) señalan que muchas veces los terapeutas jóvenes adoptan actitudes de superioridad, de poderlo todo, también que se exigen más porque consideran que todo depende de ellos, así señala una terapeuta: "La verdad es que antes me exigía mucho mas, antes creía que cuando el

paciente no volvía era por mi culpa, porque no había logrado satisfacer sus necesidades, porque no había logrado resolver su problema”(19.22.b)

f. Aspectos relativos a la práctica misma

- Déficit en el desempeño de su trabajo
- Problemas éticos
- Condiciones socioeconómicas
- Etapa de la vida del terapeuta
- Valores, creencias y prejuicios del terapeuta.
- Problemas gremiales
- Estrés, emociones negativas
- Importancia del encuadre
- Satisfacción al ver mejorías en pacientes
- Aprender de las historias de las personas
- Trabajo en solitario
- Contratransferencia
- Pasividad, sedentarismo
- Éxito silencioso
- Consultas fuera del espacio de trabajo

Acerca de los aspectos relativos a la práctica de la psicoterapia, un punto importante es el señalamiento de que los terapeutas tienen déficit en el desempeño de su trabajo (2.6.a, 2.8.a, 3.4.c, 7.7.j, 8.1.c, 9.2.a, 9.7.a, 10.1.d, 10.2, 13.5.d, 15.1.b, 15.2.a, 17.2.c) la mitad de los entrevistados tiene observaciones puntuales sobre el tema, sin que ello quiera decir que el resto de los entrevistados no compartan esta preocupación. Estos déficit van desde el hecho de no poder mantener el mismo nivel de eficiencia y responsabilidad que se tenía durante la época de prácticas en la formación, pasando por dificultades en aspectos centrales como el hacer un encuadre, o seguir protocolos de atención; fusionar, confundir en la práctica aspectos místicos, religiosos, prescribir fármacos sin estar habilitados; señalándose finalmente que al no ejercitarse el autocuidado los demás principios que rigen la psicoterapia quedan vulnerados. Según los entrevistados, estos déficit se deben entre otras cosas a la falta de consciencia sobre los límites de su conocimiento (y accionar puede añadirse) y que los terapeutas no invierten ningún tipo de recurso en su mejoramiento personal. El siguiente segmento ilustra lo mencionado: “También hay mucha confusión, hay fusión de la psicología con la religión, esto con los católicos, los evangélicos; entonces, tienes gente que da un mix de psicoterapia y consejería religiosa. También hay una fusión, una confusión de lo psicológico con lo esotérico” (10.2)

Otro punto de preocupación es la presencia de problemas éticos (2.7.a, 3.2.c, 10.8.f*, 13.19.b*, 18.4, 18.20) estos se expresan en la vulneración del secreto profesional, la competencia desleal, ofrecer servicios para los que no se está calificado, programar sesiones o procedimientos innecesarios, entre

los más nombrados. A continuación se tiene la opinión de dos colegas al respecto. "...más bien te diré que no confío en la gente de acá, ni en su formación, ni en su ética, porque cuentan experiencias, secretos, porque hablan mal..." (10.8.f) "Hay muchos colegas que atienden tres veces a la semana para llenar su agenda Sandra, lo hacen, se de muchas personas y conoces a esas personas, yo creo que es una práctica errada" (13.19.b)

Las condiciones socioeconómicas (4.1.e, 7.1, 7.2, 8.1.a, 13.10.a, 13.21.b,17.2.b) hacen referencia a que los terapeutas están aun posicionándose en el mercado laboral, la situación de los mismos es menos favorable que en otros países donde ya hay una cultura de asistencia al psicólogo, además que el nivel de ingresos de los terapeutas tiene que ver con el poder adquisitivo de la población media, sumados estos aspectos, el terapeuta en nuestro medio en general no está bien pagado, y por ende es difícil vivir solamente dedicándose a esta labor, excepción a ello son algunos terapeutas que ya son reconocidos.

La etapa de la vida por la que está atravesando el terapeuta (2.8.b, 2.9.b*,2.10.a) sin duda es un aspecto que tiene que ver en el tipo de trabajo terapéutico que desarrolla, las decisiones que toma, entre otros; si bien es un aspecto abordado por una sola entrevistada, se lo ha visto presente a lo largo del relato de los demás. "cada persona está en una etapa de desarrollo diferente, entonces, si es más joven va tener problemas de su edad, que se yo amorosos, de distanciarse con la pareja, o cosas así eso repercute en el trabajo, en la concentración y en la calidad, si recién se caso, se divorcio, si tuvo un hijo, todas esas cosas también repercuten, porque su vida privada, personal, también toma tiempo en hacer sus cosas, en su trabajo de terapeuta".(2.9.b)

Un papel no menor es el desempeñado por los valores, creencias e incluso prejuicios de los terapeutas (9.7.b*, 10.1.b*, 10.6.h, 11.1.f, 11.2.c) sobre este punto algunos de los entrevistados admiten que no se sienten cómodos tratando ciertas temáticas ej. Homosexualidad por cuestiones morales o religiosas de ellos como personas; otros terapeutas apuntan a este hecho y añaden que por ej. las mujeres son más subjetivas con ciertas temáticas ej. Infidelidad, maltrato infantil, dejando entrever que se producen fenómenos contratrasferenciales, sin embargo, debe señalarse que la experiencia apunta a que suelen ser los varones quienes se conflictuan con otras temáticas ej. homosexualidad. Añadiendo un 3er punto de vista otro terapeuta critica este hecho y trae a colación algo importante, lo beneficiosos que sería que los terapeutas trabajen estas temáticas en sus propios procesos terapéuticos, para así poder brindar la empatía que su labor requiere.

Entre los problemas gremiales (3.2.a, 3.2.b, 3.3.a, 4.1.b, 4.1.d, 11.8.a, 11.8.c, 17.1.b) que afectan al sector, señalan: que existe una desorganización del gremio y de la práctica, el intrusismo profesional de psicopedagogos por ej. que sin siquiera formación básica se ponen a hacer terapia, suplantación de identidad profesional por ej. médicos generales haciéndose pasar por terapeutas, carencia de asociaciones, institutos que promuevan la investigación y el intercambio profesional, la falta de un ente regulador que norme quienes y bajo qué condiciones pueden ejercer como psicoterapeutas. No cabe duda que estos problemas se originan en la ausencia de una ley que regule el ejercicio profesional, un anteproyecto desactualizado de la misma espera hace décadas ser aprobada luego de que se apruebe la ley del ejercicio profesional, la cual dadas las condiciones del actual gobierno dista mucho en poder ser aprobada.

Otro aspecto que mencionan es la importancia del encuadre (6.3.b*, 7.5.b, 7.6.a, 11.19.e) como un facilitador de la labor terapéutica pero que lamentablemente su uso no es una práctica general y habitual en los terapeutas, en lo cual sin duda tienen absoluta razón.

Satisfacción al ver mejorías en pacientes (11.1.e) y aprender de las historias de las personas (10.16.a) son dos aspectos que señalan como positivos en la práctica como terapeutas, si bien todos los terapeutas en algún punto de la entrevista señalaron sentirse contentos de ser terapeutas, y lo mismo se reflejó en la Escala de calidad de vida profesional de cuyos resultados se habló en la 1ra parte de este capítulo, solamente dos hicieron menciones específicas a ello.

Señalan que sin duda un aspecto no muy grato es que se tienen éxitos silenciosos (10.6.e) pues no se puede ir comentando por ahí que a uno le fue bien en el trabajo ni en qué consistió ese éxito.

En lo que se refiere a aspectos negativos de la práctica si ha habido más aspectos señalados, por ej. el hecho de que se trabaja en solitario (4.1.a, 4.1.c, 4.1.g, 6.1.a, 6.8.a, 11.9.b, 14.6, 15.1.a) que sin duda es un fenómeno ampliamente compartido por los terapeutas no solo en Santa Cruz, sino en el mundo entero, prueba clara es que la literatura señala justamente a este como uno de los aspectos negativos de ejercer como psicoterapeuta.

Un efecto negativo que sin duda es también ampliamente atendido en la literatura y reiterativamente señalado por los terapeutas es el estrés en grados variables y las emociones negativas (3.10.c, 4.4.g, 5.6.a, 5.8.a, 8.6.b) que la práctica en algún momento genera; explicando al respecto que este es sin duda un trabajo fuerte, que es inevitable que los casos atendidos en algún

momento no lleguen a afectar, que la práctica genera emociones negativas y estrés, mismos que se ven incrementados si el terapeuta además desempeña otras funciones. Esta última, apreciación de una sola entrevistada entra en contradicción con las recomendaciones que los especialistas hacen para promover el autocuidado, se supone que diversificar el trabajo es positivo, ahora habría que añadir a eso “siempre que no se sobrecargue de trabajo” que probablemente es el punto al que la colega se refería con su observación.

El fenómeno de la contratransferencia (1.2.b, 3.6.e) es abordado también por los profesionales de la muestra como algo que suele suceder en el trabajo clínico, muy pocos asumen que sea algo que les haya sucedido o les suceda. Sin embargo una colega relata: “con los casos que me he truncado ha sido porque he creado mucha empatía con ese paciente, entonces ahí es donde he visto que no, que ya como profesional que no podía trabajar, y ya no, ya me estaba yendo al otro lado digamos mas por la amistad o la relación incluso hasta de cariño” (3.6.e)

El sedentarismo y la pasividad son sin duda efectos indeseables de esta labor y así lo reconocen también los profesionales de la muestra.

Finalmente en lo que se refiere a las consultas fuera del espacio de trabajo (17.21*, 17.22, 18.34, 20.14) o enfrentarse con estereotipos sobre la profesión, una mayoría de los entrevistados señalan que les molestan porque es una invasión a un espacio personal, porque las creencias que dan pie a los estereotipos son de plano erradas, pero que hacen uso del humor o dan ejemplos de respuestas asertivas que suelen dar, por ej. “si estoy de buen humor hago una broma saliendo por la tangente o una cosa así, y si no estoy de buen humor, si es arquitecto le pregunto de mi casa, pero en lo general me hago a la opa, no me enoja o le digo no me gusta hablar de eso en estas circunstancias”

g. Percepción del terapeuta

- El terapeuta es humano
- Dificultad para aplicar conocimientos a su vida personal
- Creencias erróneas relacionadas con su rol
- Resistencias para asistir a psicoterapia
- Pobre autoconocimiento
- El terapeuta es su propio instrumento de trabajo
- “Sectarismo teórico”

Algunos terapeutas hacen una interesante afirmación “el terapeuta es humano” (2.8.c, 2.9.a, 2.18.c,4.3.e,4.12.g*, 10.18.b*) esto para enfrentar las creencias y actitudes de personas que aparentemente olvidan que así es: “creen que uno por ser psicólogo no tiene problemas y esperan que uno sea un modelo de persona siendo que somos tan humanos como cualquiera”. (10.18.b*) queriendo señalar con ello que los terapeutas comenten errores, tienen problemas, y atraviesan por las mismas

situaciones familiares, de pareja que los demás, separando así su rol de su identidad personal.

En estrecha relación con esta falibilidad humana señalan también la dificultad que tienen los terapeutas para aplicar en su vida personal sus conocimientos técnicos, aspecto que sin duda tiene que ver también con el siguiente punto: las creencias erróneas relacionadas con su rol (1.10.c , 5.11.e,5.12.b, 8.2.c , , 8.10.a, 8.11,10.7.a, 10.8.h*, 12.14.b, 13.9.b, 19.4.d*, 19.9*) destacando entre estas que se ven como invencibles, dueños de la verdad , se creen “todólogos” y en consecuencia picotean de varias áreas, se puede añadir a ello que otra razón es esa falta de awareness sobre la importancia de la preparación específica.

Los terapeutas también observan en sus colegas una resistencia para realizar procesos psicoterapéuticos personales (8.8.a, 8.9.b, 8.10.c, 15.4b, 19.3.b) señalando al respecto que a los terapeutas les cuesta admitir, mas aun pedir ayuda para asuntos personales y que es irónico que quienes trabajan en salud mental se resistan a recibir o solicitar los servicios que ellos mismos brindan, el siguiente segmento ejemplifica lo explicado: “Tú preguntas a los colegas y la mayoría no ha trabajado en sus problemáticas, lo han mantenido siempre al margen, yo como psicólogo señalar que tengo un problema, es como una prohibición, yo no tengo problemas, pero en realidad el psicólogo carga muchos problemas” (15.4.b)

También señalan que los terapeutas tienen un pobre autoconocimiento (10.6.i, 10.8.b) y esto se debe a que tienen una pobre capacidad introspectiva.

Coincidiendo con la literatura, los terapeutas señalan que son su propio instrumento de trabajo (4.3.f, 6.1.d, 7.5.f, 12.14.d, 17.23) en relación con ello hablan de la importancia del bienestar del terapeuta, pues ello va a definitivamente influir en su trabajo, también acerca de la importancia de que tenga coherencia en su comportamiento así lo menciona una entrevistada: “...luego tener una coherencia de vida personal , porque se quiera o no, el psicólogo modeliza a través de sus conductas, a través de su comportamiento, de su temperamento...” (7.5.f)

Finalmente, algunos entrevistados opinan que hay un “sectarismo teórico” (11.8.b, 11.10.a, 18.7) es decir que los terapeutas se cierran a otras iniciativas que sean de otros enfoques, que no se comparte, esto sin duda es llamativo cuando en el resto del mundo vamos ya por la segunda década en pos de la integración.

h. Actitudes, posturas de las instituciones en relación a los psicólogos y su trabajo

- Desconocimiento de la labor del psicólogo
- Condiciones laborales pésimas

Los terapeutas señalan que en las instituciones en general, hay un desconocimiento de la labor del psicólogo (3.11.a, 5.15.c, 5.16, 13.5.a) y señalan como pruebas que en muchas instituciones no existe un manual de funciones para los psicólogos, tampoco hay pedidos claros y objetivos de trabajo, muchas veces quieren que sea una especie de “mago” que sin recursos, logra imposibles en plazos impensables. Así también señalan que el terapeuta ingresa siendo estudiante a alguna institución, para hacer su práctica, ser ayudante de algo, y “se va haciendo camino” hasta convertirse en terapeuta, ser contratado para ello; el inconveniente es que en esas circunstancias raramente las condiciones laborales son las mejores.

Existe un criterio ampliamente mayoritario en sentido de que las condiciones laborales de los terapeutas son pésimas (3.11.b, 4.1.f, 4.10*, 5.15.a, 7.11.a*, 7.12.a*, 9.4.b, 9.16.a, 12.12.a, 13.5.a) empezando por el hecho de que no hay ítems para psicólogos en las instituciones, lo que genera que las condiciones en que se encuentran no sean adecuadas.

i. Prácticas y hábitos poco saludables

- Hábitos de ejercicio físico insuficientes o inexistentes
- Posterga consultas médicas
- Hábitos de sueño inadecuados
- “Psicólogo las 24 horas del día”
- Elevada autoexigencia profesional
- Posterga el tiempo de ocio
- Exceso de horas laborales
- Inconstante al hacer terapia
- Hacer “doble jornada”

Sin duda destaca el hecho de que los terapeutas reconocen que sus hábitos de ejercicio físico son insuficientes o inexistentes (10.15.c, 11.15.c, 11.16.a, 13.24, 14.7, 17.11.e, 17.19, 19.12.a), así se definen como sedentarios, explicando que su dificultad para hacer ejercicio está en la falta de hábito y la poca disponibilidad de tiempo. Queda ejemplificado en los siguientes relatos: “mis hábitos de ejercicio...malísimos, me da mucha flojera, además hay una falta de práctica importante, hace 20 años que no camino porque tengo movilidad (risas)” (10.5.c) “ahora mi punto débil es el ejercicio, lamentablemente y eso incluso ayer cuando fui al médico me dijo que ya tiene que hacer ejercicio, bajar la panza y bueno antes iba una vez a la semana a jugar fútbol, una año, dos atrás, después lo deje, ni eso ahora o sea cero ejercicio, con lo que me dijo el médico ahora a buscar un gimnasio aunque sea unas tres veces a la semana o buscar un horario” (11.5.c)

En cuanto a la postergación de consultas médicas (11.18.a, 13.27, 17.20, 19.15) varios refieren que lo hacen por falta de tiempo, que no realizan

consultas médicas preventivas; algunos aclaran que era algo que antes hacían y otros que nunca tuvieron el hábito.

Acerca de los hábitos de sueño inadecuados (10.15.b, 13.25), salvo una persona que manifiesta tener un desorden con su ciclo sueño-vigilia, refieren los entrevistados que tienden a reducir sus horas de sueño para lograr cumplir responsabilidades laborales.

Un solo entrevistado admite no dejar sus funciones laborales ni siquiera en espacios personales como reuniones con amigos y familiares, señalando de buen grado que es como “palabra autorizada” en temas personales y no le desagrada cumplir esa función fuera del ámbito laboral.

La elevada autoexigencia profesional (13.31,14.23,16.20, 17.25, 19.8.b*,19.22.b, 20.16.a) es una pauta bastante común, algunos consideran que se debe a factores de personalidad, otros a que es un servicio muy importante el que se brinda con la psicoterapia y por ello no cabe hacerlo mal, otros coinciden con ambos puntos. El siguiente segmento ejemplifica esto: “ Porque profesionalmente uno lo hace bien o no lo hace no hay otra forma, o habla con otro si tiene duda, es humano el psicólogo sigue siendo humano imperfecto y tiene que hacerlo bien, si lo haces mal es porque se te murió tu mamá o algo así, en la normalidad no puedes hacer eso...”

Otra práctica poco saludable, es la postergación del tiempo de ocio (4.5.d, 14.5*), esta no ha sido manifestada por todos, aunque si se observa que suele ser una práctica relativamente frecuente y está asociada a la sobrecarga laboral.

El exceso de horas laborales (14.22, 17.24, 19.18*) con la consiguiente incrementada cantidad de pacientes, es una práctica que no es privativa del ejercicio institucional, sino también se da en la práctica privada; fenómeno más frecuente en las terapeutas, para ejemplo la siguiente declaración: “Muchas veces, la sensación de cansancio y muchas veces las ganas de no hablar y estar calladita. Imagínate que hoy yo ahorita llevo 12 horas aquí, empecé ocho y cuarto y corte para comer que eso me significo recoger a mis hijos, llevarlos a casa, sentarme a almorzar, organizar su agenda de la tarde y ya tuve que volver a las dos y media y tengo una cena” (14.22)

Las terapeutas no están al margen de la práctica de la “doble jornada”(13.15, 14.17, 19.21*), concepto que hace referencia al doble trabajo que realizan las mujeres que además de aquellas responsabilidades laborales, deben también ocuparse de tareas domésticas y cuidado de la familia como únicas o en el mejor de los casos, principales responsables. Esta situación sumada al hecho de que porcentualmente las mujeres de la muestra son quienes trabajan más horas, constituyen una señal de alerta sobre las indudables repercusiones que esto genera en su calidad de vida. Una terapeuta señala: “es automático, yo llego a mi casa ahora de trabajar y mi marido me dejo a los niños y llego y tengo que ver a

los niños y poner pijamas, hacer la leche, poner pañal al más pequeño y ver esto y ver lo otro y ver lo otro no. Es como que igual sigo trabajando, antes peor porque antes era que mi marido me castigaba y ahí no me ayudaba en nada pero ahora ha entendido y ya, me ayuda algo, me ayuda un poquito, pero casi todo lo asumo yo hasta que al final me termino durmiendo yo de cansada, mientras él sigue en lo suyo". (19.21)

Categoría nuclear 2. Percepción y concepción del autocuidado

Esta categoría tal como su nombre indica, contiene información relativa a como conceptualizan los terapeutas el autocuidado y como perciben la actitud de sus pares en relación al autocuidado.

Categorías descriptivas:

a. Conceptualización e ideas relativas al autocuidado

- Conciencia sobre el autocuidado
- Comportamiento profesional
- Cuidado de la imagen, apariencia física
- Falta de conocimiento, información sobre el autocuidado
- Enfoques toman en cuenta el autocuidado
- Cuidar el bienestar, estabilidad emocional
- Autoreflexión, y toma de conciencia
- Actualización del conocimiento

Las entrevistas dan cuenta de que una buena parte de los terapeutas tienen consciencia sobre el autocuidado (1.7.a, 3.5.a, 4.3.a, 4.3.c, 6.5.a, 8.5.a, 17.4.b), y consideran que es un aspecto importante a tomar en cuenta en relación a su práctica profesional. La mayoría equipara el autocuidado con una sola estrategia ej. hacer supervisión.

Quienes señalan que el autocuidado hace referencia a un comportamiento profesional correcto (1.10.a, 2.11.a, 3.6.b, 3.7.d, 7.5.a, 7.5.c, 10.6.g, 12.8.a, 18.23, 18.24) consideran que el autocuidado se traduce en una forma de proceder acorde a normas y principios éticos, tiene que ver con las connotaciones legales del ejercicio y es importante porque es una forma de preservar el prestigio profesional. En esta concepción, el autocuidado no se relaciona directamente con el cuidado del terapeuta sino más con la importancia de que el terapeuta se conduzca adecuadamente.

Otro grupo de terapeutas considera que el autocuidado se refiere al cuidado de la imagen, apariencia física, señalando que esta imagen repercute en la actitud de la población, de los pacientes, que influye en la credibilidad del terapeuta, la significación que se hace de estos aspectos, repercute sobre la identidad profesional que se forja. Una terapeuta señala al respecto: "hay un famoso refrán pues: "así como te ven, te van a tratar" y yo creo que...parto de mi punto de vista, a mi no me gustaría llegar a un psicólogo, a un terapeuta y verlo desaliñado, de hecho va a influenciar, a dar una mala

impresión, y voy a pensar: "si por fuera está desaliñado, su vida emocional debe ser un caos". O sea yo creo q uno debe cuidarse, porque de alguna forma es un modelo a seguir por nuestros pacientes, no te digo que uno tenga que estar todos los días como salido de la peluquería, pero mínimamente debes estar bien arreglado pues, no puedes recibir a tu paciente todo desgreñado..."

Si bien un par de entrevistados señalan que los enfoques en general toman en cuenta el autocuidado, más de la mitad de los entrevistados indican que en el medio no se trabaja, no se difunde información sobre esta temática (2.11.a, 2.12.a, 5.11.a, 10.6, 11.7.a, 12.13, 13.7.a, 16.6.b), algunos reconocen abiertamente tener escasos conocimientos sobre el tema, en otros sus respuestas dejan ver que su conocimiento del tema no es muy amplio. El siguiente segmento ilustra esto: "para serte sincera no he escuchado sobre el autocuidado del terapeuta hasta cuando vos lo mencionaste, Verdad, nunca antes. Sabía que tenía que cuidarme y reciclarme y tenía que hacerme mi propia terapia"

Algunos entrevistados señalan que el autocuidado implica promover cuidar el bienestar emocional (2.19.a, 3.5.b, 3.12.a, 7.5.d, 8.6.a, 13.22.f), la estabilidad emocional, lo cual implica cuidar la salud mental y realizar un proceso terapéutico personal es una buena forma de hacerlo.

La autoreflexión y la toma de consciencia (4.5.b, 4.12.a, 5.11.d, 5.17.b, 13.22.f, 14.5, 17.4.a) son también concebidas como formas de autocuidado, al respecto una terapeuta señalaba que se sabe del autocuidado como algo intuitivo ya, otra indicaba que el trabajo que se desempeña pone en contacto con los riesgos del autocuidado, algo así como un aprendizaje vicario a través de los pacientes. En general coinciden en que la reflexión personal, la toma de consciencia por ejemplo de señales corporales son una forma de cuidarse.

Actualizar los conocimientos profesionales (2.20.b, 7.13.a, 12.14.a, 20.3.c) es también considerado por algunos como una forma de autocuidado, esta concepción suele ir ligada a la de considerar el comportamiento profesional correcto como una forma de autocuidado.

b. Percepción del autocuidado de otros

- Realizan conductas de autocuidado 1.9.b, 1.10.b, 4.4.a, 4.4.c, 16.4, 18.17
- No realizan conductas de autocuidado 1.10.c, 3.6.a, 6.1.b, 6.7.a, 7.7.f, 9.1.c, 9.1d, 9.6.a, 13.9.a, 14.11, 19.3.a, 20.5
- No es práctica establecida 2.13.a, 5.10.a, 8.7.a, 12.9.a
- Autocuidado deficiente 2.13.d, 7.7.g, 14.11, 20.4

- No supervisan 6.8.b,7.7, 9.6.c, 9.11.b, 9.12.a, 10.8.d, 12.2.a, 14.6.a, 15.11.a, 17.9.a, 17.16.a, 17.16.b,
- No siguen procesos terapéuticos personales 7.7.c, 7.7.e, 7.9,9.1.d, 9.11.a, 9.6.b, 17.8.b , 19.3.b
- No existe mecanismos de control o certificación 7.9.c

En cuanto a la percepción que tiene del autocuidado que sus pares ejercen, algunos consideran que bajo ciertas circunstancias, determinados grupos de terapeutas si se cuidan, refiriéndose con ello a su entorno cercano y a algunos terapeutas muy específicamente. Mientras que prácticamente todos concuerdan que en general los terapeutas no se cuidan, o lo hacen deficientemente, y que en definitiva, no es una práctica establecida. La mayoría evalúa este hecho en función de si los terapeutas siguen proceso terapéuticos personales, se supervisan y cuanto trabajan, pero más que nada, los dos primeros. Entre las razones que se señalan para que esto suceda está básicamente el hecho de que no hay terapeutas certificados como supervisores ni como terapeutas de otros terapeutas, que no existen mecanismos ni instancias que controlen y certifiquen esto. A continuación dos declaraciones que ejemplifican lo expuesto: “no hay gente que consideremos idónea para supervisarnos y hacer terapia”(10.8.g) “la autoprotección que te provee la terapia y el control de casos no está siendo ejercida, definitivamente no está siendo ejercida porque si no sería muy casual que en todo el tiempo de ejercicio que yo tengo, que te comente hace un rato de manera informal, que yo no haya tenido no sé, 20, 30 colegas jóvenes que hayan consultado en 30 años que yo trabajo, uno por año, ¡uno por año! , no es cierto?, yo te digo que he tenido dos o tres colegas que han consultado ocasionalmente por un control de casos en treinta y dos años , treinta y tres años que van a ser de carrera, en agosto cumpla treinta y tres , entonces es notable no, y con los otros colegas que yo he conversado más antiguos o de la generación intermedia, tampoco tienen consultas de psicólogos o de control de casos, entonces el autocuidado inicial no está siendo ejercido , entonces claro, van a cometer errores...”(7.7.f)

Categoría nuclear 3. Medidas de autocuidado

A continuación se describen los resultados encontrados en relación a las medidas de autocuidado tanto las que son identificadas como importantes por los terapeutas como aquellas que implementan en su vida diaria. Para organizar la información se usó la clasificación que hacen Pearlman y Saakvitne (1995) quienes señalan que hay estrategias concretas de

autocuidado que pueden ser ejecutadas a nivel personal, profesional y organizacional.

Categorías descriptivas:

a. Estrategias personales:

- Hacer un proceso psicoterapéutico personal
- Tener un grupo de pares
- Ejercicio físico
- Acudir a terapias alternativas
- Compartir con la familia
- Regulación del sueño
- Alimentación balanceada
- Vacaciones
- Bailar
- Tener amigos, compartir con ellos
- Prácticas espirituales
- Descansar
- Realizar otras actividades
- No consumir alcohol ni tabaco en exceso
- Desarrollar autocontrol emocional y autoconocimiento
- Ser asertivo
- Ir al médico cuando se requiere
- Separar trabajo de vida personal
- Ser auténtico
- Reconocer las limitaciones biológicas

Realizar un proceso psicoterapéutico personal (1.1.c, 1.2.d, 3.7.c, 3.9, 3.10.a, 4.12.f, 4.13.a, 5.6.a, 5.7.a, 6.16.a, 7.5.e, 9.9.a, 9.10.a, 10.6.a, 11.7.b, 11.7.e, 13.7.b, 14.6.a, 19.8.a), es sin duda la estrategia personal más reconocida pero no la más implementada por los terapeutas, las razones para ello ya se comentaron en categorías precedentes. Los terapeutas indican que debería ser una práctica implementada desde pregrado, otros consideran que su implementación debe ser esencialmente en épocas de crisis, otros señalan que es parte del comportamiento ético. Quienes si la implementan por lo general son aquellos que en su formación de pregrado o posgrado han sido concientizados sobre ello, sirva de ejemplo el siguiente segmento: "Nos decía, el día que ustedes sean psicólogos, no, desde el día que ustedes estén aquí en la universidad tienen que ir a un psicólogo y sacar toda su m..., para que, para que puedan ayudar a otro paciente, sabes que, eso se me ha quedado aquí (señala su cabeza), se me clavo..."(3.9)

Tener un grupo de pares (5.19.b, 14.6.b, 19.6.b) con los cuales poder compartir las repercusiones personales de los casos, que puedan brindar

apoyo en momentos de crisis, es una estrategia señalada como beneficiosa y a diferencia de la anterior, ha sido señalada por quienes la practican.

Hacer ejercicio físico (4.4.d, 4.11.e, 5.9.b, 9.6.d, 12.17.c*, 14.6,14.19, 16,11, 18.26.a, 20.10.b*) sea practicando deportes, caminando, haciendo yoga es una estrategia en cuya importancia todos están de acuerdo, sin embargo una mayoría se describe como falto del hábito, que no hacen ejercicio físico por falta de tiempo, y que si hay tiempo después del trabajo, prefieren dedicarlo a la familia.

Respecto a lo último mencionado, compartir con la familia (4.4.e, 11.13.c, 12.16.b, 13.22.b, 15.6.a, 19.10.a) es una estrategia implementada sin dificultad y muy disfrutada por varios terapeutas, aunque no es la más usual.

La regulación del sueño (4.11.a, 11.15.a,12.17.a, 14.19, 14.7, 16.11,17.19, 18.32) es algo reconocido como muy importante y practicado por varios terapeutas que tratan de dormir un promedio de 8hrs., algunos otros como ya se explico en otra categoría alteran esto cuando tienen sobrecarga laboral.

Tener una alimentación balanceada, saludable (4.11.b, 10.15.a, 11.15.b, 12.17.b*, 13.22.d,14.7, 14.19, 16.12,17.19*,18.31, 20.10.a) es una estrategia bastante implementada por los terapeutas, aunque sus comentarios dejan entrever que en algunos casos requiere ser optimizada pues aún reportan tener problemas de sobrepeso y colesterol elevado por ej.

A continuación se transcribe un segmento de una entrevista que retrata como ven estos aspectos algunos terapeutas: "Bueno tengo un gran problema, considero que son de "ultra archí extrema" importancia, hace un par de meses estoy trabajando en ellos, considero que es de extrema importancia comer sanamente, hacer ejercicio y considero que el dormir es una necesidad, Duermo bien, no hago ejercicio, lo hacía antes y lo voy a volver hacer, y mi calidad de alimentación está mejorando y considero que es muy importante" (17.19).

Acudir a terapias alternativas, desarrollar actividades espirituales básicamente asociadas a alguna religión, bailar, viajar de vacaciones son estrategias señaladas y practicadas por algunos terapeutas.

Tener amigos, compartir con ellos (4.11.f, 10.20.a, 11.14.a, 12.16.a, 13.8.b, 13.23, 17.12,18.26.b,19.11), es una estrategia ampliamente implementada y reconocida como beneficiosa por los terapeutas, no limitándose a tener una vida social activa, pues al margen de actividades sociales recreativas, el tener relaciones significativas que promuevan un sostén afectivo son también señaladas por los entrevistados.

Descansar (4.4.f, 11.13.b , 12.15.a, 17.10.a, 18.26.c*) es también una estrategia reconocida e implementada por algunos e implica dejar de realizar

actividades, quedarse tranquilo pudiendo esto implicar dormir o no, pero si conlleva el cese de actividades.

Realizar otras actividades (4.11.g, 5.9.a, 5.19.c, 5.20.a, 11.13.a, 14.4.c, 16.8, 20.8*) sean estas hobbies o no la idea es dejar de lado el trabajo terapéutico, alejarse de actividades que tengan que ver con la profesión dando cabida a otras que pueden ser artísticas, comunitarias, recreativas, entre otras. La siguiente declaración podría ser una fuente de inspiración sobre la valoración del tiempo de ocio. "Debido a que soy una persona con demasiados hobbies (guitarra, piano, música, poesía, boxeo, capoeira, break dance, gimnasia, hip hop, cinefilia, arte, idiomas, entre otros) mi tiempo de ocio trato de aprovecharlo al máximo, así que la programación del tiempo de ocio ocupa un lugar fundamental en mi vida" (20.8)

Desarrollar autocontrol emocional y autoconocimiento (8.13,11.7.c,11.12.a, 15.9.a) señalan algunos que es muy importante porque permite en primera instancia reconocer que se tienen problemas, luego que se requiere ayuda, también conlleva el saber reconocer y expresar adecuadamente estados emocionales negativos principalmente.

Ser asertivo (12.22.a, 13.29, 14.19.a*, 16.16, 17.22,20.14) hace referencia principalmente a poder dar respuestas asertivas, al uso del humor frente a consultas y preconcepciones de las personas en situaciones sociales. Al respecto una terapeuta señala: "siempre que me dicen, tú me estas analizando, yo les digo yo no trabajo gratis, así que no te preocupes que no se me va a ocurrir preocuparme en tu situación como psicóloga, te estoy escuchando como amiga y el abordaje quería contarte esto, como abordaje, yo lo aprendí a manejar muy sutilmente, la escucho como amiga y le devuelvo otra experiencia mía personal para poner simetría en la conversación, para no ponerme en el lugar de terapeuta"(14.19)

En contraposición al amplio grupo de quienes evaden las consultas medicas, unos pocos terapeutas afirman realizar conductas médicas cuando se requiere.

Separar el trabajo de la vida personal es una estrategia muy poco implementada, implica no solo no llevar a casa trabajo para terminar, sino también no llevarse a casa las preocupaciones que se tienen respecto a los pacientes, esto se debe sin duda a que no resulta fácil modular la empatía que la vocación de ayuda genera.

Ser auténtico (10.22.a, 14.21*, 20.3.b) es una estrategia que pocos señalan, en quienes lo hacen se la ve asociada a la madurez tanto personal como profesional, al respecto una colega comentó: "He ido cambiando esa percepción, cuando empecé la profesión cuando era joven creía yo que el título tenía una investidura que tenía que cuidar en mi comportamiento, sin embargo hoy por hoy soy muy autentica en lo que quiero hacer, como hacer y nunca he

dejado de hacer nada porque soy psicóloga, he dejado de hacer porque no me parece, , no me funciona, pero no ha sido la profesión la que me generara inhibiciones..."

Reconocerlas limitaciones biológicas (12.24.a, 18.27, 18.28.b*,18.29) principalmente en lo referido al desgaste de energía que esta labor conlleva, a los cambios fisiológicos y con ellos las limitaciones que conllevan es una estrategia directamente relacionada con la etapa de vida de los terapeutas.

b. Estrategias profesionales:

- Disminuir el tiempo de trabajo
- Supervisar
- Derivar
- Capacitación constante
- Limitar el número de pacientes que atiende
- Expectativas realistas sobre su trabajo
- Responsabilidad compartida con el paciente
- Consultas informales sobre sus casos
- Disminuir el tiempo de trabajo y limitar el número de pacientes que atienden (4.11.i,4.12.b, 4.12.d, 5.17.a,11.20.a, 13.22.d, 17.11.b) son estrategias profesionales señaladas por algunos, quienes en función a su experiencia o por su forma de ser, comprenden la importancia de implementar estas estrategias, llevando ala práctica la disminución del número de pacientes pero sin poder implementar el descanso entre pacientes ni disminuir el tiempo de trabajo, en función básicamente a consideraciones organizativas y económicas.

Supervisar (3.5.c, 5.6.b, 5.18.a, 5.19. a, 6.1.c, 6.5.b, 6.5.c, 6.6.a, 6.15.b , 8.8.c, 10.14.a, 10.15.b, 11.11.b, 12.3.a, 13.8.a, 14.9, 15.7.b, 17.15.b, 19.5.b, 19.6) es una estrategia ampliamente reconocida, no tan practicada, y quienes lo hacen señalan una variedad de maneras(con profesionales extranjeros que vienen esporádicamente, por internet, cuando viajan, a través de un equipo de pares, con su propio terapeuta, etc.) pero todas con la característica de ser insuficientes e inconstantes, pues en su generalidad se realizan cuando se da la ocasión y cuando tienen casos críticos.

Derivar aquellos casos que generen conflicto, no es una estrategia muy reconocida y menos aún practicada probablemente por algunas creencias inadecuadas que manejan los terapeutas en sentido de tener que saber y poder trabajar sobre prácticamente cualquier temática y en relación a exponer sus limitaciones a otros.

La capacitación constante (7.13.c,9.17.b, 12.14.a,20.7) también es una estrategia reconocida por algunos y practicada por pocos.

Las expectativas realistas sobre su trabajo y la responsabilidad compartida con sus pacientes (10.21.a, 12.26.a,12.27, 14.15.a, 16.21, 17.26.a, 19.23) son estrategias reconocidas e implementadas por terapeutas con un cierto grado de experiencia, quienes admiten que llegaron a esa actitud gracias a como fueron comprendiendo sus experiencias profesionales. El siguiente segmento ilustra algo de ello: "trato de ser realista y no crearme falsas expectativas ,creo q mis expectativas son realistas, puedo tener éxito como fracasos si el paciente vuelve y sigue su tratamiento hallo que me está yendo bien y si no vuelve no me hallo culpable si no que sé que dependerá tanto del curso del tratamiento como de las expectativas propias del propio paciente"(10.21).

c. Estrategias organizacionales:

- Las instituciones generan condiciones de autocuidado
- Las instituciones no generan condiciones de autocuidado
- Carencia de apoyo gremial, institucional
- Muy pocas instituciones generan condiciones de autocuidado

En cuanto a las estrategias desarrolladas por las instituciones la opinión mayoritaria es que las instituciones no generan condiciones de autocuidado (2.17.a, 5.14.a*, 5.14.c, 5.15. d, 6.13*,6.14, 7.10.a, 8.12.a , 10.8.c, 10.9.a, 11.11.a*,13.21.a, 14.13, 15.5.a, 16.9*,17.9, 19.5.a*) esto en razón a que desconocen que los terapeutas tengan que cuidarse, por ende, no hay políticas institucionales al respecto y las instituciones más aun por el contrario tratan de sacar el mayor provecho posible de los terapeutas y su trabajo, como ejemplo el siguiente comentario: "Ninguna, no hay , yo en las instituciones públicas que he trabajado, que son muchas, he trabajado por el Estado los últimos diez años de mi vida, he trabajado para muchas instituciones del Estado ninguna se preocupa del autocuidado, de hecho más bien la visión es mientras más puedes dar y te puedan sacar el jugo mejor" (5.14.a)

Una sola terapeuta sin experiencia en el trabajo institucional consideró que las instituciones si generan condiciones de autocuidado. Algunos señalan que muy pocas instituciones generan condiciones de autocuidado pero no de la mejor manera de en forma sostenible (4.10.b, 5.14.d, 12.11.a, 17.13)

Por lo ya mencionado señalan que no existe apoyo institucional para los terapeutas, tampoco hay un respaldo gremial (7.7.i, 7.10.b,9.1.b, 10.8.e, 14.7) las razones para ello se explicaron en la categoría correspondiente a la percepción de los terapeutas y su situación actual.

V. CONCLUSIONES

Las conclusiones se realizaron en función de los objetivos planteados e integrando los resultados cualitativos y cuantitativos de la investigación, para lo cual el Supra paradigma Integrativo se usa como marco contextual y de referencia. En un primer momento los resultados encontrados⁶ se integran a través de las categorías propuestas en los diferentes paradigmas y el sistema Self, extrayendo así las primeras conclusiones; posteriormente haciéndose una síntesis de todo ello se responden a los objetivos planteados.

Categoría nuclear 1. Percepción de la situación actual de los psicoterapeutas

Como ya se mencionó, esta categoría permite tener una visión panorámica de cómo perciben los terapeutas la situación actual de su grupo profesional, lo cual brinda un segundo marco de referencia para analizar su concepción de autocuidado y las medidas de autocuidado que identifican y/o ponen en práctica; es decir, como han psicofacturado la percepción de su realidad, en qué grado eso se ha transformado en estímulos efectivos para generar medidas de autocuidado.

Paradigma Biológico

- Hábitos de ejercicio físico insuficientes o inexistentes
- Hábitos de sueño inadecuados
- Etapa de la vida del terapeuta

En el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, los Principios de Influencia hacen referencia a que la presencia de un hecho específico

⁶los datos provenientes de las escalas administradas a los sujetos, se señalizan: (E)

precedente, aumenta la probabilidad de que se produzca un segundo hecho específico; en el paradigma biológico señala que cambios genéticos, endocrinos, neuroanatómicos y neurofisiológicos específicos influyen aumentando la probabilidad de ciertas cogniciones, afectos o conductas específicos, haciendo específica referencia a los beneficiosos efectos del ejercicio y del sueño; tomando en cuenta esto, queda claro que las deficiencias a este nivel tendrán efectos no positivos en el estado general de los terapeutas.

La etapa de vida por la que atraviesa cada terapeuta, también repercute en su desempeño, por ej. No es lo mismo estar en la adultez temprana y criando el 1er hijo que estar enfrentando la jubilación.

Paradigma Ambiental conductual

Ambiental	Conductual
<ul style="list-style-type: none"> - Ingreso libre a la carrera - Oferta pos gradual reducida - Percepción errónea del psicólogo - Mejora en la opinión pública - Diferencias en infraestructura y condiciones materiales - Diferencias en los casos que se atienden - Actitud positiva de los pacientes en p. privada - Actitud negativa de los pacientes en p. institucional - Diferencias en la remuneración económica - Condiciones socioeconómicas de los terapeutas - Consultas fuera del espacio de trabajo - Exceso de horas laborales - Hacer “doble jornada” - Trabajo en solitario - Condiciones laborales pésimas - Menores condiciones para los jóvenes 	<ul style="list-style-type: none"> - Características del trabajo realizado - Dificultades por falta de experiencia - Déficits en el desempeño de su trabajo - Pasividad, sedentarismo - Posterga consultas médicas - Posterga el tiempo de ocio - Importancia del encuadre

A nivel ambiental las observaciones son diversas, concentrándose principalmente en aspectos relacionados con la práctica profesional como por ej. las diferencias entre la práctica privada y la ejercida a nivel institucional donde el balance sale sin duda a favor de la práctica privada; al respecto puede también señalarse que un ambiente agradable, motivador, que toma en cuenta las necesidades del individuo, carente de estímulos estresantes, propicia el bienestar y por ende podría aumentar la probabilidad de un buen desempeño. También se puede señalar que en el plano interaccional, actitudes negativas (como la de los pacientes en la p. institucional) aumentan la probabilidad de generar a su vez conductas negativas.

El exceso de horas laborales, se da en ambos tipos de prácticas, siendo definitivamente más frecuente en las mujeres. Similar situación sucede con el fenómeno de la “doble jornada” que se da en las mujeres de la muestra.

A nivel conductual, las características del trabajo realizado muestran un balance a favor en la práctica privada, esto como efecto principalmente de la independencia y la necesidad de tener un buen desempeño para mantener e incrementar los pacientes.

Los déficits en el desempeño laboral son un aspecto sin duda significativo, Estos se basan, según los entrevistados, en carencias que se arrastran desde la formación, poca claridad en cuanto a los límites en los procedimientos a emplear, el no seguir protocolos de atención, evidenciándose un pobre awareness sobre estas limitaciones en su propia persona.

Paradigma Cognitivo

- Falencias en la formación de pregrado
- Importancia de la formación profesional específica
- Enseñanza del autocuidado
- Producción del conocimiento inexistente
- Expectativas de logro sobrevaloradas en los jóvenes
- Creencias erróneas relacionadas con su rol
- “Sectarismo teórico”

- Aprender de las historias de las personas
- Elevada autoexigencia profesional
- Dificultad para aplicar conocimientos a su vida personal
- Creencias, prejuicios y valores del terapeuta
- Conocimiento escaso o inadecuado sobre psicoterapia*

Los entrevistados señalaron falencias en la formación de terapeutas desde el pregrado, principalmente en conocimientos procedimentales. En varios hay la conciencia de la importancia de la preparación específica a nivel pos gradual. En cuanto a la enseñanza del autocuidado, son raras las experiencias de haber recibido este conocimiento en la formación de pregrado, sin embargo en postgrado hay más cercanía con el tema.

Otro elemento importante son las creencias erróneas relacionadas con su rol, algunas se transmiten desde la formación en pregrado (por ej. esa percepción de invulnerabilidad, de no permitirse fallar o necesitar ayuda). Este tipo de procesamiento disfuncional de la información, sin duda es uno de los factores que contribuye a generar elevados niveles de autoexigencia, expectativas de logro sobrevaloradas y sintomatología ansiosa, entre otros.

Los entrevistados también señalan que pese a que ha habido avances, la población aun tiene un conocimiento escaso o inadecuado sobre su labor.

Paradigma Sistémico

- Las instituciones desconocen la labor del psicólogo
- Problemas gremiales

La opinión es generalizada en sentido de que las instituciones desconocen la labor del psicólogo, lo que se evidencia en demandas de trabajo poco claras o inadecuadas y la ausencia de manuales de funciones para los psicólogos, entre los déficits más importantes.

A lo anteriormente señalado se suman los problemas gremiales que se originan en la falta de un marco legal para el ejercicio profesional y se traducen entre otros, en una falta de respaldo sólido para los profesionales.

Paradigma Inconsciente

- Estudiar psicología para resolver sus problemas
- Influencia negativa de conflictos no resueltos
- Omnipotencia en los jóvenes
- Contratransferencia
- Resistencia para asistir a psicoterapia*

Fenómenos que se presentan desde la época de formación y los efectos negativos que generan, pueden comprenderse mejor a la luz de los principios de influencia. Así por ej. es posible entender que los estudiantes no reconozcan su motivación real para estudiar psicología o que un terapeuta insista en que no necesita ayuda y que sus conflictos personales no están influyendo en su trabajo (siendo evidente que es así), si tomamos en cuenta el siguiente Principio de Influencia: “ Una mayor conflictividad emocional asociada a un estímulo influye aumentando la probabilidad de que el estímulo no sea reconocido conscientemente”.

La resistencia para asistir a psicoterapia tanto en la población como en los terapeutas puede explicarse por la presencia e influencia de mecanismos de defensa como la negación, represión y racionalización que tienden a empobrecer el análisis de la realidad.

Paradigma Afectivo

- Manejo de la frustración
- Estrés, emociones negativas
- Satisfacción al ver mejorías en pacientes
- Éxito silencioso
- Satisfacción con el trabajo (E)
- Síntomas de fatiga por compasión (50%) (E)
- Trauma secundario (15%) (E)

Los reportes de los entrevistados coinciden con las investigaciones mencionadas en la literatura, en el sentido de que la práctica clínica tiene aspectos positivos y negativos. Entre los primeros está la satisfacción al ver la mejoría de los pacientes, el éxito aunque silencioso es gratificante sin

duda. La Escala sobre la Calidad de Vida Profesional da cuenta de que los terapeutas en general se sienten satisfechos, y en mayor medida quienes hacen práctica privada.

Entre los efectos negativos de la práctica clínica están sin duda las emociones negativas que en diversos momentos esta práctica genera; el estrés está presente en grados variables por diversas circunstancias asociadas a la labor terapéutica y llegando en algunos casos (15% de la muestra) a presentar síntomas de trauma secundario por el tipo de trabajo desarrollado y por deficientes medidas de autocuidado. Es también llamativa la presencia de síntomas de fatiga por compasión en la mitad de los entrevistados (50%) que como señala Mussi (2005) se generan al ser el psicoterapeuta testigo visual y auditivo del relato de historias dolorosas de los pacientes y en algunos casos, un exceso de empatía que contribuye a la presencia del fenómeno.

Sistema Self

- Pobre autoconocimiento
- El terapeuta es humano
- Percepción de eficiencia en grados variables (E)
- El terapeuta es su propio instrumento de trabajo
- "Psicólogo las 24 horas del día"
- Inconstante al hacer terapia
- Problemas éticos

A nivel de Toma de consciencia, la información recabada da cuenta por un lado de una capacidad de introspección no muy eficiente que remite a un pobre autoconocimiento en unos, pero también del reconocimiento en otros de sus propios límites al definir en su identidad el estatus de "humano". Siguiendo con la función de Identidad, en la dimensión de autoeficacia, los terapeutas se ven a sí mismos como eficientes en grados variables en el desempeño de su trabajo; el que algunos sean "psicólogos de 24 hrs." también plantea la conveniencia de trabajar a este nivel.

La inconstancia en los propios procesos terapéuticos, los problemas éticos ponen en evidencia déficits en las funciones de Búsqueda de sentido y Conducción de vida, esto en tanto dejan ver poca claridad, consistencia y

fuerza en los valores que rigen su conducta, en el sentido que orienta sus decisiones; incluso puede hablarse de un Self frágil con dificultades para perseverar en los esfuerzos y resistir a las tentaciones; lo cual sin duda constituye un llamado para trabajar en el tema, por las connotaciones que estos fenómenos tienen en la labor de los terapeutas y por ende en la vida de los pacientes.

Categoría nuclear 2. Percepción y concepción del autocuidado

Esta categoría contiene información respecto a cómo los terapeutas conceptualizan el autocuidado, observándose que en una buena parte de los casos, se equipara al autocuidado, se lo define en función de un solo tipo de estrategia, ej. practicar el autocuidado significa supervisarse o seguir un proceso terapéutico personal. Así también brinda información sobre como perciben que los otros terapeutas se cuidan (*)

Paradigma Ambiental conductual

Ambiental	Conductual
<ul style="list-style-type: none"> - falta de disponibilidad de información 	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de autocuidado poco consistentes*(E) - Comportamiento profesional correcto - No supervisan* - No siguen procesos terapéuticos personales*

En cuanto a concepciones del autocuidado, en este nivel se tiene solamente aquella que define el autocuidado como un comportamiento profesional correcto, esto quiere decir, un comportamiento que se rige por principios éticos y está en el marco de lo legal.

