



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

INFLUENCIA DEL AUTOCUIDADO EN LA APARICIÓN DEL DESGASTE PROFESIONAL EN PSICÓLOGOS CLÍNICOS Y SANITARIOS

Autora: Esther Muñoz Otero

Directora Profesional: Gloria García Fernández

Tutor Metodológico: David Paniagua

Madrid

Mayo de 2016



**INFLUENCIA DEL AUTOCUIDADO EN LA APARICIÓN DEL DESGASTE PROFESIONAL EN
PSICÓLOGOS CLÍNICOS Y SANITARIOS**

Esther
Muñoz
Otero

RESUMEN

Objetivos: El autocuidado como factor asociado con la prevención y tratamiento del desgaste profesional o síndrome de *burnout* (SBO) ha sido estudiado en diferentes profesiones, habiendo mostrado una correlación inversa estadísticamente significativa, pero todavía son escasas las investigaciones referidas a la profesión de psicología. Por tanto, los objetivos del presente estudio son conocer; (I) la relación entre las conductas y condiciones de autocuidado de los psicólogos clínicos y sanitarios y la aparición del SBO y de la sintomatología asociada, (II) las diferencias entre los sujetos, dependiendo de su grado de autocuidado y (III) qué otras variables (años de experiencia en la profesión, sexo y sintomatología asociada), influyen en la aparición del SBO. **Método:** La muestra quedó conformada por 46 psicólogos clínicos y sanitarios, de los cuales, el 19,6% son hombres y el 80,4% son mujeres. La edad media fue de 37,41 años y la media de años de experiencia fue de 12,48. La evaluación se realizó mediante un cuestionario de información general elaborado ad hoc, el *Inventario de Burnout de psicólogos* (IBP; Benevides et al., 2002) y la *Escala de Conductas de Autocuidado para psicólogos clínicos* (EAP; Guerra et al., 2008). **Resultados:** (I) no se encontró relación entre las conductas y condiciones de autocuidado de los psicólogos clínicos y sanitarios y la aparición del SBO y de la sintomatología asociada, (II) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de autocuidado y (III) la sintomatología asociada fue la única variable que mostró una relación significativa con la aparición del SBO. **Conclusiones:** No se encontraron resultados que avalasen la influencia del autocuidado en la aparición del SBO y su sintomatología asociada, a diferencia de los hallazgos obtenidos en otras investigaciones y en base a la teoría existente. Finalmente se presenta un análisis de las limitaciones de este estudio y se proponen recomendaciones para futuras investigaciones.

Palabras clave: autocuidado, *burnout*, desgaste profesional, SBO, psicólogos clínicos, sintomatología asociada.

ABSTRACT

Goals: Self-Care as an associated factor with the prevention and treatment of the professional wear or *burnout* that has been studied in different fields and has shown a significant inverse statistical correlation but are still only a few investigations referring to psychologists. Therefore the actual research was designed to find out: (I) the relation between conducts and self-care conditions in between sanitary and clinical psychologists and the *burnout* syndrome and the associated symptomatology, (II) difference between subjects depending on their self-care degree and (III) what other variables (years of work experience, sex and associated symptomatology) other than self-care influence the appearance of this syndrome. **Method:** The sample was formed by 46 clinic psychologists. Nine of them were man (19,6%) and thirty-seven were

women (80,4%). The average age was 37,41 years and 12,48 years experience. The measure was completed by using a questionnaire of general information elaborated ad hoc, *Burnout Inventory of Psychologists* (IBP; Benevides et al., 2002), and *the Scale of Self-care conducts for sanitary psychologists* (EAP; Guerra et al., 2008). **Results:** (I) there were no relation found between conducts and conditions of self-care in this clinic and sanitary psychologist and the appearance of the *burnout* syndrome and all the associated symptomatology, (II) there were no significant statistical relationship found between those two self-care groups and (III) the symptomatology that was associated was the only variable that showed a significant relationship with the appearance of the *burnout* syndrome. **Conclusions:** There were no results found that guarantee the influence of self-care in the appearance of professional *burnout* and its associated symptomatology far from the results obtained in other investigations and the existing theory. Finally an analysis is presented of the different limitations found in this research and the recommendations for future investigation.

Key words: self-care, *burnout*, professional wear, SBO, clinical psychologists, associated symptomatology.

La Organización Mundial de la Salud (2001) define la salud mental como un “estado de bienestar, en el cual, la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. En consecuencia, se postula, la existencia de una asociación entre salud mental y la capacidad para trabajar de forma productiva.

En este sentido, Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Obiols (2010) en un estudio sobre la prevalencia de problemas de salud mental en España, muestran que la prevalencia de problemas de salud mental es mayor en las mujeres (24,6%) que en los hombres (14,7%). En cuanto a las variables relacionadas con la vida laboral, las personas que tienen mayor nivel de estrés relacionado con el trabajo serían las mujeres con un 30,6% y los hombres con un 21,7%.

Los datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística (2015), muestran como la profesión de psicología, que actualmente forma parte de lo que se considera personal sanitario, está constituida mayoritariamente por mujeres. Las cifras actuales en la Comunidad de Madrid, según el INE, indican que, el 72,22% de los profesionales sanitarios colegiados serían mujeres, mientras que tan sólo el 27,78% serían hombres.

Según el Plan Estratégico de Salud Mental, propuesto por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2010), entre el 10-12% del personal sanitario sufre trastornos mentales y/o conductas adictivas en el curso de su vida profesional. Además del sufrimiento que les genera, también ello repercute de manera negativa, en el ámbito familiar como en el ámbito

laboral, con un alto riesgo de afectar la práctica profesional y poner en peligro su propio bienestar y el de los pacientes. Por esto mismo, los distintos profesionales sanitarios están sujetos al deber del autocuidado, según sus respectivos códigos deontológicos.

