

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DEL PERÚ**

**Estrategias de autocuidado y Estrés Percibido en practicantes de Psicología  
Clínica y de la Salud**

Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología con mención en  
Psicología Clínica que presenta el Bachiller:

Daniel Armando López Valdivieso

Asesora:

Dra. Mónica de los Milagros Cassaretto Bardales

LIMA, OCTUBRE 2019

## **Agradecimientos**

A mi familia por su amor y su apoyo incondicional. Por su preocupación, su paciencia y su comprensión sobre mi sentir durante todo el proceso. Por confiar en mí y darme seguridad en los momentos de incertidumbre. Por apoyar mis decisiones y acompañarme en todo momento.

A mis amistades, por su apoyo constante. Por animarme a seguir adelante. Especialmente a Lupe, por su paciencia, su amistad y su amor durante la carrera. Por ser calma en mis momentos de vulnerabilidad.

A Hugo Morales, por darme los ánimos para iniciar esta investigación, por guiarme como asesor e impulsarme a siempre dar más. Por acompañarme en gran parte de este camino.

A Mónica Cassaretto, por aceptar el reto de guiarme hasta llegar a la recta final. Por la paciencia y la comprensión hacia mí y a la investigación. Por los consejos, el compromiso y la dedicación.

Finalmente, quiero agradecer a las tres universidades y sus estudiantes que me dieron su confianza para realizar esta investigación. Por el interés de impulsar esta profesión a una calidad cada vez mayor.

## Resumen

Las estrategias de autocuidado en psicólogos clínicos son prácticas deseables para reducir el estrés y promover su bienestar integral (Colman, et al., 2016). Sin embargo, poco se ha investigado sobre el estrés experimentado en el contexto de las prácticas pre-profesionales y el rol del autocuidado en los practicantes de psicología. De esta manera, la presente investigación buscó identificar la relación entre las estrategias de autocuidado y los niveles de estrés percibidos en 107 practicantes pre-profesionales de Psicología en contextos clínicos y de la salud. La muestra estuvo conformada por 81 mujeres y 26 hombres, cuyas edades fueron entre los 21 y 35 años ( $M=24.35$  años;  $DE=2.40$ ) provenientes de 3 universidades de Lima Metropolitana. Se empleó la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP; Guerra, Rodríguez, Morales & Betta, 2008) y la Escala de Estrés Percibido (PSS por sus siglas en inglés; Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983). Se halló una relación entre autocuidado y estrés percibido ( $r=-.36$ ;  $p<.01$ ). Asimismo, se observaron diferencias significativas respecto al autocuidado en cuanto al tipo de relación de pareja, al sector del área de prácticas y al espacio de contención emocional. Además, se hallaron diferencias significativas sobre el estrés percibido en base a la universidad de procedencia, la movilización estudiantil y al espacio de contención emocional. Por otra parte, se hallaron correlaciones significativas entre autocuidado y algunas variables académicas. Posteriormente, los análisis de regresión encontraron que el autocuidado, la contención emocional y la movilización predecían el modelo de intensidad del estrés ( $R^2=.23$ ,  $p<.001$ ).

*Palabras Claves:* autocuidado, estrés percibido, estudiante de Psicología, prácticas pre-profesionales

## Abstract

The self-care strategies are desirable practices to reduce the stress and to promote the holistic wellness among Clinician Psychologists (Colman, et al., 2016). However, little has been researched about the stress experienced in the context of undergraduate internship and the role of self-care in psychology students. Thus, the present study has the purpose to find about the relationship between the self-care strategies and the perceived stress' levels in 107 Psychology students who are enrolled in an internship in clinical and health contexts. The sample consisted of 81 women and 26 men, whose ages were between 21 and 35 years ( $M=24.35$  years;  $DE=2.40$ ), from 3 universities in Metropolitan Lima. The Scale of Self-Care Behaviors for Clinical Psychologists (EAP for its acronym in Spanish; Guerra, Rodríguez, Morales & Betta, 2008) and the Perceived Stress Scale (PSS; Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) were used. The results suggest a relationship between self-care and perceived stress ( $r=.36$ ;  $p<.01$ ). Likewise, significant differences were observed regarding self-care in terms of the type of relationship of couple, the sector of the internship area and the space of emotional support. In addition, significant differences were found on the perceived stress based on university, the student mobilization and the space of emotional support. On the other hand, significant correlations were found between self-care and some academic variables. Subsequently, regression analyzes found that self-care, emotional support and mobilization predicted the stress intensity model ( $R^2=.23$ ,  $p<.001$ ).

Key words: self-care, perceived stress, Psychology student, undergraduate internship.

## Tabla de contenidos

<b>Introducción</b>	1
<b>Método</b>	9
Participantes	9
Medición	9
Procedimiento	13
Análisis de datos	13
<b>Resultados</b>	15
<b>Discusión</b>	19
<b>Referencias</b>	27
<b>Apéndices</b>	37
Apéndice A: Ficha de datos sociodemográficos	37
Apéndice B: Características de los participantes	38
Apéndice C: Consentimiento informado	40
Apéndice D: Confiabilidad por consistencia interna	41

Los profesionales de la salud comúnmente afrontan situaciones estresantes debido a la naturaleza de su trabajo, el cual está al servicio de otras personas (Restifo, 2012). Entre ellos, los profesionales en salud mental suelen ser una población vulnerable para presentar altos niveles de *burnout*, depresión y/o estrés traumático secundario (Guerra & Pereda, 2015; Lee, Lim, Yang & Lee, 2011; Pakenham & Stafford-Brown, 2012; Restifo, 2012). En este sentido, el estrés laboral en este grupo, así como el sobre involucramiento con los clientes ha sido asociado a niveles altos de agotamiento emocional; por otro lado, el *burnout* se ha relacionado a mayores niveles de insatisfacción laboral y mayor probabilidad de movilidad laboral (Lee et al., 2011). De igual forma, las largas horas de trabajo, el número elevado de casos atendidos, al igual que los trámites administrativos y la atención de clientes con trastornos de personalidad o conductas disruptivas, son estresores con los cuales lidia esta población y posibilitan la aparición del desgaste laboral (Rupert, Miller & Dorociak, 2015).

Los profesionales en Psicología pueden presentar síntomas de estrés traumático secundario, siendo aquellos que trabajan con poblaciones víctimas de abuso y violencia los que presentan los mayores niveles (Butler, Carello & Maguin, 2017; Guerra & Pereda, 2015). Asimismo, los psicólogos clínicos en entrenamiento se hallan en constante exposición a situaciones estresantes relacionadas a aspectos como los asuntos académicos, de salario, cantidad de casos, rotación de roles, dilemas éticos, inseguridad sobre sus capacidades, entre otros; los cuales pueden impactar en su salud expresado en altos niveles de estrés, ansiedad, depresión, *burnout*, disminución del autoestima, y más (Clay, 2011; Pakenham & Stafford-Brown, 2012; Rummell, 2015). De esta manera, la situación de los profesionales en psicología como población vulnerable a presentar impactos negativos en su salud, resalta la importancia de mirar hacia la formación académica en pregrado. Principalmente, la situación de los estudiantes de psicología que se hallan en la transición del contexto formativo al contexto profesional plasmado en las prácticas pre-profesionales.

Las prácticas pre-profesionales tienen por objetivo iniciar al estudiante en el mundo profesional a partir de un escenario real, donde pueda desarrollar sus capacidades y competencias propias del rol que ejercerá, poniendo en práctica lo aprendido durante su formación y promoviendo el desarrollo de un sentido de pertenencia a su comunidad profesional (Ceroni, 2007; Díaz Barriga, 2006). En el caso de la formación en psicología, los estudiantes se hallan frente a constantes dilemas que surgen de la transición de las aulas a la práctica, desde lidiar con diferencias entre lo teórico y su puesta en práctica, la reconstrucción de su identidad como psicólogos, lidiar con pensamientos referidos a sus capacidades y su vocación, y la adaptación al ritmo y las demandas del contexto profesional (Ramírez, 2016).

A pesar de que las publicaciones académicas sobre la situación de los estudiantes de psicología que realizan prácticas pre-profesionales en el contexto latinoamericano es escasa, surge un interés a partir de los estudiantes mediante las tesis que desarrollan relacionadas a esta población (Apaza & Bernal, 2016; Castillo, 2014; Fabiani & Lucero, 2018; Freire, 2019; Jiménez, 2015; Muñoz, 2016; Sánchez, 2017). Algunas investigaciones señalan que los estudiantes de psicología experimentan elevados niveles de ansiedad durante sus prácticas pre-profesionales (Castellanos, Guarnizo & Salamanca, 2011; Jiménez, 2015). Del mismo modo, algunos estudios señalan el riesgo de los estudiantes a presentar malestar físico, dificultad para la toma de decisiones, sintomatología relacionada al *burnout*, al desgaste por empatía y a la depresión, como consecuencia de las presiones académicas y del ejercicio profesional (Castillo, 2014; Freire, 2019).

En este sentido, debido a que tanto los profesionales en psicología (Butler et al., 2017; Guerra & Pereda, 2015; Lee et al., 2011; Pakenham & Stafford-Brown, 2012; Rupert et al., 2015), como los estudiantes de psicología que realizan prácticas pre-profesionales (Castellanos et al., 2011; Castillo, 2014; Freire, 2019; Jimenez, 2015) son poblaciones vulnerables a presentar impactos negativos en su salud, resulta esencial estudiar el origen común de estos fenómenos. En este sentido, el *burnout*, el estrés traumático secundario, la depresión, la ansiedad, entre otros, son fenómenos cuya aparición es facilitada por el estrés patológico (Martínez, 2010; Pourrajab, Rabbani & Kasmaiezhadfar, 2014; Taylor, 2015).

Desde el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984), el estrés surge de la interacción del individuo y el ambiente, en el cual el pensamiento evaluativo media entre los estímulos estresores y la respuesta de estrés. En consecuencia, el estrés resulta de la valoración que se realiza sobre el significado personal de una situación y la valoración de los recursos disponibles para afrontar dicha situación (Lazarus & Folkman, 1984). La relación de ambas valoraciones determina el nivel en que se considera a la situación como de daño, amenaza, desafío o una combinación de ambas, así como determina la intensidad de la respuesta emocional que acompaña a las evaluaciones (Taylor, 2015). En este sentido, el estrés percibido refiere al nivel en que se percibe como impredecible e incontrolable una situación cotidiana, valorándola como estresante (Remor, 2006).

La presencia de estrés en niveles bajos y por un tiempo relativamente corto no tiene efectos graves en la salud, incluso podría beneficiarla al incentivar que la persona desarrolle recursos de forma adaptativa para enfrentar situaciones estresantes (Lazarus & Folkman, 1986). Sin embargo, mientras el estrés en niveles adecuados permite la adaptación a cambios ambientales, el estrés en sus formas patológicas puede ser precursor de enfermedades a nivel

fisiológico y psicológico (Taylor, 2015). En este sentido, el estrés está relacionado con la enfermedad a partir de efectos en el funcionamiento orgánico, la inducción en conductas, hábitos y estilos de vida desadaptativos, y la dificultad de identificar cambios importantes en funciones corporales, así como la posibilidad de reaccionar inadecuadamente al tratamiento de una enfermedad (Baum, Gatchel & Krantz, 1997; Taylor, 2015).

El estrés en niveles elevados y por un corto tiempo se denomina estrés agudo y puede comprometer los hábitos de salud (Taylor, 2015). Sin embargo, cuando los niveles de estrés elevados se sostienen durante un período largo, se le denomina estrés crónico, el cual puede producir distrés psicológico, malestar físico y afectar el bienestar de la persona (Manning-Walsh, 2005; Taylor, 2015). En este sentido, como producto del estrés crónico en profesionales que trabajan directamente con personas surgen distintos fenómenos como el *burnout* (Martínez, 2010) y el estrés traumático secundario o desgaste por empatía (Figley, 1983; citado en Guerra & Pereda, 2015).

