



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
**Psicólogos sanitarios en España:
condiciones laborales, malestar
emocional y autocuidado.**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Silvia Fernández Sánchez
Línea de investigación:	Evaluación y psicodiagnóstico en Psicología General Sanitaria
Director/a:	Gaspar Berbel Giménez
Fecha:	10/01/2024

Índice de contenidos

Resumen	5
Abstract	6
1. Marco teórico	7
1.1. Introducción	7
1.2. La salud mental en España: situación actual.....	7
1.3. Psicología Sanitaria en España	8
1.3.1. Definición de la disciplina y los profesionales sanitarios.....	8
1.3.2. Debates actuales en Psicología Sanitaria.....	9
1.3.2.1. Competencias profesionales de los psicólogos sanitarios	9
1.3.2.2. Programas de formación en Psicología Sanitaria.....	10
1.3.2.3. Ámbitos de actuación de los psicólogos sanitarios	11
1.3.2.4. Datos de formación y empleo en Psicología Sanitaria	12
1.4. Malestar emocional en psicólogos sanitarios: estrés y burnout.....	13
1.4.1. Estrés, estrés crónico y estrés laboral	13
1.4.2. El concepto de Burnout.....	14
1.4.3. Estrés y Burnout en psicólogos sanitarios.	15
1.5. Autocuidado en psicólogos sanitarios.....	16
2. Justificación	18
3. Objetivos.....	20
4. Hipótesis	21
5. Marco metodológico	22
5.1. Participantes	22
5.2. Instrumentos	22
5.3. Procedimiento	25
5.4. Análisis de datos.....	25
6. Resultados	27
6.1. Primera hipótesis	29

6.2.	Segunda hipótesis	30
6.3.	Tercera hipótesis	30
6.4.	Cuarta hipótesis	32
7.	Discusión	35
7.1.	Primera hipótesis	35
7.2.	Segunda hipótesis	36
7.3.	Tercera hipótesis	36
7.4.	Cuarta hipótesis	37
7.5.	Conclusiones	39
7.6.	Limitaciones del estudio y prospectiva	39
	Referencias bibliográficas	41
Anexo A.	Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés	46
Anexo B.	Inventario de Burnout de Maslach	47
Anexo C.	Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos.....	48
Anexo D.	Informe favorable de la Comisión de Investigación de TFM.....	49

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Aspirantes y número de plazas ofertadas en especialidades sanitarias en la convocatoria 2022-2023</i>	12
Tabla 2. <i>Profesionales sanitarios colegiados en el año 2022</i>	13
Tabla 3. <i>Puntos de corte de las dimensiones del Inventario de Burnout de Maslach (MBI-HSS)</i>	24
Tabla 4. <i>Puntos de corte de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP)</i>	24
Tabla 5. <i>Características sociodemográficas de la muestra (N= 30)</i>	27
Tabla 6. <i>Características laborales y formativas de la muestra (N= 30)</i>	28
Tabla 7. <i>Niveles observados en autocuidado, estrés y Burnout (N= 30)</i>	29
Tabla 8. <i>Valores de estrés por categorías presentes en la muestra (N= 30)</i>	30
Tabla 9. <i>Porcentaje y número de sujetos por niveles en las dimensiones del Burnout (N= 30)</i>	30
Tabla 10. <i>Valores de frecuencia de autocuidado de la muestra (N= 30)</i>	31
Tabla 11. <i>Correlaciones entre los niveles de estrés y Burnout con los niveles de autocuidado y las características socio-laborales de la muestra</i>	31
Tabla 12. <i>Comparación de medias en los niveles de estrés en función de las variables laborales modalidad de trabajo, trabajo en solitario y formación</i>	33
Tabla 13. <i>Comparación de medidas de Burnout en función de las variables laborales modalidad de trabajo, trabajo en solitario y eformación</i>	33
Tabla 14. <i>Comparación de medias en los niveles de estrés en función de las categorías de estado civil y titulación académica</i>	34
Tabla 15. <i>Comparación de las medidas de estrés en función de las categorías de estado civil y titulación académica</i>	34

Resumen

Los psicólogos sanitarios afrontan estresores diarios que pueden perjudicar la atención psicológica que otorgan. En una muestra de 30 psicólogos sanitarios, se analizaron sus niveles de estrés, Burnout y autocuidado (conductas para reducir el estrés), utilizando las escalas DASS-21, MBI-HSS y EAP. Estrés y Burnout mostraron valores bajos-medios; autocuidado y Burnout aparecieron relacionados en análisis de correlación, además de edad y estrés, y años de experiencia y Burnout. El nivel de Burnout varió significativamente en función del estado civil, en análisis de Kruskal-Wallis de comparación de medianas. Otras características sociodemográficas y laborales-formativas (género, número de hijos, modalidad de empleo, trabajo en solitario, horas de trabajo, estudiando actualmente y titulación) no mostraron diferencias significativas en cuanto a nivel de estrés y Burnout. Los resultados apuntan a niveles bajos de malestar en psicólogos sanitarios, presentando menos estrés o Burnout los más mayores, casados, con más experiencia y que más realizan autocuidado.

Palabras clave: estrés, Burnout, autocuidado, psicólogos sanitarios, condiciones laborales

Abstract

Clinical psychologists face daily stressors that could hinder the psychological support they provide. Measures of stress, Burnout and self-care (i.e., actions that reduce the impact of stress) were taken from a sample of 30 clinical psychologists, using the DASS-21, MBI-HSS and EAP scales. Stress and Burnout showed low to medium levels; self-care and Burnout appeared related in correlational analyses, as well as age and stress, and years of experience and Burnout. Kruskal-Wallis one-way analyses of variance showed that Burnout levels were statistically different depending on marital status. The other sociodemographic, work-related and educational characteristics measured (genre, number of children, employment sector, lone work, total work hours, student condition and academic qualification) did not show differences in terms of stress or Burnout levels. Results suggest low levels of distress in clinical psychologists, with lower stress or Burnout levels in older, more experienced, married psychologists who engage more in self-care.

Keywords: stress, Burnout, self-care, clinical psychologists, employment conditions

1. Marco teórico

1.1. Introducción

El presente estudio se centró en estudiar el malestar de los psicólogos que desempeñan funciones sanitarias en España (denominados psicólogos sanitarios), dado su importante papel en la atención psicológica a una población con una demanda en alza, y considerando la inestabilidad que ha dominado la profesión en los últimos años en el país. Así, se buscó profundizar en los niveles de malestar de este colectivo y los aspectos que pueden estar influyendo en el mismo, tanto positiva como negativamente.

Para ello, se reclutó a una muestra de psicólogos y psicólogas sanitarios y se estudiaron sus niveles de estrés agudo y crónico (Burnout), utilizando los cuestionarios estandarizados DASS-21 y MBI-HSS respectivamente. Además, se midió el empleo de estrategias de autocuidado relevantes para psicólogos clínicos (utilizando la EAP), que pueden actuar reduciendo el impacto de dicho estrés. Por último, se analizaron las características sociodemográficas, laborales y formativas de la muestra y su relevancia en relación con los niveles de estrés y Burnout.

A continuación, se comentarán en profundidad los datos e investigaciones previas en los que se apoya el estudio y que justifican su relevancia.

1.2. La salud mental en España: situación actual

Las encuestas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reflejan tasas elevadas de prevalencia de problemas de Salud Mental, constituyendo una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Diversos estudios encuentran porcentajes altos tanto de trastornos mentales graves como de trastornos psicológicos comunes; de éstos, los más frecuentes en Europa son los trastornos de ansiedad, depresivos y del sueño (Ministerio de Sanidad, 2022). Teniendo en cuenta al conjunto de la población europea (adulto, infanto-juvenil y anciana) los datos apuntan a que casi un 40% padece un trastorno mental anualmente (Wittchen et al., 2011).

Los datos obtenidos en la última Encuesta Europea de Salud en España del año 2020 apuntan en la misma dirección, encontrando tasas de prevalencia de trastornos, tanto de ansiedad como de depresión, de 5 a 6% en población española de más de 15 años (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2020).

Además, se ha reportado que la prevalencia de trastornos psicológicos en España ha aumentado en los últimos años, así como la demanda de atención psicológica (Gili et al., 2012). Aunque es difícil determinar las causas, algunos factores estudiados han sido el

empeoramiento de las condiciones socioeconómicas y su impacto sobre la salud mental, durante la crisis económica iniciada en 2007 (Gili et al., 2012; Oliva et al., 2020); y los efectos psicológicos de la pandemia de coronavirus, declarada como tal en 2020 (Valdés et al., 2020).

Esta demanda de atención psicológica es atendida en España por distintos dispositivos y profesionales. En el Sistema Nacional de Salud público (en adelante, SNS), los pacientes son atendidos mayormente por médicos de Atención Primaria; se estima que el 10% de los casos son derivados a profesionales de la salud mental de Atención Especializada (Gómez et al., 2019), entre los que se encuentran psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y psicólogos sanitarios (Noguero y Peregalli, 2021).

1.3. Psicología Sanitaria en España

1.3.1. Definición de la disciplina y los profesionales sanitarios

La regulación de la Psicología como disciplina sanitaria es reciente. Esta rama de la Psicología incluye aquellas profesiones habilitadas oficialmente para las funciones de atención sanitaria a la población, esto es: aplicar métodos de investigación, evaluación y tratamiento psicológico para la prevención de la enfermedad y la mejora de la salud integral. Esto engloba a licenciados y graduados en psicología con distintas titulaciones: psicólogos especialistas en psicología clínica, psicólogos generales sanitarios y psicólogos con habilitación sanitaria (Carrobles, 2015).

La aplicación de la psicología al ámbito sanitario comenzó formalmente con el reconocimiento de la especialidad en Psicología Clínica, a finales de los 90. En sus inicios, los psicólogos clínicos realizaban funciones de diagnóstico psicológico de apoyo a los profesionales de psiquiatría; desde la creación del título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (en adelante, PEPC) en 1998, se establecen oficialmente como profesionales independientes con funciones de evaluación y tratamiento psicológico (Fernández-Hermida et al., 2017).

Para obtener el título de PEPC, licenciados y graduados en Psicología deben presentarse a un examen nacional: aquellos con las mejores puntuaciones, hasta cubrir plazas, acceden a la formación reglada de Psicólogo Interno Residente (PIR). El programa de formación teórico-práctica de 4 años implica la práctica supervisada de funciones de asistencia a la salud mental en diversos dispositivos públicos (Fernández-Hermida et al., 2017).