Según el artículo 66 del Código Deontológico (2004), “el psicólogo debe responsabilizarse de que su equilibrio y estado mental, actitudinal, emocional y comportamental sean los adecuados para prestar sus servicios. Asimismo, debe evitar ser autor de acciones profesionales que generen perjuicios a sus pacientes. Cuando se vea incapacitado para ejercer sus funciones profesionales, sea por su salud mental o por cualquier otra causa, debe interrumpir de inmediato su actividad y solicitar asesoramiento profesional” (pp. 146).

El personal sanitario está considerado un grupo de riesgo, por lo que la psicología es una profesión de la que se derivan múltiples riesgos, bien sea debido a factores externos estresantes, bien a causa de las condiciones generales del ejercicio de la profesión, o bien por motivos de índole interna al propio profesional (Ortega y López, 2004). Por tanto, un profesional de la psicología no sólo debe poseer conocimientos teóricos y habilidades terapéuticas, también debe tener un buen nivel de autocuidado, debe de responsabilizarse de su estado mental y de su salud mental para que a la hora de trabajar con los pacientes, su vida personal no interfiera en el proceso terapéutico. Poseer un buen nivel de autocuidado, no sólo ayuda a crear una buena alianza con el paciente y por ende a evitar interferencias en la terapia, sino que es imprescindible para evitar un mal mayor, el desgaste profesional, el síndrome de *burnout* o SBO del propio terapeuta (Rodríguez y Arias, 2013).

Según Vega, Sanabria, Domínguez, Osorio y Bejarano (2009), el SBO es una entidad patológica, derivado del estrés crónico de aquellas profesiones que se caracterizan por ofrecer una atención intensa y prolongada, a personas con diversas necesidades o en situación de dependencia. Así mismo, se considera un trastorno adaptativo crónico vinculado a un déficit en las habilidades de afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo, alterando la calidad de vida y/o el bienestar de la persona que lo padece, produciéndose a su vez, un deterioro en la calidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales.

Morales, Pérez y Menares (2003) y Vega et al. (2009) definen el SBO como “una respuesta a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación en las tareas que se ha de realizar” y mantienen que el síndrome de desgaste profesional forma parte de un modelo multidimensional, caracterizado por la presencia de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal (como se citó en Maslach y Jackson, 1981).

Ortiz y Ortega (2009) detallan como el agotamiento emocional se caracteriza por la pérdida o la depreciación de recursos emocionales, la despersonalización por la aparición de actitudes negativas e insensibilidad hacia las personas a las que se le presta un servicio y por último, la falta de realización personal, haría referencia a la autovaloración negativa sobre el propio trabajo realizado, a una vivencia de insuficiencia profesional y a una baja autoestima (como se citó en Maslach y Jackson, 1982).

Siguiendo a Ortiz y Ortega (2009), algunas de las consecuencias que se derivan de la aparición del SBO, son las manifestaciones de sintomatología física (cansancio, falta de apetito, insomnio, dolores de cuello, etc.) y psicológica (ansiedad, depresión, irritabilidad, dificultad para concentrarse, etc.). Todas estas alteraciones psicofisiológicas, influyen de manera directa en la disminución de la efectividad de la labor profesional, con pérdida de calidad y productividad laboral. Vega et al. (2009) en referencia a los efectos del SBO, distinguen tres tipos de consecuencias. Por un lado, se encuentran las consecuencias psicológicas que se caracterizan por la presencia de ansiedad, culpabilidad, consumo y abuso de drogas, depresión, baja tolerancia a la frustración, etc. Por otro lado, se encuentran aquellas consecuencias que afectan al contexto organizativo, provocando disminución del rendimiento laboral, falta de motivación, actitudes negativas, ausentismo, etc. Por último se encuentran aquellos efectos que impactan sobre el contexto ambiental, generando actitudes negativas hacia la vida en general, y por tanto produciendo una disminución de la calidad de vida personal y familiar.

Ortiz y Ortega (2009) postulan que el *burnout* puede producirse en profesiones de toda índole, pero sobre todo en aquellas, cuyas funciones estén centradas en el ofrecimiento de apoyo, ayuda, atención o servicio. Según Ortega y López (2004) el desgaste profesional no es un síndrome que afecta exclusivamente a los profesionales de ayuda, ya que se genera por la fuerte involucración laboral en situaciones emocionalmente demandantes, produciéndose un estado de agotamiento emocional, físico y mental. No obstante, a pesar del contexto en dónde se desarrolle, Mingote (1998) señala una serie de características comunes que permiten reconocer la presencia del desgaste profesional: predominio de síntomas disfóricos, alteraciones conductuales, síntomas físicos y malestar clínicamente significativo, que se manifiesta a través de un descenso del rendimiento laboral, de una percepción de baja realización personal y de ineficacia profesional, de una creciente desmotivación e incluso a través de la interrupción de su actividad laboral.

Vega et al. (2009), después de una revisión sistemática entre la década de los 80 y 90, sobre el síndrome de desgaste profesional en diferentes profesiones, revelan la prevalencia de *burnout* hallada: 25% en profesores, 20% a 35% en enfermeras, 30% a 40% en médicos, 12% a 40% en bibliotecarios, 20% en policías y personal sanitario, 17% en enfermeras, 39% en estudiantes de enfermería y 50% en médicos.

Según Guerra Vio, Vivanco y Hernández Morales (2009) en los últimos años se observa un importante aumento de publicaciones, debido al interés que suscita la investigación del desgaste profesional en profesionales de ayuda. Cañadas de la Fuente et al. (2014), en su estudio sobre los niveles de *burnout* en profesionales sanitarios, hallaron niveles preocupantes de este síndrome. La prevalencia de SBO en profesionales sanitarios en general es de un 25,8%. En profesiones específicas, la prevalencia estimada en profesionales de enfermería es del 32,2% y en auxiliares de enfermería la prevalencia estimada se encuentra en torno al 22,66%.