En este sentido, Pakenham y Stafford-Brown (2012) señalan que los psicólogos clínicos en entrenamiento suelen estar expuestos a situaciones estresantes relacionados a aspectos académicos y evaluativos de la formación (como las expectativas y la duda sobre sí mismo); a las características del espacio de trabajo (el tiempo limitado, la cantidad de casos, la rotación de roles); los retos inherentes del trabajo clínico (como la ambigüedad y los dilemas éticos) y la situación laboral (salario, contrato de prácticas). En este sentido, señalan que los elevados niveles de estrés en la población de psicólogos clínicos en entrenamiento se relacionan con elevados niveles de ansiedad, depresión, abuso de sustancias, *burnout*, dificultades de atención, concentración y toma de decisiones, así como menor capacidad de establecer relación con los clientes y baja autoestima (Pakenham & Stafford-Brown, 2012).

En cuanto a estudios sobre estrés, El-Ghoroury, Galper, Sawaqdeh, y Bufka (2012) hallaron en una muestra de 387 estudiantes de posgrado en psicología en Estados Unidos que la mayoría de estudiantes consideraban como estresores a eventos relacionados a responsabilidades académicas, deudas, ansiedad y un balance empobrecido entre el trabajo y los estudios. Las estrategias de afrontamiento más empleadas fueron la búsqueda de soporte social (amigos, familia y compañeros de clase), el ejercicio regular, y el sostener hobbies, reportadas como moderadamente efectivas. Por otra parte, las principales barreras para realizar actividades que promuevan el bienestar fueron la falta de tiempo y de dinero.

En relación con los niveles de estrés percibido y las diferencias por sexo entre psicólogos, la literatura presenta resultados mixtos. En este sentido, algunos estudios reportan que las mujeres que realizan prácticas de psicología en posgrado presentan mayores niveles de

estrés que los hombres (Nelson, Dell'Oliver, Koch & Buckler, 2001; Steiner, Kurtz-Costes, & Kinlaw, 2000). Sin embargo, otros estudios señalan la necesidad de balancear el número de hombres y mujeres para poder realizar comparaciones, debido a que hay una predominancia de mujeres en los estudios (Goncher, Sherman, Barnett & Haskins, 2013; McKinzie, Burgoon, Altamura & Bishop, 2006).

Asimismo, como una forma de prevenir el impacto negativo relacionado al ejercicio profesional, en los últimos años se ha hecho énfasis en el rol del autocuidado de los profesionales de psicología y se ha sugerido la importancia de su promoción desde la formación académica (Muñoz, 2016; Pearlman & Saakvitne, 1995).

En este sentido, la definición de autocuidado parte de la "Teoría del Autocuidado" de Dorothea Orem (1990) desde el campo de la enfermería, donde se entendía al autocuidado como el conjunto de acciones o estrategias realizadas por el sujeto, su familia y la sociedad con el fin de impulsar su salud y atender su propia enfermedad (Prado, González, Paz & Romero, 2014). Este constructo ha sido entendido en dos formas. La primera, como el medio para sostener una calidad de vida óptima y prevenir el deterioro de la enfermedad en pacientes terminales; mientras que la segunda, como un medio para evitar el desgaste profesional en los profesionales de salud (Bastidas, 2017).

Dentro del campo de la psicología, el autocuidado se define como el conjunto de estrategias particulares que emplean los psicólogos para promover su bienestar integral y su fortalecimiento, lo que puede evitar el desaliento profesional o el síndrome de *burnout* (Barriga, Rosemberg & Uribe, 2008; Durruty, 2005; Guerra, Rodríguez, Morales & Betta, 2008; Hidalgo & Moreira, 2000; Pearlman & Saakvitne, 1995).

Pearlman y Saakvitne (1995) subdividen las estrategias de autocuidado en estrategias personales y estrategias profesionales. Las primeras se identifican como aquellas que disminuyen el estrés laboral por medio del ejercicio físico, la alimentación sana, el uso del tiempo libre y las actividades de crecimiento espiritual, la asistencia a psicoterapia y las actividades recreativas. En tanto que las estrategias profesionales se centran en evitar el trabajo solitario, lograr relaciones de apoyo con los colegas; equilibrar la vida laboral con tiempo entre sesiones y actividades distintas a la atención de casos dentro del trabajo; buscar supervisión de casos; emplear el sentido del humor en el ambiente laboral; capacitarse y practicar para adquirir experiencia profesional; sostener condiciones salariales adecuadas; y contar con un espacio adecuado para realizar psicoterapia.

Según Sandoval (2010), las estrategias de autocuidado involucran al individuo a nivel integral, sosteniendo la salud en sus distintas áreas como: el corporal, por medio del ejercicio

y el descanso; el mental, por medio del afecto, las emociones, la cognición y la comunicación; el social, por medio de relaciones sociales positivas con familia, amistades y pareja; y el área personal, por medio del uso del tiempo personal, las actividades propias y la distracción.

Por otra parte, Guerra, Rodríguez, Morales y Betta (2008) separan aquellas estrategias que el propio profesional puede ejercer por sí mismo, nombrándolas conductas de autocuidado, de aquellas que pueden depender de su equipo de trabajo o los directivos de su organización, nombrándolas como condiciones de autocuidado.

En cuanto al contexto peruano, no existen investigaciones relacionadas al autocuidado en psicólogos o en estudiantes de psicología que realizan prácticas pre-profesionales en contextos clínicos o de la salud, con excepción de la tesis de Apaza y Bernal (2016). Esta investigación, halló que a mayores conductas de autocuidado se presentarían menores niveles de estrés traumático secundario en 76 profesionales de la salud mental en la ciudad de Arequipa. Además, el autocuidado se ha estudiado en distintos agentes de la salud, como los agentes comunitarios (Salas, 2016) respecto a sus formas de autocuidado; y en personal de enfermería, respecto a sus áreas de autocuidado (Cerquin, 2008), sus niveles de autocuidado (León, 2016) y la relación entre el conocimiento sobre el autocuidado y la emisión de formas de autocuidado (Manturano & Cabanillas, 2014).

En cuanto a estudios sobre el autocuidado en profesionales de psicología, algunos autores como Dorociak, Rupert y Zahniser (2017), hallaron diferencias significativas en base a los años de ejercicio profesional para el uso de estrategias de autocuidado de 610 psicólogos clínicos en Estados Unidos. De esta manera, aquellas personas con más años de ejercicio profesional presentaron mayor uso de estrategias de autocuidado y mayor bienestar. Además, señalan que los psicólogos clínicos que se hallan en sus primeros años de ejercicio profesional presentan mayores demandas relacionadas al trabajo (mayor tiempo realizando trámites administrativos, mayor experiencia de conductas negativas de los clientes, y mayores horas de trabajo) y menos oportunidades para el desarrollo profesional (Dorociak et al., 2017). En este sentido, estas demandas podrían plantear una situación de mayor vulnerabilidad en los nuevos profesionales de Psicología (Pakenham & Stafford-Brown, 2012). Mientras tanto, en el contexto latinoamericano, un estudio de Aqueveque (2013) en 30 psicoterapeutas con distintos años de ejercicio profesional en Chile, no halló diferencias significativas en la frecuencia del uso de estrategias de autocuidado en base a los años de ejercicio profesional.

Entre tanto, el compromiso en el empleo de estrategias de autocuidado en psicólogos se ha relacionado al énfasis y la capacitación brindada por los programas formativos (Colman et al., 2016). En este sentido, un estudio de Zahniser, Rupert y Dorociak (2017), en 358

estudiantes de doctorado de psicología clínica en Estados Unidos, señala que a mayor percepción de énfasis que brinda el programa formativo sobre el autocuidado, los estudiantes presentan mayores niveles de compromiso sobre las conductas de autocuidado. De forma similar, Goncher, Sherman, Barnett y Haskins (2013) hallaron que el énfasis que brinda el programa formativo sobre el autocuidado fue un predictor positivo para la calidad de vida, siendo esta relación parcialmente mediada por el uso personal de estrategias de autocuidado en 262 estudiantes de doctorado en psicología clínica en Estados Unidos. Por su parte, un estudio cualitativo de Meany-Walen et al. (2018), en 219 terapeutas de juego en Estados Unidos, halló que la mayoría de los participantes reportaron recibir poca o nula capacitación por parte de los programas formativos en cuanto a estrategias de autocuidado, por lo cual han optado por capacitarse por cuenta propia durante su carrera profesional por medio de conferencias o artículos académicos.

Asimismo, en cuanto al estudio del autocuidado y su relación con el estrés, Colman et al. (2016) realizaron un meta-análisis sobre la eficacia del autocuidado en estudiantes de posgrado de psicología en su relación con logros positivos a nivel académico. Como resultados se halló una relación significativa entre las estrategias de autocuidado y los logros positivos. En este sentido, las estrategias de autocuidado presentaron un gran impacto en las ganancias reportadas (como autocompasión, sensación de realización personal general), en la disminución del estrés psicológico (depresión y ansiedad) y en el aumento de la satisfacción (profesional y con la vida). De igual manera, las estrategias de autocuidado presentaron un impacto en los niveles de estrés reportados. Asimismo, señalan que los beneficios del autocuidado se presentan aun cuando se controlan características como tipo de programa formativo, edad, sexo y raza/etnia (Colman et al., 2016)

Del mismo modo, Myers et al. (2012) hallaron una relación negativa y significativa entre cinco estrategias de autocuidado (patrones de sueño, conductas de ejercicio, soporte social percibido, uso de estrategias de regulación emocional y práctica de *mindfulness*) y el estrés percibido en 488 estudiantes de posgrado de Psicología Clínica en Estados Unidos. Los resultados indicaron que a mejor el hábito de sueño, mayor soporte social, mayor regulación emocional y mayor aceptación; menor serán los niveles de estrés percibido (Myers et al., 2012). De igual manera, Butterfield (2017), halló una relación inversa y moderada entre los niveles de estrés percibido y el empleo de conductas de autocuidado en 169 estudiantes de doctorados de psicología clínica y consejería psicológica en Estados Unidos.

En cuanto a Latinoamérica, el autocuidado se ha estudiado en relación al desgaste laboral por medio del estrés traumático secundario y el *burnout* en psicólogos clínicos. En

este sentido, en cuanto al estrés traumático secundario, Betta, Morales, Rodríguez y Guerra (2007), en una muestra de 113 psicólogos clínicos de Chile, hallaron que, a mayor emisión de conductas de autocuidado, se presentan menores niveles de estrés traumático secundario y de depresión. Del mismo modo, Guerra, Vivanco y Hernández (2009) señalan la importancia del desarrollo de talleres que promuevan el empleo de conductas de autocuidado para la disminución de los niveles de estrés traumático secundario. Por otro lado, en cuanto al *burnout*, en un estudio de Muñoz (2016), en 46 psicólogos clínicos y generales sanitarios en España, no se presentaron relaciones entre el empleo de conductas de autocuidado y el *burnout*. Sin embargo, en un estudio de Sánchez (2017), en 20 psicólogos clínicos en Ecuador, se halló una relación significativa donde a mayor empleo de conductas de autocuidado, menor sería la presencia del síndrome de *burnout*.

De esta manera, en el contexto latinoamericano no existen suficientes estudios relacionados al autocuidado y al estrés percibido directamente. Sin embargo, los fenómenos con los que se ha estudiado, como el *burnout* (Muñoz, 2016; Sánchez, 2017) y el estrés traumático secundario (Apaza & Bernal, 2016; Betta et al., 2007; Guerra et al., 2009; Guerra & Pereda, 2015), son consecuencia del estrés crónico experimentado por los psicólogos clínicos y de la salud durante su ejercicio profesional (Martínez, 2010; Pourrajab, Rabbani & Kasmaienezhadfar, 2014; Taylor, 2015).