Hasta el año 2003, tanto psicólogos licenciados como PEPC realizaban funciones de atención psicológica en entidades públicas y privadas, ocupando los PEPC puestos de especialista. En 2003, la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) (Cortes Generales, 2003) estableció como única profesión sanitaria a los PEPC, excluyendo a los psicólogos licenciados del ejercicio de su profesión de manera regulada hasta el año 2011. En 2011, la Ley de

Economía Social (Cortes Generales, 2011a) permitió a los licenciados que cumplieran ciertos requisitos seguir ejerciendo funciones sanitarias de forma transitoria. Posteriormente, la Ley General de Salud Pública (Cortes Generales, 2011b) estableció el procedimiento oficial para obtener la habilitación sanitaria, cuyo plazo de solicitud estuvo abierto hasta 2014; finalmente, en 2014, se reconoció legalmente que la habilitación sanitaria permite ejercer funciones sanitarias sin necesidad de más titulación. Aquellos que ya ejercían sus funciones en el ámbito sanitario público pudieron seguir haciéndolo; en adelante, la sanidad pública quedaba restringida al ejercicio profesional de los PEPC. Desde el año 2014 no es posible obtener la habilitación sanitaria por esta vía (Fernández-Hermida et al., 2017).

La figura del Psicólogo General Sanitario (en adelante, PGS) aparece en 2011, con la Ley General de Salud Pública; en 2013 se regulariza la formación oficial para obtener dicha titulación: el Máster en Psicología General Sanitaria (MPGS) (Ministerio de Educación, 2013). Esta formación de 2 años habilita para investigar, evaluar y tratar aspectos psicológicos que afecten a la salud en general, dejando para los PEPC los casos cuya complejidad precise de un especialista (según el criterio del profesional) (Cortes Generales, 2011b, p. 104622). El ámbito de actuación de los PGS se limita al sector privado, no pudiendo ejercer en servicios públicos ni concertados (Fernández-Hermida et al., 2017).

1.3.2. Debates actuales en Psicología Sanitaria

La regularización de la Psicología como profesión sanitaria ha sido objeto de numerosos debates entre los profesionales, muchos aún sin cerrar, que podrían conllevar más cambios importantes de ley en los próximos años.

1.3.2.1. Competencias profesionales de los psicólogos sanitarios

Una de las polémicas ha estado en torno a las funciones diferenciales de los distintos profesionales sanitarios, desde que la Ley General de Salud Pública definió las funciones de los PGS de manera vaga y poco concreta: se encargarían de promover la salud en general, mediante acciones de investigación, evaluación y tratamiento psicológicos que no sean propias de la atención de profesionales sanitarios especializados (Cortes Generales, 2011b, p. 104622).

Asociaciones de psicólogos, como la Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes (ANPIR), utilizaron dicha definición para argumentar que los PGS no estaban autorizados para realizar diagnósticos psicopatológicos ni tratar trastornos psicológicos, para lo cual se necesitaría un especialista. Argumentaron que los términos empleados en la Ley definían a la disciplina de la Psicología de la Salud, mientras que la Psicología Clínica sería exclusivamente ámbito de actuación de los especialistas (Fernández-Hermida et al., 2017).

La polémica pareció resuelta con las aclaraciones de la Audiencia Nacional, en 2016, especificando que PGS y PEPC tienen las mismas funciones, aplicadas en ámbitos de actuación diferentes (quedando el ámbito público reservado para los especialistas) (Carrobles, 2015; Fernández-Hermida et al., 2017).

Sin embargo, siguen sin estar definidos con precisión qué casos tendrían que ser derivados a los PEPC, y el debate continúa. Mientras algunos defienden la similitud de funciones entre PGS y PEPC, otros mantienen que las competencias de los especialistas deberían ser consideradas superiores, dada su denominación de especialistas. Ambas posturas se apoyan en las características de los programas de formación (PIR y MPGS), argumentando en favor de sus similitudes o sus diferencias (Carrobles, 2015; Sánchez et al., 2013).

1.3.2.2. Programas de formación en Psicología Sanitaria

Como ya se ha comentado, los programas de formación también son objeto de debate. Parece claro que tanto el programa PIR como el MPGS tienen contenidos comunes, así como algunas diferencias obvias.

El programa PIR incluye objetivos específicamente orientados al trabajo en la red sanitaria pública; por ejemplo, estos profesionales han de aprender a coordinar los servicios de Atención Primaria y Atención Especializada (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). En cuanto al MPGS, sus contenidos buscan proporcionar los conocimientos necesarios para desenvolverse de manera autónoma en la práctica privada, por lo que incluyen formación, por ejemplo, en materia de protección de datos, gestión de empresas y otras normativas relevantes para el ejercicio privado de la profesión (Ministerio de Educación, 2013).

Por otro lado, la diferencia de duración de ambas formaciones (dos años para el MPGS frente a cuatro años en el caso de los PIR) debería influir en las competencias que adquieren los profesionales. En el programa PIR, el sistema de rotación por diferentes servicios sanitarios permite que el profesional practique conocimientos y adquiera habilidades para ejercer en múltiples áreas y con diferentes colectivos. Por su parte, los programas del MPGS incluyen alrededor de 750 horas de práctica supervisada en centros sanitarios, consideradas suficientes para la adquisición de las habilidades necesarias para las funciones de psicólogo sanitario (Carrobles, 2015; Fernández-Hermida et al., 2017).

Aparte de las diferencias comentadas, ambos programas tienen objetivos y contenidos comunes, pues ambas profesiones sanitarias con funciones afines, como ya se ha comentado en este texto.

El debate sobre las diferencias y similitudes de ambos programas de formación va más allá, pues sirve a autores de ambos bandos para apoyar propuestas de cambios legislativos.

Algunos proclaman que los PEPC tienen conocimientos superiores a los PGS, por su formación más extensa y especializada. Esto les lleva a proponer un cambio en el itinerario formativo de los especialistas, quienes tendrían que realizar el MPGS antes de la formación PIR, reflejando esta jerarquía profesional (Sánchez et al., 2013).

Otros rechazan esta propuesta y argumentan que la formación PIR es amplia y generalizada, sin incidir en un área concreta de la Psicología, por lo que no la consideran realmente una especialización; puesto que consideran que ambas profesiones reciben formación suficiente para ejercer funciones similares, apoyan el mantenimiento de dos itinerarios formativos separados (Carrobles, 2015).

Otros autores consideran que tanto el MPGS como el programa PIR necesitan mejoras, pues su similitud genera confusión y rivalidad interprofesional. Así, abogan por cambios en la formación en Psicología, desde el grado a los posgrados, que elimine estas dualidades: unificando y jerarquizando la formación, desde más general a más especializada, en áreas concretas de la Psicología Clínica (Fernández-Hermida et al., 2017).

Además, algunos destacan la disparidad entre la formación española en Psicología y la europea: la denominada Psicología sanitaria no existe como tal en el resto de Europa, como disciplina diferente de la Psicología Clínica, por lo que no existe la dualidad entre psicólogos clínicos y sanitarios. Sin embargo, los contenidos del MPGS son los más similares a la formación que reciben los psicólogos clínicos en otros países de Europa (Carrobles, 2015). Aunque el sistema de formación PIR es prácticamente exclusivo de España, muchos lo valoran positivamente por sus horas de prácticas, la asunción progresiva de responsabilidad que permite y la retribución que recibe el estudiante; sin embargo, también destacan las dificultades que genera para la movilidad y el trabajo internacional (Fernández-Hermida et al., 2017).

1.3.2.3. Ámbitos de actuación de los psicólogos sanitarios

Otro foco de debate gira en torno a la exclusividad que tienen los especialistas para ejercer en el SNS. La formación que adquieren los PEPC en el SNS es argumento a favor de que ejerzan en este sector, al ser formados para conocer las particularidades de un ámbito asistencial en red conformado por distintos dispositivos coordinados (Sánchez et al., 2013).

Sin embargo, otros defienden que los PGS deberían ejercer en la sanidad pública. Por ejemplo, Carrobles (2015) argumentaba que los PGS están considerados capacitados para ejercer funciones sanitarias en el sector privado, por lo que deben tener las capacidades para hacerlo en el público, sobre todo para funciones que no requieran a un especialista. Este grupo de autores critica que se primen motivos económicos en torno a la financiación estatal del programa PIR sobre la prestación de un servicio público de calidad: consideran que la

inclusión de los PGS en el sector público podría ayudar a reducir la sobrecarga del personal sanitario y a cubrir la demanda de atención psicológica existente (Fernández-Hermida et al., 2017). Por el contrario, otros opinan que los PGS no tienen formación específica para trabajar en el SNS, por lo que no podrían ofrecer un servicio de calidad (Sánchez et al., 2013).

1.3.2.4. Datos de formación y empleo en Psicología Sanitaria

La alta competencia interprofesional comentada puede ser reflejo de la precariedad tanto laboral como formativa de los psicólogos en España en la actualidad.

La cifra anual de nuevos graduados en Psicología se estima en torno a los 6.000; de ellos, entre 4.000 y 5.000 aspira a dedicarse a la rama sanitaria, para lo que necesitan continuar su formación accediendo al programa PIR o al MPGS. Se ofertan en total unas 2.460 plazas del MPGS en las universidades públicas y privadas del país. Con respecto al programa PIR, la media de plazas ofertadas en los últimos años está en torno a las 130, por lo que el acceso es limitado y la competencia entre opositores alta (Fernández-Hermida et al., 2017). Como se observa en la Tabla 1, las oposiciones al programa PIR tienen una de las mayores ratios de aspirantes por plaza entre las profesiones sanitarias especializadas (un 17,7 frente al 2,5 de media de todas las especialidades) (Infocop, 2023a).

Por tanto, teniendo en cuenta sólo a los nuevos graduados, los datos apuntan a que cada año, más de 3.000 psicólogos son excluidos de la posibilidad de continuar su formación como sanitarios; podemos suponer que buena parte de ellos intentará acceder a dicha formación en la siguiente convocatoria, compitiendo, entonces, con los nuevos 6.000 titulados de ese año.

Tabla 1. *Aspirantes y número de plazas ofertadas en especialidades sanitarias en la convocatoria 2022-2023*

	PIR	MIR	Total especialidades
Plazas ofertadas	231	8.550	11.171
Presentados	4.079	12.668	27.796
Ratio de aspirantes por plaza	17,7	1,5	2,5

Fuente: Infocop, 2023a.

En cuanto a los ya titulados, en 2022 había más de 38.000 psicólogos sanitarios colegiados, cuya cifra aumenta anualmente; de ellos, aproximadamente el 88% eran generales sanitarios, frente al 12% de especialistas en Psicología Clínica. Existe, así, un reducido número de psicólogos sanitarios por habitante, especialmente comparado con la tasa de profesionales enfermeros y médicos. Estos datos se presentan en la Tabla 2. Con una cifra de unos 6

psicólogos especialistas para cada 100.000 habitantes, el acceso de la población a la atención psicológica pública resulta deficiente, e imposibilita la atención adecuada a la demanda (Infocop, 2023b).

Tabla 2. *Profesionales sanitarios colegiados en el año 2022*

	Psicólogos sanitarios	PGS	PEPC	Médicos	Enfermeros
Nº Colegiados	38.427	33.977	4.450	292.413	336.321
Profesionales / 1.000 habitantes	0,80	0,71	0,09	6,12	7,03

Fuente: Infocop, 2023b.