En lo que se refiere a como perciben que se cuidan los demás terapeutas, señalar en primera instancia que los resultados de la Escala de Conductas de Autocuidado evidencia que los terapeutas realizan conductas de autocuidado, sin embargo en función de la información proveniente de las

entrevistas, se han definido las medidas como poco consistentes en tanto a que la mitad de los entrevistados consideran que sus colegas no ejecutan medidas de autocuidado, unos pocos consideran que si lo hacen, otros consideran que esto es variable y otros más que lo hacen de forma deficiente. Así también manifiestan que sus colegas en general, no supervisan ni realizan procesos terapéuticos personales, entre las razones que se exponen están: no existen terapeutas calificados para hacer supervisión ni para ejercer como terapeutas de otros terapeutas. Para los terapeutas con una experiencia alrededor de los 20 años, existen muy pocos terapeutas activos y menos aún con el mismo enfoque teórico que tengan una mayor experiencia, a los cuales pudiese pedírseles algún tipo de supervisión; en los jóvenes hay una carencia de modelos de autocuidado y falencias de formación entre las razones más destacadas.

Otra razón tiene que ver con una resistencia a mostrar sus falencias y a ser criticados, la cual se asienta en creencias erróneas en relación a ser falibles y requerir ayuda, en el temor a la crítica y vulnerar su imagen frente a sus pares.

Paradigma Cognitivo

- Falta de conocimiento,
- Enfoques toman en cuenta el autocuidado
- Actualización del conocimiento

Unos pocos terapeutas señalan que diversos enfoques toman en cuenta el autocuidado, sin embargo un grupo mayor opina que en general no hay información sobre el tema, que la mayoría carece de conocimientos concretos sobre esta temática, que en el medio no se trabaja sobre esta problemática; al respecto señalar que evidentemente no hay publicaciones, talleres, etc. sobre el tema en la ciudad. Como dato al margen, dos semanas aproximadamente después de realizarse las entrevistas, uno de los entrevistados incluyó esta temática en un seminario que ofertaba, siendo la primera iniciativa en el tema dentro lo que se ha visto.

No deja de ser un tanto contradictorio que algunos terapeutas señalen que el autocuidado implica la actualización constante del conocimiento profesional, y que también estén incluidos entre los que poco conocen en concreto sobre el tema, siendo que una búsqueda en internet permite acceder a esta información. Además es una temática que está siendo cubierta en los libros técnicos hace un tiempo ya.

Paradigma Sistémico

- No existe mecanismos de control o certificación*

Una observación importante, y sin duda acertada, hace referencia a que no existen mecanismos que controlen o certifiquen que un terapeuta está calificado para ejercer como terapeuta, más aun como terapeuta de otros terapeutas, que tiene las condiciones para ejercer como supervisor, etc. Tampoco se tienen mecanismos o instancias que certifiquen que un terapeuta se hace supervisar, que lleva procesos terapéuticos propios con cierta regularidad como en otros países. Estas falencias se originan en la falta de una ley que avale y regule el ejercicio, aspecto ya comentado en la anterior categoría.

Paradigma Afectivo

- Promover la estabilidad emocional

Algunos terapeutas señalan que el autocuidado implica promover el bienestar, la estabilidad emocional. Es decir, se debe buscar que el terapeuta tenga un adecuado autocontrol emocional, que su estado de ánimo no sea volátil, cambiante en exceso y su respuesta emocional sea acorde al estímulo; señalando que si el terapeuta no está bien a este nivel, resulta difícil que pueda realizar un buen trabajo en esos mismos aspectos con sus pacientes.

Sistema Self

- Conciencia sobre el autocuidado
- Cuidado de la imagen, apariencia física

- Autoreflexión, y toma de conciencia

Varios entrevistados consideran, significan el autocuidado como cuidado de la apariencia física y a través de ella la imagen que se proyecta a la población en general y principalmente a los pacientes, explicando que un terapeuta debe verse bien, que esto es un aspecto esencial que define a los ojos de los demás quién es. Se observa que esta autoimagen influye en el autoconcepto del terapeuta y definitivamente en su percepción de autoeficacia también.

Algunos terapeutas vinculan al autocuidado con la “autoreflexión”, queriendo significar con ello una capacidad introspectiva. También mencionan la toma de conciencia sobre su propio autocuidado, la necesidad de optimizarlo y la influencia que tiene en la calidad de su trabajo.

Otra observación, no menos importante, tiene que ver sobre lo beneficioso de “escucharse a sí mismo”, es decir, darse cuenta de las señales que el propio cuerpo da porque ello permite tomar acciones para responder a necesidades del organismo e incluso de la persona en general.

Tanto las escalas como las entrevistas dan cuenta de que en los terapeutas se ha dado un awareness sobre la importancia del autocuidado, sin embargo, esta toma de consciencia se ha dado en grados variables, y en la mayoría de los casos, no es suficiente como para generar cambios sistemáticos y mantenidos en su vida diaria. Al parecer, como señala Baringoltz (2008), los terapeutas saben lo que necesitan hacer pero no lo hacen por diversas razones.

Categoría nuclear 3. Medidas de autocuidado

En esta categoría se concentra la información relativa las medidas de autocuidado, tanto las que los terapeutas reconocen, identifican como las que emplean. En función a la clasificación que se usó tanto en la categorización de variables como en la descripción de resultados cualitativos, se concluye en que los terapeutas implementan

mayoritariamente estrategias personales, algunas profesionales y definitivamente sienten una gran carencia de estrategias organizacionales.

Paradigma Biológico

- Ejercicio
- Regulación del sueño
- Alimentación balanceada
- No consumir alcohol/tabaco en exceso

Tener una alimentación balanceada es una estrategia mayoritariamente empleada en grados variables de efectividad por lo que reportan los entrevistados. La regulación del sueño es una estrategia identificada como importante, pero no implementada por todos básicamente por sobrecarga laboral.

El ejercicio es otra estrategia definida como importante, pero asumida como poco implementada o inexistente en el día a día de los terapeutas.

Paradigma Ambiental conductual

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Condiciones de autocuidado muy escasas, poco consistentes (E) | <ul style="list-style-type: none"> - Hacer un proceso psicoterapéutico personal - Acudir a terapias alternativas - Vacaciones - Bailar - Prácticas espirituales - Descansar - Consultas médicas según necesidad - Realizar otras actividades/ tiempo de ocio - Serasertivo - Supervisar - Derivar - Limitar el número de pacientes que atiende - Disminuir las horas de trabajo |
|---|--|

Tanto la Escala de Autocuidado como en las entrevistas, se ha hecho patente las escasas condiciones de autocuidado que proveen las

instituciones a los terapeutas. En la mayoría de los casos son definitivamente inexistentes, en otras son escasas y poco consistentes, porque son medidas esporádicas, mal planificadas y poco pertinentes.

Existe un consenso sobre la importancia y los beneficios de hacer un proceso terapéutico personal. Sin duda los procesos formativos y la toma de consciencia personal influyen en las diversas apreciaciones que hacen, señalando unos que debe crearse el hábito desde la formación en pregrado, la mayoría refieren a un proceso único al iniciar la etapa laboral, lamentablemente unos pocos aluden a la importancia de que sea una práctica periódica, esto tomando en cuenta el desgaste que la labor terapéutica conlleva.

Supervisar es otra práctica ampliamente aceptada y practicada de diversas maneras, teniendo en común el ser una práctica irregular por diversas razones: consideran que no hay terapeutas calificados, supervisan según necesitan, lo hacen por medios electrónicos o cuando se da la ocasión con terapeutas extranjeros. Sin embargo, algunas entrevistas y la práctica cotidiana dan cuenta de que supervisar no es una práctica que se enseñe, fomente y menos aún realice especialmente por los profesionales jóvenes.

En cuanto a estrategias personales, dedicarse a otras actividades y tener tiempo de ocio es algo que ya practican los terapeutas, pero está lejos de ser aun una práctica extendida y habitual.

Limitar el número de pacientes que se atiende y disminuir el número de horas de trabajo, es una estrategia profesional definitivamente deseable para la mayoría y está empezando a implementarse en la práctica privada de algunos. Es pertinente tomar en cuenta que es prácticamente irrealizable en la práctica institucional, y en la práctica privada debe equilibrarse con las obligaciones económicas que los terapeutas privados deben cubrir.

Paradigma Cognitivo

- Capacitación constante

- Expectativas realistas

La capacitación constante, es una estrategia profesional reconocida como importante por algunos y lamentablemente practicada por pocos, y se relaciona sin duda con las creencias que tienen sobre la importancia de la preparación profesional específica. Esto implicaría una falencia significativa en términos de autocuidado y se traduce en una pérdida para el paciente, pues como señala Opazo (2001) por cada carencia o deficiencia del terapeuta, el paciente pierde algo.

Un aspecto positivo al evaluar las estrategias a este nivel, lo constituye el hecho de que los terapeutas generalmente gracias a la experiencia han podido significar adecuadamente los éxitos y los fracasos, los alcances de su accionar profesional, lo que les ha permitido generar expectativas realistas sobre su trabajo y así protegerse de la frustración.

Paradigma Sistémico

- Compartir con la familia
- Tener un grupo de pares
- Tener amigos, compartir con ellos
- Responsabilidad compartida con el paciente
- Consultas informales sobre sus casos
- Carencia de apoyo gremial, institucional

Sin duda las estrategias personales se despliegan exitosamente a nivel sistémico, principalmente en lo referido a desarrollar relaciones significativas, el compartir tiempo con la familia y amigos, les permite nutrirse y generar afectos y cogniciones positivas, que pueden servir como elementos protectores en la labor terapéutica.

Las entrevistas y las escalas también dan cuenta de que, principalmente a través de la experiencia, los terapeutas han podido psicofacturar positivamente las experiencias de fracaso terapéutico, han logrado un awareness en lo referido a las causas del fracaso terapéutico que se ha traducido en la visión de una responsabilidad compartida con el paciente.

Entre los aspectos a mejorar sin duda están la carencia de apoyo gremial e institucional, aspectos que ya se han desarrollado en categorías y paradigmas precedentes.

Paradigma Afectivo

- Desarrollar autocontrol emocional

Esta estrategia personal, es ampliamente reconocida por todos los entrevistados quienes también refieren trabajar en ella. Al respecto no cabe duda que un proceso terapéutico con seguridad sería altamente aportativo en este punto; además, la experiencia cotidiana pone en evidencia que los terapeutas en su mayoría requieren trabajar ampliamente en este aspecto, principalmente cuando están bajo condiciones de estrés.

Sistema Self

- Desarrollar un mayor autoconocimiento
- Separar trabajo de vida personal
- Ser auténtico
- Reconocer las limitaciones biológicas

Desarrollar autoconocimiento es una estrategia señalada como importante por algunos terapeutas y puesta en práctica por los mismos, la vinculan con el darse cuenta de los efectos negativos de la práctica y la promoción de la estabilidad emocional.

Separar el trabajo de la vida personal y reconocer las limitaciones biológicas son estrategias que se han visto asociadas a la experiencia y a la etapa de la vida en que se encuentra el terapeuta. El ser auténtico también es un aspecto de la función de Identidad que ha ido mejorando con el transcurso del tiempo, sin embargo cabe aclarar que mayor edad no es sinónimo de autenticidad, simplemente es que las experiencias de vida, las etapas de la vida en su transcurso pueden facilitar el desarrollo de esta función.

En este punto, a modo de síntesis se responden a los objetivos planteados al inicio de la investigación.

El objetivo general ha sido ampliamente respondido en las conclusiones precedentes.

En cuanto al primer objetivo específico relativo a la percepción que tienen los terapeutas sobre su grupo profesional y las características de su formación y ejercicio, puede concluirse lo siguiente:

- Acerca de la formación, los terapeutas perciben significativas falencias a nivel de pregrado, incluyendo dentro de estas la prácticamente inexistente presencia en los contenidos y programas del autocuidado. Coinciden que hasta hace poco las opciones de formación pos gradual específica en el medio eran muy escasas, aspecto que en el último tiempo está cambiando. En relación con ello, perciben que la práctica de una formación continua es muy escasa en los terapeutas.
- Los psicólogos en general han conquistado más espacios de trabajo y su labor es más conocida por la población en relación a épocas pasadas, sin embargo aún queda mucho por hacer al respecto.
- Las instituciones en su mayoría conocen muy poco sobre la labor de los terapeutas, la situación de los psicólogos en general a nivel institucional dista de ser buena.

En lo que se refiere a la percepción y concepciones sobre el autocuidado que tienen los sujetos de la muestra (2do. Objetivo específico), es sin duda positivo evidenciar una toma de consciencia sobre la importancia del autocuidado. Así también se observa por lo general una concepción “fragmentada” del autocuidado, en tanto lo definen en función a una sola estrategia (ej. salir con amigos). Como ya se mencionó, las escalas dan cuenta de que los terapeutas emiten conductas de autocuidado, sin embargo el análisis de las entrevistas permite ver que las medidas de autocuidado son poco consistentes en tanto los propios terapeutas perciben que unos colegas se cuidan y otros no, otros deficientemente, y en general, las estrategias utilizadas son escasas o poco variadas.

En lo que se refiere a la calidad de vida profesional (3er. Objetivo específico), al analizar los resultados de las dos escalas empleadas, se tiene que en general la emisión de conductas de autocuidado, correlaciona positivamente con la satisfacción laboral. Cabe destacar que pese a reconocer algunos de ellos que se sienten expuestos a un trauma secundario y la mitad presentan indicios de fatiga por compasión, todos ellos afirman sentirse eficientes y satisfechos con su trabajo en grados variables; lo cual, lleva a reflexionar sobre el grado de consciencia que tienen los terapeutas sobre los efectos negativos de su trabajo. Estos aspectos nos permiten concluir que sin duda la calidad de vida profesional es factible de mejorar a través de optimizar las estrategias de autocuidado.

Finalmente en cuanto al Sistema Self (4to. Objetivo específico), se tiene lo siguiente:

- Toma de consciencia: en los terapeutas se ha dado un awareness sobre la importancia del autocuidado, sin embargo, esta toma de consciencia se ha dado en grados variables, y en la mayoría de los casos, no es suficiente como para generar cambios sistemáticos y mantenidos en su vida diaria.
- Identidad: la dimensión autoimagen cobra significativa importancia en la identidad profesional de los terapeutas, y hace referencia a proyectar una imagen donde el cuidado de la apariencia física y de la solvencia de conocimientos y autocontrol emocional son preponderantes. La percepción de su autoeficacia es positiva prácticamente en todos. Cabe también señalar que el ser auténtico es una característica apreciada principalmente en los terapeutas experimentados.
- Significación: la psicofacturación de las experiencias terapéuticas, de los fracasos terapéuticos ha permitido en la mayoría de los terapeutas con un cierto grado de experiencia, generar estímulos efectivos en relación a este puntual aspecto. Sin embargo no en todos los casos la psicofacturación de la experiencia terapéutica ha generado estímulos efectivos que puedan

promover la implementación de estrategias de autocuidado en grado óptimo.

- Autoorganización: las vivencias terapéuticas sin duda han puesto a prueba la capacidad de los terapeuta de salir bien librados de ellas; sin duda los resultados son diferentes de terapeuta a terapeuta, empezando por el hecho de que no todos realmente han realizado acciones de cambio y que en función de variables personales unos más que otros tienden a desorganizarse frente a determinadas vivencias.

- Búsqueda de sentido: la existencia de problemas éticos, pone en evidencia que no todos los terapeutas tienen un sistema de valores consistentes que sean orientadores de su práctica diaria. Las diferencias en el desarrollo personal ejercen su influencia a este nivel, en algunos casos la madurez y la experiencia han contribuido a consolidar estos aspectos.

- Conducción de vida: los logros o falencias en términos de desarrollo personal de los terapeutas quedan en mayor evidencia a este nivel, evidenciándose en su manejo de la frustración, en su capacidad para perseverar y resistir a tentaciones. Realizar un proceso terapéutico personal sin duda contribuye positivamente a este respecto.

VI. RECOMENDACIONES

En base a la información obtenida, tanto en la revisión bibliográfica como en los resultados de la investigación se recomienda lo siguiente:

- Brindar información es sin duda una tarea básica si se quiere optimizar el autocuidado de los terapeutas. Por ello se sugiere que esta temática sea incluida en los contenidos de pregrado, en los cursos de formación continua y que se desarrolle de manera muy específica en la formación de posgrado.
- Capacitar a los terapeutas y futuros terapeutas en su cuidado, debe tener como objetivos promover la toma de consciencia sobre la importancia del autocuidado para así generar estímulos efectivos que promuevan la implementación, optimización de estrategias de autocuidado tanto profesionales como personales.
- A los terapeutas se recomienda involucrarse activamente en las asociaciones gremiales, recordando que esta es una estrategia profesional de autocuidado y que “la unión hace la fuerza”.
- A las asociaciones gremiales: Colegio de Psicólogos principalmente ser promotores activos del autocuidado de sus afiliados a través de la organización de eventos formativos, actividades de apoyo, trabajar en la reglamentación de las instancia de supervisión y psicoterapia para los terapeutas, así como en la coordinación con las instancia pertinentes (ej. SEDES) para la reactivación del proyecto para regular los espacios de trabajo, y con otras instancias para categorizar y certificar a quienes pueden ejercer como terapeutas.
- A los terapeutas y las organizaciones que los forman y las que los agrupan, trabajar activamente en la difusión del rol del psicólogo y del terapeuta en particular, en actividades dirigidas a la población y las instituciones.
- A los terapeutas “experimentados” y también a quienes ejercen la docencia, reflexionar sobre el modelo de terapeuta que estamos brindando a las generaciones jóvenes, que enseñanzas estamos transmitiendo con nuestro quehacer y nuestro discurso.

VIII. PROPUESTA

Tomando como base la definición realizada sobre el autocuidado, las conclusiones, en la intención de dar una mejor forma a las recomendaciones y de brindar elementos para futuras investigaciones o trabajos, además de responder a las observaciones y preguntas del Tribunal, es que se realiza la propuesta de un programa de autocuidado.

Señalar también que se toman en cuenta los cuatro modelos reconocidos sobre autocuidado señalados por Morales y Lira (pág. 35) El programa contempla los siguientes aspectos:

- Ψ El objetivo principal del programa es que los terapeutas incorporen el autocuidado a su filosofía de vida.
- Ψ El programa debe estar tutelado por organizaciones gremiales pues en sus estatutos se contempla el velar por el bienestar de sus afiliados y por la calidad del servicio que estos prestan a la comunidad.
- Ψ Lo componen dos partes: preventiva y de intervención.
- Ψ A nivel de prevención, se implementará principalmente en coordinación con instituciones de educación superior. La Psicoeducación ocupa un lugar central en esta parte del programa, añadiéndose a esta, diversas técnicas que permitan detectar y afrontar situaciones de estrés, desarrollo de hábitos saludables, entre otros. En relación con estos aspectos las actividades de formación continua son también importantes.
- Ψ A nivel de intervención, se pretende articular con las instituciones prestadoras de servicios de salud y en coordinación con las organizaciones profesionales, un sistema de ayuda para terapeutas deteriorados.
- Ψ Debe implementarse tanto en pre grado como con profesionales; en pregrado se debe empezar a brindar información sobre este tema, lograr que los futuros profesionales vean la importancia de desarrollar una labor preventiva en este aspecto, pues como se vio en los resultados, existen amplias falencias en la formación de pregrado, incluyendo en las mismas la ausencia absoluta de contenidos relativos

al autocuidado. Con los profesionales se debe aun difundir la información sobre el tema, pues no es lamentablemente de conocimiento generalizado, y en quienes conocen el tema y han logrado un cierto awareness sobre la importancia del mismo, este no es suficiente en muchos casos, como para promover un repertorio variado en conductas de autocuidado.

- Ψ El programa promueve el desarrollo de estrategias personales, profesionales y organizacionales; dentro de ellas asistir a terapia y realizar supervisión son esenciales
- Ψ Las actividades desarrolladas en el programa, proveerán de técnicas variadas, de modo que cada terapeuta pueda escoger aquellas que se adecuen mas a sus condiciones y personalidad, promoviendo así una aplicación sustentable de las mismas.

IX. BIBLIOGRAFIA

- Balarezzo, Ch. L. *Los aportes de la corriente cognitivo conductual en el modelo ecuatoriano de psicoterapia integrativa en Terapia Cognitivo Conductual: Teoría y práctica*. De Heman C., A. & Oblitas G., Luis A. Bogotá, Colombia: Psicom. (1ra. Ed, Pag. 75 a 87). 2009
- Baringoltz, S. *Construyendo respuestas: El terapeuta de cara al futuro*. Conferencia presentada en el VII Congreso Latinoamericano de Psicoterapia Cognitivo Conductual, Montevideo, Uruguay. (2008, mayo).
- Baringoltz, S. Entrenamiento y Cuidado del Terapeuta: ¿Dicotomía o Integración? Recuperado el 18 de octubre del 2013, del sitio web del Centro de Terapia Cognitiva: <http://centrodeterapiacognitiva.com>. 2008
- Baringoltz, S. & Levy, R. *Puentes en terapia cognitiva: problemas y alternativas*. Buenos Aires, Argentina: Polemos. 2012.
- Barragán, R., Salman T., Ayllón V., Sanjinés, J., Langer, E. D., Córdova, J. & Rojas, R. *Guía para la formulación y ejecución de proyectos de investigación*. (4ta. Ed.). La Paz, Bolivia; Fundación PIEB. 2008
- Benito, E. Las Psicoterapias. *Revista Psiciencia* 1(2008). Recuperado el 16 de septiembre de 2013 de <http://www.psiencia.org>
- Betta R., Morales G., Rodríguez K. & Guerra C.. La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Redalyc. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. 3 (9): 9-19. 2007
- Casari, L. ¿Es necesaria la salud mental en los psicólogos?. *Revista Científica de Psicología, Ciencias Sociales, Humanidades y ciencias de la Salud*. 1 (2), 29 – 41. 2010
- Castro, A.. Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales [versión electrónica]. *Interdisciplinaria*. 21 (2) : 117 – 152. 2004
- Claramunt, M. *Programa mujer, salud y desarrollo*. San José. Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud. 1999

- Clay, A. Metaphor and change in counseling. *En* Gonzáles J. “*Autocuidado del terapeuta desde el modelo Integrativo Supraparadigmático*”. Tesis de Magister. Universidad Andina Simón Bolívar. Sucre, Bolivia.2012.
- Chazenbalk L., Mammi K., Nachman C., Parera M., Reizes M. y Arcuschin O. La incidencia del Self del terapeuta en el proceso terapéutico. *Psicología onLine*.(2009, septiembre) Recuperado en 17 de mayo del 2012.
- Consoli, A. y Machado, P. Los psicoterapeutas nacen o se hacen *En* Fernández – Álvarez, H. y Opazo, R. *La integración en psicoterapia Manual Práctico* (Pág. 385 a 440) Barcelona: Paidós. 2004
- Díaz, N. *Autocuidado del terapeuta a la luz del Enfoque Integrativo Supraparadigmático*”. Tesis de Magister. Universidad Adolfo Ibáñez. Santiago, Chile.2011)
- Eshel, Y. & Kadouch.Kowalsky, J. Professional Possible Selves, Anxiety, and Seniority as Determinants of Professional Satisfaction of Psychotherapists.(2010, 23 de abril) *Psychotherapy Research*, Recuperado el 24 de junio de 2013 de <http://dx.doi.org/10.1093/ptr/kpg042>
- Fernandez-Alvarez, H. & Opazo, R..*La integración en psicoterapia Manual práctico*. Barcelona, España: Paidós.2004
- Firpo, M. Diálogos en torno a la relación terapéutica. *de PSICOTERAPIAS.com*.feb-2011. Recuperado el 15 de marzo del 2012
- García, A. y Rodríguez, J. Factores personales en la relación terapéutica. [versión electrónica]. *Redalyc. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. 25 (96) : 29-36.2005
- Goldfried, M. (Ed.). *How therapists change*. Washington, DC: American Psychological Association. 1994
- Gonzáles J..“*Autocuidado del terapeuta desde el modelo Integrativo Supraparadigmático*”. Tesis de Magister. Universidad Andina Simón Bolívar. Sucre, Bolivia.2012

- Guerra, C., Fuenzalida, A. & Hernández C. (2009). Efectos de una Intervención Cognitivo- Conductual en el Aumento de Conductas de Autocuidado y Disminución del Estrés Traumático Secundario en Psicólogos Clínicos. *Terapia Psicológica*, 27 (1), 73 – 81.
- Guerra, C., Platz, A., Bermúdez, A. & Rojas N. (2011). Análisis Psicométrico de la Escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43 (2), 319 – 328.
- Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G. & Betta R. (2008). Validación Preliminar de la Escala de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Psykhe*, 17 (2), 67 – 78.
- Hernández, I., Arenas, L., Martínez P. & Menjívar A. (2003). Autocuidado en Profesionistas de la Salud y Profesionistas Universitarios. [versión electrónica]. *Redalyc. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. 13 (3): 26-32.
- Hernández, S., Fernandez-Collado, C. & Baptista L. (2006). *Metodología de la investigación*. (4ta. Ed.). Iztapalapa, México: Mc Graw Hill.
- Hirsch, Pablo F. (2012). *Arte y oficio del psicoterapeuta: estrategias para su autodesarrollo y cuidado*. Buenos Aires, Argentina: Psicolibro Ediciones
- Kleinke, Chris L. (2002). *Principios comunes en psicoterapia*. (4ª. Ed.). Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer S.A.
- León, O.G. & Montero, I. (2002). *Métodos de investigación en psicología y educación*. Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Levy, R. (2012) Las emociones del terapeuta como puente *Puentes en Terapia Cognitiva*, Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Macarena, P., Román, M., Chenevard, C., Espinoza, A., Iribarra, D. & Müller P. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 89 – 98.
- Moreno, B., Morante, M., Monserrat, M., Rodríguez, R. & Garrosa, E. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e

- intervención. *Terapia Psicológica* [versión electrónica]. *Redalyc. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. 22 (001): 69-76.
- Motilla, W. (2012). *Psicoterapia Integrativa: Arte y ciencia*. (1ra. Ed.) Buenos Aires, Argentina: Dunken.
- Mussi, C. (2005). *Entrenamiento en habilidades terapéuticas*. Montemorelos, Nuevo León, México: [s.n].
- Nutt, E. (2008, 28 de febrero) A Psychotherapy Researchs Perspective on Therapist Self – Awareness and Self – Focused Attention After a Decade of Research. *PsychotherapyResearch*, Recuperado el 21 de agosto de 2013 de <http://dx.doi.org/10.1080/10503300701691656>
- Opazo, R. (2012). *Cuando vivir no basta*. Santiago Chile: Ediciones ICPSI.
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica*. Santiago Chile: Ediciones ICPSI.
- Opazo, R. & Bagladi, V. (2010, julio). *ENFOQUE INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO: Supraparadigma Integrativo y Psicoterapia Integrativa*. Clases magistrales durante el 1er Módulo de la Maestría en Psicología Clínica, mención Psicoterapia Integrativa, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.
- Orlinksy, D., Ambuhl, H., Ronnestad, M. Davis, J., Gering, P., Davis, M., Willutzki, U., Botermans, J., Dazort, A., Cierpka, M., Aapro, N., Buchheim, P., Bae, S., Davidson, C., Jorgensen, E., Joo, E., Kalmykova, E., Meyerberg, J., Northcut, T., Parks, B., Scherb, E., Schroder, T., Shefler, G., Stiwne, D., Stuart, S. Tarragona, M., Branco, A. &Wisem, H., SPR Collaborative Research Network (1999) (2010, 25 de noviembre) Development of Psychotherapist: Concepts, Questions and Methods of a Collaborative International Study. *PsychotherapyResearch*. Recuperado el 3 de mayo de 2013 de <http://dx.doi.org/10.1080/105033099123313351>
- Ramírez, M. (2009) *Apuntes de metodología de la investigación aplicada: Un enfoque crítico* (1ra. Ed.). Sucre, Bolivia: Tupac Katari.

- Rothschild, B. (2009). *Ayuda para el profesional de la Ayuda Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer S.A.
- Sherman, M. & Thelen, M., (1998) *Distress and Professional Impairment Among Psychologists in Clinical Practice* Professional Psychology: Research and Practice, 29 (1) 79 – 85.
- Siegel, D. (2012). *Mindfulness y psicoterapia* (1ra. Ed.) Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Yapu, M., Arnold, Denise Y., Spedding P., A. L. & Pereira M., R. (2010). *Pautas metodológicas para investigaciones cualitativas y cuantitativas en ciencias sociales y humanas*. (3ra. Ed.). La Paz, Bolivia: Fundación PIEB.

IX. ANEXOS

Anexo 1

Características de los Sujetos

Sujeto	Sexo	Estado Civil	Edad	Grado Académico	Años de experiencia como Psicólogo	Años de experiencia como Terapeuta	Hrs. Semanales Institución Pública	Hrs. Semanales Institución Privada	Hrs. Semanales Práctica Privada	Hrs. Semanales Totales	Otras actividades	Población	Orientación
1	F	Soltera	45	Mgr.	22	22			14 hrs.	14 hrs.	RRHH y docencia	Jóvenes/adultos	Cognitivo-Coductual
2	F	Soltera	26	Lic.	2	2	15 hrs.	8 hrs.	2 hrs.	25 hrs.	Aux. de terapeuta	Todos/niños	Cognitivo-Conductual
3	F	Casada	38	Lic.	11	11		15 hrs.	10 hrs.	25 hrs.	Ninguna	Adultos/adultos mayores	Humanista
4	F	Divorciada	46	Mgr.	20	16			30 hrs.	30 hrs.	Ninguna	Todos	Sistémica
5	M	Divorciado	33	Esp.	12	8	15 hrs.		10 hrs.	25 hrs.	Docencia	Adultos	Sistémica
6	M	Casado	32	Mgr.	7	6		10 hrs.		10 hrs.	Docencia, Jefe/responsable Administrativo	Todos	Sistémica
7	F	Casada	56	Lic.	33	33			20 hrs.	20 hrs.	RRHH, escritora	Jóvenes/adultos	Psicoanálisis
8	F	Divorciada	35	Esp.	12	8			14 hrs.	14 hrs.	Docencia	Adolescentes/adultos	Cognitivo-Conductual/Sistémica
9	F	Casada	40	Mgr.	16	16		10 hrs.	6 hrs.	16 hrs.	Docencia, Autoridad Académica	Jóvenes/niños	Psicoanalítica/Sistémica
10	M	Casado	40	Lic.	10	10			8 hrs.	8 hrs.	Ninguna	Parejas/familias/niños /adolescentes	Sistémica
11	M	Casado	38	Mgr.	12	12			10 hrs.	10 hrs.	Docencia, Jefe/responsable Administrativo	Familias/parejas	Sistémica
12	M	Casado	56	Lic.	30	25		15 hrs.	20 hrs.	35 hrs.	Ninguna	Todos	Humanista/Integrativa
13	F	Divorciada	46	Esp.	18	10		18 hrs.	26 hrs.	44 hrs.	Jefe/responsable Administrativa, Centro Privado	Niños/adolescentes	Integrativa
14	F	Casada	45	Mgr.	20	10			33 hrs.	33 hrs.	Ninguna	Todos	Sistémica
15	F	Casada	42	Esp.	17	13		12 hrs.	20 hrs.	32 hrs.	Forense, Docente	Niños/familias	Psicoanálisis
16	F	Separada	55	Mgr.	16	12	40 hrs.			40 hrs.	Ninguna	Todos	Psicoanálisis/Sistémica
17	F	Casada	33	Esp.	9	5		20 hrs.	15 hrs.	35 hrs.	Docencia	Todos	Integrativa
18	F	Casada	57	Mgr.	15	14			8 hrs.	8 hrs.	Ninguna	Adultos/adultos mayores	Cognitivo-Conductual
19	F	Casada	34	Mgr.	9	9	30 hrs.	20 hrs.		50 hrs.	Jefe/reponsable Administrativa	Todos	Cognitivo-Conductual
20	M	Soltero	23	Lic.	2	2		8 hrs.		8 hrs.	Empleado Público	Adultos	Cognitivo-Conductual

Anexo 2

Guía de Preguntas Entrevista 1

GUIA DE ENTREVISTA

Grado académico: -Dr. - Mgr. – Lic **Sexo:** M – F

Años de experiencia laboral:

Años de experiencia como psicoterapeuta:

Trabaja en: - institución (hrs. semanales.....)

- consulta privada (hrs. semanales.....)

Nota.- si trabaja en ambas modalidades, anote en ambas opciones

1. ¿Cuál es su percepción de la realidad de los psicoterapeutas en Santa Cruz?
2. ¿Considera que hay diferencias entre la práctica privada y la institucional? Por favor explique.
3. ¿Cuál es su opinión sobre el tema del autocuidado del psicoterapeuta?
4. ¿En su opinión en qué medida los psicoterapeutas de nuestro medio ejercen comportamientos de autocuidado?
5. ¿Cuáles considera Ud. son los factores que determinan q esto sea así?
6. ¿Cuál cree Ud que es la postura de las instituciones en relación al tema del autocuidado de los psicoterapeutas?
7. ¿Considera Ud. que existen comportamientos de autocuidado básicos o más importantes? Explique por favor.

Anexo 3
Guía de Preguntas
Entrevista 2

GUIA DE ENTREVISTA

Grado académico: -Dr. - Mgr. – Lic **Sexo:** M – F

Años de experiencia laboral:

Años de experiencia como psicoterapeuta:

Trabaja en: - institución (hrs. semanales.....)

- consulta privada (hrs. semanales.....)

Nota.- si trabaja en ambas modalidades, anote en ambas opciones

1. ¿Cuál es su percepción de la realidad de los psicoterapeutas en Santa Cruz?
2. ¿Considera que hay diferencias entre la práctica privada y la institucional? Por favor explique.
3. ¿Cuál es su opinión sobre el tema del autocuidado del psicoterapeuta?
4. ¿En su opinión en qué medida los psicoterapeutas de nuestro medio ejercen comportamientos de autocuidado?
5. ¿Cuáles considera Ud. son los factores que determinan q esto sea así?
6. ¿Cuál cree Ud que es la postura de las instituciones en relación al tema del autocuidado de los psicoterapeutas?
7. ¿Considera Ud. que existen comportamientos de autocuidado básicos o más importantes? Explique por favor.
8. ¿Qué lugar ocupa habitualmente en su vida la programación de tiempo de ocio?
9. ¿Pertenece y/o asiste con regularidad a algún tipo de agrupación?
10. ¿Con que frecuencia Ud. participa en supervisiones o en reuniones con colegas donde puede exponer las implicaciones personales y/o técnicas de los casos en los que trabaja?
11. ¿Cómo evalúa la calidad de sus hábitos alimenticios, de sueño y ejercicio?
12. Cuál es su opinión de la siguiente afirmación: “con todo lo que uno ve en el consultorio, después de un tiempo ya nada sorprende por muy extraño o feo que sea”

13. Cómo evalúa su asistencia a consultas médicas preventivas, y su disponibilidad para realizar consultas médicas programadas?
14. ¿Cuál es la actitud que le generan las “consultas psicológicas” que le hacen las personas en reuniones sociales o familiares, los comentarios del tipo “como eres psicólogo(a), seguro me estas analizando y ya sabes cómo soy”?
15. ¿Siente Ud. que la imagen social que se tiene del psicólogo, hace que tenga que esmerarse más, en cuidar su conducta en reuniones sociales o eventos públicos? ¿Cuál es su opinión al respecto?
16. Al terminar sus consultas, que tan a menudo se siente demasiado cansado(a) como para participar en reuniones sociales e interactuar con otros?
17. ¿En una escala de 1 al 10 que tanto se autoexige en la profesión, cuáles son las razones para ello?; en la misma escala que tanta dificultad tiene para asimilar los fracasos con los pacientes?

Anexo 4

Escala de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP)

Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP)

Sexo: M- F

E.C.

Edad:

Años de experiencia como psicólogo:

Años de experiencia como psicoterapeuta:

Trabaja en: - institución pública - institución privada - práctica privada - otros:

A continuación hacemos una serie de preguntas sobre su trabajo y sobre sus actividades extra laborales. Por favor responda todas las preguntas, marcando la alternativa que refleje mejor su situación general.

0 = Nunca	1 = Casi nunca	2 = Ocasionalmente	3 = Frecuentemente	4 = Muy frecuentemente
-----------	----------------	--------------------	--------------------	------------------------

1.	¿Con qué frecuencia participa usted en actividades vinculadas a la psicología, pero diferentes a la psicoterapia?	0	1	2	3	4
2.	¿Con qué frecuencia supervisa sus casos clínicos?	0	1	2	3	4
3.	¿Su ambiente laboral permite el uso del sentido del humor?	0	1	2	3	4
4.	¿Con qué frecuencia usted dialoga con sus colegas acerca de su experiencia personal relacionada con el trabajo clínico?	0	1	2	3	4
5.	¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo?	0	1	2	3	4
6.	¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas fuera del trabajo (familia y/o amigos)?	0	1	2	3	4
7.	¿Con qué frecuencia usted realiza ejercicios físicos (deporte)?	0	1	2	3	4
8.	¿Con qué frecuencia participa usted en actividades de crecimiento espiritual (religión, meditación, etc.)?	0	1	2	3	4
9.	¿Con qué frecuencia usted mantiene una sana alimentación?	0	1	2	3	4
10.	Con que frecuencia usted considera que el espacio físico donde trabaja como psicoterapeuta es adecuado (cómodo, calmado y privado)?	0	1	2	3	4

Anexo 5

Escala sobre la Calidad de Vida Profesional (CVProIV)

CVPro IV

ESCALA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL

Ayudar a las personas nos pone en contacto directo con sus vidas. Como probablemente habrá experimentado, su compasión por esos a quienes ayuda presenta aspectos positivos y negativos. Quiero hacerle algunas preguntas relativas a su experiencia asistencial, tanto positiva como negativa. Considere cada uno de los siguientes ítems relativos a Ud. mismo y su situación presente. Seleccione el número que refleje con honestidad con qué frecuencia ha experimentado estas características durante los últimos 30 días.

0 = nunca	2 = unas pocas veces	4 = con frecuencia
1 = rara vez	3 = con cierta frecuencia	5 = muy frecuentemente
_____	1.	Soy feliz
_____	2.	Estoy preocupado por más de una persona a la que (ayudo)
_____	3.	Me satisface ser capaz de (ayudar) a las personas
_____	4.	Me siento relacionado con los demás
_____	5.	Salto y me sobresalto ante ruidos inesperados
_____	6.	Me siento fortalecido tras trabajar con esos a quienes (ayudo)
_____	7.	Me cuesta diferenciar mi vida personal de mi vida profesional
_____	8.	Estoy perdiendo el sueño por las experiencias traumáticas de una persona a la que (ayudo)
_____	9.	Creo que he sido "infectado" por el estrés traumático de esos a quienes (ayudo)
_____	10.	Me siento atrapado por mi trabajo
_____	11.	A consecuencia de mi trabajo me he sentido "al límite" con respecto a diversas cosas
_____	12.	Me gusta mi trabajo
_____	13.	Me siento deprimido como resultado de mi trabajo
_____	14.	Me siento como si estuviera viviendo el trauma de alguien a quien he (ayudado)
_____	15.	Tengo creencias que me sostienen
_____	16.	Me agrada ver cómo soy capaz de (ayudar) con técnicas y protocolos de (ayuda)
_____	17.	Soy la persona que siempre quise ser
_____	18.	Mi trabajo me hace sentir satisfecho
_____	19.	Me siento agotado a consecuencia de mi trabajo
_____	20.	Tengo pensamientos y sentimientos agradables sobre esos a quienes (ayudo) y sobre cómo he podido hacerlo
_____	21.	Me siento desbordado por la cantidad de trabajo o la dimensión de los casos que he de atender
_____	22.	Creo que puedo cambiar cosas gracias a mi trabajo
_____	23.	Evito ciertas actividades o situaciones porque me hacen recordar experiencias amenazadoras con personas que he (ayudado)
_____	24.	Me siento orgullosos de lo que puedo hacer para (ayudar)
_____	25.	A consecuencia de mi trabajo, sufro pensamientos intrusos y amenazadores
_____	26.	Me siento "hundido en el lodo" por el sistema
_____	27.	Pienso que tengo "éxito" como profesional
_____	28.	No puedo recordar partes importantes de mi trabajo con víctimas de trauma
_____	29.	Soy una persona muy sensible
_____	30.	Soy feliz por haber elegido esta profesión

Anexo 6

Consentimiento Informado

Consentimiento de Participación en una Investigación

Yo , he sido invitado (a) a participar en el estudio denominado “Evaluación del autocuidado en psicoterapeutas que ejercen en Santa Cruz de la Sierra”. Este es un proyecto de investigación científica acerca de la concepción y los comportamientos de autocuidado que tienen los psicoterapeutas. La realización de este proyecto tiene la aprobación del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa –ICPSI y constituye un requisito para la obtención del grado de Magíster en Psicología Clínica mención Psicoterapia Integrativa dictado en conjunto con la Universidad Andina Simón Bolívar.

Entiendo que la información que yo entregue será **confidencial** y sólo será conocida por el equipo de investigación. Además entiendo que mi participación es **voluntaria**.

Si, he leído y entiendo esta hoja de consentimiento y estoy de acuerdo en participar en ésta investigación.

Firma investigadora responsable

Firma participante

Fecha

Fecha

Anexo 7

Categorización de Variables

Categoría central: autocuidado

Categoría nuclear 1. Percepción de la situación actual de los psicoterapeutas

Categorías descriptivas:

a. Formación de psicoterapeutas

- Falencias en la formación de pregrado 1.1.b, 2.1.a, 2.1.c, 2.2.b, 2.13.b, 2.13.c, 2.14.a, 5.15.b*, 7.8.c, , 9.13.a, 10.1.c, 10.3.a, 12.14.c, 13.2*, 13.3, 18.1, 18.2, 20.1.b
- Formación profesional específica 1.1.a, 1.2.a, 1.2.c, 1.5.b, 2.3.c, 7.8, 7.13.b, 8.1.e, 11.1.d, 17.1.a
- Enseñanza del autocuidado 2.15.a, 2.16.a, 3.6.c, 3.7.b, 3.8.e, 3.9.c, 5.11.b, 6.11.a, 10.8.a, 17.4.a, 17.6.b, 19.4.a
- Ingreso libre a la carrera 3.8, 3.10.b, 18.5
- Oferta posgradual reducida 5.1, 5.2.a, 5.11.c, 8.1.d, 8.2, 8.9.a, 11.1.c, 12.1.a, 12.1.b, 12.10.a,
- Producción del conocimiento inexistente 10.3.b, 12.14.e, 14.2

b. Influencia de problemas/ condición psicológicos previos

- Influencia negativa de conflictos no resueltos 1.3.a, 1.5.c, 2.10.b, 6.15.a, 6.15.c
- Estudiar psicología para resolver sus problemas 1.3.b, 1.4.1, 1.5.a, 6.17.a

c. Percepción de la opinión pública

- Creencias erróneas sobre el psicólogo 2.18.b, 5.12.a, 6.9.a, 9.15.a, 9.15.d, 11.19, 13.29, 19.5.b*, 20.1.a
- Resistencia para ir al psicólogo 7.2.c, 8.1.b, 11.1.a
- Mejora en la opinión pública 1.2.a, 11.1.b, 11.19.b
- Conocimiento escaso o inadecuado sobre la psicoterapia 8.1.f, 13.5.b, 13.22.g, 17.2.a, 18.13

d. Diferencias entre práctica privada en institucional

- Infraestructura y condiciones materiales 2.4.a, 2.5.b, 9.4.a
- Diferencias en los casos que se atiende 1.6.a, 2.4.b, 2.5.a
- Actitudes positivas de los pacientes en práctica privada 3.4, 4.9.b, 6.2.b, 7.3.c, 11.3.b, 14.3.a, 14.4
- Actitudes negativas de los pacientes en práctica institucional 4.9.c, 6.2.a, 6.3.a*, 7.3.b, 14.3.b
- Estrés y agotamiento 4.5.a, 4.5.g, 4.6.b, 4.7.a, 5.4.a*, 5.5.a*, 5.14.b*, 10.4.a, 11.3.a, 16.2*, 16.9**,
- Condiciones laborales 1.13.b*, 3.11.c, 4.5.b*, 4.6.a, 11.5.a, 13.5.a, 15.3.a, 16.3.a*, 16.10.b, 17.3.b

- Diferencias en la remuneración económica 4.5.e, 10.6.f, 13.5.b, 17.3.a, 20.2.b
- Características del trabajo realizado 4.5.e, 4.7.b, 4.9.a, 4.12.e, 5.3.a, 8.3.a, 8.4.a, 9.3.a, 9.5.a, 10.4.a, 10.5.b, 11.4.a, 12.5.a, 13.5, , 16.3.b, 18.10, 19.2, 20.2.a
- Actitud de los terapeutas 3.4.a, 7.11.b, 7.12.b, 10.5.a, 13.4.a*, 16.10.a

e. Diferencias en función al grado de experiencia

- Dificultades por falta de experiencia 2.1.a*, 2.1.b, 2.1.e, 2.3.b, 6.4.a*, 7.7.a, 7.7.e, 7.7.h, 11.6.a
- Menores condiciones para los jóvenes 2.1.d, 2.1.f, 2.1.g, 2.16.b, 2.3d
- Manejo de la contratransferencia y la frustración 11.20.b, 15.4.a
- omnipotencia y expectativas de logro sobrevaloradas en los jóvenes 17.26*, 18.8, 19.22.a,

f. Aspectos relativos a la práctica misma

- Déficits en el desempeño de su trabajo 2.6.a, 2.8.a, 3.4.c, 7.7.j, 8.1.c, 9.2.a, 9.7.a, 10.1.d, 10.2, 13.5.d, 15.1.b, 15.2.a, 17.2.c
- Problemas éticos 2.7.a, 2.7.b, 3.2.c, 10.8.f*, 13.19.b*, 18.4, 18.20
- Condiciones socioeconómicas 4.1.e, 7.1, 7.2, 8.1.a, 13.10.a, 13.21.b, 17.2.b
- Etapa de la vida del terapeuta 2.8.b, 2.9.b*, 2.10.a
- Valores, creencias y prejuicios del terapeuta. 9.7.b*, 10.1.b*, 10.6.h, 11.1.f, 11.2.
- Problemas gremiales 3.2.a, 3.2.b, 3.3.a, 4.1.b, 4.1.d, 11.8.a, 11.8.c, 17.1.b
- Estrés, emociones negativas 3.10.c, 4.4.g, 5.6.a, 5.8.a, 8.6.b
- Importancia del encuadre 6.3.b*, 7.5.b, 7.6.a, 11.19.e
- Satisfacción al ver mejorías en pacientes 11.1.e
- Aprender de las historias de las personas 10.16.a
- Trabajo en solitario 4.1.a, 4.1.c, 4.1.g, 6.1.a, 6.8.a, 11.9.b, 14.6, 15.1.a
- Contratransferencia 1.2.b, 3.6.e
- Pasividad, sedentarismo 10.6.c
- Éxito silencioso 10.6.e
- Consultas fuera del espacio de trabajo, 17.21*, 18.34, 20.14

g. Percepción del terapeuta

- El terapeuta es humano 2.8.c, 2.9.a, 2.18.c, 4.3.e, 4.12.g, 10.18.b
- Creencias erróneas relacionadas con su rol 1.10.c, 5.11.e, 5.12.b, 8.2.c, , 8.10.a, 8.11, 10.7.a, 10.8.h*, 12.14.b, 13.9.b, 19.4.d*, 19.9*,
- Dificultad para aplicar conocimientos a su vida personal, 2.14.b, 2.15.b,
- Resistencias para asistir a psicoterapia 8.8.a, 8.9.b, 8.10.c, 15.4b, 19.3.b
- “Sectarismo teórico” 11.8.b, 11.10.a, 18.7
- Pobre autoconocimiento 10.6.i, 10.8.b

- El terapeuta es su propio instrumento de trabajo 4.3.f, 6.1.d, 7.5.f, 12.14.d, 17.23
- h. Actitudes, posturas de las instituciones en relación a los psicólogos y su trabajo**
- Desconocimiento de la labor del psicólogo 3.11.a, 5.15.c, 5.16, 13.5.a
 - Condiciones laborales pésimas 3.11.b, 4.1.f,4.10*,5.15.a, 7.11.a*, 7.12.a*, 9.4.b, 9.16.a, 12.12.a, 13.5.a,
- i. Prácticas y hábitos poco saludables**
- Hábitos de ejercicio físico insuficientes o inexistentes 1.19.c, 10.15.c, 11.15.c, 11.16.a, 13.24, 14.7,17.11.e,17.19, 19.12.a
 - Posterga consultas médicas 11.18.a, 13.27, 17.20, 19.15
 - Hábitos de sueño inadecuados 10.15.b, 13.25
 - “Psicólogo las 24 horas del día” 10.18.b
 - Elevada autoexigencia profesional 13.31,14.13,16.20, 17.25, 19.8.b*,19.22.b, 20.16.a
 - Posterga el tiempo de ocio 4.5.d, 14.5*
 - Exceso de horas laborales 14.12, 17.24, 19.18*
 - Inconstante al hacer terapia 15.10.a
 - Hacer “doble jornada” 13.15, 14.17, 19.21*

Categoría nuclear 2. Percepción y concepción del autocuidado

Categorías descriptivas:

a. Conceptualización e ideas relativas al autocuidado

- Conciencia sobre el autocuidado 1.7.a, 3.5.a, 4.3.a, 4.3.c, 6.5.a, 8.5.a,17.4.b
- Comportamiento profesional correcto 1.10.a, 2.11.a, 3.6.b, 3.7.d, 7.5.a, 7.5.c, 10.6.g, 12.8.a, 18.23, 18.24
- Cuidado de la imagen, apariencia física 1.7.b,1.8.a,1.9.a, 1.10.d, 1.11.a, 1.12.a,1.13.a, 16.7, 18.18,20.3.a
- Falta de conocimiento, información sobre el autocuidado 2.11.a, 2.12.a, 5.11.a, 10.6. , 11.7.a, 12.13, 13.7.a, 16.6.b
- Enfoques toman en cuenta el autocuidado 5.13.a, 6.10.a
- Cuidar el bienestar, estabilidad emocional 2.19.a, 3.5.b, 3.12.a, 7.5.d, 8.6.a, 13.22.f
- Autoreflexión, y toma de conciencia 4.5.b, 4.12.a, 5.11.d , 5.17.b, 13.22.f, 14.5, 17.4.a,
- Actualización del conocimiento, 2.20.b, 7.13.a , 12.14.a,20.3.c

b. Percepción del autocuidado de otros

- Realizan conductas de autocuidado 1.9.b,1.10.b, 4.4.a,4.4.c, 16.4, 18.17

- No realizan conductas de autocuidado 1.10.c, 3.6.a, 6.1.b, 6.7.a,7.7.f*, 9.1.c, 9.1d, 9.6.a, 13.9.a, 14.11, 19.3.a, 20.5
- No es práctica establecida 2.13.a, 5.10.a, 8.7.a, 12.9.a
- Autocuidado deficiente 2.13.d, 7.7.g,14.11, 20.4
- No supervisan 6.8.b,7.7, 9.6.c, 9.11.b, 9.12.a, 10.8.d, 12.2.a, 14.6.a, 15.11.a, 17.9.a, 17.16.a, 17.16.b,
- No siguen procesos terapéuticos personales 7.7.c, 7,7.e, 7.9,9.1.d, 9.11.a, 9.6.b, 17.8.b , 19.3.b
- No existe mecanismos de control o certificación 7.9.c

Categoría nuclear 3. Medidas de autocuidado

Categorías descriptivas:

a. Estrategias personales:

- Hacer un proceso psicoterapéutico personal 1.1.c, 1.2.d, 3.7.c, 3.9.a , 3.10.a, 4.12.f, 4.13.a, 5.6.a, 5.7.a , 6.16.a, 7.5.e, 9.9.a, 9.10.a, 10.6.a, 11.7.b, 11.7.e, 13.7.b, 14.6.a, 19.8.a
- Tener un grupo de pares 5.19.b, 14.6.b, 19.6.b
- Ejercicio físico 4.4.d, 4.11.e, 5.9.b, 9.6.d, 12.17.c*, 14.6,14.19, 16,11,18.26.a, 20.10.b*
- Acudir a terapias alternativas 3.13.a,14.4.a
- Compartir con la familia 4.4.e, 11.13.c, 12.16.b, 13.22.b, 15.6.a, 19.10.a
- Regulación del sueño4.11.a, 11.15.a,12.17.a, 14.19, 14.7, 16.11,17.19, 18.32
- Alimentación balanceada 4.11.b, 10.15.a, 11.15.b, 12.17.b*, 13.22.d,14.7, 14.19, 16.12,17.19*,18.31, 20.10.a
- Vacaciones 4.11.h, 17.11.a
- Bailar 13.22.a, 15.8.a,
- Tener amigos, compartir con ellos 4.11.f, 10.20.a, 11.14.a, 12.16.a, 13.8.b, 13.23, 17.12,18.26.b,19.11
- Prácticas espirituales 13.23.a, 15.7.a
- Descansar 4.4.f, 11.13.b , 12.15.a, 17.10.a, 18.26.c*
- Realizar otras actividades 4.11.g, 5.9.a, 5.19.c, 5.20.a, 11.13.a, 14.4.c, 16.8, 20.8*
- No consumir alcohol ni tabaco en exceso 4.11.c
- Desarrollar autocontrol emocional y autoconocimiento 8.13.a, 8.13.b, 11.7.c, 11.12.a, 15.9.a
- Ser asertivo 12.22.a, 13.29, 14.9.a*, 16.16, 17.22,20.14
- Ir al médico cuando se requiere 10.15.e, 12.19.a
- Separar trabajo de vida personal 3.6.f, 9.17.a
- Ser auténtico 10.22.a, 14.11*, 20.3.b
- Reconocer las limitaciones biológicas 12.24.a, 18.27, 18.28.b*,18.29

b. Estrategias profesionales:

- Disminuir el tiempo de trabajo 4.11.i,4.12.b
- Supervisar 3.5.c, 5.6.b,5.18.a,5.19. a, 6.1.c, 6.5.b,6.5.c, 6.6.a, 6.15.b, 8.8.c, 10.14.a, 10.15.b,11.11.b, 12.3.a, 13.8.a, 14.9, 15.7.b,17.15.b, 19.5.b, 19.6
- Derivar 5.11.f , 6.15.b
- Capacitación constante 7.13.c,9.17.b, 12.14.a,20.7
- Limitar el número de pacientes que atiende 4.12.d, 5.17.a,11.20.a, 13.22.d, 17.11.b
- Expectativas realistas sobre su trabajo 10.21.a, 12.26.a,
- Responsabilidad compartida con el paciente 12.27.a, 12.27.b, 14.15.a, 16.21, 17.26.a, 19.23
- Consultas informales sobre sus casos 17.14

c. Estrategias organizacionales:

- Las instituciones generan condiciones de autocuidado 1.11.a, 1.12.a
- Las instituciones no generan condiciones de autocuidado 2.17.a, 5.14.a*, 5.14.c, 5.15. d, 6.13*,6.14, 7.10.a, 8.12.a , 10.8.c, 10.9.a, 11.11.a*,13.21.a, 14.13, 15.5.a, 16.9*,17.9, 19.5.a*
- Carencia de apoyo gremial, institucional 7.7.i, 7.10.b,9.1.b, 10.8.e, 14.7
- Muy pocas instituciones generan condiciones de autocuidado 4.10.b, 5.14.d, 12.11.a, 17.13

Anexo 8

Entrevistas

ENTREVISTA SUJETO 1

¿Cuál es tu percepción de la realidad de los psicoterapeutas en Santa Cruz? ¿como profesionales, como personas, como especialidad?

