

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL DESARROLLO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

**"CONDUCTAS Y CONDICIONES DE AUTOCUIDADO EN SALUD MENTAL DE LOS
DEFENSORES Y LAS DEFENSORAS DE DERECHOS HUMANOS DE LA NIÑEZ Y LA
ADOLESCENCIA."**
TESIS DE POSGRADO

KARIN SOFÍA ORTIZ PELÁEZ
CARNET 24242-13

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2015
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL DESARROLLO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

**"CONDUCTAS Y CONDICIONES DE AUTOCUIDADO EN SALUD MENTAL DE LOS
DEFENSORES Y LAS DEFENSORAS DE DERECHOS HUMANOS DE LA NIÑEZ Y LA
ADOLESCENCIA."**

TESIS DE POSGRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
KARIN SOFÍA ORTIZ PELÁEZ

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL GRADO ACADÉMICO MAGÍSTER EN GESTIÓN DEL DESARROLLO DE LA NIÑEZ Y LA
ADOLESCENCIA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2015
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: DR. CARLOS RAFAEL CABARRÚS PELLECCER, S. J.
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. HILDA ELIZABETH DIAZ CASTILLO DE GODOY

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. MANUEL DE JESUS ARIAS GUZMAN

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

LICDA. ANA GLADYS SANCHEZ CABALLEROS DE VIRULA

Nueva Guatemala de la Asunción, 21 de junio de 2014

Señores:
Consejo de Facultad
Facultad de Humanidades

Estimados Señores:

Por este medio les comunico que he leído el anteproyecto de tesis titulado: **Conductas y Condiciones de Autocuidado en Salud Mental de los Defensores y las Defensoras de Derechos Humanos de la Niñez y la Adolescencia**". De la licenciada, **Karin Sofía Ortiz Peláez**, con número de carné: **24242-13**, estudiante del programa de Maestría en Gestión del Desarrollo de la Niñez y Adolescencia.

Por lo anterior informo a ustedes, mi interés de ser el asesor de dicho trabajo. Sin otro particular me despido de ustedes, enviándoles un cordial saludo.

Atentamente,



Mgtr. Manuel de Jesús Arias Guzmán
Colegiado: No.161



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
Teléfono: (502) 24262626 ext. 2440
Fax: 24262626 ext. 2486
Campus Central, Vista Hermosa III, Zona 16
Guatemala, Ciudad. 01016

FH/ap-NT-244-14

Guatemala,
22 de agosto de 2014

Licenciada
Karin Sofía Ortiz Peláez
Presente

Estimada licenciada Ortiz:

De acuerdo al dictamen rendido por el Comité Revisor de Anteproyectos de Tesis de esta Facultad, se conoció el anteproyecto de tesis presentado por la estudiante **Karin Sofía Ortiz Peláez**, carné No. **24242-13**, de la Maestría en Gestión del Desarrollo de la Niñez y la Adolescencia, el cual se titula: "**Conductas y condiciones de autocuidado en salud mental de los defensores y las defensoras de Derechos Humanos de la Niñez y la Adolescencia**". El Comité resolvió **APROBAR** el anteproyecto, y nombrar como asesor al Magíster Manuel de Jesús Arias Guzmán.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

Irene Ruiz Godoy
Mgtr. Irene Ruiz Godoy
Secretaria de Facultad



*ap
Ccfile

En todo amar y servir
Ignacio de Loyola



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Posgrado de la estudiante KARIN SOFÍA ORTIZ PELÁEZ, Carnet 24242-13 en la carrera MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL DESARROLLO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 0553-2015 de fecha 28 de enero de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

"CONDUCTAS Y CONDICIONES DE AUTOCUIDADO EN SALUD MENTAL DE LOS DEFENSORES Y LAS DEFENSORAS DE DERECHOS HUMANOS DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA."

Previo a conferírsele el grado académico MAGÍSTER EN GESTIÓN DEL DESARROLLO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 29 días del mes de enero del año 2015.



Irene Ruiz Godoy

**MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar**

ÍNDICE

I. Introducción	1
II. Planteamiento del problema	43
2.1. Objetivos	44
2.1.1. Objetivo general	44
2.1.2. Objetivos específicos	44
2.2. Variables	45
2.3 Definición de variables	45
2.3.1 Definición conceptual de variables	45
2.3.2 Definición operacional de variables	45
2.4. Alcances y límites	46
2.5 Aporte	47
III. Método	48
3.1. Sujetos	48
3.2. Instrumento	52
3.3. Procedimiento	53
3.4. Tipo de investigación, diseño y metodología	54
IV. Presentación de resultados	55
4.1 Descripción de población	55
4.2 Resultados generales de la Escala de Autocuidado	56
4.3 Resultados específicos por conductas y condiciones de autocuidado	58
4.4 Resultados desagregados por variables o características de la población	62
V. Discusión de resultados	75
VI. Conclusiones	85
VII. Recomendaciones	88
VIII. Referencias bibliográficas	90
Anexos	95

RESUMEN

El propósito de esta investigación está orientado a establecer las conductas y condiciones de autocuidado, tanto los factores de riesgo como las estrategias que practican los defensores y las defensoras de Derechos Humanos que trabajan en la promoción, prevención, atención y protección de los derechos de la niñez y adolescencia para el autocuidado de su salud mental.

Se realizó una investigación cuantitativa, con un diseño no experimental y descriptivo transversal, en la que se aplicó una Escala de Autocuidado a 36 profesionales de las ciencias sociales.

Los resultados obtenidos se sintetizan en que los principales factores de riesgo de las conductas y condiciones de autocuidado que se encontraron son: la supervisión, las actividades recreativas dentro del ámbito laboral, la actividad física y las condiciones laborales adecuadas. Y las principales prácticas y estrategias de autocuidado que se encontraron son: mantener una vida social activa fuera de la oficina con la familia y amigos, el uso del humor dentro del ámbito laboral y el apoyo de redes sociales dentro del trabajo.

A partir de los cuales se concluyó que este estudio aportó en visibilizar la necesidad de autocuidado de los profesionales de salud mental que se dedican al trabajo de ayuda para que estos tomen conciencia y demanden a sus instituciones espacios de autocuidado, como estas sean más responsables en brindar las condiciones laborales adecuadas para el autocuidado de sus trabajadores y equipos. Para lo que se recomienda implementar la supervisión psicosocial como una intervención constante en las instituciones de ayuda humanitaria.

I. Introducción

Actualmente existen movimientos sociales muy fuertes derivados de la participación social de muchas personas defensoras de los Derechos Humanos y profesionales de la salud mental, pertenecientes a Organizaciones No Gubernamentales, Organismos Gubernamentales y Organizaciones Sociales que luchan diariamente por la reivindicación de los derechos especialmente de poblaciones muy vulnerables como lo son la niñez y la adolescencia.

Dentro de su trayectoria histórica se pueden identificar muchos logros en áreas de políticas públicas, aprobación de leyes, rectificación de Tratados y Convenios internacionales que buscan la protección y promoción de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia. Así como se han hecho importantes avances, hoy por hoy sigue siendo una lucha continúa del trabajo en equipo de los defensores y defensoras de Derechos Humanos, ya que aún hace falta mucho por hacer en materia legal, jurídica, política, social, cultural, educativa, tanto en prevención, atención como promoción. Dentro de este ámbito cotidiano en el que se encuentra inmerso los defensores y defensoras de Derechos Humanos de la Niñez y la Adolescencia se ha generado un impacto en su propia vida ya que como seres humanos tienen sus necesidades básicas; de seguridad, de su integridad física, de afectividad, de pertenencia, de autorrealización y también son sujetos de derecho; ya que tienen derecho a una vida digna, derecho a la salud física y a la salud mental. Dentro de la dinámica del activismo en la que viven los defensores y

defensoras de derechos humanos es difícil distinguir la frontera entre ayudar y detenerse a recibir ayuda, reconocer que también necesitan de un autocuidado y cuidado de parte de la institución donde laboran. Por lo que el presente estudio pretende generar más conciencia sobre la importancia del autocuidado y contribuir en abrir más espacios de discusión.

Por lo anterior esta investigación busca establecer las conductas y condiciones del autocuidado de la salud mental de los defensores y las defensoras de Derechos Humanos que trabaja directamente con la niñez y la adolescencia.

Para tener una base empírica se buscó investigaciones relacionadas al autocuidado y el burnout en el campo de trabajo de profesionales que prestan un servicio de ayuda humanitaria a quienes han sido sobrevivientes de algún tipo de violencia.

A pesar de que se realizó una investigación exhaustiva de los estudios a nivel nacional no se encontraron, ya que es un tema muy poco explorado y muchas veces invisibilizado, a pesar que hay instituciones que lo han abordado lamentablemente no han tenido la práctica de sistematizar sus experiencias.

A continuación se presentan un conjunto de estudios recientes Internacionales relacionados con el autocuidado de profesionales de salud mental y defensores de Derechos Humanos que se encuentran continuamente en contacto con el daño provocado a víctimas de violencia, en el proceso que se evidencia desgaste

emocional o el síndrome de Burnout como a su vez las prácticas y estrategias de autocuidado que aplican para su propia salud mental.

Barbero (2013) realizó una investigación retrospectiva con la finalidad de compartir la valoración de la semana en el ámbito personal y profesional, de manera formal y sistemática. A esta dinámica grupal de enfoque interdisciplinar la llamaron “¿Qué-tal?”. Su objetivo fue presentar la eficacia percibida de la dinámica por parte de los participantes de los últimos 6 años. Se utilizó un cuestionario on-line semiestructurado, elaborado ad hoc. Se aplicó a 41 participantes. Los resultados que encontró fue la alta eficacia percibida de esta herramienta con una media de 8 sobre 10 (DT=0,62). Las correlaciones más robustas resultaron ser la gestión emocional, apoyo mutuo, pertenencia grupal y la ayuda en el ámbito personal, ($p < 0,01$). Finalmente concluyó que los mayores beneficios percibidos se refieren al ámbito emocional y a la relación grupal, seguidos del aprendizaje de habilidades profesionales. Se considera beneficiosa la implementación de programas preventivos de autocuidado para profesionales en contacto con intensa experiencia de sufrimiento.

Asimismo, González (2013) realizó una investigación descriptiva sobre la percepción ciudadana de deberes y derechos relacionados con el cuidado de la salud, su objetivo fue realizar una propuesta de deberes ciudadanos para el cuidado de la salud. Utilizó un universo de 21,326 habitantes para la investigación descriptiva y una muestra de 168 personas para las entrevistas y 24 personas para

los grupos focales. Se diseñó un muestreo no probabilístico, polietápico en tres fases: consultorios, familias e integrantes. Se utilizaron la revisión documental, los grupos nominales, la entrevista y una escala Likert. Algunos resultados obtenidos fueron que se reconoció la existencia de deberes para el cuidado de la salud. Se elaboró una propuesta de 15 deberes que fue sometida a consulta. Entre los deberes relacionados con la salud colectiva fueron prioritarios los relacionados con la salud ambiental. Entre los deberes ciudadanos se encontraron la responsabilidad individual (autocuidado), las formas sanas de recreación, mantener una dieta balanceada y practicar ejercicios físicos. Las conclusiones se basaron en que se reconoce la validez de los deberes propuestos y la necesidad de continuar las transformaciones que se realizan desde el sistema de salud, e incluir la autorresponsabilidad y el cumplimiento de deberes para la salud colectiva como renovado enfoque de la participación comunitaria.

Por otro lado Hernández (2013) organizó un diálogo virtual feminista sobre autocuidado dirigido a 30 defensoras de derechos humanos bajo el objetivo de reflexionar sobre el autocuidado como una herramienta política que permite mantener no solo el activismo como motor de transformación social, sino la vida y salud física, mental y emocional de las mujeres. Enfocó el autocuidado como un elemento para sentirse mejor, no pretende sumarse a mandatos patriarcales del “deber ser” de las mujeres, sino a la sustentabilidad de las defensoras y de sus movimientos sociales a través de la reivindicación de la alegría. Se identificaron como resultados relevantes que ellas no quieren participar desde la mirada del

sacrificio sino desde la del goce. Finalmente concluyó que el autocuidado permite escucharse en lo más profundo y aprender a aceptar que no son “todopoderosas”, aprender a ponerse límites y transgredir el Patriarcado con todos sus mandatos. Defender a los demás sin medir los riesgos a los que se exponen las vuelve más vulnerables. El autocuidado, hoy por hoy, representa una esperanza.

A su vez Rodríguez (2013) desarrolló un estudio con el objetivo de identificar la relación entre salud, optimismo disposicional y estilos de afrontamiento con 119 trabajadores, profesionales y no profesionales que trabajan en contextos altamente estresantes. Los resultados indican que un 18% de la muestra presenta una alteración en su funcionamiento emocional normal, siendo la mayoría trabajadoras no profesionales. Se observaron correlaciones negativas con algunos estilos de afrontamiento centrado en el problema, y correlaciones positivas con afrontamiento de evitación. Por su parte, el optimismo disposicional presenta una correlación positiva con algunos estilos del factor de afrontamiento centrado en el problema, y una correlación negativa con la desconexión conductual. En conclusión estos resultados demostraron que existen estilos favorecedores de la salud, como la reinterpretación positiva y el crecimiento personal, que podrían ser considerados en planes de intervención de salud y autocuidado para los trabajadores.

Por su parte De la Fuente (2012) llevó a cabo un estudio transversal, descriptivo y correlacional guiado por el objetivo de analizar la prevalencia de Síndrome de

estar Quemado por el Trabajo o burnout en una muestra de 100 trabajadores sociales, se les aplicó tres cuestionarios que miden: el logro personal (la percepción favorable de los logros del profesional en su trabajo), agotamiento emocional (que mide la sensación de fatiga y cansancio en el plano emocional) y despersonalización (que mide la actitud fría y despersonalizada hacia los pacientes). Los resultados indicaron una presencia moderada y una tendencia a sufrir burnout en los trabajadores sociales. Un 25,3% de los profesionales padecen burnout y más de la mitad de los profesionales presentan una de las tres dimensiones que componen el fenómeno. Además, se encontró una fuerte asociación entre este fenómeno y el malestar psíquico de los profesionales, malestar que afecta a un 42% de los sujetos encuestados. En conclusión este estudio evidenció la vulnerabilidad de los trabajadores sociales encuestados a experimentar trastornos vinculados a su actividad laboral y la necesidad de desarrollar programas preventivos tanto a nivel individual como organizacional.

Barrales (2011) con su equipo de trabajo tenía como objetivo apoyar psicológicamente a más de 2000 funcionarios de la salud afectados por el terremoto y tsunami ocurrido en Chile. Por medio de la implementación de 79 talleres en las temáticas de; ventilación emocional, criterios de sintomatologías y cuadros psicológicos derivados del estrés y psicopatológicos graves, indicadores y síntomas adaptativos y desadaptativos, estrés y estrés postraumático, criterios de derivación a especialista, medidas de autocuidado individual, familiar, grupal y trabajo en equipo. Los resultados muestran que se disminuyeron los niveles de

ansiedad de la población afectada. Concluyó que para asegurar una adecuada ayuda psicológica a la comunidad después de un desastre o emergencia, debe existir mucha coherencia entre un adecuado diagnóstico de las necesidades de los afectados, junto con un diseño de una intervención flexible y adaptable, que los psicólogos tengan experiencia y estén capacitados y que tengan vocación de ayudar a poblaciones afectadas por emergencias y desastres.

Guerra (2011) presentó una investigación sobre el examen psicométrico de la Escala de Conductas de Autocuidado para psicólogos clínicos. Su objetivo fue medir la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado en psicólogos que trabajan realizando psicoterapia mediante el instrumento, el cual aplicó a una muestra de 159 psicólogos clínicos. Como resultado principal encontró que la escala resultó ser un instrumento confiable y válido. Concluyó que esta escala obtuvo adecuados índices de consistencia interna y adoptó una estructura unifactorial coherente con la teoría que la sustenta. Además, la escala mostró adecuados índices de validez convergente, al correlacionar del modo esperado las tres dimensiones. Es decir, aquellos psicólogos de la muestra que más frecuentemente ejecutan las conductas de autocuidado son los que mayores niveles de calidad de vida y logro personal presentan, y además son los que muestran menores niveles del síndrome de burnout; agotamiento emocional, despersonalización, estado de ansiedad y estrés traumático secundario.

