

Validación Preliminar de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos

Preliminary Validation of the Self-Care Behaviors Scale for Clinical Psychologists

Cristóbal Guerra, Karla Rodríguez, Grace Morales y Rafaella Betta
Universidad del Mar

Se describe el proceso de construcción y validación preliminar de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP). Su propósito es medir la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado en psicólogos dedicados a la atención de pacientes. La muestra intencionada estuvo conformada por 132 psicólogos clínicos, quienes respondieron la EAP, una escala de estrés traumático secundario y una de depresión. Los resultados indican que, en la muestra, la EAP posee adecuados niveles de consistencia interna y validez de constructo. La escala mostró también validez convergente al correlacionar inversamente con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en los psicólogos. Los ítems de la EAP adoptaron una estructura unifactorial coherente con la teoría que sustenta la escala.

Palabras clave: *escala de conductas de autocuidado, psicólogos clínicos, consistencia interna, validez.*

The process of the construction and preliminary validation of the Self-Care Behaviors Scale for Clinical Psychologists (EAP) is described. The purpose of the scale is to measure the frequency of self-care behaviors in psychologists dedicated to treating patients. The sample consisted of 132 clinical psychologists, who answered the EAP, a secondary traumatic stress scale, and a depression scale. The results indicate that the EAP possesses adequate internal consistency and construct validity. The scale convergent validity was supported by its inverse correlation with levels of secondary traumatic stress and depression in psychologists. The EAP items adopted a unifactorial configuration coherent with the theory on which the scale is based.

Keywords: *self-care behaviors scale, clinical psychologists, reliability, validity.*

Introducción

Diversos estudios han abordado las causas y consecuencias del desgaste laboral en psicólogos y otros profesionales de ayuda. Destacan, dentro de ellos, constructos como el síndrome de *burnout* (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001), el estrés traumático secundario (Figley, 1995; Lobos & Oses, 2007), la sintomatología ansiosa (Guerra & Lira, 2007; Morales & Lira, 1997) y depresiva (Barrera

& Guerra, 2007; Guerra, 2007; Morales, Pérez & Menares, 2003).

Estas evidencias de desgaste emocional han permitido que se tome conciencia del riesgo que enfrentan los profesionales de ayuda. Además, ha dado cuenta de la necesidad de cuidado que requieren (Morales et al., 2003), connotándose que para que un profesional pueda ayudar a otros debe ayudarse primero a sí mismo (Radey & Figley, 2007). De lo anterior se desprende la importancia del autocuidado como una forma de prevención del desgaste laboral, aspecto altamente relevante en los psicoterapeutas ya que, al trabajar con enfermedades crónicas, tienden a descuidar sus propias necesidades de autocuidado (Figley, 2002).

Aplicado específicamente a la labor de los psicólogos clínicos, Yáñez (2005, citado en Durruty, 2005) considera que el autocuidado está referido a las competencias del terapeuta para promover su salud (física y emocional) y su calidad de vida,

Cristóbal Guerra, Escuela de Psicología, Universidad del Mar, Viña del Mar, Chile.

Karla Rodríguez, Escuela de Psicología, Universidad del Mar, Viña del Mar, Chile.

Grace Morales, Escuela de Psicología, Universidad del Mar, Viña del Mar, Chile.

Rafaella Betta, Escuela de Psicología, Universidad del Mar, Viña del Mar, Chile.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Cristóbal Guerra Vio, Calle ½ Oriente 831, oficina 307, Viña del Mar, Chile. E-mail: cguerravio@yahoo.es

indicando, a su vez, que el autocuidado implica detectar, enfrentar y resolver situaciones asociadas al desgaste laboral.

El propósito del presente artículo es describir el proceso de construcción y validación inicial de una escala de medición de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos.

Si bien existen escalas de autocuidado, estas van dirigidas a evaluar el constructo en pacientes crónicos y no en profesionales; por ejemplo, la *Escala de Capacidades de Autocuidado* (Gallegos, 1998) o la *Escala Europea de Auto Cuidado en Insuficiencia Cardíaca* (Jaarsma, Strömberg, Martensson & Dracup, 2003). Asimismo, existen escalas destinadas a medir constructos relacionados con el autocuidado, tales como el *Índice de Calidad de Vida* ([EuroQol-5D], Badia, Roset, Montserrat, Herdman & Segura, 1999) o la satisfacción laboral asociada a trabajos de ayuda (*Escala de Satisfacción por Empatía*, Stamm, 2002). No obstante, ninguna de estas escalas abarca directamente el autocuidado en profesionales.

Delimitación Conceptual del Autocuidado

En la literatura se ofrece una amplia gama de definiciones conceptuales y operacionales del autocuidado en terapeutas. Pese a que son diferentes, en todas ellas se hace referencia al autocuidado como un proceso en el cual el terapeuta interviene en la promoción, prevención y tratamiento de su propia salud (Figley, 2002; Hesse, 2002; Pearlman & Saakvitne, 1995; Richardson, 2001; Saakvitne & Pearlman, 1996). De este modo, el autocuidado es considerado, por una parte, como uno de los factores principales para aumentar los afectos positivos y los recursos físicos, intelectuales y sociales en el psicólogo clínico (Radey & Figley, 2007) y, por otra, como un mecanismo potencial en la prevención del desgaste laboral (Richardson).