1.1.a Soy de la idea de que para hacer terapia, para dar terapia, el profesional tiene que estar preparado y saber a lo que se mete. **1.1.b** Lo que siento es que muchas veces lanzan a los estudiantes, recién egresados con la idea de que ya pueden hacer terapia... y ahí viene el error **1.1.c** Porque es uno el que debe hacer primero terapia, para poder dar luego terapia.

1.2.a Entonces tiene que haber una preparación previa y una guía por alguna persona que haya tenido mayor experiencia en el tema, no lanzarse de cajón a hacer terapia, **1.2.b**. Pasa que muchas veces hay situaciones, hay identificación con determinados problemas que si uno no los sabe manejar los suyos, los propios problemas, difícilmente va a poder ayudar a las personas ¿no?; pudiendo más bien haber un desborde. **1.2.c** Entonces lo que yo siento, lo que yo percibo es que hay una idealización de la carrera, tal vez una idea un poco utópica de decir; yo soy psicólogo, entonces puedo hacer terapia, pero no es así. **1.2.d** Tiene que estar preparado uno primero, pasar uno por terapia, ya sea iniciar durante la carrera, durante el último año, al finalizar, pero si o si se tiene que hacer terapia, para hacer terapia.

¿Tú crees que si en este momento hacemos una evaluación cualitativa de los colegas que se dedican a hacer terapia, habrá falencias a este nivel?

Yo creo que sí, hace años atrás cuando daba clases en una universidad privada, hace muchos años atrás, es algo que yo rescaté porque **1.3.a** veía a los alumnos siempre tenían un problema en cuestión, y aun así sin haber resuelto esos problemas se lanzaron a hacer terapias, bueno uno no sabe si les fue bien o les fue mal, lo que yo veía es que tanto chicas y chicos tenían problemas bastante serios, **1.3.b** porque vos sabes que muchas veces entran a psicología más por solucionar sus problemas que por el amor a la profesión como tal pues, entonces ...

1.4.a Recuerdo el caso de una alumna que el día de su tesis todavía su madre le tuvo que decir cómo vestir, la ropa que tenía que vestir, lo que tenía que hacer, eh... después ella obviamente decía nooo....., lo decía en un tono muy de risa: nooo, mi mamá quería que me ponga tal cosa y al final me puse lo que ella quería para la defensa de mi tesis; hubo otro caso que la tesista, agarro y en plena defensa se sentó como si fuera una charla.

1.5. a Son cositas, son detallitos que vos te vas dando cuenta eh...durante el transcurso de las materias es como van aflorando sus propios problemas, porque es lo que buscas pues, porque si tiene un problema a quien van a recurrir? Al inmediato superior que tiene a su lado que es el docente y van a sacar los temas; **1.5.b** pero si, yo considero que, yo creo que muchos se han lanzado a la terapia, a practicarla solo por el mero hecho de la idealización de

la función, **1.5.c** y que han necesitado hacer terapia, de eso estoy 100% segura.

Y en cuanto a la práctica laboral, ¿como la caracterizas?

1.6. aCreo que hay diferencia según donde trabajas, hay diferencias en los casos, en un hospital público, hablando en ese sentido, deben haber infinidad de casos enriquecedores no, que en la privada, en la privada se ve mucho más depresión, mucho más trastornos alimenticios, bipolaridad, estrés, problemas de relaciones...pero me imagino que en la pública deben haber un abanico más amplio de casos

¿Cuál es tu opinión sobre el tema del autocuidado del psicoterapeuta?

¿Autocuidado en qué forma?, ¿físico, social, emocional?

Hábleme de todos ellos por favor, cual la importancia que le das...

1.7.aPara mí, es muy importante, **1.7.b** hay un famoso refrán pues: " así como te ven, te van a tratar" y yo creo que...parto de mi punto de vista, a mi no me gustaría llegar a un psicólogo, a un terapeuta y verlo desaliñado, de hecho va a influenciar, a dar una mala impresión, y voy a pensar: " si por fuera está desaliñado, su vida emocional debe ser un caos". O sea yo creo q uno debe cuidarse, porque de alguna forma es un modelo a seguir por nuestros pacientes, no te digo que uno tenga que estar todos los días como salido de la peluquería, pero mínimamente debes estar bien arreglado pues, no puedes recibir a tu paciente todo desgredado, en mi caso con el pelo hecho un lío, pero sin embargo me lo acomodo; y con las uñas bien pintadas, ese es un tema en el que siempre hice hincapié con mis alumnos , y les decía: a mí me va a dar un mal aspecto que si es mujer tenga las uñas mal pintadas, si son rojas o de los colores que están de moda, peor, o sea si no tiene tiempo para estar bien arreglada, PEOR va a tener tiempo para poder atenderme.

1.8 O que de pronto este no necesariamente con la boca con mal aliento sino con la boca hecha un desastre, o que tenga un maquillaje excesivo, o que de pronto vaya a terapia con una mini...yo creo que uno se debe ubicar., Siempre les decía eso a mis alumnos, siempre estar bien compuesto, inspira confianza al paciente un buen aspecto; al salir del consultorio puedo andar toda despatarrada ¿no? Ahora dentro mi casa puedo andar toda deschavetada porque nadie me ve ¿no? Pero una vez que tú agarras la línea de estar toda arreglada vas a estar así en el consultorio, en el trabajo, en tu casa, en alguna reunión, porque uno agarra pues esa línea ¿no? Para mí es mínimamente lo básico, hay personas que no les gusta maquillarse, en mi caso yo uso lo mínimo, pero siempre estar bien compuesta pues, no voy a estar con el rímel corrido, desgredada, las uñas mal pintadas sino me gusta pintarme las puedo tener cortaditas bien acomodaditas también ; y en los varones, fijarse los zapatos, yo no sé por qué, no es q sea un fetiche, lo primero que miro yo en un hombre son las manos y los zapatos, y eso te dice mucho, aunque uno se ría y diga " ¡ayy, por favor!", te da mal aspecto, te da mal aspecto (repite la frase) si uno piensa así , como van a pensar los pacientes ¿no?

¿En tu opinión en qué medida los psicoterapeutas de nuestro medio ejercen comportamientos de autocuidado?

1.9. a Mira dentro del círculo de amigas que sé que trabajamos en el área, nunca nos hemos visto desaliñadas, **1.9.b** entonces me imagino que si deben de tener un control y un cuidado de sí mismas o de sí mismos, en general, dentro de lo apropiado, de lo correcto ¿no? Ahora no te digo si nos hemos encontrado en una fiesta eso es otra cosa ya ¿no? Ja, ja, ja. Pero ya dentro del círculo porque a veces uno tiene sus reuniones, y uno sale del trabajo y se va a una reunión y siempre bien acomodadas ¿no? Nunca las he visto desaliñada ni en un estado terrible ¿no?

Me decías hace un momento que consideras que la gente, los colegas se cuidan nomás, qué crees que contribuye, qué influye para que sea así?

1.10. a Justamente lo que te decía, cuidar esa reputación como buen profesional, cuidar el puesto ganado, me refiero a los terapeutas que tenemos muuuchos años, una carga de trabajo, una trayectoria como terapeutas de muchos años, vuelvo al tema la carta de presentación es uno ¿no? **1.10. b** Entonces tú tienes que... a ver, no tienes alternativa porque la gente te juzga por cómo te ve ¿no? Si te ve toda desaliñada va a decir: hummm me la recomendaron pero si la veo así, ¿será buena profesional? Lastimosamente es así y más en nuestro medio, la gente en Santa Cruz se guía por la parte física, no les interesas si estás bien vestida o mal vestida, perdón, no les interesa si estás bien preparada o no, porque de eso se encargan los demás, de decir, es buena profesional, pero es medio desaliñada, entonces si soy una persona melindrosa con más razón, no voy a ir o voy a ir con resistencia ¿no? ¿No es cierto, verdad hija? (risas), **1.10.c** por ejemplo, a mi me pasa con un colega que he conocido y lo conoces vos también, está en un centro de salud mental como psicólogo, puede ser excelente profesional pero yo lo veo y me da, me preocupa mirarlo, creo q si consulto con él me voy a distraer, me voy a abstraer de mi problema, de ese lado va a ser buen terapeuta porque me voy a olvidar de mi problema (risas), pero me va a generar esa sensación rara ¿no?

¿A qué te refieres?

1.10.d A ver esa su apariencia desaliñada, descuidada, no sé, se ve mal

¿Cuál crees que es la postura de las instituciones en relación al tema del autocuidado de los psicoterapeutas?

1.11.a Como no he visto mucho instituciones, no sé mucho, pero me imagino que si estás trabajando dentro de una institución lo mínimo es llevar un uniforme, y que tu uniforme esté en orden o sea q no esté sucio, no esté manchado, q este presentable, en otras palabras ¿no?

¿Y, consideras que se ocupan del cuidado de sus terapeutas?

1.12. a Mira no he visto mucho, pero sí, yo creo q si, ha entrado de moda y los uniforman a todos no: camisa de un color, el pantalón de otro, entonces es

mucho más fácil poderte ver de una forma prolija, ahora el tema del maquillaje y pelo es una cuestión de cada quien.

La siguiente por favor (risas).

7. ¿Consideras que existen comportamientos de autocuidado básicos o más importantes? Me explicas por favor.

1.13.a Yo creo que sí, para mí lo más importante, no es q sea lo maaaás importante, pero lo que más resalta en una persona es tener una boca limpia, porque uno habla, y uno saca aliento, y si uno se comió un perro muerto en la noche mínimamente al día siguiente vas a tener tu aliento y tu paciente.. . Entonces hay que cuidarlo tu aliento, el cuidado dental, parece q fueran operiitas pero es importante...las manos, como te conduces, como caminas, como te presentás...**1.13.b** porque como psicoterapeutas privados, digo privados porque es mi caso, no tenemos una institución q nos respalde que diga: "el es nuestro psicoterapeuta" uno es su propia carta de presentación, y si yo me presento mal, las cosas van a ir pésimo ¿no? ¿Tenés hambre?, ahorita vamos a ir a tomar un tintico tico con un pastel delicioso que es orgullo de familia...

ENTREVISTA SUJETO 2

¿Cuál es la percepción que tienes de la realidad de los psicoterapeutas en Santa Cruz, que es lo que opinas, que pasa con nosotros acá en la ciudad, como estamos?

2.1.a Eso depende de los años de experiencia que tengas

Explícame

2.1.b Por ej. Los psicólogos de mi edad no tienen mucha experiencia, **2.1.c** muchos no han terminado su tesis o la están arrastrando, **2.1.d** los psicoterapeutas que tienen más experiencia a veces son un poco mas se puede decir egoístas, porque no quieren enseñar a los más jóvenes, o por lo menos no tienen la paciencia suficiente para poder enseñar. **2.1.e** La verdad el área de psicología clínica cuesta mucho, a uno realmente le tiene que gustar para poder desenvolverse en esto y **2.1.f** son muy pocos los que se toman la molestia de poder enseñarnos o prestarnos material porque **2.1.g** aquí en Sta. Cruz no hay material, o si hay, es muy caro.

¿Entonces es como que tú vieras que hay dos grupos, los que están empezando y los que tienen experiencia, y como que viven dos realidades diferentes?

Sí.

Explícame eso por favor

2.2.a Porque.... de todos mis conocimientos que tengo actualmente, son gracias a mis prácticas en Cossmil y en Neurocenter....ya que en la U... solo se aprende un poco de teoría, y en esas épocas uno muchas veces y tontamente solo estudia para pasar el examen, aunque en mayor porcentaje... yo si estudié, lo teórico también me sirvió; si, **2.2.b** esa realidad depende de sus años de terapeuta, de su experiencia.

Y, entonces ¿cómo sería para alguien experimentado? y ¿cómo para alguien que tiene poco tiempo de experiencia?

2.3.a Alguien experimentado trabaja sin mucha angustia, porque a pesar de que en la clínica cada caso es diferente... ya trabaja con conocimientos teóricos y con conocimientos de sus experiencias; en cambio, uno que no tiene experiencia, aparte de que hace sonseras, trabaja con ansiedad (sin saber a lo que se espera) y **2.3.c** encima sin conocimientos de las pruebas existentes (en su mayoría, porque son muchísimas) y **2.3.d** sin poseerlas (o sea, no tiene material para trabajar); **2.3.e** y encima como es nuevo en la carrera y no tiene un buen trabajo.....son CARAS, y los libros CAROS y ni siquiera los venden en

Bolivia. **2.3.f**O no tanto q no tenga un buen trabajo, sino que ... lo llamaría, no tan bien remunerado, etc.

¿En lo que tú has podido ver piensas que hay diferencia entre la práctica privada y la institucional, entre trabajar por ejemplo en un consultorio privado y trabajar en un hospital, en una institución?

¿Si hay diferencia? hay diferencia, **2.4.a** porque en un consultorio privado se cuenta con más material, con un ambiente más adecuado que en un consultorio de un hospital o una clínica, **2.4.b** incluso en un consultorio dependiendo de la población que el psicólogo haya elegido puede atender solamente a esa población, en cambio en una clínica atiende a cualquier tipo de población, en realidad a todos.

¿Y tú crees que eso pueda incidir en el trabajo que hace el psicólogo?

Repercute, bueno, como no tengo tanta experiencia pero si tuve la oportunidad de estar en ambos lados, yo creo que un poco si, si y no, si **2.5.a** porque la consulta en un consultorio privado se supone que esa persona tiene una especialidad o por lo menos tuvo una inclinación en una población específica y **2.5.b** cuenta con los recursos materiales específicos para esa población y todos sus recursos económicos del terapeuta van direccionados a eso, en cambio en el otro lugar si la persona está capacitada para todo tipo de edad, no cuenta con los recursos materiales, y eso influye en su desempeño, no porque no tenga la capacidad, sino porque también se necesitan recursos materiales.

¿Cuál es la opinión que tienes sobre el tema del autocuidado del terapeuta?

2.6.aHay muy poco porque en la universidad hay muchas exigencias pero en la realidad se observan fallas todavía, en la misma persona como en su mismo quehacer, en su mismo desempeño como psicólogo.

¿Me puedes explicar un poco mas esto de que en la universidad se exige, pero en la realidad del trabajo ya es diferente?

2.7. aPorque en la universidad pasamos la materia de ética, nos hacen hacer informes con ciertos requisitos, pero en la realidad, a veces no se cumplen, **2.7.b** también en los informes no hay el cuidado adecuado para poder realizar un informe bueno se puede decir, e incluso con el trato hacia otras personas y hacia otros psicólogos.

¿Por qué crees que se da esta diferencia entre lo que se pide en la universidad y lo que se da ya en la práctica profesional?

2.8. aPuede ser por un descuido del profesional o por el estilo del psicólogo que ya a través de la experiencia omite ciertos puntos y hace las cosas a su manera, creyendo que los demás pueden entender su informe o porque va perdiendo su buen desempeño, no sé, **2.8.b** depende mucho de la personalidad del terapeuta también, de la situación que está viviendo, **2.8.c** porque un terapeuta no es perfecto.

¿Cómo es que tú crees que influye lo que esté viviendo, la situación, esto de que el terapeuta no es perfecto, si me puedes explicar más?

2.9.a Porque depende de la edad que tenga la persona, este también, como es humano **2.9.b** cada persona está en una etapa de desarrollo diferente, entonces, si es más joven va tener problemas de su edad, que se yo amorosos, de distanciarse con la pareja, o cosas así eso repercute en el trabajo , en la concentración y en la calidad, si recién se caso, se divorcio, si tuvo un hijo, todas esas cosas también repercuten, porque su vida privada, personal, también toma tiempo en hacer sus cosas, en su trabajo de terapeuta.

¿Y me decías en la función de la edad, esto le pasaría mas a la gente más joven a la gente mayor ya no tanto?

2.10.aCada etapa tiene sus problemas específicos, también repercute en los adultos, cuando va avanzando... **2.10.b** cuando la persona tiene más edad, viene la madurez también , pero no es el caso de todos, así como se dice que hay adolescentes de 40 años, lo mismo pasa con los terapeutas también.

¿En tu opinión, En qué medida los psicoterapeutas de nuestro medio tienen comportamientos de auto cuidado?

2.11.aA ver... de auto cuidado se refiere a su forma de proceder ¿no?

¿Cómo lo ves tú? Hmmm, me imagino q es así, no olvidando la ética, lo que tienen acá.

¿Tú crees que en nuestro medio los terapeutas tenemos comportamientos de auto cuidado, más o menos, o ni idea?

Más o menos.

Puedes explicarme eso, por favor

2.12. aA ver... no podría explicar tan así a profundidad, pero...este... ayy...como le explico ¿puede ser un poquito más específica?

Claro, cuando, por ejemplo, hablamos de que hay comportamientos de auto cuidado, los terapeutas hacemos un trabajo, ahora la idea mía es preguntar qué tanto en ese trabajo que nosotros realizamos nos cuidamos a nosotros mismos como personas, como psicoterapeutas.

2.13.a Algunas personas si, otras no, definitivamente, **2.13.b** lo que he podido observar más es de personas de mi edad que dejan mucho que desear, no?, este, que ya deberían estar trabajando o haciendo lo suyo, no han terminado su tesis, como el caso de mis compañeros en general, otros si, y realmente algunos si se esfuerzan, otros más o menos, **2.13.c** otros que por cuestiones de la u, no pueden sacar sus papeles, o hay problemas en La Paz, cosas así, **2.13.d** y autocuidado en su persona...uhmmm no creo mucho, **2.13.e** es como si tomaran otro papel, agarran su rol de psicoterapeuta y no lo aplican a su vida solamente lo toman en el consultorio o donde estén trabajando y eso es algo que cuesta mucho aplicar lo que es psicología en la persona misma del terapeuta.

¿Qué crees tú que hace que sea difícil para el terapeuta aplicar la psicología en sí mismo, el cuidarse a sí mismo en lo personal?

2.14.a Es como un hábito yo lo veo así, uno desde el inicio en la universidad, debía aplicarse los test, tomando en cuenta los temas, pensando en que a uno le van a servir a futuro, uno estudia `para los exámenes solamente , y después uno se da cuenta pensando que va tener un paciente que tiene ese problema y uno, este... no lo toma en cuenta como que si le va servir a uno, **2.14.b** después en los problemas que uno va teniendo de la misma edad, uno se ahoga en un vaso de ahoga y no se pone a pensar que haría yo en lugar de un psicoterapeuta si viniera un paciente haciendo esto, que consejo , que podría decirle yo a una persona que tiene esto mismo, simplemente que uno no lo hace y uno se olvida de este punto de aplicar psicología en uno, porque uno mucho se enfoca en el problema mismo y es algo que poco a poco practicando se puede lograr.

¿Me puedes volver a explicar cuáles son los factores que piensas que las personas apliquen en los pacientes pero no se vean mucho a sí mismos, que influye para que esto sea así?

2.15.a Pienso que por lo general no nos hacen notar ese punto y uno no se da cuenta, y **2.15.b** cuando si uno ya se da cuenta es un poco tarde, en el sentido de que ya uno actuó de manera poco inteligente, sin usar estrategias adecuadas, sin habilidades, más que todo uno no se da cuenta, uno se pone de terapeuta solo en el trabajo, no en la vida diaria, y uno no tiene la costumbre tampoco de hacer eso.

¿Cuándo mencionas no nos hacen notar, hablas de cuando uno está estudiando la carrera?

2.16. a Puede ser si, estudiando la carrera, y **2.16.b** también en mi caso que tengo la oportunidad de estar con una persona que me está supervisando, con un psicólogo que ya tiene experiencia.

¿Cual crees que es la postura de las instituciones en relación al tema del auto cuidado de los terapeutas, que crees que hacen las instituciones en relación a nuestro auto cuidado?

¿En las clínicas, o en la universidad?

En todos los lugares donde uno trabaja

2.17.a Yo creo que nada, Solo exprimen los conocimientos del psicoterapeuta, quieren que dé, dé y dé, y no se fijan en ese punto.

¿Tú crees que hay comportamientos de auto cuidado básicos o unos que sean más importantes habías pensando en ese punto antes o no?

2.18. a Quizás si lo pensé antes porque es importante mantener una imagen, y más que todo en lo que se enfocan los psicólogos es en mantener esa imagen, solamente que vean algo...una persona sabia y casi perfecta, **2.18.b** porque incluso los demás ven como que no nos tenemos que equivocar y en realidad no es así, porque en psicología a pesar de que es una carrera donde se supone que tratamos a otras personas para que mejoren en la vida y en su comportamiento y en sus relaciones humanas, **2.18.c** también somos humanos y no somos perfectos y todo eso

¿O sea, es como que la prioridad es la imagen?

Y si te preguntáramos a ti, en tu opinión ¿qué es lo más importante en relación al auto cuidado?, para ti como terapeuta ¿qué sería lo más importante en relación al auto cuidado?

2.19.a Que uno tiene que cuidarse como persona también, en lo personal porque uno no puede dar lo que uno no tiene, si uno no estudia, no está bien consigo mismo, no tiene una estabilidad emocional, uno no va poder dar lo mismo como terapeuta, a pesar de que en un primer momento si trate de mostrar eso, a pesar de que esta es una carrera para poder tener dinero en un futuro, **2.19.b** esta es una carrera más especial, porque uno es una persona que atiende a otras personas

¿Y eso que conlleva, que sea una carrera diferente donde uno atiende a otras personas?

En qué sentido

Tú me dices es una carrera especial, porque es una carrera diferente, ¿Por qué?

2.20.a Uno atiende a otras personas, **2.20.b** en relación al auto cuidado, que uno no tiene que descuidar tanto lo intelectual, estar actualizándose en lo que sería psicología, también uno no tiene que descuidar su persona, porque uno puede tener muchos conocimientos y si uno descuida su persona, va haber un desequilibrio, no va poder desempeñarse bien, y si uno descuida lo intelectual tampoco va poder desempeñarse bien

ENTREVISTA SUJETO 3

Eres licenciada ¿no?

Ujum

Ya, ok

¿Cuál es tu percepción de la realidad de los psicoterapeutas en Sta. Cruz, como ves tú que esta la situación, como ves tú que están los psicoterapeutas en Sta. Cruz?

3.1.a No conozco a muchos la verdad, y de los pocos que conozco, no... no son, como se puede decir, no son de aquí en realidad, los psicoterapeutas que viven ya 5, 6 o 10 años pero son del interior digamos, pero así un psicoterapeuta originario de aquí de Sta. Cruz, no conozco a ninguno (risas), aunque ya vivo acá algo más de ocho años.

Ya, pero viendo la situación de todos los que trabajamos digamos acá en esta ciudad, porque es una ciudad en la que hay mucha gente de todo lado, ¿Cómo tú ves la situación de las personas que ejercen como terapeutas en Sta. Cruz?

3.2.a Hay mucha desorganización y... **3.2.b** muchos que no deberían llamarse psicoterapeutas funcionan como psicoterapeutas, incluso hay una invasión pienso que hay muchos psicopedagogos y psicopedagogas que hacen de terapeutas, o sea que no hay una...uhmm, no hay un orden con eso, **3.2.c** o sea no hay una ética profesional

Cuando tú me decías que hay muchos que no deberían estar ejerciendo pero lo están haciendo, ¿me puedes explicar un poco más a que te refieres?

¿Tengo que dar nombres?

No

3.3.a Porque hay uno en especial que ni siquiera es psicólogo tengo información fidedigna de que es odontólogo, ha estudiado odontología, pero ha hecho un cursito de un mes de psicología y es psicólogo y se hace pasar por psicólogo, terapeuta e incluso hasta sexólogo más. O sea que a ese nivel digamos que esta con algunos terapeutas o se hacen llamar algunos psicoanalistas sin serlo, otro que también conozco el dato de otro también que se hace poner que es psicoanalista y no es nada psicoanalista.

¿Tú crees que hay diferencias entre la práctica privada y la práctica institucional?

Ay sí, un montón, uuuh si terribles

¿Podrías explicarme un poco?

3.4.a Es desde la ética creo del trabajo igual , no hay mucho ...no hay mucha ética, no hay mucho profesionalismo, o sea es muy desordenado, en lo privado creo que es un poco más, no creo, creo que hasta mas... **3.4.b** que la gente confía más me da la impresión, y lo he vivido creo todo este tiempo, porque van a un psicólogo de una x institución o de no se pues que ofrecen ayuda psicológica pero se van decepcionados y no regresan, por eso no ven la continuidad incluso de los proyectos que salen porque no ven el profesionalismo, en cambio, vienen a un privado pese a que es un poquito más caro, **3.4.c** pero la gente hace el esfuerzo y viene y cumple con el tiempo digamos que se va trabajar, sabemos que es, , **3.4.d** obviamente no podemos hacer un encuadre no porque hay pacientes que vienen...ese es mi problema

¿en cuántas sesiones cree que puedo salir?, y obviamente ahí tu le explicas que no hay un tiempo hay que ver cómo va avanzar y todo eso, y puede ser corto o como puede ser largo. Yo lo que manejo o le trato de explicar a los pacientes es que yo en lo personal, uno que no soy psicoanalista porque muchos me han preguntado, y lo otro que yo no hago terapias largas, me dirijo mas a hacer terapias a corto plazo, mas del aquí y el ahora, no me interesa tanto lo del pasado, sino lo que en este momento de su vida le esta interesando , entonces, generalmente por la bibliografía que se lee sesiones cortas están entre 8 y 10 sesiones, entonces más o menos ese es el numero que yo trato de manejar y **3.4.d** pese a esa información y el costo, la gente a veces hace el esfuerzo y prefiere buscar a un profesional privado que ir a una de estas otras instituciones

¿Cuál es la opinión que tienes sobre el tema del autocuidado del terapeuta?

3.5.a Uhmmm, por experiencia propia que ayuda un montón, es, **3.5.b** es ...aparte de ser terapéutico para uno mismo, ehh me imagino, yo te digo por mí, o por la relación que yo tengo con este mi terapeuta que también tengo, **3.5.c** entonces aparte de ser también mi terapeuta también es un poco mi orientador si se puede llamar , porque cuando yo me tranco en algún caso lo llamo a él y le doy alguna explicación así general del caso o le explico en que me estoy trancando y que no puedo trabajar con esa persona en particular y me da las luces y me orienta y todo, **3.5.d** entonces creo que si uno crea ese lazo con su terapeuta puede ser doble, de doble ayuda, pero si uno lo mantiene solo como terapeuta, una maravilla porque eso te ayuda a vos a canalizar y sacar también todo, todas las presiones

¿En qué medida consideras tu que los psicoterapeutas ejercen comportamientos de autocuidado acá en nuestro medio?

3.6.a Mira con los pocos que he hablado y alguna vez ha salido el tema y cuando yo digo que tengo se sorprenden **3.6.b** y les digo que eso debería ser por ética no, que no se, o será que en los otros..., **3.6.c** obviamente sin no discriminar, no es la palabra discriminar, pero sin resaltar tal vez otras universidades , tal vez en San Simón no sé, o será porque toditos han sido, han estudiado afuera, porque la mayoría eran en Argentina, casi el 80% en ese momento han estudiado afuera y han venido obviamente, Psicología en San Simón es pues Lacaniana y Freudiana a morir, entonces siempre, me acuerdo desde el primer día, desde fundamentos de psicología que daba el Rolando, desde ahí siempre nos decía el psicólogo tiene que tener su psicólogo, **3.6.d** y ya después el resto igual siempre nos decía, una vez que empiecen, incluso desde estudiantes, vayan, vayan y analícense, no importa qué línea, pero vayan y después cuando ya sean profesionales sigan porque eso ayuda, y además a ustedes los ayuda a despejarse a trabajar mucho mejor; **3.6.e** y además también porque quieras o no se crean nomas a veces, hay mucha transferencia a veces con algún paciente o hay mucha empatía y a veces yo con los casos con los que me he trancado que no han sido ni muchos ni pocos, pero con los casos que me he trancado ha sido porque he creado mucha empatía con ese paciente, entonces ahí es donde he visto que no, que ya como profesional que no podía trabajar, y ya no, ya me estaba yendo al otro lado digamos mas por la amistad o la relación incluso hasta de cariño, es que tal vez ahí está, no sé si conflicto pero el, cuando trabajas con personas adultas mayores es pues un lazo bien fuerte que a veces... los abuelitos, yo les

digo a mis abuelitos, a veces es bien fuerte, a veces se crea un vinculo bien fuerte, a veces más que con los hijos, **3.6.f** entonces hay que aprender a separar y uno como terapeuta tiene que saber poner a veces el limite o hasta aquí es y no traspasar eso, porque después tu quedas afectada.

En tu caso, la formación te ha ayudado a tener este hábito de contar un terapeuta personal, ¿cuales consideras que son los factores que hacen que otros colegas no tengan estos comportamientos?

3.7.a Uhmm, no sé, me imagino que puede ser por, desde la formación que se da en la universidad, que les inculquen, que les enseñen, no sé, desde la formación, **3.7.b** de ese docente que trate de, de también de proyectar eso, **3.7.c** o sea que también desde alumno hasta después ya de ser profesional uno debería tener este código porque **3.7.d** creo si no me equivoco esta dentro el Código de Ética del psicólogo que tiene que tener cada uno de nosotros no?

Está.

3.8.a Además creo que somos el único país que no hacemos eso, porque creo que en la mayoría de los países latinoamericanos desde que uno estudia psicología, tiene que tener uno un examen que diga que realmente puedes estudiar psicología, **3.8.b** porque hay personajes que realmente no deberían estudiar, hay personas que realmente no deberían ser psicólogos, no es por mala, ni por discriminar, pero hay personas que no deberían ser; **3.8.c** entre chiste con estas colegas decíamos hay tres clases de alumnos: los que estudian porque que son monjas o tienen la virtud de curas porque quieren arreglar toda la situación de las personas, los que creen que van a arreglar sus problemas estudiando psicología y el tercer estudiante es el que realmente por vocación estudia y porque tiene esa habilidad, paciencia y vocación para ser psicólogo, **3.8.d** porque no creo que todos estemos preparados para serlo, **3.8.e** entonces creo que viene desde la universidad, que los docentes deberían enseñar a los alumnos a que si deberían hacerse... la Patricia Pessoa me acuerdo que decía, tiene que decir (¿puedo decir una mala palabra?) decía me acuerdo en clases, ¿la conoces no a la Patricia Pessoa?

Claro.

3.9.a Nos decía, el día que ustedes sean psicólogos, no, desde el día que ustedes estén aquí en la universidad tienen que ir a un psicólogo y sacar toda su mierda, para que, para que puedan ayudar a otro paciente, sabes que, **3.9.b** eso se me ha quedado aquí (señala su cabeza), se me clavo, yo por eso pienso, por eso digo, con el Mario he estado desde que he sido su ayudante, desde tercero cuarto semestre que daba psicología fenomenológica, desde ahí he estado con él, hasta ahorita, desde cuarto semestre, **3.9.c** o sea pienso que es nomas el docente responsable de inculcarte eso.

3.10.a Quiero decir que cualquiera, especialmente el estudiante de psicología debería ir a hacerse un análisis y **3.10.b** ahí yo creo que muchos se darían cuenta que o que no pueden, o si no van a hacer clínica que hagan social o que hagan educativa, pero que también necesita, **3.10.c** pero la carga emocional tal vez no es tan fuerte como el que hace clínica.

Yo creo que si

¿Cual crees tú que es la postura de las instituciones en relación a este tema del autocuidado?

3.11.a Uhmmm, cero, uhmmm no hablando a calzón quitado no saben ni lo que es un psicólogo en las instituciones, tienes que explicarles, nooo, es una pena, **3.11.b** la verdad que yo me he cruzado aquí, muy decepcionada de muchas

instituciones la verdad y no, no dan ese valor, **3.11.c** hay mucha mediocridad en las instituciones públicas, la verdad.

¿Tú consideras que hay un comportamiento o has pensado en algún momento en algún tipo de comportamiento de autocuidado que sea básico que sea muy importante?

3.12.a ¿Aparte de digamos de ir a un psicólogo también, de tener tu terapeuta?

No, incluyendo eso no.

¿Que tengas otra, como otra salida digamos?

Si.

3.13.a Si, la verdad es que... igual por experiencia propia, ese como que refugiarte en las terapias alternativas o complementarias como se llamaría mejor, hacer yoga o hacer algún tipo de meditación, seguir alguna línea así alternativa que te ayude para despejarte ayuda la verdad es que un montón

ENTREVISTA SUJETO 4

¿Cómo percibes la realidad de los terapeutas en Santa Cruz?

4.1.a Creo que trabajamos muy solos, ehh... **4.1.b** nos faltan asociaciones, nos falta trabajar, pueden haber asociaciones nos falta trabajar como en institutos donde hagamos investigación, donde aprendamos de la práctica de todos, **4.1.c** nos falta trabajar en equipo creo yo, creo que estamos muy solitos, **4.1.d** a la vez creo que hay muy pocas instancias institucionales que nos permitan crecer en esto porque otros terapeutas en otros lados trabajan por eje en el instituto de investigación de la universidad tantos de psicología clínica, tienen ahí su Cámara Gessell, aprenden mientras se forman, investigan, escriben, producen, trabajan en equipo, discuten los casos que van viendo con una línea diferente porque hay un sostén, **4.1.e** creo que en Sta. Cruz, no sé si en Bolivia, en La Paz puede llegar a ser diferente, en Sta. Cruz es un abrir monte a machetazos, es muy difícil vivir de esta actividad, que te genere una forma de vida y **4.1.f** no hay tantas instituciones ni de salud porque en los hospitales no hay ítems para psicólogos que permitan el trabajo en equipo, **4.1.g** todo eso hace que trabajemos bien solos creo.

¿Tú consideras que hay una diferencia entre la práctica privada y la práctica institucional a nivel de lo que es terapia?

4.2.a Sí, creo que no hay tanta posibilidad de asistencia institucional, o sea creo que hay poca, en lo que es terapia, creo que hay pocos lugares a donde la gente puede ir a tener procesos de terapia como el que puede tener pagándole a un psicólogo privado por ejemplo que sabes que tienes tu espacio, tu tiempo, que te van a atender de acuerdo a la demanda de tu necesidad, creo que ahí hay una gran carencia la gente como que tiene la opción de ir al terapeuta privado o quedarse sin nada, es poco, creo que esta el SOF que me parece que es un servicio institucional que puede cubrir cierta demanda, pero después de eso no se mucho, o sea creo que quizás para atender casos de urgencia la defensoría, pero es diferente, no es que vas a hacer terapia, puedes ir a hacer alguna denuncia o reciben algún niño o adolescente que necesita ayuda y le hablan, pero no estoy tan enterada si realmente pueden hacer un proceso de terapia con esa familia, si la institución se hace cargo de eso.

¿Cuál tu opinión sobre el tema del autocuidado del terapeuta?

4.3.a Mira, me parece que es algo esencial **4.3.b** yo creo que los que hacemos clínica somos personas que de alguna manera nos hemos levantado y armado a partir de nuestra práctica, de nuestros propios dolores, o sea que somos personas que venimos de heridas también, de alguna forma (risas) verdad, que le entramos a esto, o esto nos gusta, porque hemos transitado por algún camino de sufrimiento que nos motiva a estudiar para entendernos y de paso también este poder hacer ese trabajo con la gente, entonces **4.3.c** yo creo que el cuidado del terapeuta es una de las asignaturas más importantes a tomar en cuenta cuando un está en esto, **4.3.d** es ver como uno se mantiene bien, emocionalmente, físicamente, relacionalmente, **4.3.e** es muy complejo cuando estás en problemas relacionales muy severos trabajar en esto, a ratos te salva, porque no piensas en lo tuyo estas pensando en una situación distinta, pero igual te agota, **4.3.f** como trabajas con vos, tus pensamientos, tus emociones, están en juego en este trabajo, el cuidarte es esencial, como cuidar la máquina de costura para la costurera.

¿En tu opinión en qué medida los psicoterapeutas de nuestro medio ejercen comportamientos de autocuidado?

4.4.a Te cuento que si, lo veo, o sea yo creo que...por lo menos la gente que yo conozco, que trabaja haciendo terapia, que trabaja haciendo clínica, **4.4.b** yo no sé si es porque hay mas contacto con las secuelas de no cuidarse uno mismo y uno trabajar en esto y hay más información, **4.4.c** pero yo creo que, yo veo que la gente está preocupada por estar bien,**4.4.d** por tener su clase de yoga, por salir a caminar , **4.4.e** arreglar las relaciones con su familia, por compartir más tiempo con sus hijos, **4.4.f** por descansar, **4.4.g** entiendo que es estresante y trabajoso el ritmo que a veces nos ponemos de trabajo tan fuerte, **4.4.h** sobretodo porque creo que hay muchos terapeutas que tienen además trabajo de docencia, además trabajo en una institución, ese sería otro caso, yo me acuerdo cuando yo trabajaba con dos cosas o tres cosas, que al final habían épocas que decía, no, no puedo, voy a cerrar consultorio, no tengo la energía suficiente después de semejante lio en el colegio donde trabajo de ir a atender o no tengo fuerza física, no?, **4.4.i** creo que por ahí quizás sea diferente esta situación en gente que tiene dos, tres trabajos distintos, pero en la gente que por ahí trabaja en clínica exclusivamente, yo si noto que hay una mayor sensibilidad y una mayor acción frente a esto, de cuidarse.

¿Entonces, tu verías como que puede haber una diferencia entre la gente que solo se dedica a la clínica y la gente como tú dices que o hace docencia, o está en una institución?

4.5.a Claro que sí, yo lo he vivido porque trabajar en una institución te somete (risas), es verdad, te somete a un montón de stress y de requerimientos hasta de tu tiempo que te dejan mucho mas agotada que cuando vos manejas tus horarios y vos manejas tus cosas;**4.5.b** que igual te revientas, porque igualito nomas con esto de que no tienes ningún feriado pagado, ni vacaciones pagadas, ya como los taxistas días que no trabajas no ganas, y no hay aguinaldo, verdad es eso, ese es el otro lado de la moneda, te revieeeeentas trabajando , quizás este sea si un punto en el que somos poco cuidadosos, el hecho de reventaaaarnos, te soy honesta , verdad, en serio desde que nadie me jode con que tengo que marcar tarjeta a una hora o a la otra,**4.5.d** pero pensándolo bien yo hace cinco años que no me tomo vacaciones, no sé lo que es vacaciones, **4.5.e** tengo épocas altas y épocas bajas en consultorio y las épocas bajas son lo que siento como vacaciones (risas), si hay un día que tengo pocos pacientes, tengo el día como libre, pero así de decir yo del 15 de agosto al 30 de agosto no trabajo, en mi caso no hay eso, **4.5.g** ahora te mentiría si te digo estoy más estresada de lo que estaba cuando trabaja en el colegio o en la ONG, no, toda la vida estuve mas estresada trabajando en unas institución que aquí , eso te lo puedo asegurar.

¿Entonces, es como que se compensa, porque si bien te matas trabajando porque ganas lo que trabajas en el día, pero en cierta forma eso se compensa porque te estresas menos?

4.6.aNo tienes que aguantar estupideces de tu jefe, ni malhumor, ni broncas, o sea ni el miedo ni el stress de que te vas a quedar sin trabajo, que si por ahí hacen una reestructuración y me quedo sin trabajo, todo eso chau digamos, es historia, que bonito me sonó (risas). **4.6.b**Era más estresante para mi, era mucho más estresante, claro, no, además que lo horarios, el no sé que, presentar tal cosa, presentar tal otra, la bronca con la que hay que lidiar en una institución no es una taza de leche, es un conflicto permanente.

¿Cuales son los factores que determinan que sea de esta manera, o sea que en la consulta privada, la gente se cuida mas y la gente que está en institución ni tanto digamos, por qué crees que hay esta diferencia?

4.7.a Bueno, pienso que la gente que está en institución y aparte hace clínica tiene un horario sobrecargado, que no es solamente la cantidad de horas, porque por ahí aquí de verdad hay días que podemos estar trabajando desde las 9 de la mañana hasta 7 de la tarde parando al almuerzo, si cuentas a veces es más de lo que trabajaba en una institución, pero en la institución hay otro tipo de presiones y tu cabeza tiene que estar en un montón de proyectos y de cosas que a veces son disparejas y no tienen nada que ver una cosa con la otra, y muchas veces no es exactamente todo lo que a vos te gusta hacer,

4.7.b creo que el hecho de trabajar en tu consultorio te deja la libertad de trabajar como a vos te gusta, como vos crees que debe ser desde lo que a vos te parece que funciona, entonces estas como, es más satisfactorio, no estás obligada a hacer procedimientos que están definiendo otras personas aunque a vos no te gusten, ni a hacer cosas extras, si trabajas en un colegio de psicóloga a veces te toca ir a vigilar que no copien los exámenes los chicos por ejemplo (risas), o te dicen vos tienes que estar cuidando en el almuerzo que nadie se tire comida, claro y es parte del trabajo como psicólogo y en un colegio es terrible, porque ahí todo el mundo espera que vos soluciones todo, cuando nadie tiene el poder para solucionar nada (Risas)

Es una paradoja entonces

Es absoluta, es como ServiniPalazzoli y su libro "El mago sin magia" es ese el psicólogo escolar, es el tema ese de que todo el mundo quiere que seas vos, vos tienes que convencer al profesor, porque el profesor están en bolas de las adaptaciones curriculares, para el padre la psicóloga no sirve porque sabe cuál es el problema pero el colegio sigue haciendo lo mismo, no, el profesor esperar que vos los convenzas a los padres de que tienen que cambiar al chico, y obvio tampoco va ser así, no sirves ni para los profesores ni sirves para los padres, es un rol complejo, para los chicos eres la que si te cuentan los acusan, es un rol muy paradójico.

Es complicado ese tema en el área educativa no?, no lo había visto así

4.9.a En ese sentido creo que el trabajo en consultorio depende mucho de vos, vos trabajas con lo que te fascina de la psicología, con la teoría que te fascino, con el último ejercicio que te salió fantástico, con ese trabajas, entonces es liiiiiiiendo , no y **4.9.b** la gente que te consulta viene también como mentalizada en que lo que vos vas a trabajar va ser importante, **4.9.c** entonces no viene con esa cosa de exigirte como en una institución, de medirte, de evaluarte para abajo, de decirte ...yo he hecho muchas veces creo en mi institución, he corrido la milla extra mucho más que en consultorio y no he sido reconocida ni 10% de lo que soy en consultorio, o sea, creo que hace sus diferencias también este, en este sentido.

¿Cual crees que es la postura que tienen las instituciones en relación al autocuidado de los terapeutas?

4.10.a Te soy honesta yo creo que las instituciones la postura que tienen con todos los que trabajan ahí (risas y gesto de negación, rechazo). Es que es verdad, es verdad, creo que hay una ceguera en relación al recurso humano muy jodida, con los terapeutas o con cualquier otro , y el contador se queda a veces hasta las 11 de la noche trabajando, creo que las instituciones son a veces como aparatos de tortura de la gente que trabaja ahí adentro, no creo

que piensen en algún momento que la gente necesita descansar, no, mejor si llegan las 6 de la tarde, es hora de irse y todos afuera, es como siempre ir a mas, ir a mas y la gente que está en posiciones de liderazgo tiene esta sensación a veces de que apretar mas, hacer que se den más horas de trabajo de la gente es mayor productividad, entonces hay mucho disfrute del poder en posiciones de liderazgo aplastando a la gente que trabaja en las instituciones, **4.10.b** creo que hay pocas, pocas, yo me puedo acordar muy pocas acciones tomadas en las distintas instituciones donde yo he trabajado que tiendan al autocuidado, se que las petroleras por ejemplo te pagan gimnasios ahora, pero tenés que ir al gimnasio después de las 8 de la noche cuando salís (risas) , no se te ocurra ir al gimnasio a las 5 de la tarde, no te han dado una hora de tu trabajo extra para que hagas el gimnasio, te lo van a pagar, pero vos trabajas por lo menos diez horas ahí, no. Y los bancos lo mismo, y los bancos peor, ser recursos humanos en un banco, ser psicóloga de recursos humanos en un banco “mamita santa” , en fin, creo que hay poco el autocuidado.