Por aparte Sanhueza (2010) desarrolló un estudio cualitativo de tipo exploratorio descriptivo con diseño emergente, su objetivo fue identificar las Estrategias de Autocuidado de Equipos interdisciplinarios que se desempeñan en ámbitos de violencia intrafamiliar, particularmente maltrato infantil grave y abuso sexual. Contó con una muestra de 33 profesionales pertenecientes a cuatro Centros de Atención Infanto-Juvenil de la Corporación OPCION, a quienes aplicó una entrevista en profundidad individual y entrevista en profundidad grupal. Entre sus principales resultados encontró que el autocuidado se caracteriza por tener una intencionalidad, la mayoría lo asocia a la responsabilidad consigo mismo, al establecimiento de límites, a la tarea de protegerse, visualizándolo como proceso, orientado a estar bien integralmente consigo mismo, con el entorno inmediato y realizar una labor de reparación en maltrato infantil sin el costo de autodestruirse en este intento. En conclusión el autocuidado contiene dimensiones: personales, de equipo e institucional, situando la responsabilidad institucional en primer lugar.

En otra investigación, Berenzón (2009) buscó conocer las prácticas de autocuidado o autoatención utilizadas por un grupo de mujeres para aliviar malestares emocionales. Participaron 23 mujeres, habitantes de la Ciudad de México. Se realizaron entrevistas focalizadas mediante la técnica de entrevista de investigación social. Los resultados manifiestan que las prácticas de autoatención reúnen: conductas de autocontrol, remedios caseros, automedicación y actividades de relajación. El apoyo social proviene principalmente de otras mujeres; la pareja

no se considera un apoyo significativo. En conclusión, las mujeres encuentran estrategias que, si bien no solucionan por completo sus malestares emocionales, les permiten sobrellevar las situaciones vinculadas con éstos.

A su vez, Boada (2009) realizó una investigación predictiva sus objetivos fueron: averiguar si algunos Aspectos Sociodemográficos predicen los niveles de Burnout. Segundo, descubrir qué Aspectos Sociodemográficos pronostican los Síntomas Psicossomáticos en el trabajo. Tercero, examinar si el Clima de Equipo de Trabajo es pronosticador de los niveles de Burnout y si predice los Síntomas Psicossomáticos en el trabajo. Se aplicaron cuatro cuestionarios a 532 sujetos pertenecientes a empresas (Farmacéutico, Hospitales, Informática, Comercio y Ventas) y que se integraron en 110 equipos de trabajo. Fue un muestreo no probabilístico. Los resultados obtenidos indicaron que el clima de equipo es pronosticador del burnout y de las manifestaciones psicossomáticas. Se concluyó que a más número de trabajadores de equipo de trabajo aparecen niveles más altos de cansancio emocional, también que el buen clima en los equipos de trabajo mejora la comunicación entre los miembros del equipo. Asimismo, el grado de cohesión y el nivel de confianza se incrementa y el clima del equipo positivo alivia las manifestaciones psicossomáticas.

Por otro lado los niveles de burnout en los profesionales de los Equipos de Tratamiento Familiar de la Junta de Andalucía que trabajan con familias en riesgo psicossocial que tienen personas menores a su cargo, le interesó a Garrido (2009),

por lo que elaboró un estudio cuantitativo con el objetivo de conocer los factores de riesgo y de protección que pueden afectar a su práctica. Presentó estudios que desde los conceptos de transferencia-contratransferencia, traumatización vicaria, estrés traumático secundario y burnout han tenido en cuenta el profesional para trabajar con casos de maltrato y violencia. Aplicó la escala de Maslach (Maslach Burnout Inventory (MBI) a 159 profesionales. Los resultados demostraron que los profesionales presentaban unos niveles medios en cuanto a burnout. Las variables que han mostrado relación con bajos niveles de burnout han sido todas variables “organizacionales”. Finalizó con el análisis del alto porcentaje de profesionales que realizaron la prueba (398) y que solo 159 la entregaron, mientras 245 personas no la entregaron para discutir los resultados y proponer medidas en la prevención del cansancio emocional y despersonalización futura en estos equipos. Entre los supuestos de por qué 245 personas no la entregaron, está por temor a perder su trabajo ya que se aplicó dentro de una institución en la que los trabajadores no tenían la suficiente confianza de expresarse y según Hobfoll y Freddy, el no entregar los resultados de esta prueba indica que estas personas tienen un alto nivel de burnout.

A Pivaral (2009) le interesó más realizar una intervención mediante una investigación cuasi experimental con una medición pre y post a la intervención educativa sobre la situación de estrés de 29 sujetos que ejercen un puesto directivo, conformando cuatro grupos; un grupo elegido al azar recibió la intervención educativa y los otros fueron de control. Se les aplicó cuestionarios y

escalas para medir el síndrome de Burnout. La intervención educativa tuvo como objetivo promocionar la salud para mejorar y mantener su bienestar físico y mental. Los talleres propiciaron desarrollar estrategias de prevención, afrontamiento y manejo del Burnout a nivel individual y social. Los resultados reflejaron que el grupo uno disminuyó en todos los indicadores: agotamiento emocional de 71% a 29%, la despersonalización de 43% a 14%, la falta de realización personal de 57% a 14%. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en ambos sexos. En conclusión el programa psicoeducativo sensibilizó al personal para fomentar el desarrollo de estrategias para disminuir y controlar los estresores laborales.

Por su parte Barry (2007) se inclinó por una investigación cualitativa por lo que realizó entrevistas a profundidad a 100 activistas de Derechos Humanos provenientes de 45 países con el objetivo de promocionar la sostenibilidad del activismo, previamente exploró patrones que eran tan perturbadores como sorprendentes. El contraste entre altos niveles de estrés crónico, exposición a situaciones traumáticas, enormes cargas de trabajo y el que las activistas lograban sobreponerse a las situaciones de casos graves de violencia. Se buscó analizar cómo lograban las activistas mantenerse a salvo, saludables, física y emocionalmente, frente a tantos riesgos y desafíos cotidianos. Para lo cual se apoyó de entrevistas formales y estructuradas, como en charlas informales, diálogos por correo electrónico, por teléfono y reuniones sociales. Entre sus resultados identificó las principales preocupaciones personales de las activistas,

descubrió que este tema por ser de ámbito privado no se discute mucho, y que no se visibiliza como una prioridad personal ni institucional. Concluyó que es importante tomar medidas personales de autosostenibilidad y brindó algunas sugerencias para su aplicación; fortalecer la organización interna de las activistas mediante una red de apoyo con equipos multidisciplinarios, móviles, que realicen visitas domiciliarias, que diseñen una guía básica de bienestar para activistas, que organicen retiros para activistas, que generen espacios seguros de diálogos para las activistas y puedan conseguir financiamiento con apoyo internacional de instituciones que velan por los derechos humanos y la salud.

En su trabajo de tesis Fisher (2007) realizó un estudio cualitativo exploratorio y descriptivo, de carácter no experimental, cuyo objetivo fue conocer la percepción respecto de las políticas y prácticas de promoción de salud mental y autocuidado de trabajadores de la Municipalidad de El Bosque. Utilizó una muestra de tipo no probabilística e intencionada, participaron 16 funcionarios en entrevistas y grupos focales. Los resultados se centraron en las necesidades y expectativas que presentaron tres estamentos administrativo, profesionales, directivos; demandaron espacios recreativos y la rotación de puestos de trabajo, enfatizaron la mística, el carácter afectivo y de pertenencia a la institución, aspiraron a formar alianzas intersectoriales. Finalmente concluyó que la salud mental en esta institución no se visibiliza pero es necesaria por las demandas que presentan los trabajadores, por lo que sugirió la formación del departamento de recursos humanos en el que aportara los conocimientos desde la Psicología Institucional.

Arenas (2004) realizó una investigación cualitativa sobre las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos, su objetivo fue analizar la influencia que la profesión y la institución laboral ejercen sobre el autocuidado de la salud de los médicos, realizó entrevistas a 4 médicos de un hospital general. Los resultados de esta investigación señalan que los médicos tienen dificultades para prodigarse cuidados. Estos obstáculos se acentúan para los médicos del segundo nivel de atención, quienes laboran jornadas prolongadas y realizan multicontratación institucional. Las dificultades están relacionadas principalmente con el estrés, la alimentación, el descanso y el esparcimiento. Los médicos no se someten a revisiones médicas de rutina, refieren que las instituciones de salud carecen de políticas, programas, reglamentaciones y espacios que promuevan el autocuidado en los trabajadores. Dentro de las conclusiones se encuentra que las instituciones de salud no están diseñadas ni estructuradas para promover e impulsar el autocuidado de quienes ahí laboran y, en el caso de quienes trabajan en el segundo nivel de atención, la estructura organizativa dificulta el autocuidado.

Según Morales (2003) desde los 60' hasta hoy en día ha sido un tema de interés progresivo, el proceso de desgaste emocional que afecta a los profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. Para lo que realizó una investigación cualitativa, cuyo objetivo fue investigar dicho proceso en tres instituciones cuyo trabajo está relacionado con el sufrimiento físico y daño social de niños y jóvenes. Aplicó ocho entrevistas a profundidad a profesionales que trabajan en las áreas

señaladas. Los resultados de la investigación arrojaron similitudes y diferencias en el discurso de los profesionales de las tres instituciones estudiadas. Concluyó que en su mayoría hay procesos de riesgo para la salud mental, señaló a la conversación grupal como única estrategia que promueve el cuidado.

Las investigaciones anteriormente presentadas, brindaron resultados relevantes para profundizar en los diferentes componentes del autocuidado, el cual es el tema central de esta investigación. Lo que tienen en común estos estudios cuantitativos o cualitativos es que se enfocaron en el autocuidado desde los diferentes niveles de prevención en salud (mental); atención primaria, secundaria y terciaria. Las cuales se detallarán más adelante. Pero priorizaron el siguiente orden; primero en la atención secundaria en la que elaboraron un diagnóstico mediante un análisis documental o empírico al conocer sus necesidades de salud mental desde la cotidianidad de los profesionales, ya sea con entrevistas a profundidad, grupos focales o aplicación de cuestionarios estandarizados como la Escala de Autocuidado para Psicólogos Clínicos para identificar el nivel de autocuidado o la Escala del Síndrome de Burnout (Maslach Burnout Inventory) para identificar el grado de desgaste laboral. Después en la atención terciaria, porque diseñaron y aplicaron algún tipo de intervención ya sea educativa o psicosocial y por último la atención primaria, ya que como resultado en cada investigación se plantearon recomendaciones para aplicar estrategias de autocuidado como herramienta para prevenir el desgaste laboral.

A continuación se presentará un esquema explicando cada uno de los elementos más relevantes desde las definiciones teóricas en cada uno de sus niveles hasta sus posibles efectos y formas de abordaje para la promoción del autocuidado, abarcando la dimensión ética de la atención que brindan los profesionales de las ciencias sociales. Lo anterior servirá como un punto de partida para analizar posteriormente las conductas y condiciones de autocuidado.

1. Salud Mental

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001, pp.1) la Salud Mental es “... un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

La salud mental busca mantener un equilibrio integral en una dinámica interna (la relación intrapersonal) que abarca el área física (la relación con el cuerpo), psicológica (pensamientos, emociones, sentimientos, conductas y comportamientos), espiritual (creencias, ideologías, cosmovisiones, religiones, mística). En una dinámica externa que abarca el área social (la relación interpersonal con la familia, pares, amigos, pareja, grupos, comunidad y sociedad), espacial (la relación con el entorno y el medio ambiente), local y temporal, es decir dentro de un contexto socio histórico, en el que la persona desde su identidad individual tiene presente la Memoria Histórica del grupo social al que pertenece que a su vez fomenta su identidad socia cultural.

La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales, sino que también está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas afectadas por estos trastornos.

1.1 Niveles de prevención en salud (Vignolo, 2011, pp.12-13):

1.1.1 Primaria: Las acciones a nivel de prevención primaria buscan disminuir el riesgo de contraer una enfermedad o problema de salud a través del control de los factores causales o condicionantes.

1.1.2 Secundaria: Las acciones a nivel secundario se enfocan en la formulación de un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.

1.1.3 Terciaria: Las acciones a nivel terciario tienen como objetivo la recuperación y la rehabilitación física, psicológica y social de la persona.

1.2. Autocuidado

El autocuidado surge de una necesidad de autoprotección ante el contacto del daño o sufrimiento humano que es objeto del trabajo que realizan profesionales de las ciencias sociales y defensores de derechos humanos. A la vez se convierte en una responsabilidad personal, profesional y ética, que impacta positiva o negativamente su entorno; dentro de su equipo de trabajo que trasciende la infraestructura institucional y en última instancia a los usuarios a quienes brinda la atención psicológica o la ayuda humanitaria.

Este trabajo humanitario resulta complejo y tiene una relación dinámica de doble vía, en el que el profesional puede brindar el servicio pero a su vez sobrecargarse

al estar en un contacto directo con víctimas o personas sobrevivientes a cualquier tipo de violencia. También abarca no sólo la necesidad de protegerse ante el riesgo de desarrollar el síndrome de burnout y sus diferentes implicaciones, sino de trascender y crecer personalmente paralelamente dentro del proceso de acompañamiento de las personas sobrevivientes al ser parte de su rehabilitación y empoderamiento al contribuir al desarrollo de sus potencialidades.

Para analizar la magnitud del autocuidado se estudiarán dos tipos de clasificaciones, la primera se abordará desde dos dimensiones y la segunda se explicará en tres niveles; individual, de equipos e institucional. Que posteriormente se desarrollarán detalladamente, sin embargo en la realidad estas dimensiones y niveles funcionan de forma integral, ya que son interdependientes.

El autocuidado se puede visualizar desde dos dimensiones, la primera como una autoprotección ante el desgaste dentro de un nivel de prevención primaria. La segunda dimensión como una forma de desarrollar potencialidades, el crecimiento personal así como contribuir a un bienestar integral y a la promoción de la salud mental.

Desde la primera dimensión se puede definir al autocuidado como:

“Todo lo que hagamos o no hagamos tiene un impacto directo en nuestras vidas y en las vidas de otras personas y en todas las esferas del entorno, ya sea que, podamos verlo o no. Es una responsabilidad personal contribuir positivamente en el sector o área que nos corresponde. Al decidir ser parte

del grupo de prestadores de servicios a otras personas, estamos obligados a cuidar de nosotros mismos, a buscar la ayuda necesaria para superar las necesidades identificadas en las áreas físicas, psicológicas y sociales.” (Morgan, 2005, pp.18)

“Acciones estratégicas y proactivas a la aparición del Síndrome del Queme profesional; ... a nivel individual y/o como equipos, que responden a una necesidad sentida de cuidarse, la cual se sustentaría en la conciencia del riesgo subyacente al trabajo con violencia; incorporando... integralmente... a lo físico, emocional y espiritual de su vida; y donde la efectividad de estas acciones esté mediada, por una parte, por la motivación personal y de equipo por incorporarlas a la cotidianidad, y por otra, por la responsabilidad de las instituciones en generar espacios y recursos a su realización. (Santana en Sanhueza, 2010, pp. 69).

Desde la segunda dimensión se puede definir al autocuidado como: “La capacidad de mujeres y hombres, para decidir sobre su salud física, mental, emocional y espiritual en función del desarrollo humano parte de la reafirmación como sujetos de derechos a favor del crecimiento personal y del empoderamiento conducente a una toma de decisiones saludables, conscientes y permanente.” (Arango, 2007, pp.31)

En la siguiente frase de una defensora de derechos humanos se puede comprender de manera más práctica cómo se interrelacionan las dos dimensiones planteadas anteriormente:

“El autocuidado no es un lujo para tiempos de paz, sino una estrategia de seguridad: cuando las defensoras continuamos trabajando a pesar del estrés y del agotamiento podemos estar menos alertas frente a los riesgos, o nos puede resultar más difícil enfrentarlos. El autocuidado no solo es fundamental para el bienestar de las defensoras a título individual, sino también para la supervivencia de los movimientos y organizaciones. El autocuidado es una estrategia política de resiliencia y resistencia frente a las agresiones que procuran debilitar a las organizaciones y movimientos dedicados a procurar justicia y defender los derechos humanos.”
(Hernández y Tello. 2013, pp.19).

Dentro del ámbito de la Psicología Clínica, el autocuidado se refiere a las competencias del terapeuta para promover su salud (física y mental) y su calidad de vida, como también identificar y resolver situaciones que desencadenan el desgaste laboral (Guerra, Rodríguez, Morales, y Betta, 2008, pp. 67).

Desde el enfoque cognitivo conductual se denomina al autocuidado como una operante funcional, entendida como un conjunto de conductas específicas que producen un mismo efecto. Por lo que desde esta visión conductual se considera autocuidado a toda conducta relacionada con la disminución y prevención del

desgaste laboral (Guerra, *et al.* 2008, pp. 68). Así como estudios recientes respaldan la relación con la disminución del estrés traumático secundario y la ansiedad, además de la relación con altos niveles de satisfacción, logro personal y calidad de vida de los profesionales (Guerra, C. Platz. A, Bermúdez, A. y Vidal, N., 2011, pp. 326).