Es así como la idea de generar planes de autocuidado a profesionales de ayuda ha ganado aceptación en la literatura (Saakvitne & Pearlman, 1996), subrayándose la necesidad de conocer y aplicar pasos prácticos para minimizar el impacto negativo de su trabajo (McLean & Wade, 2003). En esta línea, Hidalgo y Moreira (2000) señalan que el autocuidado es un concepto práctico compuesto por una serie de estrategias particulares utilizadas por los psicólogos. Pearlman y Saakvitne (1995) agregan que el autocuidado abarca estrategias a nivel personal y profesional. Las estrategias personales son aquellas que

el profesional puede realizar en su vida privada (más allá de su trabajo) y las estrategias profesionales son las desarrolladas en el contexto laboral.

Para Pearlman y Saakvitne (1995), al nivel personal las estrategias de autocuidado de los terapeutas deben estar centradas en la identificación de “actividades sanadoras”, es decir, actividades que disminuyan el estrés laboral. Entre estas actividades, diversos autores incluyen el ejercicio físico (Murillo, 2004, citado en Torres & Romero, 2005; Pettit, Grover & Lewinsohn, 2007), mantener una sana alimentación (Gentry, 2003; Murillo), tomar tiempos libres y participar en actividades de crecimiento espiritual (Gentry), participar como paciente en psicoterapia (Hesse, 2002; Pearlman & Saakvitne) y participar en actividades recreativas fuera del trabajo (Salston & Figley, 2003; Stamm, 2002; Valent, 2002).

Las estrategias profesionales incluyen la necesidad de evitar el trabajo en solitario, la posibilidad de establecer relaciones laborales de apoyo con otros profesionales (Barudy, 1999; Santana & Farkas, 2007), la necesidad de mantener una vida laboral equilibrada, dejando tiempo entre las sesiones y manteniendo otras actividades profesionales diferentes a la atención directa de casos (Pearlman & Saakvitne, 1995). Otros autores señalan la necesidad de supervisar los casos (Aguilar, 1996), utilizar el sentido del humor dentro del ambiente laboral (Moran, 2002) y adquirir experiencia profesional a través de la capacitación y de la práctica laboral (Rosenbloom, Pratt & Pearlman, 1999). Además, se pone énfasis en la mantención de adecuadas condiciones salariales (Santana & Farkas) y la implementación de un espacio físico adecuado para realizar psicoterapia (Rosenbloom et al.; Santana & Farkas).

Aun cuando la literatura expone una amplia gama de estrategias de autocuidado, todas ellas poseen la cualidad de ser conductas ejecutadas, ya sea por el propio profesional, por el equipo de trabajo o bien por los directivos de la organización, estos últimos creando condiciones adecuadas para el ejercicio de la psicoterapia. Para efectos de esta investigación se consideró como *conductas de autocuidado* a aquellas acciones que puede realizar el propio profesional y como *condiciones de autocuidado* a las generadas por las conductas del equipo de trabajo o de los directivos de la organización.

Considerando lo anterior, se propone una visión conductual del autocuidado en psicólogos clínicos (ver Figura 1). Desde este punto de vista, se define al autocuidado como una operante funcional, es decir,

como un conjunto de conductas específicas que al ser emitidas generan un mismo efecto (Cooper, Heron & Heward, 2006). En este caso, las conductas de autocuidado tienen como efecto común la disminución del desgaste laboral, por lo tanto, se espera que la

alta emisión de conductas de autocuidado se asocie a bajos niveles de desgaste laboral en cualquiera de sus dimensiones. Desde esta mirada, el autocuidado corresponde a un constructo psicológico molecular, ligado estrechamente a aspectos observables y medibles en forma directa.

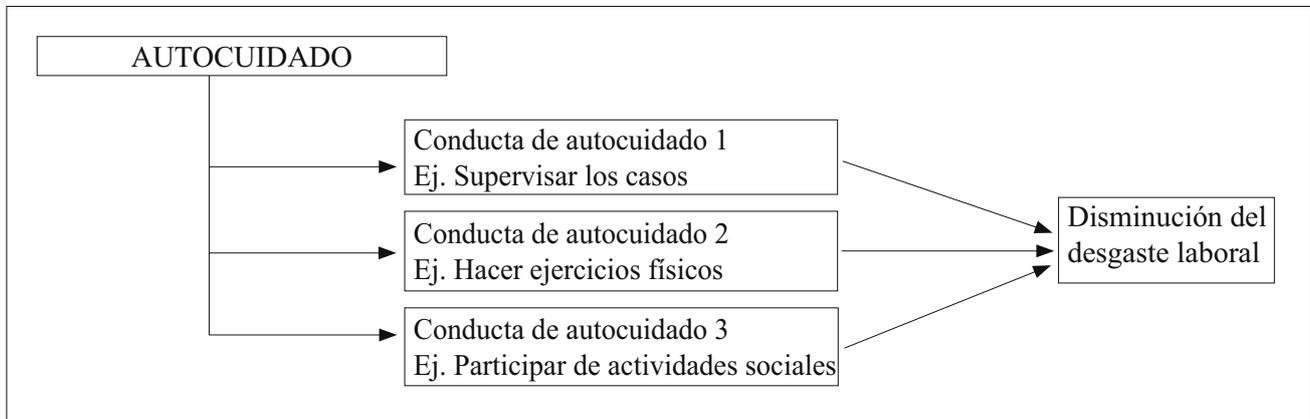


Figura 1. Noción conductual del autocuidado.

Desarrollo de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP)

Con el propósito de diseñar un instrumento breve de medición del autocuidado en psicólogos clínicos, que aporte en lo teórico (delimitando el concepto de autocuidado como una serie de conductas) y en lo práctico (como herramienta de evaluación), se llevó a cabo una serie de pasos orientados al desarrollo y validación de la escala.

Siguiendo a Loevinger (1957, citado en Moreno, Garrosa & González, 2000) y a Carretero-Dios y Pérez (2007), el procedimiento para la elaboración de la EAP se llevó a cabo en tres etapas: la elaboración discriminativa de los ítems, la evaluación de la consistencia del contenido y la evaluación de la validez de la escala en función de criterios externos.

