

**Calidad de vida y
autocuidado en
psicólogos clínicos
de la Ciudad
Autónoma de Buenos
Aires.**

Estudiante: López, Micaela Rocío.

Legajo: 20807

Director/es: Stepaniuk, Mirta.

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura en Psicología

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL
INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD**

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI [X]

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...

Lugar y fecha: 25/03/2026



Micaela Rocío López

Firma y aclaración del autor:

ÍNDICE

Resumen	4
Introducción	5
Delimitación del objeto de estudio	5
Planteo del problema	6
Objetivos.	7
Hipótesis	7
Fundamentación	7
Estado del Arte	9
Marco Teórico	16
Calidad de vida	16
Calidad de vida desde orígenes filosóficos	16
Calidad de vida desde una perspectiva contextual	18
Calidad de vida desde la Organización Mundial de la Salud	20
Autocuidado	22
¿Qué es el autocuidado?	22
Autocuidado desde marcos terapéuticos	23
Relación entre Autocuidado y Calidad de Vida	25
Calidad de Vida y el Autocuidado en profesionales de la salud	27
El autocuidado como Competencia Profesional en Psicólogos Clínicos	29
Consecuencias de una baja calidad de vida y descuido del profesional en la alianza terapéutica	32
Psicoterapia como factor de autocuidado para psicólogos	34
Método	37
Diseño	37
Participantes	37
Técnicas de recolección de datos	38
Resultados	39
Discusión	48
Conclusión	54
Limitaciones de la Investigación	55
Líneas de Investigación Futuras	56
Propuestas de Intervención	56
Referencias	59
Anexos	67
Anexo 1. Formulario de Consentimiento Informado	66
Anexo 2. Escala de conductas de autocuidado en psicólogos clínicos.	68
Anexo 3. Escala de Calidad de vida WHOQOL BREF (2012)	70

Calidad de Vida y Autocuidado en Psicólogos Clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Resumen

El presente trabajo final integrador se propuso analizar el nivel de calidad de vida y autocuidado que presentan los psicólogos clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para este fin se realizó un estudio cuantitativo con un diseño no experimental, transversal y de alcance descriptivo tomando una población adulta de 25 a 75 años que estén ejerciendo actualmente en el área clínica.

Se eligió como instrumentos de recolección de datos la Escala de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP) y para calidad de vida se utilizó el cuestionario WHOQOL-BREF.

Los resultados demostraron que los psicólogos clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presentan un autocuidado moderado y niveles elevados de calidad de vida. Asimismo, se evidenció una diversidad en las conductas de autocuidado, destacándose el cuidado del espacio laboral, las actividades recreativas, la psicoterapia personal, la espiritualidad y la salud física. Luego del análisis llevado a cabo, se concluye en que es necesario promover condiciones institucionales y formativas que favorezcan el bienestar profesional.

Palabras clave: *Autocuidado, calidad de vida, psicólogos, consultante, terapia, herramientas.*

Introducción

Delimitación del objeto de estudio

Como resultado de la naturaleza que implica su trabajo, los psicólogos clínicos están en constante interacción con situaciones de emociones intensas y problemáticas diversas que son llevadas a sesión por sus pacientes, esto hace que en cierta medida su trabajo tenga efectos negativos en su calidad de vida haciendo necesario que los profesionales incorporen conductas de autocuidado (Fuentes, 2019). Además, esta población se caracteriza por enfocarse en dimensiones visibles y funcionales del autocuidado descuidando otros aspectos emocionales (Vázquez et al., 2021).

Frente a esta realidad resulta menester cuidar su calidad de vida, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad de vida se entiende como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que se desenvuelve teniendo en cuenta sus objetivos, expectativas, estándares e intereses. Dicho concepto engloba tanto la salud física como el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales teniendo en cuenta el entorno (OMS, 1994).

A su vez, el autocuidado implica un proceso de conciencia sobre carencias y recursos personales tal que permita diseñar estrategias para mejorar su bienestar dividiéndose en categorías de estrategias personales y laborales (Ojeda, 2006).

A pesar de la relevancia que reviste la problemática sobre la calidad de vida de los psicólogos clínicos y la necesidad de incorporar conductas de autocuidado para su bienestar, estos constructos continúan siendo poco estudiados ya que las investigaciones suelen estar aplicadas a los profesionales de la salud en general, más puntualmente en médicos y enfermeros. La escasa producción científica y la falta de conocimiento sobre estas variables en la población

elegida dificultan la delimitación teórica y la elaboración de estrategias preventivas para los profesionales mencionados.

Por lo tanto, la presente investigación se propone conocer cuál es el nivel de calidad de vida que tienen los psicólogos clínicos de la ciudad Autónoma de Buenos Aires y cuáles son las conductas de autocuidado que suelen practicar con la finalidad de ampliar el conocimiento acerca de estos fenómenos y aportar información que sea relevante para el desarrollo de estrategias preventivas y/o protectoras en el ejercicio profesional.

Planteo del problema

Los psicólogos clínicos suelen experimentar con frecuencia estados de agotamiento y estrés derivados de las emociones y problemáticas con las que tienen contacto cotidianamente lo que afecta negativamente su calidad de vida y hace indispensable que prioricen su autocuidado (Fuentes, 2019).

Dado que dichos profesionales son agentes clave en la atención de la salud mental de la población, describir su calidad de vida y autocuidado no solo aporta conocimiento científico actualizado, sino que también contribuye a que se puedan diseñar estrategias de prevención y promoción de la salud en psicólogos clínicos (Fuentes, 2019).

Asimismo, los resultados de esta investigación permitirán visibilizar la importancia del autocuidado de los psicólogos clínicos que ejercen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, aportando conocimiento del contexto local en el que las investigaciones sobre la calidad de vida y el autocuidado resultan escasas.

A partir de lo expuesto, la pregunta que guiará la presente investigación es: ¿Cuál es la calidad de vida y el autocuidado que presentan los psicólogos clínicos que ejercen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires?

Objetivos

Objetivo General:

Medir los niveles de calidad de vida y autocuidado de los psicólogos clínicos que ejercen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Objetivos específicos:

1. Detallar los niveles de calidad de vida en psicólogos clínicos que ejercen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

2. Analizar los niveles de autocuidado en psicólogos clínicos que ejercen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

3. Determinar cuáles son las conductas de autocuidado más frecuentes en psicólogos clínicos que ejercen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

4. Identificar las actividades de autocuidado complementarias en psicólogos clínicos que ejercen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires teniendo en cuenta la percepción sobre el rol de la terapia, la capacitación y la remuneración en el autocuidado.

5. Describir los dominios de la calidad de vida con mayor y menor puntaje en psicólogos clínicos que ejercen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Hipótesis

1. Los psicólogos clínicos que ejercen en CABA presentan niveles elevados de calidad de vida.

2. Los psicólogos clínicos que ejercen en CABA presentan niveles bajos de autocuidado.
3. Las prácticas de autocuidado con mayor frecuencia en esta población se relacionan a realizar actividades recreativas.
4. Entre las dimensiones de la calidad de vida evaluadas, el dominio psicológico presenta los puntajes más elevados, mientras que el dominio físico presenta los puntajes más bajos en psicólogos clínicos que ejercen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Fundamentación

Resulta relevante investigar acerca de la calidad de vida y el autocuidado en psicólogos clínicos debido a las demandas emocionales y cognitivas que implica el ejercicio profesional, se busca conocer cómo cuidan de sí mismos y saber cuál es el nivel de su calidad de vida. Si bien dichos constructos conforman un campo de creciente interés en la psicología, la investigación en Argentina sobre esta temática aplicado en psicólogos clínicos es limitada. La mayoría de estudios sobre el tema se centran en profesionales de la salud haciendo hincapié en médicos, enfermeros o trabajadores de hospitales tanto públicos como privados sin especificar psicólogos clínicos.

Otro punto relevante para llevar a cabo este trabajo es que para esta investigación se han encontrado en su mayoría estudios cualitativos y de revisión bibliográfica lo que evidencia una carencia de investigaciones empíricas de tipo cuantitativo que permitan establecer estadísticas y generalizar resultados en esta población específica.

Dicha escasez de evidencia cuantitativa y la falta de estudios específicamente en la población elegida representa una oportunidad para contribuir al conocimiento científico en el área.

Estado del Arte

A continuación, se presentan los antecedentes encontrados en las bases consultadas sobre las categorías de análisis de este estudio. Las investigaciones incluyen trabajos empíricos cualitativos, cuantitativos y mixtos, debido a la escasez de estudios sobre la problemática a estudiar en Argentina, realizados entre los años 2021 y 2025, en idioma inglés y español abarcando la población elegida.

Pérez Salas y Montiel (2022) en Venezuela estudiaron la relación desgaste-satisfacción y el autocuidado en psicólogos de forma cuantitativa, descriptiva, con un diseño no experimental y de tipo transversal-correlacional. La muestra fue de 176 psicólogos que trabajaban en el interior del país hace más de dos años en el área clínica. Utilizaron el Professional Quality of life (PRQOL) que evalúa el equilibrio entre las demandas laborales y los recursos disponibles. También utilizaron la Escala de Conducta de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. Los resultados indican niveles moderados en el desgaste-satisfacción y un uso frecuente de estrategias de autocuidado con una relación negativa, baja y poco significativa negando la hipótesis de que, a mayor autocuidado, mayor es la satisfacción y menos desgaste tienen los psicólogos. Concluyeron que las prácticas de autocuidado son frecuentes, dichos profesionales se encuentran comprometidos con su bienestar integral tanto en su vida personal como en su contexto laboral, así, reconocen la vulnerabilidad en la que se encontraron durante su ejercicio dado la demanda emocional y cognitiva.

Yocca (2022) estudió en Argentina las conductas de autocuidado en 111 psicólogos clínicos que ejercían en las ciudades capital y la banda de Santiago del Estero. Tuvo un diseño mixto destacando el método cuantitativo por sobre el cualitativo, de tipo descriptivo, el muestreo

fue no probabilístico intencional. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP, 2008) y un Cuestionario sociodemográfico. Los resultados que se obtuvieron señalaron que el 22,5% de los psicólogos clínicos ocasionalmente practican el autocuidado, el 61,3% frecuentemente lo hace, mientras que el 16,2% muy frecuentemente. Además, se conoció que le dan mayor importancia a realizar terapia psicológica, perfeccionarse como psicólogo y una remuneración adecuada. Por otro lado, se expusieron distintas conductas de autocuidado practicadas y expresadas por la muestra, que giran en torno a actividades orientadas a preservar lo orgánico/físico, ligadas a vínculos afectivos, al entretenimiento y recreación, al cuidado de sí evitando determinado accionar, vinculadas a lo espiritual/terapias alternativas y plasmadas en la psicoterapia propia. Las conclusiones señalaron que las conductas de autocuidado en psicólogos clínicos cumplían una función preventiva ante los efectos del trabajo, además permitieron mantener la distancia adecuada entre pacientes y profesional procurando su bienestar.

Por otro lado, Ortiz et al., (2023) estudiaron el Autocuidado y su relación con factores sociolaborales en Psicólogos Clínicos de Asunción a través de un estudio cuantitativo, descriptivo correlacional y de diseño no experimental. Se empleó la Escala de conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP). Los resultados indican que los psicólogos clínicos reconocen la importancia del autocuidado y tienden a practicarlo con cierta frecuencia. Los psicólogos con menos de 5 años de experiencia presentaron una distribución equilibrada en cuanto a la frecuencia de autocuidado, en contraste los psicólogos con más experiencia (16 a 20 años) presentaron una distribución más variada en cuanto a la frecuencia de autocuidado. Se evidenció una relación entre la carga laboral y la frecuencia de autocuidado. Los psicólogos con menos de 20 horas de trabajo semanal mostraron una alta proporción de autocuidado, mientras

que aquellos con 20 a 40 horas de trabajo presentaron porcentajes ligeramente menores. En conclusión, los resultados indican que la mayoría de los psicólogos clínicos reconocieron la importancia del autocuidado y lo practican con frecuencia.

En sintonía con los trabajos mencionados, Gramage Galiana (2023) investigó el autocuidado del psicólogo y las estrategias de afrontamiento ante situaciones difíciles en España. Su objetivo fue conocer las conductas de autocuidado y el estilo personal del terapeuta (EPT) en una muestra de 62 psicólogos clínicos. El estudio fue cualitativo de diseño no experimental y no probabilístico, transversal utilizando la técnica de muestreo “Bola de Nieve” para la recogida de datos. Los resultados indicaron que quienes más practicaban autocuidado eran quienes tenían entre 1 y 5 años de experiencia en la práctica clínica. No se encontraron diferencias significativas entre el sexo y las variables del estudio excepto para una variable: “Humanidad común”. La variable que mejor correlacionó con las demás fue “Autocuidado” y sus diferentes factores. Se observaron altos grados de estrategias de autocuidado de profesionales de la Psicología, aunque los datos fueron bastante dispares en cuanto a años de experiencia en la práctica clínica.