La literatura sugiere una posible relación entre el autocuidado y el estrés percibido para prevenir el devenir de fenómenos más patológicos, así como la importancia de la formación profesional (Goncher et al., 2013; Meany-Walen et al., 2018; Zahniser, Rupert & Dorociak, 2017). A pesar de esto, existe una escasa investigación sobre el autocuidado en estudiantes de psicología que realizan sus prácticas pre-profesionales en contextos clínicos y de la salud durante su formación en pregrado, así como los niveles de estrés percibidos en el contexto de las prácticas pre-profesionales, siendo una población vulnerable a presentar efectos negativos en su salud relacionados a la labor profesional (Castellanos et al., 2011; Castillo, 2014; Freire, 2019; Jimenez, 2015).

En cuanto al contexto peruano, hay una posible escases de investigaciones disponibles en practicantes de psicología clínica y de la salud; sin embargo, existen algunas investigaciones en estudiantes de psicología relacionadas al estrés, como el estudio de Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez (2003), que analiza la relación entre el estrés y los estilos de afrontamiento en 123 estudiantes universitarios de la especialidad de psicología de una universidad privada en Lima. Como resultados señalan que, a mayor edad, se presentan mayores niveles de estrés. Así también, los estilos de afrontamiento centrados en el problema

y la emoción fueron los más utilizados y se relacionaron con niveles bajos de estrés percibido. Además, al evaluarse los problemas relacionados con el futuro y consigo mismos, los niveles de estrés se incrementaban (Cassaretto et al., 2003).

De esta manera, la posible escases de investigaciones llama la atención debido a que no se conocen las posibles fuentes de estrés a los que se enfrentan los estudiantes que realizan prácticas en contextos clínicos y de la salud, los niveles de estrés que experimentan, las implicancias de las prácticas pre-profesionales en su salud y en diversas áreas de su vida, así como sus recursos y la efectividad de la formación académica como forma de afrontar situaciones adversas durante sus prácticas pre-profesionales. Asimismo, si bien se sugiere una relación entre el autocuidado del profesional como forma de disminuir los niveles de estrés, esta relación no ha sido suficientemente apoyada empíricamente.

Ante esto, cabe resaltar que la población de profesionales de psicología clínica y de la salud, por trabajar con personas y para personas, es propensa a sufrir consecuencias adversas asociadas a su trabajo, como el síndrome de *burnout* (Muñoz, 2016; Sánchez, 2017), la presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión (Colman et al., 2016), y el estrés traumático secundario (Guerra, Vivanco & Hernández, 2009); lo que les puede afectar negativamente en distintos aspectos de su vida (Durruty, 2005; Guerra, Vivanco & Hernández, 2009; Hidalgo & Moreira, 2000). Por estas razones, los profesionales en psicología clínica y de la salud han de estar comprometidos a responsabilizarse por su salud a nivel integral a través de un nivel adecuado de autocuidado (Pearlman & Saakvitne, 1995; Muñoz, 2016). En el caso de los estudiantes que están realizando prácticas pre-profesionales en contextos clínicos y de la salud, se están insertando por primera vez en el mundo laboral y su trabajo se da en relación con otras personas, por lo que han de promover su salud a la par de prevenir el impacto negativo que su trabajo, a nivel general, pueda producir (Castellanos et al., 2011; Castillo, 2014; Freire, 2019; Jimenez, 2015).

En consecuencia, el presente estudio tiene como propósito evaluar la relación entre el uso de estrategias de autocuidado y el estrés percibido en un grupo de estudiantes de psicología pertenecientes a tres universidades de Lima Metropolitana que realizan prácticas pre-profesionales en contextos clínicos y de la salud. De igual manera, como objetivos específicos se desea analizar si existen diferencias en base a variables sociodemográficas y académicas; así como relaciones entre los constructos y algunas variables sociodemográficas y académicas. Para tal fin, el recojo de información se realizó en un solo momento en el tiempo y se aplicó una ficha de datos sociodemográficos junto a dos instrumentos.

## Método

### Participantes

La muestra estuvo conformada por 107 practicantes de psicología en contextos clínicos y de la salud, de los cuales 81 son mujeres (75.7%) y 26 son hombres (24.3%), cuya edad promedio fue de 24.35 años ( $DE= 2.4$ ). Se obtuvo información sociodemográfica y académica de los participantes (Apéndice A), resumida en términos de edad, sexo, sector del área de prácticas, entre otras variables (Apéndice B). Del total de participantes, 38.3% pertenece a una universidad privada, mientras que el 61.7% pertenece a dos universidades nacionales, de las cuales 35 personas pertenecen a la universidad nacional A y 31 personas pertenecen a la universidad nacional B. El 88.8% es soltero, 7.5% es casado, 1.9% convive con su pareja y 1.9% es separado. Del mismo modo, el 9.3% tiene un compromiso de pareja, mientras que el 90.7% no la tiene.

El 79.4% de la muestra realiza prácticas en el sector público y el 20.6% en el privado. Las horas de prácticas por semana oscilaron entre las 12 y 42 horas ( $M= 30.08$  horas;  $DE= 6.6$ ). Asimismo, el tiempo en su actual centro de prácticas se halla en un rango de 1 a 12 meses ( $M= 4.17$  meses;  $DE= 2.5$ ). En este sentido, el 40% de la muestra se ha cambiado de centro de prácticas anteriormente. Además, el 11.2% del total se mudó lejos de su familia durante sus prácticas. Por otra parte, solo el 57.9% de los participantes recibe un espacio de contención emocional en su centro de prácticas. Adicionalmente, los estudiantes que no cuentan con dicho espacio comentaron las posibles razones por las que sucedería aquello (Apéndice B).

### Medición

Para medir las estrategias de autocuidado se usó la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP) creada por Guerra, Rodríguez, Morales y Betta (2008). La escala tiene como objetivo medir la frecuencia con que los psicólogos clínicos emiten conductas de autocuidado. Esta consta de 10 ítems con respuestas tipo Likert de cinco opciones que van desde 0 (Nunca) a 4 (Muy Frecuente).

Para la validación preliminar (Guerra et al., 2008), se evaluó a 132 psicólogos clínicos de tres regiones de Chile, hallando un índice de consistencia interna de .79 y correlaciones ítem-test apropiadas. En cuanto a validez de constructo, el análisis factorial exploratorio resultó en un coeficiente KMO de .76 y el índice de esfericidad de Bartlett  $\chi^2=353.59$

( $p < .001$ ). Inicialmente, se halló una solución factorial rotada oblicua de dos factores que explicaban el 49.7% de la varianza total. Sin embargo, dos ítems presentaron saturaciones en ambos factores por encima de .30. Además, al emplear como criterio de inclusión una saturación superior a .40, quedaba un ítem residual. Por esta razón, se fijó una solución unifactorial que explica el 36.4% de la varianza total. En cuanto a validez convergente se halló relación inversa y significativa con puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2002); y de la Escala de Estrés Traumático Secundario - EETS de Bride, Robinson, Yegidis y Figley (2004; adaptada a Chile por Guerra & Saiz, 2007).

Así también, Guerra (2011), evaluó la validez discriminante en una muestra de 196 psicólogos clínicos de Chile, de los cuales 70 presentaban síntomas de estrés traumático secundario. Se concluyó que aquellos que no poseían síntomas de estrés traumático secundario obtuvieron puntuaciones significativamente mayores de autocuidado que aquellos psicólogos que sí presentaban síntomas ( $t = 8.73$ ;  $p < .001$ ).

De igual manera, Guerra, Mújica, Nahmias y Rojas (2011) replicaron el estudio original en 159 psicólogos clínicos chilenos que trabajan en distintos contextos laborales, principalmente en instituciones que atienden a niños y en hospitales. Se halló un índice de consistencia interna de .74 y correlaciones ítem-test apropiadas. En el análisis factorial exploratorio el coeficiente KMO resultó en .76 y el índice de esfericidad de Bartlett  $\chi^2 = 299.38$  ( $p < .001$ ). Inicialmente, se presentó una estructura factorial de tres factores que aportaban 54.6% de la varianza total explicada. Sin embargo, dos ítems presentaron saturaciones superiores a .34 en más de un factor y su interpretación resultaba difícil desde la teoría. En este sentido, una segunda solución factorial fue fijada, explicando en conjunto el 45.2% de la varianza total explicada. A pesar de su interpretabilidad teórica; dos ítems presentaban saturaciones mayores a .34 en ambos factores, y al emplear como criterio de inclusión una saturación superior a .40, quedaba un ítem residual. Por lo tanto, se optó fijar una solución unifactorial que explica el 31.3% de la varianza total de las puntuaciones de la escala. Para la validez convergente, se halló correlaciones significativas y directas con la Subescala de satisfacción en las actividades generales del Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q; Endicott, Nee, Harrison & Blumenthal, 1993, en Bobes, Portilla, Bascarán, Sáiz & Bousoño, 2002) y la subescala de Logro personal del Inventario Burnout de Maslach (MBI por sus siglas en inglés; Maslach & Jackson, 1981, adaptado a Chile por Barría, 2002). Además, se halló correlaciones significativas e inversas con las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización del MBI (Maslach & Jackson, 1981, adaptado a Chile por Barría, 2002), la Subescala de ansiedad estado del inventario de ansiedad estado-

rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1986) y la EETS (Bride et al., 2004; adaptada a Chile por Guerra & Saiz, 2007).

En Argentina, Grill y Galarza (2017) adaptaron la prueba en un estudio de validez de contenido por juicio de expertos llevado a cabo por cinco psicólogos clínicos. Tras una prueba piloto a 20 psicólogos clínicos se modificó la consigna y la redacción de tres ítems. Además, incorporaron tres preguntas que indagan si realizar terapia psicológica, perfeccionarse como profesional y recibir remuneración adecuada son conductas consideradas de autocuidado en el contexto local. Luego de ser revisada y ratificada por los autores originales de la escala se halló un índice de consistencia interna aceptable de .71 (Grill & Galarza, 2017).

En la presente investigación se optó por emplear la escala original de Guerra et al. (2008); sin embargo, se decidió modificar el ítem 1 y el ítem 10 para adaptarlo a la población objetivo. Se realizó un estudio piloto de 12 estudiantes de psicología pertenecientes a las 3 universidades que participaron del estudio para verificar la comprensión de los ítems, el cual no presentó complicaciones. En la presente investigación se halló un índice de consistencia interna basada en el coeficiente alfa de Cronbach de .61 y las correlaciones ítem-test oscilaron entre .07 (ítem 2) al .44 (ítem 9) (Apéndice D).

Por otra parte, para medir el estrés percibido se empleó la Escala de Estrés Percibido (EEP o *Perceived Stress Scale – PSS*) de Cohen, Kamarck y Mermelstein, (1983), la cual evalúa el grado en que se perciben como estresantes situaciones de la vida cotidiana, durante el último mes. Consta de 14 ítems con un formato tipo Likert de cinco alternativas que van desde 0 (Nunca) a 4 (Siempre). Los puntajes obtenidos van del 0 a 56, teniendo en cuenta que algunos ítems califican en sentido directo y otros en inverso (ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13). Así, se refiere que a mayor puntuación, mayor nivel de estrés percibido (Cohen et al., 1983).

Para la prueba original, Cohen et al. (1983) empleó tres muestras diferentes: 332 estudiantes universitarios de primer ciclo, 114 estudiantes de psicología y 67 participantes de un programa comunitario para dejar de fumar. De esta manera se halló una consistencia interna de .84, .85 y .86 para cada muestra respectivamente. Además, se realizó una prueba de confiabilidad Test-Retest a los 2 días en 82 estudiantes universitarios, hallándose una correlación Test-Retest de .86. De igual forma, se realizó la misma prueba a las 6 semanas en 64 participantes del programa comunitario, hallándose una correlación Test-Retest de .55. Para la validez convergente se empleó el *Life-Event Scores* (Holmes & Rahe, 1967) hallando correlaciones de .20, .17 y .39 respectivamente para cada muestra, siendo significativa para la primera y la tercera muestra (Cohen et al., 1983). Asimismo, al comparar la EEP con *The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D* por sus siglas en inglés; Radloff,

1977), se demostró que la escala mide un constructo distinto a la depresión (Cohen et al.1983).