La primera parte del proceso de construcción de la EAP fue realizada en un estudio previo (Betta, Morales, Rodríguez & Guerra, 2007), en el cual se llevó a cabo una recopilación bibliográfica de las conductas y condiciones más frecuentemente asociadas al autocuidado. Sobre esa base se redactaron 15 ítems dirigidos a medir, por separado, la frecuencia de una conducta o condición específica de autocuidado.

Para analizar la adecuación del contenido de los ítems, estos fueron sometidos a la evaluación de expertos. Se consideró como expertos a psicólogos que hubieran realizado investigaciones en el tema

o que se desempeñaran realizando autocuidado a equipos profesionales. De esta manera, tres expertos chilenos evaluaron cualitativamente la pertinencia y adecuación de cada ítem. Los expertos realizaron sugerencias respecto del lenguaje, el contenido de los ítems y sugirieron también la inclusión de una nueva conducta de autocuidado (aumentando a 16 los reactivos). La Tabla 1 muestra las características específicas de los 16 ítems iniciales.

Con el propósito de evaluar la claridad de los ítems, se aplicó la escala a una muestra piloto conformada por siete psicólogos clínicos. Los participantes no expresaron sugerencias sobre elementos a modificar, manifestando comprender adecuadamente los reactivos.

Finalmente, se realizó un estudio preliminar (Betta et al., 2007), en el cual se evaluó la validez de constructo de cada reactivo por separado. Para ello, 113 psicólogos clínicos respondieron la escala de 16 conductas y condiciones de autocuidado, además de dos escalas destinadas a medir desgaste laboral: la *Escala de Estrés Traumático Secundario* ([EETS] Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2004), adaptada a Chile por Guerra y Saiz (2007) y la *Escala de Depresión de Beck* ([BDI] Beck, Rush, Shaw & Emery, 2002).

Los resultados de este estudio preliminar indicaron que 10 de las conductas y condiciones de autocuidado presentan una relación inversa significativa con la sintomatología depresiva y de estrés

Tabla 1

Tabla de Especificaciones y Correlaciones de los 16 Reactivos Iniciales con la Escala de Estrés Traumático Secundario y el Inventario de Depresión de Beck ($n = 113$)

| Conducta o condición de autocuidado | Referencias | Ítem | Tipo | Formato de respuesta | EETS | BDI |
|---|---|---|-----------|------------------------------------|--------|--------|
| Variación de las actividades profesionales | Pearlman & Saakvitne (1995) | 1. Participación en otras labores ligadas a la Psicología (a) | Conducta | Escala de frecuencias | -0,44* | -0,36* |
| Ambiente laboral favorece uso del humor | Moran (2002) | 2. Facilitación de la expresión del sentido del humor dentro del ambiente laboral (a) | Condición | Escala de frecuencias | -0,48* | -0,48* |
| Supervisar los casos clínicos | Aguilar (1996) | 3. Supervisión de los casos clínicos (a) | Conducta | Escala de frecuencias | -0,41* | -0,28* |
| Apoyo de redes sociales al interior del trabajo | Barudy (1999); Santana & Farkas (2007) | 4. Diálogo con compañeros de trabajo acerca de su experiencia personal relacionada con el trabajo (a) | Conducta | Escala de frecuencias | -0,51* | -0,52* |
| Realizar actividades de esparcimiento dentro del ambiente laboral | Gentry (2003) | 5. Participación en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo (a) | Conducta | Escala de frecuencias | -0,31* | -0,24* |
| Mantener una vida social activa fuera del ámbito laboral | Salston & Figley (2003); Stamm (2002); Valent (2002) | 6. Participación en actividades recreativas fuera del trabajo (a) | Conducta | Escala de frecuencias | -0,50* | -0,43* |
| Mantener actividad física | Murillo (2004, citado en Torres & Romero, 2005); Pettit et al., 2007) | 7. Realizar ejercicios físicos (a) | Conducta | Escala de frecuencias | -0,43* | -0,33* |
| Mantener una vida espiritual activa | Gentry (2003) | 8. Participación en actividades de crecimiento espiritual (e.g., religión, meditación) (a) | Conducta | Escala de frecuencias | -0,36* | -0,22* |
| Asistir como paciente a psicoterapia | Hesse (2002); Pearlman & Saakvitne (1995); Poblete & Villagrán, (2002, citado en Durruty, 2005) | 9. Asistencia actual a psicoterapia (a) | Conducta | Escala de frecuencias | -0,14 | -0,04 |
| | | 10. Haber asistido como paciente a psicoterapia (b) | Condición | Dato discreto (Sí, No) | 0,22 | 0,30 |
| Alimentarse de forma equilibrada | Gentry (2003); Murillo (2004, citado en Torres & Romero, 2005) | 11. Mantención de una sana alimentación (a) | Conducta | Escala de frecuencias | -0,56* | -0,54* |
| Adecuadas condiciones laborales | Rosenbloom et al. (1999); Santana & Farkas (2007) | 12. Mantención de un adecuado espacio físico de trabajo (a) | Condición | Escala de frecuencias | -0,47* | -0,42* |
| Adecuadas condiciones salariales | Santana & Farkas (2007) | 13. Ingresos económicos mensuales (c) | Condición | Escala ordinal | 0,06 | 0,07 |
| Experiencia profesional | Rosenbloom et al. (1999) | 14. Años de experiencia como psicólogo (a) | Condición | Escala de frecuencias | 0,14 | 0,26* |
| | | 15. Años de experiencia como psicólogo clínico (a) | Condición | Escala de frecuencias | 0,14 | 0,26* |
| | | 16. Acreditación por el Comité Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos (b) | Condición | Dato discreto (Sí, No, En proceso) | 0,46 | 0,54 |

Notas. EETS: Escala de Estrés Traumático Secundario; BDI: Inventario de Depresión de Beck.