Gimenez y Castañares (2024) en Argentina investigaron las conductas de autocuidado y estrés autopercebido en psicólogos clínicos a través de un diseño no experimental, transversal, de tipo descriptivo correlacional siendo una metodología mixta. La muestra fue de 60 psicólogos clínicos, 30 psicólogos primerizos y 30 experimentados entre 30 y 63 años, y la experiencia en la actividad clínica varió entre 5 y 34 años. El objetivo fue tener noción de las percepciones de los psicólogos que ejercían su actividad en el ámbito clínico sobre las conductas de autocuidado, su utilización deliberada para prevenir el estrés, y para reducir los riesgos que conlleva el ejercicio profesional. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y se aplicó un registro de datos socio-demográficos, la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos y la Escala

de Estrés Percibido siendo esta un cuestionario que mide el grado en que una persona percibe como estresantes las situaciones de su vida. Los resultados mostraron una actitud favorable hacia el autocuidado, reconociendo los riesgos de su labor y la necesidad de adoptar estrategias para mitigarlos. Las principales conclusiones fueron que los psicólogos en Mar del Plata practicaron con frecuencia conductas de autocuidado.

Sajjad e Imran (2024) en Pakistán tuvieron como objetivo evaluar el autocuidado profesional en la calidad de vida profesional, la satisfacción por la compasión y la fatiga por la compasión entre los psicólogos en ejercicio. Mediante una investigación cuantitativa de diseño transversal, se recopilaron datos a través de una técnica de muestreo intencional, la muestra estuvo compuesta por 138 psicólogos en ejercicio que trabajaban en clínicas privadas, centros de rehabilitación y hospitales públicos y privados. Se utilizaron dos escalas para la encuesta, la primera fue la Autoevaluación del autocuidado para psicólogos que mide el grado de autocuidado. Tiene cinco subescalas: Desarrollo profesional, Escala de apoyo profesional, Equilibrio vital, Conciencia cognitiva y Equilibrio diario. La segunda fue la Escala de Calidad de Vida Profesional o ProQOL-V; diseñada para evaluar la calidad de vida del trabajo en las profesiones de ayuda. Las puntuaciones más altas reflejaron una mayor satisfacción por la compasión, un mayor agotamiento y un mayor estrés traumático secundario. También los resultados indicaron que los cinco factores de autocuidado profesional medidos en la escala se asocian negativamente con el agotamiento y el estrés traumático secundario y positivamente con la satisfacción por la compasión. Por último, los resultados indicaron que los datos demográficos y las variables laborales, como la experiencia laboral o la supervisión, tenían impacto en la calidad de vida profesional. Concluyeron en que las prácticas de autocuidado profesional influyeron significativamente en la calidad de vida profesional de los psicólogos.

Benítez y Franco (2025) a través de un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo correlacional se propusieron el objetivo de analizar el nivel de calidad de vida y las estrategias de autocuidado en 60 psicólogos matriculados que cursan la Maestría en Psicología Clínica en la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL BREF, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), que evalúa la calidad de vida en cuatro dimensiones (física, psicológica, social y ambiental), y la Escala de Estrategias de Autocuidado para Profesionales de la Salud elaborado para identificar la frecuencia de estrategias de autocuidado. Los resultados indicaron niveles moderados de calidad de vida en dimensiones como salud psicológica y relaciones sociales, y una frecuencia media en la aplicación de estrategias de autocuidado personal y profesional. Además, lograron identificar correlaciones significativas entre ciertas dimensiones de calidad de vida y el uso de estrategias de autocuidado. Las principales conclusiones fueron reconocer que el autocuidado no debía entenderse únicamente como una tarea personal, sino también como una responsabilidad que las instituciones formadoras deben asumir. En este sentido, se planteó la necesidad de integrar el autocuidado como una competencia dentro del currículo, así como fortalecer las investigaciones que consideren factores como el apoyo institucional, la supervisión y la carga de trabajo.

De la misma manera, Sánchez (2025) investigó acerca del autocuidado en psicólogos de la Zona Metropolitana de Guadalajara, México. Se realizó de forma cualitativa con un diseño fenomenológico a través de una entrevista semiestructurada a seis psicólogos con experiencia entre 5 a 15 años en el ejercicio profesional. Se buscó conocer la manera en la que percibieron y aplicaron el autocuidado e identificar los efectos que notaron a partir de sus prácticas. Los resultados reflejaron que los psicólogos percibían el autocuidado como algo fundamental para

cuidar su bienestar dentro y fuera de la consulta, así como una forma de protegerse ante el desgaste. Dentro de sus prácticas aparecieron el procurar su vida social, ejercicio físico y contactar con su espiritualidad como también asistir a un proceso de psicoterapia personal. En el análisis resaltó que los participantes consideraron mayormente su autocuidado como psicólogos antes que como personas y la clara falta de psicoeducación sobre autocuidado desde su formación. Los resultados indican que percibieron el autocuidado como algo que les permitía brindar un mejor servicio y lo consideraron como algo fundamental que les permitía cuidarse procurando su salud mental. Las prácticas más realizadas incluían: asistir a un proceso de psicoterapia personal, subir el costo de la consulta, tener días fijos de descanso para realizar actividades recreativas y realizar supervisiones. Sobre las prácticas personales, los participantes refirieron que dedicaban tiempo a hacer actividades físicas y actividades recreativas con sus amigos. Se concluyó principalmente en que los participantes reconocieron el autocuidado como un favorecedor de bienestar en sus vidas diarias y útil para no desgastarse y protegerse ante el malestar. También

Chaudhry y Bukhari (2025) realizaron una investigación en Pakistan que tuvo como objetivo explorar el papel del autocuidado en la reducción del agotamiento profesional en 59 psicólogos clínicos mayores de 22 años que estén diplomados, maestrías o doctorados con un mínimo de un año de experiencia. La metodología fue cuantitativa con un diseño correlacional transversal. Los datos fueron analizados mediante estadísticas descriptivas, correlaciones, pruebas y análisis de regresión. Se utilizó la Escala de Autocuidado desarrollada por González-Vázquez et al., (2018), compuesta por 31 ítems, que incluyen: conducta autodestructiva, dificultad para recibir y pedir ayuda, resentimiento por la falta de reciprocidad, ausencia de actividades positivas, descuido de las propias necesidades y falta de tolerancia al

afecto positivo compartido. Los resultados revelaron una correlación negativa significativa entre las prácticas de autocuidado y los niveles de agotamiento. Los psicólogos que realizaban autocuidado de manera regular reportaron menor agotamiento emocional y mayor realización profesional. Además, se reveló que los psicólogos que se encontraban en las primeras etapas de su carrera son los que menos dedicaban tiempo a las prácticas regulares de autocuidado. Las conclusiones indicaron que las prácticas de autocuidado tuvieron un papel modesto pero significativo en la vida de los psicólogos como así también en la reducción del agotamiento.

Moreno et al., (2025) investigaron en Perú acerca del impacto de las conductas de autocuidado en las dimensiones del burnout en psicólogos clínicos iberoamericanos durante la COVID-19. Se realizó a través de una metodología cuantitativa con un diseño no experimental, transversal y correlacional. Se empleó un cuestionario autoadministrado en formato digital, distribuido mediante internet. La muestra estuvo compuesta por 160 psicólogos clínicos iberoamericanos que ejercieron su profesión durante la pandemia. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (Guerra et al., 2008), El burnout fue evaluado utilizando el Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey for Medical Professionals (MBI-HSS-MP; Maslach et al., 2018). Los resultados indicaron que las prácticas de actividades recreativas fueron las que más se realizaron en esta muestra. Además, participar en actividades recreativas con amigos, realizar actividad física y acudir a un espacio terapéutico propio se asociaron con el agotamiento emocional. Las prácticas de autocuidado más importantes en una situación de pandemia y confinamiento parecen estar relacionadas con actividades recreativas, y por lo tanto asociadas con la distracción. En particular, cuanto mayor es la frecuencia de prácticas de autocuidado, menor es el nivel de burnout. Concluyeron que

consideraban necesario continuar investigando la relación entre las prácticas de autocuidado y su impacto específico en el burnout

Marco Teórico

Calidad de vida

Calidad de vida desde orígenes filosóficos

Este concepto fue abordado a lo largo de los años desde corrientes filosóficas que lo definieron a partir de qué constituye tener una "buena vida". Desde perspectivas normativas como la tradición aristotélica de la eudaimonía, puntualizan la vida orientada por la virtud y el desarrollo del potencial humano como vía para alcanzar el bienestar (Capuccino, 2013). Desde otras perspectivas, como la corriente oriental, priorizaron valores de simplicidad y moderación del deseo. Por otro lado, la filosofía Kantiana vinculó la buena vida con la moralidad, la racionalidad y el ideal de una sociedad que sea considerada justa (Diener & Suh, 1997).

En oposición a estas concepciones aparecen encuadres centrados en la experiencia subjetiva los cuales definieron calidad de vida tomando en cuenta los sentimientos y evaluaciones personales. Desde esta mirada una vida es considerada buena siempre y cuando sea vivida como satisfactoria, placentera o valiosa por quien la viva. Estas ideas tienen conexión con las corrientes hedonistas clásicas que entendieron el placer y la ausencia de dolor como factores centrales del bienestar y con los abordajes utilitaristas que propusieron maximizar la felicidad individual y colectiva como criterio moral (Diener & Suh, 1997).

Sin embargo, estas conceptualizaciones fueron criticadas por ser reduccionistas, en especial las centradas en indicadores económicos o en la maximización del placer. Gran variedad de autores señalaron que las elecciones individuales no siempre reflejan valores deseables

socialmente y que los factores de mercado no son capaces de explicar dimensiones relevantes de la calidad de vida como la salud, los vínculos sociales o el sentido de la vida (Diener & Suh, 1997). Tales limitaciones impulsaron el surgimiento de abordajes científicos más amplios para su estudio.

Es así cómo se desarrollaron nuevos encuadres, uno de ellos se centra en los indicadores sociales contemplando las condiciones objetivas de vida, la evaluación del impacto de políticas y programas sociales en la vida de los individuos. Diener (1984) consolida estas perspectivas al introducir el concepto de bienestar subjetivo, entendido como la combinación de evaluaciones cognitivas (satisfacción vital) y afectivas, en relación con las distintas áreas de la vida y con los valores personales, destacando la percepción individual y la evaluación personal de la propia vida, integrando dimensiones cognitivas y afectivas.

En esta línea subjetiva, la perspectiva humanístico-fenomenológico de Rogers propone comprender al individuo a partir de su experiencia interna y su campo fenomenológico, resaltando la tendencia natural hacia el crecimiento y la autorrealización, así como la importancia de la congruencia entre el yo real y el yo ideal (Sirgy, 2021).

Otro abordaje relevante es el de la satisfacción de las necesidades, basado en modelos humanistas como los de Maslow (1950), Herzberg (1959), McClelland (1961) y Alderfer (1969). Este enfoque distingue entre necesidades básicas —biológicas, de seguridad y económicas— y necesidades de crecimiento, relacionadas a la socialización y la autoactualización, sosteniendo que la calidad de vida se incrementa cuando ambas son satisfechas. Esta propuesta se complementa con la teoría de los recursos del bienestar, que incluye recursos materiales, sociales, cognitivos y espirituales (Sirgy. 2001).

Finalmente, el enfoque del florecimiento humano amplía estas conceptualizaciones al considerar que la calidad de vida conlleva el desarrollo del potencial personal. Este modelo contempla cinco dimensiones: emociones positivas, compromiso, relaciones, sentido y logro, integrando el bienestar subjetivo con el funcionamiento óptimo y el crecimiento personal (Allen, 2018).

Las perspectivas desarrolladas hasta el momento coinciden en que la calidad de vida es un constructo complejo y multidimensional, influido por la interacción entre distintos ámbitos de la vida. Las teorías de traspaso “de abajo hacia arriba” y horizontal sostienen que la satisfacción o insatisfacción en un dominio —especialmente el laboral— impacta en otros aspectos vitales, lo cual resulta particularmente relevante para el estudio de la calidad de vida en profesionales de la psicología clínica (Sirgy et al., 2020).