Por otra parte, Remor y Carrobles (2001) emplearon la escala en 100 pacientes con VIH positivo en España, presentando un índice de consistencia interna de .67. Posteriormente, Remor (2006), adaptó la escala a la población española a través de una muestra de 440 adultos españoles separados en cuatro grupos: padres con hemofilia, abusadores de sustancias que reciben tratamiento ambulatorio, estudiantes universitarios, y pacientes con VIH positivo que reciben tratamiento ambulatorio. La escala presentó un índice de consistencia interna de .81 para la escala de 14 ítems (Remor, 2006). En cuanto a la validez convergente presentó una correlación directa y significativa ( $r=.71$ ;  $p<.001$ ) con la Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (*HADS* por sus siglas en inglés; Zigmond & Snaith, 1983).

En la misma línea, González y Landero (2007), adaptaron la prueba en México con 365 estudiantes universitarios. Se halló un índice de consistencia interna de .83 para la escala de 14 ítems. Para validez de constructo, el análisis factorial exploratorio presenta un coeficiente KMO de .87 y el test de esfericidad de Bartlett fue significativo. Además, el análisis factorial confirmatorio mostró índices de ajuste aceptables en donde el primer factor (Expresión del estrés) explica el 48% de la varianza total y el segundo factor (Control del estrés) explica el 53.2% (González & Landero, 2007). En cuanto a validez convergente, se halló correlaciones positivas y adecuadas con el *Beck Depression Inventory* (*BDI* por sus siglas en inglés; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) y la Escala de Cansancio Emocional (ECE; Ramos, Manga & Morán, 2005). Más adelante, González, Rodríguez y Landero (2013) sugieren que la interpretación de la prueba para la versión mexicana sea basada en un solo factor que represente todos los ítems.

Además, Pedrero y Olivar (2010) analizaron la validez de constructo en una muestra española. El análisis factorial confirmatorio halló una estructura unidimensional que explica el 68.1% de la varianza y un índice de consistencia interna de .91 para la escala de 14 ítems.

Por otra parte, en el contexto peruano, Chau y Vilela (2017) emplearon la escala en una muestra de 1024 estudiantes universitarios de Lima y Huánuco entre 17 y 28 años, presentando un índice de consistencia interna de .83. De igual manera, Becerra (2013) empleó la escala en una muestra de 155 estudiantes universitarios de primeros ciclos de una universidad privada de Lima, presentando un índice de consistencia interna de .84.

Para esta investigación, se optó por la versión de Remor (2006), considerando la estructura unidimensional resultante en el análisis factorial confirmatorio de Pedrero y Olivar (2010), empleada por Chau y Vilela (2017). En este sentido, en la presente investigación, se

halló un índice de consistencia interna basada en el Alfa de Cronbach de .85. De igual manera, los coeficientes de correlación ítem-test oscilaron entre .25 a .69 (Apéndice D).

### **Procedimiento**

Para acceder a la muestra se contó con la autorización del decanato de la facultad de Psicología de 3 universidades. El recojo de información se realizó entre abril y mayo de 2019. Se consideró como criterios de inclusión que sean estudiantes de Psicología en pregrado que realicen prácticas pre-profesionales, en un área clínica o de la salud, reconocidas por su universidad. La aplicación se realizó luego de las asesorías de cada participante en un espacio brindado por la oficina de prácticas de cada institución, de manera individual y en un solo momento, con una duración aproximada de 10 minutos. Se les presentó un consentimiento informado (Apéndice C) que explica la naturaleza e importancia de la investigación, así como el carácter voluntario y anónimo de la participación. Se informó sobre su derecho a retirarse en cualquier momento y sobre la presentación de un informe a las universidades sobre los resultados de la investigación, en miras de llevar a cabo proyectos con los estudiantes. Aquellos que aceptaron, llenaron una ficha de datos (Apéndice A) y dos cuestionarios.

### **Análisis de datos**

Para los análisis estadísticos se empleó el programa SPSS 24.0. Se calculó el alfa de Cronbach para la confiabilidad de los instrumentos y correlaciones ítem-test para ver si existe coherencia en la organización de las áreas (Apéndice D). Para normalidad de datos se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, que indicó distribución no normal en una de las variables. Sin embargo, al hallarse que la no normalidad no era extrema según coeficientes de asimetría ( $<|3|$ ) y curtosis ( $<|10|$ ); se procedió al empleo de estadísticos paramétricos (Kline, 2010).

Se realizó análisis descriptivos de las características sociodemográficas y académicas de la muestra (Apéndice B). Luego, se empleó la T de Student y ANOVA de un factor para identificar diferencias en base a ciertas variables sociodemográficas y académicas. Después, se empleó el coeficiente  $r$  de Pearson para calcular la relación entre los constructos y algunas variables sociodemográficas y académicas. Finalmente, se realizó un análisis de regresión con el objetivo de determinar de qué manera las variables que resultaron significativas predecían el estrés.



## Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en función de los objetivos de la investigación. Como parte de los objetivos específicos, se describen los resultados obtenidos en relación a las diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de autocuidado y estrés percibido según las variables sociodemográficas y académicas de los participantes. Posteriormente, para el objetivo principal se mostrarán los resultados de las correlaciones entre autocuidado y estrés percibido; y se presenta lo hallado tras realizar el análisis de regresión.

Respecto al primer objetivo específico, se encontraron diferencias significativas para los puntajes de autocuidado en relación a otras variables como relación de pareja, sector del área de prácticas y contención emocional. Cabe señalar que los alumnos que no contaron con un espacio de contención emocional aludieron como causas de ello a la sobrecarga laboral y a la falta de tiempo, así como a que la supervisión estaría dirigida solo a la técnica y al trabajo, entre otras causas (Ver Apéndice B).

Tabla 1  
*Diferencias en autocuidado, según variables sociodemográficas y académicas.*

	No tiene pareja (N=97)		Tiene pareja (N=10)		<i>t</i> ( <i>gl</i> )	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	M	DE	M	DE			
Autocuidado	24.56	4.02	21.20	5.49	2.43 (105)	.02	0.81
	Público (N=85)		Privado (N=22)		<i>t</i> ( <i>gl</i> )	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	M	DE	M	DE			
Autocuidado	23.69	4.28	26.36	3.50	-2.70 (105)	.01	-0.65
	No recibe espacio de contención emocional (N=45)		Recibe espacio de contención emocional (N=62)		<i>t</i> ( <i>gl</i> )	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	M	DE	M	DE			
Autocuidado	23.00	4.42	25.15	3.93	-2.64 (105)	.01	-0.52

Así, en la tabla 1 se reporta que aquellas personas que no tienen pareja presentan un mayor nivel de autocuidado que aquellas que tienen pareja. En relación al sector del área de prácticas, aquellos que realizan prácticas en el sector privado presentan un mayor nivel de autocuidado que aquellos que realizan prácticas en el sector público. Finalmente, en relación

al espacio de contención emocional, aquellas personas que cuentan con un espacio de contención emocional en sus centros de prácticas, presentan mayores niveles autocuidado que aquellas que no cuentan con dicho espacio. Cabe resaltar que aquellas personas que realizan prácticas en el sector público presentan mayores horas de prácticas a la semana que aquellas personas que realizan prácticas en el sector privado ( $M_{p\grave{u}blico}= 31.64$ ;  $M_{p\grave{r}ivado}= 24.09$ ;  $t= 4.16$ ;  $p<.001$ ;  $d= 1.29$ ).

Por otro lado, para los puntajes de estrés percibido se encontraron diferencias significativas en función a las variables como universidad de pertenencia, movilización y contención emocional; los resultados de estos dos últimos se evidencian en la tabla 2. En cuanto a universidad, los estudiantes que pertenecen a la universidad privada presentaron mayores niveles de estrés percibido que los estudiantes que pertenecen a una de las dos universidades nacionales [ $M_{Universidad Privada}=25.90$ ,  $DE_{Universidad Privada}=6.81$ ;  $M_{Universidad Nacional B}=21.94$ ,  $DE_{Universidad Nacional B}=5.18$ ;  $F(2, 104)= 3.55$ ,  $p=.03$ ; post hoc Scheffé]. En relación a la movilización, aquellos estudiantes que no se mudaron lejos de su familia presentaron mayores niveles de estrés percibido que aquellos que se mudaron. Finalmente, en relación al espacio de contención emocional, aquellos estudiantes que no cuentan con un espacio de contención emocional en sus centros de prácticas presentan mayores niveles de estrés percibido que aquellos que sí cuentan con dicho espacio.

Tabla 2  
*Diferencias en estrés percibido, según variables sociodemográficas y académicas*

	No se ha mudado (N=95)		Se ha mudado (N=12)		$t(gl)$	$P$	$d$ de Cohen
	M	DE	M	DE			
Estrés percibido	24.46	6.59	19.58	5.07	2.47 (105)	.02	0.76
	No recibe espacio de contención emocional (N=45)		Recibe espacio de contención emocional (N=62)		$t(gl)$	$P$	$d$ de Cohen
	M	DE	M	DE			
Estrés Percibido	26.64	6.96	21.94	5.59	3.88 (105)	.00	0.77

Cabe resaltar que no se hallaron diferencias significativas en los puntajes de autocuidado y estrés percibido en función de variables como sexo, estado civil, lugar de nacimiento, remuneración económica y cambio de centro de prácticas.

En cuanto al autocuidado, se hallaron correlaciones significativas directas, aunque pequeñas, con la cantidad de horas de prácticas a la semana y la percepción de los estudiantes respecto a la información sobre el autocuidado brindada por su universidad; los resultados se evidencian en la tabla 3. De esta manera, a mayor información brindada por la universidad y menor cantidad de horas semanales de prácticas, se observa un mayor autocuidado.

Tabla 3

*Correlaciones entre autocuidado, estrés percibido y variables académicas*

	Estrés Percibido	Edad	Tiempo actual de prácticas	Tiempo total de prácticas	Información sobre autocuidado	Horas semanales de prácticas
Autocuidado	-.36**	.03	-.10	.03	.26**	-.22*
Estrés percibido	---	-.04	.17	-.01	-.17	-.04

Nota. N=107,  $p < .01^{**}$ ,  $p < .05^{*}$

Por su parte, para el propósito principal de la investigación, se realizaron correlaciones entre el autocuidado y el estrés; los resultados se evidencian en la tabla 3. De manera que los estudiantes con mayor autocuidado presentan menores niveles de estrés percibido, siendo esta relación inversa significativa y mediana.

Tabla 4

*Modelo de regresión para los predictores de estrés percibido*

Variable	Estrés Percibido			
	B	SB	$\beta$	T
Autocuidado	-0.49	0.14	-.32	-3.58**
Movilización	-4.80	1.80	-.23	-2.67**
Contención emocional	-3.28	1.18	-.25	-2.78**
F	11.74***			
R <sup>2</sup> ajustado	.23			

Nota. N=107.  $p < .001^{***}$ ,  $p < .01^{**}$

Con el fin de conocer si el autocuidado predice los niveles de estrés percibido, se realizó un análisis de regresión lineal en el cual también se introdujo aquellas variables que se asociaban significativamente a partir de los análisis, incluyendo variables dicotómicas. De esta manera, después de poner a prueba varios modelos, se obtuvo finalmente un modelo de ajuste el cual se puede apreciar en la tabla 4 y está conformado por el autocuidado, la movilización y la contención emocional. A partir de este modelo se puede referir que el 23% del estrés percibido es explicado por el autocuidado, la movilización y la contención

emocional. Cabe mencionar que dicho porcentaje equivale a un tamaño del efecto mediano (Cohen, 1988).