¿Concibes que hay comportamientos de autocuidado que son básicos o que son más importantes?

Si.

¿Me podrías hablar de ellos por favor?

4.11.a Dormir bien, **4.11.b** comer sano, es decir harto jugo, harta fruta, **4.11.c** evitar intoxicarte, evitar el pucho y evitar el trago en exceso, eeh, **4.11.d** mantener buenas relaciones con la gente con la que vives, con la gente que amas, **4.11.e** mover el cuerpo sobretodo como terapeuta hay que mover el cuerpo estamos sentados todo el día y **4.11.f** evidentemente una buena y rica vida social me parece fundamental, tener buenos amigos, buenas amigas y **4.11.g** darte gusto en aquellas cosas que te gustan hacer, tus hobbies, puede ser fotografía, puede ser leer, escuchar música, darte gustos sin sentimiento de culpa. Sabes cual es una cosa que una vez escuche en un taller también de autocuidado del terapeuta y que este... y que yo nunca lo he hecho pero que me parece interesante y que es **4.11.h** darse vacaciones quizás más cortas pero más seguidas, por ahí una semana cada dos meses por ejemplo, eso a mí me encantaría hacer pero habría que atender y ser gringa y cobrar treinta y cinco dólares la hora (risas) entonces podría yo no, eso y por ejemplo aquí **4.11.i** una cosa seria empezar atender a las cuatro y no a las tres, porque a las tres estas (risas) sin todas las energías.

4.12.a Y como terapeuta también por ahí, me estoy dando cuenta que hay varias cosas que deberían andar mejor que no le he hallado la vuelta, **4.12.b** que es tener un espacio de descanso entre paciente y paciente seria la tutti de bello no, **4.12.c** este trabajar máximo cinco horas al día seria una belleza, **4.12.d** cinco pacientes al día seria una belleza, **4.12.e** cualquiera que trabaja en una institución no puede decir lo mismo, entrar a las 8 salir a las 2 de la tarde, cada dos meses tener para todos en realidad el descanso y **4.12. f** también sabes que otra actividad de autocuidado es tener tu espacio de terapia personal para cuando estas atravesando momentos críticos en tu vida **4.12.g** que te pasan exactamente igual, te pasan divorcios, muertes , te pasan infidelidades, te pasan hijos que son hijos jodidos lo mismo, te pasa que te desquicias igual, o sea todo, todo.

Todo lo que les pasa a los otros mortales

4.13. a Así es, todo te pasa y una actividad de autocuidado esencial es que también tengamos nosotros nuestro propio espacio de terapia.

ENTREVISTA SUJETO 5

¿Cuál es la percepción que tienes de la realidad de los psicoterapeutas en Sta. Cruz?

5.1.a Que hay pocas escuelas formadas, la única que conozco que está formada es la psicoanalista pero... y eso que engloba a muy poca gente,

5.1.b hay muy pocas escuelas posgrado que estén formadas y que haya una apertura de conocimiento en esas áreas.

¿Y en cuanto al tema de la práctica de los que ejercen la psicoterapia en Sta. Cruz como ves esta población?

5.2.a Hay gente muy bien formada pero hay mucha escuela empírica, es decir son personas que han salido de la universidad y se han lanzado a atender y de esos hay muchos, mucho, mucho, mucho entonces hay muy poca formación y hay muy pocos, o sea muchas de las personas que atienden no tienen una formación postgrado en lo que es psicoterapia.

¿Consideras que hay una diferencia entre la práctica privada y la práctica institucional?

5.3.a Si, en la práctica institucional el tema del tiempo es un factor limitante para mí, no, generalmente tienes un tiempo menor entre 25 minutos media hora por paciente, en la cual, no puedes profundizar...yo a veces, muchas veces no he podido llegar o cerrar adecuadamente un paciente por, por esta variable de tiempo y en lo privado pues sí, creo que hay un poco más de espacio no, eeh**5.3.b** otra diferencia que yo veo en lo institucional tal vez es la variedad de pacientes que si que llega a lo institucional, que es una variedad de pacientes muy amplia y que parte de eso ayuda mucho también al tema de la misma pericia del terapeuta, que tal vez llega un poco mas filtrado a los consultorios privados.

¿Y en cuanto a la parte personal, tú crees que afecta en lo que es la persona del terapeuta la práctica privada o la practica institucional?

5.4.a A mí me ha afectado mas la parte institucional, las veces que he trabajado con determinadas poblaciones, por el tema del estrés y por el tema del burnout, o sea yo, un par de veces trabajando con violencia intrafamiliar he llegado al burnout, de realmente sentirme quemado y empezar desplegar todo un sinfín de sintomatologías ansiosas por el tema de la saturación.

¿Qué es lo que consideras que hace que haya esta diferencia, por ejemplo que haya más estrés, que te contamines mas en lo institucional que en lo privado?

5.5.a Creo que son los factores primero externos, que son el tema del , o sea el paciente viene, ingresa por lo institucional con una demanda x y esa demanda se tiene que cumplir en un plazo determinado, hay una presión de la institución por el tema del cobro, porque es un cobro que hacen ellos no lo haces tú y obviamente ahí te tienes que regir, al menos yo lo he sentido muchas veces, amoldarte a los tiempos de la institución, entonces creo que eso en mi caso me ha estresado mas y a veces la sobresaturación que se da de... si hay pacientes no, atiborrar al terapeuta sea medico o sea psicólogo, atiborrarlo porque en ese momento hay, y no permite un poco el ordenar, que se yo el organizar de mejor manera este manejo.

¿En la experiencia que tú has tenido entonces, no es que tú tienes que tener por decirte, 4, 5, 6, 8 pacientes si o si en esa tu jornada, sino que, si es que hay 15 te los tratan de encajar los 15?

Exacto, exacto.

¿Cuál es la opinión que tienes sobre el tema del autocuidado del terapeuta?

5.6.a Yo creo que es muy importante, la verdad que es muy importante, yo he hecho dos procesos de autocuidado, con dos o tres años de separación uno de otro, eeeh en los cuales realmente me ha ayudado a poder direccionar muchas de las energías negativas que me quedaban en las sesiones, eeeh ...uno es eso, procesos terapéuticos permanentes estoy hablando, no grupales, y **5.6.b** por otro lado otra función de autocuidado que es el tema de las supervisiones con un co terapeuta o con un terapeuta externo que a mí me ha ayudado mucho a poder hacer este análisis de mis falencias e implicaciones más en el proceso terapéutico, que todavía lo hago, todavía trabajo con ese modelo, al menos ahora

¿Las supervisiones aparte del tema técnico, tu encuentras que podrían tener algún tipo de beneficio, de uso?

Si justamente, es un poco del encuentro con mi propia lógica interna, muchas veces este tipo de conversaciones con estos terapeutas me ha ayudado mucho a percatarme de mis implicaciones como persona en el proceso terapéutico y de lo que tal vez ese momento ha significado para mí, entonces sí, me han ayudado, me ayudan todavía ese tipo de procesos y **5.7.a** lo otro son procesos más largos que son procesos grupales de autoconocimiento , ando probando de todo no, he hecho autoconocimiento sistémico, gestáltico, ahora estoy con psicodrama, (risas) meterme a un psicodrama psicoanalítico para ver para ver que sale no, pero tratar de buscar ese otro punto también de sentarme en la posición paciente para trabajar lo mío.

¿Dime estos cursos que tu mencionas los has hecho acá en Santa Cruz o en otra ciudad?

La mitad he hecho en La Paz la mitad he hecho acá.

¿Pero no son iniciativas que estén muy difundidas o sí?

5.8.a No, no, no son, de hecho a la mayoría me he metido por curioso, que ha sido diferente me han ayudado mucho a ..a.. a bajar el stress de la práctica, de la practica en psicoterapia que se hace.

¿En la opinión tuya en qué medida los psicoterapeutas acá ejercen comportamientos de autocuidado?

5.9.a Uhhmm, tal vez no tan específico como terapias, pero creo que es el hecho de tener diversas actividades aparte de ser psicoterapeutas, **5.9.b** el ..el mismo hecho de practicar deporte o algún tipo de actividad externa que ayude a distender, pues si.

¿Haciendo una evaluación así grosso modo, tú crees que acá los colegas que hacen terapia si se preocupan, podemos decir que hay un porcentaje importante de gente que tiene comportamientos de autocuidado?

No.

¿Son raros, más o menos?

5.10.a Son raros, y muchas veces creo que el tema del comportamiento de autocuidado del psicoterapeuta no está inclusive dentro del lenguaje terapéutico que se maneja.

¿Cuales consideras que son los factores que determinan que se maneje de esta manera?

5.11.a Creo que es falta, falta del trabajo en el mismo criterio del autocuidado, **5.11.b** o sea no hay, no hay una concepción inclusive a nivel universitario en el cual se empiece a prevenir al terapeuta de los riesgos que implica hacer terapia

que no solamente está en el exponerse al paciente, sino en el cómo va influir el hacer terapia en su propia vida, no hay esa concepción y si partimos desde ahí, ya fuera de la universidad se vuelve más difícil, peor aún **5.11.c** aquí en Sta. Cruz donde hay muy pocos modelos de posgrado en psicoterapia son casi nulos y va depender el enfoque entonces es difícil que se pueda hacer un trabajo en ese sentido, que realmente el terapeuta pueda estar convencido que es necesario trabajar a ese nivel, **5.11.d** otro punto creo que es el tema de, a veces de la falta de auto reflexión de lo que está sucediendo, a veces no, en muchos casos hay terapeutas que tienen problemas somáticos, que tienen problemas, trastornos de ansiedad, que han aumentado cierto tipo de síntomas o patologías y no llegan a hacer la causalidad con el hecho de su misma practica, lo atribuyen a cualquier otra cosa menos al tema de la práctica, **5.11.e** porque aparte hay una visión como de invencibilidad que tiene el terapeuta ante esto es como si estuviéramos blindados pero no es así, **5.11.f** y es interesante dejas de atender pacientes conflictivos y te mejora el estado de ánimo, te vuelves mas, la vida se vuelve más chévere, (risas) claro porque de repente esa nube se va a otro lado.

¿Esta percepción de invencibilidad que tú la mencionas, de donde crees que la vamos sacando?

5.12.a De una mala visión del enfoque no y de una imagen distorsionada que se vende del psicólogo tanto fuera de la universidad como dentro la universidad, creo que parte de esto hace que nosotros entremos en esa lógica de invencibilidad **5.12.b** aparte de que terminamos por creérnosla también en determinado momento de que esos problemas no nos afectan.

¿Cuándo tú hablas de los enfoques erróneos tú te refieres a esos enfoques de corrientes terapéuticas o al enfoque de la propia persona de la formación del terapeuta?

5.13.a Mas bien no es tanto un enfoque terapéutico creo que la mayoría de los enfoques que trabajan en terapia tienen una visión de autocuidado tal vez que no es nombrada como autocuidado como tal, los psicoanalistas buscan el análisis previo ahí, después tienes que hacer consultas sistemas con tu psicoanalista por x cantidad de años, los sistémicos trabajan de la misma manera **5.13.b** sino creo que va por un tema de la visión que se les vende como producto final del terapeuta en la misma universidad que a veces hace que el enfoque se distorsione, pero se distorsiona por una mala práctica de quien está enseñando

Creo que eso no es culpa de los enfoque sino es la distorsión de la enseñanza como tal, de esto.

¿Tú crees que los alumnos se apropian de esta idea errónea y vienen con un...como consecuencia?

Si.

¿Cual crees que es la postura de las instituciones en relación al tema del autocuidado?

5.14.a Ninguna, no hay, yo en las instituciones públicas que he trabajado, que son muchas, he trabajado por el Estado los últimos diez años de mi vida, he trabajado para muchas instituciones del Estado ninguna se preocupa del autocuidado, de hecho más bien la visión es mientras más puedes dar y te puedan sacar el jugo mejor, **5.14.b** he trabajado con Defensorías y trabajaba en horario de Defensorías, mas horas extras, mas grupos terapéuticos, me fundí, trabaje con discapacidad y era evaluar a la mayor cantidad de personas

con discapacidad en pueblos, en ciudades intermedias, igual, llega un punto en cual ya en que empieza el trabajo a afectar y **5.14.c** no hay un proceso estipulado dentro de la misma institución o parte del mismo perfil del psicólogo o del área que permita tener un espacio de flujo, de distensión, **5.14.d** solamente en una institución he podido ver eso, que ha sido una institución que trabajaba con chicos de la calle y que permitía que una vez al mes se reúnan los psicólogos en horario de trabajo para poder trabajar temas mas de distensión personal, ha sido lo único, por el tema del trabajo, la peligrosidad del trabajo que llevábamos y por la tensión que teníamos a diario, entonces ha sido el único trabajo donde he visto ese, ese cuidado no, y no era solamente son los psicólogos era con todo el personal, los educadores se reunían un día, aparte además te financiaban todo no, te financiaban el lugar y te financiaban la comida, era bastante interesante.

¿Tú que has tenido una buena experiencia en la parte institucional, que crees que es lo que hace que sea una práctica básicamente inexistente en las instituciones?

5.15.a Uno que para poder entrar, generalmente creo que hay un blindaje en las instituciones, aparte no cualquiera puede entrar a ser terapeuta y **5.15.b** las universidades no preparan terapeutas, entonces estos convenios muchas veces están, funcionan y **5.15.c** muchos de los alumnos ingresan (ese fue también mi caso? a una institución, empezando a ser el aguatero, pasando a ser el facilitador, después el que trabajaba talleres, después el evaluador y después el psicólogo de planta, entonces es como un proceso que uno va ganándose el espacio, **5.15.d** pero la institución como tal aperturar para hacer terapia no, no hay la instancia.

¿Te entiendo, es cómo que las instituciones no tienen ese espacio para terapeutas pero son los psicólogos iniciales digamos que van abriéndose camino de otro lado hasta tener esa función de psicoterapia?

5.16.a Exacto, es que ni siquiera hay un manual de funciones, son muy pocas las instituciones que tienen un manual de funciones de que es lo que tienes que hacer, como lo tienes que hacer y qué tipo de trabajo tienes que hacer inclusive a nivel terapéutico, **5.16.b** hay un poco conocimiento de la labor del psicólogo porque piensan que el psicólogo hace todo y nada a la vez, **5.16.c** entonces de repente al psicólogo le dan un gabinete y esperan que uno haga magia en el gabinete, pero requiere también de una estructura institucional que nos permita focalizarnos en un punto determinado de trabajo, voy a trabajar con familias grupales, perfecto voy a trabajar con familias en grupo y ese es mi trabajo y para eso me sugieren mejor trabajar con este enfoque, con este otro enfoque y con estos resultados esperados, pero lo que te estoy diciendo generalmente no se da, vaya y marque la tarjeta y empiece a trabajar como pueda, entonces no hay, no hay un pedido claro de las instituciones como tal, **5.16.d** últimamente en Defensorías... si, unidad de victimas especiales ...si, porque ya no piden un psicólogo piden un psicólogo forense, ya no piden alguien que haga terapia porque ellos no hacen terapia, alguien que evalúe y que sepa manejar a, b, c y d, pruebas que son parte de las competencias de este psicólogo, entonces en ese sentido, si, ya se está dando, pero han tenido que pasar diez años para que se de este tipo de proceso.

¿Consideras que hay comportamientos de autocuidado básicos os que sean más importantes que otros?

5.17.a Creo que si, eeeh yo considero que un, podría ser un punto básico de autocuidado es el hecho de poder limitar tu trabajo, o sea por ejemplo, yo no atiende más de cuatro pacientes en mi consulta diarios, aunque económicamente sería más rentable atender ocho, pero sé que la calidad que le voy a dar al quinto hasta el octavo es menor a nivel creciente porque el octavo ya me voy a dormir, **5.17.b** entonces necesito para dar calidad en mi servicio y no fundirme, yo trabajo máximo cuatro pacientes.

¿Eso en un tiempo de una media jornada o de toda una jornada completa?

Una media jornada que es lo que yo trabajo a nivel privado.

¿Se te ocurre alguna otra cosa que si pueda ser básica en cuanto a autocuidado aparte de esto de limitar los pacientes?

5.18.a A ver, otra básica que es esto es el hecho de... que es necesario el tema del trabajo del caso, con otro terapeuta, pero tiene que ser con alguien que te conozca y que te pueda permitir escucharte a ti, más que al caso en esa posición de terapeuta.

¿Por qué crees que es importante que sea alguien que te conozca y no otro, que sea bueno?

5.19.a En mi caso yo podría decir que yo necesitaría que sea alguien que me conozca y no alguien externo tan así, la experiencia en mi caso ha sido muy positiva, yo trabajaba en grupos de terapia con varones golpeadores y trabajamos por un año y medio y fue genial y tenía un coterapeuta que era mi colega y en un proceso y en varios procesos ambos nos hemos visto muy implicados por nuestras propias historias personales, entonces era muy interesante ver que cuando yo sentía que se me estaba yendo la soga el entraba a trabajar y después trabajábamos en ese punto: que paso con el enojo que si bien era de la persona lo terminaste asumiendo tu, creo que en ese proceso del meta comunicar las emociones, **5.19.b** ahí está sería el poder meta comunicar mis emociones con un tercero con una persona más, creo que eso es importante, creo eso es lo que me ayuda un poco a triangularme y **5.19.c** otra cosa que es buena para hacer el tema de autocuidado es tener otro tipo de hobby, oficio, trabajo diferente al de la psicoterapia, que me ayude a librar tensiones.

¿Dentro de la misma psicología?

No necesariamente, puede ser dentro de la misma psicología o puede ser fuera, **5.20.a** yo por mucho tiempo me dedique a ser scout y mis fines de semana los dedicaba no sé si a desestresarme, pero si me era muy útil digamos el tema de estar ocupado por cosas más... mas muy diferentes a la de trabajar con violencia en esa época.

ENTREVISTA SUJETO 6

¿Cómo percibe la realidad de los psicoterapeutas en Sta. Cruz?

6.1.a Bueno la verdad que dentro de la actividad terapéutica, mayormente lo que percibo es que los terapeutas trabajan solos, personas que si trabajan con mucha actividad pero, **6.1.b** justamente lo que habla del autocuidado, aparentemente no lo hacen, es mi percepción, **6.1.c** desde el enfoque sistémico si, por ejemplo si mi experiencia si trabajamos el autocuidado porque en el espacio que manejamos tenemos una Cámara Gesell y si la utilizamos para hacer supervisiones de casos, bueno, también por escrito hacemos supervisiones que son a nivel presencial e incluso a distancia, con la maravilla del Skype se puede hacer esas cosas, **6.1.d** entonces lo interesante es que el terapeuta se sienta bien, porque claro es la persona clave que va atender a muchos profesionales y él es quien tiene que estar bien primero.

¿Considera que hay diferencia entre la práctica privada y la institucional?

6.2.a Yo pienso que sí, porque depende mucho de cómo nos llega el paciente, en mi experiencia por ejemplo tenemos pacientes de seguro, porque nuestra institución es seguro de alguna institución, y... ellos el hecho de la demanda es diferente, por ejemplo tenemos también que nos derivan de las Defensorías, y como llegan estas personas a terapia es diferente a que nos llegue un privado también, una persona particular que necesita ser atendida ahí vemos, no sé, la demanda como alterada, el uno viene por obligación, el caso de la Defensoría, el otro viene efectivamente también derivado porque han visto que ha disminuido su trabajo porque tiene problemas familiares, **6.2.b** en cambio la persona que viene de particular es una persona que viene porque ya lo siente, porque la demanda está clara.

¿Y viendo en este caso Ud. Considera que el trabajo de quien atiende, de atender estos pacientes que son se Seguro, de las Defensorías se hace más arduo para el terapeuta que trabajar con alguien que viene porque bueno ha tomado conciencia de que si lo necesita?

6.3.a Mire, al principio si, cuando empezamos a trabajar con los sujetos que vienen de la Defensoría, ambientarse cuesta, encontrarle un poco el trabajo, porque ellos llegan por ejemplo a la defensiva, porque el informe que pueda elaborar el psicólogo, puede ser negativo, positivo, **6.3.b** depende mucho del encuadre nos hemos dado cuenta, si hay un encuadre donde se le especifica bien el trabajo terapéutico y lo que es el informe y lo que es el proceso que llevan ellos dentro la Defensoría, ayuda mucho, un trabajo bien específico.

Uno de mis entrevistados, me decía que hay diferencias entre los terapeutas noveles y la gente que ya tiene una experiencia, como si percibiera dos mundos, ¿qué opina Ud.?

6.4.a La verdad que desde mi percepción ahí en el campo donde me desenvuelvo, pienso que no, o no sé al menos me considero joven también y los que están dentro de mi contexto igual, llegamos a establecer percepciones prácticamente similares, porque la practica la hacemos bajo un solo paradigma y es interesante que bueno ellos también se enganchan y hay la tendencia a ejercer desde ese enfoque, porque solo trabajamos con el enfoque sistémico.

¿Cuál es la opinión que Ud. tiene sobre el tema del autocuidado del terapeuta, en algún momento me decía que desde su punto de vista también es un asunto bastante esencial?

6.5.a El autocuidado es fundamental porque imagínese nosotros como terapeutas empezamos a escuchar la problemática del paciente y por ejemplo hay pacientes, a mi me ha pasado he atendido cuatro, cinco pacientes de "Aries" donde efectivamente hay que conocer el caso de cada persona y de pronto cuando atendemos demasiado y no nos damos el tiempo, no nos supervisamos, es como que nos saturamos, pasa de que a veces, claro con tantos pacientes uno no sabe, si no fuese la historia clínica en que quedo, que tipo de tareas tiene, entonces y **6.5.b** sobre todo el autocuidado va en función a que en momentos críticos cuando hay una resonancia en nosotros, tengamos ese alguien que si nos supervisa, que si va analizar lo que nos pasa, que si en realidad nos va cuidar, porque es un cuidado emocional el hecho de que..**6.5.c** En sistémica hablamos de equipo, equipo del supervisión, de que el equipo pueda después de que salimos de la terapia nos digan: ¿ cómo te sientes?, ¿ como estas?, entonces primero a nosotros y posteriormente analizar el sistema de trabajo que uno ha tenido con la familia y posteriormente se hace una prospectiva del caso para una próxima sesión.

¿En sistémica es un equipo el que está detrás de este terapeuta?

Si, correcto, entonces es el equipo el que trabaja con esto, **6.6.a** también sucede que claro, puede haber una persona quien es su supervisor y uno va con la historia clínica y directamente le comenta el caso que esta resonando con nosotros y es la persona la que se encarga de poder ayudar.

¿Ud. considera que en nuestro medio los terapeutas ejercen conductas de autocuidado?

6.7.a Al menos no, no tengo conocimiento de que ejerzan el autocuidado.

¿Qué cree Ud. que influye para que esto suceda, para que los terapeutas no nos estemos cuidando como deberíamos hacerlo?

6.8. a Yo pienso, como la mayoría de los psicólogos trabajan solos, ya, el hecho de ... tal vez es lo que pienso, **6.8.b** tal vez el hecho de mostrarle al otro de que está fallando, yo creo que puede ser de que haya esa percepción, de que si voy ante alguien, ese alguien va saber de mi, de que me estoy frenando por esta situación, no puedo avanzar con mi paciente porque me pasa esto, un poco es resistencia diría.

Es curioso, hablábamos con otro colega el fin de semana sobre esto y me decía él es como que el terapeuta se siente, creo un término largo y muy complejo, como que los psicólogos que hacen terapia se sienten invencibles, invulnerables, hay esta falsa creencia pero también está sostenida por esa opinión que hay en la sociedad del psicólogo. ¿Usted cree que realmente nosotros también nos creemos así como invencibles, o que cree que es lo que sucede?

6.9.a Bueno, esa es una atribución que la sociedad nos da, porque creen y tú que eres psicólogo, no puedes hacer esto, no te puedes equivocar y no sé, quizás esa atribución se la toman en cuenta, pero en el caso de lo que yo conozco que trabajan ahí conmigo, si tenemos esa necesidad de supervisar

¿Qué cree Ud. que ha marcado la diferencia para que en el enfoque suyo haya un poco más de conciencia sobre este aspecto en relación a otros enfoques?

6.10.a Lo que pasa es que este sistema, el enfoque nuestro es bien abierto, se trabaja en grupo, en equipo, uno no se hace problema por insertar a un miembro más de otro disciplina, un psiquiatra, un trabajador social, entonces yo pienso que el hecho del mismo pensamiento por ejemplo que plantea la

sistema es completamente diferente es otra perspectiva, **6.10.b** entonces además la influencia que nos han dejado nuestros maestros Marceloy su equipo, ellos prácticamente nos han dejado todo el sistema de trabajo que hacen ellos, y lo hacen así, y nosotros hemos hecho prácticamente...

Es reproducir esto.

¿Y viendo este aspecto también hay colegas que me han mencionado que esta falencia se da porque en la etapa de formación no se incide en este punto, que piensa Ud.?

¿A ver cómo?

Me decían también de que esto que no haya mucho autocuidado en nosotros también es porque en la etapa de formación no se incide en ello, no se dice “miren los que hacen terapia tienen que cuidarse, el psicólogo no es invulnerable, es importante ver esto y el otro”

6.11.a Claro la verdad, puede ser que eso si influya bastante porque en los pensum de las universidades debería haber no el tema, llevarla como materia, incluso de que se haga supervisión desde antes de ejercer, no porque , lo que ellos nos decían que un psicólogo tiene que ser de fabrica, tiene que tener su estilo y tiene que trabajar desde un enfoque, entonces como hablaban de que tienen que ser de fabrica, si tiene que salir de una universidad con todas las condiciones para seguir formándose, pero sabiendo que es lo que quiere.

Ya un modelo terminado podríamos decir

No, más que todo que se inserte el chip de que si tiene que supervisarse, de que si tiene que... cuando se sienta digamos... se sienta con dificultades pueda supervisar, no caer en esa... ¿que se llama?

Invulnerabilidad

Exacto.

¿Cuál cree Ud. Que es la postura de las instituciones en relación al tema del autocuidado de los terapeutas?

6.13.a La verdad que poco, yo le puedo contar una experiencia de una colega nuestra, ella por ejemplo trabaja en una Defensoría, ella viene viendo casos de maltrato, de abuso, todo, entonces, resulta que el maltrato se lo hicieron a ella y bueno desde la dirección no le dieron permiso para que pueda hacer la denuncia, de que pueda hacer todo lo que ella hace con los pacientes, entonces, no les importa mucho, yo hablo de una institución específica, **6.13.b** pero en realidad las instituciones deberían estar en función a...como la política organizacional de que si una persona se va a formar para hacer mejor su trabajo, debería hacerlo.

¿Me puede explicar un poco más este punto?

¿De cuál, del primero?

¿Esto de que las instituciones deberían ser como la parte organizacional?

6.14 Por ejemplo, la organización si uno viene mal, se siente mal en el trabajo, normalmente deben dar incluso el permiso, eso dice la ley, entonces y si hablamos que uno va estar mejor ya sea haciéndose un supervisión, deberían tomarlo por ahí también, o en el caso de uno tener un problema de salud uno pide una baja, pero en el caso de tener un problema emocional también debería ser la baja.

No hay baja psicología en nuestro país

No hay, y debería haber.

Si

¿Ud. considera que hay comportamientos que sean básicos de autocuidado o más importantes?

6.15.a Bueno, yo pienso que hay que discriminar, cuando un paciente nos llega y por ejemplo resuena el problema nuestro, se lo voy a comentar justo había un caso de una colega nuestra que estaba atendiendo una familia y era una familia de las que viajan a España y se quedo la niña con su tía, su tía prácticamente le dio el apellido, algo así, entonces resulta que la colega empezó a diseñar, trabajamos mucho con el organigrama y cuando ella empezó a diseñar el organigrama y conocer, a indagar sobre la historia, resulta que dibujaba a su familia, porque ella tenía un caso igualito, una niña igual en la misma circunstancia, entonces se cerro, no pudo, allí la vi apagarse por ejemplo, no es la misma persona y **6.15.b** claro yo pienso que cuando empezamos nosotros a sentir de que resuenan con nosotros un problema o derivamos o supervisamos, una de las dos cosas, ahí estamos pensando también en nosotros, porque no es saludable el hecho de llorar con el paciente, de sufrir con el paciente, entonces,... **6.15.c** y hay otras cosas que por ejemplo con estructuras con cierto trastorno que uno no puede trabajar, uno no se siente bien haciéndolo, porque quizás tiene algo no resuelto.

¿Y fuera de estas condiciones que sin duda nos llegan a todos y son complicadas de manejar, en el cotidiano a nivel preventivo digamos?

interrupción

¿Quiere que le repita?

¿Aparte de estas situaciones complicadas donde hay estas problemáticas que nos llegan o donde hay casos que por x o z no los podemos manejar bien, en el cotidiano usted considera que algo a nivel preventivo digamos podemos hacer?

¿Cómo prepararnos mejor?

Si

6.16.a Si, lo que se debe hacer ese lo que hablamos mas antes por ejemplo que desde la universidad resuelvan sus propios problemas , **6.16.b** y si uno tiene problemas igual como los puede tener cualquier persona se haga sesiones terapéutica, porque lo primero que tenemos que estar bien para atender a nuestros pacientes.

Al respecto, aprovechando que Ud. esta también en esta situación de la formación

Si.

Se ha hablado ya y tengo yo la experiencia en Cochabamba, acá sobre la importancia, incluso la obligatoriedad que se podría instaurar que los alumnos hagan terapia para egresar

Mire acá nosotros tenemos una materia que se llama Practica de Consultorio, ahí si ellos entran netamente a hacer practica de consultorio, también tenemos la Gesell acá, y la aprovechamos, pero debería haber mucho mas, eso hacerlo desde el principio, **6.17.a** porque desde mi experiencia los chicos que entran a la universidad en psicología son los que más problemas tienen, entran porque van a resolver sus problemas, si uno no les da atención, no por teoría se van, digamos van a superarlo o por leer de que esto es así.

ENTREVISTA SUJETO 7

¿Cómo percibes la realidad de los terapeutas en Sta. Cruz?

7.1.a Bueno, creo que hay terapeutas que están trabajando hace mucho tiempo, que son los que yo conozco y creo que su situación en cuanto a la demanda que tienen es favorable **7.1.b** porque en el transcurso de estos 30 años que aproximadamente estamos trabajando los más antiguos se ha ido creando una demanda interesante mucho mayor que la que había cuando empezamos en los años 80 ehh, **7.1.c** pero considero que la profesión en sí, si bien genera un beneficio económico para el terapeuta, el terapeuta en general no está bien pagado en nuestro medio, en general, y para poder tener un ingreso más o menos aceptable que permita vivir dignamente de la profesión hay que trabajar a veces en dos o tres lugares y si es consultorio hay que atender un número de pacientes elevado, para que más o menos el consultorio tenga un equilibrio económico no, y que la persona pueda vivir realmente de su profesión, **7.1.d** cosa que es diferente en otros países donde los psicólogos tienen menos pacientes que nosotros, pero ganan mejor y pueden vivir de su profesión, **7.1.e** para el terapeuta nacional es bien esforzado poderse sostener de una manera digna solamente con el consultorio.

¿A qué crees que se deba esta situación de que para nosotros es difícil mantenernos como tú dices solo con el consultorio o atendiendo pocos pacientes no es posible mantenerse?

7.2.a Creo que la dificultad estriba en que el promedio del ingreso salarial de la población es bajo, entonces tampoco el terapeuta tampoco puede cobrar mucho más allá de lo que su cliente puede pagar, siendo que si el cliente estuviera en una mejor situación económica no tendría muchos problemas en pagar otro costo, otros honorarios entonces, creo que tiene mucho que ver con el poder adquisitivo de la población media, porque los pacientes que llegan al psicólogo, **7.2.b** si bien hay pacientes de clase económica media alta o alta, el grueso de la consulta igual que de la población es de clase media no cierto?, y la clase media todavía no tiene un nivel salarial que le permita tener unos lujos, **7.2.c** como se supone que es el psicólogo, se considera prácticamente un lujo, yo creo que depende mucho del poder adquisitivo del grueso de la población que se considera como cliente para el psicólogo.

¿Consideras que hay diferencias entre la práctica privada y la institucional?

¿En qué sentido?

En el sentido del trabajo, de los casos que se atienden de las condiciones laborales, del impacto en la persona del terapeuta

7.3.a Claro, hay diferencia no porque , en la práctica privada depende realmente de uno, el que uno pueda generar un flujo de pacientes que te permita sostenerte en el tiempo con el trabajo, entonces es un trabajo de conciencia, de perseverancia, donde un paciente recomienda al otro, una promoción de boca a boca por la calidad del trabajo que uno hace, entonces en ese sentido es interesante y es gratificante porque la gente llega porque te han recomendado el uno , el otro, el otro, es como una bola de nieve , **7.3.b** en el ámbito institucional ese tema sería relativo porque el psicólogo atiende a la persona que le derivan o que le encargan o que le entregan, no cierto y también muchas veces en el ámbito institucional una escuela, un juzgado, una

organización, ONG o no se una clínica, muchas veces el paciente llega por una derivación y no por voluntad propia, **7.3.c** en el contexto privado lo interesante es que el paciente viene él o ella a buscarnos, más allá de que haya una cierta derivación medio obligatoria, eso también es interesante, si bien a veces los médicos, psiquiatras derivan a consulta psicológica la mayor parte de las consultas es por motu propio, la persona siente la necesidad de ir, eso es bien interesante, porque eso da un poco la medida del trabajo que uno ha hecho cuando ese flujo de pacientes no se corta en el transcurso del tiempo.

¿Entonces no se si alguna otra diferencia te interesa?

¿Y en el impacto del tipo de trabajo, de las condiciones en la persona?,

O sea la verdad que no tengo yo la experiencia como psicóloga en institución, no te podría decir cómo se sienten los colegas en ese ámbito, pero dentro lo que es el trabajo en la clínica privada el impacto es proporcional al tiempo que la persona que consulta le dedica a terapia, no cierto, en la medida que cumplan las fases de terapia y trabajen en lo suyo en una cantidad de meses suficientemente importante como para poder hacer cambios, ejecutar cambios y que el psicólogo pueda asistir a esa persona en los cambios, el impacto es favorable, entonces las personas que se quedan durante más tiempo gozan del beneficio de observar y vivenciar modificaciones en su conducta, en su ánimo o resolver algunos problemas, y si suspenden tempranamente la terapia cuando digamos ha quedado en las primeras fases del trabajo terapéutico, el impacto por supuesto es menor, para el psicólogo también el impacto a nivel profesional es difuso cuando la persona ha dejado antes de tiempo su trabajo terapéutico, porque queda como inconcluso y en la medida que la persona completa sus fases de trabajo terapéutico, el impacto es más visible o mas comprobable en la medida que uno puede evaluar el discurso del paciente y uno ve que ha hecho unas modificaciones importantes en su estado de ánimo en su vida personal o en relación a sus hijos, entonces uno puede tener una idea del impacto por el tiempo de permanencia del paciente, en el ámbito institucional no sé si eso es igual que en el privado.

¿Cuál es la opinión que tienes sobre el autocuidado del terapeuta?

7.5.a Bueno, el autocuidado tiene que ver con la connotación legal del ejercicio de la profesión no y la connotación ética también, entonces desde el punto de vista legal es bien importante tener en claro el contrato, como se va manejar el contrato con el paciente, cuáles van a ser los términos en que se establece el contrato de forma verbal, como se fijan los honorarios, como se cobra, tener una coherencia y no cobrar por anticipado cosas, cobrar en la medida en que el paciente va haciendo su trabajo, después desde el punto de vista legal también en cuanto al trato con las personas, que sepan el tipo de trabajo que vas a hacer, que tipo de técnicas vas a utilizar, explicarle si va querer hacer ese tipo de técnicas, tenés que informarle más o menos sobre el procedimiento que vas a llevar a cabo en la primera sesión, en la consulta y que la persona acepta los términos de ese trabajo no, **7.5.b** en general la gente acepta de buen grado esos términos y es puntual con sus pagos, es puntual con su asistencia no, ocasionalmente puedes tener personas que en el medio del proceso se desaniman, consideran que no es valioso pagar y dejan de venir, pero es el menor número de casos, en general digamos, es tener cuidado las primeras sesiones de ir explicitando bien que se va hacer, eso como el cuidado.

7.5.c Y en la parte ética es ser coherente con la formación que uno tiene, ser coherente también con tu vida personal, **7.5.d** porque el psicólogo se quiera o

no tiene que cuidar su vida personal, su salud mental especialmente, **7.5.e** entonces el psicólogo tiene que tener en su momento, antes o durante su trabajo profesional, es importante que tenga su terapia de manera larga, no 8, 10, 20 consultas sino durante un tiempo determinado mínimo de un año donde pueda revisar sus cosas, sus limitaciones, creo que éticamente es el primer paso para que un psicólogo pueda ejercer el atravesar el periodo de aprendizaje que es la terapia personal, porque es un aprendizaje donde realmente al ponerse en el lugar del paciente uno aprende mucho y creo que la persona que es coherente disfruta de su terapia, no lo ve como una imposición, ni como una cuestión...o un trámite que se puede soslayar, más bien es un momento encuentro personal y de desarrollo personal que éticamente es necesario atravesar por esa fase, creo que ese es el primer paso y **7.5.f** luego tener una coherencia de vida personal, porque se quiera o no, el psicólogo modeliza a través de sus conductas, a través de su comportamiento, de su temperamento y eso es un auxilio, yo diría que un 80% te ayuda a verlo la terapia y el otro 20% ya lo maneja uno con su déficit o dificultades, entonces creo que eso es un comportamiento ético, otra cosa ética es decirle al paciente exactamente qué es lo que le está pasando para que sepa que problema tiene que abordar, no engañarlo, ni incrementarle el problema ni disminuirlo, decirle exactamente qué es lo que está pasando, ser claro en los diagnósticos, ser claro en las apreciaciones de esa persona, para que la persona sepa a qué atenerse y sepa porque está yendo y porque camino va, porque he tenido a veces pacientes que vienen sin diagnóstico de ellos o de sus hijos, no cierto, se quejan del otro psicólogo porque no les ha dado lo que ellos necesitaban, claro que eso a veces es relativo porque a veces el paciente dice cosas del psicólogo, habla mal del psicólogo y en realidad es porque no cumplió lo que tenía que haber hecho, creo que esos principios éticos son básicos no, la terapia personal y la modelización de la conducta aunque el paciente no te vea en tu vida privada tiene que haber una cierta coherencia con lo que haces en tu consultorio.

¿Esto que tu mencionabas que ya había mencionado antes de que el paciente a veces habla mal, no me dieron esto o no fue bueno, fue malo y en realidad es el paciente el que tuvo sus deficiencias, como crees tú que se puede manejar, crees tú que eso impacta en nosotros?

7.6.a No, yo creo que a veces son fallas también del psicólogo que no hace esas aclaraciones al inicio y no le explica que necesita tantas sesiones o tanto tiempo para ver más o menos cierto progreso, entonces por ahí han hecho diez consultas y piensan que el psicólogo no hizo nada y lo abandonan al psicólogo, entonces tiene que haber una clarificación, para protegerse no, una clarificación del tiempo que puede llevar una determinada terapia, para que el paciente sepa que ha dejado inconcluso y si no obtuvo resultado es porque lo dejó a medias, entonces el primer punto es ese para protección del psicólogo, ahora puede ser que hayan psicólogos que no han sido acertados también, no es que no hayan psicólogos, hay psicólogos que son desacertados porque, porque no tienen terapia, porque no tienen control de casos, no cierto, entonces otra medida de seguridad para el psicólogo es el control de casos, la terapia, el control de casos y la modelización de la conducta son tres elementos que configuran la ética del psicólogo.

Porque es una forma de establecer ciertas normas, ciertas pautas, no, además del ejercicio de los principios del Código de Ética o de la ética universal, eso

tiene que ser parte de la filosofía del psicólogo, más allá de la técnica psicológica tiene que estar la concepción filosófica de lo que es la conducta basada en principios y valores, entonces el psicólogo está obligado a tener una concepción filosófica de su trabajo.

¿En tu opinión en qué medida los terapeutas de nuestro medio ejercen comportamientos de autocuidado?

7.7.a Yo creo que muchos terapeutas jóvenes sobre todo tienen deficiencias en las conductas de autocuidado por falta de experiencia **7.7.b** y por falta de conocimiento de las normas éticas del ejercicio de la psicología y **7.7.c** también parte de esos riesgos los corren porque no hacen terapia y **7.7.d** porque no hacen control de casos en su mayoría, o sea deben haber casos aislados de psicólogos jóvenes que hacen control de casos , **7.7.e** o sea por la conversación que tenemos con las colegas no tienen pacientes psicólogos y no tienen controles de casos, entonces el porcentaje, no sé qué colegas antiguos hacen , no, no sé, ocasionalmente sé que hay, pero no, **7.7.f** la autoprotección que te provee la terapia y el control de casos no está siendo ejercida, definitivamente no está siendo ejercida porque si no sería muy casual que en todo el tiempo de ejercicio que yo tengo, que te comente hace un rato de manera informal, que yo no haya tenido no sé, 20, 30 colegas jóvenes que hayan consultado en 30 años que yo trabajo, uno por año, ¡uno por año! , no cierto, yo te digo que he tenido dos o tres colegas que han consultado ocasionalmente por un control de casos en treinta dos años , treinta y tres años que van a ser de carrera, en agosto cumpla treinta y tres , entonces es notable no, y con los otros colegas que yo he conversado más antiguos o de la generación intermedia, tampoco tienen consultas de psicólogos o de control de casos, **7.7.g** entonces el autocuidado inicial no está siendo ejercido , entonces claro, van a cometer errores, **7.7.h** van a cometer faltas éticas , no saben nada del Código de Ética, **7.7.i** no están afiliados al Colegio de Psicólogos, no cierto, entonces como vas a tener una política de autocuidado estandarizada o más o menos, que les brinde protección sino cumplen los mínimos requisitos del autocuidado, que es cuidar primero su salud mental, paso uno con la terapia, **7.7.j** sino han ejercido ese primer principio de autocuidado los demás están vulnerados, el contrato con el paciente, la objetividad, no cierto el poder deslindar los asuntos personales de los que tiene el paciente, el saber ejercer la autoridad como terapeuta, todo está vulnerado .

¿Qué factores crees que determinan que sea esta la realidad, que sea de esta manera que no hagan los terapeutas jóvenes, que no hagan seguimiento de casos, que no hagan terapia?

7.8. a Yo creo que está en una enorme deficiencia en la formación ética desde el colegio, primer punto, desde el colegio la secundaria, desde el colegio la formación escolar, también creo que hay una falla enorme en el sistema educativo en cuanto a lo que es la formación ética de la población.

7.8.b Ese creo que sería un punto estructural, no cierto, en la educación no hay un mandato de que la gente actúa con principios y valores, hay un mandato de que la gente sea eficiente técnicamente y que sepa ganar plata ese es el mandato, no hay un mandato de ser buenos ciudadanos, no hay un mandato social de eso, como primera cosa, **7.8.c** después creo que también hay una falla importante en la educación universitaria , donde los temas filosóficos de los cuales derivan la ética son soslayados en la formación académica en todas las carreras, pero en especial donde debería hacerse hincapié que son las

carreras humanísticas no existe una acentuación de lo que es la formación ética, hay una materia por ahí, no cierto, no hay varias materias que tengan un transversal desde el primer año de universidad hasta el final, o sea no es un tema transversal la ética en la carrera universitaria, es un tema aislado, el otro está ya en asuntos personales donde **7.8.d** las personas, este no tienen la humildad de reconocer que tienen limitaciones y que el conocimiento académico es insuficiente para ejercer esta carrera y que tienen que recurrir a otro de referencia a un espejo, que es el terapeuta didáctico, porque estamos **7.8.e** hablando de terapias didácticas donde el psicólogo va y aprende del otro, entonces, hay una insuficiente valoración del psicólogo que ya tiene una cierta cantidad de años, no cierto, y **7.8.f** también hay una soberbia en el joven psicólogo de que con esos conocimientos que adquirió en la universidad puede hacer todo.

Un poco en relación con este tema, además de lo que mencionabas en relación con la gente joven, que consideras que sucede con los psicólogos por ejemplo que están en un estadio intermedio o que ya tienen cierta experiencia

7.9.a Lo que pasa es que esos psicólogos que están llegando a una fase intermedia, 35, 40 años han salido recibidos acá y no han hecho terapia, han salido a los 25 y a los 40 siguen sin terapia, son los mismos que hace 15 años estaban saliendo de la Gabriel René Moreno, entonces estos psicólogos intermedios tampoco han hecho las terapias que corresponde, **7.9.b** alguno que otro aislado porque viajaron, porque estudio en el Brasil, porque estudio en la Argentina, tienen su historia terapéutica, su historia de control de casos, que se han quedado allá unos años a ejercer o han hecho su terapia mientras iban cursando la universidad, entonces hay un grupo, no te podría decir que porcentaje, porque no hemos hecho nunca una investigación dentro del Colegio de Psicólogos para ver que psicólogos han tenido terapia y cuáles no y es difícil que un psicólogo que no ha hecho terapia te reconozca te diga que sí, que no la hizo, no cierto, **7.9.c** entonces ni modo pues no, no hay como certifiquen entonces sus procesos terapéuticos y control de casos menos todavía cuando ellos que estarían ya formados o tendrían una práctica más importante, no hacen nunca un control de casos.

¿Cual crees que es la postura de las instituciones en relación a este tema del autocuidado de los terapeutas, las instituciones donde trabajan los psicólogos?

7.10.a No les dan ningún, no les ofrecen ningún marco las instituciones porque por los pocos casos que yo sé, la institución nunca les ha provisto de un marco normativo que les ayude a apoyarse, defenderse o que los ubique en cosas que no tienen que hacer, no cierto?, no hay; por los pocos casos que yo he visto que han entrado en problemas, la institución no les ofrece ningún marco normativo que los proteja, entonces... **7.10.b** el Colegio peor todavía porque no hay quien le dé una mano o de una opinión sobre lo que están haciendo y como hay tantísimos psicólogos no afiliados no tienen ningún tipo de respaldo, hay mucha fragilidad, ahí solamente cuenta con su buena fe y con su ejercicio correcto de la profesión, que podría ser puesto en duda por cualquier paciente a su gusto, porque se enoja con el psicólogo, porque puede ser que haya cometido algún error, no, pero las instituciones no ofrecen que yo haya visto ningún..., no sé si vos has encontrado algo en tus entrevistas, pero no hay una, no hay nada.

Están haciendo pomada a las instituciones en mis entrevistas, hay bastantes opiniones negativas similares

7.11.a Además en las instituciones hay explotación de los psicólogos no, porque están sub empleados muchas veces y mal pagados en general, pero eso tiene que ver con que no ejercen una autoridad suficiente y **7.11.b** tienen pues esa debilidad que la podrían modificar con su terapia y su control de casos, entonces los explotan.

Entonces es por la actitud misma de los psicólogos, es como que los psicólogos permiten

7.12.a Como que son de segunda, como que son profesionales de segunda, porque no tienen un colegio que los respalde, **7.12.b** porque no tienen la energía personal y la seguridad personal para ejercer con tranquilidad, ejercen con mucho miedo yo creo los psicólogos.

¿Tú me habías dicho que entre los comportamientos de autocuidado importantes estaban esto de hacer la terapia, el supervisar los casos, el conocer y además aplicar todos los principios, normas éticas, hay algún otro elemento que considera que pueda ser importante?

7.13.a Sí, yo creo que un elemento clave es la constante búsqueda de conocimiento, ya sea a través de agentes académicos formales o la autoformación, es una responsabilidad, entonces la lectura, la creación de la biblioteca propia, el consultar con otros colegas, el participar de seminarios, de coloquios, de intercambiar con otros colegas, todo el reforzamiento teórico y de conocimiento sería otro aspecto de autocuidado, porque todas las escuelas de uno o de otro tipo, ya sea cognitiva, sistémica, psicoanalítica, gestáltica les proveen a los psicólogos marcos teóricos y normativos importantes en todas las escuelas teóricas, no cierto, y muchas veces como hay desconocimiento en profundidad de estos recursos teóricos el psicólogo no los utiliza, porque ese autocuidado tiene que ver también con que vean tus competencias intelectuales, tus competencias teóricas, tus competencias personales que se cimientan en un profundo conocimiento de tu materia, eso es parte del autocuidado, un psicólogo que no investiga, que no lee, que no tiene biblioteca, que no se compra libros, que no está en cursos, que no tiene coloquios, entonces es un psicólogo de pacotilla, que se conforma con lo que le ha dado su título académico y **7.13.b** sabemos todos que el título académico es un paso previo al ejercicio de la profesión y muy débil para ejercer la profesión, **7.13.c** entonces tienes que ser un consistente lector y estudioso, sobre todo los primeros diez, quince años de tu profesión que es hartito decir (risas), claro son diez quince años que tenés que seguir estudiando para poder abordar con solvencia al paciente y poderle decir algo que sea significativo, que no está en los libros, lo que le tenés que decir al paciente no está en el libro, es fruto de tu conocimiento, y de tu formación y de tu propio pensamiento, que si no has leído, que si no te has embebido de conocimiento no solamente psicológico sino filosóficos, literarios, artísticos, este no tenés discurso de donde uno se va inventar lo que va decir al paciente, de tu imaginación, no, tienes que tener recursos de conocimiento de diferentes áreas humanísticas, de la sociología, no cierto, de la historia. No te puedes inventar, tenés que juntar un montón de cosas para poder dar un discurso coherente a tu paciente y no te dice en el libro tiene que decirle esto a su paciente, lo tenés que armar vos, pero de donde sacas esos insumos, de tu curiosidad, de investigación, de tu lectura, de ahí sacas los recursos para poderle hablar al paciente

ENTREVISTA SUJETO 8

¿Cómo ves la realidad de los psicoterapeutas en cuanto a trabajo, en cuanto a grupo profesional...?

8.1.a A ver, en cuanto a demanda digamos laboral, me parece que recién está empezando a posicionarse el terapeuta no, como que , eh **8.1.b** todavía a la gente le cuesta asumir, sobre todo, creo que en niños es más fácil que la gente lleve a su niño, que la persona ir; **8.1.c** en cuanto al, a la ámbito profesional lo que yo veo es que nos hacemos mala fama nosotros mismos, ¿Por qué? porque todo psicólogo se pone a hacer terapia y va metiendo la pata, entonces **8.1.d** como que no hay mucho campo de especialidad, de maestrías acá en Bolivia, **8.1.e** entonces hace que los psicólogos, siendo psicólogos de licenciatura se pongan a hacer terapia, **8.1.f** entonces me parece que tienes que pelear mucho con la poca credibilidad que tienen los psicólogos, con el poco conocimiento de lo que es en realidad una psicoterapia.

¿A qué crees que se debe este fenómeno de que los colegas se animan a trabajar así nomas?

8.2.a Eeeeeeeeh, la verdad, me imagino que un poco dificultad, a acceso de, facilidades de maestrías, especialidades, diplomados, **8.2.b** como recién hace poco tiempo recién ha empezado a haber mayor accesibilidad, y por otro lado **8.2.c** porque me imagino que se creen todólogos no, hacen organizacional, clínica, de repente de educativa, entonces como ya están en plan de ah si hago esto, hago lo otro, picotean no.

¿Consideras que hay diferencia entre la práctica privada y la práctica institucional a nivel de la psicoterapia

8.3.a Eeh practica privada ...institucional, la verdad es que acá en Sta. Cruz no conozco la parte institucional, en La Paz que he trabajado en institución digamos que hay una diferencia, o sea en institución es muy limitado lo que tu llegas a hacer, porque tienes toda una filosofía y todo que viene con la institución que te marca un poco el paso hacia donde quieres que vayas, **8.3.b** en la privada tienes mayor amplitud de acción, digamos, de trabajar con familias, con hijos, de integrar, no integrar, hacer familiar, no hacer, o sea mayor libertad...

¿Entonces lo que tú has podido ver en tu experiencia en La Paz es que te limitan, te dan pautas en la institución?

8.4. a En instituciones digamos en Defensorías y en Juzgados te estoy hablando que es mi experiencia en institución, no, solo, hasta ahí nomas, mas no queremos, o sea, te limitan ese campo de acción, acá en Sta. Cruz la verdad que no sé porque no he entrado a trabajar en una institución.

¿Cuál es la opinión que tienes sobre el autocuidado del psicoterapeuta?

8.5.a Básico, básico, básico, me parece que es uno de los pilares para que puedas hacer tu trabajo como lo debes hacer.

¿Porque consideras que es algo básico, algo fundamental?

Porque en realidad estamos trabajando con lo que es estabilidad de las personas para lograr un equilibrio, **8.6.a** entonces si uno no mantiene ese equilibrio o no tiene esa estabilidad, difícilmente va poder trabajar propiciando la estabilidad de los otros no, y por otro lado, **8.6.b** en la parte clínica es inevitable que no te lleguen a afectar todos los casos que uno ve, no, entonces,

uno tiene que aprender a desechar todas esas cosas para que no lleguen a afectarle no

¿En tu opinión en qué medida en nuestro medio los psicoterapeutas ejercen autocuidado?

8.7.a Yo creo que muy pocos, los que llegan a realizar un autocuidado.

¿Qué te ha llevado a tener esta percepción?

Eeeh quizás conversaciones con algunos colegas, incluso, **8.8.a** es bien contradictorio no, pero muchos no han vuelto a ir a una consejería, ni terapia, ni nada, es como que ah yo que soy psicólogo no necesito digamos este otro lado no, y mas bien no es el hecho de una terapia como tal pero, **8.8.c** si se necesita un espacio de reencuentro con uno, sobre todo a nivel de conversaciones

¿Qué factores crees que juegan, entran en juego para que se dé de esta manera?

8.9.a Yo creo que uno parte de la falta de conocimiento, generalmente cuando uno hace una especialidad en clínica pasa por un proceso de autoconocimiento que es el que te permite entender la importancia de..., entonces como muchos practican sin una especialidad obviamente no, quizás no tienen esa experiencia que te permite valorar ese punto no. **8.9.b** Ahora también me imagino que hay un poco del famoso dicho "en casa de herrero cuchillo de palo", o sea debe ser cierto (risas).

¿Pero por qué crees que nosotros, los terapeutas tenemos tanta resistencia, esto de "en casa del herrero cuchillo de palo" nosotros queremos que la gente haga terapia que se cuide, no sé qué, blah, blah, blah, pero nosotros no?

8.10.a A ver, quizá un poco por el estigma de que, como yo siendo psicóloga voy a ir a, a que me ayuden psicológicamente, o **8.10.b** posturas que a veces uno toma de resguardo de imagen profesional, **8.10.c** porque al final es aceptar que uno necesita ayuda, que uno necesita un apoyo o algo así, quizá a mucha gente les cuesta dar ese paso.

Siguiendo con esto porque es algo que me ha salido en otras entrevistas, esto de decir como yo voy a mostrarme vulnerable, si yo voy significa que necesito ayuda psicológica, estaríamos hablando también de que los psicólogos tienen una actitud, una postura como me decía alguien de invulnerabilidad

8.11.a Yo creo que sí, yo creo que hay muchos o en realidad quizás una supremacía de "yo tengo la verdad" y difícilmente alguien me va poder ayudar a mí, porque yo, "yo se las cosas", **8.11.b** quizás un tema de vulnerabilidad y un tema de "yo sé", "yo tengo la verdad", entonces donde encuentro alguien que este arriba mío para ayudarme a mí, puede ser un factor debido a eso.

¿Cual crees que es la postura de las instituciones en relación a esta temática del autocuidado del terapeuta?

¿Qué tipo de instituciones?

Donde los psicólogos trabajan

8.12.a Yo creo que incluso las deben desconocer, o sea no creo que..., **8.12.b** si nos ponemos a pensar a nivel organizativo tienen muy metido eso de capacitar, de trabajar muchas cosas, pero a nivel de digamos de salud, de instituciones de salud donde puede trabajar el psicólogo clínico, como que es un punto débil de las instituciones, no, no conozco institución que trabaje sobre

ello como autocuidado, sino puede ser capacitación, cursos de esto...pero así como desarrollar autocuidado no.

¿O sea cuidan la parte técnica pero no la humana?

Técnica, formación pero la humana no.

¿Consideras que hay comportamientos de autocuidado que sean básicos?

Si, considero que hay algunos básicos.

¿O más importantes?

El control emocional, el autoconocimiento y la comunicación.

¿Qué es lo que hace que tú pienses que estos tres elementos son básicos en el autocuidado?

8.13.aEeh quizás un poco la experiencia, la propia vivencia, no, y el hecho de , o sea, el autocontrol emocional y el autoconocimiento te permiten digamos lograr ese auto equilibrio y saber cuando realmente tu estas siendo afectada y necesitas hacer algo para retomar ese equilibrio y **8.13.b** la comunicación es la que te va permitir mantener ehh, si quieres verlos así, limpios los instrumentos de trabajo, el que tú puedas comunicar, expresar lo que pasas, expresar las cosas, todo eso.

ENTREVISTA SUJETO 9

¿Cuál es tu percepción de la realidad de los psicoterapeutas en Santa Cruz?

9.1.a Para mí información psicoanalítica y cognitiva conductual, son las dos que yo considero que están ahorita con mayor preponderancia dentro de lo que son las líneas teórica. **9.1.b** No sé si están todos inscritos en lo que es la parte médica, no sé si conocen el ser parte de la comunidad de la sociedad; **9.1.c** en qué sentido, te lo explico; en ningún momento he visto terapeutas que lleven los tres procedimientos de hacer terapia, buscar un terapeuta y hacer supervisión. **9.1.d** El común denominador de las personas que hacen terapia en Santa Cruz, estamos hablando de personas que hacen su proceso terapéutico a otro, pero no le gusta derogar gastos para su propia terapia en ellos como terapeuta.

¿A qué crees que se debe esta realidad de la gente que sí le gusta trabajar como terapeuta pero no quiere invertir o gastar en su propio proceso terapéutico?

9.2.a Justamente, creo que es eso, no gastar. No le gusta invertir y vemos gente que continua por años y años a nivel licenciatura sin hacer ningún tipo de investigación, sin hacer ningún tipo de proceso, ni siquiera educativo, **9.2.b** entonces hay que repensar un poco como se está orientando a los psicoterapeutas o los terapeutas en sí, en estos tres pilares importantes que nosotros debemos considerarlo como base, para no entorpecer la mente del sujeto que viene al consultorio.

¿Consideras que hay diferencias entre la práctica privada y la práctica institucional?

9.3.a La verdad que no, pienso que los problemas siguen siendo los mismos bajo distintas realidades. ¿Por qué bajo distintas realidades? Porque hay que conocer al paciente desde su propia realidad, entonces el terapeuta no puede cambiar, siendo institucional o siendo privado, considero que no. Desde mi realidad, que trabajo en un centro de salud y en la parte privada.

¿Ahora, en cuanto las condiciones del profesional terapeuta, influyen en el terapeuta en la realidad institucional y privada, consideras que es diferente o crees que no es algo que marca diferencia?

9.4.a Cuando yo trabajaba en Santa Rosa y en El Carmen, si notaba la diferencia; tenía un consultorio donde no podía pegarla, porque trabajabas, con uno, dos, tres médicos dentro el mismo consultorio, te abrían la puerta, tu paciente estaba llorando y el médico abría la puerta, entonces si hay diferencia, **9.4.b** el mismo respeto hacia la parte del psicólogo, era muy observada en aquella época, entonces si es diferente, además que al psicólogo dentro de lo institucional se lo ve como que es la quinta rueda del carro, mientras que en la parte privada es distinto, notas la diferencia, el paciente viene porque te necesita no porque sos la quinta rueda del carro, los mismo colegas te ven de una manera distinta, haces una tarea multidisciplinaria.

¿A qué crees que se debe esta diferencia en el trato profesional, en la parte privada, hay un respeto, una consideración al trabajo profesional, y en la parte institucional, tú dices la quinta rueda del carro, lo menos importante? Para los otros y para el paciente mismo.

9.5.a Bueno pues porque nosotros sabemos que dentro de lo que es la parte médica, al paciente lo que le interesa que el dolor de cabeza se le pase, que la ansiedad se la pase y prefiere tomar una pastillita y ya está, mientras en la parte privada el médico consigue hacer los análisis adecuados y sabe que eso no lo va a poder realizar, entonces te lo deriva y se trabaja de forma multidisciplinaria porque por lo menos dentro de lo que es mi trabajo yo hago siempre diferencia a lo que yo hago y lo que está sucediendo y hago interconsulta con el médico que me ha derivado, tampoco es que trabajo sola, por ejemplo cuando trabajo con jóvenes que vienen con cefaleas, con problemas, que se yo, neurológicos entre comillas, siempre hago la interconsulta con el neurólogo, después con problemas de afasia, tartamudeo, directamente trabajo con la fonoaudióloga y la persona que está relacionada con esa área, cuando me toca trabajar con la pérdida de algún miembro del cuerpo, trabajo con el traumatólogo para que él me pueda explicar más o menos cual es o fueron las partes que perdió el sujeto y explicarle que es lo que sucedió y si es tan grave como ellos se imaginan o no. Entonces hay un trabajo multidisciplinario que considero que dentro del institucional, por la misma formación que tenían los médicos, no le dan el valor que corresponde.

¿Cuál es la opinión que tienes sobre el tema del autocuidado del terapeuta?

9.6.a No se cuidan, se olvidan que ellos también son personas, se olvidan de que, bueno lo que yo decía, **9.6.b** se olvidan de los tres pilares importantes que no solamente es el trabajo, que tiene que hacer un proceso terapéutico, que tienen ellos que alejarse de algunos procesos **9.6.c** y la supervisión, que aunque tengamos 20 años de experiencia, debemos realizar supervisiones dentro de los casos que para nosotros son difíciles, creo que en ese sentido el terapeuta no se cuida y no estoy hablando del cuidado físico solamente, **9.6.d** creo que muchas veces el terapeuta se relaja desde el punto de vista físico, y se olvida de cuidar también su estética, no nos olvidemos que nuestra profesión es realmente sedentaria y si nosotros no nos damos un espacio, podemos salirnos del ámbito físico, de lo particular, de todo pues no?

Cuando hablaba con otros colegas de este tema, en cuanto a los factores que hacen de este descuido, este desconocimiento, ignorarlo o no darle importancia, algunos me han mencionado como factores causales tienen que ver con lo momento del terapeuta, de pronto con el momento evolutivo, otros me hablan de factores comunes que van más allá del momento evolutivo. ¿Cómo lo ves tú?

9.7.a Nosotros sabemos que no estamos preparados para el cien por ciento y tenemos que saber cuáles son nuestros límites, **9.7.b** la evolución del ser humano no solamente va en evolución en cuestión profesional sino va también como ser humano. Mi experiencia personal, yo antes nunca me había animado a trabajar con jóvenes que sean homosexuales y tuve que hacer todo un proceso para llegar ahí y entender que era lo que sucedía, en mí, para saber por qué no los aceptaba y hasta ahora no lo consigo, han venido muchos pero yo los derivo, pero ya sé porque es la causa; entonces tiene que ver con la misma evolución en sí, pero no sé hasta qué momento y sabemos que no todos los pacientes se quedan por esta evolución, como terapeuta y persona.

¿Para ti en lo personal, cómo ves el tema de autocuidado?

9.8.a Yo digo, que si lo hago, quizás no lo haga aquí en Bolivia, pero dos veces al año hago el proceso terapéutico y **9.8.b** hago las supervisiones.

¿Esto tiene que ver con algo específico que no lo hagas acá?

9.9.a Si considero que 1) considero que los conozco a los mejores y bueno en la relación terapéutica, todos conocemos que no tenemos que tener contacto de amistad, por un lado, y 2) el hecho de ser una persona reconocida en Bolivia te hace que pueda llegar en algún momento que te pueda faltar el código de ética, entonces por esas dos situaciones no lo hago en Bolivia. Las supervisiones las he hecho en Bolivia, pero me gusta más el trabajo externo, porque te abre otro espectro, hay veces que vos te encuentras con el mismo nivel que vos estas y no te ayuda a mirar más allá de... entonces cuando vas afuera, que pueden ser personas de Bolivia, pero que tienen un contacto afuera, te hacen ver esa misma situación de forma distinta.

Retomando un poco lo que me decías antes, de porque escoger alguien de afuera, analizando este tema, ¿cómo ves tú?, porque no eres tú la única persona que me dice eso, de decir no quiero mucho de hacerlo acá, porque tengo un temor, o sea no tengo la certeza de lo que yo vaya a depositar digamos en ese momento no vaya a tener ese trato ético al 100%, ¿por qué crees que tenemos este problema?

9.10.a Yo, el por qué no lo hago aquí, es porque considero que los mejores terapeutas de aquí yo los conozco, por ejemplo si yo tendría que hacerlo con un colega yo elegiría a aquellas personas que yo sé cómo están trabajando y me gustaría, es por eso que los derivo, pero son mis amigos, por eso no lo hago, ese es mi principal excusa, y la segunda la verdad que nunca me ha pasado pero creo que lo dije porque lo he escuchado. Pero mi motivo es ese, por más que quisiera hacerlo con vos, ya no sería lo mismo, el tener que conversar con vos ya sobre el punto de vista profesional, la percepción sería distinta.

Y en el tema de la supervisión de caso, que es algo que se repite un poco con los terapeutas intermedios hacia arriba, ¿qué crees que es lo que está sucediendo que no podemos encontrar, alguien que pueda tener la capacidad de darnos una supervisión que vaya más allá de lo que nosotros ya estamos manejando?

9.11.a Porque yo creo que la gente no está haciendo trabajo terapéutico interno, yo creo que una cosa es el proceso terapéutico donde tu estas creciendo como persona **9.11.b**y otra cosa es la supervisión, entonces al no hacer el proceso terapéutico, y yo digo uno de los errores que nosotros tenemos es que solo lo hacemos cuando nosotros viajamos y volvemos, entonces cuando nos toca hacer supervisión tenemos la visión personal y nos volvemos muy personalistas hasta nuestra propia supervisión y queremos que el colega muchas veces vea lo que estamos viendo sin considerar los otros elementos que nos está pasando, entonces se comienza a dejar porque se ve muy parecido, porque el supervisor te lo direcciona para que veas todo los casos casi de la misma forma y para mí eso es desde el punto de vista personalizado, porque no pueda ser que cada cinco casos te den lo mismo en una supervisión, entonces hay algo que son dentro de las supervisiones que lo están volviendo demasiado personalizado las observaciones de los casos y solamente vemos los detalles que ellos quieren ver. Me explico de una mejor forma, es como de pronto estás haciendo tu investigación y querés que el resultado salga como la hipótesis que tu elegiste y no puede ser así, imposible, así lo veo, pero de hecho hay personas muy capaces, entre ellas el grupo del psicoanálisis lacaniano pero, lo hice algunas veces porque hago procesos

psicoanalítico pero no me ayuda mucho porque no soy lacaniana, ni tampoco me interesa serlo, entonces hay cosas que si me ayudan pero hay otras cosas que para mí no tienen sentido dentro de lo que es mi espectro, mi visión, mi percepción.

Es como si hubiera una falta, no solamente de personas que estén actualizadas que vayan más allá que uno, sino también de una falta de gente altamente capacitada que tiene la misma orientación de uno.

9.12.a Sí, eso lo veo, Qué hago yo si soy sistémica, me voy a Cochabamba, me voy a La Paz, me voy a Estados Unidos; aquí en Santa Cruz hay? No hay. Quizás si nos unimos con el grupo que hicimos sistémica, pero todas tenemos el mismo nivel, entonces vale la pena ir a hacer una charla de café, donde vos necesitás una supervisión? esos son mis detalles.

¿Tú crees que en esto de que la gente no hace supervisión, que no busca un terapeuta, tiene qué ver con el proceso de formación del Pregrado?

9.13.a Sí, porque no nos olvidemos que a los profesores los ven como ideales y muchos de nuestros profesores que están en las universidades no hablan de ello, que para mí son pilares importantes dentro del proceso terapéutico, muchas veces el colega no le explica, o quizás porque no lo hace, no le explica que tiene que tener proceso de supervisión y que tiene que saber escuchar; el común denominador de los estudiantes, no hace supervisión, pero si comenta en pasillo lo que está sucediendo con algún paciente, entonces yo pienso que si es una orientación de pregrado.

¿En parte, creo yo, que los docentes, no sé cómo lo ves tú, comentan de su uso terapéutico, yo hago o demás?

9.14.a Es lo que hablábamos no?, no sé si en el proceso de formación que han tenido algunos colegas, han tenido terapias, y no sabemos si ellos consideran si ir a un psicólogo también es importante, así como he escuchado muchas veces dentro de la universidad a los estudiantes decir, yo estudio psicología por ganar plata, pero nunca he escuchado a nadie que diga, primero mi proceso terapéutico y después salir y ganar plata, que es muy distinto, como puedo ser bueno si yo mismo no confío en mi profesión, el mismo estudiante dice, por qué tengo que ir a psicólogo, si yo estoy bien y lo ves llorando de esquina en esquina, o los ves pintados de verde y amarillo, pero ellos están perfectos, y

9.14.b cuando le hablas de un psicólogo al estudiante de psicología te preguntan porque los estas mandando al psicólogo si ellos no están locos. Entonces todavía hay la distorsión y creo que esa distorsión es lo que lleva que el propio estudiante no entienda que es la psicología como tal, y que siga confundido como cualquier persona de afuera y no un estudiante de la carrera.

¿Esto tiene que ver, consideras tú, con esta imagen de invulnerabilidad del psicólogo?

9.15.a Si, en realidad veo al psicólogo en Bolivia, no en Bolivia en Santa Cruz, como aquel que aparece como hace 50 años que era la sombra del médico, el que no se puede preguntar, el que no se puede decir, el que todo lo que él dice es al 100%, en la actualidad el tener en algunas familias un psicólogo en casa, es gran casa es gran cosa, es como tener un médico, entonces se va cambiando la visión, pero se le está dando poder y este poder no lo está sabiendo manejar, él no está entendiendo que no es el todo poderoso **9.15.b** y como también no lo entiende las personas, que el psicólogo no tiene por que saberlo todo, que es más o menos que piensan de los médicos, vos sos

neurólogo como no vas a saber de cardiología, digamos; entonces es la misma posición que están poniendo al psicólogo, lo están poniendo como médico, pero es un médico, como decía la historia, es la sombra de la medicina, así lo siento ahorita en Bolivia.

¿Cuál crees tú que es la postura de las instituciones en relación a este tema del autocuidado?

No sé si tienen alguna postura, no te podría responder.

¿No ves nada?

9.16.a No, nada. O sea por darte un ejemplo, cuando yo entre aquí a la clínica no me pidieron nada, ni siquiera un documento que diga que yo soy profesional. Cerré mi consultorio y lo abrí después de 5 años, porque ya empecé a trabajar en San Juan de Dios yo de forma institucional, pero ya dentro de esta organización entre sí, cuando volví ya me pidieron mi título en provisión nacional, o sea todo lo que se requería para saber si era profesional, pero porque paso eso, porque vino una persona que dijo ser psicólogo y comenzó a sacar plata a medio mundo para poder hacer trabajo interdisciplinario y después se fue con toda la plata y era un supuesto psicólogo, entonces ya comenzaron a ver a partir de un problema que tuvieron, pero así que cuiden no, no lo he sentido en ninguna institución, dices soy y te abren las puertas, quizás hacer una mejor selección, gastar un poco en teléfono y saber si realmente ese título lo han sacado de ahí, no se pues, cuidar la imagen institucional, organizacional, la imagen de la persona en sí, creo que de esa forma.

¿Consideras que hay un comportamiento de autocuidado que sea básico o más importante?

¿Fuera o internamente?

¿Ambos?

9.17.a Cuando yo me refiero a interno, estoy hablando de la preparación que debe tener el terapeuta para poder separar lo que es casa, lo que es familia, profesión y bueno las actividades netamente del género que nos corresponde,

9.17.b por un lado y por el otro lado es el poder cuidarse ya desde el punto de vista profesional, el tener cuidado de estar capacitándose el tiempo entero, de hacer cursos de especialización, no solamente desde el punto de vista de la clínica o de la corriente, sino desde el punto de vista de que existe herramientas que nos pueden apoyar, no pueden ayudar.

ENTREVISTA SUJETO 10

¿Cuál es tu percepción de la realidad de los psicoterapeutas en Santa Cruz?

10.1.a Muy negativa, yo atiendo una población específica: pareja y familia, y por ende la temática es específica también; sin embargo, hay muchos colegas que atienden todo tipo de casos y problemáticas, yo derivó lo que no es de mi práctica. **10.1.b** Además, hay demasiada subjetividad, principalmente en las mujeres, no es que yo sea machista, pero es así, por ejemplo con la infidelidad; otro problema que veo es que se van al síntoma no ven lo que va por detrás; **10.1.c** además, hay una mala preparación académica, **10.1.d** también están los psicólogos viejos que estudian de viejos, y dan una falsa imagen, porque al verlos mayores la gente piensa que tienen experiencia y no es así.

10.2.a También hay mucha confusión, hay fusión de la psicología con la religión, esto con los católicos, los evangélicos; entonces, tienes gente que da un mix de psicoterapia y consejería religiosa. También hay una fusión, una confusión de lo psicológico con lo esotérico, con estas famosas terapias alternativas como el esoterismo, las flores de Bach, por mencionarte algunos. **10.2.b** Así también hay psicólogos que recetan, es el caso de...(da el nombre de un colega) y vos sabes que nosotros no tenemos licencia para eso.

¿Por qué crees que se presentan estas situaciones?

10.3.a Por fallas en la formación, sus docentes fueron ya mal formados, esto entre otras cosas porque hay un decremento del saber, del saber que se transmite, **10.3.b** cuando no hay producción de conocimiento, entonces no se incrementa el conocimiento para transmitir. Nosotros somos empíricos en formación, y esto tiene diferencias en la calidad de experiencia que se adquiere. Entre otras causas tienes la desinformación, ignorancia, irresponsabilidad, competencia desleal de colegas que tienen costos súper bajos, hacen atención a domicilio.

¿Percibes diferencias entre la práctica privada y la institucional?

10.4.a Tremendas, en la práctica institucional por ejemplo la Banca Privada ponen 20 pacientes para 4 horas, algo similar sucede en la Caja Nacional donde asignan te dan 15 pacientes para 4 horas, entonces, el psicólogo se limita a escuchar y llenar papeles, opciones de terapia no hay, es exigente para el psicólogo y poco provechoso para el paciente.

¿Por qué crees que sucede esto?

10.5.a Es simple, porque los colegas se dejan explotar porque necesitan el dinero. **10.5.b** Por el otro lado, en la práctica privada, esta es más aprovechada por el paciente porque se le da su tiempo y **10.5.c** también es menos exigente para el terapeuta porque tiene obviamente menos pacientes, puede organizar su tiempo.

¿Qué opinas sobre el tema del autocuidado del terapeuta?

¿A qué te refieres?

Bueno, cuando tú escuchas ese término y lo relaciones con los psicoterapeutas, ¿qué piensas?, algunos colegas me han hablado de supervisión, terapia.

10.6.aAl respecto te diría que lo hago de cuando en cuando, digamos que con una cierta regularidad porque me ayuda a mantener un equilibrio, **10.6.b** supongo que también implica ser uno su propio vigilante, autoexaminarse. Ahora en cuanto a la parte de ejercicio, salud, no sé, **10.6.c** el ser clínico te vuelve sedentario, pasivo, **10.6.d** además, es un trabajo solitario, hay aislamiento, **10.6.e** no puedes mostrar tus triunfos a otros porque tratan de la vida privada de otros. Ahora, también tienes que ver que en este trabajo las características van variando por ejemplo, **10.6.f** hay tiempos flojos y tiempos muy productivos, entonces, hay veces en que tienes poquísimos pacientes, apenas si para pagar el boliche y otras que es todo lo contrario y estás al tope de trabajo. **10.6.g** También un punto importante a tener en cuenta es que es muy importante tener objetividad en la práctica y la verdad es que no todos cuidan de eso, **10.6.h** las mujeres por ejemplo son muy subjetivas en algunos temas de pareja, con los niños; **10.6.i** y en general, también hay una falta de autoconocimiento personal en los terapeutas.

¿En tu opinión en qué medida los psicoterapeutas de nuestro medio ejercen comportamientos de autocuidado?

10.7.aUhhh, la verdad no muchos, el psicólogo se cree como el médico, es decir, cree que está libre de daño, de problemas, no son introspectivos o no aceptan que están ejerciendo mal.

¿Cuáles consideras que son los factores que determinan esto?

10.8.aMala formación, **10.8.b** eso que ya te decía que no son introspectivos, **10.8.c** no hay un ente regulador, por ejemplo el Colegio no regula ni tu formación, ni tu ejercicio, ni tu autocuidado, con el Colegio de Psicólogos deberíamos hacer esto como se da en el Colegio Médico, donde se acredita con un examen ante un tribunal y en función a la experiencia práctica con la formación académica; **10.8.d** el mismo problema hay con la supervisión, porque no hay supervisores acreditados, **10.8.e** no hay un ente que vaya acreditando de forma permanente y promueva la educación continua, vos sabes que desde el Colegio queremos hacerlo, pero no hay norma ni siquiera para inscribirse, el Estado no regula eso. **10.8.f**No considero que tenga que ver con la edad, más bien te diré que no confío en la gente de acá, ni en su formación, ni en su ética, porque cuentan experiencias, secretos, porque hablan mal, **10.8.g** no hay gente que consideremos idónea para supervisarnos y hacer terapia, **10.8.h** me surge la pregunta ¿qué le estamos dando a la gente joven? y me contesto que estamos enseñando con el ejemplo a no hacerlo o hacerlo mal.

¿Cuál crees que es la postura de las instituciones en relación al tema del autocuidado de los psicoterapeutas?

10.9.a Mi respuesta es simple, no saben, ignoran que tenemos que hacer eso.

¿Consideras que existen comportamientos de autocuidado básicos o más importantes? Explica por favor.

10.10.a Otros además de los mencionados, uhmmm, creo que es subjetivo, cada quien busca lo que necesita, es un tema de decisión personal, quien quiere lo busca; **10.10.b** tiene que ver con la ética personal, también con cuanto lo necesitas: mucho, poco o nada.

¿Qué lugar ocupa habitualmente en tu vida la programación de tiempo de ocio?

10.11.a Es algo que está presente en mi vida, reuniones sociales, familiares, **10.11.b** especialmente el tiempo con la familia, ir al campo, sacar a los diablillos a pasear, critico a la gente que no se da tiempo para cosas extra trabajo o los que solo se dedican a la joda.

¿Pertenece y/o asistes con regularidad a algún tipo de agrupación?

10.13.a Sí, a una agrupación social, un club de amigotes.

¿Con que frecuencia participas en supervisiones o en reuniones con colegas donde puede exponer las implicaciones personales y/o técnicas de los casos en los que trabaja?

10.14.a En cuanto supervisiones, una vez cada quince días en promedio se podría decir, en realidad es a requerimiento, según mi necesidad, hay meses que no voy y otros que voy frecuentemente; **10.14.b** en cuanto a reunión con colegas, sí me reúno una vez al mes, somos de diferentes orientaciones y aparte de hablar de cosas de amigos, hablamos de los casos también.

¿Cómo evalúas la calidad de sus hábitos alimenticios, de sueño y ejercicio?

10.15.a En cuanto a alimentación, creo que es buena porque generalmente como comida cocinada al horno, al vapor, tratando de equilibrar y sólo tengo el colesterol elevado. **10.15.b** La calidad de mi sueño es mala, como ya te dije alguna vez tengo problemas de horario, mi ritmo esta invertido, mis horarios son inadecuados, duermo tarde y despierto tarde, **10.15.c** mis hábitos de ejercicio...malísimos, me da mucha flojera, además hay una falta de práctica importante, hace 20 años que no camino porque tengo movilidad (risas).

Cuál es tu opinión de la siguiente afirmación: “Con todo lo que uno ve en el consultorio, después de un tiempo ya nada sorprende por muy extraño o feo que sea”

10.16.a En el consultorio se llega a ver de todo incluso cosas que uno solo creía que sucedían en los libros, más allá de eso no dejo de sorprenderme con dos cosas lo bueno que el humano puede ser y lo malo que también puede ser. Con esto quiero decir que a pesar de todo siempre resulta tan interesante seguir aprendiendo de las personas que resulta gratificante ver las historias como enseñanzas.

¿En el último tiempo has postergado tus revisiones médicas por falta de tiempo, o has tendido a realizar consultas de pasillo?

Últimamente no he estado tan enfermo que se diga solo pequeñas molestias que he logrado atender a tiempo.

¿Cuál es la actitud que te generan las “consultas psicológicas” que te hacen las personas en reuniones sociales o familiares, los comentarios del tipo “como eres psicólogo(a), seguro me estas analizando y ya sabes como soy”?

10.18.a Con el tiempo me llegue a acostumbrar a hacer consultas gratis jejeje, no es que sea el paño de lágrimas de mis amistades, pero lo ven a uno como el que puede dar un punto de vista objetivo a las situaciones que se les presentan a ellos, de ahí que le pregunten a uno sobre aspectos personales, no me molesta, más me molesta cuando **10.18.b** creen que uno por ser psicólogo no tiene problemas y esperan que uno sea un modelo de persona siendo que somos tan humanos como cualquiera.

¿Sientes que la imagen social que se tiene del psicólogo, hace que tenga que esmerarse más, en cuidar su conducta en reuniones sociales o eventos públicos? ¿Cuál es tu opinión al respecto?

Con lo que dije anteriormente creo que esta respondido, en lo personal trato de mantener una conducta mesurada y no por la imagen de psicólogo que proyecto sino como persona.

Al terminar tus consultas, que tan a menudo te sientes demasiado cansado(a) como para participar en reuniones sociales e interactuar con otros?

10.20.a Nunca me siento tan cansado como para postergar mis actividades luego de mis consultas. Al terminar sigo con mi vida cotidiana, simplemente arreglo mis horarios como para que no se crucen mis actividades y si tengo que asistir a algún compromiso luego de las consultas simplemente voy.

¿En una escala de 1 al 10 que tanto te autoexiges en la profesión, cuáles son las razones para ello?; en la misma escala que tanta dificultad tienes para asimilar los fracasos con los pacientes?

10.21.a Me daría un puntaje intermedio hago de acuerdo a mis criterios, trato de ser realista y no crearme falsas expectativas ,creo q mis expectativas son realistas puedo tener éxito como fracasos si el paciente vuelve y sigue su tratamiento hallo que me está yendo bien y si no vuelve no me hallo culpable si no que sé que dependerá tanto del curso del tratamiento como de las expectativas propias del propio paciente.

¿Sientes que la imagen social que se tiene del psicólogo, hace que tenga que esmerarse más, en cuidar su conducta en reuniones sociales o eventos públicos? ¿Cuál es tu opinión al respecto?

10.22.a La imagen social muchas veces se ha visto deteriorada por los malos profesionales en ese aspecto trato de proyectar una imagen de autenticidad no me muestro como quiero q me vean sino solamente como soy.

ENTREVISTA SUJETO 11

¿Cuál es tu percepción de la realidad de los terapeutas en Sta. Cruz,?

¿En qué aspecto?

¿En cuanto al campo de trabajo, a las características del grupo profesional?

Bueno depende de que aspecto se esté hablando. En cuanto a algunas dificultades lógicamente es el aspecto que **11.1.a** todavía hay un poquito de cierta resistencia de ir al psicólogo, aunque es mínima, por lo menos yo percibí que es mucho menos que antes. Eso es una pequeña dificultad.

Luego mayores dificultades no vería, más bien yo diría que hay ventajas, en primer lugar por ejemplo paralelo al anterior **11.1.b** una vez que se vence el estigma de ir al psicólogo la gente está más predispuesta a tratar aspectos más personales y dar el paso al cambio, dependiendo el tipo de paciente que se tenga porque hay personas que saben que tiene un problema pero no necesariamente quieren cambiarlo y otras personas que tiene el problema y quieren cambiar, ese es el paciente ideal. Ese es el riesgo, como dice un libro son pacientes contemplativos o pre contemplativos, el que sabe que tiene que cambiar y no quiere cambiar y otro que sabe y quiere cambiar.

11.1.c Después hablando en general del área, una de las dificultades que he visto es el tema de la formación en Santa Cruz por eso queremos enfocar la formación integrativa en Santa Cruz, porque el psicólogo que se titula por lo menos los últimos 10 años en Santa Cruz tiene o ha tenido pocas posibilidades de formación superior, por ejemplo yo tengo la formación de terapia sistémica pero porque se hizo un convenio con la universidad católica de Chile que se dio una sola vez en esta ciudad y yo tuve la suerte de poder hacerla, porque la formación en el área clínica es muy escasa, sé que la católica quiere dar una maestría en clínica y una que otra universidad a los largo de estos años ha dado alguna vez pero no hay una regularidad. Esa es una irregularidad que queremos subsanar desde el Posgrado de humanidades en el área clínica.

11.1.d Lamentablemente la mayoría de los terapeutas no siempre tiene una formación pos gradual sino la formación básica de la carrera y empiezan así trabajando, esa sería una situación, **11.1.e** luego en cuanto lo profesional, yo considero que es una área bastante gratificantes porque por lo menos desde mi punto de vista no hay nada mejor que ver un paciente funcional a una persona que entre con una dificultad y salga sin la dificultad creo que es la mayor satisfacción que se puede tener y en el caso en el área de sexualidad he tratado muchos casos de disfunción masculina y femenina ahí se nota más, por ejemplo de un hombre de tener una disfunción eréctil y superarla es un cambio gravitacional en su vida y lo demuestran de esa manera, eso es gratificante e importante.

Otro aspecto un poquito más importante en relación a lo que yo he desarrollado en el ámbito en la terapia sexual y las orientaciones y preferencias sexuales lamentablemente en nuestro medio hay cierta incomodidad con el tratamiento de con homosexuales o bisexual una de nuestras características es la empatía aceptación incondicional del paciente, tal vez como mis pacientes fueron

homosexuales tuve que vencer en carne propia, por ejemplo uno de mis pacientes estaba enamorado de otro hombre y yo hice un artículo donde tuve que hacer una terapia de un hombre que estaba enamorado como si fuera heterosexual, así aprendí a entender el amor homosexual, **11.1.f** lamentablemente hay todavía mucho prejuicio de género, culturales inclusive y algunos terapeutas les cuesta superar, eso lo digo en el ámbito sexual. Tuve pacientes que no fueron aceptados por otros terapeutas, por ejemplo por cuestiones de género o son de una confesión religiosa que no aceptan esto o simplemente porque no son heterosexuales o tienen VIH, no sé cómo será en otros ámbitos.

Hablando de este tema, yo ya entrevisté a otras personas y me dijeron que ellos no atendían a esta población, ¿por qué cree usted que se da este fenómeno que por el tema religioso u otro no pueden superar este tipo de creencias, trabas?

11.2.b Hay dos líneas generales que se basan en terapias insight, el proceso fundamental que tiene que hacer un terapeuta antes de ser terapeuta, que haga su psicoanálisis didáctico y otros enfoques que se basa en el cambio que enfatiza que solo el terapeuta tiene ciertas dificultades debiera hacer un proceso de terapia antes de ser terapeuta sino no es necesario, yo comparto esta última opinión pero sé que también la primera es muy válida. **11.2.c** Yo pienso que tengo amplitud de criterio y tengo empatía es imposible que no se acepte a un paciente de la naturaleza que sea, no entra en mis esquemas el no aceptar porque se supone que la empatía es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, entonces que yo me ponga en el lugar de un homosexual no significa que yo sea homosexual o comparta su sexualidad, simplemente que tengo que entender que para él eso es normal, entonces si yo no llego a comprenderlo, a aceptarlo es que algo debo tener que no he trabajado. Tal vez estos terapeutas tendría que hacer un proceso para disuadir su posición a no ser que sea una cuestión de gustos, por ejemplo yo no atiende a niños pero no me gusta, no es que no quiera a los niños pero prefiero trabajar en el área de terapia de pareja, sexual, es solo eso, entonces si el argumento es ese, pero si es más allá de eso desde mi punto de vista no es aceptable que un terapeuta no atiende a un paciente por un prejuicio.

¿Usted considera qué hay diferencias entre la práctica privada y la práctica institucional?

11.3.a Si, lo he visto porque el inicio de mi práctica clínica fue institucional en una institución, entonces la institución establece ciertos parámetros, niveles de exigencia que no siempre responden a la realidad. Por ejemplo la institución donde estaba nos querían poner un determinado número de sesiones para evaluar nuestro desempeño, inicialmente era una cuantos de pacientes atendíamos, pero sucede que la cantidad de pacientes que llegaban dependían del marketing de la institución y no tanto del terapeuta, un poco si a la re consulta es decir, cuantos vuelven a nuestra terapia, no cuantos lleguen nomas, porque eso depende de la institución por lo menos en un inicio, entonces otra exigencia era poner el diagnóstico, obviamente reservando la identidad, yo no soy de esos no me gusta poner diagnóstico y si lo pongo son muy generales, lo que no quiere decir que en la práctica clínica no definamos el

objetivo terapéutico, que tiene que estar claro para intervenir. Eso es, en una institución siempre va a ver una exigencia en cuanto a consultas o incluso en cuanto en tratamiento. Por ejemplo en esa institución yo solo podía atender problemas sexuales, casos de depresión, habilidades sociales tenía que derivarlo simplemente porque la institución era solamente dedicado a problemas sexuales. En la práctica institucional le ponen un margen de tiempo, yo tenía 30 minutos y les dije que era muy poco y lo ampliamos a 45 pero me obligaban de 30 a 45 y mejor si era 30 así que tenía que acortar la sesión y no pasarme de 45 minutos porque tenía que venir otro paciente incluso me los programaban de media hora yo tenía que cumplir eso y hable con las autoridades pero me ampliaron un poquito, en la privada no hay ese limitante a menos que uno mismo se la imponga en base a tipo de diagnóstico, tiempo de sesión va a trabajar. **11.3.b** Otro detalle mis pacientes llegaban derivados no directos, derivados por el urólogo y otros relacionados a problemas sexuales, en el particular no siempre llegan derivados sino también espontáneos.

¿Usted considera qué esto influye en el trabajo que hace el terapeuta?

11.4.a Si, en el tiempo, eso era lo que principalmente me problematizaba, atender en 30 minutos con un paciente se complicaba, es mejor tener unos minutos más y jugar con eso, porque si no el enfoque es muy médico muy frío, Es relativo se puede manejar.

¿Sobre este tema, hablando con otros colegas también he encontrado opiniones opuestas, unos me dicen que el psicólogo debe poder decir no puedo atender tanta gente?

11.5.a En lo privado si, en lo institucional no, casi me botan por pedir aumento de tiempo.

Otros me decían, es simple, si no te ajustas a lo de quiere la institución te vas, no es algo que pueda hacer modificaciones.

11.6.a Claro, depende también de las etapas del terapeuta, el terapeuta pasa por muchas etapas de terapeuta novel en formación a terapeuta más experimentado, esto que me pasó a mí es cuando estaba empezando 14 años atrás, ahí yo tenía que cumplir y no darme esos lujos de irme. Ahorita yo no voy a ir a una institución para que me pongan esas normas, simplemente la práctica privada según lo que se considere adecuado no hay problema.

¿Cuál es la opinión que tienes sobre el tema del autocuidado del terapeuta?

11.7.a Es fundamental, sobre todo el psicólogo o el psicoterapeuta tiene que ser principalmente una persona con una inteligencia emocional adecuada con equilibrio emocional idóneo y tiene que ser una persona que tiene que manejar sus prejuicios, sus conflictos, porque es imposible pensar que no tenemos prejuicios, pero que esos prejuicios no lleven a conductas inadecuadas, el psicoterapeuta tiene que ser una persona que maneje sus aspectos emocionales que tenga estrategias de autoayuda, primero el solo **11.7.b** y que tenga la suficiente apertura para pedir ayuda profesional psicológica cuando sea necesario porque el ser psicoterapeuta no significa que él nunca tenga

ningún problema de pareja, emocional, lo podemos tener pero se supone que tenemos que aplicar esas estrategias de auto ayuda técnicas que aplicamos en los pacientes por lo menos mínimamente.

11.7.c Yo diría que un aspecto clave del cuidado es que el psicoterapeuta tenga que darse cuenta del nivel de gravedad que pueda tener porque es ahí donde puede actuar, **11.7.d** si yo me doy cuenta que estoy empezando a tener un problema que es leve puedo aplicar estrategias de autoengaño terapéutico por ejemplo para eliminarlo, cuando está empezando, si eso no funciona tengo que ser capaz de darme cuenta que eso no funcionó y se está profundizando y que ya no son suficiente esas estrategias y tengo que buscar ayuda y entonces en ese momento buscar ayuda psicoterapeuta o medica que puede ser otra cosa, el problema es eso que nosotros pensamos que lo podemos solucionar. Yo por ejemplo aplico mucho la estrategia del autoengaño pero **11.7.e** cuando noto que no funciona acudo a un colega, afortunadamente no ha sido necesario un tratamiento, pero la clave es detectar la gravedad de lo que nos está pasando. Esto se relaciona con los aspectos de relacionarse con la temática del problema menos en lo personal, no creer ser amigo del paciente, cuidar la resonancia; el paciente tal vez está pasando por algo que pasé y saber manejar eso y saber en qué medida me está afectando, lo que Freud decía con la contratransferencia ¿no? y que los sistémicos dicen resonancia, que es lo mismo con otro nombre. .

¿Cuál es la opinión que tiene usted en relación a autocuidado que ejercen los psicoterapeutas en nuestro medio?

11.8.a Yo creo que son intentos, tal vez, muy aislados, muy individuales, de repente nos falta más organización o **11.8.b** tal vez estamos muy divididos de manera sectaria, lamentablemente los especialistas en comportamiento humano y actitud de criterio a veces somos muy cerrados, tenemos nuestro círculo y solo tenemos ese punto de vista. Yo me imagino que todos deben desarrollar sus estrategias de autocuidado por lógica pero de repente el respaldo profesional como grupo tendríamos que consolidarlo, como psicoterapeuta; por ejemplo, en la tele hablan de psicología y no sabe nada de eso y los psicólogos no hacemos nada; o por lo menos hacemos oídos sordos, eso es porque **11.8.c** el campo no está muy consolidado, o el ejercicio del psicólogo en general, por lo menos en nuestro medio, no está normado adecuadamente. Si no me equivoco no se ha aprobado todavía la ley del ejercicio profesional del psicólogo en Bolivia, estaba como proyecto de Ley y no sé en que habrá quedado eso.

¿Entonces usted considera que esto que no haya una ley, el hecho que los psicólogos estén por su lado, son aspectos que hacen que en general como gremio no nos estemos cuidando, que no sea una práctica extendida?, ¿Otros elementos que usted crea que pueden influir que no nos cuidemos podrían ser...?

11.9.a Tal vez el desconocimiento que tenemos nosotros mismos, la ausencia de nexos como revistas especializadas, fomento a la iniciativa intelectual, incluso el intercambio de conocimiento o experiencia a temáticas de pacientes y tipos de diagnósticos. **11.9.b** Porque por ejemplo en mi experiencia los psicólogos terapeutas son con los que he trabajado, otros no los conozco. Tal

vez por descuido del colegio no sé o incluso la tendencia que nosotros podemos tener para aislarnos, yo hago mi terapia y punto.

Algunos colegas me han indicado que los psicólogos, paradójicamente, somos más reticentes.

Es verdad, somos más reacios a eso sí.

¿Por qué cree?

En un curso que era de terapeutas y teníamos un ejercicio de terapia nadie quería salir, yo incluso no quería salir, tal vez para evitar la crítica. Al final yo fui el que salí con otro colega.

¿Entonces usted dice que tenemos miedo a la exposición?

Pero sabe que eso tiene que ver con la formación, por ejemplo aquí en la carrera recién vamos a tener cámara de agencia, ahí vamos a tener terapeutas en acción exponiéndose, entonces eso entre otras cosas en un futuro inmediato ya no haya tanto temor en ese sentido. Recuerdo cuando yo estaba estudiando la carrera a una de mis docentes le pedí que haga un ejemplo de una terapia y no quiso hacerla y le preguntamos por qué y nos dijo que él no quería clones que nosotros teníamos que desarrollar nuestro propio estilo entonces me dejo pues con todas las ganas. Obviamente no en todos los casos es así, es bueno ejemplificar los casos, no los casos de libro sino los reales. Tal vez nos falta una base de datos de los colegas, no tanto de historias clínicas, sino en que área se desempeña cada uno, o fomentar mesas redondas, coloquio clínico.

Sobre este tema me ha costado, unos años atrás organizamos un evento pero faltó respuesta, porque incluso ha habido auspicios para regalar libros, pero aun así no hubo respuesta.

¿Cuándo fue eso?

El 2007 o 2010, y eso quedo así.

11.10.a Un problemita es el sectarismo teórico, somos sectarios, quienes hacen eso y se organizan bien son los psicoanalistas, forman escuelas y son maestros en eso, pero mi orientación no es eso, alguna vez fui para socializar pero no volveré a ir porque la verdad no me interesa. Entonces el problema es ese, pero en los otros enfoques no hay, pero los otros no vendrán porque igual no les interesa. Tal vez habría que ver de hacer algo más general para que involucre a todos.

Había un proyecto que no se llevó a cabo, en base a una experiencia, por ejemplo vamos a ver un trastorno de ansiedad...

Desde diferentes enfoques, eso sería perfecto ahí va uno y otro y otro. Esa sería una buena iniciativa.

¿Cuál crees tú que es la postura de las instituciones en relación a este tema del autocuidado?

11.11.a Por lo menos donde yo trabaje no tomaban en cuenta para nada. Lo único que sí, eso debo reconocer, **11.11.b** fue el tema de supervisión, porque como yo recién estaba saliendo me pusieron una colega que fue mi docente incluso en el área de sexualidad para que me supervise en los primeros casos. Eso me facilitó y me permitió empezar a trabajar. Luego no se las instituciones lo dan por obvio como cada uno tiene que cuidar su salud, el psicoterapeuta tiene que cuidarse por sí mismo. No puedo opinar más de otras instituciones porque solamente en esa institución trabajé luego todas fueron privadas y luego en el desempeño de la docencia, aunque no está en área clínica.

¿Usted considera que hay un comportamiento o has pensado en algún momento en algún tipo de comportamiento de autocuidado que sea básico que sea muy importante?