En síntesis dentro del enfoque cognitivo conductual el autocuidado es el conjunto de acciones intencionadas que se operacionalizan en conductas para controlar los factores internos y en condiciones para controlar los factores externos, que tienen un impacto en la vida y el desarrollo de cualquier persona (Guerra, C., Vivanco, A. y Morales, C., 2009, pp. 76) (Guerra, *et al.* 2008, pp. 68).

Las conductas de autocuidado (Guerra, *et al.* 2008, pp. 68) se refieren a las acciones que puede realizar el propio profesional, que en la presente investigación se le denomina al nivel individual, el cual abarca:

- La salud física: Bajo esta concepción se entiende la relación intrapersonal con el propio cuerpo.
- Emocional: Se refiere al equilibrio de los pensamientos, sentimientos, emociones y comportamientos. Así como a la salud mental.
- Social: Se refiere a la relación interpersonal con las personas del entorno, ya sea la familia, amistades y/o pareja.

Dentro del concepto de salud se integran las primeras tres áreas, ya que la salud no sólo implica no tener enfermedades, sino que busca el bienestar físico, mental y social (OMS, 2001, pp.1).

- Espiritual: Se refiere a las creencias, ideologías, cosmovisiones, trascendencia y sentido existencial.

Este último elemento es muy importante ya que enfatiza la esperanza, la mística y el sentido del trabajo que se realiza a favor de la defensa y protección de los derechos humanos, el cual funciona como un motor individual que al integrarse en un trabajo en equipos se fusionan dando vida y espíritu a los movimientos sociales, que se refleja claramente en la siguiente frase: “El autocuidado pasa también por seguir manteniendo la esperanza, en estos días tan difíciles. Por seguir creyendo, amando, viviendo, esperando, construyendo caminos y sueños.” (Cárdenas y Tello. 2013, pp.42).

Dentro de esta misma línea del carácter espiritual, algunas mujeres activistas denominan al autocuidado como una forma de sostenibilidad del activismo al cual se refieren como la capacidad de:

“Ser capaz de hacer el trabajo que amas, pero al mismo tiempo seguir sintiéndote plena y feliz en todos los aspectos de tu vida. Sentirte a salvo, sentirte conectada. Sentirte reconocida, respetada y valorada, por ser quien eres, tanto como por lo que haces. Tengas la edad que tengas y trabajes en el tema que trabajes. Vivir en equilibrio. Con autenticidad. De acuerdo a tus propios valores. Encontrar la forma de volverle el alma a tu cuerpo y a tu trabajo.” (Barry, 2007, pp.3).

Las condiciones de autocuidado (Guerra, *et al.* 2008, pp. 68) se refieren a las acciones generadas por las conductas del equipo de trabajo o de los directivos de la organización (Guerra, *et al.* 2011, pp. 321) que en la presente investigación se le denomina al nivel laboral de equipos de trabajo y a la institución:

- Cuidado de equipos de trabajo:

Según Pearlman y Saakvitne son las estrategias profesionales que se aplican dentro de un contexto laboral, ya sea por el propio profesional o por el equipo de trabajo (Guerra, *et al.* 2011, pp. 321).

Algunos indicadores de la dinámica de los equipos de trabajo se reflejan en: el tipo de equipo ya sea multidisciplinario o unidisciplinario, la motivación de sus integrantes, el liderazgo interno, la satisfacción del trabajo de sus miembros, la distribución de las tareas y del tamaño, la resolución de conflictos internos, la influencia en los roles, el bienestar psicológico y el burnout. (Boada-Grau, J., *et al.* 2009, pp.279).

- Institucional:

Según Pearlman y Saakvitne son las estrategias profesionales que están dirigidas por la institución donde laboran los profesionales. (Guerra, *et al.* 2011, pp. 321).

En este nivel organizacional Barudy enfatiza la responsabilidad ética y política que asumen los directivos de promover y proteger a sus profesionales en todo programa o proyecto relacionado a la protección infantil, ya que si la institución es incapaz de brindar las condiciones necesarias para proteger a sus profesionales,

ejerce una doble violencia; a los profesionales y a los niños que atienden (Santana, A. y Farkas, C., 2007, pp.80).

Para terminar de comprender el concepto del autocuidado Morales y Lira plantean cuatro modelos de autocuidado (Santana y Farkas, 2007, pp. 80-81) a partir de la sistematización de la experiencia de equipos psicosociales que abordan el maltrato, que describen aspectos positivos y negativos en cada nivel del autocuidado; individual, de equipos e institucional.

El primero es el modelo de reivindicación institucional que abarcan las condiciones institucionales dentro del nivel institucional, que si no son las adecuadas repercuten al profesional en el burnout, por ejemplo; la escasa infraestructura física, la inestabilidad laboral, los bajos salarios, la ausencia de previsión y salud para los trabajadores.

El segundo modelo de identidad social, se refiere al nivel de equipos que incluye la identidad grupal y gremial del profesional, donde puede encontrar una red de apoyo social y profesional para prevenir el burnout.

El tercer modelo de impacto emocional, se refiere al nivel individual y profesional que engloba la dinámica de contratransferencia y transferencia entre el profesional y las personas sobrevivientes de violencia que se puede generar en la relación terapéutica, que apunta a la salud mental que necesita el profesional para manejar

y cuidar sus emociones en la atención psicológica que brinda. También se le conoce como traumatización secundaria.

El cuarto modelo de sociabilidad, interrelaciona el nivel individual y de equipos, ya que incluye las actividades recreativas, lúdicas y sociales ya que es un espacio necesario para la salud mental del profesional y de los equipos de trabajo para la prevención del burnout.

En síntesis el autocuidado es el conjunto de las acciones que realiza de forma intencionada una persona, especialmente si realiza un trabajo emocional dentro de una institución que brinda ayuda humanitaria a personas sobrevivientes de algún tipo de violencia, que tienen como objetivo amortiguar o disminuir el impacto de contaminación por el contacto directo con el sufrimiento humano, la autoprotección y la promoción de la salud mental de forma integral. Asimismo, el autocuidado sirve como una forma de prevención ante el desgaste laboral y disminución de los efectos del burnout.

1.3. Efectos de la falta de autocuidado:

Después de aclarar el concepto del autocuidado, se describirá lo que ocurre cuando un profesional que trabaja con sobrevivientes de violencia no tiene prácticas de autocuidado y su impacto a nivel individual, de equipos e institucional. Que pueden repercutir desde un desgaste profesional o síndrome de burnout, la sintomatología ansiosa y depresiva, la generación de trastornos

psicológicos graves, el estrés traumático secundario, el aumento del consumo de alcohol, el abandono de la profesión o el campo de trabajo, pueden poner en riesgo la supervivencia de los equipos de trabajo, que se manifiesta en la rotación del personal, como la generación de un ambiente organizacional no saludable, hasta por último dañar a las personas que los consultan para recibir atención (Sanhueza, 2010, pp. 69) (Guerra, *et al.* 2009, pp.76).

A continuación se explicarán algunas diferencias de los conceptos claves sobre los efectos de no practicar el autocuidado que se interrelacionan entre niveles individual, de equipos e institucional ya que en la realidad conforman una relación interdependiente de intersistemas. Aunque hay que enfatizar que en cada uno de estos niveles están implicados diferentes grados de responsabilidad tanto del profesional como de la institución en la que labora.

1.3.1 Síndrome de quemado o Burnout

Es un síndrome de desgaste laboral que se presenta especialmente en profesiones que están en contacto directo con personas sobrevivientes de violencia, daño o sufrimiento humano, que viven dentro de un contexto de pobreza lo que indica una violencia social, como las relacionadas a la educación, salud física, salud mental, el servicio social, la asistencia jurídica y la religión (Arón, A. y Llanos, M., 2004, pp. 7). Incluye un cansancio físico y emocional, que genera una desvalorización del autoconcepto y desencadena actitudes

negativas en el trabajo (Santana y Farkas, 2007, pp.79). Que se caracteriza principalmente por un agotamiento emocional, sentimientos de despersonalización y una baja sensación de logro personal en el trabajo (Guerra, *et al.* 2011, pp.322).

Desde la Teoría Ecológica del desarrollo humano planteada por Bronfenbrenner, se denomina al burnout como un desajuste disfuncional entre diferentes sistemas en los que se relaciona una persona, como el ámbito laboral, familiar, social, económico entre otros (Olabarria y Mansilla, 2007, pp.3). Según esta teoría de Bronfenbrenner el burnout puede aparecer dentro del desarrollo humano en la juventud, cuando hay un cuestionamiento sobre la percepción de la dirección profesional futura a partir de una valoración personal negativa sobre la profesión. De hecho hay una incidencia mayor en los profesionales jóvenes cuando se involucran en el campo de atención al daño, por los altos niveles de implicación personal que demanda. (Olabarria y Mansilla, 2007 pp.4).

Para una comprensión integral del proceso de evolución de este síndrome, Wilson plantea cuatro fases o estadios del burnout (Claramunt, 1999, pp.11)

1. Periodo inicial de gran energía y satisfacción en el trabajo, que implica un gasto de energía física y emocional mayor.
2. El uso de la energía de reserva disponible se va agotando, manifestando fatiga y postergación en el trabajo.

3. Se presentan enfermedades físicas relacionadas al estrés laboral y fatiga crónica. Algunos síntomas psicosomáticos incluyen dolores de cabeza, de cuello, de espalda, problemas en el aparato locomotor, el aparato digestivo, irritabilidad, alteraciones del sueño y del apetito y problemas de la piel (Arón, A. y Llanos, M., 2004, pp.8).

4. Además de los síntomas anteriores aparecen síntomas emocionales como: frustración, aislamiento, pérdida de entusiasmo, sensación de vacío, deterioro del autoconcepto, pesimismo y depresión. Aquí es cuando hay un impacto negativo en la atención a personas sobrevivientes de violencia, ya que el profesional mantiene una distancia emocional como mecanismo de defensa que se manifiesta en la despersonalización y una actitud de indiferencia a las necesidades y sentimientos de quienes consultan. Lo cual genera en el profesional una confusión de sus propias competencias como terapeuta que lo lleva a sentimientos de fracaso, culpa, irritación, frustración, ira, variación de polos opuesto desde impotencia hasta la omnipotencia. Algunos síntomas que se manifiestan se relacionan con llegar tarde al trabajo, ausentismo laboral, trabajar muchas horas pero lograr poco, pérdida del entusiasmo, aburrimiento, dificultad para tomar decisiones, irritabilidad y aislamiento de compañeros de trabajo, cerrarse a nuevas iniciativas (Arón, A. y Llanos, M., 2004, pp.8).

5. El último estadio es el más destructivo, porque conlleva a la pérdida del funcionamiento de la persona en su trabajo. Algunos síntomas se reflejan en la pérdida del sentido del trabajo, crisis de valores, crisis vocacional, cambios en las ideas religiosas y en afiliaciones a grupos (Arón, A. y Llanos, M., 2004, pp.8).

Algunos profesionales inician un proceso terapéutico, otros abandonan su profesión o el campo de trabajo, incluyendo cualquier actividad laboral que implique un contacto cercano con otras personas. Especialmente esto ocurre cuando llegan a un punto crítico de no retorno aproximadamente a los dos años de trabajo. Otros se refugian en el consumo del alcohol y drogas. Pero la rehabilitación de este estadio conlleva un proceso largo y arduo.

En este último estadio se podría incorporar el impacto en el carácter espiritual que menciona Freuderberg, al que describe como una frustración o decepción relacionada a una devoción ante una causa, un estilo de vida o una relación que no produce el fruto anhelado, que en este caso señala la pérdida de la fe en la labor de ayudar a otros como una “erosión del espíritu” (Arón, A. y Llanos, M., 2004, pp.6).

Este impacto espiritual se refleja claramente en lo que una activista denominó como “burnout del alma, esto sucede cuando una activista no se cae muerta, ni desaparece del movimiento, pero en cambio rompe todas las barreras y entra en un mundo de vértigo completo, incendiando todas las naves y abandonando todas las otras partes de sí misma por el trabajo” (Barry, J. y Djordjevic, J., 2007, pp.78).

En cambio cuando un profesional aplica el autocuidado puede detener o disminuir el impacto del burnout en los primeros estadios y prevenir llegar al punto crítico del último estadio. Es necesario que este profesional “quemado” sea consciente de

su situación y acuda a recibir atención pronto, porque de no ser así, mantendrá una tendencia a repetir el patrón de los síntomas descritos anteriormente en otros contextos laborales (Olabarria y Mansilla, 2007 pp.5).

1.3.2. Contaminación temática: Se le llama a los efectos psicosociales del abordaje de temas de alto riesgo como lo son los diferentes tipos de violencia, el daño y el sufrimiento humano, que se produce en profesionales y equipos de trabajo. Este impacto emocional se puede comparar con el contagio y la contaminación que se desencadena a partir de tener contacto directo con sustancias tóxicas (Arón, A. y Llanos, M., 2004, pp.9).

1.3.3. Traumatización secundaria: También se conoce como estrés traumático secundario. Se describió en el tercer modelo de autocuidado sobre el impacto emocional. Pero se puede agregar que este fenómeno ocurre cuando un profesional procesa un aprendizaje de otros traumas de las personas sobrevivientes de violencia que le consultan, que le resulta significativo, y sucede mediante la relación terapéutica por el compromiso empático que asume el profesional. (Santana y Farkas, 2007, pp.72).

1.3.4. Traumatización vicaria: Se manifiesta como una tensión prolongada en personas que están expuestas de manera crónica y aguda al trauma (Santana y

Farkas, 2007, pp.79). A tal punto de reproducir en uno mismo los síntomas reportados por las víctimas o victimarios que lo consultan, ya que el profesional se conecta con su propia vivencia de maltrato de forma consciente o inconsciente, ya sea en el presente o en el pasado cuando fue víctima o victimario. Se manifiesta a través de la hipersensibilidad e hiperreactividad (Arón, A. y Llanos, M., 2004, pp.9).

1.3.5. Riesgos de Equipo: Lo conforman el conjunto de elementos internos que alteran la dinámica grupal y ponen en riesgo la supervivencia del equipo, en los que se incorpora la ansiedad, sentimientos y mecanismos de defensa grupal (Santana y Farkas, 2007, pp.79). Además se reproduce dentro del equipo la dinámica del circuito o círculo de la violencia. Se juegan roles de victimario y víctima, se generan sentimiento de miedo, persecución, sensación de abuso, abuso de poder, juegos de poder, conflictos, disociaciones y provoca un alto sufrimiento en sus miembros. Se manifiesta en conflictos de lealtades, triangulaciones, chivos expiatorios, expulsión de algún miembro, aislamiento, conductas silenciosas, rotación del personal, o desintegración total del equipo (Arón, A. y Llanos, M., 2004, pp.9).

Las crisis que se generan dentro de un equipo de trabajo pueden variar según la intensidad, duración y conflictividad, que cuando salen de control los integrantes pueden desvalorizar lo más importante de las relaciones que mantenían entre sí

antes de la crisis. Cuando hay crisis no resueltas entre los equipos de una institución, pueden repercutir en la calidad de la atención que reciben las personas que consultan a los profesionales “quemados”.

Cuando hay un miembro “quemado” puede contaminar al resto del equipo, incluso esta contaminación se mantiene si ingresan nuevos miembros al equipo. Dentro del equipo la diversidad de sus miembros los “quemados” y los no “quemados”, puede generar más conflictos ya sea ocultos o abiertos, que producen un doble efecto; cuando el resto del equipo se opone a ser parte de la victimización secundaria en la que se encuentra un miembro “quemado” o puede ocurrir que el resto del equipo se sienta abandonado y sobrecargado por las funciones deficientemente desempeñadas por el miembro “quemado” ambos efectos dan lugar a modalidades patológicas de triangulaciones perversas.

Actualmente la mayoría de los equipos de trabajo no reciben cuidados, sólo a veces cuando reciben formación o una supervisión de equipos, que se explicará posteriormente. También hay pocas demandas de atención a los equipos, planteadas por las instituciones como estudios de condiciones de trabajo para la salud laboral, pero que en el fondo son un problema del relacionamiento de equipos. (Olabarría y Mansilla, 2007 pp.5 y 6).

A modo de cierre de los impactos que se expusieron anteriormente, hay que enfatizar que el verdadero trasfondo del problema del trabajo de cuidar a otros, es el riesgo de que el profesional no tenga límites claros al brindar un servicio de ayuda humanitaria, debido a la implicación emocional en contacto directo con el sufrimiento humano que demanda dar y entregar, pero sin que el profesional tome distancia operativa y cognoscitiva, especialmente en los inicios de la carrera profesional (Olabarría y Mansilla, 2007 pp.7).

