

---

# Análisis psicométrico de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos

---

## Psychometric examination of the Self-Care Behaviors Scale for Clinical Psychologists

---

Recibido: Abril de 2011  
Aceptado: Mayo de 2011

**Cristóbal Guerra Vio**

Universidad Santo Tomás, Chile

**Alma Mújica Platz**

Consultorio de Salud Familiar, Chile

**Adela Nahmias Bermúdez**

Universidad del Mar, Chile

**Nelly Rojas Vidal**

Universidad del Mar, Chile

Cristóbal Guerra Vio, Escuela de Psicología de la Universidad Santo Tomás, Viña del Mar, Chile; Alma Mújica Platz, Consultorio de Salud Familiar de Concón, Chile; Adela Nahmias Bermúdez, Escuela de Psicología de la Universidad del Mar, Viña del Mar, Chile; Nelly Rojas Vidal, Escuela de Psicología, Universidad del Mar, Chile.

Este estudio fue dirigido por el primer autor, en el contexto de la tesis de licenciatura en Psicología presentada por las otras tres autoras en la Universidad del Mar, Chile. Además fue presentado en el VI Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud de la Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y Salud (APICSA) realizado en Santiago de Chile en octubre de 2009.

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a Cristóbal Guerra Vio. Escuela de Psicología Universidad Santo Tomás, Avenida 1 norte 3041, Viña del Mar, Chile. Correo electrónico: cguerravio@yahoo.es.

---

### Resumen

En este artículo se describe el examen psicométrico de la Escala de Conductas de Autocuidado para psicólogos clínicos (EAP; Guerra, Rodríguez, Morales & Betta, 2008). Este instrumento fue diseñado para medir la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado en psicólogos que trabajan realizando psicoterapia. Una muestra de 159 psicólogos clínicos chilenos respondió la EAP y una serie de instrumentos destinados a evaluar la validez convergente de la escala. La EAP reveló ser un instrumento confiable y válido. En particular, esta escala obtuvo adecuados índices de consistencia interna y adoptó una estructura unifactorial coherente con la teoría que la sustenta. Además, la escala mostró adecuados índices de validez convergente, al correlacionar del modo esperado las tres dimensiones

---

### Abstract

This study describes the psychometric examination of the Self-Care Behaviors Scale for Clinical Psychologists (EAP; Guerra, Rodríguez, Morales & Betta, 2008) a scale designed to measure the frequency of self-care behaviors in psychologists dedicated to treat patients. A sample of 159 clinical psychologists from Chile completed the EAP and a series of instruments destined to evaluate the convergent validity of the scale. The EAP showed to be a reliable and valid instrument. In particular, the scale showed adequate indexes of internal consistency and adopted a unifactorial configuration coherent with the theory. In addition the scale showed convergent validity when correlating, as expected, with the levels of three dimensions of the burnout, with the levels of anxiety, with the levels of secondary traumatic

del síndrome de burnout, con los niveles de ansiedad y con una puntuación general de la calidad de vida de los participantes. Finalmente se discuten las implicancias de estos resultados.

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

stress and with a general score of the quality of life of the participants. Finally the consequences of these results are discussed.

*Keywords: Self-care behaviors scale; clinical psychologists; reliability; validity.*

Los psicoterapeutas son considerados como un grupo de riesgo de manifestar sintomatología de desgaste laboral debido a su trabajo con el sufrimiento humano (Arón & Llanos, 2001; Barudy, 2000; Figley, 1999; McCann & Pearlman, 1990; Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa & Rodríguez, 2004; Sabo, 2006). Específicamente, Figley (1995) señala que aquellos profesionales que trabajan en el alivio del sufrimiento emocional a menudo absorben el sufrimiento mismo. Por tanto, resulta necesario que estos profesionales desarrollen prácticas de autocuidado como forma de prevenir el desgaste laboral (Arón & Llanos, 2001; McLean & Wade, 2003; Saakvitne & Pearlman, 1996).

Muchas publicaciones han abordado esta problemática desde el estudio de diversas formas de desgaste laboral (Figley, 1995; Guerra, 2007; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Moreno Jiménez, Morante, Stamm & Sanz, 2007), no obstante el estudio del autocuidado ha sido menos sistemático. Esto se ve reflejado en la existencia de múltiples definiciones del constructo (Morales & Lira, 2000) y en la ausencia de instrumentos para medirlo en la población de profesionales.

Motivados por esta situación Guerra, Rodríguez, Morales y Betta (2008) desarrollaron la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP) que pretende servir de apoyo en la medición del constructo. El objetivo de esta investigación es analizar las propiedades psicométricas de dicha escala.