Calidad de vida desde una perspectiva contextual

El interés por el estudio de la calidad de vida se incrementó a fines del siglo XX, especialmente en países desarrollados donde, una vez satisfechas las necesidades básicas, comenzó a surgir la preocupación por mejorar las condiciones de vida y el bienestar general, en línea con lo planteado por Maslow (1943). Sin embargo, en los países en desarrollo, donde aún existen dificultades para cubrir necesidades fundamentales, resulta imprescindible analizar la calidad de vida desde una perspectiva contextual que contemple las particularidades sociales y económicas de cada entorno (Ardilla, 2023).

Si bien no existe una definición única del concepto, en términos generales la calidad de vida se entiende como la capacidad del individuo para experimentar y evaluar las condiciones de su entorno, integrando factores objetivos —como los recursos materiales y sociales— y factores

subjetivos relacionados con la percepción personal de dichos recursos (Ardilla, 2023). En este sentido, la calidad de vida surge de la interacción entre dimensiones objetivas y subjetivas, siendo percibida de manera predominantemente subjetiva en ámbitos como el familiar, comunitario y laboral (Ardilla, 2023).

Desde la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida refiere a la percepción que tiene la persona sobre su posición en la vida dentro de su contexto cultural y sistema de valores, en relación con sus metas, expectativas e intereses, destacando su carácter multidimensional y contextual (OMS, 1998). Esta concepción resulta central para el estudio del bienestar psicológico, ya que no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que integra factores físicos, emocionales, sociales y ambientales.

Diversos autores coinciden en resaltar el componente subjetivo del constructo. Szalai (1980) la define como la evaluación global del carácter satisfactorio de la vida, mientras que Chaturvedi (1991) la concibe como la sensación subjetiva de bienestar. En una visión más integral, Quintero (1992), Levy y Anderson (1980) destacan su carácter multidimensional, incorporando dimensiones físicas, mentales, sociales, materiales y espirituales, siempre enmarcadas en un contexto sociocultural determinado.

En síntesis, la calidad de vida comprende dimensiones subjetivas —como la seguridad, la expresión emocional, la productividad personal y la percepción de la salud— y dimensiones objetivas vinculadas al bienestar material, las relaciones con el entorno y el estado de salud evaluado de manera objetiva (Ardilla, 2023).

Calidad de vida desde la Organización Mundial de la Salud

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH, 1948) se define al término salud como un estado caracterizado por un bienestar físico, mental y social completo, dejando erradicada la concepción de salud meramente como la ausencia de enfermedad.

Dicha concepción implica una visión utópica de un estado equilibrado y completo que atenta contra las características de la personalidad teniendo que distinguir entre el soma, la sociedad y la psiquis (Gómez, 2009).

En este contexto, la OMS considera la promoción de la salud como un medio para alcanzar un objetivo siendo un vehículo favorecedor para que los sujetos puedan llevar una vida social, individual y económicamente productiva (OMS, 1998). Es así que se considera a la salud como un recurso para la vida diaria haciendo énfasis en los recursos personales, sociales y las aptitudes físicas con las que se cuenta. A medida que el concepto de salud toma nuevas concepciones, aparece la necesidad de buscar nuevas medidas y otros indicadores de salud como el bienestar y la satisfacción (Gómez, 2009).

A partir del Informe Acherson (1988), se incorpora en los documentos de la OMS el concepto de Calidad de vida asociado en una primera instancia a la salud pública la cuál comporta un concepto tanto social como político destinado a poder mejorar la salud, la calidad de vida de las poblaciones a través de medidas preventivas y de promoción de la salud además de poder prolongar la vida.

Debido a esto, durante el Foro Mundial de la Salud (1966) aparece el concepto de calidad de vida que desarrolla la OMS como la percepción que tiene el individuo acerca de su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistemas de valores en el que se desenvuelve teniendo en cuenta sus objetivos, estándares, expectativas e intereses (OMS, 1998).

Dicha conceptualización sobre el constructo indica que la calidad de vida refiere a una evaluación subjetiva con aspectos positivos y negativos que se articulan con el contexto social y ambiental en el que está inmersa la persona (Gómez, 2009).

Es posible afirmar que las definiciones que aporta la OMS sobre la calidad de vida guardan estrecha relación con las primeras definiciones filosóficas anteriormente desarrolladas, ya que también para este organismo es teorizada como la percepción que tienen las personas acerca de si sus necesidades están satisfechas o si contemplan que están negando la posibilidad de alcanzar la felicidad y la autorrealización más allá de su salud o del contexto económico y social (Gómez, 2009). Se busca poder fortalecer la calidad de vida y a su vez poder prevenir desmejoras en la salud, este objetivo cobró relevancia en la promoción y el cuidado de la salud lo que se relaciona con la satisfacción de las necesidades.

En aras de poder medir este constructo, la OMS se encargó de elaborar un instrumento útil para medir la calidad de vida más allá de las nociones de mortalidad y morbilidad incluyendo así mediciones acerca del deterioro de las actividades de la vida diaria y de las conductas (Gómez, 2009).

Dado que el concepto de salud que contempla dicho organismo contempla el contexto social y económico, llevaron a cabo un programa que tenga la capacidad de desarrollar un instrumento que sea factible válido para utilizar en distintas poblaciones respetando la idiosincrasia de éstas. Para poder medir las dimensiones mencionadas, se creó el WHOQOL-100 (OMS, 1991) y el WHOQOL-BRIEF (1994) siendo éste el único instrumento internacional de la OMS que permite medir la calidad de la vida como resultado de un abordaje de distintas culturas para realizar la construcción de esta escala (Bonicatto & Soria, 1998).

A través de este instrumento se evalúan los aspectos enmarcados en el contexto cultural del individuo, considerando los valores, objetivos, estándares e intereses que orientan su desarrollo. El instrumento antiguamente tomaba seis dimensiones de la calidad de vida: un área física, un área psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el entorno y las creencias personales espirituales (Bonicatto & Soria, 1998). En la actualidad, toma en cuenta cuatro dominios: el físico, el social, el psicológico y el ambiental (WHOQOL Group, 1998).

Autocuidado

¿Qué es el autocuidado?

Pakenham y Stafford-Brown (2012) sostienen que los psicólogos clínicos en formación se enfrentan a situaciones estresantes vinculadas tanto a los aspectos académicos y evaluativos de su preparación como pueden ser las instancias de supervisión, las dudas de sus capacidades o sus expectativas, como también a las características del entorno laboral que están marcadas por un tiempo limitado de sesiones o criterios de alta institucionales, la cantidad de pacientes y la rotación de roles.

En este contexto, los autores mencionados destacan que los psicólogos atravesados por dichas situaciones pueden experimentar altos niveles de estrés que se asocian con la aparición de ansiedad, depresión, burnout, dificultades de atención debido a tantos estímulos, dificultades para la concentración y para la toma de decisiones pudiendo dar como resultado una menor capacidad para establecer vínculos terapéuticos y una baja autoestima.

El autocuidado se define como el conjunto de estrategias y/o conductas que se llevan a cabo para promover su bienestar integral y su fortalecimiento, lo que puede evitar el desaliento profesional. (Barriga et al., 2008).

Las conductas de autocuidado se dividen en personales y profesionales, en consonancia con las divisiones que se mencionaron anteriormente en el apartado Calidad de vida donde se mencionan dimensiones subjetivas y laborales. En el caso del autocuidado, las estrategias personales tienen que ver con disminuir el estrés laboral realizando ejercicio físico, mantener alimentación sana, hacer un buen uso del tiempo libre en actividades recreativas, realizar actividades de crecimiento espiritual y la asistencia a psicoterapia (Barriga et al., 2008).

En lo que corresponde a la segunda categoría de estrategias, las profesionales, se enfocan en evitar que el árduo trabajo sea solitario, se busca construir redes y relaciones de apoyo para un equilibrio de la vida laboral con un tiempo prudente entre sesiones (Barriga et al., 2008). Resulta necesario contar con un espacio donde pueda realizarse la supervisión de casos; emplear el sentido del humor en el ambiente laboral; capacitarse para adquirir nuevas herramientas y practicar para adquirir experiencia profesional. Sumado a estas conductas es necesario tener en cuenta la importancia de sostener condiciones salariales que sean adecuadas permitiendo sustentar las necesidades básicas (Barriga et al., 2008).

Autocuidado desde marcos terapéuticos

Por otra parte, es posible desarrollar el concepto de Autocuidado desde la perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) desarrollado por Steven Hayes en los años ochenta, y de la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP), elaborado en 1990 por Mavis Tsai y Robert Kohlenberg. Para comenzar con lo teorizado por los autores, se desarrolla el concepto de

Flexibilidad Psicológica el cuál hace referencia al modelo del funcionamiento humano y la posibilidad del cambio conductual contemplando distintos procesos centrales dentro de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) que contribuyen a la adaptabilidad, de en este caso el psicólogo clínico, a los diversos desafíos de la vida mediante el desarrollo de la atención dirigida al momento presente en consistencia con los valores personales y con acciones comprometidas (Díaz et al., 2023).

Dado que no es posible dividir completamente lo profesional de lo cotidiano (Díaz et al., 2023), la manera en que el profesional se vincula con las experiencias que llegan al consultorio repercutirá inevitablemente en su vida cotidiana y, por ende, en su autocuidado, afectando también su dimensión personal.

Dentro de esta perspectiva, se puede comprender al autocuidado como el conjunto de acciones que proporcionan bienestar, energía y calma. Estas acciones no solo favorecen el equilibrio del psicólogo, sino que también fortalecen el desarrollo de repertorios conductuales más adaptativos frente al estrés propio del trabajo clínico (Díaz et al., 2023).

Teniendo en cuenta lo postulado por las terapias conductuales contextuales, la Terapia Analítico Funcional (FAP) enfatiza la relación terapéutica como motor de cambio conductual con el fin de poder aumentar la capacidad de las personas para conectarse consigo mismas, con los demás y con su entorno, fomentando la intimidad emocional dentro de un contexto determinado y en función de su historia de aprendizaje (Tsai & Kohlenberg, 1990). Es en este marco donde el terapeuta observa su propio comportamiento y las funciones que cumple dentro de la sesión, reconociendo el impacto que su conducta ejerce sobre el paciente.

Por esta relación de implicancia resulta menester que el profesional lleve a cabo prácticas de autocuidado. Desde FAP se mencionan tres procesos esenciales para promover un repertorio conductual flexible: la conciencia plena del momento presente y de lo que resulta significativo en él; la valentía emocional, entendida como la disposición a permanecer ante experiencias difíciles sin evitarlas; y el amor o compasión, que se expresa al responder de manera empática a las necesidades del consultante, beneficiando una mayor conexión emocional dentro de la relación terapéutica (Tsai & Kohlenberg, 1990).

Relación entre Autocuidado y Calidad de Vida

La relación de las variables fue estudiada con énfasis en aquellas profesiones donde la carga emocional es elevada o donde se encuentran expuestos a situaciones estresantes con continuidad. Estos escenarios desembocan en un impacto significativo en la salud del profesional pudiendo verse afectado su bienestar (Richards et al., 2010). El autocuidado actúa como un factor protector frente a los efectos de jornadas laborales extenuantes resultando favorecedor para la calidad de vida y contrarrestando los resultados negativos de tal exposición (Richards et al., 2010).

Estos autores indican que dentro del campo de la psicología desarrollar conductas de autocuidado se vuelve una necesidad protagónica ya que se encuentran acompañando situaciones caracterizadas por un gran dolor, sensibilidad, momentos de duelo y de crisis de forma reiterada. No se debe ignorar que dicho escenario en el que se desenvuelve el profesional requiere tener una gran preparación en el trabajo emocional interno y exige adquirir la capacidad de sostenerse permanentemente a la vez de mantener una práctica ética (Richards et al., 2010).

A la hora de pensar en cuidar la salud se debe reconocer que existen condiciones o elementos que protegen y otros que aumentan el riesgo de un desequilibrio en el propio bienestar.

Estos son los llamados factores de riesgo y factores de protección (Diaz Torres et al., 2020). Los factores de riesgo son las condiciones que al estar presentes aumentan la posibilidad de que un individuo experimente un daño a su salud o que suceda alguna conducta riesgosa contemplando tanto la salud mental, como la física y los factores contextuales que pueden intervenir. Por el contrario, los factores protectores son aquellas situaciones o características que pueden disminuir o erradicar el riesgo de que ocurra una conducta riesgosa y a su vez aportan conductas que pueden potenciar la calidad de vida permitiendo un desarrollo saludable de los sujetos (Diaz Torres et al., 2020).

