



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2022-2023

Autocuidado del psicólogo: estrategias de afrontamiento ante situaciones difíciles.



Autora: Vanesa Gramage Galiana

Tutora: María del Carmen Neipp López

Código de la Oficina de Investigación Responsable:

2204191943

Convocatoria: junio de 2023

Resumen

La definición más actual de autocuidado lo define como un proceso de participación decidida en estrategias que mejoren el bienestar y promuevan un funcionamiento saludable. Existen ciertas profesiones las cuales, al estar expuestas a situaciones de mayor sufrimiento, se considera de vital importancia esta práctica. El objetivo del presente estudio es estudiar las conductas de autocuidado y el estilo personal del terapeuta (EPT) en una muestra formada por profesionales de la psicología clínica. También se estudiaron otras variables como la regulación emocional, autocompasión o la ansiedad-estado, entre otras. Se partió de una muestra de N=62 psicólogos/as (n=56 fueron mujeres mientras que n=6 fueron hombres). Se evaluaron variables tales como la regulación emocional, la ansiedad-estado, el autocuidado, el estilo personal del terapeuta y la autocompasión. Fueron evaluadas mediante instrumentos empíricamente validados. Los resultados indicaron que quienes más practicaban autocuidado eran quienes tenían entre 1 y 5 años de experiencia en la práctica clínica. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y las variables del estudio excepto para una variable: *"Humanidad común"*. Tampoco se observó que la variable *"Autocuidado"* correlacionara con la variable *"Estilo Personal del Terapeuta"*. Las correlaciones que se encontraron fueron en general bastante débiles para todas las variables. La variable que mejor correlacionó con las demás fue *"Autocuidado"* y sus diferentes factores. En base a este trabajo, se observan grados de estrategias de autocuidado de profesionales de la Psicología, aunque los datos son bastante dispares en cuanto a años de experiencia en la práctica clínica.

PALABRAS CLAVE: estrategias, autocuidado, terapeuta, práctica clínica y autocompasión.



Abstract

The most current definition of self-care defines it as a process of purposeful participation in strategies that improve well-being and promote healthy functioning. There are certain professions in which, being exposed to situations of greater suffering, this practice is considered of vital importance. The aim of the present study was to study self-care behaviors and therapist personal style (TPS) in a sample of clinical psychology professionals. Other variables such as emotional regulation, self-compassion or anxiety-state, among others, were also studied. The sample consisted of N=62 psychologists (n=56 were women while n=6 were men). Variables such as emotional regulation, anxiety-state, self-care, therapist's personal style and self-compassion were evaluated. They were assessed by means of empirically validated instruments. The results indicated that those who practiced self-care the most were those who had between 1 and 5 years of experience in clinical practice. No statistically significant differences were found between sex and the study variables except for one variable: "Common humanity". Nor was it observed that the variable "Self-Care" correlated with the variable "Therapist's Personal Style". The correlations that were found were generally quite weak for all variables. The variable that correlated best with the others was "Self-Care" and its different factors. Based on this work, degrees of self-care strategies of Psychology professionals are observed, although the data are quite disparate in terms of years of experience in clinical practice.

KEYWORDS: strategies, self-care, therapist, clinical practice and self-compassion.

Introducción

El contexto sanitario es, hoy en día, y sobre todo estos últimos dos años, uno de los que más atención y esfuerzo mental requiere. Con la llegada de la pandemia, estos últimos años se ha puesto el foco en la importancia del uso de estrategias de autocuidado que permitan un mejor manejo tanto de las propias emociones como de las situaciones de los profesionales de la Psicología (Garrido et al., 2022).

La profesión sanitaria va ligada, la mayor parte de las veces, a factores emocionales como el estrés, el cual incrementa el riesgo de la aparición de problemas posteriormente, como pueden ser el *burnout*, la sobrecarga de trabajo, o niveles más altos de cansancio. Todo esto, si se produce de forma continuada en el tiempo, tiene un impacto perjudicial en el bienestar de los profesionales (Bloomquist et al., 2015; McCormack et al., 2018; Garrido et al., 2022).

Son bastantes las definiciones que se han dado para explicar el concepto de "Autocuidado". Su origen surge de la especialidad de enfermería. Según Orem (citado en González y Arriagada, 1999), el término se explica como "todas aquellas actividades realizadas por los individuos, familias o comunidades, con el fin de promover la salud, prevenir enfermedades, limitarlas cuando existen y restablecerlas cuando sea necesario". En este sentido, el autocuidado de estos profesionales implicaría su participación en cualquier actividad elegida por uno mismo para poder reducir así los niveles de estrés y lograr un equilibrio entre vida personal y profesional (Lee y Miller, 2013; Newell y Nelson-Gardell, 2014).

Desde el ámbito más específico de la Psicología, y aplicando la definición de autocuidado a la población específica de psicólogos clínicos, se considera que el término se refiere a aquellas competencias del terapeuta que promueven su salud (tanto física como emocional), y su calidad de vida. Por otra parte, destacan que el autocuidado no solamente implica resolver aquellas situaciones relacionadas con el desgaste laboral, sino que también implica saber detectarlas y enfrentarlas (Guerra et al., 2008).