De esto es reflejo, como denuncian muchos autores, las largas demoras en atención psicológica especializada; la atención psicológica recayendo sobre profesionales de otras disciplinas de atención primaria (especialmente médicos y enfermeros), quienes emplean los métodos que conocen (habitualmente, terapia farmacológica); y el excesivo empleo de psicofármacos, una realidad en España, que se traduce en una tendencia a la cronificación de los problemas psicológicos, al no utilizarse las intervenciones adecuadas (Carrobbles, 2015; Gómez et al., 2019; Melero, 2015; Prado, 2016; Oliva et al., 2020).

Además, los datos apuntan a una elevada precariedad laboral entre los psicólogos sanitarios. Por un lado, una gran proporción de los PEPC titulados no son contratados en el SNS (Carrobbles, 2015). Aunque desconocemos la tasa de paro de los PGS, las cifras de titulados al año son elevadas; y, según Sánchez et al. (2013), en 2005 sólo el 30% de los psicólogos licenciados se encontraba en activo en el mercado laboral.

1.4. Malestar emocional en psicólogos sanitarios: estrés y burnout

1.4.1. Estrés, estrés crónico y estrés laboral

Lazarus y Folkman (1986) entendían el estrés como un conjunto de reacciones psicofisiológicas que ocurren cuando consideramos que no disponemos de recursos suficientes para afrontar una situación que nos amenaza de alguna forma. Ante el estrés, todo el organismo se prepara evolutivamente para superar una dificultad, produciendo una activación psicofisiológica generalizada. Esta activación nos puede ayudar a superar obstáculos puntuales, pero el organismo no puede mantenerla durante un tiempo prolongado sin repercusiones.

El estrés crónico, es decir, aquel que se mantiene en el tiempo, ocasiona deterioros en múltiples sistemas del organismo, incluyendo el sistema inmunológico, cardiovascular, gastrointestinal y reproductor; además, se relaciona con peor salud psicológica y la aparición de trastornos psicológicos (Gómez-Acosta et al., 2022; Moscoso, 2014; Moscoso y Delgado, 2015).

El término “estrés laboral” hace referencia a las respuestas de estrés que se producen por motivos relacionados con el trabajo. El trabajo y las condiciones laborales tienen una importante repercusión sobre nuestra salud física y psicológica, y el estrés derivado del mismo es un problema muy común en Europa (Ministerio de Sanidad, 2022). Oliva et al. (2020) señalan el aumento y empeoramiento de los trastornos psicopatológicos durante la crisis económica del 2007, período de elevada inestabilidad y precariedad laboral, condiciones que fomentan un estrés laboral intenso y prolongado.

1.4.2. El concepto de Burnout

El estrés laboral mantenido en el tiempo o crónico promueve la aparición de un conjunto de manifestaciones psicológicas que se ha denominado como “Síndrome de Burnout”. El síndrome ha sido estudiado ampliamente y definido por varios autores. Comúnmente, se describe la presencia de tres dimensiones (Giménez et al., 2018; Maslach et al., 2001; Moreno-Jiménez et al., 2005):

- Agotamiento emocional. Se describe como la aparición de síntomas físicos y psicológicos de cansancio psicológico extremo, como falta de energía o apatía hacia las funciones laborales. Está relacionado con la existencia de exigencias laborales altas, especialmente de tipo emocional, en trabajadores altamente implicados.
- Despersonalización. Se define como el desarrollo de actitudes distantes, insensibles y negativas hacia los pacientes, en el caso de profesionales sanitarios. Este distanciamiento emocional se produciría como respuesta a situaciones de alta demanda emocional.
- Ausencia de sensación de logro personal. El trabajador desarrolla sentimientos de autodevaluación de su rol y desempeño profesionales.

El síndrome ha sido estudiado en diversos entornos laborales. Maslach y Leiter (2008) describen una serie de factores que favorecen su aparición en cualquier entorno laboral: excesivas demandas laborales y pocos descansos; falta de control sobre las funciones ejercidas; ausencia de recompensas o gratificaciones adecuadas; dificultades de coordinación y falta de apoyo entre los compañeros; percepción de recibir un trato injusto o discriminatorio; y disparidad entre los valores personales y los de la organización. Muchos de estos factores

pueden encontrarse en las profesiones que atienden a la salud mental, consideradas especialmente propensas al Burnout (Rokach y Boulazreg, 2020).

1.4.3. Estrés y Burnout en psicólogos sanitarios.

Como ya se ha dicho, los profesionales sanitarios, especialmente aquellos que atienden a la salud mental, están expuestos a una serie de estresores laborales diariamente; en psicólogos sanitarios, estudios encuentran estresores diversos relacionados con la institución donde se trabaja, el trabajo de psicoterapeuta y el trabajador (Rodríguez y Carlotto, 2017).

En relación con la institución, los psicólogos sanitarios suelen tener una elevada carga de trabajo y pocos descansos, especialmente en instituciones públicas, pero también en el sector privado; en el ámbito público, a ello se une la baja remuneración y la limitación de recursos: la reducida frecuencia de sesiones por paciente, la limitación de tiempo por sesión y la falta de coordinación entre los dispositivos de atención primaria y secundaria favorecen sensaciones de falta de control sobre las labores ejercidas (Juliá-Sanchis et al., 2020; Rokach y Boulazreg, 2020). Así, estudios encuentran mayores niveles de Burnout en profesionales médicos y psicólogos que trabajan en entidades públicas frente a privadas (Giménez et al., 2018).

En cuanto a los estresores derivados del propio trabajo de psicoterapeuta, éste conlleva exponerse continuamente al dolor de otros, propiciando reacciones emocionales en uno mismo; las sesiones de terapia suelen realizarse en solitario, con poca oportunidad de contacto con compañeros entre sesiones, especialmente en la práctica privada; y a menudo se trabaja con pacientes con cuadros crónicos y pocas posibilidades de mejora, con ideación suicida o actitudes negativas o idealizadoras hacia el terapeuta, o que abandonan la terapia inesperadamente. De manera añadida, la requerida confidencialidad limita las posibilidades del terapeuta para la expresión emocional tras sesiones difíciles (Rokach y Boulazreg, 2020).

Respecto al propio psicólogo, estos profesionales tienden a implicarse emocionalmente con sus pacientes y su sufrimiento, habitualmente sin obtener gratitud o reconocimiento a su labor (Benevides et al., 2002). La autoexigencia y la existencia de expectativas idealizadas sobre su labor pueden favorecer sentimientos de culpa y frustración ante los fracasos terapéuticos; además, se encuentra que la edad, el sexo y las responsabilidades familiares son factores relacionados con la aparición de síntomas de Burnout (Benevides et al., 2002; Gómez-Acosta et al., 2022; Rokach y Boulazreg, 2020).

Acorde a todo ello, estudios de los 90 reflejaban una incidencia elevada de problemas de salud mental en psicoterapeutas. Así, la investigación señala la presencia de estrés laboral en psicólogos, y cómo éste se relaciona con el desarrollo de trastornos de ansiedad, depresión y del sueño, entre otros (Rokach y Boulazreg, 2020).

Ortiz et al. (2020) proponen un modelo circular entre las dimensiones del Burnout. Aplicando este modelo a psicólogos sanitarios, se deriva que los estresores diarios que afrontan irían produciendo un desgaste emocional, que, a la larga, conduciría al agotamiento de sus recursos emocionales. Como resultado y como intento de disminuir su implicación emocional, desarrollarían actitudes distantes respecto a sus pacientes; este proceso de despersonalización puede incidir en la relación con el paciente, perjudicando la labor del psicólogo y conduciendo a sentimientos de frustración, culpa e incompetencia profesional. A su vez, esta sensación de falta de logro conduce a sentimientos de infravaloración personal y aumenta el desgaste emocional del profesional, cerrando el ciclo.

1.5. Autocuidado en psicólogos sanitarios.

El concepto de autocuidado se refiere a toda conducta que realizamos para maximizar nuestro bienestar y prevenir el desarrollo de patologías físicas y psicológicas. En el contexto laboral, serían las acciones de los profesionales para prevenir el desarrollo de síntomas de Burnout (Guerra, 2011).

Hoy en día se concede gran importancia al autocuidado tanto a nivel individual, como organizacional y comunitario. La exposición a estrés laboral diario, en ausencia de conductas de autocuidado eficaces que lo reduzcan, se relaciona con peor rendimiento y mayor absentismo y bajas laborales, suponiendo un coste económico elevado (Ministerio de Sanidad, 2022). Asimismo, se traduce en una disminución de la calidad de la atención prestada por profesionales sanitarios; un aumento de conductas poco saludables, como consumo de alcohol y drogas; y el desarrollo y empeoramiento de problemas físicos y psicológicos (Benevides et al., 2002; Guerra, 2011).

Las investigaciones señalan que los psicólogos sanitarios tienden a descuidar su propio autocuidado para dedicarse a su labor, trabajando horas de más y desatendiendo su salud física y mental (Rokach y Boulazreg, 2020). Por el contrario, Guerra (2011) y Valdés et al. (2020) encontraron que psicólogos clínicos que realizaban conductas de autocuidado en mayor medida, tenían menores niveles de estrés y Burnout.

En cuanto a las conductas que se relacionan con el autocuidado, éstas consisten en hábitos saludables que preservan la salud a nivel psicológico, social y físico. Aunque las acciones concretas difieren en cada persona, amplia investigación apoya los beneficios para psicólogos sanitarios de realizar ejercicio físico moderado y reducir el sedentarismo; de mantener una alimentación sana y equilibrada; de descansar y dormir adecuadamente; de disponer de tiempo para actividades de ocio y esparcimiento; de mantener relaciones sociales sanas y significativas en sus diversos contextos de relación; de tener la oportunidad de cultivar los

propios valores espirituales o religiosos; y de recibir terapia psicológica (Rokach y Boulazreg, 2020; Valdés et al., 2020).

2. Justificación

La prevalencia de trastornos psicológicos y la demanda de atención psicológica han aumentado en España en los últimos años (Gómez et al., 2019). Los profesionales mejor cualificados para atender a esta demanda son los psicólogos sanitarios, quienes se encargan de evaluar, diagnosticar y tratar los problemas psicológicos, utilizando los métodos que cuentan con mayor apoyo empírico (Carrobles, 2015). Sin embargo, la deficiencia de psicólogos sanitarios en la red asistencial pública española está bien constatada (Fernández-Hermida et al., 2017; Infocop, 2023b): ello afecta a la calidad de la asistencia psicológica ofrecida a la población, cuyas problemáticas psicológicas tienden a ser tratadas con métodos poco adecuados, con el consiguiente agravamiento, tendencia a la cronicidad y encarecimiento del gasto a nivel público (Melero, 2015).