Dichos factores se pueden encontrar tanto en personas como en el ambiente en el que se desenvuelven y, tal como sucede en el autocuidado y la calidad de vida, es posible dividirlos en categorías: individuales, familiares, factores laborales, de pares y de la comunidad. Cabe considerar que los factores protectores y de riesgo se deben analizar de forma individual contemplando los espacios que habita el sujeto y sus características individuales ya que son parte de un sistema ecológico, es decir que se relacionan entre sí influyendo a la persona (Prado-Solar et al., 2014).

El autocuidado entonces, surge como una práctica que busca justamente potenciar los aspectos más saludables del individuo constituyendo así un factor protector con la posibilidad de transformar la calidad de vida volviéndola más saludable y teniendo sus efectos en los escenarios de actuación del profesional (Prado-Solar et al., 2014).

En consecuencia, se espera que los profesionales en formación tengan fácil acceso a información precisa sobre la importancia que tiene el autocuidado y de mantener una buena calidad de vida ya que se consideran herramientas que promueven el desarrollo de una conducta de cuidado y responsabilidad (Prado-Solar et al., 2014). A su vez, que cuenten con el

conocimiento de que las acciones de autocuidado requieren ser fortalecidas y emplearlas de forma constante con el fin de que se transformen en conductas permanentes beneficiando al profesional y a su práctica (Díaz Torres et al., 2020).

Calidad de Vida y el Autocuidado en profesionales de la salud

Si bien esta investigación se centra en la población de psicólogos clínicos, cabe resaltar que el estudio de la Calidad de vida y el Autocuidado comenzó adquiriendo gran relevancia al estudiarse en profesionales como enfermeras, paramédicos y médicos (Cervantes et al., 2008). Han sido ampliamente abordadas en estas poblaciones que comparten un rol el cual implica altos niveles de demanda emocional, conviven con el sufrimiento de los pacientes además de experimentar un gran desgaste en sus vidas con largas jornadas laborales y cortas horas de sueño (Cervantes et al., 2008).

Por ejemplo, en el caso del personal de salud en emergencias prehospitalarias se observa un estrés persistente y la exposición a situaciones traumáticas de forma regular. Si bien no son una población que demuestran niveles elevados de depresión, si manifiestan un alto grado de ansiedad y estrés debido a que las prevalencias de estar en contacto con distintas situaciones críticas aumentan las posibilidades de la aparición de trastornos mentales (Cervantes, et al., 2008). En cuanto al autocuidado, este grupo suele recurrir a prácticas espirituales y al apoyo social como vía para su bienestar. Sin embargo, no demuestran tener altos niveles de autocuidado general ni de autoconsciencia (Cervantes et al., 2008).

En el caso de las enfermeras, que frecuentemente se exponen a exigencias tanto físicas como emocionales, la condición desmejorada en sus vidas no se debe a sus tareas asistenciales sino más bien a características propias del régimen laboral coartado por sus largas jornadas laborales, así como también los horarios en los que estos se llevan a cabo (Vidal et al., 2019).

Es así como mientras que la actividad asistencial les resulta gratificante, la forma en que la brindan resulta altamente desgastante generando un desgaste profesional (Vidal et al., 2019).

Vázquez (2020) expone que otras de las profesiones en las que se han realizado estudios sobre las variables mencionadas es en médicos quienes enfrentan un gran desgaste laboral con la particularidad de que suelen acarrear un elevado agotamiento desde sus etapas de formación.

El mismo autor expone que tanto el desgaste profesional como la calidad de vida y el autocuidado, comportan constructos importantes para aquellos médicos que se encuentran trabajando con una gran demanda, a su vez realizando una especialidad médica y transitando la residencia lo que desemboca en un proceso de gran exigencia sobre el médico en formación. Este grupo demuestra tener un gran desgaste profesional debido a la carga de trabajo, la toma de decisiones y las horas de guardia que realizan con frecuencia. En lo que respecta a la calidad de vida, se ven menos afectados que los otros dos grupos ya que perciben un cambio en el estilo de vida a nivel profesional luego de largos años de preparación (Vázquez, 2020).

Para concluir con este apartado, es posible aseverar que, si bien los niveles de calidad de vida y el autocuidado varían, se encuentran con frecuencia sujetos a situaciones estresantes y de gran impacto emocional además de transitar una carga laboral extenuante (Prado-Solar et al., 2014).

Otra de las coincidencias en las poblaciones en las que se han estudiado estas variables es que hay una escasez de programas de intervención enfocados en el autocuidado y la salud mental del profesional. Por lo tanto, se vuelve crucial desarrollar estrategias y programas que promuevan el autocuidado y mejoren la salud mental de estos profesionales, así como también brindar asesoramiento en cómo pueden generar estrategias y adquirir herramientas para mejorar su bienestar (Prado-Solar et al., 2014).

El autocuidado como Competencia Profesional en Psicólogos Clínicos

Norcross y Guy (2007) consideran que el autocuidado debe ser incorporado como una competencia lo que requiere que constituya un apartado en la currícula educativa formando así un enfoque normativo con una perspectiva preventiva para el futuro del profesional. Se trata de que los psicólogos clínicos tengan la posibilidad de adquirir una capacitación de forma integral donde el autocuidado es considerado como un conjunto de habilidades, actitudes y prácticas sostenidas y practicadas a lo largo del tiempo que facilitan que los profesionales gestionen el impacto emocional que conlleva su trabajo. Además, los autores indican que introducirlo como competencia permite que se pueda prevenir el desgaste profesional en pos de mantener la eficacia de las intervenciones y beneficiando el tratamiento.

Antiguamente, el autocuidado quedaba relegado a un ámbito personal tomando distancia del área profesional, no obstante, debido al estrés y ansiedad que experimentan las personas en su trabajo se volvió necesario que el autocuidado gane terreno dentro de las prácticas laborales constituyendo una competencia profesional clave en contextos de formación clínica (Barnett et al., 2007). Esto implica un gran cambio de paradigma ya que el bienestar del terapeuta no queda en un segundo plano o considerado como una responsabilidad de la esfera individual, sino que se transforma en un componente estructural del desempeño ético, técnico y relacional del psicólogo.

El autocuidado está ligado al principio de beneficencia en ética profesional donde se encuentra excluida la capacidad de poder sostener un proceso terapéutico entre psicólogo y consultante construyendo un vínculo empático y comprometido cuando el profesional está en un estado de colapso o emocionalmente agotado. Así, este constructo dejaría de ser meramente una práctica de índole de salud personal transformándose en un constructo relacional donde el

autocuidado constituye un acto de responsabilidad hacia el paciente y hacia la labor terapéutica (Lawson & Venart, 2005).

Esta perspectiva que busca incorporar el autocuidado como una competencia dentro del ámbito de la educación superior para el desarrollo integral del psicólogo se encuentra en sintonía con lo que plantea el Código de ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (1999) que concibe la salud mental como un derecho humano donde los profesionales deben cumplir la misión de promover el bienestar psíquico. Para que esto sea posible, el profesional debe encontrarse en condiciones personales que le permitan ejercer con claridad, sensibilidad y responsabilidad cuidando su práctica. Es posible decir que el cuidado del paciente, por lo tanto, comienza con el cuidado del profesional donde la posibilidad de ayudar de manera efectiva depende del propio equilibrio emocional del profesional.

Siguiendo con los requerimientos del ejercicio, el código mencionado plantea que cada psicólogo tiene la responsabilidad de reflexionar sobre su práctica, reconocer los factores que pueden afectarla y asumir una actitud crítica y consciente frente a su labor. El autocuidado, incorporado como parte de la formación universitaria, tiene el poder de desarrollar justamente esta capacidad: permite a los futuros profesionales identificar límites, registrar señales de desgaste, solicitar supervisión cuando la necesitan y sostener un trabajo clínico más lúcido y ético (Fe.P.R.A., 1999).

En relación con el principio de competencia que indica el código, la ética exige que los psicólogos mantengan un alto nivel de idoneidad en su ejercicio profesional y reconozcan los límites de sus conocimientos y recursos implicando estar psicológicamente en condiciones de ejercer. Una capacitación en autocuidado lograría completar este requerimiento al brindar herramientas para preservar el estado emocional necesario para evaluar, intervenir y vincularse

sin que el desgaste afecte el juicio profesional. La permanencia en una práctica clínica competente requiere tanto actualización teórica como preservación emocional.

Asimismo, como se viene indicando a lo largo de los apartados, la profesión demanda cierto desarrollo personal, académico y ético de forma permanente por lo que volver el autocuidado una competencia responde directamente a esta exigencia porque forma psicólogos capaces de reflexionar sobre sí mismos, sostener un crecimiento continuo y gestionar los efectos que este trabajo acarrea. El autocuidado como competencia apunta a estar más preparados para sostener la tarea terapéutica a lo largo de los años sin deterioro personal (Fe.P.R.A., 1999).

Desde la perspectiva de Myers et al. (2012) los psicólogos que han recibido formación en autocuidado en sus carreras demuestran tener niveles más bajos de estrés y logran estar más a gusto con su desempeño profesional. En consecuencia, no se trata de brindar solo información sino de poder contribuir a la formación de espacios centrados en el cuidado de uno mismo como centro del aprendizaje clínico.

Finalmente, el autocuidado también se vincula con la responsabilidad social de la profesión que menciona el mismo código. La labor clínica no se limita al consultorio, sino que tiene impacto en la comunidad. Un psicólogo agobiado puede cometer errores, perder sensibilidad hacia las realidades de las personas que acompaña o incluso contribuir involuntariamente a perpetuar prácticas poco saludables. En cambio, un profesional que se cuida está en mejores condiciones de ofrecer intervenciones éticas, sostenidas y transformadoras. Es así como mantener el cuidado del psicólogo no es una cuestión individualista, sino que es una forma de proteger a los pacientes, a la institución y a la sociedad en su conjunto (Myers et al., 2012).

Consecuencias de una baja calidad de vida y descuido del profesional en la alianza terapéutica

Rodríguez y Arias (2013) indican que el descuido personal que pueda tener el profesional repercute en su bienestar individual, así como también afecta directamente en la calidad de los servicios terapéuticos que brinda. El hecho de no brindarle demasiada importancia a las propias necesidades y acumular tensiones al no contar con un espacio terapéutico donde el profesional pueda analizarse, puede traer consecuencias negativas en las dos esferas que coinciden en el autocuidado y en la calidad de vida: la personal y la laboral. Si se prolonga el descuido en el ámbito personal el agotamiento se vuelve notable experimentando cansancio emocional, corporal y mental. Estos autores señalan que los profesionales de la psicología que no le brindan la correcta importancia a su bienestar se arriesgan a experimentar altos niveles de estrés, ansiedad y también de agotamiento teniendo un efecto perjudicial en su vida cotidiana y su capacidad para experimentar emociones positivas y disfrutar las actividades que realicen fuera de su rol laboral.

En lo que comporta a la esfera laboral, es posible indicar que un descuido personal en el psicólogo tiene un impacto negativo en la calidad de la terapia que ofrezca viéndose afectada la relación terapéutica. Corbella y Botella (2003) la describen como la relación cliente-terapeuta y los sentimientos y actitudes que ambos tienen el uno hacia el otro y cómo se expresa involucrándose en dicha relación que comprende la colaboración entre los objetivos y las tareas que se proponen en la sesión. Por ende, es posible decir que el fortalecimiento progresivo de la alianza se asocia con la aparición de cambios terapéuticos.

Una relación positiva entre la alianza y la adherencia al tratamiento en adultos desde la fase inicial de la terapia favorece al tratamiento. Esta alianza se define como "el grado en que la diada de la terapia se involucra en un trabajo colaborativo y con propósito" contemplando también el consenso entre pautar los objetivos, las tareas de la terapia y el vínculo emocional que se forma. Por lo tanto, debido al efecto positivo que tiene la alianza terapéutica en el tratamiento que cobra gran relevancia donde el profesional debe contar con la capacidad para poder facilitar este proceso es necesario que el mismo cuente con un bienestar tal que le permita estar atento y centrado en su labor ya que el agotamiento y una baja calidad de vida pueden afectar este proceso (Genise et al., 2024).

Por lo expuesto es claro que la relación terapéutica y las habilidades con las que cuente con las que se cuenten para poder establecerla son elementos claves en una mejora clínica del consultante. Sin embargo, los autores agregan que cada psicólogo según su paradigma va a destacar factores diferentes para establecer este vínculo como su afinidad al marco teórico, su manera de abordar el sufrimiento y sus capacidades comunicativas.