Este riesgo se origina por el fuerte sentido de responsabilidad personal que asume el profesional para luchar contra el Goliat del fenómeno de la violencia que es como un huracán que deja destrozos a su paso, materializado en los efectos que deja en personas sobrevivientes a quienes atiende el profesional. Esto se puede entender más claramente con las siguientes frases de activistas:

“El trabajo pareciera no terminar nunca. Es como David y Goliat. Nada más piensa a qué nos enfrentamos: confrontar a los caudillos, los mercenarios y los países que fabrican armas; condenar a los dictadores y al terrorismo de estado; denunciar a las empresas trasnacionales y a la fábrica que está abajo de la colina y que nos envenenó la provisión de agua; luchar por la igualdad ante la ley y contra el vecino que acaba de asesinar a su hija. Y la lista continúa.” (Barry, J. y Djordjevic, J., 2007, pp.24).

La percepción que tienen de su trabajo, es que es interminable porque es un trabajo de alto riesgo y muy demandante y que es una realidad que como profesional, como equipo y como institución los rebalsa.

“Nosotras trabajamos y seguimos trabajando, nos explotamos a nosotras mismas de tal manera, porque sentimos que si no trabajamos... no va a pasar nada... Es una situación de ‘doble vínculo’... Si no lo haces tú, nadie más lo hará, porque las otras ya tienen tanto para hacer que no pueden absorber nada más...” (Barry, J. y Djordjevic, J., 2007, pp.25).

Aquí se puede entender que dentro de la cotidianidad de este trabajo, los profesionales están sobrecargados, padecen los efectos del burnout a nivel de equipos y en general en las organizaciones.

“Un fantasma que persigue a mucha gente en el campo del cambio social y que pone en peligro tanto su salud como su eficacia. Hay una ética del trabajo en las organizaciones sin fines de lucro que todavía está muy viva y que es perjudicial, esa que alienta a la gente a dejar de lado sus propias necesidades en atención a la importancia de su tarea. Esa que sostiene que las personas que están comprometidas de verdad deben estar dispuestas a luchar contra el Goliat de la injusticia social sin importar cuáles sean los costos personales que eso implique.” (Barry, J. y Djordjevic, J., 2007, pp. 27).

Este fantasma que describe es el que erosiona los equipos, que a su vez implica altos costos personales, que muchas veces las instituciones no atienden ni asumen su cuota de responsabilidad para prevenir que se desencadene el síndrome de burnout en sus trabajadores.

Por lo que regresamos a lo que se planteó al inicio de los efectos del autocuidado, hay diferentes grados de responsabilidad en cada uno de los niveles, el profesional que por ética debe cuidarse a sí mismo, así como de la institución que está obligada a cuidar a sus trabajadores y equipos de trabajo, para que en conjunto con los cuidados necesarios puedan brindar la mejor atención al sobreviviente de violencia para realmente ayudarlo y no dañarlo.

1.4. Formas de abordaje para mantener el autocuidado:

Después de conocer el alcance de los efectos del autocuidado que impacta a nivel individual, de equipos de trabajo e institucional, se presentarán unas formas de abordaje que recomiendan expertos que han realizado investigaciones, talleres y encuentros con diferentes profesionales de las ciencias sociales para mantener estrategias de autocuidado, entendidas como un conjunto de afrontamientos para prevenir el déficit como el síndrome de burnout y otros efectos, y a su vez propiciar el bienestar integral de los profesionales y su salud mental (Garrido, Del Moral, González y López, 2009, pp. 522).

Es necesario que cada profesional asuma su responsabilidad personal al estar consciente de que el trabajo de ayuda que realiza es de alto riesgo, como lo expresó claramente un profesional “darse cuenta en qué estás, porque uno está aquí, también porque elegí este tema y no otro, porque llevo tanto tiempo acá” (Santana, A. y Farkas, C., 2007, pp.83). Por tal razón debe tomar las medidas de

prevención y protección para mantener su salud mental. Así como es importante que los profesionales puedan exigir condiciones laborales saludables y seguras para desempeñar el trabajo de ayuda. Donde los directivos de la institución asuman la responsabilidad de invertir en brindar las mejores condiciones laborales para sus equipos y trabajadores.

Ya que se enfatizó sobre la necesidad de abordar el autocuidado de forma integral a continuación se presentan las estrategias de autocuidado en cada nivel:

1.4.1. Nivel individual:

Como se explicó anteriormente los efectos de la falta de autocuidado a nivel individual son verdaderamente dañinos para la salud mental del profesional, ya que corre riesgos que hasta cierto punto son invisibles, inmateriales y difíciles de medir, pero no por eso dejan de ser reales y perjudiciales para su salud.

Muchos autores han propuesto diferentes estrategias de autocuidado a nivel individual, pero esta investigación se guiará por lo que Guerra (2008) denominó como conductas de autocuidado y a nivel de equipos de trabajo y a nivel institucional como condiciones de autocuidado, por lo que se presentarán a continuación los diferentes aportes ordenados por cada una de sus áreas:

- La salud física:
 - Registro oportuno y visibilización de los malestares: Se refiere a escuchar nuestro cuerpo a tiempo para satisfacer sus necesidades básicas y darle atención inmediata a las enfermedades (Arón, A. y Llanos, M., 2004, pp.7).

- Mantener una actividad física.
 - Alimentarse de forma equilibrada (Murillo en Guerra, *et al.* 2008, pp.70).
 - Planes de seguridad y protección personal. (Hernández y Tello. 2013. pp. 25)
- Emocional o la salud mental:
 - Vaciamiento y descompresión: Se refiere a la necesidad de que el profesional en salud mental tenga espacios de vaciamiento a través del diálogo con otros profesionales para poder descargar el material tóxico y disminuir el impacto emocional generado por el contacto directo con temas contaminantes como lo es atender a una persona sobreviviente de violencia.
 - Mantención de áreas personales libres de contaminación y espacios de distracción con temas relacionados con violencia: Se refiere a crear espacios de oxigenación, con actividades recreativas que se alejen de la temática del trabajo de violencia, incluyendo películas o libros sobre violaciones (Arón, A. y Llanos, M., 2004, pp.7-8).
 - Establecer límites entre trabajo y vida personal (Garrido, Del Moral, González y López, 2009, pp. 524).
 - Equilibrio emocional: Identificar y atender señales de agotamiento emocional.
 - Pedir ayuda y compartir los sentimientos. (Hernández y Tello. 2013. pp. 25).

- Profesional:
 - Formación profesional: Para desempeñar su trabajo el profesional se debe formar con fundamentaciones teóricas y actualizarse constantemente y así evitar sensaciones de incompetencia (Arón, A. y Llanos, M., 2004, pp.8).
 - Hacer agradable el espacio físico de trabajo (Garrido, *et al*, pp. 524).
 - Asistir como paciente a psicoterapia (Hesse en Guerra, *et al*. 2008, pp. 70).

- Social:
 - Evitar la saturación de las redes personales de apoyo: Como se mencionó anteriormente el vaciamiento y descompresión es necesaria, pero hay que tener especial cuidado de no hacerlo dentro de la red personal con la pareja, familia, amigos, ya que sería una sobrecarga injusta para ellos que no están preparados para escuchar relatos tan fuertes sobre casos de violencia, sino hay que hacerlo en espacios cerrados, protegidos y con el carácter profesional que amerita ya sea como supervisión de casos o supervisión de equipos de trabajo (Arón, A. y Llanos, M., 2004, pp.8).
 - Activación de redes sociales significativas.
 - Apoyo de la familia. (Santana y Leiter en Garrido, *et al*. 2009, pp. 524)

- Espiritual:
 - Mantener una vida espiritual activa (Gentry en Guerra, *et al.* 2008, pp.70).

1.4.2. Nivel de equipos de trabajo:

Las estrategias de autocuidado a este nivel abarcan las condiciones laborales de autocuidado adecuadas para el desempeño laboral, como las relaciones intraequipo, los estilos de liderazgo y los estilos de supervisión.

- Ubicación de la responsabilidad donde corresponde: Evitar auto responsabilizarse en exceso y evitar culpar a otros. Identificar los errores y darle su justa medida sin minimizarlos o sobredimensionarlos para manejar y transformas los conflictos.
- Asegurar a los profesionales las condiciones mínimas de resguardo de la integridad personal en el trabajo: Como tomar precauciones necesarias cuando se trabaja en comunidades de alto riesgo social para evitar peligros.
- Compartir la responsabilidad de decisiones importantes y riesgosas como equipo en lugar de asumirlas de manera individual.
- Estilos de liderazgos democráticos: Para evitar dinámicas de abuso y de silencio ante conflictos (Arón, A. y Llanos, M., 2004, pp. 8-10).

- Establecimiento de relaciones de confianza entre los miembros del equipo: De una forma libre para hablar no sólo sobre asuntos del trabajo que generarían más contaminación temática, sino de crear espacios que permitan la cohesión del equipo. Basado en respeto mutuo, comunicación cara a cara y regularidad del feedback entre compañeros. Donde se promueva la cooperación, la solidaridad y la contención emocional. (Arón, A. y Llanos, M., 2004, pp. 10) (Kovitz y Parry en Garrido, *et al.* 2009, pp. 524) (Hernández y Tello. 2013. pp. 25).
- Distribución del tiempo del equipo, creando espacios y actividades fijos para el crecimiento personal y del equipo (Garrido, *et al.* 2009, pp. 524).
- Estilos de supervisión protectores y fortalecedores de los propios recursos: Que generan espacios protegidos y de confianza, permiten el vaciamiento y la resolución de conflictos, a través de la negociación, consenso y respeto de las diferencias (Arón, A. y Llanos, M., 2004, pp. 10).
- **Un estilo de supervisión: la Supervisión Psicosocial**
La supervisión en el trabajo social es una pedagogía que permite un proceso de concienciación a través del diálogo, la reflexión y la crítica. (Fernández, 1997, pp.18)

La supervisión psicosocial se dedica a la dinámica emocional y psíquica de las relaciones profesionales, desde los ámbitos de la instrucción y la vivencia. Son espacios protegidos de reflexión y diálogo sobre el impacto del trabajo en los profesionales. Sirve para acompañar proceso de cambio en el mundo laboral contribuyendo así a mejorar la calidad del trabajo, humanizar las relaciones, promover la salud y propiciar la transformación. Lo que se logra es: facilitar el trabajo en equipo y ampliar perspectivas. Aumentar la eficiencia, eficacia y satisfacción en el trabajo. Promover competencias y desarrollar habilidades sociales y profesionales. Manejar y gestionar crisis y conflictos y buscar soluciones creativas. Propiciar la comunicación y hacerla eficiente. Disminuir y prevenir el estrés laboral y mejorar la salud integral. Mejorar la calidad de los servicios y atención a usuarios. Fortalecer la organización y su cultura organizacional. Dinamizar estructuras y promover cambios. (Giesecke y Rappe, 1995, s.p.)

1.4.3. Nivel institucional:

Las estrategias de autocuidado a este nivel abarcan las condiciones laborales de autocuidado adecuadas para el desempeño laboral, pero desde la perspectiva de las relaciones entre equipos de trabajo, y desde las relaciones jerárquicas de poder, que se operacionalizan en políticas de trabajo, como lo debería ser invertir en el autocuidado en todos los niveles.

- Facilitar espacios de vaciamiento y descompresión cotidianos y estructurados: Dentro de la institución con colegas de trabajo de manera informal, pero preferiblemente de forma estructurada con supervisores clínicos o psicosociales inmediatamente después de la recepción de vivencias de alto impacto emocional y así evitar la traumatización secundaria.
- Registro y visibilización de la traumatización de los equipos: Que permita identificar cuando los equipos necesitan ayuda oportuna de supervisores para abordar temas contaminadores.
- Apoyo de la institución para la formación continua: Que facilite espacios de crecimiento profesional.
- Comunidad ideológica: Que la organización pueda compartir y transmitir a sus miembros su visión e ideología, que guían sus acciones.
- Consultorías profesionales: Monitoreos, apoyo, asesoría, supervisión e inducción a los nuevos trabajadores.
- Rituales de bienvenida y despedida: Para promover la integración de nuevos miembros. Y realizar los cierres con los miembros que se retiran para generar un clima laboral sano. (Arón, A. y Llanos, M., 2004, pp. 9-11).
- Destinar horas de trabajo al autocuidado y abordar explícitamente algún contenido de autocuidado.

- Compartir espacios recreativos dentro de la institución, jugar, desarrollar sentido del humor y compartir desayunos colectivos (Quintana, Santana y Farkas en Garrido, *et al.* 2009, pp. 524).
- Adecuado espacio físico de trabajo y condiciones laborales (Santana y Farkas en Guerra, *et al.* 2008, pp.70).
- Rutina de horario de trabajo máximo de 8 horas.
- Espacio y ambiente de trabajo agradable con espacio para descansos.
- Planes de seguridad y protección para la organización (Hernández y Tello. 2013. pp. 25).

Todas las estrategias de autocuidado que se expusieron anteriormente, tanto para favorecer las conductas de autocuidado a nivel individual como las condiciones de autocuidado a nivel de equipos y a nivel institucional, son necesarias para mantener la salud física y mental de los profesionales y un clima laboral saludable que permita el trabajo de atención de los casos de violencia.

II. Planteamiento del problema

Esta investigación se dirigió especialmente a profesionales de las ciencias sociales y de salud mental que trabajan directamente con el dolor humano y con el desarrollo de sus potencialidades, especialmente en la vulneración de los derechos de la niñez y adolescencia, en su restitución y promoción, así como a instituciones gubernamentales o no gubernamentales que se dedican a tan importante labor. Así también viene a ser un llamado para que tomen conciencia de que el autocuidado no es un lujo sino una necesidad, es un derecho a la salud mental y física, y es una responsabilidad ética para atender a las personas que los consultan. Que los profesionales tomen más conciencia del campo laboral que escogieron, que es un trabajo de alto riesgo y muy demandante, en el que si no desarrollan estrategias de autocuidado, los puede absorber tanto que pueden llegar a presentar síntomas del síndrome de burnout. Por lo que todo profesional que trabaja en este campo debe tener claro que para que pueda ayudar a otros, debe ayudarse primero a sí mismo.

De la misma manera es un llamado a las instituciones para que tomen conciencia del riesgo al que se enfrentan los profesionales de ayuda y les brinde las mejores condiciones laborales generando un clima institucional saludable y puedan mantener el cuidado de sus equipos de trabajo.

Aunque también para la sociedad en general que conoce la trayectoria de estas instituciones o que son personas que incluso han acudido en busca de una atención psicológica. Para que puedan reconocer el otro lado del mundo de los

profesionales que los atienden, que hacen todo un esfuerzo por hacer lo mejor que pueden, pero que también son seres humanos, que se cansan y a veces pueden estar “quemados” y por eso pueden no recibir la mejor atención que merecen. A su vez cuando estos mismos profesionales se interesan en practicar conductas y estrategias de autocuidado dentro de una institución que se preocupa por su personal, brindando adecuadas condiciones laborales, los profesionales pueden llegar a aportar mucho para la rehabilitación, el desarrollo y crecimiento personal de quienes los consultan. Por lo anterior se busca responder a la siguiente inquietud:

¿Cuáles serán las conductas y condiciones del autocuidado de la salud mental de los defensores y las defensoras de Derechos Humanos que trabajan directamente con la niñez y la adolescencia?

2.1 Objetivos:

2.1.1 Objetivo general:

Establecer las conductas y condiciones del autocuidado de la salud mental de los defensores y las defensoras de Derechos Humanos que trabaja directamente con la niñez y la adolescencia.

2.1.2 Objetivos específicos:

2.1.2.1. Identificar los principales factores de riesgo relacionados a la falta del autocuidado, desgaste emocional o el síndrome de burnout que manifiestan los defensores y defensoras de Derechos Humanos.

2.1.2.2. Identificar las principales prácticas, conductas y condiciones de autocuidado que aplican los defensores y defensoras de Derechos Humanos.

2.2 Variables:

2.3 Definición de variables:

- Autocuidado
- Salud mental

2.3.1 Definición conceptual de variables:

- Autocuidado: “La capacidad de mujeres y hombres, para decidir sobre su salud física, mental, emocional y espiritual en función del desarrollo humano parte de la reafirmación como sujetos de derechos a favor del crecimiento personal y del empoderamiento conducente a una toma de decisiones saludables, conscientes y permanente.” (Arango, 2007, pp.31)
- Salud mental: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001, pp.1) la Salud Mental es “... un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

2.3.2 Definición operacional de variables:

Autocuidado de salud mental: Se abarcará las conductas de autocuidado entendidas como acciones que puede realizar el propio profesional y condiciones

de autocuidado a las generadas por las conductas del equipo de trabajo o de los directivos de la organización (Guerra, *et al.* 2001, pp.321). Lo que Pearlman y Saakvitne (Guerra, *et al.* 2001, pp.321) denominaron como estrategias de autocuidado y lo estructuraron en tres diferentes niveles:

El primer nivel es el individual o personal que equivale a las conductas de autocuidado.