Tal como se observa, son muchas las profesiones estudiadas en referencia a la aparición del síndrome de *burnout*, pero todavía son escasas las investigaciones referidas al desgaste laboral en psicólogos. Ortega y López (2004), después de una revisión sistemática española sobre el estudio del *burnout* en distintas profesiones, recalcan la prevalencia de investigaciones centradas en profesiones vinculadas a labores asistenciales (médicos, auxiliares de clínica, profesionales de enfermería, cuidadores de pacientes geriátricos y profesionales de la salud mental), pero aun así son pocos los estudios que investigan la aparición del desgaste profesional en psicólogos en España (Benevides, Moreno-Jiménez, Garrosa y González, 2002; Ortega y López 2004; Ortiz y Ortega 2009). Debido a estas limitaciones, es lícito preguntarse si los psicólogos también son vulnerables al síndrome de desgaste profesional o *burnout*. La psicología es una profesión que se encuentra sometida a múltiples riesgos psicosociales, que pueden afectar tanto a la vida personal como a la vida profesional del psicólogo. A pesar de estos riesgos, los psicólogos, aparentemente también cuentan con diversas estrategias de afrontamiento, como la capacidad de introspección y la auto-reflexión que les permiten manejar las situaciones de estrés y/o desgaste profesional que se pueden encontrar en su ámbito laboral (Benevides et al., 2002).

En referencia a las investigaciones sobre la aparición de *burnout* en distintos países, Mackoniené y Norvilé (2014), en un estudio con psicólogos escolares lituanos, observaron que el 75,7% de la totalidad de la muestra, posee niveles moderados de *burnout*, en concreto, en la subescala de agotamiento emocional. Oguzberk y Aydin (2008), en su investigación sobre el síndrome de *burnout* en profesionales sanitarios en distintos hospitales de Turquía, encontraron que los psicólogos obtenían niveles más altos de este síndrome, en comparación con los niveles de *burnout* obtenidos de psiquiatras y enfermeras. En el estudio de Vredenburgh, Carlozzi y Stein (1999) sobre el SBO, hallaron que los psicólogos que trabajan en la práctica privada, muestran niveles más bajos de *burnout* que los psicólogos que trabajan en hospitales públicos.

A la hora de evaluar el síndrome de *burnout*, se utiliza mayoritariamente el *Maslach Burnout Inventory*, (MBI; Maslach y Jackson, 1981), aunque recientemente se intenta evaluar de forma más específica los distintos elementos del síndrome en las profesiones de ayuda. En lo referente a la psicología, se han elaborado cuestionarios específicos para la evaluación del

burnout, como el *Psychologist's Burnout Inventory* (PBI; Ackerley, Burnell, Holder y Kurdek, 1988), pero parece ser que no diferencian las dimensiones del estrés general del síndrome específico del *burnout*. Para corregir dichas limitaciones se ha elaborado el *Inventario de Burnout para psicólogos* (IBP; Benevides et al., 2002), que está específicamente dirigido a evaluar las distintas dimensiones del *burnout* (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) en la profesión de psicología y la sintomatología (física y psicológica) asociada a este síndrome.

El interés por investigar los efectos contraproducentes de las profesiones asistenciales, deriva también, en el análisis del autocuidado como factor asociado con la prevención y tratamiento del desgaste profesional (Guerra Vio, Vivanco y Hernández Morales, 2009; Guerra Vio, Mújica, Nahmias y Rojas, 2011; Morales, Pérez y Menares, 2003). Según Uribe (1999), para dicha prevención y tratamiento, surge el concepto de autocuidado, definido como “el conjunto de acciones intencionadas que realiza una persona cualquiera para controlar los factores internos y externos, que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior”.

Según Olivares, Morales, Rodríguez y Guerra (2010), aplicado a la labor del psicólogo, enfatiza la necesidad del autocuidado como estrategia de afrontamiento del SBO. Por ello, se puede definir el autocuidado como “las competencias del psicoterapeuta para promover su salud, su bienestar emocional y su calidad de vida, así como para detectar, enfrentar y resolver las condiciones particulares de desgaste asociadas a su ejercicio profesional” (como se citó en Yáñez y Durruty, 2005).

Guerra, Rodríguez, Morales y Betta (2008), manifiestan que el autocuidado del propio terapeuta, promueve el aumento de los afectos positivos y los recursos físicos, intelectuales y sociales y por ende, facilita la disminución de la sintomatología asociada al *burnout*. Siguiendo esta línea, Pearlman y Saakvitne (1995), declaran que el autocuidado es una práctica compuesta por una serie de estrategias específicas que se dividen en: estrategias a nivel personal (enfocadas a la vida privada) y a nivel profesional (las que se desarrollan en el ambiente laboral).

Olivares et al. (2010) y Guerra et al. (2008), siguiendo con la división planteada por Pearlman y Saakvitne (1995), señalan una serie de conductas de autocuidado (personales y profesionales), entre las que destacan: realizar actividades variadas, diferentes a la atención directa de casos, supervisión de casos clínicos, utilización del sentido del humor en el ambiente de trabajo, dialogar con los compañeros sobre las experiencias personales en el trabajo clínico, participar en actividades recreativas con los compañeros y en actividades de ocio con las redes sociales extralaborales, hacer deporte y actividad física, involucrarse en actividades de crecimiento espiritual, asistir como paciente a terapia, mantener una sana alimentación, asegurar

las condiciones apropiadas del espacio físico para hacer psicoterapia y adquirir experiencia en la práctica de la terapia o bien formarse como psicoterapeuta.

Después de una revisión de diferentes investigaciones que analizan la relación entre el autocuidado y el *burnout*, se observa en todos ellos, una correlación inversa estadísticamente significativa entre el autocuidado y el desgaste profesional. Los datos obtenidos muestran como el aumento de la frecuencia de las prácticas de autocuidado, se asocia con la disminución de los índices de SBO (Benevides et al., 2002; Du Plessis, Visagie y Mji, 2014; Guerra, Rodríguez, Morales y Betta, 2008; Guerra Vio et al., 2011; Guerra Vio et al., 2009; Morales et al., 2003; Olivares, Morales, Rodríguez y Guerra, 2010; Rodríguez y Arias, 2013; Uribe, 1999).