Considerando que se trataba de ítems individuales, se utilizaron diferentes escalas de medición para los 16 reactivos. Por esta razón, se aplicaron estadígrafos distintos para evaluar las relaciones: (a) r de Pearson; (b) Chi cuadrado; (c) rs de Spearman.

* $p < 0,05$.

traumático secundario. Dichas correlaciones se exponen en la Tabla 1.

Para el presente estudio se consideraron los 10 ítems inversamente relacionados con el desgaste laboral y se agruparon en la EAP. Los 6 ítems que no mostraron relación inversa significativa con las medidas de desgaste laboral seleccionadas fueron excluidos de la versión final de la escala. A continuación se describe el proceso de validación de la EAP, ya no considerando cada ítem por separado, sino utilizando el formato de escala de ítems agrupados.

Método

Participantes

Se consideró, de forma intencionada, a psicólogos que se desempeñaran profesionalmente en el área de la psicoterapia en variados contextos laborales, principalmente en hospitales, consultorios, consultas privadas y centros vinculados al Servicio Nacional de Menores. Se contactó a un total de 405 psicólogos, de los cuales 132 (32,6%) respondieron de forma completa la batería. La participación fue voluntaria y anónima.

El promedio de edad fue de 35,09 años ($DE = 10,34$), siendo el rango de variación entre 23 y 77 años. El 70,5% de los participantes fueron mujeres. El 43,2% se encontraba casado o en relación de convivencia; el 45,5%, soltero y el porcentaje restante, separado o viudo. El 51,5% no tenía hijos; el 35,6% tenía entre 1 y 2 hijos, y el porcentaje restante, entre 3 y 5 hijos. Todos los participantes se desempeñaban como psicólogos clínicos en Chile, de los cuales el 90,9% trabajaba en la Región de Valparaíso; el 6,8%, en la región del Maule y el 2,3%, en la Región Metropolitana.

En promedio llevaban 7,59 años ($DE = 7,92$) ejerciendo como psicólogos y 6,96 años ($DE = 7,72$) dedicados a la psicoterapia. El 79,5% poseía el grado académico de licenciado, el 18,9%, de magíster y el 1,5%, de doctor. El 9,8% de los participantes estaba acreditado como psicólogo clínico ante la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos de Chile, el 16,7% se encontraba cursando los estudios conducentes a dicha acreditación, mientras que el 73,5% no estaba acreditado ni en proceso. Finalmente, el 26,9% tenía un ingreso económico mensual

inferior a \$ 400.000 pesos chilenos (aprox. 570 euros), el 52,3% entre \$ 400.001 y \$ 800.000 pesos chilenos (entre 570 y 1140 euros) y el porcentaje restante, contaba con un ingreso mensual superior a \$ 800.000 pesos chilenos.

Instrumentos

Se utilizó una batería de 4 instrumentos.

Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. Es una escala de autoreporte dirigida a cuantificar la frecuencia con que los psicólogos clínicos emiten conductas de autocuidado (ver Anexo). Consta de 10 ítems, de los cuales 8 representan conductas de autocuidado (ítems 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 y 9) y 2 incorporan condiciones laborales de autocuidado (ítems 3 y 10). El psicólogo que responde debe indicar qué tan frecuentemente emite las conductas o bien qué tan frecuentemente su ambiente laboral favorece las condiciones de autocuidado. Las posibilidades de respuesta varían entre 0 (*nunca*) y 4 (*muy frecuentemente*).

El puntaje total se calcula sumando las respuestas dadas por los psicólogos a los 10 ítems de la escala y puede variar entre 0 y 40 puntos. A mayor puntaje obtenido, mayor es la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado.

Para interpretar los resultados se sugiere respetar la siguiente categorización: puntajes entre 0 y 7 puntos indican que el psicólogo *nunca* practica el autocuidado, entre 8 y 15 se considera que lo practica *casi nunca*, entre 16 y 23 puntos indica que lo practica *ocasionalmente*, entre 24 y 31 puntos se considera que la persona *frecuentemente* utiliza las estrategias, y puntajes totales sobre 32 puntos indican que el psicólogo utiliza el autocuidado *muy frecuentemente*.

Escala de Estrés Traumático Secundario (Bride et al., 2004; adaptada a Chile por Guerra & Saiz, 2007). Es una escala de autoreporte destinada a evaluar síntomas de estrés traumático secundario en profesionales de ayuda. Consta de 17 ítems, divididos en 3 subescalas (intrusión, evitación y activación) que cuantifican la sintomatología experimentada durante la última semana. La escala de respuestas varía entre 1 (*nunca*) y 5 (*con mucha frecuencia*).

De la sumatoria de los ítems se obtiene un puntaje total y tres puntajes parciales referidos a cada

subescala. Bride (2007) propone cuatro categorías para interpretar los resultados: *sintomatología muy baja* (entre 17 y 27 puntos); *baja* (entre 28 y 37 puntos); *moderada* (entre 38 y 43 puntos); *alta* (entre 44 y 48 puntos); y *severa* (sobre los 48 puntos).

En esta investigación, la EETS mantuvo una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,80 para la escala de intrusión; 0,80 para evitación; 0,82 para activación y 0,92 para la escala total).