Guerra et al. (2011) explican en su trabajo el riesgo al que se encuentran expuestos los terapeutas. Son considerados grupo de riesgo para manifestar sintomatología de desgaste laboral debido a su trabajo constante en el día a día con el sufrimiento humano (Moreno-Jiménez et al., 2004; Sabo, 2006). Más concretamente, y desde el momento que se estableció el término de "Autocuidado" en el año 1999, se considera de vital importancia que estos profesionales sepan desarrollar prácticas de autocuidado como una forma de prevención del desgaste laboral (Arón y Llanos, 2001; McLean y Wade, 2003). Esto sucede ya que algunos estudios, como por ejemplo el de Figley (1995), mostraron que los terapeutas a menudo absorbían el sufrimiento de los pacientes.

Esto mismo fue el detonante que motivó a los investigadores a la creación de un instrumento de medida que pudiera recoger estas conductas en esta población. Así fue cómo surgió la Escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos (EAP; Guerra et al., 2008). El objetivo de esta escala es recoger información sobre las conductas y condiciones de autocuidado que, en anteriores investigaciones, han presentado relaciones inversas con diferentes medidas de desgaste laboral en psicólogos clínicos (Betta et al., 2007; Guerra, 2008).

Además, se ha observado que de entre estos profesionales, los profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos (en especial los de la especialidad de psicooncología), sufren lo que se llama "fatiga por compasión" (Hernández, 2017). Este término se define como todas aquellas conductas y emociones naturales que surgen a partir de conocer un evento traumático

experimentado por una tercera persona. Se podría definir entonces como el estrés resultante de ayudar a una persona traumatizada (Alzina, 2012).

Existe mucho trabajo todavía por delante con todo aquello relacionado con el autocuidado, pues en base a toda la literatura revisada, siguen siendo mucho más numerosos los estudios con profesionales de las especialidades de Medicina o Enfermería (Hernández, 2017). Esta investigación postula que los profesionales sanitarios con mayores niveles de fatiga por compasión son los enfermeros y los médicos, y más aún con la aparición del COVID-19 (Cabedo et al., 2022; Chingono et al., 2022; Bendau et al., 2021) siendo escasos los trabajos en relación con el autocuidado de los profesionales de la Psicología. En el trabajo mencionado anteriormente los psicólogos sí que entraban dentro de los criterios de inclusión del estudio.

No se ha encontrado ningún estudio en el que estas variables hayan sido estudiadas conjuntamente en la población a la que va dirigida la siguiente investigación ni hayan clarificado una correlación entre las mismas, sin embargo, sí que se ha visto que, tal y como se ha mencionado en el estudio de Guerra et al. (2011), los terapeutas se encuentran expuestos a un riesgo al estar en contacto directo con el sufrimiento humano.

Por otra parte, se han encontrado estas variables estudiadas en otras profesiones más sanitarias (médicos, enfermeros o técnicos auxiliares de enfermería), pero sin incluir terapeutas. Por ejemplo, en una investigación se demostró que en el estudio de la variable "*Autocompasión*", el colectivo médico mostraba significación estadística tras la aplicación de un programa de instrucción en Mindfulness. Aunque todas las categorías profesionales experimentaron un aumento en la puntuación de la autocompasión, este aumento sólo fue significativamente alto en el colectivo médico (Gracia et al., 2018). Donde sí que se usó una muestra de psicoterapeutas, y en este caso para evaluar la variable "*Estilo personal del terapeuta*", fue en el estudio de Fernández-Álvarez y García en 2008. En su investigación se demostró que los hombres presentaron puntuaciones promedio más elevadas que las psicoterapeutas mujeres en la función Atencional. En el estudio de Guerra et al. (2011) los resultados indicaron que los psicólogos clínicos realizaban de forma muy frecuentemente estrategias de autocuidado.

La variable "*Ansiedad-Estado*" se puede definir según Spielberger (1972) como un "estado emocional" inmediato, modificable en el tiempo y caracterizado por una combinación de tensión, sentimientos, pensamientos negativos o molestos y preocupaciones junto a cambios fisiológicos. En la investigación realizada por Vera en 2018 se observó que, a mayor edad de los terapeutas, estos experimentaban más ansiedad-estado en consulta. En la tesis de Vásquez y Núñez (2023), se hace alusión a la falta de estudio que existe todavía en esta variable en los terapeutas. También critican que la gran mayoría de investigaciones de este tipo están dirigidas a médicos y otros profesionales de la salud. Según Ledingham (2015), los terapeutas suelen minimizar su propia vulnerabilidad sometiéndose así a presiones laborales excesivas, así como también a negar necesidades personales y emociones. Comentan también que muchos de ellos son reacios a pedir ayuda.

El "*Estilo Personal del Terapeuta*" se define como aquellas características de cada terapeuta que se ven reflejadas en su actividad clínica como resultado de su forma de ser. Este constructo ha demostrado tener poder discriminativo en investigaciones como las de Casari et al., 2018. El objetivo de dicho estudio fue analizar las propiedades psicométricas y la estructura factorial de instrumentos que midieran este constructo, como el EPT-C. Los resultados indicaron que existía evidencia preliminar de que este instrumento pudiera medir una de las variables clave en el proceso terapéutico: la persona del terapeuta (Prado-Abril et al., 2019). Esta variable tiende a permanecer estable en el tiempo, aunque puede sufrir algunas modificaciones como consecuencia de la

incidencia de otras variables: entrenamiento recibido, cambios en las condiciones laborales, circunstancias vitales de la persona o cambios evolutivos (García y Fernández-Álvarez, 2007). Se ha encontrado que esta variable se relacionó con diferentes tipos de apego y estilos de personalidad en el estudio de Genise (2015). Los resultados mostraron correlación de baja intensidad entre el factor de personalidad "apertura a la experiencia" y el estilo personal de involucración. Sin embargo, encontraron una correlación inversa y significativa entre el factor de extraversión y un modo de apego no romántico ansioso, por ejemplo.