Amplia investigación apoya la influencia del entorno laboral sobre la salud psicológica de los trabajadores, y cómo entornos que favorecen el estrés laboral crónico o Burnout reducen el rendimiento y favorecen la aparición de problemas psicológicos. Por otro lado, el mantenimiento de hábitos saludables protectores de la salud físico-psicológica (o conductas de autocuidado) se relaciona con menos síntomas de Burnout y mejor salud psicológica (Valdés et al., 2020).

La profesión de los psicólogos sanitarios predispone al Burnout: se exponen continuamente al sufrimiento humano, tienden a invertir demasiado tiempo y recursos emocionales en sus pacientes y suelen descuidar el cuidado de sí mismos; para aquellos que trabajan en el ámbito público, a ello se unen la sobrecarga de trabajo y escaso control sobre el tratamiento que aplican (Juliá-Sanchis et al., 2020; Rokach y Boulazreg, 2020).

De manera añadida, la regulación actual de la Psicología Sanitaria en España ha requerido numerosos cambios legislativos desde los años 90, que han supuesto gran incertidumbre y necesidad de adaptación para los profesionales. Dicha regulación ha conllevado la creación de dos tipos de profesionales psicólogos sanitarios: los especialistas en psicología clínica y los generales sanitarios; los debates aún existentes en torno a sus funciones diferenciales, ámbitos de actuación y su formación podrían ocasionar nuevas modificaciones de ley en un futuro próximo, aumentando la sensación de inestabilidad y confusión en los profesionales. Además, el acceso a ambas formaciones es reducido en comparación con la demanda entre los psicólogos graduados, y las cifras de precariedad laboral entre psicólogos sanitarios se presumen elevadas (Carrobles, 2015; Sánchez et al., 2013).

Los aspectos mencionados se consideran potenciales fuentes de estrés para los psicólogos sanitarios en España; dada la importancia de su labor a nivel comunitario, se estima de gran

relevancia examinar los factores que actúan agravando esta situación, así como los posibles protectores.

Diversos estudios reflejan la presencia de estrés laboral y Burnout en psicólogos que atienden a la salud mental, dentro y fuera de España (Rokach y Boulazreg, 2020; Ortiz et al., 2020). En España, encontramos investigación en torno a los estresores laborales que enfrentan distintos profesionales sanitarios, dentro y fuera del SNS, incluyendo psicólogos (Torrado et al., 1996; Ortiz et al., 2020).

Sin embargo, no existe investigación actual centrada en el estrés y los posibles estresores de los profesionales de la Psicología Sanitaria, como profesión regulada que aúna a PEPC, PGS y psicólogos con habilitación sanitaria (cuyo procedimiento de obtención finalizó en 2014); y que, además, explore sus conductas para cuidar de sí mismos, y la relación de éstas con sus niveles de estrés y Burnout.

3. Objetivos

Objetivo general:

- Analizar el nivel de estrés y Burnout, el empleo de conductas de autocuidado y las características sociolaborales de los psicólogos sanitarios en España.

Objetivos específicos:

1. Conocer el nivel de estrés agudo y crónico (Burnout) en psicólogos sanitarios en España.
2. Analizar la frecuencia de conductas de autocuidado relacionadas con la profesión en psicólogos sanitarios en España.
3. Analizar las relaciones existentes entre la realización de conductas de autocuidado, y los niveles de estrés agudo y crónico.
4. Conocer las relaciones y variaciones en los niveles de estrés y Burnout con las características sociolaborales de los psicólogos sanitarios en España.

4. Hipótesis

- Hipótesis 1. La mayoría de los psicólogos sanitarios participantes obtendrán niveles de estrés elevados (en la DASS-21) y presentarán Burnout (según el MBI-HSS).
- Hipótesis 2. Los psicólogos sanitarios participantes realizarán conductas de autocuidado de manera poco frecuente (según el EAP).
- Hipótesis 3. Se encontrarán menores niveles de estrés (DASS-21) y Burnout (MBI-HSS) cuanta mayor frecuencia de autocuidado (EAP).
- Hipótesis 4. Los niveles de estrés (DASS-21) y Burnout (MBI-HSS) serán mayores en:
 - Personas con más hijos; solteras; que trabajen más horas semanales; que trabajen en el ámbito público; que trabajen solas; que estén cursando formación; que tengan el PEPC o estén cursando el PIR.
 - Personas de menos edad; con menos años de experiencia.

5. Marco metodológico

5.1. Participantes

La muestra se compuso de 30 participantes, la mayoría de género femenino (90%) y con edades comprendidas entre los 31 y 40 años (73%).

Los participantes fueron psicólogos sanitarios, es decir, licenciados/as y graduados/as en Psicología que realizaban funciones laborales de psicología sanitaria en España en el momento del estudio; dichas funciones fueron definidas como labores de investigación, evaluación o tratamiento psicológicos. Se incluyó a todo aquel que cumpliera estas condiciones, con independencia de su titulación académica y del ámbito laboral al que se dedicaran. Se excluyó a psicólogos que no se encontraran en activo en el momento del estudio por cualquier motivo.

Se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico de bola de nieve: la investigadora contactó con conocidos que formaban parte de la población de estudio, y éstos invitaron a otros a participar en la investigación compartiendo el enlace online con la información y encuesta.

5.2. Instrumentos

Se utilizó una batería de preguntas de autoinforme en formato autoaplicado individual a través de internet. Se compuso de las siguientes partes:

- Siguiendo estudios previos, se añadieron ítems sobre información sociodemográfica, laboral y formativa de relevancia para los objetivos del estudio (por ejemplo, Gómez-Acosta et al., 2022). Las **características sociodemográficas** estudiadas fueron:
 - Edad. Se ofrecieron cuatro opciones de respuesta: de 0 a 30 años, de 31 a 40, de 41 a 50 y más de 50 años.
 - Género. Con tres posibles opciones: femenino, masculino o no binario.
 - Estado civil. Se registró si los participantes eran solteros, casados, divorciados o viudos.
 - Número de hijos/as. Las tres posibles opciones fueron ninguno, uno o más de uno.

Los datos de **actividad laboral y formación en Psicología Sanitaria** recogidos fueron los siguientes:

- Respecto a la modalidad de trabajo desempeñado, se ofrecieron tres opciones de respuesta múltiple: en institución pública o concertada, en institución privada por cuenta ajena o por cuenta propia.

- Se preguntó si trabajaban mayormente solos o si suelen interactuar con compañeros durante su jornada laboral.
- Se pidió que seleccionaran el número de horas de trabajo semanales de entre tres opciones: de 0 a 20 horas, de 21 a 40 y más de 40 horas.
- Para registrar los años de experiencia en psicología sanitaria se ofrecieron tres opciones de respuesta: menos de 5 años, de 6 a 10 y más de 10.
- La titulación académica en Psicología en el momento del estudio se registró en base a cinco opciones: tener el MPGS, tener el título de PEPC, estar haciendo el PIR, tener habilitación sanitaria o no tener ninguno de los anteriores.
- Se registró si se encontraban cursando formación adicional en Psicología.

Se incluyeron las siguientes escalas validadas:

- **La subescala de Estrés de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)** (Antony et al., 1998). Para evaluar la presencia e intensidad de síntomas de estrés durante los últimos siete días, se incluyeron los 7 ítems de Estrés de la DASS-21 (los ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18 de la escala) (ver Anexo A). Éstos se contestan en una escala tipo Likert desde 0 (“no me ha ocurrido”) a 3 (“me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo”). La corrección de la subescala se realiza mediante la suma de las puntuaciones de cada ítem, obteniéndose un indicador de la gravedad del estrés psicofisiológico de la persona: mayores puntuaciones señalan un mayor nivel de estrés presente, con valores que pueden ir de 0 a 21. Los puntos de corte sugeridos indican la presencia de estrés leve (con puntuaciones de 8 a 9), moderado (de 10 - 12), severo (13 - 16) o extremadamente severo (puntuaciones de 17 o más). Esta escala ha sido validada al español y cuenta con buenas propiedades psicométricas (Ruiz et al., 2017).
- **El Inventario de Burnout de Maslach (MBI-HSS)** (Maslach y Jackson, 1981). La versión en español para profesionales asistenciales de este inventario (ver Anexo B) evalúa la presencia y frecuencia de síntomas de estrés emocional crónico en relación con el trabajo o Burnout. Es un cuestionario de 22 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 0 (“nunca”) a 6 (“todos los días”), según la frecuencia adecuada para la persona. El inventario evalúa las tres dimensiones del Burnout: Agotamiento Emocional (AE), con 9 ítems, relacionada con los sentimientos de cansancio emocional por las demandas laborales; Despersonalización (DP), que evalúa la presencia de distanciamiento emocional hacia los clientes atendidos mediante 5 ítems; y la escala de Realización Personal (RP), que valora, a través de 8 ítems, la sensación de logro profesional. Las dos primeras dimensiones se relacionan de manera directa con el Burnout (a mayor AE o DP, mayor nivel de Burnout); la tercera dimensión, se

relaciona inversamente con el Burnout (a mayor RP, menor Burnout). Los resultados se interpretaron en base a las puntuaciones percentiles de cada dimensión, considerando niveles bajos en la dimensión aquellos inferiores a 25; altos, los superiores a 75; y medios, entre 26 y 74 (Oñate et al., 2016). En la Tabla 3 se especifican las puntuaciones totales que comprende cada nivel de Burnout. Se considera que existe Burnout con puntuaciones elevadas en AE y DP y bajas en RP. Estudios previos con esta versión del Inventario han obtenido propiedades psicométricas adecuadas en población española (Gil-Monte, 2005).

Tabla 3. Puntos de corte de las dimensiones del Inventario de Burnout de Maslach (MBI-HSS)

Dimensión	Rango	Bajo	Medio	Alto
AE	0 - 54	0 - 18	19 - 26	27 - 54
DP	0 - 30	0 - 5	6 - 9	10 - 30
RP	0 - 48	0 - 33	34 - 39	40 - 48

Fuente: Contreras-Camarena et al. (2021).

- La **Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP)** (Guerra et al., 2008). Esta escala evalúa la presencia de conductas y condiciones laborales que favorecen el autocuidado en terapeutas. La escala consta de 10 ítems que se contestan en una escala tipo Likert de 0 (“nunca”) a 4 (“muy frecuentemente”). La puntuación total en la escala (con valores de 0 a 40) indica la frecuencia de autocuidado realizado por la persona y promovido por el entorno laboral: a mayor puntuación, mayor frecuencia de autocuidado. Los puntos de corte e interpretación sugerida por los autores se describen en la Tabla 4 (Valdés et al., 2020). La escala ha demostrado buenas propiedades psicométricas en poblaciones de psicólogos clínicos de habla hispana, con un nivel de fiabilidad de 0,78 (Guerra, 2011; Guerra et al., 2008). La escala puede consultarse en el Anexo C.

Tabla 4. Puntos de corte de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP)

Frecuencia de autocuidado				
Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente
0 - 7	8 - 15	16 - 23	24 - 31	32 - 40

Fuente: Valdés et al., 2020.