Como puede observarse, según Olivares et al. (2010) existe un amplio espectro de estrategias referidas a la forma más adecuada de ejercitar las conductas de autocuidado. A pesar de ello, son pocos los estudios que aportan evidencia empírica respecto a qué estrategias y/o conductas de autocuidado se asocian a niveles bajos de desgaste profesional. Por esto mismo, se optó por diseñar la *Escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos* (EAP; Guerra et al., 2008), que diferencia entre conductas de autocuidado (acciones que puede llevar a cabo el propio profesional) y condiciones de autocuidado (que hace referencia a cómo el ambiente laboral promueve condiciones de autocuidado). La emisión y la alta frecuencia de estas conductas y condiciones de autocuidado, se asocian a bajos niveles de *burnout* en cualquiera de sus dimensiones.

Uno de los posibles factores que podría influir en el autocuidado y por tanto también la aparición del síndrome de *burnout*, son los años de experiencia en la profesión. En el estudio de Olivares et al. (2010) la experiencia profesional no está asociada a los niveles de estrés traumático secundario, pero si se muestra una influencia directa y significativa con la depresión.

Concha (2013), en su investigación sobre la frecuencia de uso de estrategias de autocuidado en psicoterapeutas novatos y experimentados, refleja que ambos grupos utilizan con frecuencia estrategias y/o conductas de autocuidado, por lo que están protegidos de la aparición del *burnout*. Los datos obtenidos muestran que no existe asociación entre los años de experiencia en la profesión y el autocuidado, aunque indican también, que puede deberse al reducido tamaño muestral. Por otro lado, D'Souza, Egan y Rees (2011) en su estudio con psicólogos clínicos australianos, indican que los niveles más altos de *burnout* y perfeccionismo, se encuentran en aquellos psicólogos que poseen una menor experiencia profesional.

Según el artículo de Santoña y Botella (2003) existen múltiples variables asociadas al rol del terapeuta, que favorecen o facilitan la creación de una buena alianza terapéutica con el paciente. Pero a pesar de esto, parece que no se tiene en cuenta la variable del autocuidado. Siguiendo con la importancia del autocuidado, en un estudio con terapeutas en Sudáfrica, Du

Plessis, Visagie y Mji (2014), pusieron de manifiesto la importancia que tiene la prevención del *burnout*, es decir, el uso de estrategias de autocuidado para mejorar la calidad del proceso terapéutico.

El objetivo principal del presente trabajo consiste, por tanto, en analizar la relación entre las conductas y condiciones de autocuidado de los psicólogos clínico/sanitarios y la aparición del síndrome de *burnout* y de la sintomatología asociada. Como objetivos secundarios, en primer lugar, se pretende conocer las diferencias entre los sujetos, dependiendo del grado de autocuidado que poseen. En segundo lugar, se pretende explorar y cuantificar qué variables (años de experiencia en la profesión, sexo y sintomatología asociada), afectan o se relacionan con el *burnout* y por último el objetivo es poder potenciar el autocuidado como requisito para un buen ejercicio de la profesión de psicología y para la prevención del síndrome de *burnout*.

La hipótesis básica que ha dirigido la realización de este trabajo, es que la práctica activa de conductas y condiciones de autocuidado, se relaciona con bajos niveles de desgaste profesional y sintomatología asociada. Por otro lado, cabe plantearse la existencia de variables como son los años de experiencia laboral, que influyen directamente en el aumento del autocuidado y por tanto, en la disminución de los niveles de desgaste profesional y sintomatología asociada.

MÉTODO

Participantes

La muestra fue incidental, es decir, no probabilística de tipo intencionada. La muestra estuvo compuesta en su totalidad por psicólogos/as ($N= 46$), con titulación oficial de psicólogos clínicos o psicólogos generales sanitarios, que accedieron voluntariamente a participar en el estudio. Para la investigación se establecieron dos criterios de inclusión a la muestra: ser psicólogo/a clínico/sanitario y encontrarse actualmente trabajando como psicólogo/a en la Comunidad de Madrid.

Instrumentos

Para obtener los datos necesarios se utilizó una batería, compuesta por tres instrumentos de medida:

Cuestionario de información general elaborado ad hoc: que recoge variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y nacionalidad) y variables laborales (años de experiencia en la profesión, número de pacientes y población con la que se trabaja).

Inventario de Burnout de psicólogos (IBP; Benevides et al., 2002): Este inventario fue diseñado exclusivamente para analizar y evaluar los procesos del síndrome de *burnout* en psicólogos. Este instrumento consta de dos partes. La primera parte está conformada por treinta ítems, tipo escala Likert, con seis opciones de respuesta, que van desde “nunca”, que tiene un valor de 1, hasta “siempre”, con un valor de 6. Dicho instrumento, pretende medir las dimensiones del síndrome de *burnout* (realización personal, cansancio emocional y despersonalización). La segunda parte del instrumento, el Inventario de síntomas de estrés (ISE), analiza la sintomatología física y psicológica, asociada a las consecuencias del desgaste profesional. Este instrumento está compuesto por treinta ítems, quince de los cuales son de tipo físico funcional o psicosomático y los otros quince de tipo psicológico o social. La escala de respuestas es tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van desde “nunca”, con un valor de 0, a “asiduamente”, con valor de 4.