11.12.a Sí, yo priorizo la inteligencia emocional porque si yo tengo un buen nivel de inteligencia emocional o equilibrio mis emociones voy a poder enfrentar cualquier situación que se me presente, voy a saber manejar una resonancia sobre un aspecto íntimo privado que pueda estar experimentando en una sesión en una terapia, voy a ser suficientemente capaz para evitar ciertas cosas que éticamente las tengo que evitar porque las he detectado. Yo no me voy por el insight, el entender causas y todo eso, puede ayudar pero lo importante como reacciono yo aquí y ahora, y entender eso, y que estrategia puedo desarrollar para evitar eso. En la terapia sexual es clave, porque hay pacientes les hacen propuestas sexuales y si el terapeuta no está en condiciones de controlar su emociones o su sexualidad puede involucrarse sexual o emocionalmente con el paciente, para mí la clave es el autoconocimiento emocional, como reacciono yo ante ese tipo de circunstancia y si yo sé esto, que estrategia que puedo aplicar y en casos extremos terminar la terapia, porque se da una situación de ese tipo ya no hay confianza, incomodo, porque ya se fue por otro lado del paciente, hay que tomar la decisión de terminar la terapia. Una vez atendí a un paciente que era adorador del ombligo que es una secta en Santa Cruz, no sé si hay en otras partes, que son “Los adoradores del ombligo” , y como llego el paciente, supuestamente en la primera y única sesión que tuvimos yo estaba tocando el timbre de una amiga y me mira el sello de la institución donde trabajo, y me pregunta usted es doctor o algo así, y le digo yo soy psicólogo y me dice yo necesito un psicólogo me puede dar su tarjeta y bueno le di y me busca, y me dice el recepcionista me dice, este paciente te está esperando desde la tarde, no quería que lo atendas vos, porque había otro psicólogo, pero quería que lo atiendas vos, entonces el tema era que él quería dejar de ser homosexual y que el pagaba por tener servicios sexuales, más o menos a mitad de sesión me dice puedo ser sincero, y yo le dije, por su puesto estamos aquí para hablar de usted, y me dice, que quería ver mi ombligo, que me podía pagar para ver el ombligo, entonces yo le dije, estamos aquí para hablar de usted y no de mí y en primer lugar es anti ético que un terapeuta se involucre con un paciente y segundo yo soy heterosexual, y el otro insistió y me pare y le dije que la sesión había terminado. Se disculpó y me salió y me fui por ahí, porque él no salía se quedo sentado, porque ¿qué más iba a ser?, ya no había, pero que chistoso no, un adorador del ombligo.

Yendo más a lo personal ¿Qué lugar ocupa habitualmente en tu vida el tiempo de ocio, tienes la posibilidad de tener tiempo de ocio?

11.13.a Si, aunque no sé si llamarlo auto programado, porque por ejemplo en las noches siempre me gusta leer por lo menos una hora, eso me relaja, y no es que lo programe, siempre lo hago, ya es un hábito, después **11.13.b** el sábado duermo hasta la hora que quiero, el único día que duermo hasta las 9 o 10 de la mañana y lo hago a propósito, porque los otros días me levanto bastante temprano por hábito también. Y después aspectos normales, **11.13.c** salir a comer con la familia los fines de semana por norma, entre más lejos mejor. Entonces nos vamos a Pailas a comer pescado, alguna vez nos hemos ido a Roboré algún fin de semana, no me gusta quedarme en casa el fin de semana, sino dormir nomas ahí.

¿Pertenece o asistes con regularidad a algún tipo de agrupación religiosa, artística, deportiva, social?

Por formación, si hablamos de lo religioso soy evangélico, pero no soy practicante, un practicante va a la iglesia 3 veces a la semana, cumpliría una serie de rituales, yo comparto toda la filosofía los principios, las creencias pero no precisamente los rituales, los respeto y todo, pero no soy ritualista. Por ejemplo los domingos voy a iglesia, tengo mis creencias básicas, Cristo y la Biblia, pero en sentido así practicante, y tan es así que mi esposa es católica, y no hemos tenido ningún problema en lo religioso, porque ambos parten del mismo tronco común, todo lo demás que hubo, la adoración, la veneración, las imágenes, eso se dio en Los Concilios y lo aprobaron como dogma y con mi esposa respetamos. Eso en lo religioso.

Después que pertenezca a una asociación en sí, no, mí círculo ha girado en la universidad, y bueno mis colegas son con los que compartimos aspectos personales y profesionales.

¿Tiene un grupo informal, social, grupo de amigos de colegio?

11.14.a Claro que si, somos cuatro La camarilla, uno era mi compañero de colegio y los otros son mis primos hermanos, los cuatro éramos solteros en las mismas épocas, o sea una serie de cosas, no podría decir cuál es mi mejor amigo, yo tengo cuatro que son muy buenos amigos, con los primeros 3 son confianza plena y un psicólogo que era compañero mío de la universidad, que lo veo menos, pero somos mejores amigos, con los primeros tres la confianza es plena y como son contemporáneos míos hablamos el mismo lenguaje, todos son profesionales también aunque ninguno es psicólogo, siempre han sido importante en mi vida, tanto que cuando éramos solteros yo les decía mis cortejas. Cuando estaba soltero decía “son mis cortejas”, porque tenía que cenar con alguno de ellos, uno por noche, ahora que me case, ya los junto una vez al mes por lo menos.

¿Con cuanta frecuencia participas en actividades con colegas donde puedas hablar sobre algunos casos, tanto técnicas como las personas, tienes esa opción?

Últimamente no, porque he bajado el ritmo de los pacientes, ahora no atiende a ningún paciente, desde hace medio año más o menos que he asumido la

Jefatura, pero voy atender porque me gusta mucho la clínica, antes medio año atrás cuando había más frecuencia de paciente, con algunos colegas hacíamos unos coloquios, es una costumbre que adquirí en Sex Salud donde nos reuníamos con dos psicológicos para compartir técnicas y lo mantengo con uno y otros amigos de manera informal en el aspecto clínico eso, y eso lo mantuve con alguno de ellos y después con otros colegas, pero ha sido informal.

¿Cómo evalúas la calidad de tus hábitos de sueño, alimenticios y de ejercicio?

11.15.a Ay, ahí está grave, empecemos por lo positivo, Sueño, sobre un diez me pondría un 7, creo que es lo mejor aunque no duermo mucho pero creo que duermo lo suficiente, duermo unas 6 horas al día a veces 5, que creo ya es poco, tengo en hábito de leer hasta las 1 de la mañana y antes no puedo dormir no me da sueño, es un mal hábito, y al otro día me levanto a las 6:30, entonces son 5 y 6 horas máximo, por eso me desquito los sábados; **11.15.b** después en alimentación no estoy tan mal un 7 sobre 10, trato de equilibrar la carne, me gusta mucho, con la verdura, **11.15.c** que se que hay cosas que mejorar ahí, ahora mi punto débil es el ejercicio, lamentablemente y eso incluso ayer cuando fui al médico me dijo que ya tiene que hacer ejercicio, bajar la panza y bueno antes iba una vez a la semana a jugar futbol, una año, dos atrás, después lo deje, ni eso ahora o sea cero ejercicio, con lo que me dijo el médico ahora a buscar un gimnasio aunque sea unas tres veces a la semana o buscar un horario.

¿A qué cree usted que se debe este aspecto? He escuchado a muchos colegas hablar de este aspecto y dicen ayyy,,,,,nooo

11.16.a A mí me gusta, me encanta, el problema es el tiempo, es que no le he dado la importancia al ejercicio y si al trabajo en desproporción, si por ejemplo el gimnasio es en la noche me quita el hecho que me puedo quedar aquí haciendo varias cosas, porque es el tiempo donde menos gente hay y puedo carburar y eso, pero si estoy en el gimnasio me corta la noche. Por eso lo estoy pensando hacer en la mañana y llegar más tarde. Llegar a las 9, pero igual le quito espacio al trabajo. En mi caso es eso, no es que no quiera o no me guste, me encanta. Es más yo he practicado boxeo, lucha libre, o sea son mis deportes favoritos, pero lo he hecho así esporádicamente, no con regularidad y ahora voy a tomarlo en serio, no sé si precisamente esos deportes pero si el ejercicio.

¿Qué opina sobre la siguiente afirmación “con todo lo que uno ve en consultorio, después de un tiempo ya nada sorprende por muy extraño o feo que sea”?

11.17.a Coincido con ello plenamente, porque he visto cosas tan extrañas que nada me sorprendería, como este tema de los adoradores del ombligo por ejemplo que le mencione, he visto temáticas relacionadas con la homosexualidad, con el incesto, con el abuso.

¿Cómo evalúa su asistencia a consultas médicas preventivas?

11.18.a Consultas médicas preventivas, la verdad, difíciles, creo que más que nada por un tema de tiempo, ahora cuando ya tengo algún problema de salud, sí voy al médico

¿Le molesta que en reuniones sociales o familiares la gente diga, él es psicólogo, le voy a preguntar esto, o la otras cosas, es psicólogo ya nos conoce, nos estas analizando. Estas cosas le molestan?

11.19.a Todavía piensan que podemos adivinar, ver lo que le pasa a una persona con solo mirarlo o charlando un ratito, yo creo que esto se da porque **11.19.b** tiene mucho peso la palabra del psicólogo, es decir se le asigna un rol de autoridad clínica, si uno dice que es psicólogo, **11.19.c** creen que el psicólogo siempre tiende a interpretar como en el psicoanálisis, que por cierto es el enfoque más antiguo y desactualizado. **11.19.d** Ahora yo veo algo positivo en el hecho de que están más abiertos a consultar, **11.19.e** incluso algunos vienen con su diagnostico hecho gracias lo que han leído en internet generalmente, ¡que está bien!

¿En una escala del uno al diez que tanto se autoexige en la profesión?, en la misma escala ¿qué tanta dificultad tiene para asimilar los fracasos con los pacientes?

11.20.a En cuanto a tiempo, un 50%, no más, porque siempre he sido la idea de no atender solo pacientes, porque me canso, no estaría en condiciones de seguir solo ese ritmo porque implica mucha responsabilidad y eso conlleva mucha exigencia mental y por ello, solo le dedico un 50% para evitar la yatrogenia psicológica, admiro a quienes lo hacen, para mí, máximo medio tiempo ya es suficiente. **11.20.b** En cuanto a los fracasos en los primeros años me afectaba un 9 – 20 y también por la inexperiencia me pasaba más, posteriormente ya fue un 3 – 4 porque muy pocos casos fueron mal, pero por razones de que el paciente viajaba o cosas por el estilo, frente a ello hay que ver que pasó, analizar qué factores incidieron en el fracaso.

ENTREVISTA SUJETO 12

¿Cuál es la percepción que tienes en relación a la realidad de los psicoterapeutas en Santa Cruz?

12.1.a Bueno lo que yo te puedo decir es que he visto problemas en la formación pos licenciatura en el manejo terapéutico, todos hemos salido como psicólogos generales pero no hay una instancia que nos forme como terapeutas, eso hemos pedido, hemos tenido que esperar que existan esas oportunidades, esas oportunidades hemos tenido con el apoyo de una persona muy bien capacitada, muy formada y con buenas relaciones a nivel internacional, pero obviamente no hemos empezado ni abrir una senda pero a nivel personal he abierto posibilidad de atender mejor al paciente pero integrando aplicaciones humanistas, lo que yo veo que la mayoría de los terapeutas, es que debemos formar terapeutas, no importa el enfoque, eso depende de cada uno de ellos, debería haber más posibilidades de formación, ha habido algunas la mayoría traídas de afuera, pero lo que si con muy poca motivación de parte de la gente, algunos han podido tener oportunidades a fuera y ellos están haciendo un buen trabajo ya han salido. **12.1.b** Los que nos hemos quedado aquí hemos tenido que compartir con grupos pequeños y capacitándonos de una manera autodidacta con colegas, y creo q estamos haciendo un buen trabajo y además el hecho de la maestría de psicología integrativa, creo que no a trabajar pero nos ayudado a la integración que son puntos importante, que si hemos tenido ese aporte, además el mismo trabajo y puedes entender mejor y apoyar mejor al paciente.

¿Tu hablabas de grupos de estudio, actualmente tu vez que hay grupo de colegas que se reúnen para hablar de sus casos?

12.2.a Ahora muy poco, siempre hemos estado pero lastimosamente la gente, general mente empezamos 10 y terminamos 3 y generalmente esos tres compartimos, compartimos bibliografías, experiencias, hacemos análisis de casos, nos hacemos supervisión, compartimos, pero no veo más grupos, más opciones.

¿Actualmente tienes un grupo de análisis en el cual puedas compartir, ver tus casos?

12.3.a En mi otro consultorio donde tenemos trabajo grupal donde nos reunimos, compartimos casos, criterios y también tengo un grupo muy pequeño que somos estudiantes de psicoanálisis.

¿En estos grupos, aparte de ver la parte técnica, la parte profesional, ven las implicaciones personales que en algunos casos les genera?

Si, por eso te digo hacemos análisis de caso pero también nos apoyamos, vemos que está pasando cuando tenemos un problema con una persona, entonces tenemos un apoyo de confianza, yo creo que esto es muy importante tener esa posibilidad de análisis de casos, supervisión sobre todo la gente nueva.

¿Consideras qué hay una diferencia ente la práctica institucional y la práctica privada a nivel de la psicoterapia?

12.5.aCreo que no debería haber, tendríamos que ser de grupos de ayuda tanto en la práctica privada e institucional, no creo que tendríamos que hacer ninguna diferencia.

¿En cuánto las condiciones de trabajo que podríamos tener?

Un poco la práctica privada es construida en los años y todos los pacientes y los nuevos como recomendados o gente que informa, esos son los nuevos pacientes, ahora en la práctica institucional obviamente si también hay unas personas que te conocen aquí o haces que te busquen a ti mismo para hacer la terapia, pero algunos casos es otro profesional, pero no hay porque bajar la calidad en ninguna de las partes o ser menos, yo creo que eres un profesional y debería ser así donde sea y dar todo no?

¿En el tema de horarios o número de pacientes, tú ves la diferencia o lo ves relativo?

Viendo la realidad yo creo que si muchos colegas que trabajan en las mañanas, en la tarde, dependiendo de tipo de clientes, pero después los horarios que se trabaja en familia, pareja son a partir de las 6 de la tarde, a nivel institucional eso es diferente, podemos atender a personas en la mañana, hay estadísticas y el centro es a cualquier hora.

¿Cuál es la opinión que tienes sobre el autocuidado del terapeuta? Empezando de que si tú te has puesto a pensar en ese tema en algún momento y pasando a hecho que tú has visto que cosas son importantes

12.8.aYo creo que la única forma es supervisar nuestros casos y compartir de manera informal con un colega, porque después no le veo otra forma de autocuidado.

¿Tú crees que los terapeutas en Santa Cruz nos cuidamos? ¿En qué medida crees que los terapeutas ejercen comportamientos de autocuidado?

12.9.aEn mi entorno más próximo diría que si hay autocuidado pero también veo en lo separado no hay muy supervisión y menos compartir sus problemas personales o laborales con otro colegas, si han dado casos pero muy pocos. Digo que en general esa práctica no hay todavía de hacerse terapia es mínimo.

¿Por qué crees que esto es así?

12.10.aPorque es esa la formación. Cuanto es las universidades creo que son solo 7 si no me equivoco, todas hacen solo a nivel de licenciatura, la Gabriel alguna vez ha hecho algún diplomadito, la UMSA alguna vez se preocupó de dar algo de terapia familiar, pero la gran mayoría salen de la universidad y ahí se quedaron y producto a eso la mayoría está trabajando en lo que es recursos humanos, en temas de educación, en el aspecto crítico, hay poca gente preparada está trabajando en esta área, pero como te decía es un poco el sistema, no está generando, no está produciendo esa necesidad, pero hemos visto que es muy injusto,**12.10.b** hay muchos trabajos que piden psicólogos hombres y la mayoría son mujeres, pero eso no sé si es prejuicios sociales, los hombres siempre tiene trabajo, pero conozco a colegas que son súper exitosas

en sus consultas privadas. A nivel institucional no tal vez, pero en la mayoría ejercen en lo particular. En las instituciones depende, en las Defensorías se tiene psicólogas, pero cuando hay que trabajar temas de orden de viajes en otro lugar piden psicólogos hombres

¿Cual crees que es la postura de las instituciones donde trabajan los psicólogos donde trabajan como terapeutas, en el tema del autocuidado?

12.11.a Mira que yo sepa hay tres centros de atención mental, Benito Menni, Centro de Salud Mental y uno privado Monte Sinaí, ahora no tengo idea de cómo es el trabajo en Monte Sinaí ni en Benito Menni, nosotros tenemos nuestras reuniones clínicas donde vemos médicos psicólogos, pero si vemos eso del autocuidado.

¿Es como si hay un especie de suerte sino de supervisión pero si de grupo de análisis de los casos?

Claro, analizamos compartimos conocimientos, creo que hemos logrado muy buena relación con los psiquiatras. **12.12.a** Antes no había, antes era un tema exclusivo de los psiquiatras, los psicólogos veníamos y ahora estamos casi a la misma proporción. Ahora en el Monte Sinaí no sé cuantos trabajaran.

¿Consideras que hay comportamientos de autocuidado que sean más importantes, que sean básicos, en el tema de supervisión, de compartir los casos, ves alguna otra práctica que sea importante en referencia al autocuidado?

12.13.a El tema este de investigación y publicación, pero es muy mínimo, hay gente que ha escrito algo pero digamos que esa producción es casi cero, mínimo digamos, no digo cero porque he sabido de algunas pero muy esporádicas y **12.13.b** la mayoría de cursos, etc., no tocan el tema, ósea diplomados con diferentes enfoques no dicen nada del autocuidado, que creo que es muy importante

Es muy difícil nuestro gremio, pero el colegio de psicólogos está hecho para eso, para atender los problemas profesionales, etc. Yo creo que si el colegio de psicólogos puede motivar, promover la organización en algunas instituciones, donde se forme terapeutas o postgrados, porque en las universidades como que tiene mucha restricción, no sé porque razón, que yo sepa se han abierto muchos diplomados, maestrías de psicologías pero siempre han fracasado, no solamente por falta de participantes, sino por la administración no ha resultado o han hecho contratos con gente que no satisface, siempre tienden a morir y eso es lo que si deberíamos investigar. Podemos decir que es una parte de interés, pero en los psicólogos es muy difícil.

Algunos colegas me decían, usaban este término, el psicoterapeuta se cree invulnerable, que no necesita nada, tú qué opinas?

Eso es muy peligroso.

¿En tu experiencia tú ves que en los colegas se ve este fenómeno, yo no necesito?

12.14.a Si, en mi experiencia, con eso no te digo que soy viejo, no falta en la necesidad de seguir estudiando y la crítica, tú sigues viejo y sigues estudiando si ya sabes todo, y yo digo yo sé que no sé nada, veo que aquí hay una mayor necesidad de estar estudiando, entonces yo creo que nadie puede saber todo, este tipo de suposiciones se han dado, **12.14.b** hay personas que se creen mucho y eso es un peligro porque pueden hacer mucho daño. **12.14.c** Eso es producto de la formación por eso te digo, cuando una persona se limita, en la psicología una de las características fundamentales es un permanente estudio, yo creo que no van hacer un buen servicio, en realidad siendo un poco humanista, **12.14.d** el mejor instrumento para uno es uno mismo y si este instrumento se deja de formar estamos arruinados, necesitamos estar en estudio analiza, **12.14.e** y lo que nos falta es producir, investigar.

¿Cómo programas el tiempo de ocio para ti?

Mi ocio, es leve, estoy leyendo mis libros de psicología.

¿Te das un espacio, para hacer esas cosas que te gustan?

12.15.a Si, por decirte los domingos es muy probable que este sin trabajo, me encanta leer, generalmente son temas de psicología, **12.15.b** veo películas, me encanta el cine, hay algo, cosas de arte, pero después es muy individual, compartir con otras personas tema de psicología, reuniones informales, pero así como otra cosa deportes, ya no hago.

¿Tienes un grupo informal de amigos con los que te reuniones aparte de tu grupos de estudio, agrupación religiosa, artística?

12.16.a De arte sí, pero la mayoría están dentro de la salud, médicos, y el arte está muy relacionado con nosotros, pero otro grupo que tenga de amigos que no sean psicólogos, todos mis amigos están por todo el mundo y chateamos. **12.16.b** La reuniones familiares, a parte que en mi familia mi madre es psicóloga pero no hablamos de psicología.

¿Cómo evalúas la calidad de tus hábitos alimenticios de sueño y de ejercicio?

12.17.a Mis hábitos de sueño son muy respetados, no sacrifico mis horas de sueño **12.17.b** mi alimentación, estoy con sobre peso, no sé porque no puedo bajar, trato de comer sano, carne como y no salgo de mi casa sin desayuno. **12.17.c** Ejercicio en la mayoría de mis posibilidades trato de caminar, con labores familiares, ahora tengo que ir a recoger a la nieta, esas cosas ahora son un poquito complicadas. Es por el tiempo de la familia, no vas a estar con ellos y salir a correr no te vas a salir, siempre vamos a caminar, que crezca un poco mas esta nieta y ya y les voy a llevar a hacer deporte.

¿Tú has podido observar, que con el transcurso de los años y los casos que has atendido ya nada te sorprende, ya nada es tan horroroso, tan particular, Te pasa ese fenómeno a ti o no?

La verdad es que he visto cada caso, cada persona muy particular, entonces no entiendo la generalidad, alguna vez me paso eso cuando atendía en el SOF (Servicio de Orientación Familiar), más o menos ya sabía de que se trataba de

entrada. Pero así en general yo creo que cada caso es muy particular, y cada vez lo estoy comprobando en la experiencia y en la vida que cada caso es particular, siempre me sorprenden porque son cosas que no se repiten.

¿De lo que hablábamos ahorita, si postergas las revisiones medicas o aprovechas compañeros de trabajo para que puedan darte una orientación en la salud en lo que necesitas, postergas por tiempo o porque dices no es tan grave?

12.19.aNo, cuando tengo que ir voy, no escatimo esfuerzos, yo sé que es muy importante así que tengo que ir, es mi personalidad que sea así.

¿Es un tema que no dejas descuidado?

No me desespero pero no tengo problema de ir cuando, tengo que ir. Muchas veces me dicen hay que hacer un tratamiento yo digo meta, pero no con exageración.

¿Te molesta que en reuniones sociales o familiares la gente diga, él es psicólogo, le por a preguntar esto, o la otra cosas, es psicólogo ya nos conoce, nos estas analizando. Estas cosas te molestan?

No, y creo que ya no es tan así, hace unos 30 años era así, antes cuando era estudiante de psicología, es más me sentía discriminado, era algo extraño, ellos se permitían beber cuando yo estaba. No es una cosa, antes me encantaba, se redujo mi vida social, antes salía mucho ¿no?, no es que me rehusó si no es que no hay oportunidad.

¿Cuando la gente te consulta no te llega a molestar tanto?

12.22.aNo hago una consulta, les doy mi opinión y les doy mi tarjeta y les digo llámame, pero así de participar en reuniones y me digan psicólogo, no me molesta, pero cuando quieren contar una consulta en medio de una actividad, les digo que si sería interesante escucharlos y llámame y búscame.

¿Tú sientes que la imagen social que pone al psicólogo por qué trabaja con las personas, con el comportamiento, nos impone una exigencia mayor para cuidar nuestro comportamiento para cuidar nuestra imagen, en relación a otras profesiones?

Creo que es así en la medida que hemos ido empezando con una profesión nueva en el medio, si hay una exigencias de comportamiento adecuado, más o menos, como va ha ser psicólogo si esta así. Lastimosamente es un proceso social, todos somos seres humanos, creo que sí; porque 20 años era así como un código de conducta intachable, yo no tuve ese problema pero vi que algunos colegas tuvieron eso, como te comportas así si eres psicólogo.

¿Después de consulta, qué tan a menudo te sientes tan cansado que no quieres ir a reuniones sociales, que no quieres hacer nada y solo quieres ir a tu casa a descansar? ¿Te sucede esto?

12.24.aGeneralmente, conozco bien cuando estoy cansado y no hago más esfuerzo para esforzarme más, soy una persona que me encanta estar en mi casa. Puedo rechazar a un amigo a una reunión social, para estar en mi casa,

haciendo lo que yo quiera, leer, ver un programa, compartir con los nietos, cosas que me entretienen más.

¿Tú crees que con el paso del tiempo, el nivel de experiencia que tienes has aprendido a regular el nivel de trabajo y no sobre exigirte, o es un tema de mas personalidad?

Yo creo que es un proceso natural, cuando no puedo cuando no estoy escuchando a la persona la corto y replanteo la cita. Es una cosa natural y la planteo así, programo la sesión. Hubo veces que me estaba durmiendo con un paciente entonces prefiero replantear la cita, no a menudo.

¿Qué tanto te auto exiges del uno al diez? Siendo uno que te exiges muy poco y diez lo máximo.

Me exijo en la medida que se, me doy mi tiempo.

¿Y si le pondrías una puntuación? ¿Cuánto le pondrías?

12.26.a Eso de exigir no, me doy un 5 digamos.

¿En cuanto a los fracasos, que tan difícil es asumir los fracasos, considerando que no siempre te sale bien las cosas con los pacientes, que tan difícil es para ti asumir esto?

12.27.a Depende de cómo se ve el fracaso entre comillas, yo se que muchas veces no se puede llegar a una satisfacción personal, es cuestión de tiempo de muchos factores, la asimilación no es parte del paciente solamente, sino también del terapeuta, entonces tenemos que revisar la situación. Yo solo facilito apoyo.,

¿Si le pondrías una puntuación?, del uno al diez, siendo uno que no te cuesta mucho y diez que te cuesta mucho.

12.27.b Yo me pondría al medio, cinco.

ENTREVISTA SUJETO 13

¿Cuál es tu percepción de la realidad de los terapeutas en Sta. Cruz, como ves tú que esta la situación, como ves tú que están los psicoterapeutas en Sta. Cruz?

13.1.a Yo creo que los terapeutas aun estamos en proceso de formación, que si bien atendemos mucho mejor que hace algunos años, aun no tenemos una formación terapéutica para atender con un 100 de eficacia y eficiencia.

¿A qué crees que se deba ese fenómeno?

13.2 A que en Bolivia es una carrera joven, más aun en Santa Cruz, a pesar de que son años que salen profesionales, los formadores de esos profesionales siguen siendo las mismas personas.

¿Y esto sería una dificultad o un problema que sean los mismos?

Para los terapeutas no, para los pacientes sí.

¿Puedes explicarme eso?

13.3 Sí, porque la misma práctica se la ve en el consultorio y en aula, y por lo tanto los siguientes consultorios van a seguir la misma práctica sea adecuada o inadecuada. Hasta que no reciclemos el conocimiento con el conocimiento fresco, venido de otro lugar, no porque sea mujer sino porque es un conocimiento fresco, la práctica psicológica va a estar esmirriada.

¿Consideras qué hay diferencias entre la práctica privada y la práctica institucional?

13.4.a Sí, mucho. Una práctica institucional las personas se confían en el anonimato, que nadie las va a supervisar y que nadie va a ver el resultado de su trabajo y por lo tanto la calidad de su trabajo es baja y sus pacientes tienen que sufrir eso. **13.4.b** En cambio en la práctica privada tu mejor control de calidad es tu paciente y la familia del paciente, que si no ve resultados te deja y si ve resultado no solo se queda sino te manda pacientes. En cambio en la práctica institucional no existe porque tu jefe muy pocas veces es otro psicólogo y si es otro psicólogo tiene una baja formación.

¿Por qué cree que se da este fenómeno?

13.5.a Por comodidad, porque en Bolivia aun la psicología no es una disciplina valorada desde las instituciones estatales, no es valorada como una disciplina científica necesaria para la salud integrada de las personas, a veces nos consideran solamente como los que sacan de los apuros o el que te hace sentir bien por un rato o solo te da una charla o te alivia por un síntoma. **13.5.b** Yo creo que se conoce poco de lo que en realidad es una psicoterapia, de seguir unos lineamientos, de seguir un cuadro de tiempos, de resultados de la participación del paciente y la familia para los objetivos y resultados, creo que la gente conoce poco de nuestra profesión porque no hacemos nada para divulgarlo, o sea la práctica de la psicología, es una práctica muy solitaria ahora.

¿Esto, tanto en la práctica privada como la institucional?

13.6.a O sea la privada si, en la institucional yo creo que cuenta cuantos títulos y cuantos créditos cuenta este título para mejorar tu sueldo, pero no cuantos títulos para mejorar la atención de tu paciente. **13.6.b** Yo he trabajado años en instituciones y lo he visto, la gente que se ha quedado, la gente no va a aprender y ser mejor, va a ganar su sueldito y no lo deja por el sueldito, porque es cómodo trabajar en institución, súper cómodo. **13.6.c** Los pacientes se

quejan porque no ven resultado. A quién se va a quejar, al Director, que le va a decir, porque hizo mal su terapia, que va a decir si nosotros **13.6.d**no tenemos protocolo de intervención, debería haber por no lo tenemos. Existen estándares internacionales, quién sigue esos protocolos, anda a preguntar y cuantos de tus colegas conocen de esos protocolos. Por lo tanto caeré en el olvido porque de 14 solo yo, estadísticamente mi palabra no cuenta.

¿Cuál es la opinión que tienes sobre el tema del autocuidado del terapeuta?, es algo que te hayas puesto a pensar?

13.7.aNo, para serte sincera no he escuchado sobre el autocuidado del terapeuta cuando vos lo mencionaste, Verdad, nunca antes. Sabía que tenía que cuidarme y reciclarme y tenía que hacerme mi propia terapia. **13.7.b**MI terapia he hecho reciclarme con mucha frecuencia y siempre en contacto con alguien que me permite refrescar todo aquello que han dejado mis pacientes en mí.

¿Cuándo hablas de reciclarte a que te refieres?

13.8.a A compartir un caso analizar con otra persona que no sea yo, porque yo me estanco, a veces voy donde vos, a Tania, busco a alguien que esté en la misma línea y me ayude a ver desde otra perspectiva y a**13.8.b** veces cuando la consulta es muy pesada yo necesito hablar con alguien, porque hay veces atiendo 14 pacientes y cuando estoy saliendo de mi consultorio siento que la cosa se está poniendo fea, entonces antes de llegar a casa me gasto 50 pesos en teléfono para conversar con alguien.

¿Cuál es la opinión que tienes en relación a autocuidado que ejercen los psicoterapeutas en nuestro medio?

13.9.a Probablemente yo no conozca Sandra, hasta donde sé muy poco, **13.9.b** porque hay muchos colegas que trabajan en 3 o cuatro sitios, y eso no es un buen autocuidado, cuando ves que el fulanito trabaja en tal hogar, consulta privada, supervisa tesis, son todólogos. Creemos que lo podemos hacer todo.

¿A qué crees que se deba eso de ser todólogos, abarcar muchas cosas?

13.10.aPor qué en la mayoría de los casos, no en todos, están mal pagados entonces comparados con estos países la terapia psicológica es muy barata y entonces obviamente. **13.19.b**Hay muchos colegas que atienden tres veces a la semana para llenar su agenda Sandra, lo hacen, se de muchas personas y conoces a esas personas, yo creo que es una práctica errada .

¿Me estás hablando de algo que no es evaluación?

Si, te estoy hablando de psicoterapia, entonces: El caso de su hijo es muy grave señora, él tiene que asistir por lo menos tres veces a la semana. Y estoy hablando de psicoterapia. Entonces considero que el factor económico está movilizándolo a esta falta de cuidado, porque trabaja en cuatro lugares no es porque quiere probablemente sea necesidad o de hacer algo.

¿Cuál crees tú que es la postura de las instituciones en relación a este tema del autocuidado?

13.21.a Sandra, si nosotros no sabemos que es autocuidado, la gente para la que trabajamos menos, yo empecé diciéndote que nosotros vendemos muy mal nuestro producto, porque un paciente que sabe de autocuidado y ve que estas así correteadísima, no se queda con vos porque sabe que no te estás cuidando; un jefe que te ve en los mismos correteos dice: está no es la persona que necesito, entonces nadie sabe, y por lo tanto nadie le interesa, estamos en

13.21.b una sociedad comercial y la psicología es un servicio que se vende bien y que puede ser altamente rentable si le sabes utilizar bien la ética.

¿Me puedes explicar bien esta contradicción, por un lado dices que no vendemos bien nuestro trabajo y por otro lado...?

Te explico, mira no vendemos bien porque si venderíamos bien haríamos respetar el criterio terapéutico, el atender poco pacientes, dar más calidad a cada uno de ellos, pero al mismo tiempo nosotros tenemos que cubrir una necesidad por lo tanto rayamos en lo no ético, o sea no es lo mismo que lo que deberíamos que lo que hacemos. Si nosotros venderíamos mejor el producto de la psicología más gente se daría cuenta que se necesita los servicios de terapeutas no necesitaríamos llenar nuestra agenda con los mismos pacientes. Ahora sí.

¿Consideras que hay un comportamiento de autocuidado que sea básico, que sea muy importante?

Sí, he pensado. El año pasado en un acto de cuidarme a mí misma por ejemplo **13.22.a** yo empecé a bailar, **13.22.b** hacer ejercicio, **13.22.c** empecé a atender menos personas, **13.22.d** a comer bien y dejar las dietas, **13.22.e** El cuerpo tiene señales de alarma, no sé si cuando llegas a ver es el momento justo o deberías prevenir antes, pero si hay cosas específicas que debes tener cuidado. Primero tienes que tener una salud estable que te permita darle continuidad a una terapia, **13.22.f** segundo debes tener una salud emocional igualmente estable que te permita atender sin proyectarte en los problemas ajenos y menos aún tratar de solucionar tu vida a través de tus pacientes o ayudarlos bajo tu perspectiva. Te voy a decir lo mismo que me digo: “el paciente viene a cubrir su necesidad no la tuya, en terapia no se hace lo que tú decides hacer, en terapia atiendes la demanda en la forma que consideras el mejor abordaje posible”. **13.22.g** Que el paciente se transforme en bueno o más bueno, creo que no está orientada a eso y la gente cree que es así. La mamá le dice al niño vamos saldrás más bueno, mejor más feliz, y la felicidad esté vinculada a la terapia pero la maldad y otros no están relacionadas.

Yendo más a lo personal ¿Qué lugar ocupa habitualmente en tu vida el tiempo de ocio, tienes la posibilidad de tener tiempo de ocio?

Para mí el ocio es importante, me gustaría tener más tiempo de ocio, por ejemplo hay tiempo de ocio que no lo transformo por trabajo jamás, mis viernes y sábado de juego no los cambio, **13.23.a** mis domingo de misa no los cambio. **13.23.b** Mi tarde de domingo no las cambio. Las que sacrifico son los bailes cuando salgo tarde de la consulta.

¿Pertenece o asistes con regularidad a algún tipo de agrupación religiosa, deportiva, social?

13.23. a Si, dos de mi curso, mi pasanaku que nos reunimos cada quince días y la de Betania que son de religión.

¿Con cuanta frecuencia participas en reuniones con colegas donde expones tus casos, tanto técnicas como las personas, tienes esa opción?

Una vez a la semana, y todos los días a mis terapeutas. ¿Cuentan mis terapeutas?

hablamos de gente que viene voluntariamente para hacer una supervisión

Entonces no, no hago supervisión.

¿Tú te supervisas? ¿O haces el ejercicio de discutir esos casos?

No, yo voy a terapia con Tanía, hay periodos que lo dejo y luego lo retomo.

¿Hay gente que me hablo y me dicen que no tienen confianza a los terapeutas?

No es mi caso, confío en Tania, en Alejandra no tengo ese problema, me cuesta pero aprendí con los años.

Ahora vamos a la parte personal. ¿Cómo evalúas la calidad de tus hábitos alimenticios, de sueño y ejercicio?

Como bien, las básicas, un buen desayuno un buen almuerzo, mi alimentación es bueno, mi sueño es malo, **13.24** y no hago ejercicio.

¿Tu sueño es malo porque duermes mal o poco?

13.25 Poco. No preguntes porque es muy irregular por el trabajo.

¿Has podido observar que en el trascurso de tu práctica, has visto tantas cosas que no te puedes sorprender?

No me ha pasado, porque cada paciente que me llega me sorprende, ninguno es igual, no creo haber visto ni el 1% de lo que la naturaleza puede expresar y he escuchado más en médicos que en colegas, incluyendo a ella que es psiquiatra que atiende casos graves no le escuche decir eso.

¿Has postergado tus revisiones médicas por falta de tiempo?

13.27 Sí, yo hasta hace unos años atrás era organizada, yo me hacia mi papa Nicolau cada 6 meses, mi dentista, mi revisión médica anual, aun hago mi revisión, pero no atiende como debería por tiempo. Y digo que estoy saludable. Se llama negación.

¿Te molesta que en una reunión familiar digan, ella es psicóloga, voy a preguntarle...?

No me molesta, pero me parece inapropiado.

¿Cómo lidias con esto?

13.28 Los invito a visitarme el consultorio, para que mi opinión no sea momentánea si no con un cuadro.

¿Consideras tú que por el hecho de trabajar con el tema de salud, más aun con el tema mental, estás más exigida que otros profesionales de cuidar tu imagen y tu comportamiento?

Es nuestro trabajo, hacer psicología es mi trabajo,

¿Entonces no ves que hay esa exigencia extra?

13.29 Si la veo, pero no la atiende, cuando voy a la iglesia y veo a mis pacientes que están pendientes, no la atiende porque me haría daño. Pero si veo que la gente espera que el psicólogo sea un modelo. Yo tengo el celular que tengo ahora porque mis pacientes me han presionado. Y muchas veces note que tenían razón, porque gracias a este celular pude grabar sesiones que fueron altamente esclarecedores para ellos mismos.

¿Al terminar sus consultas, que tan a menudo te sientes demasiado cansado (a) como para participar en reuniones sociales e interactuar con otros?

Uhhh, hay días, pero no siempre, pese a ello no dejo ir, porque me gusta el buri (risas), me encanta divertirme.

¿Cómo toleras haber fracasado con un paciente. De una escala del 1 al 10?

13.31 No lo tolero bien, hay pacientes que no me dejan dormir. Yo pondría un 6.

ENTREVISTA SUJETO 14

¿Cuál es tu percepción de la realidad de los terapeutas en Sta. Cruz, como ves tú que esta la situación, como ves tú que están los psicoterapeutas en Sta. Cruz?

14.1 Yo creo que somos como Quijotes sobrevivientes, trabajamos con muy poco soporte personal, hay todavía muy escasos espacios de supervisión y estamos generando un espacio de ejercicio clínico a la vez que estamos abriendo sendas, somos como pioneros.

¿A qué crees que se deba esto que estemos abriendo sendas clínicas teniendo las carreras en Bolivia como cuarenta años?

14.2 Bueno, probablemente en el país, porque el registro que yo tengo en Santa Cruz es la carrera de la universidad privada fue 26 años atrás, porque cuando me tocó estudiar en Santa Cruz no había y me fui a Argentina y creo que todavía somos jóvenes en la formación y creo que esto influye que los espacio de investigación y supervisión. Yo te hablo de la realidad de santa Cruz, no sé cómo sería en La Paz, que era una ciudad donde había.

¿Consideras que hay diferencia entre la práctica privada y la institucional?

14.3.a Mucha, bueno depende de que institución hablemos en el ejercicio yo percibo que la privada le da mucha importancia al trabajo del psicólogo clínico privado esta como un agente de salud está haciendo de doctor y hay como una confianza actual bien puesta en la psicoterapia, en las instituciones todavía van peleando en su espacio. En mi experiencia en el área escolar, si bien la disfrute y la aprendí y mucho pero no volvería nunca porque creo lo que dice Selvini, el psicólogo es un mago sin magia, se le encarga todo y no le dan nada y todo lo que no funciona la culpa es de él.

14.3.b En lo clínico, en mi experiencia aunque el paciente tiene acceso en su servicio de salud, siempre prefieren venir a mí, aunque hay una diferencia de costo. Considero que hay una desvalorización del psicólogo en institución de salud, es una percepción por lo que escucho.

¿Por qué crees que se da este fenómeno? Qué prefieran pagar para la atención

14.4 Yo creo que hay varios factores, en el servicio privado en cualquier área tiene su plus su privilegio además en este tipo de trabajo la gente valora mucho lo que paga mejor, hay un compromiso del proceso distinto cuando la persona paga su consulta y persigo que hay una valoración diferente. A veces yo les digo recomiendo otro lugar y ellos dicen, no yo pago nomas.

¿Cuál es la opinión que tienes sobre el tema del autocuidado del terapeuta?, es algo que te hayas puesto a pensar?

14.5 En mi caso, es pobre, escasa y deficiente.

¿A qué crees que se deba esto?

14.6.a Francamente, yo no he tenido el espacio, porque si me he dado las oportunidades de hacer trabajo grupal en seminarios de crecimiento personal, pero esté supervisor que me haría tanto bien que sea semanal, mensual no lo he tenido, no sé si pertenezco a la generación más vieja y busco un supervisor a quien mirar jerárquicamente más alto y esto me genera q no hay. **14.6.b** Que los autocuidados se ha dado más en grupos que se convierten en grupos de autoayuda aunque no tenga esa finalidad. Yo tengo un grupo con el que me

reunión todos los martes, donde se puede decir que ha sido como un soporte importante.

Hablaba ayer con una colega y me decía que siendo honesta creo que es un tema que no estamos acostumbrados a pensar en el tema de autocuidado. ¿Tú ves esto?

14.7 En mi experiencia, no es por falta de hábitos ni de necesidad, siendo la necesidad tengo la humildad para solicitarlo pero me pasa que la auto terapia no creo que sea por falta de pensarlo, creo que no hay una red que otorgue esa red, de hecho si te fijas nosotros trabajamos con el paciente, su emergencia, su crisis; no tenemos aquí donde llamar y decir este paciente va a llamar esta con riesgo suicidio, no hay emergencia médica psiquiatra, el trabajo que se pueda hacer de contención de crisis entre el psiquiatra y el psicólogo es casi a tientas, entonces las responsabilidades con un paciente a riesgo, y no me cuido porque doy y doy y no tengo quien me contenga.

¿En relación al grupo de terapeutas que dices, como crees que fue cambiando de algo mas social?

Comenzó como un grupo de estudio con textos a leer, de ahí dijimos que en vez de leer hablemos de nuestras vidas, dijimos y en realidad no ha sido explícitamente de ayuda pero ahora es de mucha ayuda, llevamos 21 años sin soltarnos nunca y es prácticamente de amistad y afecto donde se contiene mucho entre nosotras.

Porque lo diferencio de lo que puede ser un grupo de autoayuda o clínico, no trabajamos casos por cuidar la reserva de los pacientes, porque para exponer un caso el grupo explicito médico y no es juntarnos entre amigas y chismeamos de nuestros pacientes. Nunca lo hemos hecho.

¿En el tema de supervisión como haces?

14.9 Yo me he supervisado, esporádicamente con Marcelo Cerberio, cuando ellos venían a dar la maestría una vez al mes, he hecho la supervisión expuesta ante un grupo, lo hecho en privado, pero cuando se discontinuo lo trate de hacer vía Skype no me funciono. La última vez que supervise fue hace meses y para el volumen de casos que atiendo, no es nada.

¿Cuál es la razón por la que no hayas encontrado alguien acá?

14.10 No encuentro la persona y no es un tema de confianza porque si fui a terapia con colegas, me ubicado en el rol del paciente, para temas personales, pero en la supervisión creo que hay una necesidad de ver alguien superior en mi línea.

¿Cuál es la opinión que tienes en relación a autocuidado que ejercen los psicoterapeutas en nuestro medio?

14.11 Muy poca, creo que sobrevivimos a la profesión, ahora te digo no sé si lo hacen en otro lado, somos muy arriesgados con nuestra salud mental. No he visto eso en terapeutas de otro país.

¿A qué crees que se deba esto?

No sé, no sé si es irresponsabilidad, falta de límites no sé.

¿Crees que la formación integral tenga que ver con ello?

En realidad en mi formación de pregrado, la terapia propia y la supervisión eran como algo que estaba de ipso facto. Empecé mi terapia personal en el segundo año de universidad, siempre lo he hecho si se trata de eso lo he hecho, pero si se trata de estrés que genera ser psicóloga clínica y como lo manejo eso si me sobre paso.

¿Cuál crees tú que es la postura de las instituciones en relación a este tema del autocuidado?

14.13 Yo creo que las instituciones en realidad no registran la necesidad de ninguno de sus agentes de salud, no se cuida, la institución no lo percibe ni genera espacios para que esto sea drenado.

¿Tú me decías que tu autocuidado son tus autoterapias, que otros cuidados crees tú que pueden ser importantes?

14.14.a Las prácticas de meditación y relajación que ya me ayudaron mucho y **14.14.b** el ejercicio que es muy importante, **14.4.c** las practicas creativas artísticas, manuales, el salir un poco del asiento y la mente y moverse un poco y crear.

¿Qué lugar ocupa habitualmente en tu vida el tiempo de ocio, tienes la posibilidad de tener tiempo de ocio?

14.15 Muy poco prioritario, primero está la responsabilidad del trabajo, la familia y el tiempo libre si queda.

¿Puedes comentarme un poco más sobre ello?

14.16 Es la exigencia de la vida moderna, sería deshonesto si te digo que me doy tiempo de ocio. En mi caso yo siempre hice mucho ejercicio como practica física, hubo un tiempo que hacia yoga porque la necesitaba de, mucho tiempo deje el yoga y me dedico más a la casa.

¿Pertenece y/o asiste con regularidad a algún tipo de agrupación?

Si, como te comenté, este grupo de amigas que nos vemos regularmente.

¿Cómo evalúas la calidad de tus hábitos alimenticios, de sueño y ejercicio?

14.17 Alimenticios y sueño muy buenos, y el ejercicio malo.

¿Por falta de tiempo?

El tiempo está ahí, no me doy tiempo.

¿En un promedio cuantas horas duermes más o menos?

Un promedio de 7 horas, yo hice mucha practica de meditación visualización no me cuesta, duermo muy bien.

¿Te molesta que en reuniones familiares te aborden o te pregunten con consulta de pasillo?

14.19.a Cada vez menos, yo de hecho yo tengo una vida social muy selectiva, generalmente cuando ocupo tiempo libre para salir lo hago con gente que conozco y la gente que conozco ya sabe, siempre que me dicen, tú me estas analizando, yo les digo yo no trabajo gratis, así que no te preocupes que no se me va a ocurrir preocuparme en tu situación como psicóloga, te estoy escuchando como amiga y el abordaje quería contarte esto, como abordaje, yo lo aprendí a manejar muy sutilmente, la escucho como amiga y le devuelvo otra experiencia mía personal para poner simetría en la conversación, para no ponerme en el lugar de terapeuta, **14.19.b** me calienta salir a trabajar fuera de consultorio. No lo sobrellevo muy bien.

¿Cuál es tu opinión de la siguiente afirmación: “He visto tantas cosas que ya nada me sorprende. He visto cosas tan excéntricas, raras, horribles que ya nada me sorprende”?

No estoy de acuerdo, porque para mí cada paciente es muy especial, cada paciente me sorprende, no creo haber visto ni el 1% de lo que la naturaleza tiene.

¿Has sentido o tienes la opinión que la imagen social que tienen los psicólogos nos obligan a cuidarnos más en cuanto al comportamiento que tenemos que tener y la imagen que tenemos en relación a otras profesiones, abogado, dentista, que no tiene que cuidar tanto su conducta como nosotros?

14.21 He ido cambiando esa percepción, cuando empecé la profesión cuando era joven creía yo que el título tenía una investidura que tenía que cuidar en mi comportamiento, sin embargo hoy por hoy soy muy auténtica en lo que quiero hacer, como hacer y nunca he dejado de hacer nada porque soy psicóloga, he dejado de hacer porque no me parece, , no me funciona, pero no ha sido la profesión la que me generara inhibiciones, la única cosa que si me ha enseñado es a ser absolutamente cautelosa en comentar cualquier situación pública, porque yo no sé si esa persona va a ser mañana mi paciente. Cuando un grupo habla de chismes donde dicen sabes lo que le paso a fulana, así sea persona pública, que tal esa situación no emito opiniones, la única cosa que quizás lo hubiera hecho aunque no sea psicóloga aunque siento que el psicólogo tiene que tener doble cuidado en no ser juicioso con la vida ajena.

¿Con que frecuencia al salir de la consulta no quieres hacer ninguna vida social ni lidiar con otras personas?

14.22 Muchas veces, la sensación de cansancio y muchas veces las ganas de no hablar y estar calladita. Imagínate que hoy yo ahorita llevo 12 horas aquí, empecé ocho y cuarto y corte para comer que eso me significo recoger a mis hijos, llevarlos a casa, sentarme a almorzar, organizar su agenda de la tarde y ya tuve que volver a las dos y media y tengo una cena.

¿Qué tanto te auto exiges en la aplicación, del uno al diez? Donde uno es poca exigencia y diez más.

14.23 Voy a ser auténtica, 10, soy súper exigente conmigo misma,

¿Esto se debe... ?

Creo que eso se debe a características de la personalidad, ser un poco obsesiva pero además tengo ese precepto de dar el 100 por 100, considero esto más que un oficio un servicio, considero que mi paciente así lo tiene que percibir y soy muy caduca con mi propia pauta de trabajo.

¿Y en cuanto a los fracasos que grado tienes para asimilarlos? Igual de la escala del 1 al 10

A que denominas fracaso?

En los casos en los que una pone toda la voluntad a su trabajo las cosas no salen bien o tan bien como uno quiere

Del uno al diez como lo asimilo?

¿Estos fracasos, uno que es fácil asimilar y diez que es difícil asimilar?

14.25.a Es bien fácil, no sé si le pondría un uno o dos porque en realidad yo trabajo con mucho desapego, doy mi 100 por 100 pero no me apego al resultado. Para ponerte un ejemplo, para ver si te estoy entendiendo, un paciente que deje ir y comente que yo fui mala y no lo ayude, en realidad a mi no es algo que me afectaría, no me paso muchas veces, pero no es que me quita el sueño; eso sí reviso. **14.25.b** Lo que si me quita el sueño es no cubrir la demanda, hoy estoy terminando y mañana tengo una especialidad, ósea no vengo a trabajar y tengo 5 personas a las que no pude atender y necesitaban urgente venir, ósea tengo 5 en lista de espera urgente, urgente, eso me presiona, me presiona, digo ya no me puedo exigirme más pero a la vez me quedo muy en deuda con ellos. Mi supervisor siempre usa una frase que me

retumba en la cabeza, son tus pacientes no tus pariente, porque yo me ocupo mucho del paciente mientras está en proceso y cuando no lo puedo ayudar en realidad yo soy la primera en derivarla, a mi me interesa más su mejoría que mi espació digamos, si hay un paciente severo yo le digo necesitamos trabajar con otra persona, no soy muy celosa con los pacientes, en ese sentido por eso, se que a mucha gente no la pude ayudar como ellas esperaban pero gracias a Dios no considero haber tenido todavía fracasos, donde la pele yo y la deje peor de lo que esperaba y se sintió estafado. Y sabes qué? hay un fenómeno en esto de la terapia, vos me dirás no la perjudiques a la chica dale otro nombre, por alguna razón cuando las persona toman una decisión y eligen un terapeuta, a mi me ha pasado, ya no quiero otra es yo quiero con vos, ahora yo utilizo mucho eso, los jóvenes son más abiertos en eso, les digo ahorita no te puedo atender pero te puedo dar el nombre de alguien que confío mucho y los chicos te dicen bueno, pero los adultos no y ahí caigo en esa presión y no se manejar. Creo que me no me importan los que se van sino los que no pueden venir, tengo más lio con eso.