### Antecedentes

La teoría del autocuidado se origina en la década de 1930 gracias a los planteamientos de la autora norteamericana Dorotea Orem, quien lo define como las actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, para promover su salud y tratar su propia enfermedad (González & Arriagada, 1999; Tapia & Iturra, 1996; Uribe, 1999).

Actualmente el constructo es aplicado tanto a pacientes crónicos, –como una forma de mantener una adecuada calidad de vida y evitar el avance de la enfermedad (Gallegos, 1998; Jaarsma, Strömberg, Martensson & Dracup, 2003) –, así como también a profesionales de ayuda, con el fin de prevenir y tratar el desgaste laboral (McLean & Wade, 2003; Saakvitne & Pearlman, 1996).

Morales y Lira (2000) reconocen la existencia de cuatro modelos o concepciones del autocuidado en profesionales: (a) El modelo de reivindicación institucional, que contempla el análisis crítico de las condiciones institucionales en las que se desarrolla la labor del profesional y que influyen en su estado de desgaste o satisfacción laboral; (b) El modelo de identidad social, que enfatiza en todos aquellos aspectos relacionados con la identidad grupal o gremial del profesional, que le permiten sobrellevar las dificultades asociadas a su trabajo; (c) El modelo de impacto emocional, que hace referencia a los aspectos transferenciales del trabajo terapéutico y su sintomatología asociada, y (d) El modelo de sociabilidad, que enfatiza en los aspectos lúdicos, sociales y recreativos en los equipos de trabajo.

Otros autores describen estrategias más concretas que resultan útiles en la prevención y tratamiento del desgaste laboral. Por ejemplo, Aguilar (2006) propone supervisar los casos clínicos, Moran (2002) propone el uso del sentido del humor en el contexto laboral, Barudy (2000) señala lo beneficioso de dialogar con los colegas sobre las experiencias personales en el trabajo clínico y Gentry (2003) sugiere participar de actividades recreativas con los compañeros de trabajo. Esta gran amplitud de prácticas ha llevado a que el autocuidado, más que un concepto teórico, como los señalados por Morales y Lira (2000), sea considerado como un concepto práctico compuesto por una serie de estrategias particulares utilizadas cotidianamente por los profesionales de ayuda (Hidalgo & Moreira, 2000).

Pearlman y Saakvitne (1995) van un paso más allá al señalar que estas estrategias concretas de autocuidado pueden ser ejecutadas a nivel personal, profesional y organizacional. Según estos autores, las estrategias personales son aquellas que el profesional puede realizar en su vida privada (e.g., asistir a psicoterapia, realizar actividades artísticas y recreativas); las estrategias profesionales son las desarrolladas en el contexto laboral, por el propio profesional o por su equipo (e.g., supervisar los casos clínicos y limitar el número de pacientes que se atiende diariamente); y las organizacionales son las estrategias desarrolladas por la institución donde el profesional trabaja (e.g., mantener un espacio laboral adecuado y buenas condiciones laborales).

Independientemente de si las estrategias de autocuidado descritas son reivindicativas de las condiciones laborales, apuntan a una consolidación de la identidad del profesional, son desarrolladas por el propio profesional, por su equipo de trabajo o por la organización de la que forman parte, todas ellas pueden traducirse en conductas ejecutadas por alguno de estos agentes. Desde este punto de vista se propone una visión pragmática, donde se considera como autocuidado a toda conducta asociada con la disminución y prevención del desgaste laboral (Guerra, et al., 2008). Para Barudy (2000) estas conductas pueden ser emitidas tanto por los directivos de la organización donde el profesional trabaja (generando condiciones de autocuidado) o bien por el mismo profesional (por medio de conductas de autocuidado). De este modo se espera que los profesionales que ejecuten conductas de autocuidado (o que trabajen en instituciones que favorezcan condiciones de autocuidado) presenten bajos niveles de desgaste laboral.

La EAP corresponde a un instrumento, inspirado en esta conceptualización conductual del autocuidado, que permite medir la frecuencia de emisión de una serie de conductas y condiciones de autocuidado. Está compuesta por 10 ítems, de los cuales 8 representan conductas de autocuidado (ítems 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9) y dos incorporan condiciones de autocuidado (ítems 3 y 10).

La primera parte del proceso de construcción de la EAP fue desarrollada por Betta, Morales, Rodríguez y Guerra (2007), quienes redactaron 16 ítems dirigidos a medir, de forma independiente, conductas y condiciones que en la literatura estaban asociadas al autocuidado. Tres expertos en el tema del autocuidado le otorgaron validez de contenido a los reactivos. Luego se aplicó el cuestionario

a una muestra de psicólogos clínicos y se evaluó la validez convergente mediante su correlación con dos medidas de desgaste laboral. Sólo 10 de las conductas y condiciones de autocuidado medidas presentaron, como era de esperarse, relaciones significativas inversas con las medidas de desgaste laboral.

Posteriormente, