

2018-06-27

# Conductas de Autocuidado y Estilos de Personalidad en Psicólogos Clínicos

Fabiani, Verónica

---

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/708>

*Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni*

**Facultad de Psicología**  
**Universidad Nacional de Mar del Plata**

**“Conductas de Autocuidado y Estilos de Personalidad en Psicólogos Clínicos”**

Informe Final Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 553/2009.

**Alumnas:**

- Fabiani, Verónica. DNI: 37.177.968
- Lucero, Mariana. DNI: 37.397.310

**Supervisora:**

- Esp. Grill Silvina

**Co- Supervisora:**

- Esp. Galarza Aixa

**Grupo de Investigación:**

Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica (GIEPsi)

**Fecha de presentación:**

05 de Abril del 2018

*Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Trabajo de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Verónica Fabiani y Mariana Lucero de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras.*

*Las que suscriben manifiestan que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Verónica Fabiani DNI: 37.177.968 y Mariana Lucero DNI: 37.397.310 conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 5 días del mes de Abril del año 2018.*

.....

*Firma y aclaración*

*Supervisora*

.....

*Firma y aclaración*

*Co-Supervisora*

**Informe de Evaluación de la Supervisora y Co-Supervisora**

Las alumnas Lucero Mariana y Fabiani Verónica se han desempeñado de manera excelente en la investigación realizada. En el proceso de la misma trabajaron con dedicación, compromiso, interés y respeto, lo cual permitió obtener como resultado un informe final de calidad, con un grado de elaboración importante para la instancia de aprendizaje que significa.

La ejecución de este trabajo fue realizada por ambas alumnas con responsabilidad y ética, afrontaron cada desafío dando cuenta de la capacidad de aprendizaje, de autonomía y de eficiencia en cada instancia.

Ambas sostuvieron un alto grado de motivación e interés con respecto a la temática, y una evolución satisfactoria en términos de aprendizaje y adquisición de conocimientos.

.....

*Firma y aclaración*

*Supervisora*

.....

*Firma y aclaración*

*Co-Supervisora*

*Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Verónica Fabiani DNI: 37.177.968 y Mariana Lucero DNI: 37.397.310.*

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:

Fecha de aprobación:

Calificación:

**ÍNDICE GENERAL**

Plan de trabajo.....	07
Marco Teórico.....	17
Metodología.....	22
<i>Tipo de estudio</i> .....	22
<i>Hipótesis de trabajo</i> .....	22
<i>Muestra</i> .....	22
<i>Instrumentos</i> .....	23
<i>Procedimiento</i> .....	25
<i>Análisis de resultados</i> .....	25
Resultados.....	26
<i>Estilos de personalidad de los psicólogos clínicos bajo estudio</i> .....	26
<i>Conductas de autocuidado que emiten los psicólogos clínicos bajo estudio</i> .....	28
<i>Relaciones entre estilos de personalidad y conductas de autocuidado emitidas</i> .....	29
<i>Diferencias de género y edad en las variables bajo estudio</i> .....	33
Discusión.....	35
Referencias Bibliográficas.....	40

## Conductas de Autocuidado y Estilos de Personalidad en Psicólogos Clínicos

### MARCO TEÓRICO

La salud y el trabajo están relacionados en un binomio bidireccional inseparable, en el cual cada factor puede influir positiva o negativamente al otro (Benavides, Ruiz-Frutos & García, 2007). Desde la década de los '90, el mundo occidental atraviesa un proceso de transformación y globalización socioeconómica y laboral que nuevamente se está intensificando con el avance tecnológico y de Internet. Estos cambios en la producción, las reformas legislativas y las nuevas formas de organización del trabajo exigen a las personas hacerles frente, adaptarse y, en ocasiones, pueden repercutir en su salud. Redondo (2008) sostiene que es necesario entender la lógica de estas nuevas formas de trabajo, ya que existen aspectos del ámbito laboral que pueden promover el rendimiento y la salud de los trabajadores, o bien perjudicarla. En el primer caso, el trabajo puede contribuir a la mantención y/o promoción de la salud (Parra, 2003; Trucco, 2004). En el segundo, puede perjudicar el rendimiento laboral, causar daño y/o agravar problemas de salud ya existentes (Parra, 2003; Rodríguez-Ramírez, 2010).

A cada ocupación, a cada trabajo, le son inherentes determinados estresores y riesgos, que aumentan la probabilidad de desarrollar ciertas patologías o enfermedades (Aqueveque, 2013). Específicamente los profesionales de la salud mental se encuentran expuestos a un tipo particular de factores de riesgo, al trabajar a diario con el sufrimiento de las personas. Según Figley (1995), dicho sufrimiento emocional a menudo es absorbido por el profesional. Algunos de los síndromes clínicos más frecuentes que se observan en ellos están relacionados con sintomatología ansiosa y depresiva, *burnout*, la dramatización secundaria y la fatiga por compasión (Behobi, 2015).

En este escenario, se puede apreciar que resulta necesario que estos profesionales de salud mental desarrollen prácticas de autocuidado como forma de prevención (Arón & Llanos, 2001; McLean & Wade, 2003; Saakvitne & Pearlman, 1996). El cuidado de uno mismo –*autocuidado*– es una función natural indispensable para la vida de las personas y la sociedad, en tanto es inherente a la supervivencia de todo ser vivo. Cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo que esta se mantenga, continúe y se desarrolle (Colliere, 1993). Es una construcción cultural que se materializa en prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos, y en la que la historia, la ciencia y la misma cultura influyen en su evolución y dirección (Uribe, 1999). Si bien el concepto de *autocuidado* o *cuidado de sí* puede rastrearse desde la Antigüedad en el pensamiento griego helenístico y romano como *épimélie* (Foucault, 1994), según Morales, Pérez y Menares (2003) el término emerge con fuerza puntualmente en los años '80 desde el campo de la enfermería del ámbito de la salud pública. Una de las definiciones más difundidas corresponde a la teoría de autocuidados de Dorothea Orem (1993), que la explica como aquellas actividades que realizan los



sujetos, familias, comunidades, con el propósito de promover salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario. Es una conducta aprendida dirigida hacia sí mismo y hacia el ambiente para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, la salud y el bienestar. Pueden ser medidas, estudiadas y aumentadas mediante entrenamiento (Behobi, 2015). El autocuidado, por lo tanto, no sería una actitud improvisada, sino una función reguladora que las personas desarrollan y ejecutan deliberadamente con el objeto de mantener su calidad de vida.

El comienzo del estudio experimental del autocuidado en psicólogos puede situarse en los años '70, momento en que la *American Psychological Association* (APA), preocupada por el deterioro en la salud de los psicoterapeutas, estudió su prevalencia y elaboró programas para su abordaje desde el entrenamiento y la rehabilitación, logrando en la década de los '90 que en 22 estados existieran programas activos para ayudar a los psicólogos afectados (Coster & Schwebel, 1997). De esta manera, comenzó a desarrollarse una literatura donde el autocuidado fue estudiado junto a otras variables tales como deterioro de capacidades (Good, Thoreson & Shaughnessy, 1995), recursos psicológicos (Abel, Osborn & Warberg, 1995; Foreman, 1987; Menninger, 1991; Schoener, 1995), consciencia de sí mismo (Baker, 2003; Coster & Schwebel, 1997; Norcross, 2000), autorregulación y afrontamiento (Baker, 2003; Brady, Guy & Norcross, 1995), desarrollo de intervenciones (Strasburger, Jorgenson & Randies, 1990), técnicas de *mindfulness* (Shapiro, Biegel & Brown, 2007) y *Burnout* (Otero, 2016). Un estudio realizado en Estados Unidos en el año 1997 (Coster & Schwebel, 1997), indicó que los psicólogos clínicos experimentados mantendrían un nivel normal de bienestar, si son capaces de manejar los estresores de su vida personal y profesional. Se demostró que gran parte de los encuestados, coincidían en que el auto-monitoreo y la auto-consciencia eran importantes en la determinación del bienestar en el trabajo. Otro estudio (Shapiro et al., 2007) también resaltó la importancia de la auto-consciencia a través de la práctica de *mindfulness*. Los autores aportan datos que evidencian la utilidad de la práctica para reducir los niveles de estrés y ansiedad en los psicólogos clínicos, por lo que destacan el entrenamiento en dichas técnicas a través de programas destinados a psicólogos graduados.