Otro factor importante en la relación terapéutica que puede verse afectada según el artículo de Psicología y Mente (Ángel, 2023) *La importancia del autocuidado del terapeuta. Una reflexión sobre la importancia de que los terapeutas cuiden su propia salud mental* es la empatía. Es considerada una competencia esencial dentro del repertorio del profesional que permite conectar de manera auténtica con las vivencias emocionales de los pacientes. Esta capacidad de percibir, comprender y resonar con las emociones ajenas no solo favorece la comunicación terapéutica, sino que también propicia un clima de confianza y de validación emocional. No obstante, teoriza el autor, puede generar un impacto emocional considerable si no es acompañada de estrategias adecuadas de autocuidado de parte del psicólogo.

El hecho de estar expuesto de forma continua al sufrimiento, las pérdidas y los conflictos internos de los consultantes, tal como se viene mencionando hasta el momento, puede resultar tanto emocional como cognitivamente exigente y/o desgastante para el terapeuta (Ángel, 2023).

Con el transcurso del tiempo de actividad laboral, esta exposición sostenida puede dar lugar a una sobrecarga afectiva, especialmente cuando no existen recursos personales o institucionales suficientes para procesar las experiencias a las que se ve expuesto. En ausencia de prácticas de autocuidado, la acumulación de esta carga emocional puede comprometer tanto el bienestar personal del profesional como la calidad del acompañamiento (Ángel, 2023).

Psicoterapia como factor de autocuidado para psicólogos

En línea con lo mencionado en el apartado anterior, Hernández (2021) teoriza que el psicólogo se encuentra expuesto constantemente en su trabajo con pacientes con diferentes motivos de consulta, es por esto que debe conocerse y resolver sus propios conflictos con el fin de llegar a una comprensión lo más completa posible y lograr un desempeño óptimo a la hora de realizar su intervención. En este sentido, el proceso personal resulta fundamental, la psicoterapia aplicada parte de tener la capacidad de conocerse desde lo intrapsíquico para aceptar las propias "neurosis", sin ser un trastorno neurótico propiamente dicho. El psicólogo al contar con la posibilidad de tener un espacio dirigido a profundizar en el proceso personal, ejercita la capacidad ética de comprender a sus pacientes y logra desempeñarse de forma más efectiva en la psicoterapia que ofrece (Hernández, 2021).

El mismo autor plantea que más allá de los diferentes marcos conceptuales que puedan tener los profesionales, los mismos coinciden en que el proceso de formación comporta un carácter de aprendizaje dinámico que pueda integrar la teoría, la técnica y la práctica contando con un espacio personal donde pueda analizarse. Es así como la formación del profesional es

vista como un proceso permanente a lo largo de la vida profesional y lo beneficia ampliando su escucha, creatividad y volviendo más eficientes sus intervenciones. Además, este espacio es necesario ya que todo psicólogo debe ser sensible a sus procesos internos y a los procesos de interacción durante la terapia, debe contar con la capacidad de analizar sus propias motivaciones y reacciones e impedir que influyan en la terapia ya que debe sostener una posición neutral y de escucha abierta.

Teniendo en cuenta la importancia de valorar que los profesionales tengan este espacio personal, algunos programas de formación para psicólogos contemplan la misma relevancia al respecto proponiendo en sus programas la posibilidad, e incluso la obligación, de que los profesionales en formación participen en procesos de terapia personal (Acuña, 2017).

No obstante, un aspecto relevante a considerar desde la perspectiva del último autor es el motivo que impulsa a cada terapeuta a buscar dicha experiencia porque las razones subyacentes pueden influir en sus beneficios. Idealmente los programas de formación deberían contar con la posibilidad de incorporar espacios u orientados al desarrollo personal con el propósito de favorecer el autoconocimiento, fortalecer las habilidades interpersonales que hacen al psicólogo y promover estrategias de afrontamiento del estrés.

En añadidura, Acuña (2017) resalta la importancia de que los psicólogos recurren a la ayuda de un colega o profesional especializado, especialmente en situaciones vinculadas al manejo de reacciones emocionales frente a ciertos pacientes, conflictos éticos o crisis personales.

Según el mismo autor, se considera de suma importancia para tener buenos resultados en la labor como psicólogo el contar con un buen ajuste psicológico, es decir tener una buena salud mental, una amplia experiencia vital que propicie la comprensión de sentimientos y vivencias de los pacientes para poder buscar soluciones en conjunto. De igual manera, se requiere que el

psicólogo tenga conocimiento de diversos contextos socioculturales estando al tanto de sus normas y valores que podrían influir en la vida del paciente, también se insiste en la importancia de contar con una buena formación teórica y práctica, contar con flexibilidad para adaptar sus métodos y técnicas al paciente de turno.

Acuña (2017) revela que el psicólogo debe contar con una calidad de vida tal que le permita tener la energía que requiere su empleo. El trabajo del psicólogo exige energía y persistencia ya que es una actividad emocional y cognitivamente agotadora, se requiere contar con una calidad de vida que le permita dormir las horas suficientes, alimentarse correctamente, tener sus necesidades básicas cubiertas y contar con buenas dosis de energía.

Usualmente, indica el mismo autor, aquellos psicólogos con una disposición más pasiva que activa y con poca energía suelen inspirar poca confianza y seguridad a sus consultantes. En línea con lo mencionado, alcanzar los logros de resultados en el proceso terapéutico requiere tiempo, por lo que se necesita paciencia y persistencia por parte tanto del profesional como de quien llega a la sesión (Acuña, 2017).

De igual manera, tanto la calidad de vida como el autocuidado propician que el psicólogo logre desarrollar las actitudes con las que debe contar como la escucha activa, autenticidad, aceptación, la capacidad de empatía, tener un buen manejo de la relación transferencial y contratransferencial.

Desde la perspectiva de Storr (1979), es meritorio que los psicólogos se sometan a la psicoterapia con el fin de que adquieran cierta facilidad para poder interferir de manera creativa en lo que los pacientes están experimentando. Es así como este espacio les proporciona la oportunidad de estar en contacto con el proceder de otro psicólogo viéndolo en acción, familiarizándose con las formas de intervenir y naturalizando este proceso. El mismo autor

concluye en que la responsabilidad del terapeuta respecto a su propia salud mental y autocuidado es fundamental ya que un terapeuta que tenga perturbaciones no sólo obstaculiza el progreso de su consultante, sino que también puede ser iatrogénico para éste.

Método

Diseño

El principal objetivo del Trabajo Final Integrador es conocer el nivel de calidad de vida y autocuidado que tienen los psicólogos clínicos argentinos de 25 a 75 años. Para esto se utilizará un diseño de investigación de tipo cuantitativo, de naturaleza transversal, descriptivo y no experimental. En palabras de Sampieri et al. (2014), un diseño transversal se basa en la recolección de datos en un momento determinado lo cual brinda la posibilidad de conocer cuál es el autocuidado y la calidad de vida que tienen en la actualidad dicha población.

Del mismo modo, es no experimental ya que no se manipulan deliberadamente las variables elegidas y es descriptivo ya que se recogen datos de manera independiente sobre las variables mencionadas sin la necesidad de establecer una relación entre las mismas (Hernández Sampieri et al., 2014).

Participantes

Como criterios de elegibilidad, se seleccionaron aquellos participantes que cumplieran los criterios de inclusión y de exclusión expuestos a continuación: Criterios de inclusión: psicólogos clínicos argentinos de 25 a 75 años que brindan terapia tanto de forma online como presencial en su consultorio, hospitales o fundaciones del ámbito clínico que ejerzan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los criterios de exclusión consistieron en psicólogos que sean de otras nacionalidades, que se dediquen al área laboral, educacional, forense o deportiva, que ejerzan en otros sectores

del país que no sea en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que no pertenezcan al ámbito clínico, que tengas menos de 25 años y más de 75 años y que no estén con matrícula nacional vigente.

Técnicas de recolección de datos

Para la presente investigación, luego de explicar el propósito de la investigación y otorgado el consentimiento de los 55 participantes, se realizó un cuestionario online de 36 preguntas enviado vía WhatsApp e Instagram, con el fin de analizar las variables elegidas.

Se ha utilizado la Escala de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP) Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos – EAP (Guerra, et. al., 2008; adaptación argentina Grill & Galarza, 2017): La misma fue desarrollada en el contexto chileno para después ser adaptada en Argentina por Grill y Galarza (2017) en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, dicha adaptación ha sido revisada y ratificada por parte de los autores originales. Los estudios de confiabilidad arrojaron un grado de consistencia interna aceptable ($\alpha = .79$). La escala es de administración con el objetivo de 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 con cuánta frecuencia realiza 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. En cuanto a sus características psicométricas, la EAP original cuenta con una consistencia interna satisfactoria de $\alpha = .79$, evidencias de adecuada validez convergente y validez discriminante (Guerra et. al., 2011).

Para medir calidad de vida se utilizó el WHOQOL-BREF, desarrollado por la OMS, evalúa la calidad de vida en contextos clínicos y educativos, permite identificar el nivel de satisfacción percibida en cuatro áreas clave: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno. La dimensión física evalúa aspectos como la energía, el dolor y la movilidad; la psicológica incluye la autoestima, el afecto positivo y la ausencia de estados negativos como la ansiedad o la depresión; la dimensión social contempla el apoyo percibido y la calidad de las relaciones interpersonales; y la dimensión ambiental considera factores como la seguridad, el acceso a servicios y la calidad del entorno de vida (WHOQOL Group, 1998).

Resultados

Para dar respuesta a los Objetivos Específicos 1 y 2, se analizaron los estadísticos descriptivos de las variables totales que respondieron los 55 participantes del cuestionario. La prueba de normalidad Shapiro-Wilk indicó una distribución normal para ambas variables ($p > .05$), por lo que se utilizaron la media y la desviación estándar para caracterizar la muestra.

Para responder los objetivos se debe tener en cuenta que hay 1.500 profesionales cada 100.000 habitantes en la capital y que a nivel nacional cerca del 85% de los psicólogos ejercen en el área clínica.

Dando respuesta al primer objetivo relacionado a los niveles de Calidad de Vida en psicólogos clínicos que ejercen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se observó una Media de $M=97.2$ ($DE=13.9$), con un puntaje mínimo de 65 y máximo de 125. Esto indica que en base a

que el test WHOQOL BREF no cuenta con puntos de corte oficiales se lo interpreta como una escala continua donde a mayor puntaje hay una mayor calidad de vida. Por lo tanto, el resultado obtenido demuestra que la población encuestada presenta un alto nivel de calidad de vida lo que concuerda con la primera hipótesis que indica que los psicólogos clínicos que ejercen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presentan niveles elevados de calidad de vida. Los resultados detallados se presentan en la tabla 1.

Tabla 1

Niveles de calidad de vida

<i>Media</i>	97.2
<i>Máximo</i>	125.0
<i>Mínimo</i>	65.0
<i>DE</i>	13.9

Nota: DE= Desviación Estandar.

Por otra parte, para dar respuesta al segundo objetivo acerca de conocer los niveles de Autocuidado en psicólogos clínicos que ejercen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se halló una Media de $M=29.1$ ($DE=4.65$), oscilando entre un mínimo de 18 y un máximo de 43 puntos. Este resultado fue contrastado con el punto medio teórico de la escala que es 24.5. Como la media es 29.1 se considera que el nivel de autocuidado de los psicólogos clínicos que ejercen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es moderado. Dichos hallazgos derriban la segunda teoría propuesta en el presente trabajo que indica

que los psicólogos clínicos que ejercen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presentan niveles bajos de autocuidado. Los resultados detallados se presentan en la tabla 2.

Tabla 2

Niveles de autocuidado

<i>Media</i>	29.1
<i>Máximo</i>	43.0
<i>Mínimo</i>	18.0

Para responder al tercer objetivo donde se busca determinar cuáles son las tres conductas de autocuidado más frecuentes en psicólogos clínicos que ejercen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se jerarquizaron las prácticas de autocuidado según su frecuencia media de ejecución. Las tres prácticas reportadas con mayor asiduidad por los psicólogos clínicos fueron:

1. La pregunta diez que indica asegurarse de que el espacio físico en el que trabaja como psicoterapeuta sea adecuado fue la conducta más frecuente ($M = 3.53$, $DE = 0.604$). El 58.2% de la muestra indicó realizarla “Muy frecuentemente”.
2. La pregunta seis acerca de participar en actividades recreativas fuera del trabajo se ubicó en segundo lugar ($M = 2.89$, $DE = 0.786$), mostrando un alto nivel de adherencia en el grupo estudiado. El 43.6% de la muestra indicó realizarla “Muy frecuentemente”.
3. La pregunta cuatro acerca de dialogar con sus colegas acerca de su experiencia profesional relacionada al trabajo clínico completa las tres principales, esta práctica obtuvo una media de $M = 2.87$ ($DE = 0.721$). El 52.7% de la muestra indicó realizarla “Muy frecuentemente”.