Las características psicométricas de este instrumento de medida, ponen de manifiesto que el análisis de consistencia de las dimensiones del IBP, dan como resultado un índice de alfa de 0,89 en realización personal, 0,87 en cansancio emocional y 0,77 en despersonalización. Por otro lado, el análisis de consistencia de las dimensiones del ISE, da como resultado un índice de alfa de 0,85 en síntomas psicológicos y 0,72 en síntomas físicos. La correlación entre las dimensiones del IBP y los factores del ISE, son estadísticamente significativas al nivel de 0,01. En el presente estudio, los índices de fiabilidad para esta muestra indican que los instrumentos IBP e ISE poseen una fiabilidad alta (Alfa de Cronbach de 0,93 y 0,89 respectivamente).

Escala de Conductas de Autocuidado para psicólogos clínicos (EAP; Guerra et al., 2008): Se trata de una escala autoaplicada, donde el psicólogo debe señalar la frecuencia con la que emite una serie de conductas de autocuidado y la frecuencia con la que su ambiente profesional favorece o facilita ciertas condiciones de autocuidado. La escala consta de diez ítems, de los cuales, ocho representan conductas de autocuidado y dos incorporan condiciones laborales de autocuidado. Las posibilidades de respuesta varían entre 0 (nunca) y 4 (muy frecuentemente). Las propiedades psicométricas de esta escala, indican que la mayoría de las relaciones entre los ítems de la EAP son directas y significativas (coeficiente de significación de Kaiser Mayer = 0,76 e índice del test de esfericidad de Barlett = 299,38, $p = ,00$). Los resultados muestran que la EAP posee adecuados índices de fiabilidad (Alfa de Cronbach de 0,79) y validez de constructo, al presentar una estructura unifactorial. A pesar de ser un instrumento que ha demostrado adecuados índices de fiabilidad en diferentes investigaciones (Guerra, 2009;

Guerra Vio, 2011; Concha, 2013), en este estudio los resultados muestran que no posee adecuados índices de fiabilidad para esta muestra (Alfa de Cronbach de 0,24).

Diseño

La investigación corresponde a un diseño de tipo cuantitativo. El estudio fue ex post facto, de tipo prospectivo, lo que permitió identificar y calcular el peso que tienen las estrategias de autocuidado y otras variables como los años de experiencia en la profesión, en la prevención del desarrollo del síndrome de burnout y su sintomatología asociada, en una muestra de psicólogos clínicos y sanitarios de la Comunidad de Madrid.

Procedimiento

En primer lugar, se contactó telefónicamente y/o personalmente con diversos centros de psicología de la Comunidad de Madrid y con diversos psicólogos/as de carácter autónomo. Para poder acceder a la muestra de los psicólogos que trabajan en un centro privado, se les envió a los directores/as de dichos centros una autorización que permitía el acceso directo a dicha muestra. Una vez obtenidas las autorizaciones correspondientes, se procedió a la construcción de una encuesta vía online, que estuvo compuesta por los distintos instrumentos de medida necesarios para la investigación. Dicha encuesta fue totalmente anónima y el acceso a los datos estuvo restringido, esto quiere decir, que sólo pudo acceder a dichos datos la persona que elaboró la encuesta.

Por último, se firmó un documento de confidencialidad, en el que existe un compromiso fiel para garantizar el mantenimiento de la confidencialidad de los datos personales recogidos en la investigación y su correcta custodia, de acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Análisis de datos

En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias de las distintas variables sociodemográficas y laborales presentes en este estudio, así como de los totales de las diferentes escalas que componen cada uno de los cuestionarios. En segundo lugar, se analizó la relación entre las conductas y condiciones de autocuidado y la aparición del síndrome de *burnout* y de la sintomatología asociada, a través del uso de la correlación r de Pearson. Posteriormente se utilizó ANOVA de un factor para conocer las diferencias entre los sujetos, dependiendo del grado de autocuidado que poseían. Por último, se procedió al análisis de aquellas variables independientes (sexo, años de experiencia en la profesión, sintomatología

asociada y autocuidado) que se relacionaban con la aparición del *burnout*, a través de una regresión lineal. Todos estos datos fueron procesados mediante el programa IBM SPSS Statistics, versión 20.

RESULTADOS

En primer lugar, se exponen los datos descriptivos referidos a las características sociodemográficas y laborales de la muestra. La muestra, está constituida por 46 psicólogos clínicos y sanitarios, de los cuales, 9 son hombres (19,6%) y 37 son mujeres (80,4%). Del total de la muestra, 23 están solteros (50%), 18 están casados (39,1%), 2 tienen pareja de hecho (4,3%) y 3 están divorciados (6,5%). En cuanto al ámbito de trabajo, el 10,9% de la muestra trabaja con población infanto-juvenil, el 54,3% con adultos y el 34,8% con ambas poblaciones. En lo referido a la edad y a los años de experiencia en la profesión, se observa que la edad media es de aproximadamente 37,41 años, con una desviación típica de 10,81 años. La media de los años de experiencia, se sitúa en torno a los 12,48 años, con una desviación típica de 10,78 años.

En segundo lugar, se muestran los datos descriptivos referidos a los niveles de autocuidado y *burnout*, así como de la sintomatología asociada al desgaste profesional de la muestra.

En referencia a los niveles de autocuidado, los psicólogos que participaron en este estudio puntuaron en los niveles “moderado-alto” de autocuidado. La media en la puntuación total de autocuidado fue de 27,89, con una desviación típica de 3,57. Estos datos indican una baja dispersión de la muestra, que puede apreciarse en el bajo valor de la desviación estándar. La baja variabilidad de la muestra pone de manifiesto la alta homogeneidad que existe (en la muestra los psicólogos únicamente obtuvieron puntuaciones moderadas y altas de autocuidado, mientras que ninguno de ellos mostró bajas puntuaciones en autocuidado). De los 46 psicólogos que participaron, 5 ejercían ocasionalmente conductas de autocuidado (10,9%), 36 psicólogos las ejercían frecuentemente (78,3%) y 5 de ellos las ejercían de manera muy frecuentemente (10,9%). Ninguno de los psicólogos encuestados puntuó en los niveles más bajos de autocuidado.