## Discusión

Los profesionales en psicología son una población vulnerable a sufrir impactos negativos debido al ejercicio profesional; principalmente debido al hecho de trabajar en la promoción de la salud y el desarrollo de las personas en condiciones estresantes (Butler et al., 2017; Guerra & Pereda, 2015; Lee et al., 2011; Pakenham & Stafford-Brown, 2012; Rupert et al., 2015). En este sentido, los profesionales que se hallan en sus primeros años como los practicantes presentan una mayor vulnerabilidad a sufrir estos impactos debido a la falta de experiencia profesional, a las condiciones laborales en las que se hallan inmersos y al aprendizaje en el balance entre el trabajo y la vida cotidiana (Colman et al., 2016; Dorociak et al., 2014; Pakenham & Stafford-Brown, 2012). Por esta razón, que los estudiantes cuenten con recursos psicológicos en las prácticas pre-profesionales es importante pues este periodo es una oportunidad en la cual pueden explorar y desarrollar herramientas para su ejercicio profesional y, a su vez, aprender a lidiar con las adversidades del trabajo como psicólogos.

En este sentido, durante este periodo resulta necesario el reconocimiento de los niveles de estrés percibidos, los cuales en un nivel elevado pueden devenir en afecciones tanto físicas como psicológicas en caso se presenten de forma continua por un período prolongado (Manning-Walsh, 2005; Martínez, 2010; Pourrajab, Rabbani & Kasmaienezhadfar, 2014; Taylor, 2015). Asimismo, resulta fundamental que tanto los profesionales y estudiantes en psicología puedan reconocer y desarrollar estrategias de autocuidado. Ello radica debido a que es una forma de protegerse y cuidar de sí mismos, pero al mismo tiempo, es una forma de proteger y cuidar a las personas con las que trabaja. Por lo que, el autocuidado, más que una herramienta laboral, forma parte de la ética en el ejercicio profesional y del estilo de vida de cada psicólogo (Colman et al., 2016; Muñoz, 2016; Pearlman & Saakvitne, 1995).

De esta manera, a partir de los resultados de la presente investigación, se halló que las personas con mayores niveles de autocuidado presentaron menores niveles de estrés percibido, lo cual resalta la importancia del autocuidado en el manejo del estrés. No obstante, antes de presentar las reflexiones acerca de la relación entre estrés y autocuidado, primero cabe resaltar las características que se asocian a cada variable.

En este sentido, los resultados sugieren una relación entre los niveles de autocuidado y la percepción sobre la información brindada por la universidad en cuanto al mismo. De esta manera, la formación académica recibida en cuanto al conocimiento y desarrollo de estrategias de cuidado propio podrían permitirle a los estudiantes un mayor compromiso en dichas estrategias, forjándose un hábito como parte esencial de su ejercicio profesional e

integrándose de a pocos a su estilo de vida. Estos resultados estarían acorde a lo sugerido por diversos autores sobre la relevancia y necesidad de la promoción del autocuidado en la formación académica de los profesionales en salud mental (Colman et al., 2016.; Goncher et al., 2013; Meany-Walen et al., 2018; Zahniser et al., 2017).

Además, existen otras variables que pueden relacionarse con los niveles de autocuidado. De esta manera, se halló que aquellas personas que no se hallaban en una relación de pareja, con un nivel de compromiso como el matrimonio o convivencia, presentaron mayores niveles de autocuidado que aquellas que sí se hallaban en ese tipo de relación. Esto podría deberse a que la relación de pareja en ese nivel de compromiso, si bien puede resultar una fuente de soporte social, económico y emocional (Dehle, Larsen & Landers, 2001), implica a su vez invertir en estrategias para lograr mayores niveles de ajuste diádico, el cual se define como un proceso en el cual las personas se adaptan a la convivencia en pareja (Locke & Wallace, 1959; Moral de la Rubia, 2008; Spanier, 1976).

El ajuste diádico implica la cohesión de la pareja, la satisfacción, el consenso y la expresión de las emociones hacia la pareja (Spanier, 1976). En este sentido, las parejas jóvenes suelen presentar dificultades en el ajuste diádico debido a temas laborales, familiares, presión económica, entre otras, a diferencia de parejas más experimentadas (Amato, Johnson, Booth & Rogers, 2003). De esta forma, aquellas personas casadas o conviviendo que se hallan en prácticas pre-profesionales, podrían estar lidiando con el balance entre trabajo/estudio y la vida cotidiana, así como con problemas familiares y maritales, lo que podría implicar la presencia de barreras para comprometerse en estrategias de autocuidado debido al tiempo y el dinero que dispondrían para el mismo ante la cantidad de responsabilidades que sostienen (Bettney, 2017; Dattilio, 2015; El-Ghoroury et al., 2012; Pakenham & Stafford-Brown, 2012).

Asimismo, a partir de los resultados se puede observar una diferencia entre los niveles de autocuidado en base al sector laboral. En este sentido, aquellos estudiantes cuyo centro de prácticas pre-profesionales se haya en el sector privado mostraron mayores niveles de autocuidado que aquellos cuyo centro se halla en el sector público. Esta diferencia podría deberse a las condiciones laborales en las que se hallan inmersas las instituciones donde se trabaja. La situación de las instituciones públicas podría diferir del sector privado en cuanto a la flexibilidad de horarios, número de atenciones, infraestructura necesaria para realizar labores, entre otras (Bettney, 2017; Pakenham & Stafford-Brown, 2012; Rupert, Miller & Dorociak, 2015).

En el Perú, la proporción de psicólogos por habitante es de 10 psicólogos por 100 000 habitantes, siendo para el caso de Lima una proporción de 17 psicólogos por 100 000

habitantes (Ministerio de Salud, 2018). Lo que podría sugerir que los estudiantes que realizan prácticas pre-profesionales en el sector público podrían hallarse expuestos a un elevado número de atenciones por día. Las diferencias en las condiciones laborales entre los sectores podrían sugerir la presencia de barreras para el empleo del autocuidado en mayor proporción para profesionales y estudiantes que se hallan realizando prácticas en el sector público (Bettney, 2017; Dattilio, 2015; El-Ghoroury et al., 2012; Ramos & Jordão, 2015).

Además, los resultados sugieren una relación entre los niveles de autocuidado y la cantidad de horas semanales de las prácticas pre-profesionales. En este sentido, aquellos con un elevado número de horas semanales de prácticas presentan menores niveles de autocuidado. Esto podría sugerir un menor tiempo para poder desarrollar estrategias de cuidado propio, lo cual suele ser reconocido como el primer puesto de las barreras que dificultan el compromiso en estrategias de autocuidado entre los psicólogos (Bettney, 2017; Dattilio, 2015; El-Ghoroury et al., 2012; Pakenham & Stafford-Brown, 2012). Asimismo, los resultados señalan que aquellas personas que realizan prácticas en el sector público presentan mayores horas de prácticas a la semana que aquellas personas que realizan prácticas en el sector privado. Esto podría referir que los estudiantes de prácticas en el sector público tendrían menos tiempo para elaborar sus experiencias y menores oportunidades para desarrollar estrategias de autocuidado, lo cual podría conllevar a un mayor riesgo de presentar impactos negativos en su salud (Dattilio, 2015; El-Ghoroury et al., 2012; Lee et al., 2011; Pakenham & Stafford-Brown, 2012).

En la misma línea, los resultados mostraron una diferencia en los niveles de autocuidado en base a la presencia de un espacio de contención emocional en los centros de práctica pre-profesional. En este sentido, aquellos estudiantes cuyos centros de prácticas ofrecen un espacio de contención emocional presentaron mayores niveles de autocuidado que aquellos cuyos centros de prácticas no presentaban dicho espacio. Esto podría relacionarse al hecho de que en un espacio de contención emocional, los estudiantes pueden recibir una retroalimentación más allá del nivel de la técnica o la teoría con la que se labore, sino que también puede recibir un espacio de acompañamiento y escucha que le permita procesar la carga emocional que se acumula durante el ejercicio profesional (Bailey, 1998; Bratton, 1997; Clark, Murdock & Koetting, 2009; Rummell, 2015).

Siguiendo la definición de Guerra et al., (2008), podría considerarse al espacio de contención emocional brindado por el centro de prácticas como una condición de autocuidado. Asimismo, el espacio de contención emocional podría permitir que el estudiante perciba a su institución, en la persona de los supervisores, como una red de apoyo y soporte

(Massenberg, Spurk & Kauffeld, 2015; Park, Wilson & Lee, 2004). En este sentido, tomando el rol del soporte social a nivel funcional, este cumple con tres funciones principales, como el apoyo emocional, el apoyo informativo, y el apoyo instrumental (House, 1981; Martín, Sánchez & Sierra, 2003). De esta manera, el espacio de contención emocional, como soporte social, podría permitirle al estudiante lograr un nivel de bienestar y calma que le permita continuar explorando y aplicando estrategias de autocuidado, así como un mejor balance entre el trabajo y la vida personal (Russo, Shteigman & Carmeli, 2016).

Asimismo, se halló que los estudiantes cuyos centros de prácticas contaban con un espacio de contención emocional presentaron menores niveles de estrés percibido que aquellos cuyos centros de prácticas no contaban con uno de estos. En relación a esto, el espacio de contención emocional podría ser un espacio en el cual el estudiante puede elaborar las emociones que el trabajo le suscita, así como podría permitirle replantearse las situaciones a las que se halla inmerso gracias al soporte brindado por el supervisor (Barra, 2004; Fuentealba, 2006; Shumaker & Brownell, 1984; Zabalza, 2011). Desde este punto de vista, gracias al espacio de contención el estudiante podría llevar a cabo un proceso de reevaluación de las situaciones que podría haber considerado como estresantes en un primer momento (Barra, 2004; Shumaker & Brownell, 1984). Así también, dicho espacio abriría la posibilidad de reevaluar las capacidades propias, las cuales podrían estar siendo fortalecidas por la retroalimentación brindada en este espacio, yendo más allá de la supervisión de la técnica y la teoría que se maneje en la institución de prácticas y estableciendo una relación de confianza entre el estudiante y sus supervisores (Bailey, 1998; Bratton, 1997; Clark et al., 2009; Fuentealba, 2006; Rummell, 2015; Zabalza, 2011).

Entre tanto, en relación a los niveles de estrés percibido se presentaron diferencias en base a la movilización del estudiante. En este sentido, aquellos estudiantes que se mudaron lejos de su familia durante su tiempo en prácticas presentan menores niveles de estrés percibido que aquellos que no se han mudado. Esto podría relacionarse a los motivos por los cuales un estudiante decide mudarse (Lira et al., 2017), de manera que algunos estudiantes podrían haber optado por mudarse debido a mejores oportunidades y facilidades de la nueva locación respecto a la rapidez del trayecto recorrido hacia el centro de prácticas. En este sentido, en la población de estudiantes universitarios limeños, una de las principales fuentes de estrés a las que se podrían hallar sometidos es al tráfico vehicular de la zona urbana (Gee & Takeuchi, 2004; Pacora, 2012). Por lo cual, decidir mudarse cerca al centro de prácticas podría evitar la exposición a fuentes de estrés como el tráfico vehicular y a su vez permitiría aprovechar el tiempo que se estaría perdiendo durante el trayecto en medio del tráfico. Si

bien, el alejarse de la familia podría sugerir la separación de una red de soporte importante, al mismo tiempo podría significar un distanciamiento de los problemas familiares, así como de una exploración en el recorrido por conquistar la independencia de los padres por parte de los estudiantes de psicología (Barrera & Vinet, 2017).