En América Latina la producción científica ha tenido lugar principalmente en Chile, donde se ha estudiado el autocuidado junto a variables tales como la diferencia entre psicólogos novatos y experimentados (Aqueveque, 2013), *burnout* (Durruty, 2005; Ipinza, 2010), estrés postraumático y depresión (Betta, Morales, Rodríguez & Guerra, 2007). Incluso se ha elaborado un instrumento de medición -Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos EAP (Guerra, Rodríguez, Morales & Betta, 2008)- que pretende medir la frecuencia con que se emite cada conducta. Los resultados de dichas investigaciones muestran que una mayor frecuencia de ejecución de conductas de autocuidado (CA de ahora en adelante) por parte de psicólogos clínicos, se asocia a menores índices de estrés y depresión (Betta et al., 2007), lo que ubica estas conductas como uno de los principales factores protectores contra el síndrome de *burnout* (Durruty, 2005; Ipinza, 2010).

Según Yañez (2005), las CA en psicólogos clínicos refieren a aquellas competencias que, por un lado, favorecen la promoción de su salud, bienestar emocional y calidad de vida, y por otro lado facilitan la detección, afrontamiento y resolución de las condiciones particulares de desgaste asociadas al ejercicio profesional. En la propuesta de Pearlman y Saakvitne (1995) se pueden distinguir dos categorías o niveles de CA. Una corresponde al nivel personal y comprende aquellas conductas que el profesional puede realizar en su vida privada. En este nivel las estrategias de los psicoterapeutas estarían centradas en la identificación de “actividades sanadoras”, es decir, que disminuyan el estrés laboral, como por ejemplo, realizar ejercicio físico, mantener una alimentación sana y participar como paciente de psicoterapia. El segundo nivel denominado profesional, no solamente incluye las conductas ejecutadas por el psicólogo mismo en su ámbito de trabajo, sino que abarca aquellas desarrolladas por el equipo de trabajo o los directivos de la organización/institución, creando condiciones adecuadas para el ejercicio de la psicoterapia (Guerra et al., 2008). Entre ellas se incluyen, por ejemplo, evitar el trabajo en solitario, establecer relaciones laborales de apoyo con otros profesionales, dejar tiempo entre las sesiones y supervisar, sumado a adecuadas condiciones salariales y de espacio físico. Asimismo, Barnett, Johnston y Hillard (2006) proponen que el autocuidado debe ser un imperativo ético para los psicólogos, enfocándose en la autorreflexión, la capacidad de decir no, y aceptar que los seres humanos tienen límites.

Sin embargo, la salud mental de los psicólogos no solamente se ve afectada por todo aquello que implica ser un profesional de la salud mental, sino también por factores que lo atañen en tanto sujeto, como su sistema de valores y su personalidad (Coster & Shwebel, 1997). Determinadas características de personalidad pueden contribuir a sobrellevar de un modo más adaptativo los avatares del trabajo cotidiano del psicólogo clínico, mientras que otros estilos podrían dificultar o alterar dicha adaptación, afectando el tipo de CA que emiten. En la presente investigación se aborda específicamente la conceptualización de la personalidad propuesta por Theodore Millon (1997) considerado uno de los teóricos e investigadores integrativos contemporáneos más representativos en el estudio de la personalidad y sus trastornos. En sus desarrollos teóricos introduce aportes de diversos autores y modelos que articula consistentemente en su conceptualización y posterior operacionalización en medidas de personalidad (Castañeiras & Posada, 2006).

Millon (1997) propone un modelo bio-evolutivo que conceptualiza la *personalidad* como el estilo más o menos distintivo de funcionamiento que un miembro determinado de una especie muestra al relacionarse con su gama típica de ambientes. Ceriani, Domínguez & González Ramella (2000) postulan que la formulación de este concepto está concebida desde una perspectiva evolucionista ecológica, donde se observan variaciones de la personalidad como fenómenos adaptativos entre fuerzas orgánicas y ambientales. Como se puede observar, Millon utiliza el concepto de *estilo de personalidad* (EP de ahora en adelante) como conjuntos de disposiciones o modalidades de funcionamiento psicológico que, en interacción dinámica, dan lugar a distintas configuraciones

representativas de patrones adaptativos que pueden resultar más o menos adecuados en distintos ambientes y situaciones. El concepto de EP da cuenta de los procesos de personalidad como fenómenos relativamente estables pero no estáticos, de naturaleza multidimensional y de mayor variabilidad situacional que los rasgos, por lo que proporciona unidad y coherencia al comportamiento de una persona en su relación con el ambiente (Castañeiras & Posada, 2006; Sánchez-López, 1997). Así concebida, la personalidad normal reflejaría los modos específicos de adaptación de un miembro de una especie que son eficaces en ambientes previsibles, flexibles y promueven conductas saludables; y los trastornos de personalidad representarían diferentes estilos de funcionamiento desadaptativos atribuibles a diferencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de un miembro para relacionarse con los ambientes con que se enfrenta, rigidez y tendencia a formar círculos viciosos (Millon & Everly, 1994).

Se ha convenido en la pertinencia de utilizar la teoría formulada por Theodore Millon para este estudio, dado que los aspectos estilísticos hacen referencia a una gama de conductas mucho más amplia que incluye aspectos tanto cognitivos como conativos de la conducta sin centrarse solamente en los rasgos (Castañeiras & Posadas, 2006). Dentro del modelo de personalidad de dicho autor, se considera que el Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS) es el más adecuado para el propósito de esta investigación. El mismo operacionaliza el constructo de personalidad normal contemplando tres grandes áreas: *Metas motivacionales*, que alude a los refuerzos, deseos y objetivos que incitan y guían a los seres humanos con los propósitos y fines que los llevan a actuar de un modo determinado; *Modos cognitivos*, la cual abarca tanto las fuentes utilizadas para adquirir conocimientos sobre la vida como el modo de transformar dicha información; y, *Relaciones interpersonales* que apunta a las preferencias de los individuos en cuanto a la manera de interactuar con los demás.

El rol de la personalidad en la determinación de CA que emiten los psicólogos ha sido relativamente ignorado en la investigación científica (Van Heck, 1997; Wiebe & Smith, 1997). Se han encontrado numerosas investigaciones realizadas en el ámbito de la salud, pero focalizadas en los pacientes, en vez de los profesionales. Entre ellas, una investigación llevada a cabo en Brasil, demostró la existencia de relaciones significativas entre comportamientos de autocuidado en pacientes con transplante renal, y los rasgos de personalidad neuroticismo (asociado a inestabilidad emocional, ansiedad, preocupación y tensión) y escrupulosidad (el cual engloba características como el cuidado, confianza y organización) (Thomas & Castro, 2014). Un estudio realizado en Gran Bretaña con adolescentes y jóvenes adultos con diabetes tipo 1 indicó que los efectos de la personalidad en el autocuidado están mediados por su sistema de creencias respecto de dicha afección (Skinner, Hampson, & Fife-Schaw, 2006). Otra investigación realizada en China resaltó la asociación entre personalidad y autocuidado en personas adultas con insuficiencia cardíaca, estableciendo que la personalidad "Tipo D" (de *distress*), caracterizada por la emocionalidad negativa y la inhibición social se relaciona negativamente con el mantenimiento del autocuidado y la autoeficacia (Cao, Wang,

Wong, Chow, & Chair, 2016). Si bien existe una amplia literatura que refleja que la personalidad modera la relación entre el estrés y el desarrollo de ciertas patologías (Van Heck, 1997), las investigaciones que la vinculan con las CA aún son escasas, y son menos aun las que estudian esta relación en psicoterapeutas.

Por todo lo expuesto, es menester contar con investigaciones en el contexto local que se focalicen en el estudio de CA en psicólogos clínicos. Ello permitiría justificar el diseño e implementación de intervenciones que apunten a potenciar competencias de autocuidado, lo que a su vez redundaría en una mejora de los servicios prestados a la comunidad. Es en este sentido que la presente investigación se propuso obtener datos empíricos y analizar las relaciones existentes entre CA y estilo de personalidad en psicólogos clínicos de las ciudades de Mar del Plata, Tandil y Balcarce. Para este estudio, se plantearon cuatro objetivos específicos: (1) Describir y caracterizar los estilos de personalidad de los psicólogos clínicos bajo estudio; (2) Describir y caracterizar las conductas de autocuidado que dichos profesionales aseveran emitir; (3) Estudiar las relaciones entre los estilos de personalidad y las conductas de autocuidado que se indican como emitidas; y (4) Analizar la presencia de diferencias de género y edad en las variables bajo estudio.