5.3. Procedimiento

Una vez obtenida la aprobación del Comité Ético (ver Anexo D), se envió por redes sociales el siguiente enlace online, que conducía a la batería de preguntas, creada mediante la plataforma de Google Forms: <https://forms.gle/nbRmwuDR73yPG1vd7>. Al acceder a dicho enlace, los/as participantes encontraban el consentimiento informado, debiendo confirmar que entendían y aceptaban la información contenida en él para continuar. Una vez confirmado su deseo de participar, accedían al cuestionario. Los participantes rellenaron este cuestionario, de forma anónima, en un tiempo de unos 15 a 20 minutos. Respondieron a preguntas sobre cuestiones sociodemográficas, laborales y formativas, mediante ítems contruidos ad-hoc por la investigadora; a preguntas sobre síntomas de estrés agudo, a través de los 10 ítems de la subescala de Estrés de la Escala de Estrés, Ansiedad y Depresión (Antony et al., 1998); sobre sintomatología emocional por desgaste laboral, a través del Inventario de Burnout de Maslach, de 22 ítems (Maslach y Jackson, 1981); y sobre la realización de acciones de autocuidado para psicoterapeutas, mediante la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (Guerra et al., 2008).

5.4. Análisis de datos

El estudio siguió una metodología cuantitativa no experimental descriptiva de tipo transversal, contando con un diseño ex post facto retrospectivo de grupo único y un diseño retrospectivo de comparación de grupos (Montero y León, 2007).

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics 29. En primer lugar, se utilizaron estadísticos descriptivos para describir las características sociodemográficas y laborales-formativas de la muestra.

También se calcularon las medias y desviaciones típicas de los niveles de estrés (medidos mediante la DASS-21), Burnout (de las tres dimensiones medidas con el MBI-HSS: AE, DP y RP) y autocuidado (obtenidos con el EAP), para analizar los valores de la muestra en estas tres variables.

Seguidamente, se analizaron los supuestos de normalidad de las variables estrés y Burnout, utilizando Shapiro-Wilk, al ser un tamaño muestral menor de 50 sujetos. Los resultados indicaron que la variable estrés seguía la curva normal, no siendo así con la variable Burnout; por ello, se utilizaron estadísticos paramétricos para los análisis con la primera y no paramétricos con la segunda.

El diseño retrospectivo de grupo único se basó en la realización de análisis estadísticos correlacionales, tomando la frecuencia de autocuidado como variable predisponente, para explorar las relaciones entre la frecuencia de autocuidado y los niveles de estrés y Burnout

(sus tres dimensiones); para ello, se utilizaron los coeficientes de correlación de Pearson (para los análisis con el nivel de estrés) y Rho de Spearman (para las dimensiones del Burnout). De la misma manera, mediante análisis de correlación de Spearman se exploraron las relaciones entre los niveles de estrés y Burnout con las variables sociodemográficas y laborales edad, número de hijos, horas de trabajo semanales y años de experiencia.

Además, se empleó un diseño retrospectivo de comparación de grupos (Montero y León, 2007) para analizar las posibles diferencias en los niveles de estrés y Burnout en función de si los sujetos trabajaban en el ámbito público o no; si trabajaban por cuenta propia o no; si trabajaban en ámbito privado por cuenta ajena o no; si trabajaban en solitario o con compañeros; y si estaban en formación o no. Para ello, se empleó la prueba T de Student para muestras independientes, con el nivel de estrés como variable dependiente; y el estadístico U de Mann-Whitney, no paramétrico, para los análisis con las dimensiones del Burnout como variables dependientes.

Por último, se compararon las medias en los niveles de estrés y Burnout en función de los distintos grupos de estado civil y titulación académica. Se realizó un análisis de varianza (Anova) de un factor para comprobar la existencia de diferencias en los niveles de estrés; y el estadístico no paramétrico de Kruskal-Wallis para analizar las diferencias entre las mencionadas variables en sus niveles de Burnout.

6. Resultados

La Tabla 5 recoge las características sociodemográficas de la muestra. La muestra de 30 participantes estuvo compuesta por un 90% de personas de género femenino y un 10% de género masculino; de ellas, un 60% eran solteras, frente a un 36,7% casadas y una única persona divorciada. La mayoría (un 73,3%) no tenía hijos.

Tabla 5. Características sociodemográficas de la muestra (N= 30)

Característica	n (%)
Género	
Femenino	27 (90)
Masculino	3 (10)
Edad	
0-30	3 (10)
31-40	22 (73,3)
41-50	5 (16,7)
Estado civil	
Soltero/a	18 (60)
Casado/a	11 (36,7)
Divorciado/a	1 (3,3)
Nº de hijos	
Ninguno	22 (73,3)
1	1 (3,3)
2 o más	7 (23,3)

En cuanto a sus características laborales y formativas, detalladas en la Tabla 6, un 15,2% trabajaba para una institución pública o concertada, frente a un 84,9% de sanitarios en el ámbito privado. El 56,7% trabajaba de 20 a 40 horas semanales, mientras que el 33,3% trabajaba más de 40 horas y una minoría (10%) trabajaba menos de 20 horas semanales. La mayoría llevaba menos de 6 años en la profesión (el 70%) y estaba realizando formación relacionada con la psicología en el momento del estudio (un 63,3%). La mayor parte de la muestra eran psicólogos con el MPGS (60%), un 23,3% tenía habilitación sanitaria y un 13,3% no estaba habilitado legalmente para ejercer funciones sanitarias; no participó ninguna persona que estuviera realizando el PIR, y sólo una tenía el título de PEPC.

Tabla 6. *Características laborales y formativas de la muestra (N= 30).*

Variabales	n (%)
Modalidad de trabajo	
Público	5 (15,2)
Privado por cuenta ajena	12 (36,4)
Privado por cuenta propia	16 (48,5)
Trabajo solo o acompañado	
En solitario	8 (26,7)
Con compañeros	22 (73,3)
Horas de trabajo semanales	
0-20	3 (10)
20-40	17 (56,7)
Más de 40	10 (33,3)
Años de experiencia	
0-5	21 (70)
6-10	5 (16,7)
Más de 10	4 (13,3)
Titulación académica	
MPGS	18 (60)
PEPC	1 (3,3)
Habilitación sanitaria	7 (23,3)
Sin habilitación	4 (13,3)
Cursando formación	19 (63,3)

Nota: la variable "Modalidad de trabajo" se evaluó mediante un ítem de respuesta múltiple, por lo que sus frecuencias reflejan la posibilidad de que los sujetos cumplieran más de una condición.

MPGS= Máster en Psicología General Sanitaria; PEPC= Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.

La Tabla 7 muestra las medias, desviaciones típicas y rango de la muestra para los niveles de autocuidado, estrés y Burnout.

Tabla 7. Niveles observados en autocuidado, estrés y Burnout (N= 30)

Variables	Media	DT	Rango observado (mínimo – máximo)
Autocuidado	23,97	4,81	12 - 32
Estrés	8,6	4,69	0 - 18
BO: AE	19,9	12,67	1 - 49
BO: DP	6,1	6,39	0 - 28
BO: RP	39,3	5,11	29 - 47

Nota: DT= Desviación Típica; BO= Burnout; AE= Agotamiento Emocional; DP= Despersonalización; RP= Realización Personal

6.1. Primera hipótesis

La primera hipótesis hacía referencia a los niveles de estrés y Burnout presentes en la muestra. Para testearla, se trasladaron las puntuaciones obtenidas a sus correspondientes etiquetas categoriales, y se analizaron los porcentajes de sujetos de cada categoría.

Se predijo que la muestra obtendría niveles elevados de estrés. Los puntos de corte de la escala utilizada (DASS-21) dividen en 5 categorías de gravedad el estrés encontrado; sus mayores niveles (“severo” y “extremadamente severo”) son aquellos con puntuaciones superiores a 13. La Tabla 8 recoge los porcentajes de la muestra en cada categoría. Como puede observarse, sólo un 23,4% de la muestra se encontró en los niveles de estrés más elevados de la escala, mientras que la mayoría de los sujetos presentaba niveles de estrés no significativo o leve (un 56,7%). Por otro lado, la media de estrés de la muestra se situó en el nivel leve (M= 8,6). Por tanto, los niveles de estrés de la muestra fueron predominantemente bajos.

De la misma manera, se predijo que la mayoría de la muestra presentaría Burnout. Como se explicó previamente, la existencia de Burnout se define como la presencia de valores altos en las dimensiones de AE y DP, y bajos en RP. De los 30 sujetos de la muestra, sólo 2 cumplieron estas condiciones y presentaron Burnout. Así, en la Tabla 9 puede observarse que los porcentajes de sujetos que presentaron valores altos de AE y DP y bajos de RP fueron reducidos. Por otro lado, al analizar las puntuaciones medias de cada dimensión (presentadas en la Tabla 7), y compararlas con los puntos de corte de la escala (definidos en la Tabla 3) se observa que la muestra obtuvo valores medios en AE (M= 19,9), DP (M= 6,1) y RP (M= 39,3). Por lo tanto, no se encontraron niveles altos de Burnout.

Tabla 8. Valores de estrés por categorías presentes en la muestra (N= 30)

	Sin estrés significativo	Leve	Moderado	Severo	Extremadamente severo
n (%)	13 (43,3)	4 (13,3)	6 (20)	5 (16,7)	2 (6,7)
Porcentaje acumulado	43,3	56,7	76,7	93,3	100

Tabla 9. Porcentaje y número de sujetos por niveles en las dimensiones del Burnout (N= 30)

Nivel	AE		DP		RP	
	n (%)	Porcentaje acumulado	n (%)	Porcentaje acumulado	n (%)	Porcentaje acumulado
Bajo	15 (50)	50	18 (60)	60	4 (13,3)	13,3
Medio	7 (23,3)	73,3	6 (20)	80	11 (36,7)	50
Alto	8 (26,7)	100	6 (20)	100	15 (50)	100

Nota: AE= Agotamiento Emocional; DP= Despersonalización; RP= Realización Personal

6.2. Segunda hipótesis

La segunda hipótesis predecía que la muestra presentaría frecuencias bajas de autocuidado en el EAP. Los puntos de corte de la escala, presentados en la Tabla 4, establecen 5 niveles de frecuencia de autocuidado, siendo los más bajos aquellos correspondientes a puntuaciones totales menores a 16. La media de autocuidado de la muestra (M= 23,97) sitúa a la misma en una frecuencia de autocuidado media (ocasional). Además, como se observa en la Tabla 10, sólo un 6,7% de los sujetos obtuvieron puntuaciones bajas, mientras que un 90% de la muestra se sitúa en el valor medio o el inmediatamente superior al medio. Podemos concluir, por tanto, que no se cumple nuestra hipótesis y que la muestra parece presentar conductas de autocuidado de manera ocasional a frecuente.