De igual manera, los resultados mostraron diferencias en los niveles de estrés percibido en base a la universidad de procedencia. En este sentido, aquellos que pertenecen a la Universidad Nacional B presentaron menores niveles de estrés percibido en comparación a los estudiantes que pertenecen a la Universidad Privada. No obstante, cabe resaltar que no se hallaron diferencias entre ambas universidades y la Universidad Nacional A, por lo cual las diferencias entre la Universidad Privada y la Universidad Nacional B son específicas y faltarían evidencias para tener mayor certidumbre sobre la razón de sus diferencias en los niveles de estrés percibido.

Por otra parte, a partir del objetivo principal, los resultados mostraron una relación entre el estrés percibido y el autocuidado, de manera que se corresponde a lo sugerido por diversos autores respecto al empleo de estrategias de autocuidado en la reducción de los niveles de estrés percibido (Butterfield, 2017; Colman et al., 2016; Myers et al., 2012). Así también, como parte de los resultados se presentó un modelo predictivo del estrés que estaría conformado por los niveles de autocuidado, seguido por los beneficios que trae consigo el tener la disponibilidad de un espacio de contención emocional, así como los beneficios de la movilización local relacionada a las prácticas pre-profesionales. En este sentido, los estudiantes podrían percibir menos niveles de estrés mientras se presente un mayor empleo de estrategias de autocuidado, se cuente con un espacio de contención emocional y en caso se haya considerado la posibilidad de mudarse durante su tiempo en prácticas.

Dicho modelo sugiere la importancia del autocuidado sobre las distintas variables responsables en cuanto a los niveles de estrés debido a que su función principal es la de reducir el impacto negativo del trabajo para evitar el desaliento profesional (Barriga, Rosemberg & Uribe, 2008; Durruty, 2005; Guerra et al., 2008; Hidalgo & Moreira, 2000; Pearlman & Saakvitne, 1995), siendo el estrés uno de los precursores principales de este. Asimismo, la importancia de la contención emocional como segunda variable explicativa tendría razón en su naturaleza como condición de autocuidado (Guerra et al., 2008) y como una forma de soporte social, el cual es reconocido como una fuente de protección contra los efectos nocivos del estrés a partir del modelo de amortiguación (Barra, 2004; Shumaker & Brownell, 1984). Cabe resaltar que así como estas, los resultados sugieren que el autocuidado podría hallarse en un constante balance en el cual, el estudiante lidia con las demandas tanto

personales, como sociales e institucionales y ello podría implicar la presencia de barreras que pudiesen dificultar el compromiso con estrategias de autocuidado (Bettney, 2017; Dattilio, 2015; El-Ghoroury et al., 2012; Pakenham & Stafford-Brown, 2012).

En este sentido, los niveles de estrés percibido toman una gran importancia debido a sus posibles implicancias en la salud de los estudiantes que realizan prácticas pre-profesionales. Asimismo, aquellos estudiantes que presentaron mayores niveles de estrés percibido podrían estar presenciando situaciones que generarían barreras para el empleo del autocuidado, como la falta de tiempo. Por lo tanto, elevados niveles de estrés y bajos niveles de autocuidado podrían llevar a los estudiantes a desarrollar hábitos poco saludables que en su futuro profesional podrían instalarse de una forma más rígida.

En la misma línea, algunos estudiantes refieren que no existen espacios de contención emocional establecidos, tanto a nivel de infraestructura como dentro del horario de prácticas. Además, refieren que los espacios de supervisión se concentran en la técnica y el trabajo, dejando de lado la salud y la experiencia a nivel integral del practicante. Asimismo, reportan que dicha contención variaría dependiendo del supervisor a cargo, lo cual implicaría una falta de igualdad de condiciones a los cuales estarían expuestos los estudiantes. Además, se hacen visibles las dificultades que tienen las instituciones en cuanto a los recursos que son destinados a las supervisiones, tanto a nivel de infraestructura, como económico y administrativo. En este sentido, los estudiantes refieren que tanto las instituciones como los supervisores desconocen o muestran una falta de interés sobre el rol que toman las emociones en sus practicantes, tanto en su desempeño laboral como en el cuidado de su salud. Estas razones resaltan la urgencia de una reforma en el trato de estos espacios de formación al considerar el rol que juega la contención emocional dentro del autocuidado y el estrés percibido en los practicantes.

Por lo tanto, las estrategias de autocuidado, la movilización y el espacio de contención emocional podrían ser tomadas como herramientas para afrontar el estrés; tomando en cuenta que también existen diversas prácticas de salud que no han sido contempladas en la presente investigación como el soporte social, en todas sus dimensiones, las creencias de salud, los estilos de afrontamiento, entre otros. Si bien, el espacio de contención emocional brindado por la institución podría ser considerado como una forma de soporte social en las prácticas pre-profesionales, se desconoce la relación del soporte social a nivel familiar, de pareja o amical, con el estrés percibido en esta población. Asimismo, cabe resaltar la importancia de poder indagar a futuro sobre los estilos de afrontamiento en la población de practicantes, debido a que algunas investigaciones en universitarios reportan que el empleo del estilo evitativo de

afrontamiento predice una menor salud mental y cuya relación se halla mediada por el estrés percibido (Chao, 2011; Chau & Vilela, 2017).

Como limitaciones de la presente investigación se considera la escasa bibliografía respecto al autocuidado y al estrés percibido en la población de practicantes de psicología en contextos clínicos y de la salud. Asimismo, la interpretación de los resultados resulta limitada en base a que la información disponible respecto a las condiciones laborales en la data recolectada es escasa, así como no se recogieron datos sobre los motivos por los cuales algunos estudiantes decidieron mudarse durante su tiempo en prácticas. Además, el empleo del instrumento para recolectar información sobre el autocuidado parte de una visión más conductual del autocuidado que de una visión integral.

En esta línea se sugiere profundizar en las características del trabajo que realizan los practicantes de psicología, como el número de rotaciones, casos atendidos por día, entre otros. Asimismo, considerar constructos relacionados al autocuidado como la motivación respecto a las prácticas, el nivel de satisfacción con el centro de prácticas pre-profesionales y con el centro de estudios, los estilos de afrontamiento, el soporte social, las prácticas de salud, entre otros. Así también, se considera pertinente el desarrollo de herramientas o la adaptación de instrumentos que evalúen el nivel de autocuidado de manera más integral dentro del contexto peruano, abarcando no solo conductas, sino también procesos. Además, se sugieren investigaciones con diseño cualitativo para comprender de manera integral la situación de los practicantes de psicología en contextos clínicos y de la salud.

Entre tanto, cabe recordar que no se puede determinar si una conducta es más efectiva que otra para disminuir los niveles de estrés. Esto debido a que las conductas han de ser tratadas como un conjunto, como un todo singular para cada persona. Este conjunto, como se ha revisado en la literatura, se considera como autocuidado. En el modelo de regresión lineal múltiple, la frecuencia del autocuidado predice los niveles de estrés percibido en los practicantes de psicología. Por esta razón, se recomienda a los estudiantes que identifiquen cuál es el conjunto de conductas de autocuidado que emplea cada uno durante sus prácticas. Asimismo, se considera importante que los practicantes realicen una revisión sobre sus propias conductas de autocuidado y evalúen si es que verdaderamente cumplen con tal objetivo. Además, se recomienda crear o aprovechar espacios de intercambio donde se pueda enriquecer el autocuidado de cada practicante con ayuda de la mirada de sus compañeros. Esto debido a que son personas que presencian de manera próxima la experiencia que se está teniendo durante las prácticas.

Por otro lado, a partir de lo reportado por los practicantes, no todos los centros de prácticas cuentan con facilidades para brindar una supervisión integral donde no solo se vea la técnica o el trabajo, sino que se vea al practicante con sus experiencias vividas. Por lo tanto, se recomienda a las universidades fortalecer dentro de las asesorías un espacio de contención emocional, así como el acompañamiento al practicante en la promoción de su autocuidado. De igual manera, se recomienda fortalecer de manera transversal en la formación de pregrado los conocimientos referentes al autocuidado y su relevancia tanto a nivel personal y profesional.

Finalmente, cabe resaltar la importancia del estudio del autocuidado y los niveles de estrés percibido en la población de practicantes de psicología debido a la situación de la Salud Mental en el Perú, en el cual la demanda de profesionales es superior a la oferta disponible y la vulnerabilidad de los psicólogos por ser sobrepasados por las condiciones laborales se acentúa por un distanciamiento entre la formación profesional y el ejercicio del mismo por medio de las instituciones competentes, tales como las universidades, las escuelas de psicoterapia y el colegio de psicólogos. Siendo este último una de las instituciones más controversiales debido a la desorganización, la incomunicación y la ausencia de un sentido de confianza por parte de los psicólogos hacia el colegio. Todas estas instituciones en conjunto velan por el ejercicio de la profesión dentro del país por lo que, tanto desde las aulas como de los centros laborales, tienen como tarea el promover condiciones laborales óptimas para el desarrollo de la profesión, así como una preparación de calidad de los futuros profesionales.

## Referencias:

- Amato, P., Johnson, D., Booth, A., & Rogers, S. (2003). Continuity and change in marital quality between 1980 and 2000. *Journal of marriage and family*, 65(1), 1-22.
- Apaza, Y., & Bernal, L. (2016) *Estrés traumático secundario y conductas de autocuidado en personal de salud mental* (Tesis de titulación) Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.
- Aqueveque, F. (2013) *Estudio comparativo sobre la frecuencia de uso de estrategias de autocuidado en psicoterapeutas novatos y experimentados*. (Tesis de titulación). Universidad de Chile, Chile.
- Bailey, L. (1998). The wellness, positive psychological attitudes, and perceived faculty support of counseling psychology doctoral students. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 58, 5883.
- Barra, E. (2003). *Psicología de la Salud*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14(2), 237-243.
- Barrera, A. & Vinet, E. (2017). Adulthood Emergent and cultural characteristics of the stage in university students in Chile. *Terapia psicológica*, 35(1), 47-56.
- Barría, J. (2002). *Síndrome de burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile*. [Tesis de magister no publicada], Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Barriga, V., Rosemberg, N., y Uribe, P. (2008). Autocuidado y equipos de salud. *Salud pública y salud familiar*.
- Bastidas, M. (2017) *Experiencia de psicólogos clínicos que trabajan en centros de salud mental al utilizar las estrategias de autocuidado como método para tratar el Síndrome de Desgaste Laboral* (Tesis de licenciatura). Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador.
- Baum, A., Gatchel, R., & Krantz, D. (1997). *An introduction to health psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Becerra, S. (2013). *Rol de estrés percibido y su afrontamiento en las conductas de salud de estudiantes universitarios de Lima* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, F. & Emery, G. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Betta, R., Morales, G., Rodríguez, K., & Guerra, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 3 (9), 9-19.
- Bettney, L. (2017). Reflecting on self-care practices during clinical psychology training and beyond. *Reflective Practice*, 18(3), 369-380.
- Bobes, J., Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz, P. & Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Psiquiatría Ediciones.
- Bratton, M. (1997). The academic experiences, career self-efficacy, and performance self-esteem of female and male doctoral students in counseling psychology. *Dissertation Abstracts International: Section A: The Humanities and Social Sciences*, 58, 0079
- Bride, B., Robinson, M., Yegidis, B. & Figley, C. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14, 27-35.
- Butler, L., Carello, J., & Maguin, E. (2017). Trauma, stress, and self-care in clinical training: Predictors of burnout, decline in health status, secondary traumatic stress symptoms, and compassion satisfaction. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 416-424.
- Butterfield, A. (2017). *Perceived stress, self-care practices, and empathy in clinical and counseling psychology doctoral students* (Order No. 10619393). . (1964388200). Retrieved from <https://search-proquest-com.ezproxybib.pucp.edu.pe/docview/1964388200?accountid=28391>
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. & Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología de la PUCP*, 21(2), 363-392.
- Castellanos, M., Guarnizo, C. & Salamanca, Y., (2011). Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de una universidad colombiana. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 50-57.
- Castillo, M. (2014) *Niveles de fatiga por compasión en practicantes de psicología clínica, desde un enfoque integrativo: estudio a realizarse en estudiantes de 10mo semestre, que hacen sus prácticas pre-profesionales en la carrera de Psicología Clínica de la PUCE, durante el período de septiembre a diciembre de 2013* (Tesis de titulación). Pontificia Universidad del Ecuador, Ecuador.
- Ceroni, M. (2007). Las prácticas preprofesionales. *Revista de la Sociedad Química del Perú*, 73(2), 64-65.