La "*Regulación emocional*" se entiende según Gross (2014) como una forma de modular, inhibir, intensificar o disminuir la forma de reaccionar ante estímulos que provoquen una emoción. Este mismo autor conceptualizó el término en 2002, pero no fue hasta el 2003 cuando desarrollaron el ERQ (Emotion Regulation Questionnaire), prueba que evalúa las dos dimensiones básicas de la regulación emocional: supresión emocional y reevaluación cognitiva (Pineda et al., 2018). Como supresión emocional se entiende la capacidad de la persona para inhibir o modular la respuesta cognitiva, conductual o fisiológica. La reevaluación cognitiva integra las estrategias que sirven a la persona para modificar la forma en la que percibe o siente, o es capaz de modificar las emociones que se experimenta ante una cierta situación (Gross y John, 2003). Fueron estos mismos autores quienes encontraron una asociación positiva entre uno de estos factores (reevaluación) y las emociones positivas, mientras que se relacionaba de forma negativa con las emociones negativas. Para la dimensión supresión emocional encontraron un patrón opuesto. Además, se ha relacionado la regulación emocional con el estrés, pues una percepción elevada de estrés puede ir asociada a un mayor uso de estrategias de regulación emocional no adaptativas (Teixeira et al., 2019).

Como objetivo principal de la presente investigación se plantea conocer el grado y frecuencia de uso de estrategias de autocuidado entre los profesionales sanitarios dedicados a la Psicología. En otro sentido, se considera interesante analizar otras variables tales como la regulación emocional, el estilo personal del terapeuta, la autocompasión, así como también el nivel de ansiedad-estado que sufren ante el sufrimiento ajeno en consulta.

Como objetivo secundario se plantea explorar las diferencias entre las variables de estudio y las sociodemográficas.

Las principales hipótesis que se establecieron para el estudio fueron las siguientes:

1. El nivel de autocuidado que presenten los participantes con más experiencia en la práctica clínica se espera que sea un nivel alto.
2. Se espera que haya diferencias significativas entre las variables de estudio y el sexo.
3. Que exista correlación positiva entre la variable "*Autocuidado*" y "*Estilo Personal del Terapeuta*".
4. Se espera que la variable "*Ansiedad-Estado*" correlacione negativamente con la variable "*Autocuidado*".
5. Que exista correlación negativa entre la variable "*Autocuidado*" y el factor "*Supresión emocional*" de la variable "*Regulación emocional*".
6. Que la variable "*Autocuidado*" correlacione positivamente con el factor "*Reevaluación cognitiva*" de la variable "*Regulación emocional*".

Método

Participantes

En el presente estudio participaron un total de N=62 psicólogos/as. Casi la totalidad de la muestra fueron mujeres n=56 (90,3%), mientras que n=6 (9,7%) fueron hombres.

En cuanto al rango de edad de la muestra, estuvo comprendido en cuatro subgrupos para preservar el anonimato de los/as participantes: siendo N=62 participantes, n=1 (1,6%) tenía entre 20 y 30 años, n=13 (21%) entre 30-40 años, n=23 (37,1%) entre 40 y 50 años, y finalmente, n=25 (40,3%) tenían más de 50 años.

VARIABLES e Instrumentos

Se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas como la edad, el sexo (expresado en rangos para poder garantizar mejor la privacidad de los participantes. la experiencia en la práctica clínica de cada participante.

También se evaluó la variable *ansiedad-estado* mediante la subescala de ansiedad estado del inventario de ansiedad estado-rasgo "STAI" (Spielberger et al., 1982), en este caso, usándose la versión en castellano de Spielberger y Díaz-Guerrero (1975). Esta subescala consta de 20 ítems en los que se pide a la persona que indique cómo se siente en un momento específico. Las respuestas son tipo Likert, y van del 1 al 4, donde 1 es "Casi nunca" y 4 "Casi siempre" (Vera, 2018). Estudios muestran que la consistencia interna que ha demostrado tener esta subescala varía entre .86 y .92 (Spielberger y Guerrero, 1975).

Asimismo, para la variable *autocompasión* se utilizó la Self Compassion Scale validada al castellano (García-Campayo et al., 2014). Esta escala consta de 12 ítems de respuesta tipo Likert que van del 1 al 4, donde 1 es "Casi nunca" y 4 "Casi siempre". La escala presenta una buena consistencia interna, siendo su alfa de Cronbach mayor a .86 (Raes et al., 2011). Según García-Campayo et al. (2014), el alfa de Cronbach de esta escala sería .85. Se usa para medir cómo actúa el sujeto habitualmente frente a sí mismo en momentos difíciles. Se divide en 6 subescalas tanto para la versión larga como para la breve: auto-amabilidad, humanidad común o humanidad compartida, autojuicio, aislamiento, sobreidentificación y mindfulness (Raes et al., 2011).