Inventario de Depresión de Beck. Se utilizó una versión en español del *Inventario de Depresión de Beck* (Beck et al., 2002). El BDI consta de 21 ítems que miden una amplia gama de síntomas depresivos. Para responder, los participantes deben elegir una de cuatro alternativas de respuesta para cada ítem (ordenadas de menor a mayor gravedad).

El puntaje total se obtiene sumando las respuestas parciales a todos los ítems. Para su interpretación, Vásquez y Sanz (1997, citado en Labrador, Rincón, de Luis & Fernández-Velasco, 2004) sugieren puntajes de corte que diferencian cuatro categorías: depresión *ausente* (puntajes totales entre 0 y 9), *leve* (puntajes entre 10 y 16), *moderada* (entre 17 y 29 puntos) y *severa* (sobre los 29 puntos).

Para la presente investigación se obtuvo una adecuada consistencia interna del inventario (alfa de Cronbach = 0,90).

Cuestionario de variables sociodemográficas. Incluye 10 reactivos destinados a recoger información sobre la edad, género, estado civil, número de hijos, región donde trabaja como psicólogo clínico, años de experiencia como psicólogo, años de experiencia como psicólogo clínico, grado académico, acreditación ante la Comisión Chilena de Acreditación de Psicólogos Clínicos e ingresos mensuales de los participantes.

Procedimiento

Con el objetivo de solicitar su participación en la investigación, se estableció contacto personal o telefónico con psicólogos clínicos de las regiones de Valparaíso, Metropolitana y del Maule. A quienes accedieron a participar se les entregó personalmente la batería compuesta por los cuatro instrumentos y se les dio un plazo de dos semanas para responder. Los instrumentos respondidos completamente fueron

codificados y procesados, utilizando el programa estadístico SPSS.

Resultados

En primer lugar, se analizan los datos tendientes a determinar la estructura interna de los ítems que conforman la EAP (validez de constructo y análisis de consistencia interna) en la muestra de psicólogos clínicos. Luego se evalúa su ajuste a criterios externos mediante el examen de su relación con dos constructos que desde la teoría debieran presentar relaciones inversas.

Es importante señalar que en promedio los participantes puntuaron 24,04 ($DE=6,33$) en la EAP, lo que indica que *frecuentemente* emiten conductas de autocuidado.

Dimensionalidad del Instrumento

Dado que se trata de un estudio preliminar, para evaluar la dimensionalidad de la EAP las respuestas a los 10 ítems de la escala se sometieron a un análisis factorial exploratorio. Considerando los planteamientos de Vivanco (1999), previo al análisis factorial se realizó una serie de cálculos con el propósito de evaluar su pertinencia. En primer lugar, se realizó un análisis de correlación entre los ítems de la escala, cuyo resultado demostró que en su mayoría los 10 ítems presentaban relaciones directas y significativas (ver Tabla 2). Luego se analizó el coeficiente de significación de Kaiser Mayer (0,76) y el índice del test de esfericidad de Barlett (353,59, $p = 0,00$).

Los resultados indicaron que los datos eran factibles de ser sometidos a un análisis de componentes principales. Se optó por este método ya que se esperaba obtener un resumen empírico de la información otorgada por los 10 ítems de la escala (Vivanco, 1999).

Inicialmente, la solución factorial rotada oblicuamente sugirió la existencia de dos factores relacionados entre sí ($r = 0,32$) con valores propios superiores a 1. En conjunto, ambos factores explicaban el 49,7% de la varianza total de las puntuaciones del instrumento. No obstante, se optó por prescindir de esta solución por dos razones: primero, 2 de los 10 ítems presentaron saturaciones factoriales superiores a 0,33 en ambos factores (los ítems 6 y 9); y

Tabla 2
Correlación entre los Ítems de la EAP

| Ítem | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1 | 0,33** | 0,29** | 0,28** | 0,34** | 0,33** | 0,21* | 0,07 | 0,18* | 0,33** |
| 2 | | 0,35** | 0,51** | 0,18* | 0,17 | 0,08 | 0,18* | 0,22* | 0,26** |
| 3 | | | 0,58** | 0,26** | 0,38** | 0,22* | 0,06 | 0,34** | 0,34** |
| 4 | | | | 0,46** | 0,43** | 0,31** | 0,19* | 0,37** | 0,26** |
| 5 | | | | | 0,33** | 0,35** | 0,15 | 0,17* | 0,23** |
| 6 | | | | | | 0,40** | 0,20* | 0,37** | 0,20* |
| 7 | | | | | | | 0,55** | 0,38** | 0,27** |
| 8 | | | | | | | | 0,22* | 0,23** |
| 9 | | | | | | | | | 0,36** |

Nota. *r* de Pearson.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

segundo, utilizando como criterio de inclusión de un ítem en un factor una saturación superior a 0,40, quedaba un ítem residual (ítem 9).

Considerando lo anterior, se optó por repetir el análisis de componentes principales, esta vez prefijando la obtención de una solución unifactorial. El factor resultante posee un valor propio de 3,6 y

explica el 36,4% de la varianza total de las puntuaciones de la EAP. En dicho factor están incluidos los 10 ítems de la EAP que presentan saturaciones entre 0,43 (ítem 8) y 0,76 (ítem 4). En la Tabla 3 se muestran las saturaciones de los 10 ítems en ambas soluciones factoriales.