Cabe destacar que estas tres conductas superan la media teórica de la escala, indicando que son los pilares fundamentales del autocuidado en esta muestra." Los resultados detallados se presentan en la tabla 3.

Dichos resultados concuerdan, en parte, con la hipótesis número tres donde se indica que las prácticas de autocuidado con mayor frecuencia en esta población se relacionan a realizar actividades recreativas ya que se encuentra en una de las actividades con mayor puntaje.

Tabla 3

Tres conductas de autocuidado más frecuentes

	Pregunta 4	Pregunta 6	Pregunta 10
<i>Media</i>	2.87	2.89	3.53
<i>DE</i>	0.721	0.786	0.604

Nota: DE = Desviación Estandar

Para cumplir con el objetivo cuatro que busca identificar actividades de autocuidado complementarias teniendo en cuenta la percepción sobre el rol de la terapia, la capacitación y la remuneración en el autocuidado en la muestra estudiada, se categorizaron las respuestas obtenidas. A continuación, se presentan las preguntas con las respuestas categorizadas y sus porcentajes:

Para la pregunta "Si realiza otras actividades de autocuidado, ¿Cuáles son?" se categorizaron en "No realiza otras actividades" alcanzó un 72.2%, "Mejorar hábitos" alcanzó el 5.5% con respuestas como "Realizo actividades de autocuidado sin embargo quisiera ampliar buenos hábitos", la categoría Hobbies alcanzó un 7.3% con respuestas como "Tengo hobbies,

como forma de autocuidado”. La siguiente categoría es asignada para esta pregunta es Terapia que alcanzó un 3.6% con respuestas como “Psicoterapia, psicoanálisis, psiquiatría”. La última categoría de esta pregunta es Meditación que alcanzó un porcentaje de 10.9% con respuestas como “Momentos de autocuidado relacionados con el silencio, el trabajo de introspección, reflexión y meditación”. Los resultados detallados se presentan en la tabla 5.

En la pregunta “¿Considera que realizar terapia psicológica es una conducta de autocuidado? Justifique” el 65.5% indicó que hacer terapia psicológica es una conducta de autocuidado sin agregar una justificación. El 5.5% indicó que es una conducta de autocuidado porque se sentían acompañados justificándolo con respuestas como: “Si, creo importante como terapeuta y persona tener un espacio de escucha y acompañamiento bajo modelos o terapias basadas en evidencia”. El 12.7% lo considera una conducta de autocuidado porque les brinda una herramienta, y el 12.7% considera que hacer terapia psicológica es una conducta de autocuidado por contribuir a la salud mental justificándolo con respuestas como: “Si, es parte del cuidar la salud mental”. Por último, el 3.6% lo considera una actividad de autocuidado ya que les brinda autoconocimiento justificándolo con respuestas como: “Sí, sin dudas la Psicoterapia tiene que ver con el autocuidado, autoconocimiento y autoestima”. Los resultados detallados se presentan en la tabla 6.

Para la interrogante “¿Considera que perfeccionarse como psicoterapeuta es una conducta de autocuidado? Justifique” el 5.5% contestó que no lo consideran parte del autocuidado justificándolo con respuestas como: “No, es una actividad profesional”. El 58.2% considera que sí es una conducta de autocuidado sin brindar ninguna justificación.

En cuanto a las respuestas con justificación, el 18.2% considera que es una conducta de autocuidado debido a que sirve para actualizarse como profesional justificándolo con respuestas

como: “El perfeccionamiento y actualización es fundamental tanto como la supervisión para un buen ejercicio profesional”. El 5.5% considera que es una conducta de autocuidado por crecimiento personal justificándolo con respuestas como: “Si, adquirir conocimientos considero que es enriquecedor para uno mismo y también te permite brindar un buen servicio a los consultantes”. La última categoría generada para esta respuesta fue “Ética” con un 12.7% justificándolo con respuestas como: “Si. La formación continua en este aspecto ayuda mucho a que podamos llevar adelante nuestro rol con respeto, ética y basándonos en evidencia”. Los resultados detallados se presentan en la tabla 7.

En la pregunta “¿Considera que recibir una remuneración adecuada es una conducta de autocuidado? Justifique” el 3.6% respondió que no mientras que el 67.3% de los encuestados respondió que sí sin una justificación. El 20.0% respondió que sí es una conducta de autocuidado debido a una valía personal justificándolo con respuestas como: “Sí, trabajar la autovaloración para poder poner un valor al servicio que se brinda” y “Sí, sin dudas. Ya que es valorar tanto nuestro tiempo, como nuestros conocimientos”. Por último, el 9.1% de la muestra respondió que sí por salud mental justificándolo con respuestas como: “Si. vivir de forma adecuada, libera de estrés”. Los resultados detallados se presentan en la tabla 8.

Tabla 5

Actividades de autocuidado complementarias

Si realiza	Recuentos	% del Total
otras actividades de autocuidado, ¿Cuáles son?		

<i>No realiza otras actividades</i>	40	72.7%
<i>Mejorar hábitos</i>	3	5.5%
<i>Hobbies</i>	4	7.3%
<i>Terapia</i>	2	3.6%
<i>Meditación</i>	6	10.9%

Tabla 6

Terapia como conducta de autocuidado

Terapia como conducta de autocuidado	Recuentos	% del Total	% Acumulado
<i>Si, considero que forma parte del autocuidado.</i>	36	65.5%	65.5%
<i>Si, es una conducta de autocuidado porque te sentís</i>	3	5.5%	70.9%

acompañado.

<i>Si, es una</i>	7	12.7%	83.6%
-------------------	---	-------	-------

conducta de

autocuidado porque

te brinda una

herramienta.

<i>Si, es una</i>	7	12.7%	96.4%
-------------------	---	-------	-------

conducta de

autocuidado porque

aporta en tu salud

mental

<i>Si, es una</i>	2	3.6%	100.0%
-------------------	---	------	--------

conducta de

autocuidado porque

te brinda

autoconocimiento.

Tabla 7

Perfeccionarse como terapeuta

Perfeccionars	Recuentos	% del Total	%
e			Acumulado

<i>No</i>	3	5.5%	5.5%
<i>Si</i>	32	58.2%	63.6%
<i>Si, para actualizarse.</i>	10	18.2%	81.8%
<i>Si, por crecimiento personal.</i>	3	5.5%	87.3%
<i>Si, por ética.</i>	7	12.7%	100.0%

Tabla 8

Remuneración

<i>Remuneración adecuada</i>	Recuentos	% del total	% Acumulado
<i>No</i>	2	3.6%	3.6%
<i>Si</i>	37	67.3%	70.9%
<i>Si, por valía personal.</i>	11	20.0%	90.9%
<i>Si, por salud mental.</i>	5	9.1%	100.0%

Por último, para identificar las dimensiones de calidad de vida con mayor y menor puntaje respondiendo al objetivo cinco, se compararon las medias de los cuatro dominios que componen el instrumento (Físico, social, psicológico y ambiental) y se observó que la dimensión mejor valorada por los psicólogos fue el dominio físico ($M = 71.8$, $DE = 16.3$).

Por el contrario, la dimensión con menor puntaje fue el dominio ambiente ($M = 65.7$, $DE = 14.1$), mostrando que, si bien la calidad de vida es buena en general, el entorno es el área de mayor vulnerabilidad. Los datos obtenidos derriban la hipótesis de que el dominio psicológico presenta los puntajes más elevados, mientras que el dominio físico presenta los puntajes más bajos en psicólogos clínicos que ejercen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ya que el dominio mejor puntuado fue el dominio físico y el menor puntuado fue el dominio ambiente. Los resultados detallados se presentan en la tabla 9.

Tabla 9

Dominios calidad de vida

	D Físico	D Social	D Psi	D Amb
<i>Media</i>	71.8	68.8	68.5	65.7
<i>DE</i>	16.3	20.7	13.9	14.1

Nota: DE = Desviación Estandar

Discusión

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general medir los niveles de calidad de vida y autocuidado de los psicólogos clínicos que ejercen en la Ciudad Autónoma de

Buenos Aires. A partir de los resultados obtenidos fue posible establecer un diálogo entre los hallazgos empíricos de la muestra y los antecedentes teóricos presentados en el apartado del estado del arte.

Resulta pertinente comenzar por la primera investigación citada en el estado del arte realizada por Pérez Salas y Montiel (2022) en Venezuela, quienes indican que su muestra tiene un uso frecuente de estrategias de autocuidado aunque con una relación negativa, baja y poco significativa en psicólogos. Estos hallazgos contrastan con los resultados obtenidos en esta investigación los cuales indican que el nivel de autocuidado de los psicólogos clínicos es moderado. No solo se observa una falta de coincidencia sino que también, los resultados obtenidos permiten refutar la hipótesis de que los psicólogos clínicos que ejercen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presentan niveles bajos de autocuidado. No obstante, se coincide con las conclusiones de la investigación realizada en Venezuela ya que la misma menciona que dichos profesionales se encuentran comprometidos con su bienestar integral.

El mismo compromiso se vio reflejado en las respuestas a desarrollar del instrumento Escala de Autocuidado para Psicólogos Clínicos donde a la hora de informar sobre actividades no mencionadas los profesionales indicaron preocuparse por su bienestar realizando actividades variadas como artísticas, prácticas deportivas, meditación y regular sus consumos.

Desde una perspectiva comparativa, es posible contrastar los resultados del presente estudio con los de Yoca (2022) en Argentina quien arribó a que los psicólogos clínicos le dedican mayor tiempo a realizar terapia psicológica, perfeccionarse como psicólogo y obtener una remuneración adecuada mientras que en el presente trabajo las conductas de autocuidado mayor

puntuadas fueron dialogar con colegas, asegurarse de que su espacio de trabajo sea adecuado y realizar actividades recreativas.

Sin embargo, es posible señalar una coincidencia dado que en la investigación de Yocca (2022) se indica que la muestra expuso conductas de autocuidado que giran en torno a realizar actividades del cuidado físico, mantener contacto con los vínculos afectivos, tareas de recreación y sostener prácticas espirituales. Los mismos hallazgos tuvo el presente trabajo ya que a la hora de describir actividades no mencionadas en el cuestionario, la muestra señaló su preferencia por nutrirse de forma interna mediante prácticas meditativas o teniendo contacto con lo espiritual, así como también se mencionó la consulta con nutricionistas y dermatólogos dando lugar al cuidado físico e interno.

Hasta aquí queda asentado que las conductas de autocuidado más frecuentes pueden variar, sin embargo es contundente el hecho de que el autocuidado ya no está relegado a un ámbito personal tomando distancia del área profesional como antiguamente sucedía, hubo un notorio cambio de paradigma donde el bienestar del profesional no queda en un segundo plano sino que se hizo imprescindible que el autocuidado adquiriera protagonismo dentro de las prácticas laborales volviéndose una competencia profesional fundamental (Barnett et al., 2007).

En sintonía con las conductas de autocuidado realizadas con mayor frecuencia que presenta esta investigación y la de Yocca (2022), aparece la investigación de Sánchez (2025) en México quien arribó a que las prácticas frecuentemente realizadas por los psicólogos giran en torno a procurar su vida social, mantener el ejercicio físico y contactar con su espiritualidad como también asistir a un proceso de psicoterapia personal.

Para continuar con la discusión se trae a colación el trabajo realizado por Ortiz et al., (2023) en Asunción donde resultados demostraron que los psicólogos clínicos reconocen la importancia del autocuidado y tienden a practicarlo con cierta frecuencia esto concuerda con los resultados obtenidos en el segundo objetivo del presente trabajo donde se indica que el autocuidado de los psicólogos clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es moderado y con el objetivo tres donde aparece una notable frecuencia en las conductas de autocuidado.

Es atinado señalar que Gimenez y Castañares (2024) obtuvieron evidencia empírica compatible con el presente trabajo ya que los mismos reportaron que los psicólogos que ejercen en Mar del Plata presentan una actitud favorable hacia el autocuidado, reconociendo los riesgos de su labor y la necesidad de adoptar estrategias para mitigarlos practicando con frecuencia conductas de autocuidado. Por su parte, en las distintas justificaciones que se obtuvieron en la Escala de Autocuidado para Psicólogos Clínicos, la muestra indicó que era sumamente relevante cuidarse del estrés laboral llevando a cabo conductas de forma frecuente que protejan tanto su salud mental como su práctica laboral. Por ejemplo, una de las respuestas más representativas fue: “Considero que realizar una terapia psicológica es una conducta de autocuidado porque ayuda a mi salud mental, laboral y al afrontamiento del día a día” y “Considero que es importante mantener prácticas de autocuidado como ir a terapia, dado que resolver situaciones personales garantiza una escucha e intervención profesional, desligada de cuestiones propias que se pueden poner en juego. En este sentido, si la orientación del psicólogo es psicoanalítica, es de suma importancia haber experimentado un análisis propio. Sin embargo, y por fuera de ello, mucho depende de la orientación que adopte el profesional en la clínica y de las necesidades subjetivas que tenga”.