ENTREVISTA SUJETO 15

¿Cuál es la percepción que tienes en relación a la realidad de los psicoterapeutas en Santa Cruz?

Que cada quien interviene en lo suyo de manera muy aislada, **15.1.a** que no hay un soporte a nivel grupal con enfoque profesional, como un estudio de caso, supervisiones; creo que eso debería ser, parecemos islas, cada quien por su lado cuando la demanda social es otra, la demanda social es necesitamos, de qué manera nos ayudan, y cada quien manda su opinión pero no hay una opinión que se sostenga a través de un trabajo metodológico, científico, grupal, de discusiones, prácticamente el crecimiento científico está parado, yo lo percibo así y **15.1.b** la demanda es constante, la dinámica es constante de la sociedad y cada quien está estancado en lo suyo, nadie quiere salir de su escritorio, tenemos una postura muy cómoda.

¿A qué te refieres con que nadie quiere salir del consultorio?

15.2.a Siempre parto desde la opinión del José Tejer, cuando indicaba la diferencia entre el psicólogo institucional y el psicólogo de la institución por ejemplo, son diferentes, comparto la opinión de él, el psicólogo tiene que ser institucional y no de la institución. Cuando hablamos de la institución se refiere a determinados grupos comunitarios, yo me debo a esta comunidad, a esta sociedad, me debo a este grupo y no me debo a esta empresa, a este consultorio o a la institución, esto te permite de que el profesional que tenga que ir a buscar los problemas, sin esperar los problemas, no digo que el profesional genere el problema sino busque la problemática donde pueda intervenir y pueda actuar de la mejor manera y es la fusión del psicólogo porque están dentro de una ciencia social, pero parece que no lo desempeñamos así, no sé por qué, algunos señalaban porque es más cómodo, hay muchas posturas, otros dicen a mi me costó mucho estudiar, bueno tengo que ejercer, no puedo estar ocupándome en esas cosas; son comentarios muy individuales pero más allá de los comentarios, uno tiene que basarse en el sustento psicológico, que es la psicología, cual es el objetivo cual es la función, si nos planteamos en ese objetivo yo creo que incluso sería más armonioso la interrelaciones, no solo como profesionales sino en la calidad que desempeñamos.

¿Consideras qué hay una diferencia ente la práctica institucional y la práctica privada a nivel de la psicoterapia?

Si claro, hay diferencia. He observado que cuando estás en una institución tienes que responder a un discurso de la institución, es decir al discurso amo de la institución y cuando tu empiezas a desmarcarte de ese discurso para dar realmente para dar el discurso del sujeto empieza la dificultad porque ya no están en la línea del discurso institucional, estas en una línea solo del sujeto. Hoy vivimos un mundo donde actualmente se tiene que responder a la políticas, objetivos de la institución, si tú no estás enmarcado en ello, bueno gracias por su servicios hasta aquí llegamos, no se genera, no se trabaja en la demanda del sujeto, es como si estuviéramos trabajando en la demanda de la institución. En el abordaje particular o privado por un lado te permite trabajar en la demanda del sujeto pero te permite otro vacío, **15.3.a** sigues aislado, que haces para no mantenerte aislado en tu consultorio, de qué manera haces un

soporte científico si te mantienes aislado, en el institucional de una a otra manera, emites informes, discutes los casos escuchas los intercambios multidisciplinarios de otros colegas, esa es una ventaja, la desventaja era que te enmarcas en el objetivo de la institución pero la desventaja del privado de que manera logras intercambiar con otros profesionales sobre la situación que tratas, más allá de las derivaciones que haces al siquiatra, etc., que son muy parciales y muy pequeñas porque nadie tiene tiempo para estar en consultorio privado. Yo manejo mi tiempo y es difícil compartirlo con el tuyo.

¿Cuándo tú me dices que cuando estás en una institución tu respondes más a la demanda de la institución que la del paciente, me puedes explicar más a que te refieres?

Bueno vamos a ejemplarizar, cuando estás en un ámbito educativo te exigen que en este caso el educando responda a las reglas institucionales, cuando el sujeto no es que quiera desmarcarse de las reglas sino que tiene un problema particular que hay que trabajar desde su demanda, desde lo que él desea o no desea, no sé, entonces, yo creo que, no todas las instituciones, algunas han dado prioridad a este aspecto uno por uno quizás digan decir esto vemos como institución pero usted que cree, le damos la cobertura, realice lo que crea conveniente. Son pocas, la mayoría tratan de dirigirlo con sus políticas y si no respondes sus políticas, suena algo incomodo, pero no eres útil para la institución.

¿Cuál es la opinión que usted tiene del autocuidado del terapeuta?

Eso es algo muy importante, nosotros como profesionales siempre estamos cargados en constantes discursos, con problemáticas diferentes y hacemos una escucha constante pero esa escucha también tiene que trabajarse no podemos estar en una postura pasiva, también debemos trabajar desde nuestra salud mental, de qué manera la voy a trabajar y una de ellas es el círculo de estudio de casos, de seguimiento, el intercambio con los colegas; yo en lo particular lo hago con los colegas que he podido encontrar mejor trabajo de estudios de caso lastimosamente han sido colegas externos, es como si uno se sintiera evaluado por el otro colega o calificado o susceptible de las críticas de los colegas, eso he percibido. No sé porque, es interesante porque no se animan, tuve esta duda, qué harías tú en esta situación; en el área que estoy incursionando ahora, en la clínica forense hay mucha más cobertura, si bien no es un campo terapéutico es forense jurídico, los vi con mayor cobertura de exponer, ante esta situación será ético? no ético?, te doy mi punto de vista. Tenemos una red de discusión virtual, entonces cada colega da un planeamiento, tengo este caso como terapeuta y el otro le responde, yo haría esto, otro dice yo haría otro, yo colocaría este tipo de estrategia, intervienen terapeutas, jurídicos, forenses de diferentes líneas y hay interacción que es rico porque tú ves los intercambios y te das cuenta que no están tan lejos de las intervenciones que realizan, te das cuenta que estás haciendo bien o tendrías que haber ampliado, es interesante. Me permite mas allá de compartir conocimiento, de alguna y otra manera me respalda, me descarga mi salud mental, siempre conservando la confidencialidad pero con un soporte de otros terapeutas.

¿Aparte, del aspecto que dices, del miedo de ser evaluado por otro, qué otros aspectos crees tú que entran en juego para que no puedan compartir los casos?

Primero habría que preguntarse si ellos quieren cuidarse, no?

¿Cómo ves tú ese aspecto como los ves a nuestros colegas?

He, no diré nuestros colegas, porque al final todos fuimos así, en lo particular hay casos que implican mayor planteamientos de cómo podría intervenir y un momento tú dices, y ahora de que manera voy a poder beneficiar al sujeto, pero te das cuenta que no es que tengas que beneficiar al otro, no tienes que cumplir la demanda de beneficiar al otro sino buscar la manera justa de cómo enfrentar la problemática, una de las dificultades es que se nos ha metido a la cabeza que tenemos que resolver un problema y cuando quiero resolver el problema me meto a otra área, más peligrosa, que a veces **15.4.a** ocurre en colegas más pequeños que recién egresan, que hasta se identifican con el caso, no logran separar su historia personal con el caso del paciente, y ahí es perjudicial tanto para el paciente como para el profesional, entonces hasta qué punto el profesional ha logrado elaborar todos sus fantasmas, sus cajitas negras, a qué punto cada profesional lo ha trabajado. **15.4.b** Tú preguntas a los colegas y la mayoría no ha trabajado en sus problemáticas, lo han mantenido siempre al margen, yo como psicólogo señalar que tengo un problema, es como una prohibición, yo no tengo problemas, pero en realidad el psicólogo carga muchos problemas, sí en algún momento los tiene que tener si o si los vas a tener, eres un depositario de puras quejas, muchas veces vienen los pacientes a contarte sus historias y sus logros entonces eres un depositario de las quejas, y un ser humano no puede estar todo el tiempo depositando quejas, tiene que elaborarlos, para evitar esta dificultad, este problema yo he observado en colegas que trabajan en áreas gubernamentales, municipales, ellos hacen todo lo que pueden de la mejor forma pero no tienen los recursos disciplinarios para depositar todo. Un ejemplo, dentro de esa área, se requiere psicólogos para la alcaldía, son tres recién egresados que no tienen un conocimiento previo de los abordajes clínico forenses, con toda la buena intención quieren colaborar pero logran identificarse con la situación del otro y al no encontrar recursos es ahí donde la mayoría está en XXXX, en el área de salud, porque son saturados, en consulta podrán decir en la mañana ya tengo cuatro y cinco y ese uno tiene que escuchar 5 problemas de manera intensiva y no tienes soporte, si no hay soporte sigues siendo un depositario y si sigues siendo un depositario estas cargada, y si estas cargado te desmoronas algún momento. Lo que tenemos que preocupar a los colegas de nuestra área es cuantas veces fue usted al hospital al año, le duele con frecuencia la cabeza, tiene dificultades para levantarse, hay momentos que no se quiere levantar de la cama, hay esos pequeños síntomas de las personas que son afectadas. **15.4.c** Yo creo que ahí es que va a generar fomentar un espacio simplemente de estudios de casos es una de las mejores formas, por un lado aprendes y otro te distraes, por un lado identificas tus carencias profesionales o tus dificultades, pero por otro lado tu grupo ha sido tu soporte, como terapia de grupo, pero con enfoque más específico. Las veces que he participado de esa forma, en Santa Cruz, ha sido interesante. Una profesional psicóloga clínica decía, ella boliviana, creo que la dificultad de nosotros los psicólogos en Bolivia es que tenemos una postura muy narcisista, claro va por ahí, debemos liberarnos de esa postura, que somos seres humanos con dificultades y fortalezas, cosas buenas a mejorar, y ahí apoyo el psicólogo tiene que salir, tiene que enfrentarse con uno mismo, el psicólogo tiene que enfrentarse con sus propias necesidades porque en el salir afuera te encuentras contigo mismo

dependiendo de tu crecimiento y no estancarte en un conocimiento científico sino también en un conocimiento personal.

¿Entonces podríamos decir que en general los terapeutas en nuestro medio no se cuidan mucho?

No sé si decir que no se cuidan, yo creo que más bien acuden a mecanismos defensivos, es paradójico, nosotros tenemos que abordar los mecanismos defensivos del paciente pero en realidad los más defensivos somos nosotros porque en el momento que el paciente te lanza la pregunta a ti, qué hace usted cuando el paciente te pregunta de su vida, debería ser algo que no incomoda, porque es algo normal, el paciente tiene todo el derecho de preguntar también, no solamente el va a depositar las cosas, claro ahora no digo que él tenga que depositar siempre, pero surge este mecanismo defensivo del profesional, o creo que no quiera cuidarse más bien usa mecanismo defensivos para no ser descubierto o para no demostrar sus cosas. Habría que investigar que mecanismo defensivo usa más el psicólogo.

¿Cuál es la postura de las instituciones donde trabajan los psicoterapeutas sobre el auto cuidado?

No les importa.

¿A qué crees tú que se debe esta postura?

15.5.a Porque somos producto del capitalismo, queramos o no vivimos en un contexto capitalista, pero es el mejor recurso que tiene la humanidad hasta el momento, vivimos dentro de la postura capitalista; a mí lo que me interesa es tener resultados financieros, no sé cómo pero tenerlos, a mí me gusta ahí la postura de los psicólogos organizacionales cuando realmente son escuchados por sus empresas, que muy pocos trabajan en esa área, el psicólogo organizacional hace tomar conciencia a la organización que lo mejor para la producción es la salud mental y si todos nos mantenemos sanitos todo saldrá mejor, pero muy pocos hacen eso. Creo que algunas empresas actúan con estos parámetros, pero contaditas. Lo importante es el resultado para la empresa es muy poco se acercarán y dirán haber psicólogo terapeuta usted está cansado, le están afectando mucho los problemas, no quiere una vacación, no vamos a escuchar eso.

¿Qué lugar ocupa en tu vida el tiempo de ocio?

Los fines de semana, me desquito

¿Es algo que ya está programado? Si, aunque ahora no tanto por lo del congreso pero si trato de mantener fines de semana, sábado y domingo para mí y mi familia, lo que hago es escaparme de la ciudad, basta con irme a un parque o largarnos a un lugar o **15.6.a** estar en casa viendo películas.

¿Pertenece o asistes con regularidad a un grupo religioso, artístico, filosófico o social?

15.7.a Si, esa es mi descarga, Asisto a una agrupación de tipo religiosa, más allá de los encuentros virtuales, esto es profesional y **15.7.b** hablar con los colegas, pero no con el afán del estudio científico sino intercambio.

¿Estos encuentros virtuales con qué frecuencia los tienes? Diario.

¿El asistir a la agrupación religiosa?

Una vez a la semana, sin contar ir a misa.

¿Tú te supervisas?

Como te decía comento los casos, pero con colegas extranjeros,

¿Pero no en el marco de supervisión sino como un intercambio?

No, a veces como supervisión, he hecho esta intervención como la ve, porque tienen más recorrido que uno.

¿Con qué frecuencia haces esto? Por lo menos una vez al mes.

¿Tú has hecho supervisión a colegas jóvenes? Si.

¿Con que frecuencia sueles hacer eso?

Cuando ellos los buscan, una vez por semana puede ser

¿Esto es en un marco pautado institucionalmente o son personas que por un motivo particular vienen?

Son con personas que vienen con aspecto particular que tiene tropiezos, puede ser virtual, toman una sesión, en realidad no lo tomo como un recurso financiero, es más para ayudar a los colegas, que sucede y que podemos hacer, además esto te enriquece, descubres nuevas cosas.

¿Cómo evalúas la calidad de tus hábitos alimenticios de sueño y de ejercicios.

Alimenticios, buenos, respeto mis horarios; sueños malos en este momento por la realización del congreso, y ejercicio, no ejercito pero busco la manera de ejercítame, por ejemplo si tengo que ir aquí a x lugar que está a menos de 10 cuadras voy a pie y me obligo a hacer ejercicio. Nuestra profesión es muy sedentaria, un tiempo tuve problemas por esa situación entonces me doy un espacio de caminar, cuando estoy con mi hijo salto. **15.8.a** Me pongo música y me pongo a bailar me encanta bailar.

¿Tú has podido observar, ya seas tú o un colega, que dice “He visto tantas cosas que ya nada me sorprende. He visto cosas tan excéntricas, raras, horribles que ya nada me sorprende”?

No, para mi cada caso es único, cada caso es nuevo, podrán tener la misma estructura pero diferentes matices, eso es lo lindo de la profesión, eso es lo que más me encanta, puedo tener 10 neuróticos y los diez son diferentes, cada quien es especial, ahora en esta área de peritaje es peor tú ves todos los casos son de violación, pero cada caso es diferente.

¿Has postergado revisiones, controles médicos por no tener tiempo?

Revisiones medicas, no mucho.

¿Te molesta que en reuniones familiares te aborden o te pregunten con consulta de pasillo?

No, me encanta como preguntan, pero tampoco les doy la respuesta.

¿Cómo lidias con esto?

Las anulo con otra pregunta, típica de los psicólogos, algunas veces que se quedan ahí reflexionándolas y en otras escuchar si hay el tiempo, en una reunión social escucho.

¿En una reunión, tú evitarías que las personas sean psicólogas?

No, no lo digo tampoco y si me preguntan respondo.

¿Tú sientes qué la imagen que la sociedad nos impone como terapeutas hace que nos tengamos que esmerarnos más que otros por cuidar nuestra imagen o conducta? Por ejemplo voy a una fiesta y no puedo tomar unos tragos porque me van a ver o como decía alguien la gente dice como si es psicólogo.

NO, para mi es sano ser como uno es. Pero es cierto que la sociedad está pendiente de cómo uno es, pero en lo particular no me preocupa.

¿Esto siempre ha sido así o con los años de experiencia tú te has liberado de preocuparte por esta mirada de la sociedad?

No siempre fui así.

¿Tú qué crees que te ha favorecido portarte así?

15.9.a Lo que me ha favorecido es aceptar que yo también tengo dificultades igual que cualquier otra persona. El trabajo de intervención como paciente; creo que son muchos factores, para mí en lo particular el respaldo bíblico, segundo el abordaje yo como paciente y tercero mi familia.

Tú que has hecho terapia, haces con regularidad o solo cuando ha sido un requerimiento para tu trabajo?

15.10.a No, yo lo hacía porque quería hacerlo, pero últimamente no lo he hecho aquí en Santa Cruz.

¿Has hecho más de una ocasión terapia? Si, individual y familiar.

¿Hace cuanto tiempo? Hace un año.

¿Al terminar sus consultas, que tan a menudo se siente demasiado cansado (a) como para participar en reuniones sociales e interactuar con otros?

No soy una persona que le guste tener una vida social muy activa, prefiero compartir con mi familia.

¿Qué tanto te auto exiges profesionalmente como terapeuta de la escala del uno al diez? Uno, que te exiges poquito y diez que te exiges lo más que se puede

Yo, un ocho.

¿Por qué crees que determine ese nivel de exigencia?

Mi neurosis. La responsabilidad que tiene que tener, es un área hermosa pero delicada, con bastante responsabilidad con uno y otro.

¿Qué tanta dificultad tienes para asimilar los fracasos? En el sentido de que a veces por más bien que lo hagas no siempre los casos no salen como siempre quieres que terminen

Ah sí, eso ocurre muchas veces, la frustración, yo tranquila.

¿Qué puntuación le pondrías si uno es que no te significa nada?

Yo un 6, me llega a incomodar, es algo que hice todo lo que creí que fue lo mejor y no resulto digamos, no digo que es frustrante pero me incomoda hasta que yo mismo lo analice, en la mayoría analizo hasta encontrar donde he fallado, eso parte de que tiene que haber un círculo de estudio y caso.

¿Tú tienes oportunidad de plantear esto?

Si colegas de otro lado, porque las veces que hago acá no ha sido grato.

¿Qué ha sucedido?

15.11.a Tienen una postura muy crítica destructiva, no es constructiva pero no es lo más grave. Prefiero mantenerlos como otros colegas digamos. Eso es preocupante, al final si un colega te dice algo como profesional si le estas consultando, te estás exponiendo, es mantener la postura de psicólogo no?

Me llama la atención esto, porque no eres la única persona que me ha comentado este fenómeno. ¿Por qué crees que nosotros terapeutas reaccionamos así con otra persona?

Porque nos falta ampliar más nuestro conocimiento, nos falta crecer científicamente, me parece la postura defensiva y critica.

¿Entonces por falta de argumento se ponen defensivos?

Si, una falta de conocimiento, de humildad, crecimiento personal, independiente que tengas el nivel de conocimiento de doctorado, masterado, no es un garantía de nivel de crecimiento personal, creo que va más por ahí de liberarte de tus propias dificultades.

ENTREVISTA SUJETO 16

¿Cuál es la percepción que tienes en relación a la realidad de los psicoterapeutas en Santa Cruz?

Ha evolucionado desde la época que egrese, 97, ahora sé que ya hay ética gente trabajando en el tema y se va transmitiendo a nuevos psicólogos, mi grupo de promoción fue el segundo en Santa Cruz en la Universidad René Moreno, muchos no se recibieron, faltaban en el área organizacional, recuerdo en esa época nos decían que van a hacer organizacional todavía está verde eso, pero creo que en la actualidad se está trabajando en eso, pero faltan los abordajes de riesgo sano para la salud mental del terapeuta porque lo privado lo puedes manejar vos, sabes que tienes que ir a tu terapia, tienes que hablarlo, tienes que estar segura de lo que estás hablando, que estas sanas, que no estás enferma y a la vez también el psicólogo tiene que saber su tiempo para sus test, no es atender, tiene que saber sus tiempos y que su salud mental toca.

¿Consideras qué hay una diferencia ente la práctica institucional y la práctica privada a nivel del a psicoterapia?

16.2 Puedo pensar que lo institucional está marcado por un jefe, administrador, director, que hay que seguir su corriente sin que esa persona sepa el trabajo del psicólogo, te digo esto porque el trabajo del psicólogo es muy especial, yo he tenido problema con colegas trabajadores sociales, abogados, estas todo el día haciendo informes, informes, interpretando psicopatológicos, es un trabajo diferente, pero la gente que juntan piensa que el psicólogo se cree más importante porque nos ven sentados todo el día. En lo privado tu manejas tus tiempos tu sabes , el lo institucional tú no puedes salirte dos horas antes para tu terapia par a tu cuidado mental, el trabajador institucional psicólogo es tratado como cualquier profesional

¿Cuál es la opinión que tienes sobre el auto cuidado del terapeuta?

16.3.a Yo pienso que el terapeuta particular, el que no está institucionalizado, que trabaja por su cuenta en su consultorio, la tiene más clara en el aspecto que tiene su tiempo para el cuidado para no estar estresado para hacer respiración relajante, para esperar un paciente al otro, darse su turno de acuerdo a comodidad personal y de salud mental y a la vez también para hablar sobre los casos, para ver si lo estamos haciendo bien, en general son tiempos diferentes en psicología clínica. Es un área hermosa.

16.3.b En la práctica institucional, esto de coordinar los casos, el tiempo que designa a los caso, no es algo que el psicólogo pueda administrar, viene pautado por la organización.

16.3.c En mi experiencia personal, es como si en unas familia hubiera dos padres y dos madres, un padre te dice ve tiene que ir ayudar a hacer panchitos, el otro te dice no tienes que ir a la marcha y el otro jefe tienes que ir,... eso no está permitido es una triangulación nefasta porque no hay claridad y no hay calidad, por más que dividan distritos, por más que se divida gente, son títeres usados y abusados, por los mismos profesores que trabajan en la

institución, y, no por la gente de afuera, pero si como tienes que hacerlo, no tienes todo el tiempo del mundo para hacer una terapia a niños que han robado, han mentido que han agarrado un arma, tanta problemática que llega en el instituciones, tienes que vivir con miles de cosas, la parte forense, jurídica; ósea he trabajado con varios profesionales, el problema pero a la vez otro problema es que sale uno por un lado el otro por otro la institución te exige otra cosa .

¿Tú crees que los terapeutas aquí nos cuidamos?, ¿tenemos comportamientos de auto cuidado?

16.4 Lo que yo conozco, por lo menos si, Sobre todo la gente joven, yo estoy cercana a mucha gente joven psicólogos, sobre todo en la parte clínica, porque necesita mayor auto cuidado por el mismo estrés que te causa la problemática, con mucho abordaje clínico llega un momento que tienes que hablarlo con alguien sino es como una explosión que va venir interna.

¿A qué crees se deba que los psicólogos más jóvenes se estén cuidando ahora?

16.5 Pienso que los jóvenes se están cuidando mas porque viene desde la formación de la universidad, ya hubo cambio en la curricula, yo me acuerdo cuando egrese cambio al año siguiente yo hubiera deseado quedarme, yo era buena estudiante y no me quede, porque hubieron un montón de materias y cosa que tuve que hacer sola, instigarlas, hacer cursos porque no estaba. Entonces desde el año 97 que egreso el 98 cambia el pensum en la universidad, una formación mucho más rica, me encantaba como estaba hecho ese pensum, ahora no sé cómo está hecha en la actualidad la universidad.

¿Consideras que haya aspectos más básicos, más importantes en cuanto el auto cuidado?

16.6.a Yo creo que el auto cuidado está acompañado con el contexto, con el trabajo, esta tu auto cuidado pero también el ambiente donde trabajas tiene que ser cómodo para que puedas actuar concordante, **16.6.b** aunque en la actualidad también en otros países atienden los psicólogos, van en un auto con un chofer sube la persona del problema van a dar una vuelta, hablan del problema, en la actualidad no solo el consultorio es apto para hacer clínica, yo en una confitería con mi paciente con la bulla en un café ahora está permitido, en la actualidad es más abierto, no sé si eso está entre el auto cuidado, todo tiene su riesgo.

¿Entonces tú crees que el ambiente donde trabajas tiene que ser un ambiente cómodo?

16.7 Claro, tiene que estar acorde a tu personalidad, tú tienes que estar vestida acorde, nada colorinche, no puedes estar puesta ropa muy llamativa, con dibujos para que no se proyecte, es mejor tener cosa abstractas, tienes que tener un ambiente neutral médico que vaya acorde con tu personalidad, con buen olor, limpio acogedor para que la persona se sienta segura cuando llegue a tu consultorio o la confitería que vas a pensar que es cómodo para ambos no?

¿Qué lugar ocupa en tu vida el tiempo de ocio?

16.8 Importante la parte de distracción porque es dejar un poco el trabajo para dejar ese aire, no solo por vos sino por tu familia, si tienes hijos por tus hijos, no puede ser clínica, clínica, ni por plata, tiene que ser algo que te guste y te de tu tiempo para el ocio, ir al cine, campo, caminar en bicicleta, tiene que estar y lo he planificado también.

¿Pertenece o asistes con regularidad a un grupo religioso, artístico, filosófico o social?

En la actualidad no.

¿Cuándo estabas en la defensoría, con qué frecuencia participabas en reuniones donde tu podías hablar de tus casos, tanto de la parte técnica y las implicaciones personales que podía tener?

16.9 No, las pocas veces que hubo esas reuniones nos decían, bueno si no terminan quédense hasta las 10 de la noche y termínenlo, no había salud mental. Te exigen a reventarte, que lo haga mal, que te equivoques, de tantas cosa, salir a atender un caso, hacer informes, te ven sentada piensan que te estás rascando. Es muy especial la institución, inclusive pase un curso con una doctora de la carrera de psicología sobre el bullying, donde todo lo que no tenias que hacer lo hacían, pero si hablas te botan, y todos abrimos los ojos grandes, pero porque si lo están escuchando, si han hecho ese taller no ponen en práctica, porque no coordinan con el jefe del jefe y jefe de distrito, si dieron ese taller de auto cuidado de que se hace y no se hace. No hay una receta, todos tiene su aguante, conoce sus tiempos y todo eso. Hay que tener criterio.

¿Es cómo que no reconocen un trabajo bien hecho, responsable?

16.10.a Cualquier cosa, he visto hacer un test de la figura humana, donde yo aprendí y también leí en los libros y lo hago yo, a ver otros dejando dibujando al niño dibujando a su mamá al niño al padre y el colega hablando con otro y tu abres los ojos grandes. Yo he visto muchas cosas que no deberíamos hacer, creo que todos hemos aprendido que lo primero que debes hacer es observar como lo hace, que él lo primero que hace, el techo, arriba, abajo, el camino, la casa, el árbol, son pautas primarias que debemos ver entre como está dibujando y anotarlo, no puedo dejar dibujando y yo al otro lado, yo eso le llamo calidad, no puedo dejarlo dibujando e irme a atender un caso a la Pampa de la Isla, es una opinión personal no estamos manejando ahí la calidad, queremos atención pero nos falta madurar la calidad, con los cambios que se hacen acá nunca vamos a encontrar la calidad, todo bonito y nada la calidad, por eso los paisanos nos ganan campo, por muñeca, te funciona algo, **16.10.b** pero aquí primero es la muñeca y luego la formación, chupamedias y no te quejas nunca aunque hagas las cosas mal. Donde está el supervisor, no hay un mediador entre profesionales, no hay mejor profesión que otra.

¿Cómo evalúas la calidad de tus hábitos alimenticios de sueño y de ejercicios?

16.11 En ejercicio camino bastante, hábitos de sueño tranquilo excepto cuando hay fiestas en el área que yo vivo, ahora han parado un poco porque antes han clausurado justo la que está al lado de nuestros condominios y justo las

ventanas del condominio daban a ese lado de la fraternidad de brasileños, hasta droga ofrecían. Variables externas que afectan.

¿Alimentación?

16.12 Hay variedad de comidas, verdura, pescado, está dentro del balance, frutas gelatinas, jugos, soda fin de semana.

Tú has podido observar, ya seas tú o un colega, que dice: “he visto tantas cosa que ya nada me sorprende. He visto cosas tan excéntricas, raras, horribles que ya nada me sorprende”

Sí, yo creo que desmotiva un poco, se que los cambios se dan de generación a general ósea son cambios tan mínimos que siempre pido que lo poquito que hablamos hoy puede servir para mañana hasta que un día este país subdesarrollado cambie, mejore en tecnologías y recursos humanos, pero primero lo humano, por qué cree que tenemos tantos problemas de divorcios y todo, ya no le echemos la culpa al clima, tenemos los valores de familia, con la primera minifalda que se cruce para el hombre habrá un divorcio. Como que los valores están por desarrollarse. Lo vamos a lograr un día ya me canso de eso. Mi área clínica y ciclo educativo, y la prevención es lo último que un gobierno y una institución gasta porque es muy caro, las ONGs están trabajando en algo, yo soy una experta en prevención primaria, en talleres y problemáticas que quisiéramos abordar si no es una ONGs, a través de la defensora se hace lo que se puede.

¿El tiempo que tú estás trabajando en la defensoría de la niñez, te sucedía que postergabas tus consultas médicas por falta de tiempo?

No me acuerdo que tuve que haber postergado, tuve en ese tiempo algunas veces que me llamaron y tuve que presentar una carta, por ejemplo no pude hacer docencia porque no era compatible con sus horarios, me llamaron de la Unifranz, no podía.

¿A lo que yo me iba era a que si descuidarte tu salud por tu trabajo?

No. Hubo una vez que me rompieron los vidrios me lastimaron mi cabeza en una intervención, si por eso me dio un día de impedimento y esas cosas se cumple y todo eso es con permiso, si estas enferma tienes que ir a la caja. Yo no tuve problemas porque soy sana en general no falte. Cuando trabaje en la Normal 5 años, otro lugar también público, una vez falte tuve una emergencia pero ese momento mi marido le estaba dando un infarto, fue el único día que falte.

¿Te molesta que en reuniones familiares te aborden o te pregunten con consulta de pasillo?

16.16 No, yo me acerco a la persona y digo mira yo soy psicóloga no maga, ó sea el psicólogo trabaja con la persona en una serie de entrevistas, observa, pero no tiene permitido tratar a su familia o amigos de sus hijos por ética no se puede hacer, porque no hay ningún santo ni perfecto en la tierra, todos tenemos algo por eso los psicólogos tenemos que hacernos terapias, por eso

no podemos juntar a todos en la misma bolsa, ni allegados, ni amigos, por ética no te puedo atender pero te derivó.

¿Esas preguntas te molestan?

No, me parece normal, porque la psicología ya no es una novedad, ya ha madurado un poco como profesión, aunque le falta, hay gente que todavía piensa. "hay es psicólogo, te está analizando".

¿Cuándo estabas en la defensoría te ha pasado que salías del trabajo que estabas tan cansada que no querías hablar, o salir a ningún lado, solo querías irte a tu casa, o no llegaste a eso?

Salgo igual, con las amigas, con la familia y había salidas cumpleaños, nos juntábamos a cenar para festejos, en joda no hay quejas, el tema era la responsabilidad. En fiestas no había problema, la fiesta y los bocaditos no era problema, la encargada era bárbara.

¿Tú sientes qué la imagen que la sociedad nos impone como terapeutas hace que nos tengamos que esmerarnos más que otros por cuidar nuestra imagen o conducta?

No, somos seres humanos, somos psicólogos en la clínica, si no sos humano. Si un pelotudo hace una mala maniobra igual lo voy a reputar aunque sea psicóloga o abogado, pero eso si no voy a poner mi profesión en si Yo soy psicóloga. Como me hizo una vez, cuando fui a buscar a mi hijo al colegio, hago marcha atrás para salir y un loco se pone y cuando yo salgo lo rozo, abrí los ojos y me gritó yo soy abogado, y le digo, mira yo soy psicóloga pero esto no es una cuestión de profesiones es un accidente, él quería plata, mira le digo acabo de venir de dar clases en la cárcel de Palmasola y no tengo plata. Gane. Por mas psicóloga que seas vas a tener amigos y enemigos y vos te comportas de acuerdo a tu crianza y valores. Cuida tu imagen en el consultorio con tu paciente, yo por ejemplo no podría atender casos donde yo fumo, en este momento me muero por fumar cigarro, pero me muero pero no me salgo a fumar, digo me muero pero no me muero, pero al final me puedo controlar, yo no atendería un caso donde fuman, por política no lo atendería, pero yo conozco casos donde el colega es adicto al tabaco y atiende estos casos, no me parece, por ética, no se puede atender y debería derivar a un psicólogo, sin necesidad de decirle porque.

¿Qué tanto te autoexiges profesionalmente como terapeuta de la escala del uno al diez? Uno, que te exiges poquito y diez que te exiges lo más que se puede

16.20 Me pongo 9, porque no quiero ser extremista de decir diez o más de diez.

¿Por qué crees que te pones un 9?

Porque profesionalmente uno lo hace bien o no lo hace no hay otra forma, o habla con otro si tiene duda, es humano el psicólogo sigue siento humano imperfecto y tiene que hacerlo bien, si lo haces mal es porque se te murió tu mamá o algo así, en la normalidad no puedes hacer eso. Uno tiene que saber

que tiene que cambiar la cita antes de que salga mal, pienso que esa es la forma.

¿Qué tanta dificultad tienes para asimilar los fracasos con un paciente? En el sentido de que a veces por más bien que lo hagas no siempre los casos no salen como siempre quieres que terminen

16.21 No es tan difícil, porque no todas las personas van a aceptar tu terapia como le está haciendo bien, falta a veces la honestidad, el paciente a veces no es sincero, como te fue como te sentís, le decimos y él, bien, bien y por eso tú dices a este pelotudo no le paso nada la terapia. Con el tiempo tú puedes ir viendo, lo más probable es que el bien no lo llene y deje la terapia. Y varios lo han hecho, yo he derivado a muchos no sé si llegaron lo perdí mi agenda entonces no se.

¿Qué puntuación le pondrías si uno significa que no es difícil sobrellevarlos y diez te cuesta muchísimo?

Me pondría un 5.

ENTREVISTA SUJETO 17

¿Cuál es tu percepción de la realidad de los psicoterapeutas en Sta. Cruz, cómo ves tú que está la situación, como ves tú que están los psicoterapeutas en Sta. Cruz?

¿Percepciones, en qué sentido?

¿En el sentido de cómo ves el trabajo?

17.1.a Yo veo que en el campo de la psicoterapia hay gente que tienen buena predisposición a trabajar pero una formación cuestionable y un trabajo que también muchas veces es cuestionable porque no tiene una formación adecuada. **17.1.b** Creo que en nuestra ciudad cualquiera que tiene un título de psicólogo empieza a ejercer como psicoterapeuta, no hay un ente regulador de psicoterapeutas que me parece debería ser a título de psicólogo y matrícula para psicoterapeuta que no hay y me parece una debilidad.

¿A qué crees tú que se deba que cualquiera pueda ejercer, que haya formación deficiente?

17.2.a A la población que requiere el apoyo del psicoterapeuta pero no están dispuestos a pagar lo que esto significa porque creen que es una charla nomás y no están dispuestos a pagar por una charla de terapia ese monto, **17.2.b** entonces los mismos especialistas, que hay y que son reconocidos y cobran y tiene su consulta llena, pero aun así la demanda de la gente es importante y al mismo tiempo cuando no encuentran gente preparada, porque hay gente que le interesa la psicoterapia **17.2.c** lo hacen como aficionados, entonces la gente va y no la ayuda y se decepcionan y van perdiendo el interés en el campo o piensan que no sirve, desprestigiando la profesión.

¿Tú crees que hay diferencias entre la práctica privada y la práctica institucional?

17.3.a Yo si considero que hay diferencias remunerativas, la práctica privada que por supuesto bien llevada tarda en generar su propia clientela pero da más plata que la práctica institucional, entonces esa es una diferencia. **17.3.b** Otra diferencia que yo encuentro puede ser en mi caso personal yo siento que cuando trabajo en una instituciones me siento más respaldada, es decir que si voy hacer un informe o algo me respaldo a una institución no caigo sola o no me siento sola, en cambio en la práctica privada si uno va hacer un informe es uno como persona, aunque es igual, pero yo tengo la sensación de sentirme más protegida con la institución que con la práctica privada.

¿Cuál es la opinión que tienes sobre el tema del auto cuidado del terapeuta?

17.4.a Yo creo que a mí, nadie me enseñó en mi formación como psiquiatra que había que tener un cuidado de uno mismo, es algo que no entendí, **17.4.b** para mí fue algo nuevo novedoso y que he intentado e intento cada día porque lo considero de vital importancia.

¿A qué crees que se debe que no se pone como un capítulo en la formación?

La formación como psiquiatra o como médico es algo que no está incluido en nuestras universidad enseñarle al futuro médico o psiquiatra a cuidarse a el mismo, a saber en qué punto algo le está molestando al estresarse se ve en las estadísticas que los mayores índices de alcoholismo, suicidios está entre los médicos. Por eso creo que el autocuidado del terapeuta es algo fundamental

solo que no se le haya dado el realce. Yo personalmente trato de inculcarle eso a los residentes pero para mí fue nuevo y fantástico, y ahí entendí porqué dicen que los psiquiatras están más locos que los pacientes porque es productor de un signo de quemarse, no cuidarse.

¿Cómo aprendiste tú del autocuidado?

17.6a En la maestría, o sea por supuesto como intuición como dice Maglo, uno lo sabe como intuición, **17.6.b** pero ya como una materia, y así la importancia que le dieron en la maestría dedicando un módulo a eso, porque otro le dieron un cuarto módulo, me parece que le hayan dado una importancia tan grande me parece muy importante, todo el módulo al auto cuidado, auto cuidado, al desarrollo personal, me pareció que es muy importante. Es a partir de ahí que dije esta no es la quinta rueda del carro, es la primera.

¿En qué medida consideras tu que los psicoterapeutas ejercen comportamientos de auto cuidado acá en nuestro medio?

17.7 La verdad no sabría decirte, porque la gente no lo habla mucho, no sé cómo los otros terapeutas lo hacen y en qué medida lo hacen sería suponer demasiado, definitivamente no sé porque la gente no lo comenta, pero no podría asegurarte.

¿Porqué crees que la gente no habla de este tema?

17.8.a Yo creo que en parte no hablan por desconocimiento, y en parte no lo hablan porque yo creo **17.8.b** que no lo consideran tan importante porque se muestran débiles como la gente que va al psicólogo porque solo no puede. A que la **17.8.c** gente es muy reservada y hace las cosas en familia con los hijos y no lo comenta.

¿Cuál crees tú que es la postura de las instituciones en relación a este tema del auto cuidado?

17.9 Institucionalmente es cero, nosotros vemos que hay dentro de la psicología un área que es psicología organizacional que se encarga de recursos humanos y esa área debería ser la encargada de prever una institución que haga un autocuidado en instituciones médicas de salud. Personalmente en las instituciones que trabajo y conozco no he observado que se dedique un espacio específico para esto.

¿Tú consideras que hay un comportamiento o has pensado en algún momento en algún tipo de comportamiento de auto cuidado que sea básico que sea muy importante?

17.10 Yo creo que el poder descansar, pero no significa estar en tu casa, sino a descansar de las preocupaciones relacionadas a tus pacientes, a tu trabajo, darte un espacio de no poder ser la psicóloga, la siquiata o terapeuta, sino tener un espacio de la manera que cada uno lo vea, yo lo digo descanso no echada en tu cama, sino distraer tu cabeza me parece muy importante.

¿Qué lugar ocupa habitualmente en tu vida el tiempo de ocio, tienes la posibilidad de tener tiempo de ocio?

Si.

¿Qué tan importante es en tu vida?

17.11.a Yo programo anualmente mi tiempo de ocio, yo por ejemplo programo para el próximo año mis vacaciones, mis viajes que a mí personalmente me sacan la cabeza afuera, más que quedarme en casa o descansar, que también lo hago. **17.11.b** Yo trabajo 3 veces a la semana, por una cuestión de pacientes, pero aun si tuviera más pacientes no trabajaría los 5 días. Yo martes y jueves hago cosas de casa, o cosas para mí, como peluquería y espacios para mí. No

atendería 5 días a la semana, esos días yo me dedico a mis hijos, a dejarlos en sus clases, yo programo sus clases los martes y jueves para poder ir. Después lo que me más me relaja son los viajes, yo programo los viajes dos veces por año.

¿Pertenece o asistes con regularidad a algún tipo de agrupación religiosa, deportiva, social?

17.12 Pertenezco a un grupo de amigas con las cuales nos juntamos más o menos uno o dos veces al mes dependiente del tiempo que ellas tengan es una agrupación por afinidad. No pertenezco a ninguna agrupación deportiva, cuando era adolescente y adulto joven como 10 años a una agrupación católica que me fue de mucha ayuda con la cual mantengo un contacto básico y mínimo, pero si tengo un grupo de amigas que nos juntamos.

¿Con cuanta frecuencia participas en reuniones con colegas donde expones tus casos, tanto técnicas como las personas, tienes esa opción?

17.13A ver, en realidad la institución si la ofrece como reuniones clínicas sin embargo estas no llenan mis expectativas, por lo tanto no llegaría a ser algo que realmente cubra una necesidad de exponer y poder encontrar otras opiniones.

¿Cuando yo entreviste a personas me decían en mi trabajo no hay o en mi trabajo hay pero cualquier cosa, pero sin embargo yo tengo un grupo de colegas que nos citamos de cuando en cuando para ver esto. Tienes esa opción?

17.14 No, lo converso con un colega o amigo pero como algo de pasillo.

¿Y hacer una supervisión alguna vez te supervisaste con un psiquiatra más experimentado?

17.15.aNo tengo esa opción. **17.15.b** Pero si la considero muy importante y la desearía tener

¿Por qué crees que haya esta falencia? Porque parece un problema generalizado.

17.16.a Yo creo hay una cosa que es falta de confianza. No sé cómo será en los otros, en mi caso si quiero ir a alguien que me supervise voy a buscar a alguien que tenga igual o más luces que yo, entonces no es cuestión que me crea inteligente o que nadie sepa más que yo, pero me cuesta encontrar personas en las cuales podría confiar su opinión, quizás también está ligada a que no haya sino que no hemos propiciado el espacio porque no uno no tiene confianza por verse bonita sino por escucharlos hablar, puede ser eso, en el ámbito de psiquiatría es un dato más complejo porque son colegas jóvenes, **17.16.b** los mayores están en otro tren hay una brecha generacional muy grande entre colegas muy mayores y muy jóvenes. Creo que se ha hecho muy difícil.

¿Creo que en la psiquiatría hay un fenómeno, que lo he visto en la práctica, que los psiquiatras mayores más experimentados tienen una práctica ortodoxa más farmacológica que la generación joven?

Entonces con quien te vas a supervisar? Lo que pasa que las cosas han cambiado tanto que los que fueron nuestros maestros que tienen técnica muy diferente de la que quieren usar por lo tanto no es muy fácil ya que no es mi estilo de ver.

¿Cómo evalúas la calidad de tus hábitos de sueño, alimenticios y de ejercicio?

17.19 Bueno tengo un gran problema, considero que son de “ultra archí extrema” importancia, hace un par de meses estoy trabajando en ellos, considero que es de extrema importancia comer sanamente, hacer ejercicio y considero que el dormir es una necesidad, Duermo bien, no hago ejercicio, lo hacía antes y lo voy a volver hacer, y mi calidad de alimentación está mejorando y considero que es muy importante.

¿Has podido observar que en el transcurso de tu práctica, con otros colegas has visto tantas cosas que no te puedes sorprender?

Yo siempre me sorprendo, es más me sorprendo mucho.

¿Has postergado tus revisiones médicas por falta de tiempo?

17.20 Si, o sea no solo por falta de tiempo, y por dejadez, no sé si así les pasa a los psicólogos pero los médicos somos muy malos pacientes, la verdad si lo postergo pero no un grado extremo, soy de ir al médico y espera mis ecografías y controles cada tiempo que me toca, pero siempre tiendo a ir dos meses de atraso de lo que tenía que hacer. Lo hago pero me tardo. Lento pero seguro.

¿Te molesta que en una reunión familiar digan, ella es psiquiatra le consulte esto?

17.21 Me sucede y me molesta, sobre todo cuando la persona es muy desubicada, está bien que te consulte pero ya una cuestión que hago en este caso eso si me molesta, claro que me molesta, y me molesta más aun, cuando comentan ella es siquiatra no nos portemos mal, seguro nos está analizando, eso me molesta.

¿Cómo lidias con esto?

17.22 Depende, si estoy de buen humor hago una broma saliendo por la tangente o una cosa así, y si no estoy de buen humor, si es arquitecto le pregunto de mi casa, pero en lo general me hago a la opa, no me enojo o le digo no me gusta hablar de eso en estas circunstancias.

¿Consideras tú que por el hecho de trabajar con el tema de salud, más aun con el tema mental, está más exigida que otros profesionales de cuidar tu imagen y tu comportamiento?

17.23 Si considero que sí, porque es algo muy simple, la gente con una media normal de razón dice si esta chica hace berrinches en la calle, cómo me pide que me controle, por eso creo que si soy observable.

¿Al salir de consulta, te sucede que estás tan cansada que lo único que quieres llegar a tu casa, no quieres ver a gente o reunión social?

17.24 Sí, me sucede cuando salgo de consulta muy noche, cuando estuve toda la tarde de 3:30 a 9 salgo agotada, busco una recompensa alimentarias, por lo tanto quiero algo rico, para mí que me de placer, tengo una tendencia natural para compensar mi sacrificio, pero muchas veces salgo contenta porque lo hice bien pero cansada y llego a casa a hacer unas cosas.

¿Y si ponemos más o menos un promedio, una vez al mes?

Diría una vez a la semana si a veces no es más.

¿Qué tanto te auto exiges en la profesión de un grado del 1 al 10?

¿En la profesión?

¿Si en tu desempeño en tus pacientes?

Entre un ocho a un diez.

¿A qué crees q se debe esto?

17.25 Que no hay mucho campo a equivocarse, que cuando uno está con un paciente tiene que hacerlo diez o sea el paciente viene buscando ayuda

entonces tiene que dar dentro el campo medico tiene q hacerlo bien, a veces es la única chance que el paciente viene buscando ayuda y por supuesto no conversamos con personas que están bien sino que tienen en riesgo su vida, o con paciente que puede ser un posible pedófilo en potencia y se está cuidado de no hacerlo, tienes que hacerlo bien.

¿Qué tanta dificultad tienes para asimilar los fracasos?

Bueno con los años ha ido mejorando.

Del 1 al 10, considerando que el uno es fácil y diez difícil

Yo creo que no es tan difícil yo le pondría un 5 tirando a 4, lo asimilo mejor que peor.

¿Qué es lo que te ayudado a asimilar?

17.26.aEl darme cuenta que no todo depende de mí, hay un gran porcentaje que depende de cómo el otro interpreta lo que yo digo o cómo el otro y sus circunstancias están cruzando con mi consulta. **17.26.b**Entonces inicialmente era muy exigente y quería que todos salgan muy feliz y contentos pero han habido muchos casos que a pesar de haber hecho mi mejor esfuerzo no ha sido así, y analizando las cosas puede haber fallado el olfato no encontrado los estímulos efectivos suficientes. Por ej. Una vez tuve una mamá, una pareja divorciada que su hija mayor de edad tenía un cuadro de bulimia y depresión y trabaje muy bien con ella, pero la chica empezó a faltar y tomar la plata de la consulta en otra cosa y como el papá me la llevo, y como entre el papá y la mamá había mucha rivalidad llego un punto donde interpretaron mal porque la chica como no venía, modificó los remedios, uso algo más de no sé qué y los padres me atribuyeron la culpa a mí. La madre hizo un escándalo, pero no creo que sea mi culpa, quizás tal vez no poder manejar el sistema.

ENTREVISTA SUJETO 18

¿Cuál es su percepción de la realidad de los terapeutas en Sta. Cruz?

¿En general?

Si, en general, ¿cómo ve usted a nuestro gremio?

18.1 Sabe cómo lo veo, que los psicólogos que salen de nuestro medio en Santa Cruz no están orientados a algo específico por eso se ven en necesidad de trabajar con adolescentes, con niños, parejas porque están muy poco formados. Otra cosa que veo es que en las universidades que dan psicología muy poco se orientan a la clínica más son organizacionales y si dan clínica dan solo un semestre y no está bien pues porque no es que los psicólogos solo tratemos con trastornos sino también con personas que tiene problemas, problemas de duelo, de pérdida de pareja, una persona que están sufriendo.

A qué cree que se deba este fenómeno que las universidades ya no estén enfocándose mucho a trabajar en relación al ámbito clínico?

18.2 Yo pienso Sandra, o sea personalmente, que falta formación de los Docentes. No pueda ser que un docente de una universidad no tenga más formación que solamente la licenciatura y recién egresados un año o dos años. Entonces vamos a tener alumnos menos que mediocres.

Entonces usted ve dos problemas en la formación. Uno que la gente no tenga una formación post gradual y otro que son muy jóvenes.

Muy jóvenes claro. Si hay cosa que quiero agregar Sandra, qué fue lo que me valió bastante, cuando yo empecé a trabajar mi experiencia de vida que fue muy importante para que pueda trabajar en consultorio. Claro yo lo entiendo si yo tengo 55 años y me mandan con una chica de 24 años yo no voy, si mis nietos tienen esa edad no voy, entonces voy donde una persona que tenga más o menos mi edad o que sea un poquito mayor y ese ha sido importantísimo en mi carrera.