Tabla 3
Saturaciones Factoriales de los 10 Ítems de la EAP en la Solución Bifactorial y Unifactorial

| Ítem | Solución Bifactorial | | Solución Unifactorial (ítems 1 a 10) |
|------|--|---------------------------|---|
| | Factor 1 (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9 y 10) | Factor 2 (ítems 7 y 8) | |
| 1 | 0,63 | -0,05 | 0,55 |
| 2 | 0,72 | -0,20 | 0,54 |
| 3 | 0,78 | -0,10 | 0,66 |
| 4 | 0,79 | 0,04 | 0,76 |
| 5 | 0,48 | 0,22 | 0,58 |
| 6 | 0,47 | 0,33 | 0,65 |
| 7 | 0,07 | 0,85 | 0,62 |
| 8 | -0,12 | 0,84 | 0,43 |
| 9 | 0,38 | 0,38 | 0,60 |
| 10 | 0,45 | 0,23 | 0,57 |

Consistencia Interna de la Escala y Poder de Discriminación de los Ítems

La consistencia interna de la EAP fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Consi-

derando lo señalado por Oviedo y Campo-Arias (2005), se eligió este procedimiento por varias razones: primero, por su utilidad en escalas con una sola dimensión (en este caso el factor único de autocuidado); segundo, porque ha demostrado

ser más fidedigno cuando se trabaja con escalas entre 3 y 20 ítems (en este caso 10); tercero, por la ventaja práctica de requerir una sola aplicación del instrumento y, finalmente, ya que incorpora dentro del mismo análisis los 10 ítems de la escala sin tener que dividir por mitades.

Para la muestra del presente estudio se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,79. Meliá (2000) plantea que valores de alfa por encima de 0,75 dan

cuenta de una consistencia interna apropiada del instrumento. Adicionalmente, se calculó el poder de discriminación de cada ítem (correlación biserial puntual ítem-test corregida). En la Tabla 4 se aprecia que cada uno de los reactivos de la EAP se encuentra relacionado con la escala total y que la eliminación de cualquiera de ellos no aumentaría la consistencia interna de la escala.

Tabla 4
Correlación Biserial Puntual Ítem-Test Corregida en la EAP

| Ítem | Correlación Ítem-Test Corregida | Alfa si se Elimina el Ítem |
|------|---------------------------------|----------------------------|
| 1 | 0,42 | 0,78 |
| 2 | 0,41 | 0,78 |
| 3 | 0,51 | 0,77 |
| 4 | 0,63 | 0,75 |
| 5 | 0,45 | 0,77 |
| 6 | 0,51 | 0,77 |
| 7 | 0,51 | 0,77 |
| 8 | 0,34 | 0,79 |
| 9 | 0,47 | 0,77 |
| 10 | 0,46 | 0,77 |

Validez Convergente de la Escala

Siguiendo a Martínez-Sánchez, Zech y Páez (2004), la evidencia de la validez convergente de la EAP se obtuvo a través de la aplicación de dos instrumentos destinados a medir constructos que desde la teoría debieran estar inversamente relacionados con el autocuidado.

Se hipotetizó que la EAP presentaría relaciones inversas con constructos asociados al desgaste laboral. De este modo, se examinó la relación de la EAP con cinco puntuaciones de desgaste laboral: depresión ($M = 6,33$; $DE = 6,94$), estrés traumático secundario total ($M = 33,70$; $DE = 10,75$), síntomas intrusivos ($M = 9,73$; $DE = 3,81$), evitativos ($M = 13,57$; $DE = 4,47$) y de aumento de la activación ($M = 10,39$; $DE = 3,55$). La Tabla 5 muestra dichas correlaciones.

Tal como era de esperarse, por tratarse de constructos teóricamente contrapuestos, las relaciones entre el puntaje total de la EAP y las cinco dimensiones de desgaste laboral fueron inversas, altas y

significativas. Es decir, aquellos psicólogos que presentaron una mayor frecuencia de conductas y condiciones de autocuidado presentaron menores índices de depresión y estrés traumático secundario e, inversamente, aquellos que presentaron una menor frecuencia de conductas de autocuidado fueron quienes se encontraban más desgastados.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo desarrollar una escala para evaluar autocuidado en psicólogos clínicos. Los resultados obtenidos sugieren que un solo factor da cuenta de la composición de la EAP. Este resultado es consistente con el modelo teórico conductual propuesto, que considera al autocuidado como una operante compuesta por un conjunto de conductas y condiciones que poseen el efecto de disminuir el desgaste laboral y, por lo tanto, apoyan los resultados obtenidos a través de este estudio.

Tabla 5
Validez Convergente de la EAP mediante Criterios Externos

| Criterios Externos | EAP |
|-------------------------------|--------|
| BDI ($n = 128$) | -0,61* |
| EETS total ($n = 132$) | -0,71* |
| EETS intrusión ($n = 132$) | -0,62* |
| EETS evitación ($n = 132$) | -0,68* |
| EETS activación ($n = 132$) | -0,63* |

Nota. Las diferencias en los tamaños muestrales (n) se deben a omisión de respuestas. Los valores corresponden a correlaciones r de Pearson.

* $p < 0,01$.

Los resultados obtenidos permiten señalar que la EAP posee una adecuada consistencia interna en la muestra de psicólogos clínicos, es decir, mide de modo homogéneo un constructo subyacente a todos los ítems. Por otro lado, al considerar el hecho que todos los ítems están relacionados con la escala total y que la eliminación de cualquiera de ellos no implicaría un aumento en la consistencia interna de la escala, no parece aconsejable eliminar ninguno de los 10 reactivos de la escala (Muñiz, Fidalgo, García-Cueto, Martínez & Moreno, 2005). De este modo, la consistencia interna de la EAP puede considerarse un indicador coherente con la conceptualización del autocuidado como un constructo conformado por un conjunto de conductas específicas.