## METODOLOGÍA

### *Tipo de estudio*

Se realizó una investigación de diseño no experimental, transversal, de tipo descriptivo-correlacional.

### *Hipótesis de trabajo*

Se formularon las siguientes hipótesis de trabajo:

- 1) Los psicólogos que presenten actitud optimista ante la vida y activa frente a la posibilidad de alcanzar sus deseos (escalas apertura y modificación del MIPS), informarán un mayor número y frecuencia de emisión de conductas de autocuidado.
- 2) Los psicólogos que son seguros de sí mismos, y se perciben como audaces y competitivos (escalas firmeza y control del MIPS), asegurarán emitir mayor cantidad y con mayor frecuencia conductas de autocuidado.
- 3) Los psicólogos que presenten habituación al sufrimiento y sensación de insatisfacción en cuanto a la evaluación de su vida (escalas sometimiento e insatisfacción del MIPS), declararán emitir en menor cantidad y con menor frecuencia conductas de autocuidado.

### *Muestra*

La muestra estuvo compuesta por 90 psicólogos clínicos de las ciudades de Mar del Plata ( $N = 31$ ), Balcarce ( $N = 30$ ) y Tandil ( $N = 29$ ), con edades comprendidas entre 25 y 58 años, con una  $M = 37.54$  años ( $DS = 7.89$ ), predominantemente mujeres (86%).

La cantidad de años de ejercicio profesional de la muestra bajo estudio es de  $M = 10.91$  ( $DS = 7.62$ ), con una  $M = 10.52$  ( $DS = 7.69$ ) de ejercicio clínico. La carga laboral obtuvo una  $M = 33.21$  horas semanales ( $DS = 11.26$ ) distribuyéndose de manera desigual en las tres ciudades: Mar del Plata ( $M = 28.19$ ,  $DS = 11.90$ ), Tandil ( $M = 36.17$ ,  $DS = 12.06$ ) y Balcarce ( $M = 35.53$ ,  $DS = 7.82$ ).

La mayoría de los profesionales refieren atender problemáticas asociadas con la ansiedad y depresión (93.3%) a la par de otros problemas psicológicos como trastornos de personalidad (74.4%), trastornos del comportamiento (52.2%), psicosis (40%), discapacidad (33.3%), adicciones (28.9%) y disfunciones sexuales (25.6%). En cuanto a modalidad o dispositivo de trabajo, en primer lugar surge la terapia individual (98.9 %), seguido por el dispositivo grupal (18.9%), familiar (14.4%) y de pareja (10%). El ámbito privado (97.8 %) es el sector laboral más concurrido en comparación con el ámbito público (57.8%). El 55.6% de los psicólogos evaluados refiere trabajar tanto en el ámbito público como privado.

### *Instrumentos*

- 1) Se utilizó un registro de datos básico elaborado específicamente para esta investigación. Los datos incluidos son: lugar de residencia, edad, sexo, población atendida y años de ejercicio clínico. Se incluyó además, la posibilidad de especificar conductas de autocuidado que no se hallaran en el inventario utilizado, con la finalidad de recabar información sobre posibles estrategias específicas al contexto local.
  
- 2) Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos – EAP (Guerra, et. al., 2008; adaptación argentina Grill & Galarza, 2017). Es una escala autoadministrable dirigida a cuantificar la frecuencia con que los psicólogos clínicos emiten conductas de autocuidado. Consta de 10 ítems, de los cuales 8 representan conductas de autocuidado y 2 incorporan condiciones laborales de autocuidado. El psicólogo que responde debe indicar qué tan frecuentemente emite las conductas o bien qué tan frecuentemente su ambiente laboral favorece las condiciones de autocuidado. La escala de respuesta tipo Likert ofrece 5 opciones que varían entre 0 (nunca) y 4 (muy frecuentemente). La puntuación del instrumento se realiza sumando el puntaje otorgado a cada ítem, dando como resultado una puntuación bruta total con un rango de 0 a 40 puntos. Los autores ofrecen 5 puntajes de corte: I) 0-7 puntos indican que *nunca* practica autocuidado; II) 8-15 puntos indican *casi nunca*; III) 16-23 puntos refiere que *ocasionalmente* utiliza estrategias de autocuidado; IV) 24-31 puntos indica que lo hace *frecuentemente*, y; V) 32-40 puntos, *muy frecuentemente* (Guerra, et. al., 2008). En cuanto a sus características psicométricas, la EAP original cuenta con una consistencia interna satisfactoria de  $\alpha = .79$  (Guerra, et. al., 2008), evidencias de adecuada validez convergente y validez discriminante (Guerra, et. al., 2011).  
Dado que no se cuenta con una adaptación local, Grill y Galarza (2017) realizaron un estudio de validez de contenido por juicio experto (n = 5 psicólogos clínicos) y una prueba pre-piloto para ajustarla a la idiosincrasia cultural argentina (n = 20). De este proceso resultó la modificación en la consigna y la redacción de tres ítems, y la incorporación de tres preguntas que indagan si realizar terapia psicológica, perfeccionarse como profesional y recibir una remuneración adecuada son conductas consideradas de autocuidado en el contexto local. Finalmente, la versión argentina obtenida fue revisada y ratificada por los autores originales de la escala. Los estudios de confiabilidad para la muestra bajo estudio indican un grado de consistencia interna aceptable ( $\alpha = .71$ ).
  
- 3) Inventario Millon de Estilos de Personalidad – MIPS (Millon, 1997). Evalúa el constructo personalidad a través de tres áreas: Metas Motivacionales, Modos o Estilos Cognitivos y Relaciones Interpersonales (explicadas en apartado Introducción). Está compuesto por 180 afirmaciones con dos opciones de respuesta (Verdadero/Falso) a las que el sujeto debe responder

de acuerdo a su experiencia personal. Su objetivo es evaluar la personalidad normal en adultos a partir de los 18 años con un nivel de comprensión lectora equivalente al primer año de escuela secundaria (Castro Solano, Casullo & Pérez, 2004). Se operacionaliza a través de 24 escalas que se agrupan en 12 pares yuxtapuestos los cuales se presentan en la tabla 1.

Tabla 1.

*Organización de las escalas del MIPS y constructo bipolar que mide cada una de ellas.*

<i>Conceptualización tripartita de los Estilos de Personalidad</i>	<i>Polaridades en el MIPS (24 escalas / 12 pares)</i>
<b>METAS MOTIVACIONALES</b> (Orientación de la persona a obtener refuerzo del medio)	1A- Apertura/1B-Preservación
	2A-Modificación/2B-Acomodación
	3A-Individualismo/3B-Protección
<b>MODOS O ESTILOS COGNITIVOS</b> (Estilos o modos de obtener y procesar la información)	4A-Extraversión/4B-Introversión
	5A-Sensación/5B-Intuición
	6A-Reflexión/6B-Afectividad
	7A-Sistematización/7B-Innovación
<b>CONDUCTA INTERPERSONAL</b> (Modo de relacionarse con los demás)	8A-Retramiento/8B-Comunicatividad
	9A-Vacilación/9B-Firmeza
	10A-Discrepancia/10B-Conformismo
	11A-Sometimiento/11B-Control
	12A-Insatisfacción/12B-Concordancia

Millon utiliza puntajes de prevalencia (PP) que determinan la presencia-ausencia del rasgo (PP<50 ausencia; PP≥ 50 presencia) y la intensidad de los rasgos (moderada, marcada, exacerbada). También incluye tres escalas de validez: Impresión Positiva (IP), Impresión Negativa (IN) y Consistencia (C). En este estudio se utilizó el baremo marplatense publicado por Castañeiras y Posada (2006). De acuerdo con las autoras, los coeficientes de consistencia interna varían de  $\alpha = .69$  a  $.80$ .

### *Procedimiento*

Se contactaron personalmente a psicólogos clínicos de las ciudades de Tandil, Mar del Plata y Balcarce, se les explicó los motivos de dicho contacto y se les ofreció completar el protocolo. En todos los casos la participación fue voluntaria, anónima y bajo consentimiento. Se garantizó que toda información derivada de esta investigación será utilizada con fines exclusivamente científicos, bajo la Ley Nacional 25.326 de protección de los datos personales. En todo el proceso de la investigación se pretendió cumplir con las recomendaciones para la investigación con seres humanos establecidas en el Código de Ética de la APA (2010), la Declaración de Helsinki (WMA, 2014) y Fe.P.R.A (2013).