La siguiente variable medida fue el *estilo personal del terapeuta* se midió usando la escala abreviada del estilo personal del terapeuta (EPT) de Fernández-Álvarez (2003). En este caso, en su versión abreviada, la EPT-C (Fernández-Álvarez, 2008). Consta de 21 ítems con respuesta tipo Likert, que van del 1 al 7, siendo 1 "Totalmente en desacuerdo" y 7 "Totalmente de acuerdo". El alfa de Cronbach encontrado para esta escala varía entre .60 y .75, considerándose aceptables en el campo de la investigación (Vera, 2018). Existen 5 subescalas dentro de la escala: función instruccional (3 ítems), función expresiva (5 ítems), función de involucración (4 ítems), función atencional (3 ítems) y función operativa (5 ítems). Puntajes bajos en las funciones indican: en la función operativa (un estilo espontáneo), atencional (abierto), expresiva (distante), involucrativa (baja) e instruccional (flexibilidad). Por otro lado, puntajes altos en la escala indican: en la función operativa (un estilo pautado), atencional (focalizado), expresiva (próximo), involucrativa (alto) y finalmente instruccional (rigidez).

También se midió la *regulación emocional* de cada participante mediante el pase del cuestionario de regulación emocional (ERQ) (Gross y John, 2003). Este cuestionario consta de 10 ítems de respuesta tipo Likert que van del 1 al 7, siendo 1 "Completamente en desacuerdo" y 7 "Completamente de acuerdo". En este caso se usó la versión en español de Sandín et al. (2012). Este cuestionario evalúa mediante 6 ítems un factor relacionado con la reevaluación cognitiva y mediante

los otros 4 ítems restantes, la supresión emocional. La consistencia interna del cuestionario fue de .79 para el factor de reevaluación cognitiva y .73 para el de supresión (Pineda et al., 2018).

Por último, para medir el *autocuidado* de cada participante, se usó la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos (Guerra et al., 2008). En esta escala, el profesional debe indicar la frecuencia con la que emite conductas de autocuidado, así como la frecuencia en la que el ambiente laboral las favorezca. Consta de 10 ítems de respuesta tipo Likert que van de 0 a 4, siendo 0 "Nunca" y 4 "Muy frecuentemente". Este instrumento tiene buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de .79 (Guerra, 2011). El puntaje global es la suma de las respuestas dadas a los ítems de la escala. Valores entre 0 y 7 puntos indican que el psicólogo nunca practica el autocuidado; entre 8 y 15, se considera que casi nunca lo practica; entre 16 y 23, lo practica ocasionalmente; entre 24-31 la persona lo practica frecuentemente, y una puntuación entre 32-40, indica que el psicólogo lo practica muy frecuentemente.

Procedimiento

En primer lugar, se establecieron unos criterios para la participación en esta investigación. Estos fueron los criterios que debían cumplir los participantes del estudio: (a) que trabajaran en el campo de la Psicología y (b) que estuvieran ejerciendo de la misma. Los datos de la muestra se recogieron a través de internet debido a la imposibilidad de conseguir una muestra notable de forma presencial. Se realizó un cuestionario creado específicamente para la ocasión con la ayuda de la plataforma *Google Forms*. El número de registro de la investigación dado por el Comité de Ética de la Universidad Miguel Hernández de Elche es 220419190043. Una vez aprobado, se empezó a difundir el cuestionario utilizando para ello participantes semillas, quienes facilitaron el acceso a la muestra.

En el mismo cuestionario se informaba a los participantes sobre la confidencialidad de las respuestas, la voluntariedad de la participación en la investigación y de que no existían respuestas buenas o malas según lo cumplimentaran. También, todos aquellos que formaron parte del estudio firmaron al inicio del mismo un consentimiento informado con el que eran informados de todas las premisas descritas anteriormente. Finalmente la recogida de datos se realizó durante el periodo del 26 de octubre de 2022 al 15 de noviembre del mismo año.

Tipo de Diseño

Este estudio se caracteriza por ser un estudio transversal, es decir, la muestra poblacional se analizó en un solo momento temporal de forma online. De diseño no experimental y no probabilístico, se utilizó la técnica de muestreo "Bola de Nieve" para la recogida de datos. Esta técnica de reclutamiento de participantes consiste en que el investigador seleccione a los primeros participantes (llamados participantes semillas), y son estos quienes posteriormente se encargan de la difusión y selección de otros participantes para el estudio.

Análisis de los Datos

Para el análisis de los datos se utilizó el programa del paquete estadístico JAMOV en su versión 2.3.18. Se calcularon los supuestos de normalidad y de homocedasticidad de la muestra para realizar un tipo de análisis u otros. Finalmente se usaron las pruebas no paramétricas para realizar los análisis puesto que la distribución resultó no ser normal. Se realizaron análisis para comprobar las diferencias entre sexos en las distintas variables utilizando para ello la U de Mann-Whitney. También se analizó la correlación entre las variables, calculando para ello la correlación de Spearman. El alfa de Cronbach con el que se trabajó en todo momento fue de .05, con un nivel de confianza del 95%.