El segundo nivel que es el profesional de equipos de trabajo.

Y el tercer nivel el organizacional o institucional que representa las condiciones de autocuidado, es decir lo referente a condiciones laborales.

2.4. Alcances y límites:

Este estudio se realizó con 36 defensores y defensoras de Derechos Humanos de diferentes instituciones gubernamentales (4) y no gubernamentales (4), y diversas profesiones de las ciencias sociales (Ciencias Políticas, Criminología, Sociología, Comunicación, Pedagogía, Trabajo Social, Psicología y Derecho), que trabajan en el Departamento de Guatemala directamente con la niñez y adolescencia, en dos temáticas la primera relacionada con el dolor humano en la atención psicosocial a niñez y adolescentes víctimas de cualquier tipo de violencia y la segunda relacionada a la prevención y promoción de los derechos de la niñez y adolescencia y su desarrollo integral. Por tanto los resultados son extrapolables a poblaciones con características similares a las utilizadas en este estudio.

2.5 Aporte:

Este estudio beneficia directamente a los defensores y defensoras de Derechos Humanos que trabaja con la niñez y adolescencia, ya que a través del estudio se busca tomar conciencia de su autocuidado y promover las prácticas de autocuidado e identificar los factores de riesgo de tal forma que se pueda fortalecer su salud mental y sus relaciones interpersonales. Se busca mejorar la atención integral de la niñez y adolescencia. Y la sistematización de esta experiencia sirve para realizar futuras investigaciones y para transmitir las lecciones aprendidas a otros profesionales de las ciencias sociales. Se busca impulsar más investigaciones en el área del autocuidado de salud de defensores y defensoras de Niñez y Adolescencia ya que hasta el momento hay pocos estudios implementados en la Universidad Rafael Landívar, especialmente en la Maestría de Gestión de Desarrollo de la Niñez y Adolescencia que está integrada por estudiantes que en su mayoría labora en Organizaciones No Gubernamentales, Organismos Gubernamentales y Organizaciones Sociales dedicadas a la Niñez y Adolescencia, a quienes beneficiaría porque han reportado muchos factores de riesgo de la falta de autocuidado de salud.

III. Método

3.1 Sujetos:

Para esta investigación se seleccionó una muestra que reunió las características de una muestra no probabilística o dirigida, que según Hernández, Fernández y Baptista (2010, pp.396) no busca la generalización en términos de probabilidad, y será guiada por las características de la presente investigación. Esta muestra no probabilística es de conveniencia ya que según Hernández et al. (2010, pp. 401) por los casos disponibles que se encuentran accesibles y además es de juicio prudencial ya que selecciona a las personas según ciertos criterios, que en esta investigación recopiló las siguientes condiciones: género, puesto laboral, temática, tiempo de trabajo en la misma temática, grupo étnico, edad, estado civil, profesión, tipo de institución, horas de trabajo y de sueño diario.

Para alcanzar los objetivos de la presente investigación se seleccionó profesionales de las ciencias sociales que laboran en instituciones tanto gubernamentales como no gubernamentales que tengan como eje principal tanto la protección y la atención psicosocial a niñez víctimas de cualquier tipo de violencia, como la prevención y promoción de los derechos de la niñez y adolescencia y su desarrollo integral.

El tamaño de la muestra total fue de 36 personas a quienes se les aplicó una escala de Likert; Escala de Autocuidado para psicólogos clínicos de Guerra, Rodríguez, Morales y Betta (2008).

Es importante aclarar que una escala de likert según Hernández et al. (2010, pp.245) consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes que elegirán una respuesta de tres, cinco o siete categorías de la escala, según estén o no de acuerdo con la afirmación presentada. Y al final se obtendrá la puntuación total obtenida según las respuestas de cada participante y se le ubicará dentro de un rango del objeto de actitud que se está midiendo.

3.1.1

Género		
Mujer	30	83.3%
Hombre	6	16.7%
TOTAL	36	100%

3.1.2

Edad		
Edades	Sujetos	
25-35	23	63.9%
36-45	9	25%
46-55	3	8.3%
56 en adelante	1	2.8%
TOTAL	36	100%

3.2.3

Relación de pareja		
Con pareja	25	69.4%
Sin pareja	11	30.6%
TOTAL	36	100%

3.2.4

Maternidad o paternidad		
Con hijos	18	50%
Sin hijos	18	50%
TOTAL	36	100%

3.2.5

Grupo étnico		
Ladino	32	88.9%
Maya	4	11.1%
TOTAL	36	100%

3.2.6

Temática		
Dolor humano (Atención en casos de violencia)	18	50%
Potencialidades (Prevención y promoción de; derechos de niñez y adolescencia, salud mental, protagonismo infantil, participación ciudadana de niñez y adolescencia)	18	50%
TOTAL	36	100%

3.2.7

Tiempo (en años) de trabajo en la misma temática		
De 1 a 4 años	21	58.3%
De 5 a 8 años	9	25%
De 9 años en adelante	6	16.7%
TOTAL	36	100%

3.2.8

Profesión		
Derecho	10	27.8%
Psicología	9	25%
Trabajo Social	6	16.7%
Pedagogía	4	11.1%
Comunicación	2	5.6%
Antropología	2	5.6%
Sociología	1	2.8%
Criminología	1	2.8%
Ciencias Políticas	1	2.8%
TOTAL	36	100%

3.2.9

Puesto laboral		
Coordinador	8	22.2%
Facilitador o Técnico de Campo (Subalterno)	28	77.8%
TOTAL	36	100%

3.2.10

Tipo de Institución		
Gubernamental	18	50%
No Gubernamental	18	50%
TOTAL	36	100%

3.2.11

Tiempo (horas) dedicadas al trabajo diario		
8 horas	12	33.3%
Más de 8 horas	24	66.7%
TOTAL	36	100%

3.2.12

Tiempo (horas) de sueño diario		
Menos de 8 horas	33	91.7%
8 horas	3	8.3%
TOTAL	36	100%

3.2 Instrumento:

En esta investigación se utilizó como instrumento una Escala de Autocuidado para psicólogos clínicos de Guerra et al. (2008), que se aplicarán a profesionales de las ciencias sociales. Esta Escala de Autocuidado para psicólogos clínicos de Guerra et al. (2008), fue diseñada en Chile para medir la frecuencia de emisión de conductas y condiciones de autocuidado en psicólogos que trabajan

realizando psicoterapia o en la atención psicológica. La Escala consta de 10 ítems, de los cuales 8 representan conductas de autocuidado (ítems 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 y 9) y 2 incorporan condiciones laborales de autocuidado (ítems 3 y 10). (Ver Anexo No.1 y 2). La persona que responde debe indicar dentro de un rango entre 0 (*nunca*) y 4 (*muy frecuentemente*) qué tan frecuentemente emite las conductas así como qué tan frecuentemente su ambiente laboral favorece las condiciones de autocuidado. El puntaje total se calcula sumando las respuestas de los 10 ítems de la escala y puede variar entre 0 y 40 puntos. A mayor puntaje obtenido, mayor es la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado. Los rangos de puntuación que se calculan son; *nunca* practica el autocuidado (0-7 puntos), *casi nunca* (8-15), *ocasionalmente* (24-31), *frecuentemente* (24-31) y *muy frecuentemente* utiliza el autocuidado.

3.3 Procedimiento:

- Se seleccionó el tema a investigar.
- Se realizaron reuniones con personas expertas sobre el tema para referencias bibliográficas.
- Se visitó lugares especializados en bibliografía sobre el tema.
- Se participó en un curso vivencial sobre el tema.
- Se consultó con algunas instituciones para obtener la autorización de elaborar el trabajo de campo con fines académicos.

- Se seleccionó una escala estandarizada apropiada para medir las variables de estudio.
- Se realizó el trabajo de campo con la muestra seleccionada: se aplicó la escala de autocuidado.
- Se elaboró el ordenamiento, organización, sistematización y análisis de datos estadísticos.
- Se procedió con las conclusiones y recomendaciones para concluir el informe final.

3.4 Tipo de Investigación, diseño y metodología:

La presente investigación es cuantitativa, debido a que tiene una base en medición numérica y en análisis estadístico, para identificar patrones de comportamiento. Este estudio tiene un diseño no experimental, ya que no manipula variables, sólo observa al fenómeno en su ambiente natural. De tipo transversal, porque sólo se recolectó información en un solo momento. De tipo descriptivo, porque indagó la incidencia de las categorías y diferentes niveles de una o más variables dentro de una población. (Hernández, et al. 2010, pp. 4, 151-152). La metodología estadística que se utilizó fue mediante frecuencias, porcentajes, la media como medida de tendencia central, de dispersión, la desviación estándar, todo con el apoyo de la versión 18 del programa SPSS.

IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Descripción de población

La muestra consistió en 36 profesionales de las ciencias sociales. La participación fue voluntaria y anónima. El 83.3% de los participantes son mujeres, mientras que el 16.7 % son hombres. La edad de los participantes giró entre los 25 y los 56 años ($M = 34.75$; $DE = 9.73$), siendo el rango de 25 a 35 años el más alto con 63.9%. El grupo étnico dentro del cual se identifican, corresponde al 88.9 % como ladino y el 11.1% como maya. El 69.4% se encuentra en una relación de convivencia, el 30.6% está sin pareja, a su vez el 50% tiene hijos.

Dentro de las ciencias sociales a las que se dedican se encuentran las Ciencias Políticas, Criminología, Sociología, Comunicación, Pedagogía, Trabajo Social, Psicología y Derecho, resaltando estas tres últimas como las más representativas ya que equivalen al 69.5%.

En promedio los profesionales llevan 5.69 años ($DE = 5.60$), desde un año hasta 21 años dedicados al trabajo en atención a casos de violencia (50%) y a la promoción y prevención (50%) de los derechos de la niñez y la adolescencia. La mayoría tiene entre uno y cuatro años de laborar en una institución gubernamental (50%) o en una organización no gubernamental (50%), la mayoría ocupa un

puesto laboral de técnico o subalterno con un 77.8% y dentro de la coordinación con un 22.2%. En promedio trabajan 9.94 horas diarias (DE=2.05), y se encuentran laborando desde 8 hasta 18 horas y la mayoría trabaja más de 8 horas diarias. Sólo duermen 6.25 horas en promedio (DE=0.99), desde 4 horas hasta 8 horas, es decir la mayoría duerme menos de 8 horas diarias.

A continuación se presenta un análisis de los resultados generales obtenidos de la Escala de Autocuidado, luego se especifican por conductas y condiciones de autocuidado, posteriormente se desagregan por las variables y características de la población que respondió esta escala.

4.2. Resultados generales de la Escala de Autocuidado:

Según los parámetros de ponderación de la Escala de Autocuidado, a mayor puntaje mayor práctica de conductas y condiciones de autocuidado. Para cada una de las 10 preguntas de la escala habían 4 opciones de respuesta; *nunca* (0 puntos), *casi nunca* (1 punto), *ocasionalmente* (2 puntos), *frecuentemente* (3 puntos), *muy frecuentemente* (4 puntos). Al sumar el punteo total se obtenía 40 puntos como máximo, lo que se clasificó según los siguientes rangos propuestos por la Escala de Autocuidado; *nunca* practica el autocuidado (0-7 puntos), *casi nunca* (8-15), *ocasionalmente* (24-31), *frecuentemente* (24-31) y *muy frecuentemente* (32-40) utiliza el autocuidado. Para este estudio se agregará una interpretación más práctica, para brindar mayor claridad a los resultados, se interpretará el primero (nulo), segundo (muy bajo) y tercer rango como un autocuidado bajo y el cuarto

(alto) y quinto rango (muy alto) como un autocuidado alto. El tercer rango *ocasionalmente* se ubicó como bajo debido a que no toma esa conducta de autocuidado como hábito, sino como una conducta irregular, en cambio el cuarto rango *frecuentemente* y el quinto rango *muy frecuentemente* no hay duda de que es un hábito.

**Resultados de la Escala de Autocuidado
Tabla No.1**

PUNTUACIÓN TOTAL De 1 a 40 puntos N=36	RANGOS					X σ
	0 Nunca 0-7	1 Casi Nunca 8-15	2 Ocasionalmente 16-23	3 Frecuentemente 24-31	4 Muy Frecuentemente 32-40	
Frecuencia Porcentaje	0	3 8.3%	14 38.9%	17 47.2%	2 5.6%	23.19 (5.54)

En términos generales es importante resaltar que en promedio los participantes puntuaron 23.19 ($DE = 5.54$) en la Escala de Autocuidado, lo que indica que el 47.2% de los profesionales *frecuentemente* emiten conductas y condiciones de autocuidado. Es decir el 52.8% de profesionales de la muestra del presente estudio tienen un autocuidado alto, porque el 47.2% lo practica *frecuentemente* y el 5.6% *muy frecuentemente*, mientras el 47.2% un autocuidado bajo porque el 8.3% *casi nunca* y el 38.9% *ocasionalmente* lo practica. Sin embargo es preocupante que exista un 8.3% de profesionales que *casi nunca* mantiene un autocuidado, lo cual es mayor que el 5.6% que mantiene un autocuidado *muy frecuentemente*, es decir son pocos los que tienen un autocuidado muy alto. Por otro lado ningún

profesional puntuó tan bajo por lo que no hay ninguno que *nunca* practique el autocuidado.

4.3. Resultados de la Escala de Autocuidado específicos por conductas y condiciones de autocuidado:

Conductas de Autocuidado
Tabla No.2

	Preguntas	Conductas de autocuidado	RANGOS					X σ
			0 Nunca	1 Casi Nunca	2 Ocasio- nal mente	3 Frecuen- t emente	4 Muy Frecuen- -mente	
1	¿Con qué frecuencia participa usted en actividades vinculadas a la psicología, pero diferentes a la psicoterapia?	Variación de actividades profesionales	4 11.1%	7 19.4%	9 25%	12 33.3%	4 11.1%	2.14 (1.19)
2	¿Con qué frecuencia supervisa sus casos clínicos?	Supervisión	9 25%	3 8.3%	7 19.4%	12 33.3%	5 13.9%	2.03 (1.42)
4	¿Con qué frecuencia usted dialoga con sus colegas acerca de su experiencia personal relacionada con el trabajo clínico? (Apoyo de redes sociales al interior)	Apoyo de redes sociales al interior del trabajo	1 2.8%	1 2.8%	12 33.3%	11 30.6%	11 30.6%	2.83 (1.00)
5	¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas	Realizar actividades de esparcimiento dentro del	3 8.3%	11 30.6%	16 44.4%	3 8.3%	3 8.3%	1.78 (1.01)

	con sus compañeros de trabajo?	ambiente laboral						
6	¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas fuera del trabajo; familia y/o amigos?	Mantener una vida social activa fuera del ámbito laboral	1 2.8%	1 2.8%	5 13.9%	22 61.1%	7 19.4%	2.92 (0.84)
7	¿Con qué frecuencia usted realiza ejercicios físicos; deporte?	Mantener actividad física	2 5.6%	10 27.8%	16 44.4%	5 13.9%	3 8.3%	1.92 (0.99)
8	¿Con qué frecuencia participa usted en actividades de crecimiento espiritual; religión, meditación, etc.?	Mantener una vida espiritual activa	1 2.8%	11 30.6%	10 27.8%	8 22.2%	6 16.7%	2.19 (1.14)
9	¿Con qué frecuencia usted mantiene una sana alimentación?	Alimentarse de forma equilibrada	0	2 5.6%	15 41.7%	15 41.7%	4 11.1%	2.58 (0.77)

Condiciones de Autocuidado
Tabla No.3

	Preguntas	Conductas de autocuidado	RANGOS					X σ
			0 Nunca	1 Casi Nunca	2 Ocasional- mente	3 Frecuente -mente	4 Muy Frecuente -mente	
3	¿Su ambiente laboral permite el uso del sentido del humor?	Ambiente laboral favorece uso del humor	0	4 11.1%	9 25%	11 30.6%	12 33.3%	2.86 (1.01)
10	¿Con qué frecuencia usted considera que el espacio físico donde trabaja como psicoterapeuta es adecuado (cómodo, calmado y privado)?	Adecuadas condiciones laborales	4 11.1%	8 22.2%	12 33.3%	10 27.8%	2 5.6%	1.94 (1.09)

De las ocho conductas de autocuidado y dos condiciones de autocuidado que mide esta escala las tres que puntuaron más bajo fueron; en primer lugar la conducta de actividades recreativas dentro del ámbito laboral con un promedio de 1.78 sobre 4 puntos, es decir que el 83.3% de profesionales; *nunca* (8.3%), *casi nunca* (30.6%) y *ocasionalmente* (44.4%) practican esta conducta. La segunda más baja fue la conducta de mantener una actividad física con 1.92, es decir que el 77.8% de los profesionales *nunca* (5.6%), *casi nunca* (27.8%) *ocasionalmente* (44.4%) practican esta conducta. La tercera más baja fue la condición de autocuidado sobre condiciones laborales adecuadas con 1.94, es decir que el 66.6% de los

profesionales *nunca* (11.1%), *casi nunca* (22.2%) *ocasionalmente* (33.3%) cuentan con esta condición.