Como se ha mencionado hasta el momento, los psicólogos de las distintas investigaciones coinciden en que es importante mantener un espacio psicoterapéutico para cuidar su salud mental y su eficiencia laboral. Esto mismo menciona Hernández (2021) quien tiene en cuenta que el psicólogo se desempeña en relación a pacientes con diferentes motivos de consulta, por lo que resulta relevante que el profesional llegue a desempeñarse con cierto conocimiento de sí mismo logrando resolver sus propios conflictos con el fin de llegar a una comprensión lo más completa posible. Tal objetivo, según el autor, se alinea con la posibilidad de lograr un desempeño óptimo a la hora realizar su intervención. Por ende, el proceso personal en un espacio de escucha terapéutica es fundamental, el profesional debe desarrollar la capacidad de conocerse desde lo intrapsíquico para aceptar las propias "neurosis" sin que intervengan en el análisis con sus consultantes.

En resumen, el profesional, al tener un espacio dirigido a profundizar en el proceso personal, está promoviendo el fortalecimiento de su capacidad ética para comprender a sus pacientes y contribuye a un desempeño eficaz (Hernández, 2021).

Los datos contrastados de la última investigación aquí redactada se asemejan, a pesar del cambio de época, con los datos obtenidos por Moreno et al., (2025) en el contexto del COVID-19 teniendo una muestra de psicólogos iberoamericanos donde se concluyó principalmente en que el autocuidado es una conducta beneficiosa para alcanzar un bienestar en sus vidas de forma cotidiana, útil para no desgastarse laboralmente y un protector ante el malestar.

La teoría existente al respecto avala los datos obtenidos ya que indica que el autocuidado actúa como un factor protector frente a los efectos de jornadas laborales extenuantes resultando favorecedor tanto para la calidad de vida como para contrarrestar los resultados negativos que

pueda tener esta labor profesional donde los temas a tratar suelen estar marcados por dolor, sensibilidad, duelo y de crisis de forma reiterada (Richards et al., 2010).

En consonancia con lo expuesto, se considera que el autocuidado busca potenciar los aspectos más saludables del individuo constituyendo así un factor de protección que contribuye a su vez a transformar la calidad de vida de los profesionales volviéndola más saludable y promoviendo efectos positivos en el espacio de trabajo (Prado-Solar et al., 2014).

En el caso de Benítez y Franco (2025) dieron cuenta de que los psicólogos de Paraguay presentan niveles moderados de calidad de vida en dimensiones como salud psicológica y relaciones sociales lo que contrasta con los resultados obtenidos en la muestra de este trabajo ya que presentaron altos niveles de calidad de vida. Por otra parte, dichos investigadores evidenciaron una frecuencia media en la aplicación de estrategias de autocuidado personal y profesional. En este punto se puede decir que muestra cierta compatibilidad con la muestra aquí estudiada ya que presentan niveles moderados de autocuidado.

Cabe destacar que la similitud más llamativa entre estas dos investigaciones es que ambas muestras reconocen que el autocuidado no solo comporta una tarea personal, sino que también debe entenderse como una responsabilidad que las instituciones formadoras deben asumir y replicarse en el ámbito laboral. En este sentido, los encuestados respondieron que el psicólogo debe seguir perfeccionándose académicamente y mantener conductas de autocuidado ya que no solo lo consideran como una obligación moral, sino que también brinda seguridad y capacidad de desempeño.

Adicionalmente en la investigación de Benítez y Franco (2025) los psicólogos consultados plantearon la necesidad de realizar investigaciones donde tome relevancia la carga

laboral. Es posible contrastar este resultado con las respuestas brindadas en el presente estudio donde los psicólogos señalaron que tanto la carga horaria como la remuneración pueden ser contraproducentes para el profesional. Una de las respuestas obtenidas en la pregunta ¿Considera que recibir una remuneración salarial adecuada es parte de una conducta de autocuidado? indicó que recibirla sería ideal pero no es algo que suceda asiduamente ya que los centros de atención donde se desempeñan suelen quedarse con un gran porcentaje del sueldo del profesional.

Conclusión

El presente trabajo permitió conocer los niveles de autocuidado y calidad de vida que tienen los psicólogos clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En base al contenido analizado, se concluye en que hay tanto coincidencias como diversidad en las conductas. En los resultados de esta investigación se expresa una concepción igualitaria de la importancia del autocuidado y de la necesidad de mantener una calidad de vida con altos niveles ya que esto beneficia ampliamente su práctica laboral. Por otro lado, hay diversidad en las conductas en las que practican su autocuidado siendo el cuidado del espacio laboral, las actividades recreativas, la psicoterapia personal, la espiritualidad y la salud física las que más se realizan. La evidencia obtenida refuta la hipótesis de bajos niveles de autocuidado y pone de manifiesto un compromiso sostenido de los profesionales con su bienestar integral, tanto a nivel personal como profesional. Además, se concluye en que los hallazgos dialogan consistentemente con la literatura revisada dando como resultado un cambio de paradigma donde el autocuidado deja de concebirse como una responsabilidad exclusivamente personal del espacio íntimo y pasa a adquirir un rol central como competencia profesional y como un factor protector.

Para concluir es posible decir que los datos obtenidos refuerzan la importancia de considerar la carga horaria, la remuneración y el rol que tienen las instituciones para formar a los profesionales en estas variables destacando la importancia de generar entornos laborales y formativos que promuevan el bienestar.

Aportes y Contribuciones de la Investigación

La investigación aquí realizada sobre la Calidad de vida y el autocuidado de los psicólogos clínicos de la Ciudad autónoma de Buenos Aires brinda un aporte significativo al campo de la psicología clínica en un contexto local que cuenta con investigaciones científicas limitadas en relación a las variables estudiadas, proporcionando evidencia empírica actualizada sobre la muestra. En esta línea, la producción contribuye a reducir vacíos en la literatura nacional permitiendo una caracterización específica de esta población profesional.

Asimismo, contribuye a identificar las conductas de autocuidado más frecuentes permitiendo visibilizar el autocuidado como una práctica integrada a la actividad clínica cotidiana y no solo como una dimensión personal. A su vez, refuerza la noción del Autocuidado como una competencia profesional y un factor protector con implicancias en la calidad de vida del psicólogo clínico.

Finalmente, el estudio proporciona fundamentos empíricos que pueden contribuir a la hora de realizar intervenciones preventivas y políticas institucionales que deseen formar al profesional de forma integral dándole relevancia en el plan de estudios a dichas variables.

Limitaciones de la Investigación

En cuanto a las limitaciones de la investigación se debe señalar que la muestra está compuesta por 55 participantes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico que resulta limitado en términos de representatividad poblacional lo que restringe la posibilidad de generalizar los resultados en la totalidad de los psicólogos clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. De todos modos resulta necesario aclarar que, si bien no es una muestra generalizable, es un estudio exploratorio valioso debido a la escasez de datos locales.

Por otro lado, los datos han sido recolectados mediante instrumentos autoadministrables lo que implica que puede haber un sesgo de percepción subjetiva. Del mismo modo al haber optado por un diseño transversal, el cual se realiza en un único momento temporal, no es posible establecer relaciones de causalidad, observar cómo evolucionan los niveles de calidad de vida a lo largo de la trayectoria del profesional ni dar cuenta de los posibles cambios en las conductas de autocuidado que eligen los profesionales en el recorrido de sus vidas.

Por último, se encuentra limitante que el instrumento de calidad de vida WHOQOL-BREF, si bien está ampliamente validado, no cuenta con puntos de corte específicos haciendo que los resultados deban ser interpretados de manera comparativa pudiendo dificultar la clasificación categórica de los niveles de vida.

Líneas de Investigación Futuras

A partir de lo desarrollado, se considera interesante replicar la investigación con fines comparativos en distintas provincias del país donde tomaría relevancia el contexto, la carga horaria, el ambiente y la remuneración para saber si estos factores influyen en la calidad de vida y el autocuidado en el territorio nacional analizando las diversidades de los hallazgos.

Ya que las investigaciones y la teoría existente coinciden en la relevancia de incorporar estas variables en la formación profesional, es posible plantear líneas de investigación donde se evalúen las variables en profesionales que tuvieron formación en estos constructos con los que no la tuvieron.

Con el objetivo de poder profundizar en los resultados obtenidos, se sugiere realizar estudios longitudinales en el que se lleve a cabo un seguimiento de los profesionales que respondieron el cuestionario para evaluar si varían sus conductas de autocuidado y sus niveles de calidad de vida en su trayecto profesional. Adicionalmente, se propone la posibilidad de examinar estos resultados comparando cómo son al momento de estar desempeñándose como psicólogos clínicos con la etapa posterior a la jubilación a fin de explorar los cambios vinculados al abandono de la actividad laboral y las posibles modificaciones tanto en sus niveles de calidad de vida como en las conductas de autocuidado que deciden adoptar en esta nueva etapa.

Propuestas de Intervención

En función de los resultados obtenidos, se proponen acciones institucionales para incorporar a la currícula nociones de autocuidado donde la cátedra apunte a una formación integral del profesional fomentando su cuidado personal con repercusiones en su labor profesional como también en su calidad de vida. Esto se debe a que en la literatura mencionada y en las investigaciones elegidas para el estado del arte se menciona la necesidad de incorporar estos constructos creando espacios curriculares o extracurriculares que estén orientados a aspectos prácticos para poder desarrollar y mantener el cuidado del profesional.

Por otra parte, a raíz de lo respondido en las preguntas a desarrollar de los instrumentos elegidos, se propone la actualización de los instrumentos de recolección de datos incorporando factores como si el profesional toma algún tipo de fármaco de forma habitual. Esto enriquecería

los resultados e incorporaría un aspecto fundamental en la vida cotidiana del profesional que puede intervenir en sus niveles de calidad de vida y en el autocuidado si requiere cierta medicación.

Adicionalmente se proponen realizar mejoras sobre el entorno de trabajo en CABA dado que el dominio ambiente ha sido el de menor puntaje.

Para finalizar, acorde al cambio de paradigma que se menciona en la presente investigación, se considera pertinente incorporar un programa de supervisión profesional enfocándose en el autocuidado con el fin de que funcione como una herramienta de apoyo social con colegas. Este dispositivo permitiría a los profesionales compartir y transitar de manera comunitaria las crisis actuales, las limitaciones que perciben en su ejercicio clínico y las dificultades vinculadas al autocuidado. De modo preventivo, se propiciaría la construcción de redes de sostén profesional, se podría prevenir el desgaste profesional como también generar un espacio donde se puedan explorar nuevas formas de autocuidado que tengan un impacto positivo en su calidad de vida y labor profesional.

Referencias

- Acuña Bermúdez, E. A. (2017). La psicoterapia: un momento oportuno para los psicólogos clínicos. *Psicología desde el Caribe*, 34(3), 230-241.
- Allen, J. (2018). *The psychology of happiness in the modern world*. Springer.
- Álvarez, E. O., Cárdenas, M. D. J. N., Martínez, C. M. G., Gauto, L. D. J., Álvarez, E., Mendoza, A. C. S., ... & Salas, A. B. D. (2023). Autocuidado y su relación con factores sociolaborales en Psicólogos Clínicos: Un Estudio sobre Prácticas de Bienestar Profesional. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(5), 1417-1436.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164.
- Araya-Véliz, C., & Jalife, B. P. (2017). *Habilidades del terapeuta y mindfulness*. *Revista argentina de clínica psicológica*, 26(2), 232-240.
- Barriga, V., Rosemberg, N., & Uribe, P. (2008). *Autocuidado y equipos de salud*. *Salud pública y salud familiar*.
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoene G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38 (6), 603 – 612.

<https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.603>

Benitez Escobar, J. L., & Franco, C. (2025). *Calidad De Vida y Estrategias de Autocuidado en Psicólogos en Formación Clínica. Revista Científica De La Facultad De Filosofía*, 21(1).

<https://doi.org/10.57201/rcff.v21ej1.9>

Bonicatto S, Soria JJ. WHOQOL. *Los instrumentos de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud: manual del usuario*. La Plata: CATA, 1998.