6.3. Tercera hipótesis

La tercera hipótesis del estudio buscaba comprobar la posible relación entre la frecuencia de autocuidado y los niveles de estrés y Burnout.

En primer lugar, se comprobaron los supuestos de normalidad de los niveles de estrés y de las tres dimensiones del Burnout, utilizando la prueba de Shapiro-Wilk debido al tamaño

Tabla 10. Valores de frecuencia de autocuidado de la muestra (N= 30)

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente
n (%)	0	2 (6,7)	12 (40)	15 (50)	1 (3,3)
Porcentaje acumulado	0	6,7	46,7	96,7	100

muestral reducido. Ésta indicó que la dimensión DP del Burnout no seguía los parámetros de normalidad, siendo significativamente diferente a la curva normal ($W= 0,81, p < 0,001$). Por ello, se utilizaron estadísticos no paramétricos para los análisis realizados con los niveles de Burnout.

Se realizaron análisis de correlación para comprobar si los niveles de estrés y los niveles en las tres dimensiones del Burnout (AE, DP y RP) estaban relacionados con la frecuencia de autocuidado. La Tabla 11 muestra los resultados obtenidos, incluyendo los análisis realizados para testear la hipótesis 4: las correlaciones entre estrés y Burnout con la edad de los sujetos, su número de hijos, las horas de trabajo semanales y sus años de experiencia. Como se indica en la tabla, se emplearon análisis de correlación de Pearson para explorar las relaciones entre el estrés y el autocuidado, y el coeficiente Rho de Spearman para las demás correlaciones.

Tabla 11. Correlaciones entre los niveles de estrés y Burnout con los niveles de autocuidado y las características socio-laborales de la muestra

Variable	Estrés	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Autocuidado	-0,12 (a)	-0,20	-0,44*	0,43*
Edad	-0,33*	-0,43**	-0,27	0,14
Nº hijos	-0,21	-0,17	-0,27	0,23
Horas de trabajo	0,29	0,27	0,03	-0,07
Años de experiencia	0,04	0,07	-0,11	0,31*

Nota: p= significación en valores * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ (dos colas); (a)= r de Pearson

No se encontró una relación significativa entre el nivel de estrés y la frecuencia de autocuidado ($r= -0,12, p= 0,53$). Sin embargo, se encontraron relaciones significativas entre la frecuencia de autocuidado y dos de las dimensiones del Burnout. Así, con respecto a la dimensión DP, los resultados indican una relación significativa inversa con el autocuidado ($Rho= -0,44, p= 0,02$), sugiriendo que mayores niveles de autocuidado se relacionan con menor DP, o

viceversa. En cuanto a la dimensión RP, los datos apuntan a una relación significativa directa ($Rho= 0,43$, $p= 0,02$), que indicaría que cuanto mayor frecuencia de autocuidado, mayor RP.

6.4. Cuarta hipótesis

En primer lugar, se esperaba que los niveles de estrés y Burnout estarían relacionados con la edad, el número de hijos, las horas de trabajo y los años de experiencia de la muestra. En este sentido, los análisis de correlación, presentados en la Tabla 11, indicaron la presencia de relaciones significativas entre la edad y el nivel de estrés ($Rho= -0,33$, $p= 0,04$), sugiriendo que el nivel de estrés es menor cuanto mayor edad de los sujetos, o que los sujetos más jóvenes presentan más nivel de estrés. También se encontró una relación débil entre los años de experiencia y la dimensión RP ($Rho= 0,31$, $p= 0,05$), indicando que más años de experiencia se relacionan con niveles más altos de RP, o al contrario (cuantos menos años de experiencia, menores niveles de RP).

La prueba T de Student para muestras independientes fue utilizada para evaluar si los niveles de estrés (como variable dependiente) variaban significativamente entre los sujetos que trabajaban en el ámbito público y aquellos que no; entre los que trabajaban en el ámbito privado por cuenta propia y los que no; entre los que trabajaban en el ámbito privado por cuenta ajena y los que no; entre los que trabajaban en solitario y los que trabajaban con compañeros; y entre los que eran estudiantes y los que no. Los resultados se detallan en la Tabla 12. Su homólogo no paramétrico, U de Mann-Whitney, se empleó para comprobar si estos mismos conjuntos de sujetos mostraban diferencias significativas en sus niveles de Burnout (siendo aquí la variable dependiente), como muestra la Tabla 13. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los análisis realizados con la prueba T de Student o con el estadístico U de Mann-Whitney.

Para examinar la posible relevancia del estado civil y la titulación académica de los sujetos respecto a su nivel de estrés y Burnout, se realizó un análisis de la varianza (Anova) y una comparación de medianas utilizando la prueba de Kruskal-Wallis. Mediante el Anova, se compararon los niveles de estrés de las diferentes categorías de estado civil y titulación académica, no encontrando diferencias significativas entre ellas (ver Tabla 14).

La prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis sirvió para comprobar si las medianas de las dimensiones del Burnout variaban significativamente en función del estado civil y la titulación académica de los sujetos. Se encontraron diferencias significativas en el nivel de DP en función del estado civil ($p= 0,05$): los sujetos casados presentaron el nivel de DP más bajo ($Md= 10,32$), seguidos por los solteros ($Md= 18,42$) y, por último, los divorciados ($Md= 20,00$); dado el pequeño tamaño muestral, no se considerará la categoría de divorciados ($n= 1$), y los datos han de tomarse con cautela. La Tabla 15 detalla los resultados obtenidos.

Tabla 12. Comparación de medias en los niveles de estrés en función de las variables laborales modalidad de trabajo, trabajo en solitario y formación

	Ámbito público		Privado cuenta ajena		Privado cuenta propia		Solitario		Formación	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
M (DT)	8,8 (4,98)	7,6 (3,06)	8,11 (4,84)	9,33 (4,56)	8,21 (4,28)	8,94 (5,13)	8,68 (4,86)	8,38 (4,5)	6,73 (3,47)	9,68 (5,03)
t (gl)	0,52 (28)		-0,69 (28)		-0,42 (28)		-0,16 (28)		-1,72 (28)	
p	0,61		0,5		0,68		0,88		0,1	
d	0,25		-0,26		-0,15		-0,06		-0,65	

Nota: M= Media; DT= Desviación Tipo; t= T de Student; gl= grados de libertad; p= significación en valores *p<0,05, **p<0,01 (dos colas); d= tamaño del efecto

Tabla 13. Comparación de medidas de Burnout en función de las variables laborales modalidad de trabajo, trabajo en solitario y eformación

Variable	Grupo	AE			DP			RP		
		Md	U	p	Md	U	p	Md	U	p
Ámbito público	No	23			5			40		
	Sí	14	36	0,15	2	36	0,16	39	58,5	0,83
Privado cuenta ajena	No	16			3,5			40		
	Sí	24,5	71,5	0,12	5,5	73	0,15	39	105,5	0,92
Privado cuenta propia	No	19,5			4			39		
	Sí	20	102,5	0,7	4,5	100	0,64	40	111,5	0,98
Solitario	No	20			3,5			39,5		
	Sí	18	77	0,63	5,5	69	0,39	38,5	71,5	0,45
Formación	No	18			4			39		
	Sí	22	101	0,9	4	104	1	40	93	0,64

Nota: Md= mediana; AE= Agotamiento Emocional; DP= Despersonalización; RP= Realización Personal; U= U de Mann-Whitney; p= significación en valores *p<0,05, **p<0,01 (dos colas).

Tabla 14. Comparación de medias en los niveles de estrés en función de las categorías de estado civil y titulación académica

Grupos		M (DT)	F	p	η^2
Estado civil	Soltero/a	9,72 (4,56)	1,76	0,19	0,12
	Casado/a	7,27 (4,59)			
Titulación académica	MPGS	8,11 (4,84)	1,17	0,34	0,12
	Habilitación Sanitaria	8,86 (3,98)			
	Sin habilitación	11,75 (4,79)			

Nota: No se incluyen, por tener un número insuficiente de sujetos, los grupos de Estado Civil Divorciado/a (N= 1) y Viudo/a (N= 0); de la variable Titulación Académica, se excluyeron los grupos de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (N= 1) y Realizando el PIR (N= 0).

p= significación en valores *p<0,05, **p<0,01 (dos colas); η^2 = tamaño del efecto; MPGS= Máster en Psicología General Sanitaria

Tabla 15. Comparación de las medidas de estrés en función de las categorías de estado civil y titulación académica

Variables	Grupos	AE			DP			RP		
		Rango Medio	H	p	Rango Medio	H	p	Rango Medio	H	p
Estado civil	Soltero/a	17,5	4,19	0,12	18,42	6,09*	0,05	13,11	4,37	0,11
	Casado/a	13,55			10,32			19,86		
Titulación académica	MPGS	15,47			15,58			14,42		
	Habilitación sanitaria	15,86	3,23	0,36	12,29	2,09	0,55	21,93	5,71	0,13
	Sin habilitación	18,63			19,63			10,38		

Nota: AE= Agotamiento Emocional; DP= Despersonalización; RP= Realización Personal; H= estadístico de Kruskal-Wallis; p= significación en valores *p<0,05, **p<0,01 (dos colas).

7. Discusión

Este estudio se centró en estudiar el nivel de malestar de los psicólogos sanitarios en España, analizando sus niveles de estrés y Burnout. Además, se buscó entender qué factores podían estar relacionados o incidir sobre este malestar; para ello, se analizaron las conductas de autocuidado que emplean para paliar el estrés relacionado con su profesión, así como la influencia de características sociodemográficas y laborales reportadas como estresantes en estudios previos.

7.1. Primera hipótesis

En primer lugar, se buscó medir los niveles de estrés y Burnout presentes en la muestra. Investigaciones previas apuntan a que el trabajo de psicólogo sanitario tiene una naturaleza estresante y una tendencia a favorecer la aparición de Burnout (Benevides et al., 2002; Torrado et al., 1996). Por ello, se esperaba encontrar niveles elevados de ambos.

Contrariamente a nuestra hipótesis, el nivel medio de estrés de la muestra fue leve, siguiendo los puntos de corte presentados para la escala. Respecto al Burnout, sólo dos personas presentaron las condiciones requeridas para considerar la presencia de Burnout: niveles altos de AE y DP y bajos de RP. Sin embargo, las medias de las tres dimensiones del Burnout se situaron en valores medios, según los baremos presentados en la Tabla 3.

Estos datos resultan especialmente relevantes considerando el modelo circular del Burnout de Ortiz et al. (2020), descrito previamente, que entiende la aparición de Burnout como una secuencia. La presencia de condiciones laborales y personales que propician la frustración y estrés laboral, como una alta exigencia y escasa satisfacción laboral, tienden a agotar los recursos emocionales de la persona, conduciendo a la apatía y desesperanza (fase de agotamiento emocional). Progresivamente, la persona va perdiendo la esperanza y el interés en su labor y en la mejora de las condiciones, y va desarrollando actitudes de alejamiento emocional hacia los pacientes y sus problemas (despersonalización). Este distanciamiento y desinterés terminan afectando a su labor, favoreciendo autoevaluaciones peyorativas, aumentando la sensación de falta de realización personal en el trabajo: todo ello incrementa la insatisfacción laboral y el gasto emocional (Rokach y Boulazreg, 2020) (Moreno-Jiménez et al., 2005).