Sin embargo hubo una conducta de autocuidado referida a la supervisión que fue la que obtuvo un mayor porcentaje dentro del rango más bajo, es decir que el 25% de los profesionales *nunca*, el 8.3% *casi nunca u ocasionalmente* (19.4%) recibe *supervisión*. Por otro lado el 33.3% de los profesionales *frecuentemente* practica esta conducta, por lo tanto obtuvo un promedio de 2.03, que se ubica en el intermedio de los rangos bajos y altos.

Las tres que puntuaron más alto fueron: en primer lugar la conducta de mantener una vida social activa fuera de la oficina con la familia y amigos, ponderado con un promedio de 2.92, es decir que el 80.5% de los profesionales *frecuentemente* y *muy frecuentemente* practican esta conducta. La segunda más alta fue la condición de autocuidado sobre el uso del humor dentro del ámbito laboral con 2.86, es decir que el 63.9% de las instituciones donde laboran los profesionales *frecuentemente* y *muy frecuentemente* permiten esta condición de autocuidado. La tercera más alta fue la conducta sobre el apoyo de redes sociales dentro del trabajo con un promedio de 2.83, es decir el 61.2% de los profesionales *frecuentemente* y *muy frecuentemente* practica esta conducta de autocuidado.

4.4. Resultados de la Escala de Autocuidado desagregados por variables o características de la población

En base a los resultados totales de la Escala de Autocuidado, que indica que el 52.8% tienen un autocuidado alto porque el 47.2% lo practica *frecuentemente* y el 5.6% *muy frecuentemente*, mientras el 47.2% un autocuidado bajo porque el 8.3% *casi nunca* y el 38.9% *ocasionalmente* lo practica. Se analizará a continuación las diferencias encontradas por cada una de las variables o las características que componen la muestra de este estudio.

4.4.1. Sexo

Resultados de Escala de Autocuidado por sexo
Tabla No. 4

PUNTUACIÓN De 1 a 40 puntos <u>Sexo</u>		RANGOS					X σ
		0 Nunca 0-7	1 Casi Nunca 8-15	2 Ocasional- mente 16-23	3 Frecuente- mente 24-31	4 Muy Frecuente -mente 32-40	
Mujer		0	2	10	16	2	23.19 (5.54)
83.3%	30		6.66%	33.33%	53.33%	6.66%	
Hombre		0	1	4	1	0	23.19 (5.54)
16.7%	6		16.66%	66.66%	16.66%		
TOTAL		0	3	14	17	2	23.19 (5.54)
100%	36		8.3%	38.9%	47.2%	5.6%	

A pesar de que en esta muestra esta variable no es equitativa, se puede diferenciar que el 59.99% de las mujeres tienen un autocuidado más alto porque lo practican *frecuentemente* (53.33%) y *muy frecuentemente* (6.66%) que el 16.66% de los hombres. Por lo que en este estudio hay una tendencia de que las mujeres tienen un autocuidado más alto que los hombres.

4.4.2. Edad

Resultados de Escala de Autocuidado por edad
Tabla No. 5

PUNTUACIÓN De 1 a 40 puntos <u>Edad</u>	RANGOS					X σ
	0 Nunca 0-7	1 Casi Nunca 8-15	2 Ocasional -mente 16-23	3 Frecuente- mente 24-31	4 Muy Frecuente- mente 32-40	
25-35 años	0	1	10	11	1	23.19 (5.54)
63.9% 23		4.34%	43.47%	47.82%	4.34%	
36-45 años	0	2	2	4	1	23.19 (5.54)
25% 9		22.22%	22.22%	44.44%	22.22%	
46-55 años	0	0	1	2	0	23.19 (5.54)
8.3% 3			33.33%	66.66%		
56 años en adelante	0	0	1	0	0	23.19 (5.54)
2.8% 1			100%			
TOTAL	0	3	14	17	2	23.19 (5.54)
100% 36		8.3%	38.9%	47.2%	5.6%	

En esta muestra esta variable no es equitativa, se puede diferenciar que el 66.66% de las personas entre 36 a 55 años de edad tienen un autocuidado más alto que los más jóvenes que *casi nunca* (4.34%) y *ocasionalmente* (43.47%) practican el autocuidado. Por lo que hay una tendencia de que los profesionales más jóvenes tienen un autocuidado más bajo.

4.4.3. Relación de pareja

Resultados de Escala de Autocuidado por relación de pareja
Tabla No. 6

PUNTUACIÓN	RANGOS					X σ
	0 Nunca 0-7	1 Casi Nunca 8-15	2 Ocasional-mente 16-23	3 Frecuente-mente 24-31	4 Muy Frecuente-mente 32-40	
De 1 a 40 puntos						
Relación de pareja						
Con pareja	0	2	8	13	2	23.19
69.4% 25		8%	32%	52%	8%	(5.54)
Sin pareja	0	1	6	4	0	23.19
30.6% 11		9.09%	54.54%	16%		(5.54)
TOTAL	0	3	14	17	2	23.19
100% 36		8.3%	38.9%	47.2%	5.6%	(5.54)

En esta muestra esta variable no es equitativa, se puede diferenciar que el 60% de las personas con pareja tienen un autocuidado más alto porque lo practican *frecuentemente* (52%) y *muy frecuentemente* (8%) a comparación del 16% sin pareja que lo practica *frecuentemente*. Por lo que hay una tendencia de que las personas con pareja tienen un autocuidado más alto que los que no la tienen.

4.4.4. Maternidad o paternidad

Resultados de Escala de Autocuidado por maternidad o paternidad
Tabla No. 7

PUNTUACIÓN	RANGOS					X σ
	0 Nunca 0-7	1 Casi Nunca 8-15	2 Ocasional-mente 16-23	3 Frecuente-mente 24-31	4 Muy Frecuente-mente 32-40	
De 1 a 40 puntos						
<u>Maternidad o Paternidad</u>						
Con hijos	0	1	7	8	2	23.19
50% 18		5.55%	38.88%	44.44%	11.11%	(5.54)
Sin hijos	0	2	7	9	0	23.19
50% 18		11.11%	38.88%	50%		(5.54)
TOTAL	0	3	14	17	2	23.19
100% 36		8.3%	38.9%	47.2%	5.6%	(5.54)

A diferencia de las demás variables, en este caso sí es una variable equitativa, por lo que se puede comparar con propiedad que hay más personas solteras el 50% que practican frecuentemente el autocuidado a diferencia del 44% de los padres y madres. Sin embargo el 60% de las madres y padres tienen un autocuidado más alto porque lo practican *frecuentemente* (52%) y *muy frecuentemente* (8%) frente al 50% de los que no tienen hijos que lo practican *frecuentemente*. Por lo que hay una tendencia de que las personas con hijos tienen un autocuidado más alto que los que no tienen.

4.4.5. Grupo étnico

Resultados de Escala de Autocuidado por grupo étnico
Tabla No. 8

PUNTUACIÓN		RANGOS					X σ
		0 Nunca 0-7	1 Casi Nunca 8-15	2 Ocasional-mente 16-23	3 Frecuente-mente 24-31	4 Muy Frecuente-mente 32-40	
Grupo étnico							
Ladino		0	3	11	16	2	23.19
88.9%	32		9.38%	34.38%	50%	6.25%	(5.54)
Maya		0	0	3	1	0	23.19
11.1%	4			75%	25%		(5.54)
TOTAL		0	3	14	17	2	23.19
100%	36		8.3%	38.9%	47.2%	5.6%	(5.54)

En esta muestra esta variable no es equitativa, se puede diferenciar que el 56.25% de ladinos tienen un autocuidado más alto porque lo practican *frecuentemente* (50%) y *muy frecuentemente* (6.25%) que el 25% de los mayas. Por lo que hay una tendencia de que las personas ladinas tienen un autocuidado más alto que las mayas.

4.4.6. Temática

Resultados de Escala de Autocuidado por temática de trabajo
Tabla No. 9

PUNTUACIÓN	RANGOS					X σ
	0 Nunca 0-7	1 Casi Nunca 8-15	2 Ocasional-mente 16-23	3 Frecuente-mente 24-31	4 Muy Frecuente-mente 32-40	
De 1 a 40 puntos						
<u>Temática</u>						
Atención en casos de violencia	0	1 5.55%	8 44.44%	8 44.44%	1 5.55%	23.19 (5.54)
50%	18					
Prevención y promoción de derechos de la niñez y adolescencia	0	2 11.11%	6 33.33%	9 50%	1 5.55%	23.19 (5.54)
50%	18					
TOTAL	0	3 8.3%	14 38.9%	17 47.2%	2 5.6%	23.19 (5.54)
100%	36					

A diferencia de las demás variables, en este caso sí es una variable equitativa, por lo que se puede afirmar con propiedad de que hay una tendencia de mayor autocuidado de los profesionales que se dedican a las potencialidades, debido a que más de la mitad (el 55.55%) de los profesionales que se dedican al trabajo de promoción y prevención de los derechos de la niñez y adolescencia tienen un mayor autocuidado porque lo practican *frecuente* (50%) y muy *frecuente* (5.55%) a comparación del 49.9% de los profesionales que se dedican al trabajo de atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia que lo practican *frecuente* (44.44%) y muy *frecuente* (5.55%).

Hay otra tendencia de que hay un nivel de autocuidado más bajo en los profesionales que se dedican al trabajo de atención en violencia, debido a que la

mitad de este grupo *casi nunca* (5.55%) y *ocasionalmente* (44.44%) practica el autocuidado.

Sin embargo se presentó una excepción dentro de esta tendencia; donde hubo más profesionales (11.11%) que se dedican al trabajo de potencialidades que puntuaron un nivel de autocuidado muy bajo, porque *casi nunca* practican el autocuidado, a comparación del 5.55% de los profesionales que se dedican al trabajo de violencia. Lo que refleja una similitud de los tipos de trabajo que ambos son vulnerables a tener un bajo autocuidado.

Así como también hubo otra similitud interesante entre ambos tipos de trabajo, en donde el 5.55% de profesionales de ambos grupos alcanzó un nivel de autocuidado muy alto, porque practican *muy frecuentemente* el autocuidado. Lo que demuestra que efectivamente se puede lograr un nivel de autocuidado alto en ambos tipos de trabajo.

4.4.7. Años de trabajo en la misma temática

Resultados de Escala de Autocuidado por años de trabajo en la misma temática
Tabla No. 10

PUNTUACIÓN De 1 a 40 puntos <u>Años de trabajo en la misma temática</u>	RANGOS					X σ
	0 Nunca 0-7	1 Casi Nunca 8-15	2 Ocasional-mente 16-23	3 Frecuente-mente 24-31	4 Muy Frecuente-mente 32-40	
De 1 a 4 años	0	1	11	8	1	23.19 (5.54)
58.3% 21		4.76%	30.55%	38.09%	4.76%	
De 5 a 8 años	0	2	0	7	0	23.19 (5.54)
25% 9		22.22%		77.77%		
De 9 años en adelante	0	0	3	2	1	23.19 (5.54)
16.7% 6			50%	33.33%	16.66%	
TOTAL	0	3	14	17	2	23.19 (5.54)
100% 36		8.3%	38.9%	47.2%	5.6%	

En esta muestra esta variable no es equitativa, se puede diferenciar que el 77.77% de los profesionales que tienen entre 5 a 8 años de trabajar la misma temática tienen un autocuidado más alto porque lo practican *frecuentemente* a comparación de los que tienen poco o mucho tiempo de trabajar en esa misma temática, que a su vez son los que tienen un autocuidado más bajo porque *casi nunca* (4.76%) u *ocasionalmente* (30.55% y 50%) lo practican.

Sin embargo este mismo grupo de profesionales entre 5 a 8 años que lleva trabajando en la misma temática, que puntuó un autocuidado más alto porque *frecuentemente* lo practica también puntuó un autocuidado más bajo ya que el 22.22% *casi nunca* practica el autocuidado. Por lo que hay una tendencia de que en los primeros años de trabajo hay un mayor riesgo de tener un autocuidado más bajo.

Por otro lado en los profesionales que han trabajado por más de 9 años en la misma temática hay un nivel de autocuidado bajo, específicamente el 50% entre 15 y 17 años que lleva trabajando lo practica *ocasionalmente*. Por lo que hay otra tendencia de que a mayor tiempo de trabajo en la misma temática hay más vulnerabilidad de tener un autocuidado más bajo.

Sin embargo en estas dos últimas tendencias, hay algunas excepciones en donde el 4.76% de los profesionales que llevan poco tiempo, específicamente una persona que lleva 3 años y el 16.66% de los profesionales que lleva mucho tiempo en trabajar en la misma temática, específicamente una persona que lleva 17 años,

han logrado alcanzar un autocuidado muy alto, ya que lo practican *muy frecuentemente*. Por lo que en cualquier período de tiempo de trabajo se puede lograr un autocuidado alto.

4.4.8. Profesión

Resultados de Escala de Autocuidado por profesión
Tabla No. 11

PUNTUACIÓN De 1 a 40 puntos Profesión	RANGOS					X σ
	0 Nunca 0-7	1 Casi Nunca 8-15	2 Ocasional-mente 16-23	3 Frecuente-mente 24-31	4 Muy Frecuente-mente 32-40	
Derecho	0	0	5	4	1	23.19
27.8% 10			50%	40%	10%	(5.54)
Pedagogía	0	1	0	2	1	23.19
11.1% 4		25%		50%	25%	(5.54)
Psicología	0	0	4	5	0	23.19
25% 9			44.44%	55.55%		(5.54)
Trabajo Social	0	1	2	3	0	23.19
16.7% 6		16.66%	33.33%	50%		(5.54)
Otras	0	1	3	3	0	23.19
19.44% 7		14.28%	42.85%	42.85%		(5.54)
TOTAL	0	3	14	17	2	23.19
100% 36		8.3%	38.9%	47.2%	5.6%	(5.54)

En esta muestra esta variable no es equitativa, se puede diferenciar que el 75% de los pedagogos, seguidos por el 55.55% de los psicólogos y el 50% de los abogados tienen un autocuidado más alto porque lo practican *frecuentemente* (50% y 55%) y *muy frecuentemente* (25% y 10%).

En este estudio hay una tendencia de que los profesionales de Pedagogía, Psicología y Derecho tienen un autocuidado más alto. A su vez los profesionales

que tienen un autocuidado más bajo son de Derecho y Trabajo Social con más del 50% que *casi nunca u ocasionalmente* lo practica.

4.4.9. Puesto laboral

Resultados de Escala de Autocuidado por puesto laboral
Tabla No. 12

PUNTUACIÓN	RANGOS					X σ
	0 Nunca 0-7	1 Casi Nunca 8-15	2 Ocasional-mente 16-23	3 Frecuente-mente 24-31	4 Muy Frecuente-mente 32-40	
Puesto laboral						
Coordinador	0	0	5	3	0	23.19
22.2% 8			62.5%	37.5%		(5.54)
Facilitador	0	3	9	14	2	23.19
77.8% 28		10.71%	32.14%	50%	7.14%	(5.54)
TOTAL	0	3	14	17	2	23.19
100% 36		8.3%	38.9%	47.2%	5.6%	(5.54)

En esta muestra esta variable no es equitativa, se puede diferenciar que el 57.14% de los facilitadores tienen un autocuidado más alto porque lo practican *frecuentemente* (50%) y *muy frecuentemente* (7.14%) que el 37.5% de los coordinadores. Por lo que hay una tendencia de que los facilitadores tienen un autocuidado mayor que los coordinadores. Sin embargo por otro lado hay una excepción que demuestra que los facilitadores tienen mayor riesgo de tener un bajo autocuidado debido a que el 10.71% *casi nunca* lo practica, a comparación de que no hay ningún coordinador que tenga tan bajo autocuidado.