Resultados

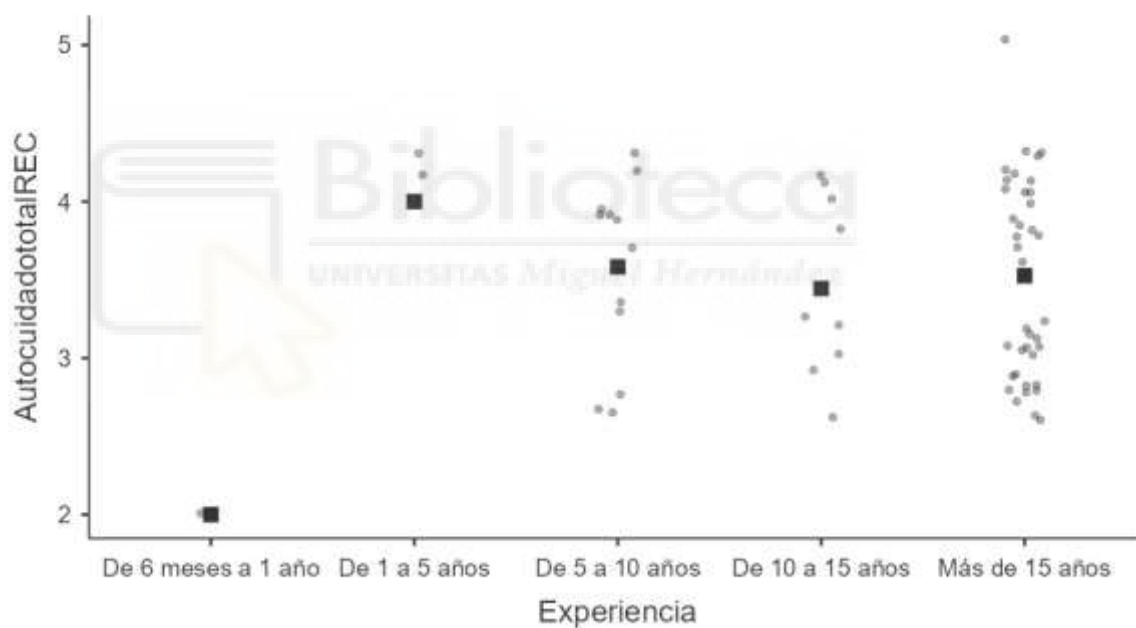
Análisis Descriptivos de las Variables Sociodemográficas

Para analizar la experiencia en la práctica clínica se establecieron rangos desde los 6 meses a 1 año hasta más de 15 años en la práctica clínica.

Tal y como se observa en la Figura 1 (cada participante queda representado como un punto en el gráfico), los sujetos se dividieron según su experiencia laboral, quedando ordenados de la siguiente forma: de 6 meses a 1 año (n=1), de 1 a 5 años (n=2), de 5 a 10 años (n=12), de 10 a 15 años (n=9) y finalmente aquellos que llevan más de 15 años trabajando, que son la mayoría (n=38). La puntuación obtenida en la medición de la variable queda representada en el gráfico con un cuadrado.

Figura 1

Análisis de frecuencia de autocuidado en base a la experiencia laboral de los participantes en el estudio



Nota: Una puntuación de 2 en autocuidado indica que las conductas de autocuidado no se realizan nunca, 3 implica que casi nunca se llevan a cabo, una puntuación de 4 indica que se llevan a cabo ocasionalmente, y finalmente 5 significa que se llevan a cabo frecuentemente.

Análisis Estadísticos de las Diferencias entre Variables

Durante el análisis de las diferencias entre la variable "Sexo" y "Estilo Personal del Terapeuta", al cumplirse los dos supuestos (es la única variable en la que esto sucede), la prueba T para muestras independientes sería la prueba más idónea para calcular si existen diferencias entre ambos grupos. Una vez calculada la prueba T, no se obtiene en ningún caso una probabilidad asociada menor a alfa, por lo que se concluye que en ningún caso se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Sólo se encontraron diferencias en uno de los factores de la variable "Autocompasión" según el sexo de los participantes. Los hombres obtuvieron una puntuación media de 9 para el factor "Humanidad común", puntuando más alto que las mujeres ($U= 85.5$, $p= .045$).

Análisis de Correlaciones entre las Variables de Estudio

No se encontraron correlaciones significativas entre la variable principal de estudio "Autocuidado" y el resto de variables. Además, existen escasas correlaciones entre el resto de variables. Aun así, la variable sobreidentificación se observó como correlacionó significativamente con aislamiento ($r_{(s)}= .774$, $p= <.001$). Y también con la variable autojuicio ($r_{(s)}=.687$, $p= <.001$).

Por otra parte, se observó que las subescalas de la variable "Autocompasión" eran las que más se relacionaban con las demás variables, principalmente con las subescalas de la variable "Estilo Personal del Terapeuta". La *Tabla 1* muestra algunas de estas relaciones.

Tabla 1

Variables correlacionadas mediante Spearman

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Autoamabilidad375*	.166	-.050	-.492*	-.372*	.052	.043
2. Función atencional324	.317	-.216	-.048	.331	-.007
3. Función operativa	-.038	-.296*	-.019	.044	.000
4. Función instruccional304*	.179	.238	.068
5. Aislamiento269*	.024	.132
6. Supresión emocional024	.033
7. Reevaluación cognitiva034
8. Ansiedad-estado

Nota: *La correlación es significativa en el nivel .05

Discusión

El objetivo del presente estudio fue analizar el uso de estrategias de autocuidado en profesionales pertenecientes al ámbito de la Psicología. En base a la bibliografía revisada, estos profesionales sufren un desgaste laboral muy acusado al trabajar en contacto con personas en contacto con el sufrimiento y traumas del ser humano (Betta et al., 2007).