El hecho de que la muestra presente valores medios en las tres dimensiones sugiere que algunas de las manifestaciones asociadas a las tres dimensiones se encuentran presentes. Autores como Giménez et al. (2018), con resultados similares, han señalado que las personas en estos valores medios podrían correr el riesgo de terminar desarrollando el síndrome, especialmente porque las tres dimensiones parecen influirse entre sí. Por ejemplo, la

presencia de actitudes de distanciamiento emocional generadas por una excesiva implicación emocional puede conducir a sentimientos de inadecuación y frustración, desencadenando el proceso.

7.2. Segunda hipótesis

La segunda hipótesis del estudio predecía que la muestra presentaría baja frecuencia de realización de conductas de autocuidado. Una de las labores de los psicólogos sanitarios es promover la salud integral, lo que implica conocer la importancia del autocuidado y las herramientas que lo favorecen: el mantenimiento de unos hábitos de vida saludables en cuanto a actividad física, alimentación, descanso y tiempo libre, relaciones sociales e intereses personales (Fernández-Hermida et al., 2017; Valdés et al., 2020). Por ello, cabría esperar altas frecuencias de autocuidado en estos profesionales. Sin embargo, estudios previos sugieren que los psicoterapeutas tienden a sobrecargarse de trabajo y a tener pocos descansos en su jornada laboral, lo cual dificultaría su implicación en conductas de autocuidado por falta de tiempo (Rokach y Boulazreg, 2020).

Contrariamente a nuestra hipótesis, sólo un bajo porcentaje de la muestra se situó en las categorías más bajas de autocuidado (aquellas que indican que nunca o casi nunca se realiza autocuidado), mientras que la media se situó en el nivel medio, sugiriendo que realizan autocuidado de manera ocasional. Aun así, estos datos sugieren que incluso los profesionales encargados de promover el autocuidado encuentran factores que se interponen en su realización, los cuales podrían tener que ver con su tendencia a implicarse excesivamente en su trabajo (Rokach y Boulazreg, 2020).

7.3. Tercera hipótesis

Seguidamente, se quiso estudiar si el autocuidado podía estar relacionado con los niveles de estrés o Burnout. Ya se ha comentado cómo los factores que favorecen el estrés laboral, como el exceso de trabajo, pueden también dificultar la realización de conductas de autocuidado; ello, a su vez, puede agravar el estrés, puesto que la persona no realiza las actividades que podrían mitigarlo. Del mismo modo, el estrés mantenido en el tiempo y la falta de autocuidado podrían desencadenar un síndrome de Burnout. Por todo ello, se esperaba encontrar mayores niveles de estrés y Burnout en personas que presentaran menores frecuencias de autocuidado.

Autocuidado y estrés no aparecieron significativamente relacionados; sin embargo, sí se encontraron relaciones significativas en la dirección esperada entre autocuidado y Burnout: la dimensión DP y autocuidado mostraron una relación inversa, mientras que RP y autocuidado se relacionaron de manera directa. Estos datos sugieren que los psicólogos que cuidaban

más de su salud física y psicológica presentaban menos síntomas de Despersonalización o alejamiento emocional de los pacientes y se sentían más realizados y satisfechos laboralmente; por tanto, mostraban una menor tendencia al Burnout. La dirección de la relación podría ser opuesta, indicando que el descuido de la propia salud se relacionó con actitudes distantes hacia los pacientes e insatisfacción con el propio desempeño laboral, además de una mayor tendencia a desarrollar Burnout.

Los datos son acordes con hallazgos de investigaciones previas (Hernández-Montaño et al. 2020; Torrado et al., 1996), y reflejan la importancia de promover que los psicólogos sanitarios cuiden de sí mismos para poder ayudar a otros adecuadamente sin perjudicar su propia salud.

7.4. Cuarta hipótesis

Por último, se predijo que los niveles de estrés y Burnout variarían en función de las características sociodemográficas, laborales y formativas de la muestra. Así, se esperaba encontrar mayores niveles de estrés y Burnout en sujetos con más hijos; solteros; que trabajaran más horas, en el sector público y en solitario; que fueran estudiantes; que tuvieran el PEPC o estuvieran cursando el PIR; y que tuvieran menos edad y menos años de experiencia.

El nivel de estrés no varió significativamente según el estado civil, pero sí el nivel de DP: las personas casadas mostraron los menores niveles de DP, seguidas por las solteras. Investigaciones previas han encontrado mayores niveles de Burnout y estrés en personas solteras (D'Ambrosio, 2016; Gómez-Acosta et al., 2022). Entre otros factores, el hecho de estar casado podría suponer una fuente de apoyo social, que reduciría el efecto del estrés laboral y las posibilidades de desarrollar Burnout (Jiménez et al., 2012).

Además, los datos revelaron una correlación significativa entre la edad y el estrés en la dirección esperada, encontrando más estrés en aquellos más jóvenes, o menos estrés en sujetos de más edad. Aunque la edad no estuvo relacionada significativamente con el Burnout, estudios previos han encontrado mayores niveles de AE, DP y Burnout en personas más jóvenes (D'Ambrosio, 2016; Giménez et al., 2018). Algunos autores sugieren que los adultos jóvenes podrían tener mayor tendencia a la frustración y estrés laborales, al otorgar mayor importancia a sentirse satisfechos con su labor profesional (Oñate et al., 2016). Por otro lado, la edad podría ser un factor protector contra el estrés: hay autores que sugieren que las personas de más edad podrían haber desarrollado más habilidades para afrontar el estrés de manera exitosa, teniendo así menores niveles de estrés agudo y crónico (Giménez et al., 2018).

Por otro lado, se encontró que aquellos con más años de experiencia tuvieron mayores niveles de Realización Personal, es decir, se encontraron menos sentimientos de satisfacción con la

labor desempeñada cuanta menos experiencia. Otros autores han obtenido resultados similares y han sugerido que la experiencia podría propiciar un ajuste entre las expectativas iniciales y la realidad (D'Ambrosio, 2016; Giménez et al., 2018); por otro lado, cabe pensar que la experiencia facilitaría el dominio de las habilidades y tareas desarrolladas, y con ello los sentimientos de satisfacción con el propio desempeño laboral. Aunque no se encontraron relaciones significativas entre los años de experiencia y las demás dimensiones del Burnout, algunos autores han señalado una mayor tendencia a presentar Burnout durante los primeros años de trabajo (Torrado et al., 1996).

Pese a que los niveles de estrés y Burnout no aparecieron relacionados con el número de hijos y de horas trabajadas, estudios previos han encontrado mayor Burnout en sanitarios con hijos y que trabajaban más de 39 horas a la semana (Giménez et al., 2018; Gómez-Acosta et al., 2022). Igualmente, Maslach y Leiter (2008) indicaron que el exceso de trabajo fomentaba el agotamiento emocional y el Burnout. Tanto el hecho de tener hijos como de trabajar más horas pueden implicar menos tiempo libre y de descanso para la persona, además de mayores fuentes de estrés psicosocial, factores que propiciarían el desarrollo de Burnout.

Por otro lado, los resultados no arrojaron diferencias significativas en los niveles de estrés y Burnout en función del ámbito de trabajo. Estudios previos sugieren que trabajar en el ámbito público podría favorecer el desarrollo de Burnout en psicólogos y otros profesionales, al asociarse con una mayor carga de trabajo, más tareas administrativas y recursos limitados (Giménez et al., 2018; Rodríguez y Carlotto, 2017; Torrado et al., 1996). Otros han encontrado mayor Burnout en psicólogos que trabajan para instituciones privadas frente a públicas, teniendo gran relevancia factores como la percepción de control sobre el trabajo desempeñado (Gómez-Acosta et al., 2022). Pese a ello, nuestros datos no indicaron que ningún ámbito de trabajo favoreciera la presencia de estrés o Burnout.

La titulación académica se relaciona con el ámbito de trabajo, pues únicamente los PIR, PEPC y psicólogos habilitados pueden trabajar en el ámbito público; de esta manera, estos profesionales podrían estar más expuestos a los estresores asociados a este ámbito laboral. Además, dada su mayor especialización, los PIR y PEPC podrían enfrentarse más habitualmente a pacientes con problemáticas más graves, crónicas y con peor evolución, factores considerados estresores para psicólogos (Melero, 2015; Torrado et al., 1996). Sin embargo, no se encontraron diferencias en nivel de estrés o Burnout en función de la titulación académica en Psicología.

Por último, el hecho de trabajar mayoritariamente solo o de ser estudiante podrían suponer fuentes de estrés adicionales para los profesionales: por un lado, tendrían menos oportunidades para recibir apoyo social durante la jornada laboral; por otro, estudiar para

exámenes o realizar trabajos académicos son tareas estresantes, que consumen tiempo, esfuerzo y recursos económicos (Martín, 2007; Rokach y Boulazreg, 2022). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en los niveles de estrés y Burnout en función de si los profesionales trabajaban solos o acompañados, o si estudiaban además de trabajar.

7.5. Conclusiones

La muestra de psicólogos sanitarios estudiada presentó niveles bajos de estrés agudo, lo que sugiere que estos profesionales cuentan con recursos eficaces para reducir el impacto de los estresores diarios que afrontan habitualmente los psicólogos con funciones sanitarias, reportados en investigaciones previas (por ejemplo, Torrado et al., 1996).

De manera acorde a estos resultados, la mayoría de la muestra no presentó estrés laboral crónico o Burnout. Sin embargo, se encontraron niveles moderados en las tres dimensiones del Burnout, sugiriendo que existen síntomas que podrían desembocar en el desarrollo del síndrome sin las acciones adecuadas.

Estas acciones podrían traducirse en una mayor implicación en actividades de autocuidado, que fue ocasional en la muestra. Además, el autocuidado se relacionó inversamente con los síntomas de DP y directamente con la sensación de RP. Ello apunta a la importancia del cuidado de la propia salud física y psicológica en psicólogos sanitarios, que puede ser un factor protector contra el desarrollo de actitudes distantes respecto a los clientes y favorecer sentimientos de competencia profesional.

En el estudio se encontró que variables sociodemográficas como la edad y el estado civil pueden ser relevantes a la hora de valorar el estrés y Burnout en psicólogos sanitarios. De la misma manera ocurrió con factores relacionados con el trabajo, en este caso, los años de experiencia.