4.4.10. Tipo de institución

Resultados de Escala de Autocuidado por tipo de institución
Tabla No. 13

PUNTUACIÓN	RANGOS					X σ
	0 Nunca 0-7	1 Casi Nunca 8-15	2 Ocasional-mente 16-23	3 Frecuente-mente 24-31	4 Muy Frecuente-mente 32-40	
Gubernamental	0	1	8	8	1	23.19 (5.54)
50% 18						
No Gubernamental	0	2	6	9	1	23.19 (5.54)
50% 18						
TOTAL	0	3	14	17	2	23.19 (5.54)
100% 36						

A diferencia de las demás variables, en este caso sí es una variable equitativa, por lo que se puede afirmar con propiedad que el 55.55% de los profesionales que laboran en una ONG tienen un autocuidado más alto porque lo practican *frecuentemente* (50%) y *muy frecuentemente* (5.55%) a comparación del 49.99% de los que laboran en una institución gubernamental. Por lo que hay una tendencia de mayor autocuidado de los profesionales que laboran en una ONG. Sin embargo por otro lado hay una excepción que demuestra que este mismo grupo tiene mayor riesgo de tener un bajo autocuidado, debido a que el 11.11% *casi nunca* lo practica.

Así como también hubo una similitud interesante entre ambos tipo de institución, en donde el 5.55% de profesionales de ambos grupos alcanzó un nivel de autocuidado muy alto, porque practican *muy frecuentemente* el autocuidado. Lo

que demuestra que efectivamente se puede lograr un nivel de autocuidado alto en ambos tipos de institución.

4.4.11. Horas de trabajo

Resultados de Escala de Autocuidado por horas de trabajo
Tabla No. 14

PUNTUACIÓN	RANGOS					X σ
	0 Nunca 0-7	1 Casi Nunca 8-15	2 Ocasional-mente 16-23	3 Frecuente-mente 24-31	4 Muy Frecuente-mente 32-40	
De 1 a 40 puntos						
Horas de trabajo						
8 horas	0	0	4	7	1	23.19 (5.54)
33.33% 12			33.33%	58.33%	8.33%	
Más de 8 horas	0	3	10	10	1	23.19 (5.54)
66.7% 24		12.5%	41.66%	41.66%	4.16%	
TOTAL	0	3	14	17	2	23.19 (5.54)
100% 36		8.3%	38.9%	47.2%	5.6%	

En esta muestra esta variable no es equitativa, se puede diferenciar que el 61.66% de los profesionales que trabajan 8 horas diarias tienen un autocuidado más alto porque lo practican *frecuente* (58.33%) y *muy frecuentemente* (8.33%) que los que trabajan más de 8 horas diarias, que por el contrario tienen un autocuidado más bajo ya que el 12.5% *casi nunca* lo practica.

Por lo que hay una tendencia de que los profesionales que trabajan sólo 8 horas diarias tienen un autocuidado más alto. Y los que trabajan más de 8 horas diarias tienen mayor riesgo de tener un bajo autocuidado.

4.4.12. Horas de descanso

Resultados de Escala de Autocuidado por horas de descanso
Tabla No. 15

PUNTUACIÓN	RANGOS					X σ
	0 Nunca 0-7	1 Casi Nunca 8-15	2 Ocasional-mente 16-23	3 Frecuente-mente 24-31	4 Muy Frecuente-mente 32-40	
Horas de sueño						
8 horas	0	0	0	3	0	23.19
8.3% 3				100%		(5.54)
Menos de 8 horas	0	3	14	14	2	23.19
91.7% 33		9.09%	42.42%	42.42%	6.06%	(5.54)
TOTAL	0	3	14	17	2	23.19
100% 36		8.3%	38.9%	47.2%	5.6%	(5.54)

En esta muestra esta variable no es equitativa, se puede diferenciar que el 100% de los profesionales que duermen 8 horas diarias tienen un autocuidado más alto porque lo practican *frecuente* que los que duermen menos de 8 horas diarias, que por el contrario tienen un autocuidado más bajo ya que el 9.09% *casi nunca* lo practica.

Por lo que hay una tendencia de que los profesionales que duermen 8 horas diarias tienen un autocuidado más alto. Y los que duermen menos de 8 horas diarias tienen mayor riesgo de tener un bajo autocuidado. Sin embargo por otro lado hay una excepción que demuestra que este mismo grupo puede alcanzar un autocuidado muy alto, debido a que el 6.06% *muy frecuentemente* lo practica, pero son profesionales que duermen 7 horas diarias.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A partir de los resultados obtenidos de la Escala de Autocuidado que se aplicó a un grupo de profesionales de las ciencias sociales que se dedican al trabajo de protección y atención psicosocial a niñez víctimas de cualquier tipo de violencia, como a la prevención y promoción de los derechos de la niñez y adolescencia.

Es necesario triangular los datos encontrados con la teoría del autocuidado, el juicio de la investigadora y otros estudios relacionados a los objetivos del presente estudio y las características de la muestra en la que se basó el estudio, para comparar las diferencias, similitudes y nuevos hallazgos.

Los objetivos que guiaron el presente estudio se basaron en identificar las principales prácticas, conductas y condiciones de autocuidado que aplican los defensores y defensoras de Derechos Humanos que trabajan directamente con la niñez y adolescencia, como identificar los principales factores de riesgo relacionados a la falta del autocuidado, desgaste emocional o el síndrome de burnout que manifiestan los defensores y defensoras de Derechos Humanos que trabajan directamente con la niñez y adolescencia.

Los resultados de esta investigación de la Escala de Autocuidado que mide ocho conductas de autocuidado y dos condiciones de autocuidado señalan una puntuación de 23.19 ($DE = 5.54$) lo que demuestra que los profesionales de las ciencias sociales *frecuentemente* emiten conductas y condiciones de autocuidado.

Coinciden en el mismo nivel de autocuidado con otros dos estudios realizados en Chile por Guerra, el primero en el 2008, en el que los participantes puntuaron 24.04 ($DE = 6.33$) en la misma Escala de Autocuidado, lo que indicó que *frecuentemente* emiten conductas de autocuidado. Y el segundo en el 2011 en el que los participantes puntuaron 24.67 ($DE = 5.38$), lo que indicó que *frecuentemente* emiten conductas de autocuidado.

Sin embargo en este estudio se encontró que el 8.3% de profesionales *casi nunca* mantiene un autocuidado. Y sólo un 5.6% que mantiene un autocuidado *muy frecuentemente*.

Este resultado de que son muy pocos los que tienen un autocuidado coincide con Olabarría y Mansilla (2007) que plantea que hay pocas demandas de atención a los equipos de trabajo por las instituciones.

Con la Escala de Autocuidado se logró identificar que las principales prácticas, conductas y condiciones de autocuidado que aplican los profesionales de las ciencias sociales para mantener un autocuidado alto son:

- La conducta de mantener una vida social activa fuera de la oficina con la familia y amigos.
- La condición sobre el uso del humor dentro del ámbito laboral.
- La conducta sobre el apoyo de redes sociales dentro del trabajo.

Asimismo, se logró identificar que los principales factores de riesgo de las conductas y condiciones de autocuidado que manifiestan los profesionales de las ciencias sociales relacionados a la falta de autocuidado o de un autocuidado bajo son:

- La conducta referida a la supervisión
- La conducta sobre actividades recreativas dentro del ámbito laboral
- La conducta de mantener una actividad física
- La condición de autocuidado sobre adecuadas condiciones laborales

Lo anterior coincide con algunos estudios relacionados a las conductas y condiciones como estrategias para mantener un autocuidado alto o muy *frecuentemente*:

Sobre la *vida social activa fuera de la oficina*, Morales y Lira dentro del cuarto modelo del autocuidado (Santana y Farkas, 2007) plantearon la sociabilidad mediante una actividades sociales para prevenir el burnout.

En relación al *uso del humor dentro del ámbito laboral* Quintana, Santana y Farkas en Garrido *et al.* (2009) mencionan como estrategia de autocuidado desarrollar el sentido del humor.

A cerca del *apoyo de redes sociales dentro del trabajo*, hubo varias coincidencias con tres diferentes estudios; el primero fue realizado por Barbero (2013) que tenía como objetivo presentar la eficacia de una dinámica de intervención grupal desde la percepción de los participantes, encontró que el apoyo mutuo, la pertenencia grupal y la relación grupal fue uno de los mayores beneficios de la intervención.

El segundo estudio realizado por Boada (2009) que entre sus objetivos tenía examinar si el clima de equipo de trabajo es pronosticador de los niveles de burnout, y encontró que efectivamente es así, ya que mejora la comunicación, aumenta la cohesión y confianza dentro del equipo.

El tercer estudio realizado por Morales y Lira que dentro del segundo modelo del autocuidado (Santana y Farkas, 2007) plantearon la identidad social (grupal y gremial), que brinda una red de apoyo social y profesional para prevenir el burnout.

Lo presentado por este estudio también coincide con algunos estudios relacionados a las conductas y condiciones que al no practicarse como estrategias de autocuidado se convierten en factores de riesgo que desencadenan el síndrome de burnout y apuntan a un bajo autocuidado:

La mayoría de los profesionales no recibe *supervisión* y esta conducta fue la que puntuó más bajo, lo que coincide con tres estudios; el primero realizado por Olabarría y Mansilla (2007) que plantea que hay pocas demandas de atención a los equipos de trabajo por las instituciones, que usualmente solicitan estudios de condiciones laborales, pero que en el fondo son un problema de relacionamiento de equipos. El segundo realizado por Morales (2003) que investigó el proceso de desgaste emocional de profesionales que trabajan con el dolor humano y señaló a la conversación grupal como única estrategia que promueve el autocuidado. El tercero realizado por Arón, y Llanos (2004) que entre las estrategias de autocuidado menciona el vaciamiento y la descomprensión, que son necesarias y a su vez es ético y responsable que el profesional y la institución brinde espacios específicos para hacerlos, sin contaminar a la familia, amigos y pareja. Es decir hay una necesidad de generar espacios protegidos, específicos y de confianza para promover la salud mental de los equipos de trabajo, lo que se logra a través de la supervisión.

En relación a las *actividades recreativas dentro del ámbito laboral*, hubo coincidencias con dos estudios, el primero elaborado por Fisher (2007) que tenía como fin de conocer la percepción de las políticas y prácticas de promoción de salud mental y autocuidado, y concluyó que los trabajadores manifestaron la necesidad de espacios recreativos dentro del trabajo. El segundo por Arenas (2004) quien investigó sobre las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos con el fin de analizar la influencia que la profesión y la institución

ejercen sobre el autocuidado de la salud de los médicos. Entre sus resultados sobresalen las dificultades del esparcimiento y descanso que los médicos tienen para mantener un autocuidado.

Sobre las *adecuadas condiciones laborales* hubo coincidencias con tres estudios; el primero de Sanhueza (2010) que desarrolló un estudio que pretendía identificar las estrategias de autocuidado de equipos interdisciplinarios que trabajaban en la atención de maltrato infantil y entre sus resultados resaltó que la institución tiene en primer lugar la responsabilidad ante su personal y sus equipos de trabajo de brindar condiciones laborales que favorezcan el autocuidado. El segundo por Arenas (2004) quien investigó sobre las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos con el fin de analizar la influencia que la profesión y la institución ejercen sobre el autocuidado de la salud de los médicos. Entre sus resultados encontró que las instituciones de salud carecen de políticas, programas, reglamentaciones y espacios que promuevan el autocuidado de los trabajadores. El tercero por Morales y Lira que dentro del primer modelo del autocuidado (Santana y Farkas, 2007) plantearon la reivindicación institucional en la que sostienen que si no se presentan las condiciones laborales adecuadas repercuten al profesional en el burnout.

Además se logró identificar que hay ciertas variables (significativas o determinantes) que influyen para que haya un autocuidado alto mediante prácticas

de conductas y condiciones de autocuidado o un autocuidado bajo mediante factores de riesgo de las conductas y condiciones de autocuidado:

La variable más significativa o determinante fue el tipo de temática, ya que demostró que claramente existe una tendencia de practicar un autocuidado más alto con el trabajo de potencialidades en prevención y promoción de derechos de la niñez y adolescencia. Y una tendencia de manifestar más factores de riesgo que apuntan a un autocuidado más bajo en el trabajo con el dolor humano en la protección y atención a niñez y adolescencia víctimas de violencia.

Lo que coincide con el estudio realizado por Guerra (2011) sobre la Escala de Autocuidado que tenía como objetivo medir la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado mediante este instrumento y entre sus resultados encontró que aquellos psicólogos de la muestra que más frecuentemente ejecutan las conductas de autocuidado son los que mayores niveles de calidad de vida y logro personal presentan, y además son los que muestran menores niveles de agotamiento emocional, despersonalización, ansiedad estado y estrés traumático secundario.

Asimismo, dentro de esta misma variable del tipo de temática se encontró similitudes significativas que en ambos tipos de trabajo hay un riesgo de manifestar un autocuidado muy bajo.

En general el trabajo de ayuda implica un riesgo, dentro de la teoría se encontró cuatro sustentos teóricos que argumentan el riesgo del trabajo con el dolor y sufrimiento humano; el primero por Morales (2003) que realizó un estudio para

investigar el proceso de desgaste emocional de profesionales que trabajan con el dolor humano y encontró que en su mayoría hay procesos de riesgo para la salud mental. El segundo por Arón y Llanos (2004) que sostiene que uno de los efectos psicosociales del abordaje de violencias es la contaminación temática. El tercero por Santana y Farkas (2007) que encontró que los profesionales tienen una percepción de que el trabajo de atención en violencia es interminable.

Por lo que cada profesional debe estar consciente del alto riesgo que implica el trabajo de ayuda que realiza ya sea en atención o en prevención al reflexionar en “darse cuenta en qué estás, porque uno está aquí, también por qué elegí este tema y no otro, porque llevo tanto tiempo acá” (Santana y Farkas, 2007).

En el presente estudio también se encontró que en ambos tipos de trabajo y en cualquier período de tiempo de trabajo se puede alcanzar un autocuidado muy alto, pero esto dependerá de las estrategias de autocuidado a nivel individual, nivel de equipo y nivel institucional que se pongan en práctica.

Luego se encuentra la variable de los años de trabajo en la misma temática, en la que se identificó un mayor riesgo de manifestar un bajo autocuidado en los primeros cuatro años de trabajo, lo que también indica la variable de edad, que los profesionales más jóvenes presentan un autocuidado más bajo. Así como los que llevan 15 años en adelante trabajando en la misma temática.

Lo anterior coincide con la Teoría de Bronfenbrenner (Olabarría y Mansilla, 2007) que afirma que el burnout puede aparecer dentro del desarrollo humano de

la juventud, e indica que hay una mayor incidencia en los profesionales jóvenes que trabajan en la atención de violencia por los altos niveles de implicación que demanda. También con la última fase de evolución del síndrome de Burnout (Claramunt, 1999), que es la más destructiva, el punto crítico de no retorno ocurre aproximadamente a los dos años de trabajo.

Una de las razones de por qué hay más personas con mayor tiempo de trabajo con un autocuidado alto podría ser por la misma experiencia sobre lo que les ha funcionado y lo que no para disminuir el desgaste laboral y sus estrategias de autocuidado. Por otro lado una de las razones que podría haber de por qué los personas que están iniciando en su profesión ya sea en el trabajo de atención o prevención y promoción, tienen un autocuidado bajo, podría ser debido a que no tienen la suficiente experiencia y conocimiento a nivel teórico porque no han recibido cursos de formación en autocuidado tal como recomienda Arón y Llanos (2004) que menciona la formación continua del profesional como una estrategia de autocuidado. Y a nivel personal porque no reconocen sus limitaciones y no han aprendido a poner límites.

Lo anterior coincide con lo que sustentan Olabarría y Mansilla (2007) sobre el riesgo de que los profesionales no tengan límites claros al brindar el servicio de ayuda humanitaria sobre todo cuando inician su carrera profesional. Así como lo que recomiendan Garrido, Del Moral, González y López (2009) que proponen establecer límites entre trabajo y vida personal como estrategia de autocuidado.

También coincide con otros dos estudios; el primero realizado por Hernández (2013) que buscaba reflexionar sobre el autocuidado como una herramienta política que mantiene el activismo del feminismo y la salud mental de las mujeres, en la que concluyó que el autocuidado permite; escucharse, aprender a aceptar que no son “todopoderosas” y aprender a ponerse límites. El segundo realizado por Sanhueza (2010) desarrolló un estudio que pretendía identificar las estrategias de autocuidado de equipos interdisciplinarios que trabajaban en la atención de maltrato infantil y entre sus resultados resaltó que el autocuidado se caracteriza por el establecimiento de límites que es necesario para no correr el riesgo de la autodestrucción por prestar esa atención a casos de violencia.