Este estudio difiere de los resultados obtenidos por algunos autores. En estudios realizados observando las diferencias entre sexos de la variable ansiedad-estado, se ha encontrado que las mujeres son las que puntúan más alto en ambas subescalas (Arias, 1990 y Agudelo, Casadiego y Sánchez, 2008). En esta investigación, sin embargo, no sucede así. Al contrario, son los hombres quienes puntúan más alto en la escala (una media de 4.17 frente al 3.91 de las mujeres). Es un dato que, debido a la poca diversidad de la muestra y a la gran variedad de mujeres que hay en ella, no debería ser tenido en cuenta. Se podría profundizar sobre ello en futuras investigaciones en las que la cantidad de muestra existente sea mucho más grande.

En lo referente a las hipótesis mencionadas al inicio de la investigación, se observa como no se cumple la primera hipótesis. Los participantes que puntúan más alto en autocuidado son aquellos que llevan en la práctica clínica entre 1 y 5 años, esto podría deberse a los conocimientos que llevan aprendidos muy recientemente nada más salir de la carrera. Pudiera ser que los que llevaran más tiempo al final se vayan habituando a que les ocurran este tipo de situaciones y a sentirse de determinada forma. Sí que se observa, sin embargo, que gran parte de la muestra lleva 15 años o más de práctica clínica. Con respecto a la segunda hipótesis, solamente se han observado diferencias entre el sexo y la variable "*Humanidad común*", en ninguna más se han observado tales diferencias. Esto explicaría que se reconozca de forma diferente que el sufrimiento no ocurre solamente a la propia persona, sino que es una parte común e inevitable de la experiencia humana. Pudiera ser debido a la cultura, donde normalmente las mujeres ocupan un rol diferente al de los hombres, donde también ha sido costumbre que la mujer mirara por varias personas a la vez, aparte de por ella misma. Finalmente, con respecto a la tercera, se rechaza puesto que se ha demostrado en el presente estudio que la variable "*Autocuidado*" no correlaciona con la variable "*Estilo Personal del Terapeuta*". Esto indicaría que independientemente de las estrategias de autocuidado que practiquen los terapeutas, las funciones en las que se subdivide la variable EPT no se ven influenciadas. Tampoco indicaría relación entre la forma de ser del terapeuta y las estrategias que lleve a cabo con respecto al autocuidado.

Para la cuarta hipótesis no se ha observado relación positiva entre las dos variables, por lo que esta hipótesis quedaría rechazada. Las relaciones que se han encontrado entre las variables "*Autocuidado*" y "*Ansiedad-Estado*" no son significativas. Esto podría deberse a que las personas tuvieran implementadas ciertas estrategias de autocuidado, y las usaran independientemente de que el tipo de ansiedad que sufran sea consecuencia directa del contexto en el que se encuentre, tal y como evalúa el factor "*Ansiedad-Estado*", subvariable de la variable ansiedad.

La quinta hipótesis se cumple ya que existe correlación negativa entre la variable "*Autocuidado*" y el factor "*Supresión emocional*" de la variable "*Regulación Emocional*", lo que indicaría que la relación entre ambas es inversa. Es decir, cuanto más se inhiba o module la respuesta de la persona, menos estrategias de autocuidado pondrá en marcha la misma. Para el caso de la sexta hipótesis, se observa que también se cumple, puesto que ambas correlaciones son positivas. En este caso la variable "*Autocuidado*" sí que correlaciona con el otro factor (*Reevaluación cognitiva*) de la variable "*Regulación Emocional*". Esto indicaría que cuantas más estrategias de autocuidado se utilicen, mayor será la reevaluación cognitiva que haga la persona de la situación que

ha desencadenado su utilización, es decir, la persona será capaz de pensar y elegir correctamente, a la vez que modificar si fuera necesario, la forma en la que percibe o siente la información o las emociones, en un momento dado ante una situación estresante o un estímulo estresor. Todo esto conlleva finalmente la utilización de unas estrategias u otras de autocuidado.

La variable que ha destacado por tener más relaciones entre todas las del presente trabajo, es la variable "*Autocompasión*". Algunos de sus factores correlacionaban con las otras variables estudiadas. Aunque el grado de relación es relativamente bajo, esto podría deberse a que todos los factores de esta variable son cualidades que una persona con los conocimientos de un terapeuta se da por sentado que se poseen, pero de una forma u otra, al final el contexto moldea las conductas de los terapeutas, lo que influye también directamente en su estilo personal de impartir la terapia, que es otra variable de este estudio.

Tal y como se ha observado en la presente investigación, no se han encontrado relaciones significativamente estadísticas en casi ninguna variable. Habría que profundizar en esto y poner sobre la mesa más variables para poder llevar a cabo más análisis. Los datos obtenidos son bastante dispares y una de las razones podría ser principalmente la falta de muestra o de equidad en cuanto al sexo de los sujetos, ya que la mayoría de la muestra estaba compuesta por mujeres. Lo que está claro es que muchos profesionales del campo de la Psicología hacen uso de estas estrategias habitualmente como una forma de alivio ante el sufrimiento tanto propio como de los pacientes, e independientemente de los años de experiencia en la práctica clínica y de la edad.

Es por todo ello que, de cada a futuras investigaciones, se recomienda ampliar la población diana para poder realizar análisis comparatorios entre ambas muestras y observar así la existencia de diferencias en lo referente al autocuidado. Por ejemplo, se podría recoger muestra en algunas asociaciones que dispongan de profesionales de la Psicología. Muchas asociaciones tienen como recurso implementado una formación en autocuidado, por lo que de cara a evaluar tanto las estrategias de autocuidado como la eficacia de esta formación, podría resultar interesante. También, el estudio de demás variables con el autocuidado. Las estudiadas en este estudio no se ha demostrado que correlacionen con esta variable, pero otras pudiera ser que sí lo hicieran.