### *Análisis de resultados*

Los datos se analizaron utilizando SPSS v.22. Para los objetivos 1 y 2 se utilizó estadística descriptiva, es decir frecuencias y medidas de tendencia central. Para analizar las relaciones entre los estilos de personalidad y las conductas de autocuidado, se aplicó el estadístico producto momento  $r$  de Pearson. Por último, para estimar el efecto diferencial de la edad y el género se utilizó la prueba de diferencia de medias Prueba  $t$  de Student para la variable edad y  $U$  de Mann Witney para género, dado que el  $n$  de varones no alcanza el mínimo de 30 casos recomendado para aplicar el estadístico  $t$ . En el caso de la variable edad se recategorizó en 2 grupos en función de la media aritmética (37.54 años).



## RESULTADOS

A continuación, se exponen los resultados obtenidos a partir de los análisis estadísticos realizados.

### **Objetivo 1. Estilos de personalidad de los psicólogos clínicos bajo estudio.**

La muestra bajo estudio informó ser poseedora de los rasgos apertura, modificación y protección del área Metas Motivacionales del MIPS, lo cual implica ser optimista, intentar modificar de modo activo las circunstancias de la vida a fin de conseguir sus objetivos, así como preocuparse y anteponer las necesidades de los demás a las propias (tabla 2).

En el área Modos Cognitivos se observa que recurren a los demás en busca de ideas e inspiración, el conocimiento procede principalmente de lo tangible y concreto y el procesamiento del mismo es en base a la utilización de la reflexión la lógica y la razón, optando por un enfoque metódico y organizado. Por lo tanto, indican ser poseedores de los rasgos extraversión, sensación, reflexión y sistematización.

En las relaciones interpersonales informan ser poseedores de los rasgos comunicatividad, firmeza, concordancia y conformismo con una intensidad moderada, es decir, serían personas socialmente responsables y respetuosas de los demás, capaces de establecer vínculos afectivos, competentes y seguras de sí mismas.

Tabla 2.

*Media y Desviación Estándar de rasgos poseedores*

	<i>Escalas MIPS</i>	<i>M*</i>	<i>DS</i>
Metas motivacionales	Apertura	60.90	25.96
	Modificación	67.16	28.80
	Protección	56.82	26.38
Modos cognitivos	Extraversión	61.39	28.44
	Sensación	55.33	30.38
	Reflexión	58.68	27.82
	Sistematización	61.03	28.15
Conductas interpersonales	Comunicatividad	55.99	28.52
	Firmeza	58.29	30.49
	Conformismo	58.31	28.42
	Concordancia	57.06	26.06

*Nota.* *M* = media de puntajes de prevalencia; *DS* = Desviación Estándar. Rangos de puntajes de prevalencia: Moderado = entre 50 y 69; Marcado = 70 y 89; Exacerbado = 89 al superior.

Los psicólogos clínicos informaron ser miembros no poseedores de los rasgos preservación, acomodación e individualismo que se asocian con personas que se enfocan predominantemente en los problemas de la vida e incluso pueden agravarlos, mantienen una actitud pasiva a la hora de conseguir objetivos y se ocupan de satisfacer sus propias necesidades y deseos antes que las de los demás (tabla 3).

En el área modos cognitivos, se observa que no suelen tomarse a sí mismos como fuente de inspiración (Introversión) y no adquieren sus conocimientos de lo simbólico y desconocido (Intuición). En general, no forman sus criterios según sus propias respuestas afectivas (Afectividad) y evitan generar ideas novedosas de modo informal, desprejuiciado, espontáneo, creativo e imaginativo (Innovación).

En las relaciones interpersonales, la muestra bajo estudio es no poseedora de los rasgos retraimiento, vacilación, discrepancia, sometimiento y control, lo que da cuenta que no son personas apáticas e indiferentes a las necesidades de los demás, buscan vincularse, y respetan, aceptan las reglas, normas y costumbres de la sociedad. Informan ser seguros de si mismos, no predomina en ellos la necesidad de controlar, liderar, dominar, pero tampoco se muestran sumisos.

Tabla 3.

*Media y Desviación Estándar de rasgos no poseedores*

	<i>Escalas MIPS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
Metas Motivacionales	Preservación	26.36	22.61
	Acomodación	33.02	27.06
	Individualismo	44.79	26.79
Modos Cognitivos	Introversión	40.43	26.27
	Intuición	38.60	28.99
	Afectividad	35.77	27.28
	Innovación	34.18	27.30
Conductas Interpersonales	Retraimiento	39.30	27.51
	Vacilación	30.19	26.72
	Discrepancia	29.39	25.74
	Sometimiento	33.43	25.66
	Control	44.44	27.98

*Nota.* *M* = media de puntajes de prevalencia; *DS* = desviación estándar

## Objetivo 2. Conductas de autocuidado que emiten los psicólogos clínicos bajo estudio.

En primer lugar, se indagó en qué medida los psicoterapeutas valoran el grado de desgaste personal que les genera su trabajo. El 44% informó un nivel moderado de desgaste, el 36.7% que le impacta bastante, el 11.1% consideró que el desgaste es poco y el 7.8% sostuvo que es excesivo. Al analizar los datos por ciudad, esta misma tendencia se observa en Mar del Plata y Balcarce. Sin embargo en el caso de Tandil, el porcentaje de psicólogos que valoraron que su trabajo tiene bastante desgaste es más elevado (44.8%).

Luego se analizó la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado (tabla 4). Los resultados muestran una  $M= 26.39$  puntos de emisión de conductas de autocuidado, con un  $DS= 5.5$ . Siguiendo el punto de corte propuesto por los autores de 24 a 31 puntos, los psicólogos clínicos emiten dichas conductas *frecuentemente*.

Tabla 4.

*Media y Desviación Estándar de los puntajes en los ítems de la EAP*

	<i>Ítems de la EAP</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
<i>M &gt; 3</i>	Ítem 6	3.57	.58
	Ítem 4	3.14	.75
	Ítem 10	3.11	1.0
<i>M &gt; 2</i>	Ítem 3	2.97	.88
	Ítem 9	2.81	.77
	Ítem 7	2.56	1.2
	Ítem 2	2.56	.88
	Ítem 1	2.22	1.6
<i>M &gt; 1</i>	Ítem 5	1.80	1.0
	Ítem 8	1.63	1.2

*Nota.*  $M$  = media de puntajes en ítems de la EAP;  $DS$  = desviación estándar

$M > 3$  = frecuentemente;  $M > 2$  = ocasionalmente;  $M > 1$  = casi nunca.

Las CA que informaron emitir con mayor frecuencia ( $M > 3$ ) fueron: dialogar con colegas acerca de la experiencia personal relacionada con el trabajo clínico, participar en actividades recreativas fuera del trabajo y asegurarse que el espacio físico del trabajo sea el adecuado. Le siguen aquellas acciones que se realizan de manera *ocasional* ( $M > 2$ ): actividades relacionadas con la profesión, pero diferentes

a la atención clínica de pacientes, supervisar casos clínicos, dar lugar al sentido del humor en el trabajo, realizar ejercicio físico y mantener una alimentación saludable. Por último, participar en actividades relacionadas con el crecimiento espiritual y en actividades recreativas con compañeros de trabajo, se ubicaron como aquellas CA que se realizan *casi nunca* ( $M > 1$ ).

Dado que se trata de un estudio exploratorio en nuestro país, se indagó si los psicoterapeutas consideraban que había otras actividades que a su criterio constituían conductas de autocuidado y que no estaban incluidas en la escala EAP. Del total, el 33.3% informó realizar otras actividades valoradas de autocuidado. Sin embargo, las respuestas pueden ser categorizadas dentro de las conductas ya establecidas en la EAP (p.e., deporte en el ítem 7 “¿Realiza ejercicio físico?”; o *mindfulness* dentro del ítem 8 “¿Participa en actividades de crecimiento espiritual?”). El único elemento que aparece nuevo es viajes/vacaciones, mencionado por 5 psicólogos clínicos.