Por último se encuentran las variables de las horas de trabajo y las horas de sueño, que tienen una relación inversamente proporcional, ya que los profesionales que trabajan y duermen 8 horas diarias tienen un autocuidado más alto. Mientras que los que trabajan más de 8 horas diarias y duermen menos de 8 horas diarias tienen mayor riesgo de tener un bajo autocuidado. Sin embargo hay otras variables importantes para mantener un autocuidado alto o bajo, pero que en los resultados de las variables propuestas por este estudio no se logró vislumbrar una tendencia clara, por las contradicciones o dispersiones que presentaba o porque la muestra no era proporcional. Entre estas se encuentran el sexo, la relación de pareja, la maternidad o paternidad, grupo étnico, profesión, tipo de institución y puesto laboral.

VI. CONCLUSIONES

1. Se logró cumplir con los objetivos del presente estudio, se estableció las conductas y condiciones de autocuidado de la salud mental que utilizan los defensores y las defensoras de Derechos Humanos que trabajan directamente con la niñez y la adolescencia mediante la Escala de Autocuidado, que mide ocho conductas de autocuidado (variación de actividades profesionales, supervisión, apoyo de redes sociales, actividades recreativas dentro del trabajo, vida social activa fuera del trabajo, actividad física o deporte, vida espiritual activa y alimentación equilibrada) que operan a nivel individual y dos condiciones de autocuidado (el uso del humor dentro del trabajo y condiciones laborales adecuadas) que operan a nivel de institucional u organizacional donde se ubican los equipos de trabajo. En la que se obtuvo una puntuación de 23.19 ($DE = 5.54$) lo que demuestra que los profesionales de las ciencias sociales *frecuentemente* emiten conductas y condiciones de autocuidado, en general tienen un alto nivel de autocuidado.
2. Se identificó los principales factores de riesgo de las conductas y condiciones de autocuidado que manifiestan los profesionales de las ciencias sociales relacionados a la falta de autocuidado o de un autocuidado bajo los cuales son: en primer lugar las conductas referidas a la supervisión, las actividades

recreativas dentro del ámbito laboral y la actividad física. En segundo lugar la condición de autocuidado sobre condiciones laborales adecuadas.

3. Se identificó las principales prácticas y estrategias de conductas y condiciones de autocuidado que aplican los profesionales de las ciencias sociales para mantener un autocuidado alto las cuales son: en primer lugar la conducta de mantener una vida social activa fuera de la oficina con la familia y amigos, en segundo lugar la condición sobre el uso del humor dentro del ámbito laboral y en tercer lugar la conducta sobre el apoyo de redes sociales dentro del trabajo.
4. La variable más significativa que influye en estos factores de riesgo o estrategias de autocuidado es el tipo de temática, ya que en los resultados de la Escala de Autocuidado se demostró que existe claramente una tendencia de practicar un autocuidado más alto con el trabajo de potencialidades en prevención y promoción de derechos de la niñez y adolescencia. Y una tendencia de manifestar más factores de riesgo que apuntan a un autocuidado más bajo en el trabajo con el dolor humano, en la protección y atención a niñez y adolescencia víctimas de violencia. Otras variables indicadoras son las referentes a la temporalidad como la edad, las horas y los años de trabajo, así como las horas de sueño.
5. En relación a los cuatro modelos teóricos del autocuidado analizados en el marco teórico, los modelos más significativos que se evidenciaron en el

presente estudio fue el primer modelo respecto a la reivindicación institucional, porque la condición de autocuidado sobre adecuadas condiciones laborales fue una de las más bajas puntuadas en este estudio. Y el otro fue el segundo modelo respecto a la identidad social porque la conducta de autocuidado sobre la red de apoyo social dentro del trabajo fue una de las que obtuvo una de las puntuaciones más alta.

6. Esta investigación conforma un aporte en el estudio del autocuidado de profesionales de las diferentes ciencias sociales que se dedican a la atención en casos de violencia, prevención y promoción de derechos humanos en instituciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en favor de la niñez y adolescencia, ya que entrega antecedentes empíricos en el contexto guatemalteco que permite avanzar en visibilizar la necesidad de autocuidado de los profesionales de salud mental que se dedican al trabajo de ayuda para que estos tomen conciencia y demanden a sus instituciones espacios de autocuidado, como estas sean más responsables en brindar las condiciones laborales adecuadas para el autocuidado de sus trabajadores y equipos. Asimismo, los resultados de este estudio apoyan el sustento teórico de practicar estrategias de autocuidado como forma de prevenir el síndrome de burnout y los efectos del desgaste laboral, para alcanzar mayores niveles de calidad de vida y logro personal.

VII. RECOMENDACIONES

1. Es importante que el profesional sea consciente de su nivel de autocuidado para que pueda recibir atención inmediata para mejorar su salud mental, aumentar su calidad de vida y logro personal. Así como no repetir el mismo patrón de los síntomas del burnout que se generarán incluso en otros contextos laborales.
2. Es fundamental que el profesional de salud mental pueda establecer límites claros entre trabajo y vida personal como estrategia de autocuidado para el trabajo de ayuda humanitaria ya sea en el trabajo de atención en casos de violencia o del desarrollo de potencialidades en la prevención y promoción de los derechos humanos.
3. Debido a que la conducta de autocuidado más baja puntuada en este estudio fue la supervisión, se recomienda como intervención constante implementar la supervisión psicosocial en las instituciones de ayuda humanitaria. Especialmente se podría realizar una investigación cuasi-experimental aplicando la Escala de Autocuidado antes y después de las sesiones de supervisión psicosocial con un grupo control y experimental para conocer sus beneficios y seguir avanzando en la operacionalización del autocuidado.

4. Realizar intervenciones institucionalizadas reguladas por los gremios del colegio de Humanidades y el colegio de Psicólogos de Guatemala con programas preventivos para disminuir el burnout y aumentar el nivel de autocuidado.
5. Seguir potencializando las principales estrategias de autocuidado encontradas en este estudio a través de desarrollar el sentido del humor, con espacios recreativos dentro de los lugares de trabajo como afuera con la familia y amigos para fortalecer las redes de apoyo social.
6. Realizar más estudios con otras variables que consideró este estudio como el sexo, la relación de pareja, la maternidad o paternidad, grupo étnico, profesión, tipo de institución (gubernamental o no gubernamental) y puesto laboral con muestras proporcionales y más amplias, para profundizar y determinar si influyen en un autocuidado alto o bajo, con más metodologías ya sean diferentes instrumentos estadísticos si es una investigación cuantitativa como con diferentes técnicas de entrevistas a profundidad, grupos focales, estudios de casos opuestos (con un autocuidado alto y otro bajo y con burnout) si es una investigación cualitativa.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arenas, L., Hernández, I., Valdez, R. y Bonilla, P. (2004). Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Red AL y C la Hemeroteca científica en línea en ciencias sociales*. (s. v.) 326-332. Recuperado <http://site.ebrary.com/id/10105794?ppg=2>
- Arango, Y., (2007). *Manual de Autocuidado con énfasis en Equidad de Género*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública, Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente.
- Arón, A. y Llanos, M. (2004). Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*. 20(1-2), 5-15.
- Barbero, J., Fernández, P., García, H., Mayoral, O. y Jiménez, V. (2013). Valoración de la eficacia percibida de la dinámica grupal “¿Qué tal?” para el autocuidado y aprendizaje mutuo en un equipo asistencial. *Psicooncología*, 10(2-3), 353-363.
- Barrales Díaz, C. (2011). Talleres de Intervención psicosocial y Apoyo Emocional en lugar de trabajo. *De Familias Y Terapias*, (31), 53-58.

- Barry, J. y Djordjevic, J. (2007). *¿Qué sentido tiene la revolución si no podemos bailar?* Estados Unidos: El Fondo de Acción Urgente por los Derechos Humanos de las Mujeres.
- Berenzon-Gorn, S., Saavedra-Solano, N., y Alanís-Navarro, S. (2009). Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: autoatención y apoyo social. *Salud Pública De México*, 51(6), 474-481.
- Boada-Grau, J., de Diego-Vallejo, R., y de Llanos-Serra, E. (2009). El clima de equipo como antecedente del burnout y de las manifestaciones psicosomáticas. *Ansiedad Y Estrés*, 15(2/3), 279-289.
- Claramunt, M. (1999). *Ayudándonos para ayudar a otros: Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar*. Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud.
- De-la-Fuente-Roldán, I., y Sánchez-Moreno, E. (2012). Trabajo social, síndrome de estar quemado por el trabajo y malestar psíquico: un estudio empírico en una muestra de trabajadores sociales de la comunidad de madrid. (Spanish). *Portularia: Revista De Trabajo Social*, 12(1), 121-130.
doi:10.5218/prts.2012.0013
- Fernández, J. (1997). *La Supervisión en el Trabajo Social*. España: Paidós.
- Fisher, M. (2007). Salud mental y Autocuidado: Prácticas organizacionales y de capacitación en funcionarios y funcionarias de la ilustre Municipalidad de

el Bosque (Tesis de Licenciatura inédita). Recuperada de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/123456789/898/1/tpsico248.pdf>

Garrido, F., Del Moral, G., González, E. y López, A. (2009). Estudio del burnout entre profesionales de los equipos de tratamiento familiar en la atención a las familias en riesgo psicosocial. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3), 517-537.

Giesecke y Rappe. (1995). Supervision als Medium kommunikativer Selbstforschung. (Supervisión como medio de autovivencia comunicativa). Alemania: EHP.

Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G. y Betta, R. (2008). Validación Preliminar de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Psykhé*. 17 (2), 67-78.

Guerra, C., Vivanco, A. y Morales, C. (2009). Efectos de una intervención Cognitivo-Conductual en el aumento de Conductas de Autocuidado y Disminución del Estrés Traumático Secundario en Psicólogos Clínicos. *Terapia Psicológica*. 27 (1), 73-81.

Guerra, C. Platz, A, Bermúdez, A. y Vidal, N. (2011). Análisis Psicométrico de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 43 (2), 319-328.

- Guerra, C., Platz, A., Bermúdez, A., y Vidal, N. (2011). Análisis psicométrico de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. (Spanish). *Revista Latinoamericana De Psicología*, 43(2), 319-328.
- González, I., y Martínez Calvo, C. (2013). Percepción ciudadana sobre deberes y derechos relacionados con el cuidado de la salud. (Spanish). *Revista Cubana De Higiene Y Epidemiología*, 51(3), 298-310.
- Hernández, A. y Tello, N. (2013). *¿Qué significa el autocuidado para las defensoras de derechos humanos?* México: Iniciativa Mesoamericana de Mujeres Defensoras de Derechos Humanos.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5ed.). Chile: Mc Graw Hill.
- Morales, G., Pérez, J. y Menares, M. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12 (1), 9-25.
- Morgan, M. (2005). *Guía de autocuidado para los prestadores y prestadoras de servicios de salud en relación con la violencia intrafamiliar* (2ed.). Panamá: Organización Panamericana de la salud.
- Olabarría, B., y Mansilla, F. (2007). Ante el burnout: cuidados a los equipos de salud mental. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 12(1), 1-14.

- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la Salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Pivaral, C., Cruz, L., Pérez, G., López, M., y Figueroa, I. (2009). Efecto de una intervención psicoeducativa para disminuir el Síndrome Burnout en personal de confianza de la Comisión Federal de Electricidad. (Spanish). *Salud Mental*, 32(3), 215-221.
- Rodríguez, M., y Alvarado, N. (2013). Salud, optimismo y afrontamiento en trabajadores profesionales y no profesionales que trabajan en contextos altamente estresantes. (Spanish). *Acta Colombiana De Psicología*, 16(1), 149-157.
- Sanhueza, L. (2010). *Abuso sexual infanto juvenil: Reflexiones desde la práctica*. Chile: Ediciones Universidad Católica de Temuco.
- Santana, A. y Farkas, C. (2007). Estrategias de Autocuidado en Equipos Profesionales que trabajan en Maltrato Infantil. *Psykhe*. 16 (1). 77-89.
- Vignolo, J. y Vacarezza. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Prensa Médica Latinoamericana*. 33(1), 11-14.

ANEXOS

ANEXO 1 FICHA TÉCNICA 1

NOMBRE	Escala de Autocuidado para psicólogos clínicos
AUTORES	Guerra, Rodríguez, Morales y Betta (2008)
OBJETIVO	Medir la frecuencia de emisión de conductas y condiciones de autocuidado en psicólogos que trabajan realizando psicoterapia.
¿QUÉ MIDE?	<p>Esta escala mide las siguientes conductas de autocuidado, entendidas como acciones que puede realizar el propio profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variación de actividades profesionales • Supervisar los casos clínicos • Apoyo de redes sociales al interior del trabajo • Realizar actividades de esparcimiento dentro del ambiente laboral • Mantener una vida social activa fuera del ámbito laboral • Mantener actividad física • Mantener una vida espiritual activa • Alimentarse de forma equilibrada <p>Esta escala también mide las siguientes condiciones de autocuidado que se refieren a las generadas por las conductas del equipo de trabajo o de los directivos de la organización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente laboral favorece uso del humor • Adecuadas condiciones laborales

<p>REACTIVOS</p>	<p>Conductas de autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variación de actividades profesionales: 1 • Supervisar los casos clínicos: 2 • Apoyo de redes sociales al interior del trabajo:4 • Realizar actividades de esparcimiento dentro del ambiente laboral: 5 • Mantener una vida social activa fuera del ámbito laboral: 6 • Mantener actividad física: 7 • Mantener una vida espiritual activa:8 • Alimentarse de forma equilibrada: 9 <p>Condiciones de autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente laboral favorece uso del humor: 3 • Adecuadas condiciones laborales: 10
<p>TIEMPO DE RESOLUCIÓN</p>	<p>El tiempo de aplicación de La Escala de Autocuidado puede variar entre 10 a 15 minutos, pero no tiene límite de tiempo.</p>
<p>FORMA DE APLICACIÓN</p>	<p>Autoaplicación.</p>
<p>FORMA DE CALIFICACIÓN</p>	<p>La persona que responde debe indicar qué tan frecuentemente emite las conductas o bien qué tan frecuentemente su ambiente laboral favorece las condiciones de autocuidado. Las posibilidades de respuesta varían entre 0 (<i>nunca</i>), 1 (<i>casi nunca</i>), 2 (<i>ocasionalmente</i>),</p>

	<p>3 (<i>frecuentemente</i>) y 4 (<i>muy frecuentemente</i>).</p> <p>El puntaje total se calcula sumando las respuestas obtenidas de los 10 ítems de la escala y puede variar entre 0 y 40 puntos. A mayor puntaje obtenido, mayor es la frecuencia de conductas de autocuidado.</p> <p>Para interpretar los resultados se clasifica en los siguientes rangos de puntuación:</p> <p>Puntajes entre 0 y 7 puntos indican que la persona <i>nunca</i> practica el autocuidado, entre 8 y 15 se considera que lo practica <i>casi nunca</i>, entre 16 y 23 puntos indica que lo practica <i>ocasionalmente</i>, entre 24 y 31 puntos se considera que la persona <i>frecuentemente</i> utiliza las estrategias, y puntajes totales mayores de 32 puntos indican que la persona utiliza el autocuidado <i>muy frecuentemente</i>.</p>
<p>PUNTAJE MÍNIMO Y PUNTAJE MÁXIMO</p>	<p>Puntaje mínimo: 0</p> <p>Puntaje máximo: 40</p>
<p>CONFIABILIDAD</p>	<p>La Escala de Autocuidado tiene adecuados niveles de consistencia interna y validez de constructo. Se ha probado su validez convergente al correlacionar inversamente con los niveles de estrés traumático secundario (Escala de Estrés Traumático Sencundario), de depresión (Inventario de Depresión de Beck) en los psicólogos, con las tres dimensiones del síndrome de burnout; agotamiento emocional, sentimientos de despersonalización, baja sensación de logro personal en el trabajo (Inventario de Burnout de Maslach), con los niveles de ansiedad (Subescala de ansiedad estado del inventario de ansiedad estado-rasgo) y con una puntuación general de la calidad de vida (Subescala de satisfacción en las actividades generales del Cuestionario sobre Calidad de Vida).</p> <p>Los ítems de la Escala de Autocuidado adoptaron una estructura unifactorial coherente con la teoría que sustenta la escala. (Guerra et al. 2011)</p>

ANEXO 2 ESCALA DE AUTOCUIDADO

Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP)

A continuación hacemos una serie de preguntas sobre su trabajo y sobre sus actividades extralaborales. Responda todas las preguntas, marcando la alternativa que refleje mejor su situación general.

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	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