Dentro del contexto de esta investigación se han encontrado también algunas limitaciones a la hora de llevar a cabo el estudio. Algunos ejemplos de ellas podrían ser el tamaño muestral, un posible sesgo de deseabilidad social en las respuestas dadas por los participantes en el estudio, así como también el tipo de muestreo utilizado. Con respecto al tamaño muestral (N=62) se considera un tamaño muestral pequeño, por lo que los resultados obtenidos en esta investigación no podrían generalizarse a toda la población. También es importante destacar que el presente estudio tiene muy poca participación masculina, por lo que esto se podría considerar otra limitación al no estar los datos igualados en esta variable

Por otra parte, esta investigación también tiene algunas ventajas. Poner el foco en un hábito tan importante como es el autocuidado en esta profesión (que se encuentra en continuo contacto con el sufrimiento de los demás) es muy importante puesto que puede ayudar de cara a la prevención de la aparición de algunas de las posibles consecuencias derivadas de no aliviar el sufrimiento del terapeuta, no tenerlo en cuenta, o simplemente no tener claros los recursos de los que se dispone para poner en marcha el mecanismo del autocuidado.

Referencias

- Agudelo, D., Casadiego, C. y Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
- Alzina, M.P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(4), 1-22.
- Arias, F. (1990). Investigaciones sobre el IDARE en cuatro países de latinoamericanos: Argentina, Ecuador, México y Perú. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 3, 49-85.
- Arón, A. y Llanos, M. (2001). Desgaste profesional. En A. Arón (Ed.), *Violencia en la familia. Programa de intervención en red: la experiencia de San Bernardo* (pp. 67-103). Santiago: Galdoc.
- Bendau, A., Strohle, A. y Petzold, M.B. (2021). Mental Health in Health Professionals in the Covid-19 Pandemic. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. AEMB.
- Betta, R., Morales, G., Rodríguez, K. y 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.
- Bloomquist, K., R., Wood, L., Friedmeyer-Trainor, K. y Kim, H. (2015). Self-care and profesional quality of life: Predictive factors among MSW practitioners. *Advances in social work*, 16 (2), 292-311.
<http://doi.org/10.18060/18760>
- Cabedo, E., Prieto, J., Quiles, L., Arnáez, S., Rivas, M. R., Riveiro, y., Aguilar, E. J. y Renovell, M. (2022). Factores asociados al impacto emocional de la pandemia por COVID-19 en profesionales sanitarios. *Behavioural Psychology* 30 (1), 69-91.
<http://dx.doi.org/publicaciones.umh.es:8080/10.51668/bp.8322104s>
- Casari, L., M., Ison, M. y Gómez, B. (2018). Estilo Personal del Terapeuta: Estado actual (1998-2017). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27, 466-477.
- Chingono, M.S., Nzvere, F.P., Marambire, E.T., Makwembere, M., Mhembere, N., Herbert, T., Maunganidze, A.J.V., Pasi, C., Chiwanga, M., Chonzi, P., Ndhlovu, C.E., Mujuru, H., Rusakaniko, S., Olaru, I.D., Ferrand, R.A. y Simms, V. (2022). Psychological distress among healthcare workers accessing occupational health services during the COVID-19 pandemic in Zimbabwe. *Comprehensive Psychiatry*, 116, 1-14.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152321>
- Dorociak, K.E., Rupert, P.A., Bryant, F.B., y Zahniser, E. (2017). Development of the Professional Self-Care Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 64(3), 325-334.
<http://doi.org/10.1037/cou0000206>
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Ledesma, R. y Castañeiras, C. (2008). Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta: Presentación de una versión abreviada del Cuestionario EPT-C. *Terapia Psicológica*, 26(1), 5-13.

- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. y Corbella, S. (2003). Assesment Questionnaire on The Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116-125.
- Figley, Ch. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- García-Campayo J., Navarro M., Andrés E., Montero J., López L. y Demarzo M. Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:4,
<http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- García, F. Y Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el estilo personal del terapeuta: una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (2), 121-128.
- Garrido, M., Sáez, G., Alonso, M., Serrano, C. y Expósito, F. (2022). Assessing self-care in psychologists: a Spanish adaptation of the SCAP Scale. *Psicothema*, 34 (1), 143-150.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2021.250>
- Genisse, G. (2015). Relación entre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego y factores de personalidad del terapeuta. *Psicodebate*, 15 (1), 9-22.
- González, S. y Arriagada, M. (1999). Ciudadanía y autocuidado en salud reproductiva y sexual: un estudio exploratorio en mujeres trabajadoras de los sectores salud y educación. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 8(1).
- Gross, J. J., y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J., J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*, 3-20.
- Guerra, C. (2011). Validez discriminante de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Summa Psicológica*, 8(2), 39-44.
[10.18774/summa-vol8.num2-86](http://dx.doi.org/10.18774/summa-vol8.num2-86)
- Guerra, C. (2008). *Descripción de los niveles de estrés traumático secundario y su relación con las prácticas de autocuidado en psicólogos clínicos chilenos que se desempeñan en diferentes contextos laborales: análisis desde la Terapia Centrada en las Soluciones*. Tesis de Postítulo no publicada. Centro de Especialistas en Intervención Estratégica (MIP), Santiago, Chile.
- Guerra, 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, C., Rodríguez, K., Morales, G. y Betta, R. (2008). Validación preliminar de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Psykhé*, 17(2), 67-77.