La adecuada confiabilidad de la escala indica que las diferencias en las puntuaciones de individuos particulares pueden ser atribuidas a verdaderas diferencias en el constructo medido y no a un error de medición (Guilford & Fruchter, 1984). De este modo, puede afirmarse, con una baja probabilidad de error, que los psicólogos de la muestra que puntuaron alto en la EAP son los que más frecuentemente emiten las conductas de autocuidado medidas y que quienes obtuvieron bajos puntajes son aquellos que menos las emiten.

Por otro lado, tal como se esperaba, la EAP presenta relaciones inversas y significativas con cinco variables asociadas al desgaste laboral. Tal como señala Richardson (2001), el autocuidado no solo es un concepto distinto al desgaste laboral, sino que inversamente relacionado. Estos resultados apoyan la validez de constructo de la escala en el sentido que esta mide efectivamente el constructo *autocuidado*.

Un aspecto relevante, derivado del análisis de las relaciones inversas entre la EAP y las medidas de desgaste laboral, tiene que ver con los resultados de una investigación anterior (Betta et al., 2007) donde se evaluó, por separado, la relación entre cada uno de los ítems de la EAP con escalas destinadas a medir depresión y estrés traumático secundario. Los resultados de esa investigación demuestran que los 10 ítems que finalmente constituyen la EAP mantienen relaciones inversas y significativas con ambos tipos de desgaste. En este sentido, los resultados de la presente investigación indican que el puntaje total de la EAP presenta relaciones inversas significativas con las medidas de desgaste laboral, más elevadas que cualquiera de los ítems analizados individualmente.

Lo anterior pudiese indicar que las conductas de autocuidado se potencian entre sí, aumentando su efecto protector y disminuyendo las consecuencias adversas del trabajo. Pese a que esta es la hipótesis central del modelo conductual de autocuidado propuesto, el carácter descriptivo y correlacional del presente estudio no permite inferir causalidad en dichas relaciones. Futuras investigaciones podrán pronunciarse respecto de la posible relación causal entre las conductas de autocuidado y la disminución del desgaste, o bien respecto de la incidencia individual de cada una de las conductas medidas.

Otra limitación del estudio se relaciona con el diseño muestral utilizado. Siendo de tipo intencional, es probable que aquellos psicólogos clínicos que optaron por participar en el estudio (solo un 32,6% del total de psicólogos invitados a participar) fueran los más sensibilizados con el tema del autocuidado. Por otro lado, pese a incluirse protocolos

contestados por psicólogos de tres regiones del país, la mayoría de los participantes residía en la Región de Valparaíso. Estas limitaciones hacen que los resultados no sean generalizables a la totalidad de psicólogos del país.

Pese a lo anterior, se considera que los resultados son alentadores en lo que respecta a la eventual utilización de la escala como un instrumento de apoyo en la medición del autocuidado en psicólogos clínicos y en el diseño y evaluación de programas de autocuidado en este tipo de profesionales.

Es preciso señalar que la presente investigación corresponde a un estudio preliminar, por lo tanto, sus resultados debieran ser contrastados con los de futuras investigaciones que incorporen una muestra más amplia y representativa de los psicólogos clínicos del país. Se sugiere, además, ampliar la prueba de validez factorial de la EAP mediante un análisis factorial confirmatorio, evaluar su validez convergente mediante la relación con medidas de satisfacción laboral y de calidad de vida o bien incorporando otros tipos de desgaste laboral como el *burnout*.

Finalmente, es importante señalar que la EAP incorpora solo una serie de 10 conductas y condiciones de autocuidado que, en ningún caso, representan a la totalidad de variables asociadas con el autocuidado. Se considera que el autocuidado es un constructo amplio que requiere de mayor investigación para ser operacionalizado de forma más concluyente.

Referencias

- Aguilar, M. I. (1996, Noviembre). *Trabajo interdisciplinario y cuidado de equipos*. Trabajo presentado en el Seminario Salud Mental y Género, Nuevos Énfasis en las Estrategias de Trabajo, Servicio Nacional de la Mujer, Santiago, Chile.
- Badía, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M. & Segura, A. (1999). The Spanish version of EuroQol: A description and its applications. *European Quality of Life Scale. Medicina Clínica* 112(Supl. 1), 79-85.
- Barrera, P. & Guerra, C. (2007). Creencias de profesionales que atienden a víctimas de abuso sexual infantil respecto de la influencia del proceso legal en su desgaste y satisfacción laboral. En Corporación de Asistencia Judicial (Ed.), *Atención a víctimas de delitos violentos: reflexiones desde la práctica* (pp. 177-192). Viña del Mar, Chile: Ril Editores.
- Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil, ecología social: prevención y reparación*. Santiago, Chile: Galdoc.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, F. B. & Emery, G. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Betta, R., Morales, G., Rodríguez, K. & Guerra, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 9, 9-19.
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63-70.
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B. & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14, 27-35.
- Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2007). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideraciones sobre la selección de tests en la investigación psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 863-882.
- Cooper, J. O., Heron, T. E. & Heward, W. L. (2006). *Applied behavior analysis* (2nd ed.). New York: Prentice Hall.
- 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 no publicada para optar al grado de Licenciatura en Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Figley, Ch. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Figley, Ch. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge.
- Gallegos E. (1998). Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala: Capacidades de Autocuidado. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 9, 260-266.
- Gentry, J. E. (2003). Desgaste por empatía: el desafío de la transformación. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 2(2), 4-17.
- Guerra, C. (2007). Atención a víctimas de delitos violentos y victimización vicaria. En V. Arredondo & E. Toro (Eds.), *Violencia sexual infantil: debates, reflexiones y prácticas críticas* (pp. 101-113). Valparaíso, Chile: Paicabí.
- Guerra, C. & Lira, G. (2007). Medición del desgaste profesional en una muestra de profesionales de la Corporación Paicabí: una aproximación reflexiva al concepto de autocuidado en equipos que trabajan en maltrato infantil. En V. Arredondo & E. Toro (Eds.), *Violencia sexual infantil: debates, reflexiones y prácticas críticas* (pp. 114-131). Valparaíso, Chile: Paicabí.
- Guerra, C. & Saiz, J. L. (2007). Examen psicométrico de la Escala de Estrés Traumático Secundario: un estudio en profesionales chilenos. *Psicología Conductual*, 15, 441-456.
- Guilford, J. P. & Fruchter, B. (1984). *Estadística aplicada a la psicología y la educación*. México, D. F.: McGraw Hill.
- Hesse, A. (2002). Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapists. *Clinical Social Work Journal*, 30, 293-309.
- Hidalgo, N. & Moreira, E. (2000). *Autocuidado, trastorno psicológico y rotación de equipos de salud mental*. Santiago, Chile: Universidad de Chile, Departamento de Psicología.
- Jaarsma, T., Strömberg, A., Martensson, J. & Dracup, K. (2003). Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *European Journal of Heart Failure*, 5, 363-370.
- Labrador, F., Rincón, P., de Luis, P. & Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lobos, N. & Osés, M. (2007). *Estudio descriptivo correlacional sobre la relación entre los niveles de estrés traumático secundario y depresión con la frecuencia de utilización de técnicas de autocuidado en profesionales que trabajan en temáticas de violencia en las regiones de Valparaíso y del Maule*. Tesis no publicada del Diplomado en Psicología, Familia y Derecho, Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