Con respecto al *burnout* o SBO, se obtuvo en la puntuación total una media de 65,63, con una desviación típica de 17,45. Según los puntos de cohorte del Inventario de *Burnout* de psicólogos (IBP; Benevides et al., 2002), estos valores muestran una puntuación moderada en *burnout*. De hecho, este valor moderado también se refleja en cada una de las dimensiones del SBO. La media en las diferentes dimensiones fue de 24,26 en Agotamiento emocional, 20,83 en

Despersonalización y 20,54 en Realización personal. A continuación, como se observa en la Tabla 1, se muestra el porcentaje de psicólogos que puntuaron en los diferentes niveles de las dimensiones que componen el inventario.

Tabla 1. Frecuencias obtenidas por la muestra en cada una de las dimensiones que forman parte del SBO.

Dimensiones SBO	Niveles	Fr	%
Agotamiento emocional	Bajo	14	30,4
	Moderado	17	37
	Alto	15	32,6
	Total	46	100
Despersonalización	Bajo	19	41,3
	Moderado	19	41,3
	Alto	8	17,4
	Total	46	100
Realización personal	Bajo	18	39,1
	Moderado	20	43,5
	Alto	8	17,4
	Total	46	100

Por último, en cuanto a la sintomatología asociada al desgaste profesional, se observa una media de 57,04, con una desviación típica de 13,04. Estos valores indican una presencia moderada de sintomatología en esta muestra. Los datos muestran que la sintomatología física posee una media de 27,00, con una desviación típica de 6,01 y la sintomatología psicológica posee una media de 30,04, con una desviación típica de 8,09, por lo que ambas sintomatologías predominan en esta muestra, aunque parece que la sintomatología psicológica tiene una prevalencia más alta. Los datos obtenidos, muestran que la sintomatología física y psicológica que apareció de manera más habitual en el nivel “moderadamente”, consistió en dolores de espalda o cuello (21,7%), dolor de cabeza (19,6%), escasas ganas de comunicarse (19,6%), dificultades con el sueño (17,4%), sentimiento de cansancio mental (34,8%), tiempo para uno mismo (34,8%), fatiga generalizada (26,1%), sentimientos de baja autoestima (10,9%), problemas gastrointestinales (17,4%), necesidad de aislarse (13%), estado de apresuramiento continuo (39,1%), pérdida de deseo sexual (15,2%) y escasa satisfacción en las relaciones sociales (10,9%). La sintomatología que apareció en el nivel “frecuentemente” consistió en

dolores de espalda o cuello (26,1%), sentimiento de cansancio mental (19,6%), tiempo para uno mismo (17,4%) y estado de apresuramiento continuo (10,9%). Por último, la sintomatología que apareció en el nivel “asiduamente” consistió en dolores de espalda o cuello (13%), tiempo para uno mismo (6,5%) y estado de apresuramiento continuo (10,9%).

Antes de realizar las pruebas estadísticas correspondientes al contraste de hipótesis, se comprobó el supuesto de normalidad en las variables de estudio “total de la escala de *burnout*” “total de la escala de autocuidado” y “total de la escala de sintomatología asociada” (Kolmogorov-Smirnov, $p < ,001$). Con este resultado no se podía asumir que se distribuyesen según la distribución normal, pero atendiendo a los criterios de Currant, West y Finch (1996), podemos asumir normalidad en las variables del estudio anteriormente mencionadas.

A continuación se muestran los resultados obtenidos respecto a las correlaciones entre las conductas de autocuidado y los niveles de *burnout* y sintomatología asociada. Con los datos obtenidos en la correlación r de Pearson entre las puntuaciones totales de autocuidado y *burnout*, no se puede asumir que exista relación entre dichas variables ($r = -,73$; $N = 46$; $p = ,63$). En referencia a la correlación entre el autocuidado y las diferentes dimensiones del SBO, tampoco se puede asumir que exista relación. Agotamiento emocional ($r = -,114$; $N = 46$; $p = ,451$), Despersonalización ($r = ,000$; $N = 46$; $p = ,999$) y Realización personal ($r = -,065$; $N = 46$; $p = ,668$). Con estos datos, no podemos asumir que la emisión y la alta frecuencia de estas conductas y condiciones de autocuidado, se asocien a bajos niveles de *burnout* en cualquiera de sus dimensiones. En cuanto a la correlación entre el autocuidado y la sintomatología asociada al *burnout*, tampoco podemos asumir la existencia de relación ($r = -,084$; $N = 46$; $p = ,580$).

Con respecto a la comparación entre grupos realizada mediante la prueba estadística ANOVA de un factor, que permite conocer las diferencias entre los sujetos dependiendo del grado de autocuidado que poseían, no podemos asumir que haya diferencias significativas entre el nivel de autocuidado y las diferentes variables: sexo ($F_{2,43} = ,664$, $p = ,520$), edad ($F_{2,43} = ,378$, $p = ,688$), años de experiencia en la profesión ($F_{2,43} = ,870$, $p = ,426$), población con la que se trabaja ($F_{2,43} = ,174$, $p = ,841$), agotamiento emocional ($F_{2,43} = 1,358$, $p = ,268$), despersonalización ($F_{2,43} = ,846$, $p = ,436$), realización personal ($F_{2,43} = ,560$, $p = ,575$), sintomatología física ($F_{2,43} = 1,534$, $p = ,227$), y sintomatología psicológica ($F_{2,43} = ,378$, $p = ,688$).

Por último, se procedió a analizar la relación entre el *burnout* y distintas variables como son el sexo, los años de experiencia, el grado de autocuidado y la sintomatología asociada, mediante el análisis de la regresión lineal. En este caso, $R = ,738$ indica que éstas variables parecen estar relacionadas con la aparición del *burnout* con una R^2 de ,545. R cuadrado nos muestra que el 54,5% de la variación del *burnout* está explicada por estas variables. Pero si

exploramos cada variable independiente por separado, vemos que únicamente existe una relación lineal significativa entre el *burnout* y la sintomatología asociada ($F_{4,41} = 12,257, p < ,001$).