Hernández, M^a del Carmen (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*, 14 (1), 53-70.

<http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.55811>

Ledingham, M. (2015). Creencias y percepciones sobre el agotamiento entre los profesionales de la salud mental.

Lee, J. J., y Miller, S. E. (2013). A self-care framework for social workers: Building a strong foundation for practice. *Families in Society*, 94(2), 96-103.

<http://doi.org/10.1606/1044-3894.4289>

McCormack, H. M., Macintyre, T. E., O' Shea, D., Herring, M. P., y Campbell, M. J. (2018). The prevalence and cause(s) of burnout among applied psychologists: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 9, 1897.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01897>

McLean, S. y 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.

Morales, G., 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 de la Universidad de Chile*, 12 (1), 9-25.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26400101>

Moreno-Jiménez, B., Morante, E., Garrosa, E. y Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12(2), 215- 231.

Newell, J. M., y Nelson-Gardell, D. (2014). A competency-based approach to teaching professional self-care: An ethical consideration for social work educators. *Journal of Social Work Education*, 50(3), 427-439.

<http://doi.org/10.1080/10437797.2014.917928>

Orem, D. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona, España. Ediciones Científicas y Técnicas.

Pineda, D., Valiente, R.M., Chorot, P., Piqueras, J.A. y Sandín, B. (2018). Invarianza factorial y temporal del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23, 109-120.

Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F. y Sánchez-Reales, S. (2019). Pericia, efectos del terapeuta y práctica deliberada: El ciclo de la excelencia. *Papeles del Psicólogo*, 40, 89-100.

Raes, F., Pommier, E., Neff, K.D. y Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 250-255.

<https://doi.org/10.1002/cpp.702>

- Ries, F., Castañeda, C., Campos, M.C. y Del Castillo, A. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 9-16.
- Sabo, M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice* 12, 136–142.
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M., y Pineda, D. (2012). *Versión española del cuestionario ERQ*. Madrid: UNED.
- Spielberger, C.D. (1972). Anxiety as an emotional state. *Anxiety Behavior*, 23-48.
- Spielberger, Ch. y Díaz-Guerrero, R. (1975). IDARE, Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado. México: El Manual Moderno.
https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrkMij9H49jKYMFD8tU04lQ; ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzIE dnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1670353022/RO=10/RU=https%3a%2f%2fdialnet.unirioja.es%2fdescarga%2farticulo%2f4531351.pdf/RK=2/RS=l1ZYIHtEpS979xaK5ecwd9vsHoU-
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1982). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Teixeira, A., L., Guedes, S., M., Debiasi, G. y Da Silva Moreira, A. (2019). Estrés y bienestar en el trabajo: el papel moderador de la regulación emocional. *Revista Psicología de las Organizaciones y Trabajo*, 19 (1), 532-540.
- Vásquez, S. y Núñez, C., A. (2023). Estrés en terapeutas de salud mental: una revisión sistemática. [Tesis, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas].
- Vera, C., S. (2018). Ansiedad rasgo-estado y estilo personal del terapeuta en psicólogos que trabajan con pacientes oncológicos en lima metropolitana. [Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad de Lima].

Apéndice A. Autorización del Comité de Ética de la UMH

Dra. Dña. M^a Carmen Neipp López
Dpto. Psicología de la Salud

Elche, 1 de julio de 2022

Tutora	M ^a Carmen Neipp López	
Estudiante	Vanessa Gramage Galiana	
Tipo de actividad	Otros	TFM
Título del proyecto	Autocuidado del psicólogo oncológico: estrategias de afrontamiento ante situaciones difíciles	
Códigos GIS estancias donde se desarrolla la actividad	-	
Evaluación riesgos laborales	Conforme (Autodeclaración)	
Evaluación ética uso muestras biológicas humanas	No solicitado	
Evaluación ética humanos	Favorable	
Evaluación ética animales	No solicitado	
Registro	220419190043	
Referencia	TFM.MPG.MDCNL.VGG.220419	
Caducidad	5 años	

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

No se ha evaluado el uso de muestras biológicas humanas porque no se ha solicitado, ni se ha considerado necesario en base a la información aportada.

No se ha evaluado el uso de animales en un proyecto de investigación porque no se ha solicitado, ni se ha considerado necesario en base a la información aportada.

La evaluación de la participación de voluntarios humanos en un proyecto de investigación, desde el punto de vista ético, es favorable.

Por todo lo anterior, el dictamen del CEII es **favorable**.

Atentamente,



Alberto Pastor Campos
Secretario CEII
Vicerrectorado Investigación



Domingo Orozco Beltrán
Presidente CEII
Vicerrectorado Investigación

Información adicional:

- En caso de que la presente actividad esté financiada y se gestione a través del servicio SGI-OTRI de la UMH, le recordamos que, para poder llevar a cabo dicha actividad en las instalaciones de la UMH, además del dictamen de la OEP, es necesario contar con la autorización del representante institucional. Esta gestión se realiza a través de SGI-OTRI, quien gestiona las correspondientes prestaciones de servicio, contratos /convenios y proyectos de investigación.
- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización del proyecto debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