- Cerquin, D., (2008). Aplicación del autocuidado en el personal de enfermería que labora en el Centro Quirúrgico del Centro Hospitalario Maison de Sante.Sede Lima. (Tesis inédita de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Chao, R. (2011). Managing stress and maintaining well-being: social support, problem-focused coping, and avoidant coping. *Journal of Counseling & Development, 89*, 338-348.
- Chau, C. & Vilela, P. (2017). Determinantes de la salud mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco. *Revista de Psicología, 35*(2), 387-422.
- Clay, R. A. (2011), January. Is stress getting to you? *Monitor on Psychology, 42*, 58 – 63
- Clark, H., Murdock, N., & Koetting, K. (2009). Predicting burnout and career choice satisfaction in counseling psychology graduate students. *The Counseling Psychologist, 37*, 580 – 606.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 385-396.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Nueva Jersey, Estados Unidos: Lawrence Erlbaum.
- Colman, D., Echon, R., Lemay, M., McDonald, J., Smith, K., Spencer, J., & Swift, J. (2016). The efficacy of self-care for graduate students in professional psychology: A meta-analysis. *Training & Education In Professional Psychology, 10*(4), 188-197. doi:10.1037/tep0000130
- Dattilio, F. (2015). The self-care of psychologists and mental health professionals: A review and practitioner guide. *Australian Psychologist, 50*(6), 393-399.
- Dehle, C., Larsen, D., & Landers, J. (2001). Social support in marriage. *American Journal of Family Therapy, 29*(4), 307-324.
- Díaz Barriga, F. (2006). *Enseñanza situada: vínculo entre la escuela y la vida*. México: McGraw-Hill.
- Dorociak, K., Rupert, P., & Zahniser, E. (2017). Work life, well-being, and self-care across the professional lifespan of psychologists. *Professional Psychology: Research & Practice, 48*(6), 429–437. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1037/pro0000160>
- Durruty, P. (2005). *Ejes de autocuidado para el terapeuta orientado a la prevención del síndrome de burnout desde la perspectiva de la asertividad generativa*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Chile, Santiago, Chile.

- El-Ghoroury, N., Galper, D., Sawaqdeh, A., & Bufka, L. (2012). Stress, coping, and barriers to wellness among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology, 6*(2), 122-134. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028768>
- Fabiani, V., & Lucero, M. (2018). *Conductas de Autocuidado y Estilos de Personalidad en Psicólogos Clínicos* (Tesis de Doctorado). Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.
- Freire, E. (2019). *Análisis del desgaste por empatía en estudiantes que realizan prácticas pre-profesionales, de la carrera de psicología de la Pontificia Universidad Católica - Ambato*. (Tesis de titulación) Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador.
- Fuentealba, R. (2006). Desarrollo profesional docente: Un marco comprensivo para la iniciación pedagógica de los profesores principiantes. *Foro Educativo, 10*, 65-106
- Gee, G. & Takeuchi, D. (2004). Traffic stress, vehicular burden and well-being: A multilevel analysis. *Social Science & Medicine, 59*(2), 405-414.
- Goncher, I., Sherman, M., Barnett, J., & Haskins, D. (2013). Programmatic Perceptions of Self-Care Emphasis and Quality of Life Among Graduate Trainees in Clinical Psychology: The Mediational Role of Self-Care Utilization. *Training & Education in Professional Psychology, 7*(1), 53-60. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1037/a0031501>
- González, M. & Landero, R. (2007). Factor structure of the perceived stress scale (PSS) in a sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology, 10*(1), 199-206. <https://doi.org/10.1017/S1138741600006466>
- González, M., Rodríguez, M. y Landero, R. (2013). The Perceived Stress Scale (PSS): Normative Data and Factor Structure for a Large-Scale Sample in Mexico. *Spanish Journal of Psychology, 16*(47), 1-9.
- Grill, S., & Galarza, A. (2017). Adaptación y validación de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos EAP. (Manuscrito no publicado). Mar del Plata; Facultad de Psicología, UNMDP.
- Guerra, C. (2011) Validez discriminante de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Summa Psicológica UST, 8* (2), 39-44
- Guerra, C., Mújica, A., Nahmias, A., & Rojas, N. (2011). Análisis psicométrico de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología, 43* (2), 319-328.

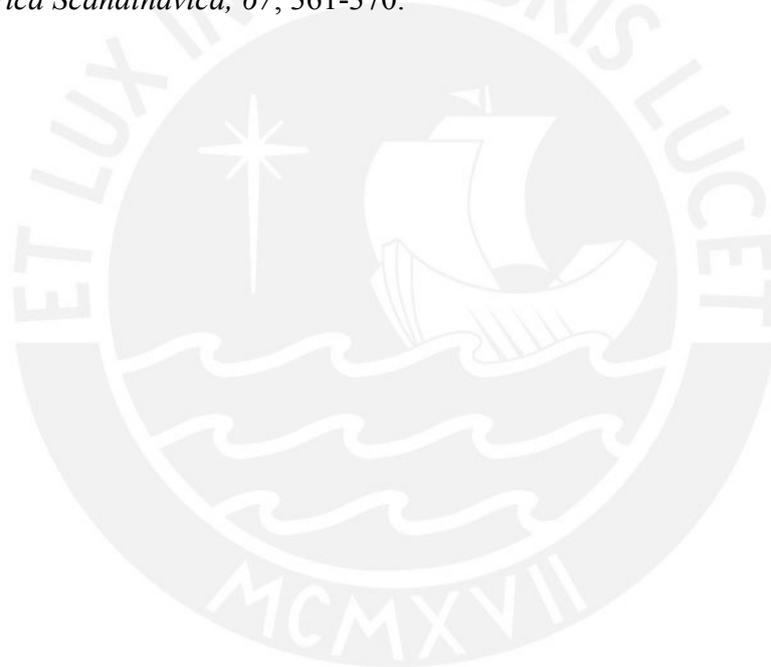
- Guerra, C., & Pereda, N. (2015). Estrés traumático secundario en psicólogos que atienden a niños y niñas víctimas de malos tratos y abuso sexual: un estudio exploratorio. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 45(2), 177-188.
- Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G., & Betta, R. (2008). Validación Preliminar de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Psykhé*, 17(2).
- Guerra, C. & Saiz, J. (2007). Examen psicométrico de la Escala de Estrés Traumático Secundario: un estudio en profesionales chilenos. *Psicología Conductual*, 15, 441-456.
- Guerra C., Vivanco, A. & Hernández, Carla. (2009). Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual en el Aumento de Conductas de Autocuidado y Disminución del Estrés Traumático Secundario en Psicólogos Clínicos. *Terapia psicológica*, 27(1), 73-81.
- Hidalgo, N. & Moreira, E. (2000). Autocuidado, trastorno psicológico y rotación de equipos de salud mental. Santiago: Departamento de Psicología, Universidad de Chile.
- Holmes, T., & Rahe, R. (1967) The social readjustment scale. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 11, 213-218.
- House, J. (1981). Work, stress and social support, Reading, MA: Addison Wesley
- Jimenez, J. (2015) *Ansiedad en practicantes de Psicología de la Universidad de Antioquia Sede Amalfi* (Tesis de licenciatura). Universidad de Antioquia, Colombia
- Kline, R. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3era ed.). New York: Guilford Press.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company Inc.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca S.A
- Lee, J., Lim, N., Yang, E., & Lee, S. (2011). Antecedents and consequences of three dimensions of burnout in psychotherapists: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42, 252–258.
- León, A. (2016) *Nivel de autocuidado de las enfermeras de la microred pueblo nuevo según la teoría de Orem* (Tesis de licenciatura) Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.
- Lira, I., Olguín, Z., Díaz, Á., Díaz, R., & Zárate, E. (2017). La Migración Estudiantil. Causas Y Efectos. *Revista Ciencia Administrativa*, 218–228.
- Locke, H. J. y Wallace, K. M. (1959). Short marital adjustment and prediction tests: their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21 (3), pp. 251 – 255.

- Manning-Walsh, J. (2005). Social support as a mediator between symptom distress and quality of life in women with breast cancer. *Journal Obstetrical Gynecological Neonatal Nursing*, 34, (4), 482-93.
- Manturano, Z., & Cabanillas, M. (2014). Conocimiento y práctica de autocuidado del profesional de Enfermería del servicio de Pediatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2013. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 7(2), 35-42.
- Martín, J., Sánchez, J. & Sierra, J. (2003). Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes de cáncer de pulmón. *Terapia Psicológica*, 21: 29-37.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 42-80.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Massenberg, A., Spurk, D., & Kauffeld, S. (2015). Social support at the workplace, motivation to transfer and training transfer: a multilevel indirect effects model. *International Journal of Training and Development*, 19(3), 161-178.
- McKinzie, C., Burgoon, E., Altamura, V., & Bishop, C. (2006). Exploring the Effect of Stress on Mood, Self-Esteem, and Daily Habits with Psychology Graduate Students. *Psychological Reports*, 99(2), 439-448.
- Meany-Walen, K., Cobie-Nuss, A., Eittreim, E., Teeling, S., Wilson, S., & Xander, C. (2018). Play therapists' perceptions of wellness and self-care practices. *International Journal of Play Therapy*, 27(3), 176-186.
- Ministerio de Salud (2018) Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
- Moral De la Rubia, J. (2008). Predicción del ajuste diádico en una muestra nuevoleonesea. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(2), pp. 247 – 256.
- Muñoz, E. (2016) *Influencia del autocuidado en la aparición del desgaste profesional en psicólogos clínicos y sanitarios* (Tesis de maestría). Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España.
- Myers, S., Sweeney, A., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A., & Fingerhut, R. (2012). Self-Care Practices and Perceived Stress Levels Among Psychology Graduate Students. *Training & Education in Professional Psychology*, 6(1), 55-66. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1037/a0026534>

- Nelson, N., Dell'Oliver, C., Koch, C., & Buckler, R. (2001). Stress, Coping, and Success among Graduate Students in Clinical Psychology. *Psychological Reports, 88*(3), 759–767.
- Orem, D. (1990). A nursing practice theory in three parts, 1956-1989. *M. E. Parker (Ed.), Nursing theories in practice, 47-60.*
- Pacora, M. (2012). *Relación entre los estresores y el afrontamiento en el transporte público de Lima en grupo de usuarios laboralmente activos* (tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Pakenham, K. I., & Stafford-Brown, J. (2012). Stress in clinical psychology trainees: Current research status and future directions. *Australian Psychologist, 47*, 147–155.
- Park, K., Wilson, M., & Lee, M. (2004). Effects of social support at work on depression and organizational productivity. *American journal of health behavior, 28*(5), 444-455.
- Pearlman, L., & Saakvitne, K. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C. R. Figley (Ed.), *Brunner/Mazel psychological stress series, No. 23. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel.
- Pedrero, E. & Olivar, A. (2010). Estrés percibido en adictos a sustancias en tratamiento mediante la escala de Cohen: propiedades psicométricas y resultados de su aplicación. *Anales de Psicología, 26*(2), 302-309.
- Pourrajab, M., Rabbani, M., & Kasmaienezhadfad, S. (2014) Different Effects of Stress on Male and Female Students. *Online Journal of Counseling & Education, 3*(3), 31–39.
- Prado, L., González, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica, 36*(6), 835-845.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385–401.
- Ramírez, L. (2016). Dilemas y tensiones en la transición del aula universitaria a la práctica preprofesional en estudiantes de psicología. *Educación, 25*(48), 29-51
- Ramos, V., & Jordão, F. (2015). La relación entre el estrés laboral, las fuentes que le dan origen y las estrategias de coping en el sector público y el privado. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 31*(1), 11-20.
- Ramos, F. Manga, D., & Moran, C. (2005). Escala de Cansancio Emocional (ECE) para estudiantes universitarios: Propiedades psicométricas y asociación. *INTERPSIQUIS.*

- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93. <https://doi.org/10.1017/S1138741600006004>
- Remor, E., & Carrobes, J. (2001). Versión Española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 195-201.
- Restifo, S. (2012). Disconcerting aspects in the everyday professional life of the mental health clinician: a brief overview. *Australasian Psychiatry: Bulletin Of Royal Australian And New Zealand College Of Psychiatrists*, 20(4), 278–282. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu/10.1177/1039856212447967>
- Rummell, C. (2015). An exploratory study of psychology graduate student workload, health, and program satisfaction. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(6), 391-399.
- Rupert, P., Miller, A., & Dorociak, K. (2015). Preventing burnout: What does the research tell us? *Professional Psychology: Research and Practice*, 46, 168–174. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039297>
- Russo, M., Shteigman, A., & Carmeli, A. (2016). Workplace and family support and work–life balance: Implications for individual psychological availability and energy at work. *The Journal of Positive Psychology*, 11(2), 173-188.
- Salas, A. (2016) *Agentes comunitarios de la salud y estrategias de autocuidado de la salud mental en un distrito de Chincha* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Sánchez, L. (2017) *Relación entre burnout y el autocuidado. Estudio realizado desde la psicología positiva en psicólogos clínicos docentes de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Ecuador en el periodo de abril a julio de 2017* (Tesis de titulación). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador.
- Sandoval, C., (2010). El autocuidado. El valor del autocuidado como estilo de vida saludable. *Revista Corporeizando* 1(4). Pp. 72 – 82.
- Shumaker, S., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of social issues*, 40(4), 11-36.
- Spanier, G. (1976). Dyadic adjustment: New scales for assesing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38(1), pp. 15 – 28.
- Spielberger, C, Gorsuch, R. & Lushene, R. (1986). *Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.

- Steiner, B., Kurtz-Costes, B., & Kinlaw, C. (2000). Doctoral student experiences in gender-balanced and male-dominated graduate programs. *Journal of Educational Psychology*, 92, 296–307.
- Taylor, S. (2015) *Health psychology*, New York, United States of America, McGraw-Hill Education.
- Zahniser, E., Rupert, P., & Dorociak, K. (2017). Self-care in clinical psychology graduate training. *Training & Education in Professional Psychology*, 11(4), 283–289. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1037/tep00001>
- Zabalza, M. (2011). El Practicum en la formación universitaria: estado de la cuestión *Revista de Educación*, 354. 21-43
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.





## APÉNDICE A

### Ficha Sociodemográfica

Sexo:  Masculino;  Femenino

Edad: \_\_\_

Estado Civil:  Soltera(o);  Casada(o);  Conviviendo;  Separada(o)Lugar de nacimiento:  Lima;  Otra región del país: ¿cuál?: \_\_\_\_\_¿Se ha mudado lejos de su familia durante su tiempo en prácticas?:  Sí;  No

¿Cuánto tiempo (en meses) lleva realizando Prácticas Pre-Profesionales en su actual centro de prácticas?: \_\_\_Meses

**Solo en caso haya realizado prácticas previamente en otro CP, ¿Cuánto tiempo (en meses) ha realizado prácticas previo a su actual CP?:**\_\_\_\_\_Meses

Actualmente, ¿Cuántas son sus Horas de Trabajo de prácticas a la semana?:\_\_\_\_\_hrs.

Sector del área de prácticas:  Público;  Privado

¿Cuál es su centro de prácticas? (ej.: Hospital, ONG, asociación): \_\_\_\_\_

¿Recibe algún tipo de remuneración económica?:  Sí;  No. **En caso Sí, señale cual:** Salario mínimo vital. Viáticos por alimentación y movilidad. Dinero de bolsillo o propina. Otros.¿Cuál o cuáles son las poblaciones con las que trabaja actualmente?:  
\_\_\_\_\_

Además de su tiempo en prácticas usted:

 Trabaja;  Realiza Actividad Académica;  Ambas opciones;  Ninguna

A partir de la siguiente definición responda las preguntas:

“El autocuidado es un conjunto de acciones específicas que realiza el profesional en psicología clínica con el fin de promover, prevenir y tratar su salud integral, por medio de la disminución y prevención del desgaste laboral” (Guerra, Rodríguez, Morales & Betta, 2008).

Del 0 al 4, donde cero (0) es Nada y cuatro (4) es Mucho, ¿Cuánta información, considera usted, que su Institución Académica le brinda sobre el autocuidado?:				
0	1	2	3	4

¿Recibe algún espacio de acompañamiento o contención emocional por parte del centro donde realiza sus prácticas pre-profesionales? Marque su opción con una X:		
Sí	No	En caso de ser NO, ¿Por qué cree que sucede esto?: _____ _____

## APÉNDICE B

## Características de los participantes

Variable	F	%	Variable	F	%		
Sexo	Hombre	26	24.3	¿Se ha mudado lejos de su familia durante su tiempo en prácticas?	No	95	88.8
	Mujer	82	75.7		Sí	12	11.2
Estado Civil	Soltera(o)	95	88.8	Sector del área de prácticas	Público	85	79.4
	Casada (o)	8	7.5		Privado	22	20.6
	Conviviendo	2	1.9	¿Recibe algún tipo de remuneración económica?	No	86	80.4
	Separada (o)	2	1.9		Sí	21	19.6
Relación de pareja	No tiene pareja	97	90.7	Actividades que realiza además de las prácticas pre-profesionales	Ninguna	9	8.4
	Tiene pareja	10	9.3		Trabaja	13	12.1
Universidad	Universidad Nacional A	35	32.7	Actividad Académica Universitaria	71	66.4	
	Universidad Nacional B	31	29.0	Ambas opciones	14	13.1	
	Universidad Privada	41	38.3	¿Recibe algún espacio de acompañamiento o contención emocional por parte de su centro de prácticas?	No	45	42.1
Lugar de nacimiento	Lima	89	83.2		Sí	62	57.9
	Provincia	18	16.8				
Cambio de centro de prácticas	No	67	62.6				
	Sí	40	37.4				

	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Edad	21	35	24.35	2.40
Tiempo de prácticas actual	1	12	4.17	2.46
Tiempo de prácticas previo al actual centro de prácticas	0	24	2.54	4.30
Hora de prácticas	12	42	30.08	6.64
Información sobre autocuidado	0	4	2.24	0.97

N=107

## Características de los participantes

Los 45 estudiantes que no reciben un espacio de contención emocional dentro de su centro de prácticas comentaron las posibles razones por las cuales se daría esto:

- 18 refieren que no existe un espacio establecido dentro del centro de prácticas tanto en infraestructura como dentro del horario semanal.
- 11 refieren que hay un desconocimiento y desinterés por parte de los centros de práctica respecto al rol de las emociones en el trabajo y en el cuidado del practicante.
- 8 refieren que no estaría contemplado dentro de las funciones del supervisor brindar contención emocional.
- 6 refieren que sus supervisores no hacen su trabajo en general por falta de vocación o de tiempo.
- 6 refieren que su centro de prácticas no cuenta con personal ni recursos para brindar dicho espacio.
- 5 refieren que la supervisión está dirigida a la técnica y al trabajo, dejando de lado al practicante de manera integral.
- 4 refieren que la falta de tiempo y la sobrecarga laboral no permiten al practicante solicitar dicho espacio.
- 2 refieren que el centro de práctica tiene como prioridad a sus pacientes, mas no a su personal
- 2 refieren que el centro de prácticas es un ambiente hostil pues no considera a los practicantes como parte del personal ni les brinda facilidades para trabajar.

## APÉNDICE C

### Hoja de Consentimiento Informado

El propósito de este protocolo es brindar a los y las participantes en esta investigación, una explicación clara de la naturaleza de la misma, así como del rol que tienen en ella. La presente investigación es conducida por Daniel Armando López Valdivieso, estudiante de décimo segundo ciclo de la Facultad de Psicología en la especialidad Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, bajo la supervisión del Dr. Hugo Morales Córdova, profesor de la especialidad. Este estudio cuenta con la aprobación del Centro de Estudios al que pertenecen los estudiantes que participan de la investigación.

El propósito de la investigación es identificar las estrategias de autocuidado y su relación con los niveles de estrés percibido en los estudiantes de Psicología que se hallan en el contexto de prácticas pre-profesionales en áreas Clínicas y/o de la Salud.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá llenar una ficha socio-demográfica y dos breves cuestionarios, lo que le tomará 15 minutos de su tiempo. Su participación es totalmente voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

Los resultados de la investigación serán analizados de manera grupal, no individual, por lo que no se mencionarán sus datos personales ni sus respuestas en el informe final del estudio. Del mismo modo, se presentará un informe general sobre los hallazgos de la investigación junto con recomendaciones dirigidas al centro de estudios al que pertenece el participante, preservando la confidencialidad de los datos y su identidad.

En cuanto a los beneficios por su participación, los resultados del estudio le permitirán profundizar su conocimiento sobre sus propias competencias profesionales y serán útiles para aquellas personas encargadas de su formación como tal.

Las fichas de datos y los cuestionarios que complete serán conservados hasta que concluya la investigación, procediendo luego a su destrucción. En este sentido, el investigador será el único que pueda acceder a estos datos, manteniendo siempre la confidencialidad. Si tuviera alguna duda con relación al estudio, es libre de formular preguntas que considere pertinentes. Además, puede retirarse en cualquier momento de la aplicación si así lo desea.

Muchas gracias por su participación.

Yo, \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. He recibido información de forma verbal sobre la investigación mencionada anteriormente, he leído la información escrita adjunta y he tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas. Entiendo que puedo finalizar mi participación en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento y que la información sobre los resultados serán presentados de forma colectiva cuando éste haya concluido. Para esto puedo comunicarme con el investigador principal del estudio Daniel Armando López Valdivieso al correo [daniel.lopez@pucp.pe](mailto:daniel.lopez@pucp.pe) o al profesor asesor Dr. Hugo Morales Córdova al correo [hmorales@pucp.edu.pe](mailto:hmorales@pucp.edu.pe).

---

Nombre completo del (de la) participante

Firma

Fecha

---

Nombre del investigador responsable

Firma

Fecha

**APÉNDICE D**

## Confiabilidad por consistencia interna

Confiabilidad por Consistencia Interna EAP			Confiabilidad por Consistencia Interna EEP		
Items	Correlación Item-Test Corregida	Alfa si se elimina el elemento	Items	Correlación Item-Test Corregida	Alfa si se elimina el elemento
<b>EAP= .61</b>			<b>EEP= .85</b>		
Item 1	.24	.60	Item 1	.51	.84
Item 2	.07	.63	Item 2	.64	.83
Item 3	.30	.59	Item 3	.50	.84
Item 4	.15	.61	RItem 4	.50	.84
Item 5	.18	.61	RItem 5	.56	.84
Item 6	.41	.56	RItem 6	.27	.85
Item 7	.43	.55	RItem 7	.69	.83
Item 8	.32	.58	Item 8	.38	.85
Item 9	.44	.56	RItem 9	.52	.84
Item 10	.29	.59	RItem 10	.63	.83
			Item 11	.57	.84
			Item 12	.63	.83
			RItem 13	.38	.85
			Item 14	.23	.86