Finalmente, se examinó específicamente si realizar psicoterapia, el perfeccionamiento profesional y la remuneración eran aspectos valorados como conductas de autocuidado. En los tres casos prácticamente el total de los participantes respondió afirmativamente. En el caso de realizar terapia psicológica, el 94% argumentó que promueve al autoconocimiento, la evaluación y reflexión de uno mismo, el fortalecimiento de recursos propios y la distinción entre complejidades personales y profesionales. En cuanto al perfeccionamiento, el total de la muestra señaló que perfeccionarse como psicoterapeuta aumenta la eficacia, la efectividad e importancia de la formación continua y la actualización de conocimientos para un mejor desarrollo profesional. Por último, el 96 % de los profesionales indicó que recibir una remuneración adecuada contribuye a fomentar la autoestima, la motivación y la dignidad a través del reconocimiento por el trabajo realizado, de esta manera sería una conducta que promueve al autocuidado.

### **Objetivo 3. Relaciones entre estilos de personalidad y conductas de autocuidado emitidas.**

En tabla 5 se muestran las correlaciones significativas entre el área Metas Motivacionales del MIPS y las conductas de autocuidado de la EAP.

Los datos expresaron una correlación significativa baja entre las escalas Apertura y Modificación del MIPS y el puntaje total de la EAP. De lo que se desprende que una mayor puntuación en estas escalas, que implican una actitud optimista ante la vida y activa frente a la posibilidad de alcanzar sus deseos, se asocian a una mayor cantidad y mayor frecuencia de emisión de CA. Se puede apreciar que la escala Apertura, correlacionó positivamente con 3 ítems de la EAP. Analizando el contenido de dichos ítems, refieren a la ejecución de prácticas deportivas (ítem 7), espirituales (ítem 8) y laborales (ítem 10). A su vez, la escala Modificación del MIPS, también correlacionó positivamente; en este caso con ítems de la EAP que refieren específicamente a aspectos de la práctica profesional y el ámbito laboral (ítem 1, *Realiza actividades relacionadas con su profesión, pero diferentes a la atención clínica de pacientes*; ítem 3, *Su ambiente laboral es un espacio relajado que da lugar al*

*sentido del humor*). Estos datos, aunque no son robustos, permiten sostener la hipótesis 1 (*Los psicólogos que presentan una actitud optimista ante la vida y activa para alcanzar sus deseos, emiten mayor cantidad y frecuencia CA*).

Tabla 5.

*Correlaciones entre el área Metas Motivacionales del MIPS y las conductas de autocuidado de la EAP.*

	EAP 1	EAP 2	EAP 3	EAP 6	EAP 7	EAP 8	EAP 9	EAP 10	EAP TOT
Apertura					.27**	.23*		.29**	.26*
Preservación		-.28**		-.24*	-.32**		-.24*	-.40***	-.41***
Modificación	.21*		.20*						
Acomodación	-.34**		-.25*		-.26*			-.37**	-.39**
Protección				.22*					

*Nota.* Solo se informan los resultados significativos.

\* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Por su parte, se puede advertir que la escala Preservación del MIPS que caracteriza a personas pesimistas, con una mirada negativa de la vida, correlacionó negativamente con 5 ítems de la EAP, los cuales refieren a la ejecución de actividades laborales (ítem 2, *Supervisa sus casos clínicos*; ítem 10, *Se asegura que el espacio físico en el que trabaja como psicoterapeuta sea adecuado*), extra laborales (ítem 6, *Participa en actividades recreativas fuera del trabajo*) y a la realización de hábitos saludables (ítem 7, *Realiza ejercicio físico*; ítem 9, *Mantiene una alimentación saludable*). La escala Acomodación (actitud pasiva, a la espera que las cosas sucedan sin interferir en ellas) del MIPS, también correlacionó negativamente con 4 ítems de la EAP: Ítem 1 (*Realiza actividades relacionadas con su profesión, pero diferentes a la atención clínica de pacientes*); ítem 3 (*Su ambiente laboral es un espacio relajado que da lugar al sentido del humor*); ítem 10 (*Se asegura que el espacio físico en el que trabaja como psicoterapeuta sea adecuado*) e ítem 7 (*Realiza ejercicio físico*).

Como puede observarse la escala Individualismo del MIPS asociada a personas que tienden a satisfacer sus propias necesidades, a desempeñarse con independencia y egocentrismo, ser resuelto, capaz de autorrealizarse y poseer iniciativa, no mostró asociaciones significativas en ningún caso, al igual que los ítems 4 y 5 de la escala EAP. Al analizar el contenido de estos últimos, ambos refieren a la realización de actividades con compañeros de trabajo (ítem 4, *Dialoga con sus colegas acerca de su*

*experiencia personal relacionada con el trabajo clínico; ítems 5, Participa en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo).*

Algunas escalas del área Modos Cognitivos del MIPS mostraron correlaciones significativas con cinco de los ítems de la EAP que se presentan en la tabla 6. La escala Extraversión encontró asociaciones con ítems referidos a actividades de dispersión (ítem 3, *Su ambiente laboral es un espacio relajado que da lugar al sentido del humor*; ítem 6, *Participa en actividades recreativas fuera del trabajo*); mientras que, la escala Intuición, correlacionó con el ítem 8 de la EAP, el cual informa el ejercicio de actividades de crecimiento espiritual.

Tabla 6.

*Correlaciones entre el área Modos Cognitivos y las conductas de autocuidado de la EAP.*

	EAP 3	EAP 6	EAP 7	EAP 8	EAP 10	EAP TOT
Extraversión	.24*	.39***			.23*	.28**
Introversión		-.28**	-.21*			
Sensación				-.21*		
Intuición				.28**		

*Nota.* Solo se informan los resultados significativos.

\* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Los pares Reflexión-Afectividad y Sistematización-Innovación que forman parte del modo en que se procesa la información no correlacionaron de modo significativo con conductas de autocuidado en la muestra bajo estudio.

En la tabla 7 se muestran las correlaciones significativas entre los pares del área Relaciones Interpersonales del MIPS y las conductas de autocuidado operacionalizadas en los ítems de la EAP. El ítem 4, referido a dialogar con colegas sobre la experiencia personal relacionada con el trabajo clínico, fue el único que no correlacionó de manera significativa con ninguna escala del MIPS. Del mismo modo, se comportaron las escalas Comunicatividad, Conformismo y Control del MIPS respecto de las conductas de autocuidado.

Tabla 7.

*Correlaciones significativas entre el área Relaciones Interpersonales del MIPS y las conductas de autocuidado de la EAP.*

	EAP 1	EAP 3	EAP 5	EAP 6	EAP 7	EAP 9	EAP 10	EAP TOT
Retraimiento				-.34**				-.29**
Vacilación		-.22*		-.34**	-.27**		-.39***	-.30**
Firmeza				.21*	.22*		.23*	
Discrepancia						-.26*		
Sometimiento	-.22*	-.21*		-.24*	-.39***	-.26*	-.32**	-.36***
Insatisfacción		-.24*			-.36***	-.20*	-.36***	-.36***
Concordancia	-.24*		-.22*				-.23*	-.21*

\* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

En cuanto al rasgo Firmeza del MIPS, fue el único que correlacionó positivamente con el ítem 6 (*Participa en actividades recreativas fuera del trabajo*) y el ítem 7 (*Realiza ejercicio físico*) de la EAP. Lo que indica que una puntuación superior en esta escala, referida a la seguridad en sí mismo, se asocia a una mayor cantidad y frecuencia de emisión de CA. Si bien, las correlaciones obtenidas no fueron elevadas, aportarían datos preliminares para sostener la hipótesis 2 de la presente investigación, la cual afirma que los psicólogos que son seguros de sí mismos y se perciben como audaces y competitivos, emiten mayor cantidad y frecuencia CA.

Se constató una correlación inversa significativa baja en las escalas Sometimiento e Insatisfacción del MIPS y el puntaje total de la EAP. Por lo tanto una mayor puntuación en estas últimas, que describen habituación al sufrimiento y sensación de insatisfacción en cuanto a la evaluación de su vida, se relacionan a una menor cantidad y frecuencia de emisión de CA. La escala Sometimiento encontró asociaciones con conductas que aluden al ejercicio en un área profesional diferente a la clínica (ítem 1, *Realiza actividades relacionadas con su profesión, pero diferentes a la atención clínica de pacientes*), como tomar una actitud más relajada en el trabajo (ítem 3, *Su ambiente laboral es un espacio relajado que da lugar al sentido del humor*) participar en solitario o junto a otras personas en actividades recreativas fuera del trabajo (ítem 6, *Participa en actividades recreativas fuera del trabajo*), realizar actividad física (ítem 7), mantener una alimentación saludable (ítem 9) y preocuparse en que el consultorio sea un espacio cómodo, tranquilo y privado (ítem 10). La escala Insatisfacción si bien correlacionó de manera similar, no encontró asociaciones con los ítems 1 y 6 de la EAP. Si bien las correlaciones descriptas anteriormente no son muy elevadas, permiten sostener en cierta medida, la hipótesis 3 de la investigación (*Los psicólogos que presenten habituación al*

sufrimiento y sensación de insatisfacción en cuanto a la evaluación de su vida, emiten con mayor frecuencia y cantidad CA).