DISCUSIÓN

Los propósitos de esta investigación se centraron en; (I) indagar la relación entre las conductas y condiciones de autocuidado de los psicólogos clínicos y sanitarios y la aparición del síndrome de *burnout* y de la sintomatología asociada, (II) conocer las diferencias entre los sujetos, dependiendo de su grado de autocuidado y (III) explorar qué variables (años de experiencia en la profesión, sexo y sintomatología asociada) afectan o se relacionan con el síndrome de *burnout*.

Los resultados de este estudio, sugieren que el nivel de autocuidado parece no influir en la aparición del desgaste profesional y su sintomatología asociada. Estos datos no concuerdan con los hallazgos obtenidos en otras investigaciones y en base a la teoría existente (Benevides et al., 2002; Du Plessis et al., 2014; Guerra et al., 2008; Guerra Vio et al., 2011; Guerra Vio et al., 2009; Morales et al., 2003; Olivares et al., 2010; Rodríguez y Arias, 2013; Uribe, 1999). Por ejemplo, Olivares et al. (2010) indican en su investigación, la existencia de una correlación inversa y estadísticamente significativa entre el autocuidado y el desgaste profesional, lo que significa que a mayor frecuencia de conductas de autocuidado, menor será el nivel de *burnout* y sintomatología asociada.

El presente estudio se caracteriza por ser un estudio transversal de tipo prospectivo. Los datos obtenidos en esta investigación, plantean la posibilidad de la existencia de un sesgo en la selección de la muestra ya que parece ser no representativa de la población de psicólogos clínicos y sanitarios. Al existir una baja variabilidad de la muestra con respecto a los niveles de autocuidado (todos los psicólogos que participaron en el estudio poseían niveles moderados y altos de autocuidado y ninguno poseía bajos niveles de autocuidado), los datos obtenidos no corresponden a los datos esperados. Los valores conseguidos, invitan a preguntarnos el por qué no se encuentran valores que mantengan las hipótesis iniciales.

Se observa que la muestra es claramente homogénea, lo que puede indicar que la fiabilidad de los instrumentos de medida es baja. Como se observa en el análisis de los índices de fiabilidad de los diferentes instrumentos de medida, la *Escala de Conductas de Autocuidado para psicólogos clínicos* (EAP; Guerra et al., 2008) no posee adecuados índices de fiabilidad para esta muestra (Alfa de Cronbach de 0.243).

Cuando se encuentran valores bajos en la fiabilidad de un instrumento de medición, es importante examinar de dónde puede venir un bajo coeficiente de fiabilidad. En primer lugar, es

posible que el instrumento sea poco discriminante, es decir, que no diferencia adecuadamente a los sujetos. Por otro lado es posible que la formulación de los ítems sea inadecuada lo que provocaría que los sujetos entiendan los ítems de una manera distinta a como lo pretende el autor del instrumento (baja coherencia conceptual). *La Escala de Conductas de Autocuidado para psicólogos clínicos* (EAP; Guerra et al., 2008) consta únicamente de diez ítems, por lo que también es probable que la longitud del test influya en la fiabilidad, ya que como indican los propios autores estos ítems no representan la totalidad de variables asociadas al autocuidado. Por último y tal y como se menciona anteriormente, la variabilidad de la muestra es un factor que influye directamente en la fiabilidad de un instrumento de medida. Por tanto, no encontrar diferencias en los sujetos en referencia a los niveles de autocuidado puede ser consecuencia de la baja representatividad de la muestra. Al no haber diferencias entre los sujetos, tampoco se puede asumir una relación clara y verificada con respecto a los índices de *burnout*.

Al tratarse de una muestra incidental, es decir, no probabilística de tipo intencionada, es posible que la muestra no sea representativa, por lo que es probable que la relación entre el autocuidado y el *burnout* se encuentre en el tipo de población no seleccionada. Un dato que cobra especial relevancia en este estudio es el bajo índice de respuestas a los cuestionarios enviados, obteniendo únicamente 46 respuestas. El bajo índice de retorno de los cuestionarios suscita ciertos interrogantes sobre las características de la muestra y sobre los resultados que se habrían obtenido si la tasa de respuesta hubiese sido mayor. Al ser una muestra reducida y seleccionada intencionadamente, es probable que hayan colaborado exclusivamente los psicólogos más concienciados con el autocuidado, lo que imposibilita la generalización de los resultados.

El no haber encontrado psicólogos con bajos niveles de autocuidado, puede indicar que estos sujetos tuviesen altos índices de desgaste profesional, según la relación que mantienen ambas variables en las investigaciones publicadas hasta la fecha (Benevides et al., 2002; Du Plessis et al., 2014; Guerra et al., 2008; Guerra Vio et al., 2011; Guerra Vio et al., 2009; Morales et al., 2003; Olivares et al., 2010; Rodríguez y Arias, 2013; Uribe, 1999). Las personas con mayor nivel de *burnout* probablemente sean los sujetos que muestren un menor compromiso y por tanto, tengan una menor disposición a colaborar con la investigación.

Vega et al. (2009) distinguían varios tipos de consecuencias en referencia a los efectos del SBO, las cuales podrían explicar el por qué no se han encontrado psicólogos con bajos índices de autocuidado. Sujetos con altos niveles de *burnout* y en consecuencia, bajos niveles de autocuidado se caracterizan por la presencia de ansiedad, depresión, desmotivación, bajo rendimiento laboral, ausentismo y actitudes negativas hacia la vida en general, lo cual impacta y repercute en el sujeto produciendo una clara disminución de su calidad de vida. Todas estas consecuencias pueden reflejar la dificultad, anteriormente mencionada, de estos sujetos para

participar en el estudio y por tanto a contestar a los cuestionarios presentes en esta investigación.

Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto la importancia de subsanar estas limitaciones para la realización de futuras investigaciones. En primer lugar, para poder tener una muestra representativa y poder extrapolar los resultados, es importante considerar el uso de la aleatorización de la muestra para evitar sesgos en la selección. Un muestreo de tipo aleatorio y un tamaño de la muestra mayor, permitirían encontrar diferencias en los resultados e incluso contribuiría a la generalización de los resultados.

En segundo lugar sería conveniente realizar un estudio longitudinal para poder realizar un seguimiento de los sujetos a lo largo del tiempo, eliminando los efectos de cohorte. El poder realizar un estudio longitudinal permite conocer qué indicadores pueden estar influyendo en las diferencias que se pudiesen encontrar. Tal y como plantearon Olivares et al. (2010) y Guerra et al. (2008) existen una serie de conductas de autocuidado (supervisión de casos clínicos, realizar actividades variadas, utilizar el sentido del humor, dialogar con los compañeros de trabajo, hacer deporte, asistir como paciente a terapia, mantener una sana alimentación, etc.) que el profesional debe realizar para reducir los niveles de *burnout*. A pesar de la amplitud de estrategias existentes para ejercitar el autocuidado, todavía no se ha encontrado suficiente evidencia empírica que avale qué estrategias específicamente se asocian a bajos niveles de *burnout*. Así mismo, si se realizase un estudio longitudinal se podrían identificar qué estrategias o conductas de autocuidado podrían estar influyendo en la disminución del desgaste profesional.

A pesar de las diferentes limitaciones encontradas, el presente estudio pone de manifiesto la importancia de atender a las características de la muestra, ya que pueden influir de forma directa en el análisis de los resultados. Como se observa en ese estudio, no se encontraron psicólogos con índices bajos de autocuidado, lo que puede indicar que dichos psicólogos tuviesen altos niveles de desgaste profesional. Este dato es de especial relevancia, ya que el *burnout* influye directamente en la falta de compromiso y por ende, en la disminución de la disposición a participar en investigaciones. Por todo ello, se alienta a continuar investigando con el objetivo de potenciar el autocuidado como requisito para un buen ejercicio de la profesión de psicología y para la prevención y tratamiento del síndrome de *burnout*.

REFERENCIAS

Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C., y Kurdek, L. A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(6), 624-631.

Benevides, A.M.T., Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. y González, J.L. (2002). La evaluación específica del síndrome de Burnout en psicólogos: el " inventario de Burnout de psicólogos". *Clínica y Salud*, 13(3), 257-583.

Cañadas de la Fuente, G., San Luis, C., Lozano, L.M., Vargas, C., García, I., y De la Fuente, E. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 44-52.

Concha, F. (2013). Estudio comparativo sobre la frecuencia de uso de estrategias de autocuidado en psicoterapeutas novatos y experimentados. Memoria para optar al título de psicología, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Comisión deontológica estatal. (2004). *Ética y deontología para psicólogos*. Colegio Oficial de Psicólogos de España.

Comunidad de Madrid. (2010). Plan Estratégico de Salud Mental 2010–2014. *Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad*. Recuperado en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1268600114568&ssbinary=true>.

Currant, P. J., West, S. G., y Finch, J. F. (1996). The Robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1(1), 16-29.

D'Souza, F., Egan, S. J., y Rees, C. S. (2011). The relationship between perfectionism, stress and burnout in clinical psychologist. *Behaviour Change*, 28(1), 17-28.

Du Plessis, T., Visagie, S., y Mji, G. (2014). The prevalence of burnout amongst therapists working in private physical rehabilitation centers in South Africa: a descriptive study. *South African Journal of Occupational Therapy*, 44(2), 11-15.

Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G. y Betta, R. (2008). Validación preliminar de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Psykhé*, 17(2), 67-78.

Guerra Vio, C., Mújica, A., Nahmias, A y Rojas, N. (2011). Análisis psicométrico de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(2), 319-328.

Guerra Vio, C., Vivanco, A. F., y Hernández Morales, C. (2009). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en el aumento de conductas de autocuidado y disminución del estrés traumático secundario en psicólogos clínicos. *Terapia psicológica*, 27(1), 73-81.

Instituto Nacional de Estadística, INE (2015). Distribución del nº de Psicólogos por Comunidades y Ciudades autónomas de colegiación, situación laboral y sexo. Recuperado en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

Mackonienė, R., y Norvilė, N. (2014). Burnout, job satisfaction, self-efficacy, and proactive coping among Lithuanian school psychologists. *Tiltai*, 60(3), 199-211.

Mingote, J. C. (1998). Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continua*, 8, 493-508

Morales, G. F., Pérez, J. C. y Menares, M. A. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología*, 12(1), 9-25.

Oguzberk, M., y Aydin, A. (2008). Burnout in mental health professionals. *Klinik Psikiyatri*, 11, 167-179.

Olivares, R. B., Morales, G., Rodríguez, K., y Guerra, C. (2010). 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.

OMS. (2004). *Promoción de la salud mental*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Ortega, C., y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.

Ortiz, G.R., y Ortega, M.E. (2009). El síndrome de burnout en psicólogos y su relación con la sintomatología asociada al estrés. *Psicología y Salud*, 19(2), 207-214.

Pearlman, L.A., y Saakvitne, K.W. (1995). Treating therapist with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). New York, NY: Brunner/Mazel.

Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., y Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389-395.

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

Santoña, S. C., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.

Uribe, T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Revista Investigación y educación en enfermería*, 17, 109-118.

Vega, N. V., Sanabria, A., Domínguez, L. C., Osorio, C., y Bejarano, M. (2009). Síndrome de desgaste profesional. *Revista Colombiana de Cirugía*, 24(3), 138-146.

Vredenburg, L., Carozzi, A. F., y Stein, L. B. (1999). Burnout in counseling psychologists: type of practice setting and pertinent demographics. *Counselling Psychology Quarterly*, 12(3), 293-302.