Cómo cree usted que los jóvenes que salen y empiezan a trabajar enfrentar esta problemática de ser muy jóvenes para trabajar ciertas cosas o no tener experiencia pero si entrar a trabajar en consulta

18.4 Lo veo mal, lo veo mal, porque no tiene experiencia. Yo les digo a mis alumnos: nosotros chicos tenemos que tener presente que estamos con una persona que está sufriendo y además que como psicólogos que nos hemos formado tenemos la capacidad para sesgar a una persona, pero nosotros no estamos para eso, mejor es dejar la carrera, porque ellos depositan tanta confianza nuestro paciente o cliente, como quieras llamarlo, sin embargo he escuchado de alumnas mayores de la noche que se han topado con psicólogos varones y han teniendo relaciones sexuales con ellos. A mí no me parece correcto eso no puede ser. De dos a tres personas mayores que se enamoraron del terapeuta tuvieron relaciones sexuales y además que les cobraban más de lo que deberían cobrarle la consulta. No vale la pena decir nombres porque eso sería en otro ámbito.

Le cobraba servicio extra.

Y ella me decía, sabe que yo tuve que robar para regalarle una cadena que costaba ochocientos Dólares para navidad. Yo le dije dígame quien yo voy y se la pido; porque uno como persona mayor, con hijos mayores, con nietos bebés esto es una aberración, una barbaridad y no creo que los docentes como usted y como yo y tantos colegas que tenemos que no se enseñe valores, se les inculque que tenemos que ser honestos en una atención psicológica con una paciente y no aprovechar de su situación de sufrimiento, **18.5** es que bueno

hay personas que no son para ser psicólogos y eso lo tiene que ver también, como obligación, la universidad, hay alumnos y alumnas que no pueden ser psicólogos no deben, porque todo se puede, por muchas cosas no deben ser psicólogos. Hoy por hoy yo tengo un alumno en la universidad no hay porque, yo digo por qué, está en séptimo semestre, entrando, y yo digo porque lo dejan este joven no va dar pero bueno.

Cuando usted hace ese tipo de observaciones ¿cuál es la respuesta?

No, no va a salir, entonces no lo tengan en la Universidad, díganle que hable con un psicólogo experimentado, que lo llame y lo siente, le diga que vea otra posibilidad de otra carrera porque... Es más este chico tiene una inclinación sexual bastante fuerte, tiene en el celular chicas desnudas, entonces como puede ser psicólogo así, claro uno como docente no puede meterse más si él alumno no dicen más. Esto de la docencia es bastante complejo ¿no?

Si

¿Entonces usted ya ve que desde las formaciones ya empiezan las dificultades para los futuros terapeutas, que ahí empiezan las falencias?

18.7 Y hay otra cosa también, sabe que he visto, hay muchos celos profesionales, porque es psicoanalista, que porque es humanista, pero si al final es una sola cosa más de sentido común. Imagínese Sandra, yo con la edad que tengo me ponen a mí con una niña de 18 años para mí no es un problema importante pero para ella es un problema importante y muy importante tanto que se quitan la vida.

¿O sea aún estamos divididos por enfoques?

Estamos, hay mucho celo profesional

¿Por qué cree usted que esto no se ha podido superar en nuestro medio?

18.8 Ay Sandra, no sabría que decirle a eso ¿será? Porque son jóvenes y quieren sentirse más que los demás, no quieren una igualdad sino quieren sentirse superiores y eso los hace ver inferiores por los errores que comenten

¿Considera que hay diferencia entre la práctica privada y la práctica que se puede hacer en una institución?

Sí, yo creo que bastante grande

¿Podría comentarme por qué?

18.9 Le comento porque según como le digo mi opinión personal, porque cuando usted va a una práctica privada usted está pagando por cada sesión y obviamente el terapeuta tiene que hacer lo mejor que pueda hacerlo en sus 60 minutos, para mí la atención psicológica es 60 minutos, escucho a escucho a colegas que hacen 40, 45 minutos, pero yo hago 60 minutos y a veces más, porque en una institución no, porque son varios los que son internos y es psicólogo tiene que darse su tiempo y no dejar a ninguno que se quede sin atención.

¿Entonces habría una diferencia entre tiempo y esto influiría en la calidad de atención?

18.10 Mire, no me atrevo a decirle eso porque no tuve experiencia en ningún tipo de institución siempre estuve en la práctica privada pero puedo decirle que estoy observando y personalmente no me gusta me afecta ver a la gente sufrir con trastornos mentales, yo tengo una hermana que tiene problemas mentales y no me agrada un poquito, pero veo la atención que no es buena lo digo por mi hermana que no quiere entrar a terapia de grupo que no entre, eso no me parece bien uno tiene q hablarle no sé. No quiero decirle con esto que son malas las instituciones, no, es porque el psicólogo no tiene tiempo pues.

¿Ud. Cree que esto influye, como le digo, Cree que estas limitaciones en nivel de instituciones influyen al psicólogo como terapeuta?

18.11 Hay otra cosa, fíjese usted la diferencia entre un psiquiatra y un psicólogo, un psiquiatra es un licenciado en medicina y el psicólogo es un licenciado en psicología. El psiquiatra medicamenta, yo creo que no saben tanto como el psicólogo de técnicas estoy hablando, los psicólogos desde que nos formamos son técnicas para eso para el otro, nosotros somos los señores de las técnicas pero siempre los veo a ellos se creen más que nosotros y eso les digo a mis alumnos somos iguales solo que ellos hicieron un año de especialización en psiquiatría y bueno nosotros los psicólogos hicimos en psicología organizacional, clínica o lo que sea, pero hay diferencia la veo y es bastante grande entre el psiquiatra y el psicólogo, y también el psicólogo es de aplacarse de sentirse menos.

¿Por qué cree que pasa eso con los psicólogos ante los psiquiatras?

Porque le dicen doctor sencillamente, porque al psiquiatra le dicen doctor y a nosotros los psicólogos nos dicen licenciado.

¿Cuál es la opinión que tiene del autocuidado del terapeuta?

¿Referente a?, mentalmente, físicamente?

¿El autocuidado en general, porque lo que me interesa saber es cómo los colegas enfocan, la visión que tienen ante el autocuidado, como es que usted lo ve?

18.12 Fíjese usted vamos hablar primero físicamente, lo primero es la vestimenta, obviamente tiene que estar limpia, tanto hombre como mujer, con una ropa pues que no sea llamativa, una mujer no puede estar con una blusa medio pechos al aire, ni tampoco con una falda muy cortita porque eso no corresponde para un profesional de la salud y todavía para un profesional en salud mental, la ropa sencilla y limpia, el hombre no va a estar con jeans y polera detrás de un escritorio cuando tiene esa responsabilidad y tiene que servir de modelo para el paciente. En cuanto a la salud mental, cómo yo puedo ser terapeuta de pareja si yo no puedo vivir bien con mi pareja o si yo tengo 4 a 5 divorcios, como puedo hacer yo terapia de pareja mm?

Cómo ve usted, volviendo un poco a la primera pregunta, como ve la realidad a ese nivel de los terapeutas.

A qué nivel me habla, Sandra

¿Al nivel salud mental, hablando de los temas de cuidados, cómo nos ve?

18.13 Conozco buenos colegas, bastante buenos, conozco docentes los he conocido, como profesional no he tenido experiencia, pero bueno hay de todo Sandra que le vamos hacer y aun la gente desconfía de nosotros los psicólogos, aun la hallan como una carrera no importante, como la medicina, la arquitectura, el derecho, la ingeniería, así de fácil. No sé si usted comparte conmigo

¿A qué se debe, cree usted, que las personas aún desconfían, aun no dan la importancia que nosotros quisiéramos que le den a nuestra profesión?

No ven resultados rápidos como lo ven con los psiquiatras que le dan las patillitas de la alegría, sabemos, y a los dos días se siente bien, la terapia no es así, ya sabemos que es una o dos por semana, para mí si hay intento de suicidio, yo lo atiendo dos veces por semana porque me interesa que esa paciente no se mate o mate a otra persona.

¿Entonces me dice que en cuanto al estado mental ... ?

Perdón que la corte, hoy día un colega, voy a decir su nombre porque lo hablo en la tele, ese Sr. Guardia, lo escucho hoy en las noticias, sobre la chica que mataron en una residencial por la avenida Piraí, que la amarraron, le hicieron el amor por el ano, por la vagina, la violaron, ahora ahí están las cámaras como ella entra con el tipo, como Sandra usted va a meter la pata así de esa forma en la audiencia que lo están viendo y va a decir: bueno aquí él ya tiene un trastorno de personalidad, pero si no sabemos de mirar a una persona, cómo usted va a decir de mí que yo tengo un trastorno de personalidad simplemente mirando, es una barbaridad, yo creo también que las personas que van a mostrar su cara a la tele, que dicen lo hacen bien, que no metan la pata de esa forma porque son psicólogos o psicólogos que nos dicen; y cada vez lo oigo decir cada sonsera, Sandra usted sabe que nadie puede diagnosticar a una persona solo con mirarla,

Yendo en relación con esto que mencionaba, que si una persona no puede solucionar su propia vida de pareja como va a trabajar en parejas. ¿Cómo ve, el tema, que tanto piensa usted que los terapeutas estiman o se auto cuidan asimismo en nuestro medio?

Bueno, no me voy a la perfección porque todos tenemos problemas con los hijos y cuando somos más jóvenes problemas económicos, con la pareja...¿cómo fue su pregunta Sandra?

¿En qué medida nos cuidamos los terapeutas en Santa Cruz. Usted piensa que los terapeutas se cuidan, más o menos, bastante?

18.17 Yo creo que como en todas las profesiones, no voy a pecar de crítica ahí, porque según mi percepción podría decir del 0 a 100 cuanto califica podría un 80.

¿De qué cree usted que depende que algunos se cuiden y otros definitivamente no lo hagan?

18.18 Yo creo que como en toda las carreras, todos somos seres humanos. Hay mujeres que son muy elegantes y hay mujeres que son muy descuidadas, así como los hombres que son atractivos que siempre están bien vestidos y a otros que no les importa. Hay hombres que van siempre de terno, siempre en la tele, no sé si será porque siempre están en televisión, pero están personalmente en cuidar su vestimenta, hay de todo.

¿Esto es algo que depende más de las personas?

Depende más de las persona, y de los gustos Sandra puede ser que a usted le guste estar siempre le guste estar vestida con ropa cara o vestida para llamar la atención, eso ya tiene que ver con su personalidad de usted. ¿No?

¿Cuál cree qué es la postura de las instituciones donde trabajan los psicólogos en cuanto el tema del autocuidado?

¿Cualquier tipo de institución?, colegios, instituciones.

No tanto así.

Los clínicos En las instituciones mentales.

Sabe, aclárame más la pregunta.

Sabemos que las instituciones tienen sus normas, sus políticas para con su personal, ahora cómo ve usted la postura que estas instituciones tienen en relación al autocuidado de los terapeutas, Lo toman en cuenta, lo toman en cuenta a medias.

18.20Lo que me ha dicho al último, lamentablemente tengo que decirle eso. Claro que estamos hablando de médicos, neurólogos, no solo siquiátras, medicina general, hay algunos que respetan al psicólogo, pero otros nada,

usted sabe dicen vaya nomas al siquiatra, cuando somos tan diferentes; yo pienso Sandra que deberíamos hacer conciencia en nuestros estudiantes, todos los que somos docentes, yo se lo hago sabe por mi maestría, la gran diferencia que hay entre el psicólogo y el siquiatra, nosotros no podemos recetar y sin embargo hay psicólogos que recetan.

Definitivamente.

Pero infelizmente no nos ven como a los psiquiatras nos ven como menos.

¿Por qué cree que sea esto?

Porque le dije anteriormente, a los siquiатras les dicen doctor a nosotros nos dicen doctor porque no saben, porque nosotros somos licenciados a no ser que tengamos un doctorados como lo tiene Mario, Gema Gózales y no conozco quien más.

Son varios ya: Forest, Charito, Rosario Betancurt, etc.

Betancurt, una gordita ¿no? La conozco porque mi hija es pedagoga, ya no los conozco, yo tuve poco contacto con el colegio, solo para inscribirle Es que sabe Sandra no sé si es importante lo siguiente, hoy día en la noche tengo una reunión con mis compañeros, que hago yo con mis compañeros que tienen 34 35 años, yo no quiero ir y no porque no me gusten mis compañeros, yo los quiero me tratan bien , me sentí bien pero casi todos son de la edad de mi hija, imagínese, entonces que voy a hacer yo en una reunión donde ellos tienen otro tipo de interés, hablan de sus hijos que tiene chiquitos y a mí que me importa los chiquitos, y a partir de mi edad a partir de los 55 tenemos otros intereses. No sé si me hago entender, entonces no voy a ir podre alguna disculpa lo siento mucho, hasta ellos se van a sentir mejor sin mí. Verdad Sandra, cuando yo iba a la universidad yo digo Dios mío todos jovencitos y yo aquí. Todos pensaban que sabía por mayor pero yo como iba a saber si recién estaba entrando a psicología.

¿Usted cree que hay comportamientos de cuidado que son más importantes?

Creo son básicos,

¿Cuáles son?

18.23 No sé con qué palabra decírselo, en primer lugar el lenguaje Sandra, fundamental para mí de nosotros el psicólogos y segundo lugar la vida que llevamos los valores es muy importante no podemos estar pretender lo que no somos, es lo que le decía como pretendo yo dar una terapia de pareja si yo nunca he podido llevar mis matrimonios bien, como entonces pretendo yo dar una terapia de pareja. Y también pasa otra cosa, no sé si a usted le ha pasado, porque a mí me ha pasado que con otras personas mayores, una será de cincuenta y tantos, viene y me dice estoy cansada de mi pareja quiero otra persona que me quiera entendible, yo también he sentido eso y entonces que quiere que le diga, me dice son 4 años que vivimos separados, no me mira, dormimos en cuartos separados, irremediamente rotos y ha aparecido un enamorado de joven, que le tengo que decir si yo quiero que sea feliz que tenga bienestar en su vida, solo le digo que tenga cuidado que no corra riesgo porque ya divorciarse a los 60 años cuando hay que dividir todo para qué? Si el esposo ni le pregunta donde fuiste que hiciste, créame esto cambia. Los hombres también, yo tuve un paciente Español que me decía mira mi mujer es buenísima no me quiero divorciar nunca pero me estoy enamorado de una cunumicunumi, pero estoy locamente enamorado, una mujer de 22 años y un hombre de 60, eran sus palabras de él. Y no sé, tenía mucho dinero los hijos

vivían en Asia, África, entonces exitosos y me dijo mi esposa un poco gordita se descuidó, y yo le dije que le sugiriera que se operara. Entonces si no hay otra solución divorcio. Estamos en la última etapa de la vida ya.

¿Cuando usted me habla de lenguaje me puede explicar a qué se refiere?

18.24 Sabe a qué me refiero, he escuchado a varias colegas y jóvenes con un lenguaje poco deseable, disparates, exactamente, creyendo que lo hacen bien, lanzarse esas cosas así en una reunión, que no todos psicólogos hay de todo, una barrabasada, eso a mí me cae muy mal, la vestimenta también es importante a mí me gusta la gente clásica, o sea para estar en una atención, imagínese atendiendo a un hombre y usted con los pechos ahí, el pobre hombre no atenderá nada.

¿Claro, Aparte del lenguaje, los valores de la vida y la vestimenta, usted encuentra alguna otra que sea básica?

La salud es importante, aun que nosotros no tenemos la culpa de enfermarnos no? otra cosa básica en el autocuidado es saber qué es lo que estamos haciendo, no meternos a cosas que nosotros no sabemos cómo yo me voy a meter a atender a un niño a adolescentes cuando yo no tengo ninguna técnica para niños y no conozco y no me gusta. No es que no me gustan los niños, solo no me gusta atender a los niños, hay que tener mucha paciencia, y otras personas me dicen a mí que yo para atender a tercera edad tengo paciencia pero a mí me encanta atender a pacientes de la tercera edad, todo es cuestión de gustos.

¿Yendo ahora a temas más personales, usted programa tiempo de ocio para usted?

Si,

¿Qué tan importante en su vida es esa programación?

18.26.a Sandra, ahora ya tengo demasiado tiempo libre ya, a mí me gusta caminar, el gimnasio, **18.26.b** tengo un grupo de amigas de mi promoción estoy una vez a la semana con ellas, me gusta mucho ir con ellas a Samaipata **18.26.c** me gusta descansar ahora, porque ya trabaje mucho.

Hablando ya con los colegas, preguntaban usted cree que la prioridad en los momentos de ocio va en función al proceso evolutivo que estamos viviendo. ¿A que me voy, si usted mismo el tiempo que ocio que tenía 30 40 50 ha sido el mismo o ha ido variando?

18.27 Ha ido variando, la verdad cuando yo estaba trabajando a esa edad que dice, no tenía tiempo, al mismo tiempo tenía a mis hijos, me divorcie, me volví a casar, entonces no tenía tiempo. Por eso digo que las etapas están bien marcadas, esa etapa evolutiva yo podía, no me cansaba, yo estaba hasta las 3 de la mañana y de pie a las 7, ahora téngame hasta las 3 y ¿me puedo levantar a las 7 de la mañana? Definitivamente no es lo mismo, me cansa atender un paciente en la tarde, meterme problemas que no faltan, con los hijos los nietos, no faltan.

¿Usted me mencionaba hace un momento que tiene un grupo de amigas con las que se ve semanalmente, aparte de ello usted tiene un grupo religioso, artístico, deportivo que asiste con regularidad?

18.28.a Pinto, aunque hace años no lo hago con regularidad, lo empezare a hacerlo, **18.28.b** es este año que me sentí cansada, no es ese cansancio o sea que ya no quiero responsabilidad.

¿Qué cree Usted que paso para que tenga este cambio?

18.29 Me canse Sandra, me canse, no tengo la mismas energías de antes aunque a mí me duela no la tengo. Usted sabe en la Udabol yo era docente de día de noche y no me cansaba, estamos hablando de un año atrás, por qué este 2013 yo me canse más. Yo creo que es por los años definitivamente, que más va a ser. Me cuenta ya manejar un poco en las noches, ya no es lo mismo de antes.

¿Usted tiene ocasiones donde reunirse con sus colegas donde puede hablar de los casos que atiende?

No, y me gustaría participar en algo.

¿A qué cree que se debe que tengamos pocos espacios, porque he hablado con otros colegas e igual dice que les gustaría, a que cree que se deba esta falta de espacios de momentos para compartir estos momentos?

Que deberíamos hacerlo, no sabría qué responderle Sandra, pero me da la impresión que hay celos, que son psicoanalíticos ellos nomás no entre Freud. Fui a Londres, y yo estuve casada con una inglesa y él tenía sus hijos allá, entonces la mandamos a mi hija ahí, no a la casa de ellos pero la mandamos a Inglaterra, fuimos en julio y conocí al consultorio de Freud, no nos dejan sacar una foto. Su escritorio macizo, su pipa y sus libros y tienen una fotografía de él y era un hombre tan lindo. No me gusto Londres más me gusto España la gente es más cálida.

¿Cómo ve sus hábitos alimenticios de sueño y ejercicio?

18.31 En eso yo soy ordenada y ahora que estoy enferma, diabetes y soy ordenada por lo de diabetes, tuve una descompensación muy fuerte, soy muy ordenada.

¿Duerme bien?

18.32 Sí, no más de 7 horas, no me gusta desvelarme y nunca me gusta tampoco, me gusta leer, no psicología siempre, me gustan novelas como Allende Me gusta el buen cine, el cine europeo, la comedia,. Yo digo también que digo si me quedo sin trabajar que voy hacer, si Samaipata es un pueblo muy tranquilo y luego también me consuelo no esta tan lejos.

Ha podido percibir en usted o en los colegas, que ya ha visto tantas cosas que ya nada le puede sorprender, nada es lo suficientemente raro, grotesco para sorprender.

Estoy de acuerdo, es que vemos cosas que nunca pensamos escuchar saber.

¿Ya no se va sorprender ahora?

No con todos, esos crímenes terribles me conmueven mucho, a mí las violaciones a niños y niñas me conmueven mucho eso es un factor por ejemplo que lo podría poner en algún lado sobre el autocuidado yo no sé si todos ellos psicólogos son insensibles, yo soy muy sensible y esas son las cosas que han marcado en la clínica. Es mentira, a nosotros en la universidad nos enseñaron, no sé si a ustedes en la universidad les enseñaron, cuando se nos vayan los pacientes que nos demos la vuelta y les hagamos así. ¿Usted comparte eso?

No

Eso recuerdo bien que nos enseñó la Licenciada Teresa Valdivieso, yo me quedo pensando cómo ayudarlo, peor si ha atentado contra su vida, eso me asusta tremendamente.

¿Usted ha postergado revisiones médicas por falta de tiempo?

Si, muchas veces. No muchas veces, no es mi estilo, soy muy ordenada ocasionalmente.

¿Usted le molesta que en reuniones sociales le digan como usted es psicóloga quiero preguntarte eso?

Me molesta,

¿Como usted enfrenta esta situación?

18.34 No contesto nada, me hago la tonta y a la segunda tercera vez cambio charla.

¿Usted considera que la imagen social que la sociedad impone al psicólogo, hace que nosotros nos tengamos que cuidar más en nuestro comportamiento?

Definitivamente.

¿Al salir de la consulta, habido ocasiones que usted ha estado tan cansada que no quiere nada, solo quiere llegar a su casa y descansa y que tan a menudo le ha sucedido eso?

Cuando me ha sucedido eso, cuando la sesión ha sido cargada de emociones, generalmente han sido 3 pacientes que me han dejado cansada que no podía abrir los ojos. No es fácil nuestro trabajo Sandra y la gente cree que si.

¿Qué tanto se auto exige en profesión, poniendo una escala del 1 al 10 donde uno es mínima y diez es máxima?

¿Hoy por hoy?

Si

Si le digo hoy por hoy ha sido floja este año pero si me dice en general yo me pongo un 10.

¿Qué es lo que ha hecho que cambie este cansancio que me decía?

No sé Sandra, yo me he cansado demasiado. Mire yo tenía clases en la mañana en la tarde y en la noche, no era todas las noches pero ya iba 2, 3 noches, me adelgace mucho y no es bueno y tenía exceso de glóbulos blancos, eso me desmotivó bastante.

¿Que tanto le cuesta asimilar en ese sentido si tiene fracaso con un paciente en la escala de 1 al 10 en el uno no le cueste mucho y 10 le cuesta mucho?

18.37 Miré Sandra, desde el enfoque cognitivo nosotros valoramos mucho las tareas para la casa, cuando el paciente no quiere hacer tarea a la casa que tenemos nosotros fracaso no total pero fracaso, en eso yo soy bastante fuerte sí. Porque yo pienso Sandra que si usted quiere un cambio yo voy por el cambio pero si tengo un paciente que no me está haciendo la tarea a nivel cognitivo y tiene problemas de ansiedad de 90 usted sabe que la relajación es la técnica por excelencia, entonces yo le doy la música y el no está haciendo, no tiene ganas y postergar la sesión, me frustra. Soy muy honesta.

¿Que tanto le cuesta esto de la escala de 1 a 10?

18.38 Póngale un 6. Ahora hay otra cosa también por ejemplo mi última hija fíjese que ha fracasado su niño porque no tenía riñón, mi hija ya tiene 30 y su esposo 45 y no tienen hijos y en diciembre se embaraza y su barriga no crecía y colapse con mi hija, otra pérdida, se fue hasta la Argentina teníamos la esperanza pero allá le dijeron que tenían que interrumpir el embarazo porque tenía un síndrome. Hay un gen no lo deja nacer yo no sabía que decir. No sabía que decir, porque toca en lo personal cuando quisiera hacer más. No pude.

ENTREVISTA SUJETO 19

¿Cuál es la percepción que tienes de la realidad de los terapeutas en Sta. Cruz?

¿Percepción en qué sentido?

¿Cómo ves tú que están los colegas que ya están como terapeutas?, al nivel que te parezca más importante a ti, ¿Cómo nos podrías caracterizar, como evalúas nuestra practica, nuestras características?

19.1 Yo, en realidad creo que estamos en un esquema acelerado, acelerado en cuanto al tema de atención, acelerado en cuanto al tema de tiempo por factores tanto económicos como laborales, enfocados en cumplir metas propias y en cumplir los objetivos en cuanto al apoyo a los pacientes y bastante despreocupados en cuanto a la atención propia del terapeuta.

¿Consideras que hay una diferencia entre la práctica privada y la institucional?

Si

¿Cómo ves tú esa diferencia?

19.2 Creo que, me parece que el factor tiempo que se da en una institución para atención de paciente puede influir muchas veces en la calidad de la atención que se le puede dar a un paciente, porque como hay una cierta cantidad de pacientes establecidos y una meta a cumplir, la atención tiende a ser más rápida, quizás con el mismo nivel de profesionalismo pero mucho más rápida, por lo que los resultados son a mucho más a largo plazo, **19.2** mientras que en la consulta privada si bien el terapeuta establece un tiempo, el tiempo es mayor al tiempo que se da en las instituciones y muchas veces me parece que se asume que frente a ser un paciente privado y a la posibilidad que este paciente privado se vaya de la consulta privada y deje de ser un sujeto de sostén económico la atención es mucho mas afectiva y mucho mas, no es personalizada pero mucho, de mucho mas apego que cuando uno trabaja en instituciones donde en realidad el miedo a que el paciente se vaya no es tan grande.

¿Cuál es la opinión que tienes sobre el tema del autocuidado del terapeuta?

19.3.a Yo creo que el terapeuta se, se...no se cuida en realidad, hay poco autocuidado en cuanto al tema emocional, creo que no son muchos los terapeutas, en realidad no sé, no tengo datos específicos, **19.3.b** pero aquí en la institución te podría decir que de los diez que somos creo que ninguno hace una terapia adicional que permita generarle un tema de autoayuda frente a la cantidad de problemas que escucha y frente a sus propias necesidades como ser humano pues no, porque el tema del terapeuta es la idea de que como puede ayudar a todos cree que también puede ayudarse a sí mismo.

Me decías entonces que en lo que tú ves que la gente que trabaja acá ninguno

19.4.a Sigue una terapia no, cuando uno estudia, bueno al menos yo estudie en Cochabamba, y cuando uno estudia normalmente una de las primeras sugerencias es hacer terapia para evitar la contratransferencia y **19.4.d** me parece que poco, poco lo hacemos, poco trabajamos en nosotros, por lo mismo que te decía al principio por factor tiempo, por factor económico, porque

creemos que tenemos la capacidad de manejar nuestros problemas así como los de los demás y porque de pronto en algún momento hasta nos volvemos más duros no, y creemos que las cosas no nos afectan .

¿Entonces tú crees que en nuestro medio nos cuidamos?

Poco, poco o nada creo yo. Yo estoy hablando del autocuidado emocional

Si

¿Cual crees que es la postura de las instituciones en relación a este tema del autocuidado?

¿Del terapeuta?

Qué crees tú que hacen las instituciones por el cuidado nuestro?

19.5.a Yo creo que poco, yo creo que las instituciones públicas hacen mucho menos no, creo que están enfocados y preocupados en que el terapeuta logre satisfacer la meta de atención al paciente, si están interesados en el tema de la capacitación, personalmente mi institución en la que yo trabajo, está preocupada por el tema de la capacitación , pero pocas veces quizás se le pregunta al terapeuta o se toma en cuenta que al ser el terapeuta quien tiene posiblemente una mayor carga emocional frente al trabajo que realiza si es que necesita un descanso o si es que está bien, **19.5.b** porque normalmente se asume que el terapeuta siempre está bien, ellos siempre asumen que el terapeuta está bien y cuando el terapeuta está mal, ¿Cómo pues usted va estar mal?, imposible, como pues la psicóloga va estar mal, no puede la psicóloga estar mal, entonces además no se le permite no, son pocas las instituciones que se preocupan; **19.5.b** por eso creo que la preocupación se da a partir de los lazos de amistad que se van generando dentro las instituciones y los terapeutas hacen entre ellos un círculo un lazo de amistad que se convierte en una co - terapia de escucha y sostén no, en función de los vínculos que se han ido generando, que no nace de la institución por supuesto

¿Tú tienes la facilidad, tienes la posibilidad de entrar en estos, de tener un grupo así, de amigos colegas con los que compartes tus casos, con los que te sacas todo esto tanto en lo técnico como en lo personal que te van dejando tus casos?

19.6 Aquí si, en realidad el compartir casos si, por lo menos en esta institución tenemos un grupo bien abierto que cuando tiene un problema, alguna necesidad lo comparte con otro, al principio cuando ingrese me costaba porque había mucho recelo en la primera psicóloga que trabajaba acá, incluso cuando yo ingrese quería entrar a alguna terapia porque estaba en un proceso de aprendizaje y fue , era imposible digamos, creo que aquí por lo menos en el tiempo que yo estoy, que estoy como encargada incluso para los estudiantes es mucho más fácil les damos la posibilidad y que compartan sus experiencias y que sean parte de las experiencias de los otros y de que si tienen necesidades también las hablen, **19.6.b** cuando nosotros los vemos mal nos sentamos con ellos o nos sentamos entre nosotros para compartir cuando tenemos una necesidad

¿Tienen algo ya establecido o es algo en función a la necesidad?

Tenemos establecido, una vez al mes nos juntamos a trabajar esto, bueno, esto por lo mismo que te decía no, por el factor tiempo, tenemos reuniones mensuales en las que vamos viendo las necesidades del equipo, las necesidades personales y una vez a la semana tenemos las reuniones clínicas de equipo general pero no se tratan las necesidades del terapeuta de manera general, pero si se tratan las necesidades de los pacientes.

Esas son mas técnicas digamos

Si, más clínicas, más técnicas, más de enfoques de tratamientos y de necesidades no, de revisión de casos

¿Consideras que hay comportamientos de autocuidado que son básicos, que son los más importantes?

19.8.a Yo considero que en realidad si el terapeuta tuviera la posibilidad de generar el mismo tiempo que genera para sus pacientes y generar un momento de terapia para el terapeuta, un momento en el que pueda ir sacando las cosas, en que tome un tiempo para hablar de sus necesidades sobre todo, no tanto de las necesidades de sus pacientes, creo que ayudaría mucho no es que influya porque **19.8.b** creo más bien que el terapeuta siempre trata de mostrarse bien, puede estar destrozado y viene un paciente, pero al terapeuta no le pasa nada, y puede que esté completamente destrozado, pero tiene también una necesidad, el tema es que también el grupo social percibe en general al terapeuta como un súper héroe a ratos, o como alguien que esta fuera de lo de la tierra no, y cree que no tiene necesidades y que no siente, los pacientes le dicen a uno, pero usted cómo le va pasar eso.

¿Tú sientes que esa imagen social de súper héroe de invulnerable que tenemos con las personas, es una presión más fuerte para cuidar más nuestra imagen, para cuidar nuestra conducta?

19.9 Así, es, se genera una mayor exigencia para el terapeuta, en un terapeuta que esta, no sé, quizás alguna vez ha pasado y podría decir que hasta me ha pasado, alguna vez he tenido algún problema y he salido de mi casa mal, he ido todo el camino de mi casa mal, pero pensando que llegaba al trabajo y decía bueno, se acabo tenía que cambiar automáticamente uno el esquema en el que estaba, la coraza con la que estaba y fingir que todo está bien y reír, y ser completamente diferente.

¿Qué lugar ocupa habitualmente en tu vida el tiempo de ocio, lo programas?

19.10.a Si, los fines de semana en realidad, los fines de semana y los martes en la noche que en realidad, ah bueno, que es que es un tiempo de mis hijos y

19.10.b ocasionalmente los días jueves o sábados que es un tiempo con mi pareja o con mis amigas, claro que normalmente son en las noches no.

¿Pertenece o asistes con regularidad a algún tipo de grupo social, cultural, deportivo, religioso filosófico, artístico?

No

¿Y un grupo informal de amigas, de ex compañeras?

19.11 Sí, eso sí, de mamás de las compañeras de mis hijas, grupos de colegas de trabajo

¿Cómo evalúas la calidad de tus hábitos alimenticios, de sueño y de ejercicio?

(Risas) Malos (risas)

Todos se ríen con esa pregunta

(Risas)...malos

De categoría jajaja voy a poner

19.12.a (Risas), malos porque no, creo que en el tema de ejercicio con muy poco tiempo para hacerlo, en realidad, incluso, como me he dado cuenta que hay muy poco tiempo para esto, he conseguido una profesora que venga y nos de clases acá de zumba tres veces a la semana de tal manera que como yo

no me puedo mover a hacer ejercicio a otro lado, venga y me lo de aquí, de aquí ya yo me vaya a mi casa digamos, a acomodarla para mí.

19.12.b En relación al tema alimenticio, peor porque tengo una hora exacta para llegar, entre que llego, y como, y salgo, entonces es siempre acelerado y en un esquema de ansiedad digamos no; ¿y cuál era el otro?

Sueño 19.12.c El sueño, bueno el sueño bien

¿Duermes lo suficiente? Duermo

¿Cuántas horas promedio? Las 8 horas, duermo las 8 horas pero también es como un reloj, es como que tengo , duermo las 8 horas pero tengo claro que tengo una obligación a las 6, que 6 en punto tengo que estar de pie y como automático, igual esta la presión del tiempo.

¿Tú podrías decir que viendo tantas cosas con los pacientes ya nada te puede sorprender, nada es tan horroroso, tan feo, tan desagradable?

No, yo creo que cada, yo personalmente creo que cada situación no es que me sorprenda pero cada situación independientemente de que ya haya venido un paciente con una situación similar se genera para mí en un aprendizaje y siempre va haber una situación que pueda generarme sorpresa, que pueda incluso generarme hasta sentimiento de empatía con la persona, que pueda generarme hasta tristeza no, y que pueda generar en mi los sentimientos propios de cualquier ser humano, ganas de llorar...

¿Has postergado y con qué frecuencia lo has hecho revisiones medicas por no tener tiempo?

19. 15 (Risas) No hago revisiones médicas nunca.

Tú que trabajas en el ámbito de la salud que eso nos pasa a los que trabajamos en esta área, aprovechas que se yo, el descanso y..."oye mira, te cuento que me pasa esto, vos que crees que puedo tener"

19.16 Claro, en realidad lo que hago es en la Caja por ejemplo, cuando estoy en la Caja eeeh, estoy resfriada, pero tengo pacientes, entonces me pongo para una por hora, pero como no puedo salir y dejar de atender al paciente más bien los médicos me entienden, me esperan, y voy una carrera y le cuento "doctora sabe que tengo esto, esto ... vuelvo por mi receta" o sea, si he ido, hago las atenciones medicas, pero las hago de manera rápida, recojo mi receta abajo y después ya me siento mejor y a veces hasta ni tomo los medicamentos.

Te molesta que las reuniones sociales incluso familiares te aborden diciendo "ah, eres psicóloga, que me dices de esto"

19.17 Sí, me molesta mucho, lo establezco no, y lo dejo claro, no respondo cuando me quieren hablar del tema o de pronto alguien se me acerca, en una ocasión fui a una reunión social y había una amiga de mi hermana con múltiples problemas y se me acerco y se echo a llorar, me levante y le dije me disculpo porque no estaba en función de terapeuta y cuando salgo por las noches dejo claro que no he venido a trabajar y que no estoy en horario de trabajo porque el tema es que siempre están esperando la respuesta de uno y muchas veces lamentablemente lo que dice el terapeuta tiene mucho que ver en las conductas que puedan adoptar algunas personas no, pero es un común

¿Con que frecuencia te ha pasado, si te ha sucedido de que esta tan cansada después de atender pacientes que sales y no quieres ver , hablar con nadie, solo quieres arrastrarte a tu casa y dormirte?

19.18 Me ha pasado sobre todos los días miércoles (risas) que es cuando atiendo casi 25 pacientes, entonces que podemos decir que una vez cada dos

semanas , que incluso ya salgo y al último paciente le he pedido que por favor vuelva al otro día porque ya siento que no quiero ni escucharlos, siento que no quiero verlos y hasta siento que si es que siguiera me tornaría irritable y poco empática, pero eso es porque hay una sobrecarga, ¿no?

¿Podrías ir a una fiesta a tomar u café luego de ello?

19.20 Si lo haría, pero no, poco probable, porque en realidad ahí es cuando pienso y digo voy a mi casa porque estoy saliendo de trabajar tarde y mis hijos me necesitan, entonces no planifico nada porque ocupo ese tiempo para mi familia, porque además he salido muy temprano, he pasado el día atendiendo, entonces no, ese día no está dentro en mis programaciones para hacer algo, pero si hubiera quizás...si fuera muy interesante iría.

Es como que usualmente cambias la obligación en realidad

19.21 Claro, si es como igual, es automático, yo llego a mi casa ahora de trabajar y mi marido me dejo a los niños y luego y tengo que ver a los niños y poner pijamas, hacer la leche, poner pañal al más pequeño y ver esto y ver lo otro y ver lo otro no.

Es como que igual sigo trabajando, antes peor porque antes era que mi marido me castigaba y ahí no me ayudaba en nada pero ahora ha entendido y ya, me ayuda algo, me ayuda un poquito, pero casi todo lo asumo yo hasta que al final me termino durmiendo yo de cansada, mientras él sigue en lo suyo.

¿Qué tanto te auto exiges en la profesión, en una escala de 1 a 10?

19.22. aLa verdad es que antes me exigía mucho mas, antes creía que cuando el paciente no volvía era por mi culpa, porque no había logrado satisfacer sus necesidades, porque no había logrado resolver su problema, **19.22.b** actualmente si bien me exijo, pero por mí, porque siento que necesito exigirme para ser mejor, y porque además eso va ayudar al paciente pero ya no me culpabilizo frente a una ausencia de un paciente, te podría decir que me exijo un 8 de 10

¿Yendo un poco sobre este tema que antes tu si te culpabilizabas, que ha sucedido para que esto cambie?

19.23Lo que pasa es que a medida que uno va trabajando con los pacientes y les pregunta , todos los pacientes y muchos de los pacientes que vienen a la consulta han pasado por un montón de especialistas y he entendido en el tiempo que en realidad los resultados del paciente no están necesariamente o sobretodo o en un 100% en las capacidades del terapeuta solamente sino en la capacidad que tenga el paciente de ser constante en su consulta , por ejemplo los pacientes que son obsesivos y que de pronto asisten a las consultas tal como se les establece muchas veces son los pacientes que tienen mejores resultados , entonces ahí uno entiende que el paciente obsesivo además tiene mejores resultados porque ha sido constante en consulta no ha cambiado de terapeuta ; el ansioso siempre los tiende a abandonar porque implica que tiene que enfrentarse a sus dificultades y va y busca a otro, y va busca a otro, y va busca a otro, entonces el ver que la poca constancia de los pacientes, el cambio de terapeutas que de dos sesiones van y buscan otro, te hace entender que no es necesariamente que tu trabajo es malo sino es el paciente que quiere encontrar resultados rápidos a sus problemas de mucho tiempo.

¿Ahora tu, si ponemos un puntaje igual de 1 a 10, que tanto te cuesta asimilar los fracasos?, porque siempre hay fracasos, son inevitables

10, diez es que te cuesta hartísimo?...ahhh, 1.

ENTREVISTA SUJETO 20

¿Cuál es su percepción de la realidad de los psicoterapeutas en Santa Cruz?

20.1.a La psicología como tal y los psicoterapeutas por extensión no son lo suficientemente valorados socialmente, debido a la falta de conocimiento sobre la importancia de la psicología en la vida cotidiana y su mérito científico, la gente acá considera que solo los locos van al psicólogo y eso es deprimente, **20.1.b** por otro lado y esto hay que reconocerlo hace falta una preparación y constante actualización a los terapeutas locales, y muchas veces esto hace que la percepción general que tienen las personas de los psicólogos sea poco favorable.

¿Considera que hay diferencias entre la práctica privada y la institucional?, por favor explique.

20.2.a Si desde mi perspectiva y hasta donde he visto diría que sí, la práctica privada es generalmente más provechosa, en cuanto a las comodidades de trabajo con el paciente, me explico, al igual que en otras ciencias clínicas regidas institucionalmente como la medicina, la psicología clínica precisa espacios y tiempos cruciales de trabajo, los cuales en el caso de instituciones públicas, y algunas llamadas "no lucrativas", son precarios impidiendo así el correcto proceso terapéutico, una sesión promedio se estipula en 45 min, algunas instituciones no dan ni 30 min por pacientes, debido a la cantidad de pacientes que llegan, en algunas clínicas y hospitales públicos he oído que a veces hasta menos, considerando que y exigiendo movidos por el desconocimiento, que si un médico puede atender cierto número de consultas diarias un psicólogo debería poder hacer lo mismo. En fin el problema de las instituciones generalmente es ese; **20.2.b** por tal motivo la clínica privada como espacio terapéutico ofrece mejores condiciones de trabajo para el psicoterapeuta, y mejores posibilidades terapéuticas para con los pacientes.

¿Cuál es su opinión sobre el tema del autocuidado del psicoterapeuta?

20.3.a Sobre el autocuidado, sobre lo estético considero que todo terapeuta debe mantener un aspecto prolijo y pulcro, no considero necesario el estereotipo clásico del psicoterapeuta como un hombre sombrío y desaliñado, con las barbas encrespadas y con unos cuantos, por no decir muchos, kilos demás. Este es un aspecto que siempre me produjo rechazo y desagrado y también parte del desconocimiento general de la sociedad, me ha pasado que muchas veces al verme joven, en forma y entusiasta creen que uno no sabe nada, aunque es interesante y siempre divertido romper el prejuicio y los estereotipos. **20.3.b** Respecto al cuidado del prestigio personal considero menester en nuestra disciplina, si bien claro somos humanos y es de estos equivocarse, debemos cuando menos tratar de ser congruentes con aquellos que pregonamos en el consultorio. **20.3.c** Sobre el debido cuidado del aspecto académico, me parece vital y sobre todo en una disciplina tan dinámica como la nuestra él atribuir una importancia refleja a la constante búsqueda de nuevos conocimientos competentes y es que me parece absurdo que en una ciencia tan rica como la psicología, donde las estadísticas muestran un promedio de escritos de más de 50 mil artículos y/o investigaciones por año en el mundo, nos quedemos en el limbo ignorando la vasta y diversa variedad de

conocimientos que mejorarían nuestro desempeño y ayudarían en demasía a nuestros pacientes.

¿En su opinión en qué medida los psicoterapeutas de nuestro medio ejercen comportamientos de autocuidado?

20.4 Uffa, no vale la misma, no quiero volver a repetir de nuevo sobre las tres perspectivas del autocuidado así que me centrare solo en el físico. ¿En qué medida? me gustaría creer que en el margen de lo posible pero supongo no siempre es así, tampoco diré que es rotundamente precario pero considero que siempre se puede hacer mas, o sea, se cuidan más o menos, en algunos casos, tendiendo a menos.

¿Cuáles considera Ud. son los factores que determinan q esto sea así?

20.5 Estereotipos los cuales explique con antelación, ehm descuidos personales y en última instancia desinterés.

¿Cuál cree Ud. que es la postura de las instituciones en relación al tema del autocuidado de los psicoterapeutas?

20.6 En esta pregunta no considero congruente hablar sobre el aspecto estético sino el académico, respecto al autocuidado de los terapeutas las instituciones hacen poco, poseen bibliotecas desactualizadas, no se facilitan cursos de actualización y cada cual se las ve con sus medios, muchos q no llevan en la sangre, dentro de sí mismos el interés la motivación, no elevaran jamás la proa visionaria hacia tal excelsitud, no acrecentaran sus conocimientos con nuevos descubrimientos e investigaciones cayendo en una clínica obsoleta y vagamente fructífera.

¿Considera Ud. que existen comportamientos de autocuidado básicos o más importantes? Explique por favor.

20.7 Respecto a lo estético, el mantenerse prolijo, pulcro presentable cuando menos en lugar de ser un fiel seguidor no solo de la doctrina y modos sino también de la higiene de Freud ; sobre lo académico es fundamental el estar actualizados, el conocer los nuevos trastornos el investigar el conocer, al realizar mi tesis en un tema relativamente nuevo me di cuenta cuan desactualizados estamos como sociedad, y sobre todo como comunidad de psicólogos sobre un problema que presenta cada vez mayor incidencia y genera cada vez mayores problemas a nivel local, como un cuidado propio de nuestra condición como psicólogos, el actualizarse consiste la piedra angular de la realización profesional.

¿Qué lugar ocupa habitualmente en su vida la programación de tiempo de ocio?

20.8

¿Pertenece y/o asiste con regularidad a algún tipo de agrupación?

Solo el gimnasio y las clases de boxeo, aunque a veces también ayudo a la iglesia en el coro, no sé si cuenta como grupo, si se refiere a política pues no.

¿Con que frecuencia Ud. participa en supervisiones o en reuniones con colegas donde puede exponer las implicaciones personales y/o técnicas de los casos en los que trabaja?

20.9 Antes frecuentemente nos juntábamos cada semana o cada dos generalmente con una colega y muy buena amiga q trabajaba hace años en el CSM (Centro de Salud Mental), pero esta partió súbita e inesperadamente a su tierra natal Brasil así que hoy por hoy diría q ya no lo hago tanto, aunque siempre uno encuentra colegas a su paso, amigos compañeros y comenta cuestiones laborales, pero no algo establecido.

¿Cómo evalúa la calidad de sus hábitos alimenticios, de sueño y ejercicio?

20.10.a En una palabra, optimo. . bueno respecto al sueño tal vez no tanto, pero en cuanto a. alimentación es impecable, tengo problemas digestivos así que en parte eso me obliga, **20.10.b** en cuanto a actividad física siempre fui aficionado a los deportes así q nunca tuve inconveniente en ir al gimnasio o practicar algún deporte cada q se me presenta la oportunidad.

Cuál es su opinión de la siguiente afirmación: “con todo lo que uno ve en el consultorio, después de un tiempo ya nada sorprende por muy extraño o feo que sea”

Que a simple vista suena algo presuntuosa pero es cierta, yo como psicólogo junior en los pininos de mi carrera profesional he visto cosas que al comentarlas a personas ajenas al campo dejaron patente el asombro y rechazo que ciertas cosas que para nosotros parecen ya comunes y para ellos son hasta repulsivas o alarmantes, la profesión prepara y desensibiliza a ciertos aspectos de la cotidianidad.

¿Cómo evalúa su asistencia las consultas médicas programadas, realiza consultas médicas preventivas para Ud.?

No entiendo muy bien la pregunta.

Quiere decir si cuando tienes cita con el médico vas, o si más bien tiendes a postergar por falta de tiempo, también si tú te haces chequeos médicos preventivos

No voy muchísimo al médico últimamente. Ah pues entonces igual rara vez... Generalmente voy cuando enfermo o adolezco de algo los chequeos rutinarios no siempre los hago.

¿Cuál es la razón por la q no vas al médico últimamente?

Siempre fue así y últimamente voy menos porque la verdad ya no enfermo tanto y por cosas simples como resfríos y dolores de estómago que es lo que más me da...no voy.

¿Cuál es la actitud que le generan las “consultas psicológicas” que le hacen las personas en reuniones sociales o familiares, los comentarios del tipo “como eres psicólogo(a), seguro me estas analizando y ya sabes cómo soy”?

20.14 Detesto con todo mi ser esas preguntas me sacan de mis casillas (risas)...pero bueno ya en serio generan molestia, somos psicólogos no adivinos, muchos creen que por ser psicólogos podemos adivinar lo que piensan o lo que son, cuantas veces no me preguntaron estúpidamente, a ver vos que sos psicólogo como soy?, y ganas de responderle ¿cómo sos? pues estúpido por preguntar algo tan sonso como eso, pero trato de contenerme, o la pregunta estúpida de... soy así soy asa ¿que tengo?. Por el otro lado está la súper sensibilidad de las personas a las observaciones de un psicólogo, cualquier cosa que digamos ya es considerado un, y este es el termino que ensalzando su ignorancia emplean "psicoanálisis", afirmaciones tan vagas y simples que de decirlas otro pasarían inadvertidas pero por ser uno psicólogo llegan hasta la medula y provocan reacciones hostiles, en fin todo esto es tedioso, pero bueno son los gajes de la profesión.

¿Siente Ud. que la imagen social que se tiene del psicólogo, hace que tenga que esmerarse más, en cuidar su conducta en reuniones sociales o eventos públicos? ¿Cuál es su opinión al respecto?

Si, si lo siento. ... considero que en cierto modo la imagen y percepción que la gente tiene sobre un psicólogo genera cierta presión en este. y es que cada comentario es juzgado a veces el sarcasmo o comentarios jocosos pueden generar exclamaciones como "sos psicólogo, como vas a decir eso o pensar así" y eso es algo pesado, pero no considero necesario tener que esmerarse en demasía para complacer el concepto que los demás tengan de uno como psicólogo, siempre trato de que vean la diferencia y separen a la persona de la profesión.

Al terminar sus consultas, que tan a menudo se siente demasiado cansado(a) como para participar en reuniones sociales e interactuar con otros?

Poco diría yo, y siempre que se dé trato de forzarme a ir e interactuar lo cual siempre es bueno para despejarse.

¿En una escala de 1 al 10 que tanto se autoexige en la profesión, cuáles son las razones para ello?; en la misma escala que tanta dificultad tiene para asimilar los fracasos con los pacientes?

20.16.a Como todo buen obsesivo, mucho diría yo , ja,ja,ja, un 9 diría yo, las razones mi personalidad desde luego, mi interés en cambiar el concepto general de los psicólogos y la profesión, el ayudar a las personas con sus problemas. **20.16.b** Sobre el asimilar el fracaso diría un 9 también me cuesta mucho cuando las cosas no se dan como espero, incluso en ocasiones en q no es culpa mía, por ejemplo en casos de pacientes que esperan una cura milagrosa como si uno tuviera una varita mágica y al tocarlos sus problemas desaparecieran, me genera algo de displacer y frustración al comienzo pero con el tiempo se sobrelleva.