**Objetivo 4. Diferencias de género y edad en las variables bajo estudio.**

En función de la variable género se encontraron diferencias significativas en los ítems 2 (¿Supervisa sus casos clínicos?), 4 (¿Dialoga con sus colegas acerca de la experiencia personal relacionada con el trabajo clínico?) y 5 (¿Participa en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo?) de la EAP. Las mujeres obtuvieron una M de emisión de CA mayor que los varones. En la tabla 8 se muestran los resultados

Tabla 8.

*Diferencias significativas entre varones y mujeres en ítems de la EAP*

		<i>Me</i>	<i>U</i>
EAP	Item 2	V = 31.92	397.00*
		M = 47.79	
	Item 4	V = 31.73	321.50*
		M = 47.82	
	Item 5	V = 32.96	337.50*
		M = 47.62	

*Nota.* V = Varones (n= 13); M= Mujeres (n= 77). Rango 0-40

. \**p* < .05

En el caso del MIPS, se constataron diferencias significativas en las escalas Firmeza y Discrepancia. En la tabla 9 se muestran los resultados.

Tabla 9.

*Diferencias significativas en las escalas del MIPS según género*

Escalas		<i>Me</i>	<i>U</i>
MIPS	Firmeza	V = 31.04	312.50*
		M = 47.94	
	Discrepancia	V = 30.65	307.50*
		M = 48.01	

*Nota.* V = Varones (n= 13); M= Mujeres (n= 77). Rango 0-100.

\**p* < .05; \*\**p* < .01



No se encontraron diferencias significativas ante la variable edad en las escalas del MIPS. Sí se observan en algunos ítems de la EAP y su puntaje total (tabla 10). Al examinar el contenido de dichos ítems, refieren al ejercicio profesional en ámbitos diferentes al clínico (ítem 1); compartir la experiencia personal de ser un psicólogo clínico con otros colegas (ítem 4) y realizar actividades relacionadas con la espiritualidad (ítem 8).

Tabla 10.

*Diferencias significativas en los ítems de la EAP según edad*

		<i>M(DS)</i>	<i>t</i>
EAP	Ítem 1	Grupo 1 = 1.90 (1.64)	-2.16*
		Grupo 2 = 2.63 (1.49)	
	Ítem 3	Grupo 1 = 2.78 (.91)	-2.30*
		Grupo 2 = 3.20 (.79)	
Ítem 8	Grupo 1 = 1.18 (.98)	-4.08**	
	Grupo 2 = 2.20 (1.38)		
Puntaje total	Grupo 1 = 25.32 (5.17)	-2.09*	
	Grupo 2 = 27.73 (5.68)		

*Nota.* Grupo 1 = Menores de 37 años (n= 50); Grupo 2= 37 años o más (n= 40).

\* $p < .05$

## DISCUSIÓN

El objetivo general de esta investigación fue indagar la relación entre las conductas de autocuidado y los estilos de personalidad en psicólogos clínicos de las ciudades de Mar del Plata, Tandil y Balcarce.

En primer lugar, se examinaron los estilos de personalidad predominantes en la muestra bajo estudio. Los resultados indican que los psicólogos encuestados se describen como personas con una perspectiva optimista de la vida y el futuro, con un grado adecuado de ecuanimidad para enfrentar las adversidades que se les presentan (*Apertura*). En general, asumen un rol activo en la modificación de su entorno a fin de alcanzar sus objetivos y deseos (*Modificación*). Asimismo, se expresan motivados por satisfacer las necesidades de los demás; se ocupan del bienestar y los deseos de otros a expensas de ellos mismos (*Protección*).

En cuanto a la manera de seleccionar y procesar la información circundante, recurren a los demás en busca de estimulación como fuente de ideas, inspiración y energía, y para mantener alta su autoestima (*Extraversión*). A su vez, lo fáctico, tangible y concreto les inspira mayor confianza (*Sensación*). Tienden a procesar el conocimiento mediante la lógica y el razonamiento analítico, a través de juicios impersonales y objetivos (*Reflexión*), y se caracterizan por un enfoque metódico y organizado (*Sistematización*).

Algunos de los rasgos descriptos anteriormente no concuerdan con lo retratado en una investigación realizada en Buenos Aires, que pretendió analizar los estilos de personalidad de estudiantes de Psicología (Tonis, Elias, & Urrutia, 2016). Los resultados de dicho trabajo dan cuenta de una persona que recurre a los demás en busca de estimulación y aliento (*Extraversión*), que prefiere lo simbólico y desconocido (*Intuición*), que realiza juicios a partir de sus propias reacciones afectivas (*Afectividad*) y que posee cierta creatividad y asunción de riesgos (*Innovación*).

Por último, en lo que refiere a la forma de comunicarse y relacionarse con los demás, los psicólogos clínicos de la muestra bajo estudio, se mostraron dispuestos e interesados en el estímulo social (*Comunicatividad*), seguros de sí mismos (*Firmeza*), respetuosos de la autoridad, cooperativos (*Conformismo*) y capaces de establecer vínculos afectivos con otros (*Concordancia*).

En la variable personalidad no se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las escalas del MIPS según el género, excepto que las mujeres se describieron más seguras de sí mismas (*Firmeza*), independientes e inconformistas (*Discrepancia*) en comparación a los hombres. Esto último no condice con los resultados publicados en una investigación desarrollada en la ciudad de Mar del Plata (Castañeiras & Posada, 2006), donde los hombres se describieron significativamente más comunicativos en los aspectos relacionados con la búsqueda de estimulación, excitación y demanda de atención (*Comunicatividad*), y con una autopercepción de competencia y seguridad en sí mismos (*Firmeza y Control*). Sin embargo, a la hora de interpretar los resultados se hace necesario considerar el predominio de participantes mujeres en comparación con una escasa cantidad de psicólogos

masculinos con los que contó la presente investigación. Esto podría ser el reflejo de los cambios culturales producidos en los últimos años en cuanto a las asignaciones tradiciones de roles de género, donde las mujeres se ubican cada vez con mayor fuerza en el mundo laboral.

En cuanto a las conductas de autocuidado definidas como aquellas actividades que realizan los sujetos con el propósito de promover salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario (Orem, 1993), los psicólogos clínicos evaluados informaron emitirlos de manera frecuente. En primer lugar el dialogo con otros terapeutas acerca de la propia experiencia en el ámbito clínico, la participación en actividades recreativas fuera del ámbito laboral y asegurarse que el espacio físico de trabajo sea el adecuado son CA realizadas habitualmente. Le siguen conductas que se ejecutan de manera ocasional, como realizar actividades relacionadas con la profesión pero diferentes a la atención clínica de pacientes, supervisar casos clínicos, dar lugar al sentido del humor en el trabajo, hacer ejercicio físico y mantener una alimentación saludable. Por último, participar en actividades recreativas con compañeros y otras relacionadas con el crecimiento espiritual, se ubicaron como aquellas CA que no suelen realizarse.

Los resultados obtenidos en la investigación realizada por Aqueveque et al. (2013) en Chile son similares a los mencionados anteriormente, en cuanto a la frecuencia de emisión de CA en psicólogos novatos y experimentados, estableciendo que ambos grupos las ejecutan de manera frecuente. Al comparar los resultados de la presente investigación con la chilena, se pudo apreciar que ambas muestras se comportaron de manera similar. Por ejemplo, los psicólogos de ambos países aseguraron que casi nunca participan en actividades recreativas con compañeros de trabajo, lo cual podría deberse al hecho de que la psicología es una profesión que en general se realiza de manera solitaria, impidiendo el contacto diario y continuo con otros colegas. A su vez, expresaron su preferencia por actividades recreativas fuera del trabajo, ubicándose como aquella CA que ejecutarían con mayor frecuencia. Sin embargo, se encontraron algunas diferencias. Los psicólogos chilenos supervisarían sus casos clínicos con mayor frecuencia que los psicólogos argentinos. En Chile se ha ido desarrollando una serie de investigaciones que visibilizan la importancia del autocuidado en la salud del psicólogo, donde se incluye a la supervisión clínica. Un estudio más reciente realizado en España, exploró la relación entre CA y la aparición del síndrome de *burnout* y sintomatología asociada a dicha patología en psicólogos clínicos, e indicó al igual que esta investigación y la ya mencionada en Chile, que dichos profesionales también ejercen frecuentemente CA (Otero, 2016).