- Martínez-Sánchez, F., Zech, E. & Páez, D. (2004). Adaptación española del Cuestionario de Creencias sobre los Efectos del Compartimiento Social de las Emociones, BSEQ. *Ansiedad y Estrés*, 10, 63-74.
- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- McLean, S. & Wade, T. D. (2003). The contribution of therapist beliefs to psychological distress in therapists: An investigation of vicarious traumatization, burnout and symptoms of avoidance and intrusion. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 417-428.
- Meliá, J. L. (2000). *Teoría de la fiabilidad y la validez*. Valencia: Cristóbal Serrano.
- Morales, G. & Lira, E. (1997). Dinámicas de riesgo y cuidado de equipos que trabajan con situaciones de violencia. En E. Lira (Ed.), *Reparación, derechos humanos y salud mental* (pp. 105-121). Santiago, Chile: CESOC.
- Morales, G., Pérez, J. & Menares, M. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 12(1), 9-25.
- Moran, C. (2002). Humor as a moderator of compassion fatigue. En C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 139-154). New York: Brunner-Routledge.
- Moreno, B., Garrosa, E. & González, J. L. (2000). El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 3, 18-28.
- Muñiz, J., Hidalgo, A., García-Cueto, E., Martínez, R. & Moreno, R. (2005). *Análisis de los ítems* (Cuadernos de Estadística). Madrid: La Muralla S.A.
- Oviedo, H. C. & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34, 572-580.
- Pearlman, L. A. & Saakvitne, K. W. (1995). Treating therapist with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). New York: Brunner/Mazel.
- Pettit, J. W., Grover, K. E. & Lewinsohn, P. M. (2007). Interrelations between psychopathology, psychosocial functioning, and physical health: An integrative perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 453-476.
- Radey, M. & Figley, C. R. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35, 207-214.
- Richardson, J. I. (2001). *Guidebook on vicarious trauma: Recommended solutions for anti-violence workers*. Ottawa, ON: Health Canada.
- Rosenbloom, D. J., Pratt, A. C. & Pearlman, L. A. (1999). Helper's responses to trauma work: Understanding and intervening in an organization. En B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, & educators* (2nd ed., pp. 65-79). Baltimore, MD: Sidran Institute Press.
- Saakvitne, K. W. & Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization for helping professionals who work with traumatized clients*. New York: W. W. Norton & Company Inc.
- Salston, M. D. & Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress: Effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 167-174.
- Santana, I. & Farkas, Ch. (2007). Estrategias de autocuidado en equipos profesionales que trabajan en maltrato infantil. *Psykhé*, 16(1), 77-89.
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. En C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 107-122). New York: Brunner-Routledge.
- Torres, P. & Romero, S. (2005). La violencia en la familia, escuela y sociedad: sentidos, consecuencias y estrategias de intervención. En Universidad Internacional SEK (Ed.), *La violencia en la familia, escuela y sociedad* (pp. 154-166). Santiago, Chile: Autor.
- Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. En C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 17-37). New York: Brunner-Routledge.
- Vivanco, M. (1999). *Análisis estadístico multivariable: teoría y práctica*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria.

Anexo

Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP)

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

| | Nunca | Casi Nunca | Ocasionalmente | Frecuentemente | Muy Frecuentemente |
|--|-------|------------|----------------|----------------|--------------------|
| 1. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades vinculadas a la psicología, pero diferentes a la psicoterapia? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. ¿Con qué frecuencia supervisa sus casos clínicos? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. ¿Su ambiente laboral permite el uso del sentido del humor? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. ¿Con qué frecuencia usted dialoga con sus colegas acerca de su experiencia personal relacionada con el trabajo clínico? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas fuera del trabajo (familia y/o amigos)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ¿Con qué frecuencia usted realiza ejercicios físicos (deporte)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades de crecimiento espiritual (religión, meditación, etc.)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. ¿Con qué frecuencia usted mantiene una sana alimentación? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. ¿Con que frecuencia usted considera que el espacio físico donde trabaja como psicoterapeuta es adecuado (cómodo, calmado y privado)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Fecha de recepción: Abril de 2008.

Fecha de aceptación: Octubre de 2008.