Capuccino, C. (2013). *Happiness and Aristotle's Definition of Eudaimonia. Philosophical Topics*, 41(1), 1-26. <https://www.jstor.org/stable/43932746>

Chaturvedi, S. K. (1991). *What is important for quality of life to Indians in relation to cancer?* *Social Science and Medicine*, 33, 91-94.

Chekola, M. (2014). Utilitarianism. In: Michalos, A.C. (eds) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer.

Cervantes Ochoa, J., González Arzola, J. F., Galván Rocha, A. G., Chávez Solís, E. G., Moreno Pulido, M. E., Caudillo Ortega, L., & Rodríguez Espinoza, A. F. (2024). Salud mental y autocuidado en el personal paramédico prehospitalario. *JÓVENES EN LA CIENCIA*, 28, 1-8. <https://doi.org/10.15174/jc.2024.4520>

Congost-Maestre, N. (2018). La traducción de la escala de calidad de vida de la OMS: el cuestionario WHOQOL-BREF.

Corbella, S & Botella, L. (2003) *La Alianza Terapéutica: Historia, investigación y evolución. Revista Anales de la Psicología*, 2,2 (19),205-221.

Delle Fave, A. (2014). *Eudaimonic and Hedonic Happiness*. In: Michalos, A.C. (eds) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer.

- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *95*, 542- 575.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring Quality of Life: Economic, Social, and Subjective Indicators. *Social Indicators Research* *40*, 189–216.
<https://www.jstor.org/stable/27522973>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*(2), 276–302
- Diener, E. & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*(5), 926–935. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.5.926>
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2018). Advances and Open Questions in the Science of Subjective Well-Being. *Collabra: Psychology*, *4*(1): 15.
<https://doi.org/10.1525/collabra.115>
- Ergi G. *La rehabilitación en salud mental con base en la comunidad en Libro de la OMS*. Washington: OPS, OMS; 1998.
- Estes, R. J. (2017). The Search for Well-Being: From Ancient to Modern Times. In: Estes, R., & Sirgy, M. (eds) *The Pursuit of Human Well-Being. International Handbooks of Qualityof-Life*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-39101-4_1
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A.). (1999). *Código de Ética*.
- Flores Alanis, B. G., Garza Sánchez, R. I., & Granados Udave, G. de J. (2024). Impacto en el bienestar psicológico de profesionales en salud mental derivado del trabajo clínico. *Políticas Sociales Sectoriales*, *2*(2), 396–412. Recuperado a partir de <https://politicassociales.uanl.mx/index.php/pss/article/view/100>

- García, K. P. V., Tovar, J. G., Montaña, A. H., & Loyo, L. M. S. (2021). Regulación emocional, autocuidado y burnout en psicólogos clínicos ante el trabajo en casa por confinamiento debido al COVID-19. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 10(1), 6430-6430.
- Genise, G., Genise, N., Aparicio, D., Scherb, E., Kerman, B., Macías, J., Camargo Reyes, J. D., González Lizola, J. M., Valenzuela Hernández, M., Noci Capitán, A. M., Fabris, V. H., Gómez, M., Ortiz, S., Bermúdez, J. C., Durao, M., Sánchez Olid, J. M., & Losada, A. V. (2024). *Manual de psicoterapia cognitiva y conductual*. Ediciones Psara.
- Gimenez, Adrián, López Soledad & Castañares, Claudia en Argentina (2024). *CONDUCTAS DE AUTOCAUIDADO Y ESTRÉS AUTOPECIBIDO EN PSICÓLOGOS CLÍNICOS* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Mar del Plata).
- Gómez, E. (2009). Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, 6(9), 4.
- Grill, S. S., y Galarza, A. L. (2017). Adaptación y validación de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos EAP. Universidad Nacional de Mar del Plata. 72
- Guerra Vio C., Mujica, A., Nahmias, A. y Rojas, N. (2011). Análisis psicométrico de la Escala de Conductas Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(2), p. 319-228.
- Góleman, D. (2003). *Emociones destructivas: un diálogo científico con el Dalai-Lama*. Buenos Aires: Vergara.
- Hanh, T.n. (1976). *The miracle of mindfulness: a manual of meditation*. Boston: Beacon press.

- Hernández Rico, J. A. (2021). *El bienestar psicológico y autocuidado en el psicólogo: propuesta de formación complementaria para los estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza*.
- Justin, M., Haroon, Z., & Asad Khan, M. (2023). Hardiness, Coping Strategies and Professional Quality of life among practicing Clinical Psychologists. *Academic Journal of Social Sciences (AJSS)*, 7(1), 124-136. Retrieved from <https://ojs.lgu.edu.pk/ajss/article/view/1904>
- Land, K. (2017). Quality-of-Life/Social Indicators Research. In: K. Korgen (ed.) *The Cambridge Handbook of Sociology: Specialty and Interdisciplinary Studies*. 105-118. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316418369>
- Lawson, G., & Venart, B. (2005). Preventing counselor impairment: Vulnerability, wellness, and resilience. In G. R. Walz & R. K. Yep (Eds.), *Vistas: Compelling perspectives on counseling* (pp. 243 – 246). American Counseling Association.
- Levy, L., y Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*.
- Louzecky, D. (2022). *Happiness and the Good Life*. *Think*, 21(60), 21-31. <https://doi.org/10.1017/S1477175621000300>
- Maslow, A. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Michalos, A.C. & Weijers, D. (2017). *Western Historical Traditions of Well-Being*. In: Estes, R., Sirgy, M. (eds) *The Pursuit of Human Well-Being. International Handbooks of Qualityof-Life*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-39101-4_2
- Myers, S. B., Sweeney, A. C., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A., & Fingerhut, R. (2012). Self-care practices and perceived stress levels among psychology graduate students.

Training and Education in Professional Psychology, 6 (1), 55–66.

<https://doi.org/10.1037/a002653>

Norcross, J. C., & Guy, J. D. (2007). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care*. Guilford Press.

Pakenham, K. I., & Stafford-Brown, J. (2012). Stress in clinical psychology trainees: Current research status and future directions. *Australian Psychologist*, 47, 147–155.

Payne, M. (2021). *Modern Social Work Theory (5th Edition)*. Oxford University Press.

Prado-Solar, L. A., González-Reguera, M., Paz-Gómez, N., y Romero-Borges, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845.

Psicología y Mente. (Ángel 2023, 20 diciembre). *La importancia del autocuidado del terapeuta: Una reflexión sobre la importancia de que los terapeutas cuiden su propia salud mental*.

Rodríguez, M. J., & Arias, S. (2013). Autocuidado en terapeutas: estableciendo un buen vínculo con pacientes considerados difíciles. *Revista Sul Americana de Psicología*, 1(2), 216-234.

Rodriguez de Behrends, M., Trovero, A., & Eidman, L. (2023). Análisis de las propiedades psicométricas de la Escala de Autocuidado para Argentina. *Ciencias Psicológicas*, 17(1).

Sajjad, A., & Imran, H. (2024). Self-Care and Professional Quality of Life Among Practicing Psychologists. *The Regional Tribune*, 3(1), 236-245.

[https://doi.org/10.63062/trt/V24\(CP\).040](https://doi.org/10.63062/trt/V24(CP).040)

Salas, A. G. P., & Gavidia, M. F. M (2022). *Desgaste-Satisfacción y Autocuidado en psicoterapeutas*. Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.

- Sánchez-PérezGómez, J. (2025). *Autocuidado en psicoterapeutas de la Zona Metropolitana de Guadalajara*. Trabajo de obtención de grado, Maestría en Psicoterapia. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. d. y Williams, J. M. G. (2002/2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Sirgy, M. J., Efraty, D., Siegel, P. & Lee, D-J. (2001). A New Measure of Quality of Work Life (QWL) Based on Need Satisfaction and Spillover Theories. *Social Indicators Research*, 55, 241–302. Springer. <https://doi.org/10.1023/A:1010986923468>
- Sirgy, M. J. (2020). The Theory of Positive Balance in Brief. In: Positive Balance. *Social Indicators Research Series*, 80, 1-24. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-40289-1_1
- Sirgy, M. J. (2021). Integrative Models of Wellbeing. In: The Psychology of Quality of Life. *Social Indicators Research Series*, 83, 681-710. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-71888-6_29
- Storr, A. (1979). *The art of psychotherapy*. Nueva York: Methuen.
- Szalai, A. (1980). *The meaning of comparative research on the quality of life*. En: A Szalai, & F. M. Andrews (Eds.), *The quality of life. Comparative studies*. London: Sage
- Vázquez, R. M. G., Gabriel, I. G., & Vera, N. A. (2021). *Desgaste profesional, calidad de vida y autocuidado en médicos residentes de la unidad médico familiar no. 57*.

- Vidal-Blanco, G., Oliver, A., Galiana, L., & Sansó, N. (2019). Calidad de vida laboral y autocuidado en enfermeras asistenciales con alta demanda emocional. *Enfermería clínica*, 29(3), 186-194.
- Vittersø, J. (2016). The Feeling of Excellent Functioning: Hedonic and Eudaimonic Emotions. In: Vittersø, J. (eds) Handbook of Eudaimonic Well-Being. *International Handbooks of Quality-of-Life*. 253-276. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-42445-3_17
- Yocca, A. (2022) *Conductas de autocuidado en psicólogos clínicos*. Santiago del Estero; Argentina.

Anexos

Anexo 1. Formulario de Consentimiento Informado

Calidad de vida y Autocuidado en psicólogos clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Hola! Mi nombre es Micaela López y soy estudiante de la licenciatura en Psicología en la Universidad de Flores, me encuentro realizando mi trabajo final integrador con el objetivo de conocer cuál es la calidad de vida y el autocuidado en psicólogos clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Para comenzar con la encuesta por favor leer atentamente y responder el siguiente consentimiento informado:

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología UFLO Universidad desean conocer mis conductas de autocuidado y mi calidad de vida como psicólogo/a clínico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer e indagar sobre las variables mencionadas. Mi participación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregan a continuación.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente cuestionario.

Se me ha dicho que mis datos personales y mis respuestas serán confidenciales y sólo de conocimiento para el quipo de investigación resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento. Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicaciones en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar del mismo, puedo contactar a la Secretaria de Investigación y desarrollo de UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar

El estudio está dirigido a psicólogos/as clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de entre 25 a 75 años que cuenten con al menos un año de ejercicio profesional. La encuesta está compuesta por dos cuestionarios complementarios con una duración aproximada de 10 a 15 minutos.

Tu aporte es fundamental para el proceso de investigación. ¡Muchas gracias por su colaboración!

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación. *

- Si
- No

Anexo 2. Escala de conductas de autocuidado en psicólogos clínicos.

Las **CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO** son un conjunto de competencias que favorecen la promoción de la salud, el bienestar emocional y la calidad de vida, y facilitan la detección, afrontamiento y resolución de las condiciones de desgaste asociadas al ejercicio profesional.

A continuación se presentan preguntas sobre su trabajo y sus actividades extralaborales referidas a posibles conductas de autocuidado. Responda a cada una marcando la alternativa que mejor refleje su situación general.

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1) ¿Realiza actividades relacionadas con su profesión, pero diferentes a la atención clínica de pacientes? (p.e. actividades en el ámbito laboral, jurídico educativo)					
2) ¿Supervisa sus casos clínicos?					
3) ¿Su ambiente laboral es un espacio relajado que da lugar al sentido del humor?					
4) ¿Dialoga con sus colegas acerca de su experiencia personal relacionada con el trabajo clínico?					
5) ¿Participa en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo?					
6) ¿Participa en actividades recreativas fuera del trabajo (p.e. familia, amigos, solo, etc.)?					
7) ¿Realiza ejercicio físico?					

Escala de conductas de Autocuidado – EAP – Adaptación Argentina

8) ¿Participa en actividades de crecimiento espiritual (religión, meditación, etc.)?					
9) ¿Mantiene una alimentación saludable?					
10) ¿Se asegura que el espacio físico en el que trabaja como psicoterapeuta sea adecuado (cómodo, tranquilo, privado, etc.)?					

¿Realiza alguna actividad que no fue mencionada anteriormente dirigida al autocuidado personal? SI NO
¿Cuál/es?

Si considera necesario, realice aclaraciones respecto de la respuesta otorgada a alguno de los ítems:

¿Considera que los siguientes aspectos son conductas de autocuidado? Redondee la respuesta elegida.

a) Realizar terapia psicológica SI NO

Justifique: _____

b) Perfeccionarse como psicoterapeutas SI NO

Justifique: _____

c) Recibir una remuneración adecuada SI NO

Justifique: _____

¿Cómo valora su trabajo en términos de desgaste personal? Marque con una cruz la opción que más represente su

Anexo 3. Escala de Calidad de vida WHOQOL BREF (2012)

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