Otro de los objetivos planteados en el presente estudio fue evaluar si existen diferencias de género y edad en cuanto a la frecuencia y tipo de CA que se emiten. En este sentido, las mujeres aseguraron supervisar sus casos clínicos con mayor frecuencia, y mantener contacto con otros colegas, tanto en el dialogo sobre cuestiones laborales, como así también en actividades recreativas fuera del horario laboral. Los resultados alcanzados nos permiten observar que las mujeres ejecutan CA en mayor cantidad y frecuencia que los varones. Como se planteó anteriormente, estos datos deben ser

interpretados considerando que la muestra contó con una escasa participación de psicólogos varones, lo que podría interferir o distorsionar las deducciones obtenidas.

En cuanto al efecto de la edad, los psicólogos clínicos con edades mayores a 37 años indicaron ejecutar con más frecuencia que lo jóvenes CA como actividades profesionales diferentes a la atención clínica de pacientes, recurrir al sentido del humor en el ámbito laboral y realizar actividades de crecimiento espiritual como religión o yoga.

Posteriormente, se indagó si determinadas características de personalidad contribuyen a sobrellevar de un modo más adaptativo los avatares del trabajo cotidiano del psicólogo clínico, mientras que otros estilos podrían dificultar o alterar dicha adaptación afectando el tipo de CA que emiten. Al respecto, una investigación realizada en la ciudad de Mar del Plata (Grill, Sánchez Gallo, Castañeiras, & Posada, 2008) demostró que efectivamente estilos de personalidad menos adaptativos predisponen a los sujetos a experimentar mayores niveles de malestar subjetivo. Como se mencionó anteriormente si bien la relación entre personalidad, estrés y la generación de ciertas patologías han sido ampliamente estudiadas (Van Heck, 1997) aun no existen demasiadas investigaciones que la vinculen con las CA. Los análisis estadísticos realizados en esta investigación, indicaron relaciones significativas entre diferentes rasgos de personalidad considerados mas adaptativos y mayor emisión de CA.

Por ejemplo, cuanto más tienda una persona a ser optimista en cuanto a su futuro mirando el lado positivo de la vida y tomando la iniciativa para modificar su entorno en la búsqueda de satisfacer sus necesidades, lo que indica la presencia de los rasgos Apertura y Modificación del MIPS, emitirá con mayor frecuencia conductas como el ejercicio físico, actividades profesionales diferentes a la atención clínica de pacientes y uso del sentido del humor en el trabajo. Por otro lado, un estilo de personalidad caracterizado por la habituación al sufrimiento y sensación de insatisfacción en cuanto a la vida (correspondientes a los rasgos Sometimiento e Insatisfacción considerados mas desadaptativos) se relaciona con una menor frecuencia y cantidad de CA. En este último caso se puede observar que se corroboró la hipótesis 3, la cual establecía que ante una mayor presencia de ambos rasgos, se emiten en menor cantidad y frecuencia CA.

A su vez, cuanto más el psicólogo clínico se centra en los problemas, preocupaciones y decepciones de la vida (Preservación), en menor medida realiza conductas como supervisar casos clínicos, actividades recreativas fuera del trabajo, ejercicio físico, mantener una alimentación saludable y asegurarse que el espacio físico de trabajo sea el adecuado. Asimismo, si se acopla a las circunstancias de otros y no posee iniciativa en dirigir su vida (Acomodación), es probable que no se desempeñe en otro ámbito que no sea el clínico, ni se preocupe si su consultorio es un ambiente propicio para la psicoterapia.

Por otro lado, la presencia del rasgo Extraversión, que implica recurrir a los demás en busca de estimulación como fuente de motivación y guía, se encuentra relacionado con una mayor ejecución de

CA, como realizar actividades recreativas fuera del trabajo y asegurarse de que el espacio físico del trabajo sea cómodo, tranquilo y privado. La preferencia por el conocimiento de tipo simbólico, abstracto e intangible referida al rasgo Intuición, se relaciona con una mayor ejecución de conductas relacionadas con el crecimiento espiritual, como la religión y el yoga que son actividades consideradas como promotoras del autocuidado.

Si bien los datos obtenidos no arrojaron correlaciones muy robustas, permiten observar las relaciones entre el tipo y cantidad de CA que un psicólogo clínico realiza y ciertos rasgos de su personalidad sosteniendo de esta manera las hipótesis planteadas inicialmente.

La presente investigación cuenta con ciertas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta para una interpretación más exacta de los resultados comentados. En primer lugar, el tamaño de la muestra, que consistió en 90 psicólogos clínicos de las ciudades de Mar del Plata, Tandil y Balcarce, es pequeño. El número de mujeres superó en gran medida al de varones, por lo que sería interesante conformar una muestra más heterogénea. A su vez, resultaría importante replicar el estudio con diferentes muestras y en diferentes localidades del país, para lograr proporcionar una visión más completa de la realidad de los psicólogos clínicos argentinos.

Y por último, la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos – EAP (Guerra, et. al., 2008; adaptación argentina Grill & Galarza, 2017), que fue utilizada conjuntamente con el Inventario Millon de Estilos de Personalidad – MIPS (Millon, 1997) para la recolección de datos, es un instrumento que si bien cuenta con estudios de validez de contenido para población argentina, requiere de estudios de validez de constructo. Dicho instrumento, se encuentra en proceso de validación (Behovi, 2015; Grill & Galarza, 2017). Se suma el hecho de que al trabajar con autoinformes como método de recolección de datos, la deseabilidad social siempre es un sesgo que puede ocurrir.

A pesar de las diferentes limitaciones encontradas, se considera que los resultados obtenidos en esta investigación son valiosos a la hora de reflexionar sobre la importancia del autocuidado en la profesión del psicólogo clínico, y el escaso número de investigaciones específicamente en el contexto local. Focalizar en el estudio de las conductas de autocuidado de los psicoterapeutas permitiría instaurar conciencia y crear una discusión real acerca de las exigencias e implicancias a las que se ve sumido dicho profesional, justificando de esta manera la necesidad del diseño e implementación de intervenciones dirigidas a la prevención. Por lo tanto, resulta de gran importancia que desde la formación de grado, de postgrado, y desde el Colegio de Psicólogos se implemente una cultura de autocuidado como requisito de las competencias y habilidades que los psicólogos en formación y graduados deberían desarrollar o reforzar, debido a que el rol exige capacidad de empatía, respeto y compromiso del quehacer profesional en situaciones de vulnerabilidad y malestar de los seres humanos.

Por otro lado, sería valioso el potenciar el trabajo en equipo, la creación de lazos positivos entre profesionales y concientizar acerca de la importancia de un estado de salud mental y físico óptimo para desempeñarse en su labor, reconociendo los propios límites y estrategias.

Dentro de las proyecciones posibles para este estudio se encuentra la realización de investigaciones con una muestra más amplia y diversificada, que relacionen CA con otras variables, como por ejemplo estrategias de afrontamiento. Atendiendo a las particularidades del trabajo de la psicoterapia podría indagarse aquellas estrategias más utilizadas para hacer frente a determinados estresores y su relación con la ejecución o no de CA. También podrían realizarse estudios asociando CA con estilo personal del terapeuta, indagando conductas orientadas a alcanzar el bienestar desde el estilo propio de cada psicólogo clínico, el cual está compuesto por aquellas condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su tarea.