7.6. Limitaciones del estudio y prospectiva

Es relevante considerar que el tamaño muestral del estudio ha podido influir en los resultados, además de las características de la muestra a la que se ha tenido acceso. Así, como se describió en las tablas 5 y 6, hubo escasa representación de personas de género masculino, menores de 30 o mayores de 40 años, divorciadas, viudas y con hijos; en cuanto a sus características laborales y formativas, pocos de los profesionales de la muestra tenían las titulaciones de PIR y PEPC, trabajaban en solitario o tenían más de 5 años de experiencia. Este hecho puede estar relacionado con limitaciones referentes al modo de difusión del estudio: al ser exclusivamente online, favorecería el acceso a personas con unas características concretas (por ejemplo, más jóvenes, solteras y con menos años de experiencia). Por ello, es importante tomar con precaución los resultados respecto a estas

variables, y se recomienda que futuras investigaciones repliquen los datos con una población más amplia y representativa del total de psicólogos sanitarios que ejercen en España.

En este sentido, se considera relevante que se continúe investigando en torno al malestar de los distintos profesionales que se denominan psicólogos sanitarios. Como ya se ha comentado, el clima de incertidumbre reinante en la profesión, la alta competitividad interprofesional y las dificultades de acceso a la formación habilitante son estresores documentados, cuyo impacto emocional es difícil de evaluar. Estos factores podrían afectar especialmente a los psicólogos que aún no cuentan con habilitación sanitaria, propiciando que comiencen a ejercer como sanitarios sin la cualificación ni titulación legal necesarias: en nuestros datos se observa un porcentaje de psicólogos en esta situación. Además de las implicaciones éticas y legales, esta situación refleja las múltiples dificultades que encuentran los psicólogos en España para realizar su labor, y que pueden fomentar el desarrollo de Burnout. Dada la importancia de este colectivo en la atención a la población, se estima de gran importancia potenciar su bienestar y facilitar su labor lo máximo posible. En esta dirección, futuros investigadores que quieran ahondar en esta cuestión podrían comparar los niveles de estrés y Burnout de los distintos profesionales psicólogos sanitarios, así como de aquellos que ejercen funciones sanitarias sin habilitación, además de los factores que influyen.

Referencias bibliográficas

- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W. y Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176-181. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- Audiencia Nacional (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª). *Sentencia SAN 3717/2016 – 372/2016*, de 7 de octubre de 2016 <https://www.poderjudicial.es/search/doAction?action=contentpdf&database=AN&reference=7846957&links=%22372%2F2016%22&optimize=20161024&publicinterface=true>
- Benevides, A. M., Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. y González, J. L. (2002). La evaluación específica del síndrome de Burnout en psicólogos: el "inventario de Burnout de psicólogos". *Clínica y Salud*, 13(3), 257-283.
- Carrobles, J. A. (2015). Presente y futuro de la Psicología Clínica y Sanitaria en España: Una visión alternativa. *Papeles del psicólogo*, 36(1), 19-32.
- Cortes Generales. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 280, de 22 de noviembre de 2003. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
- Cortes Generales. Ley 5/2011, de 29 de Marzo, de Economía Social. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 76, de 30 de marzo de 2011. (2011a). <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/03/29/5/con>
- Contreras-Camarena, C., Lira-Veliz, H. y Benito-Condor, B. (2021). Autoestima y síndrome de burnout en médicos de unidades críticas. Estudio correlacional. Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima-Perú. *Horizonte Médico (Lima)*, 21(2). <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n2.06>
- Cortes Generales. Ley 33/2011, de 4 de Octubre, General de Salud Pública. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 240, de 5 de octubre de 2011. (2011b). <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33/con>
- D'Ambrosio, F. (2016). Risk factors for burnout and job satisfaction in a sample of health professionals in Italy. *Igiene e sanita pubblica*, 72(2), 129-136.
- Fernández-Hermida, J. R., Santolaya, F. y Santolaya, J. A. (2017). La acreditación en psicología clínica en España. *Terapia psicológica*, 35(1), 95-110. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082017000100009>

- Gil-Monte, P. R. (2005). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista de saúde pública*, 39(1), 1-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000100001>
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centers, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks035>
- Giménez, S. B., Gilla, M. A., Morán, V. E. y Olaz, F. O. (2018). Burnout y sintomatología psicopatológica en profesionales argentinos de la salud mental. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 10(3), 1-20. <https://doi.org/10.5872/psiencia/10.3.22>
- Gómez, R. A., Reina, L. L., Méndez, I. F., García, J. M. y Briñol, L. G. (2019). El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental. *Atención primaria*, 51(5), 310-313. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.012>
- Gómez-Acosta, A., Sierra-Barón, W., Alpi, S. V., Clavijo, M. E., Salcedo, K. y Andrade, Y. (2022). Evaluación del Burnout en Psicólogos de la Ciudad de Neiva, Colombia. *Psicología desde el Caribe: revista del Programa de Psicología de la Universidad del Norte*, 39(1), 40-58.
- Guerra, C. (2011). Validez discriminante de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Summa Psicológica UST*, 8(2), 39-44. <https://doi.org/10.18774/448x.2011.8.86>
- Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G. y Betta, R. (2008). Validación preliminar de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Psykhé (Santiago)*, 17(2), 67-68. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282008000200006>
- Infocop (2023a). *Psicología continúa teniendo una alta ratio de solicitantes por plaza en las pruebas selectivas de Formación Sanitaria Especializada*. Recuperado el 17 de octubre de 2023, desde: <https://www.infocop.es/psicologia-continua-teniendo-una-alta-ratio-de-solicitantes-por-plaza-en-las-pruebas-selectivas-de-formacion-sanitaria-especializada/>
- Infocop (2023b). *Aumenta la cifra de psicólogos colegiados en España, según el INE*. Recuperado el 17 de octubre de 2023, desde: <https://www.infocop.es/aumenta-la-cifra-de-psicologos-colegiados-en-espana/>
- Instituto Nacional de Estadística. (2021, abril 26). *Encuesta Europea de Salud en España (EESE)* año 2020.

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175

Jiménez, A. E., Jara, M. J., y Miranda, E. R. (2012). Burnout, apoyo social y satisfacción laboral en docentes. *Psicología Escolar e Educativa*, 16(1), 125-134. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572012000100013>

Juliá-Sanchis, R., Aguilera-Serrano, C., Megías-Lizancos, F. y Martínez-Riera, J. R. (2020). Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 81-86. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.014>

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Martínez Roca.

Martín, I. M. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 25 (1), 87-99.

Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

Maslach, C. y Leiter, M. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 9(3), 498–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>

Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

Melero, L. (2015). Importancia de la formación clínica: la profesión del psicólogo (una situación de emergencia... sanitaria). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 19-24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijde.2015.11.001>

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Orden ECD/1070/2013, de 12 de Junio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales de Máster en Psicología General Sanitaria que habilite para el ejercicio de la profesión titulada y regulada de Psicólogo General Sanitario. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 142, de 14 de junio de 2013, 44948-44953. <https://www.boe.es/eli/es/o/2013/06/12/ecd1070>

Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026*. https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf

- Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/1620/2009, de 2 de Junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 146, de 17 de junio de 2009, 51210-51236. <https://www.boe.es/eli/es/o/2009/06/02/sas1620>
- Montero, I. y León, O. G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847–862. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770318>
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez, A., Garrosa, E. y Morante, M. E. (2005). Breve historia del burnout a través de sus instrumentos de evaluación. *Quemarse en el trabajo (Burnout)*, 11, 161-182. Egido Editorial, S.L.
- Moscoso, M. (2014). El estudio científico del estrés crónico en neurociencias y psicooncología. *Persona*, 17, 53-70.
- Moscoso, M. y Delgado, E. (2015). La teoría del estrés crónico como modelo científico en neurociencia cognitiva. *Revista de investigación en psicología*, 18(1), 167-180. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v18i1.11786>
- Noguero, A. y Peregalli, S. (2021). Alternativas a los internamientos en salud mental: hospitalización domiciliaria desde la perspectiva española y anglosajona. *Revista de Bioética y Derecho*, 53, 37-55. <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2021.53.34726>
- Oliva, J., González, B., Barber, P., Peña-Longobardo, L. M., Urbanos, R. M. y Zozaya, N. (2020). El impacto de la Gran Recesión en la salud mental en España. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 48-53. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.009>
- Oñate, M. E., Resett, S., Menghi, M. S. e Iglesia, M. F. (2016). Burnout y autoconcepto en psicólogos clínicos. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 215-229.
- Ortiz, C., Kanter, J. W. y Arias, M. F. (2020). Burnout in mental health professionals: The roles of psychological flexibility, awareness, courage, and love. *Clínica y Salud*, 31(2), 85-90. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a8>
- Prado, J. (2016). *Facilitadores y obstáculos de una intervención psicoterapéutica asistida por ordenador para la depresión en atención primaria: un estudio cualitativo* [Tesis doctoral, Universidad de Zaragoza]. Repositorio de la Universidad de Zaragoza. <https://zaguan.unizar.es/record/58557>
- Rodríguez, S. Y. S. y Carlotto, M. S. (2017). Predictors of Burnout Syndrome in psychologists. *Estudios de Psicología (Campinas)*, 34(1), 141-150. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000100014>

- Rokach, A. y Boulazreg, S. (2020). The COVID-19 era: How therapists can diminish burnout symptoms through self-care. *Current Psychology*, 41(8), 5660–5677. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01149-6>
- Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C. y Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17, 97-105.
- Sánchez, S., Prado, J. y Aldaz, J. A. (2013). Psicología Clínica y Psicología General Sanitaria: una aproximación constructiva. *Behavioral Psychology*, 21(1), 189-200.
- Torrado, V. M., Fernández-Ríos, L. y Martínez, M. C. (1996). Estrés laboral y estado de salud entre psicólogos clínicos y psiquiatras. *Clínica y salud*, 7(2), 163.
- Valdés, K. P., González-Tovar, J., Hernández, A. y Sánchez, L. M. (2020). Regulación emocional, autocuidado y burnout en psicólogos clínicos ante el trabajo en casa por confinamiento debido al COVID-19. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 10(1). <https://doi.org/10.18041/2322-634X/rcso.1.2020.6430>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. y Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>.

Anexo A. Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo....	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	0	1	2	3

Anexo B. Inventario de Burnout de Maslach

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.
3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA.
6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

Anexo C. Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos

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

Anexo D. Informe favorable de la Comisión de Investigación de TFM

INFORME DE VALORACIÓN DE TRABAJO FIN DE MÁSTER

La Comisión de investigación de TFM de la Universidad Internacional de la Rioja, y los miembros que lo conforman exponen que:

El proyecto de TFM titulado **Psicólogos sanitarios en España: condiciones laborales, malestar emocional y autocuidado** presentado por Dña. **Silvia Fernández Sánchez** en el que consta como autora, ha sido valorado en Madrid a fecha del día 10 de octubre de 2023.

Entendiendo que este estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en esta institución, el proyecto presentado es valorado como **FAVORABLE**.

Firmado. Comisión TFM.
Facultad Ciencias de la Salud.



Madrid, a 10 de octubre de 2023