Se espera que la presente tesis haya cumplido con el objetivo principal de dar a conocer las relaciones entre conductas de autocuidado y estilos de personalidad en psicólogos clínicos argentinos y que suponga una fuente más de inspiración para profundizar en futuras investigaciones vinculadas a la importancia real del autocuidado en la profesión del psicólogo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, G., Osborn, C., & Warberg, B. (1995). Cognitive-behavioral treatment for professional sexual misconduct. *Psychiatric Annals*, 25(2), 106-112.
- Aparacio García, M. E., Dresch, V., & Sánchez López, M. P. (1999). Los estilos de personalidad: su medida a través del inventario millón de estilos de personalidad. *Anales de Psicología* 15(2), 191-211.
- Aqueveque, F. C. (2013). *Estudio comparativo sobre la frecuencia de uso de estrategias de autocuidado en psicoterapeutas novatos y experimentados* (Tesis de pregrado). Santiago, Chile: Universidad de Chile.
- Arón, A., & Llanos, M. (2001). Desgaste profesional. En A. Arón, (Ed.), *Violencia en la familia. Programa de intervención en red: La experiencia de San Bernardo* (pp. 67-103). Santiago, Chile: Galdoc.
- Baker, E. K. (2003). *Caring for ourselves: A therapist's guide to personal and professional well-being*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Barnett, J. E., Johnston, L. C., & Hillard, D. (2006). Psychologist wellness as an ethical imperative. En L. Van de Creek & J. B. Allen (Eds.), *Innovations in clinical practice: Focus on health and wellness* (pp. 257-271). Sarasota, FL: Professional Resources.
- Behobi, W. (2015). *Las estrategias de autocuidado en los psicólogos clínicos*. Buenos Aires: UCS. Fundación H.A Barceló.
- Benavides, F., Ruiz-Frutos, C., & García, A. (2007). Trabajo y Salud. En C. Ruiz-Frutos, A. M. García, J. Declós & F. G. Benavides (Eds), *Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (pp. 409-410). Barcelona: Masson.
- Betta, R., Morales, G., Rodríguez, K., & Guerra, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 9, 9-19.
- Brady, J. L., Guy, J. D., & Norcross, J. C. (1995). Managing your own distress: Lessons from psychotherapists healing themselves. In L. Van de Creek, L., S. Knapp, & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book*, (Vol. 14, pp. 293-306). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Castañeiras, C. E., & Posada, M. C. (2006). Estilos de personalidad y su relación con medidas de ansiedad y depresión: datos normativos para el Inventario MIPS en adultos marplatenses. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 21(1), 127- 147.

- Castro Solano, A., Casullo, M., & Pérez A. (2004). *Aplicaciones del MIPS en los ámbitos laboral, educativo y médico*. Buenos Aires: Paidós.
- Cao, X., Wang, X-H., Wong, E. M., Chow, K. C., & Chair, S. Y. (2016). Type D personality negatively associated with self-care in Chinese heart failure patients. *Journal of Geriatric Cardiology*, 13(5), 401 – 407.
- Ceriani, P., Domínguez, I., & González, G. (noviembre, 2000). *Millón y Cloninger; dos modelos sobre personalidad y sus desórdenes*. Trabajo presentado en el Congreso Atlántico de Psiquiatría, Mar del Plata, Buenos Aires. Resumen recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos6/miclo/miclo.shtml>
- Colliere, M. F. (1993). *Promover la vida*. España: Interamericana.
- Coster, J. S., & Schwebel, M. (1997). Well-functioning in professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 5–13.
- Durruty, P. (2005). *Ejes de autocuidado para el psicoterapeuta orientado a la prevención del síndrome de burnout desde la perspectiva de la asertividad generativa*. (Tesis de pregrado). Santiago, Chile: Universidad de Chile.
- Figley, Ch. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Foreman, R. (1987). Circle of care: Confronting the alcoholic's denial. *Family Therapy Networker*, 18, 34-37.
- Good, G., Thoreson, R., & Shaughnessy, P. (1995). Substance use, confrontation of impaired colleagues, and psychologic function among counseling psychologists: A national survey. *The Counseling Psychologist*, 23, 703-720.
- Grill, S. S., & Galarza, A. L. (2017). *Adaptación y validación de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos EAP*. (Manuscrito no publicado). Mar del Plata; Facultad de Psicología, UNMDP.
- Grill, S. S., Sánchez Gallo, M. P., Castañeiras, C., & Posada, M. C. (2009). *Vulnerabilidad psicológica al malestar subjetivo. Un estudio en población general*. Memorias del II Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la UNLP: Psicología y Construcción de conocimiento en la época. Facultad de Psicología. UNLP. ISBN 978-950-34-0588-8
- Guerra, C., Mujica, A., Nahmias, A., & Rojas, N. (2011). Análisis psicométrico de la Escala de Conductas Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43 (2), 319-228.



- Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G., & Betta, R. (2008). Validación preliminar de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Psyche*, 17, 67-78.
- Ipinza, D. (2010). *Percepción del Burnout y Autocuidado en Psicólogos Clínicos Infantojuveniles que trabajan en Salud Pública en Santiago de Chile* (tesis de pregrado). Santiago, Chile: Universidad de Chile.
- McLean, S., & Wade, T. D. (2003). The contribution of therapist beliefs to psychological distress in therapists: An investigation of vicarious traumatization, burnout and symptoms of avoidance and intrusion. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 417-428.
- Menninger, W. W. (1991). Identifying, evaluating, and responding to boundary violations: A risk management program. *Psychiatric Annals*, 27(11), 675-680.
- Millon, T. (1997). *Inventario Millon de Estilos de Personalidad MIPS*. Buenos Aires: Paidós.
- Millon, T., & Everly, G. S. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Madrid: Martínez Roca.
- Morales, G., Pérez, J., & Menares, M. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 12(1), 9-25.
- Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist self-care: Practitioner tested, research informed strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 710-713.
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson.
- Otero, E. M. (2016). *Influencia del autocuidado en la aparición del desgaste profesional en psicólogos clínicos y sanitarios*. (Tesis de pregrado). Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- Parra, M. (2003). *Conceptos básicos en salud laboral. Eje para la acción sindical*. Chile: Organización Internacional del Trabajo.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Treating therapist with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders*. Nueva York: Brunner.
- Redondo, A. (Octubre, 2008). *Psicopatología laboral: burnout*. XII Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. XIX Jornadas Nacionales de ADEIP, La Plata.
- Rodríguez-Ramírez, J. (2010). Propuesta: Programa integral de autocuidado dirigido al personal de Enfermería. *Enfermería en Costa Rica*, 31(1) 2-7.
- Saakvitne, K. W., & Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the pain: a workbook on vicarious traumatization*. London: W. W. Norton.

- Sánchez-López, M. P. (1997). El estilo Psicológico como base del estudio de la diversidad humana: un ejemplo basado en los estilos de vida. *Revista de Psicología*, 25(2), 223-252.
- Sánchez-López, M. P. (1997). El estilo psicológico como estudio de la diversidad humana: un ejemplo basado en los estilos de vida. *Revista de Psicología*, 15(2), 233-252.
- Sánchez-López, M. P., Martina M., & Aparicio M.E. (1998). Estilos diferenciales de personalidad en población adulta española y argentina. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 4(1).
- Schoener, G. (1995). *Employer/supervisor liability and risk management*. Newbury: Gonsiorek.
- Shapiro, S. L., Biegel, G. M., & Brown, K. W. (2007). Teaching Self-Care to Caregivers: Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Mental Health of Therapists in Training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105-115.
- Skinner, T. C., Hampson, S E., & Fife-Schaw, C. (2002) Personality, personal modelbeliefs, and self-care in adolescents and young adults with type 1 diabetes. *Health Psychology*, 21(1), 61-70.
- Strasburger, L. H., Jorgenson, L., & Randies, R. (1990). Mandatory reporting of sexually exploitative psychotherapists. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 18(4), 379-384.
- Thomas, C., & Castro, E. (2014). Personality Factors, self- efficacy and depression in chronic renal patients awaiting kidney transplant in Brazil. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 48(1),119-128.
- Tonin, S., Elias, D., & Urrutia, M. I. (2016). *Los Modos Cognitivos en el MIPS. Investigación en estudiantes de Psicología*. Trabajo presentado en el VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII. La Plata, Buenos Aires.
- Trucco, M. (2004). El estrés y la salud mental en el trabajo. *Ciencia y Trabajo*, 14(6), 185-188.
- Uribe, T. (1999). El auto cuidado y su papel en la promoción de las Salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 17(2), 109-118.
- Van Heck, G. L. (1997). Personality and physical health: Toward an ecological approach to health-related personality research. *European Journal of Personality*, 11, 415-443.
- Wiebe, D. J., & Smith, T. W. (1997). Personality and health: Progress and problems in psychosomatics. En R. Hogan, J. Johnson, & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 891-918). London: Academic Press.
- Yañez, J. (2005). *Constructivismo Cognitivo: bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia* (Tesis de pregrado). Santiago, Chile: Universidad de Chile.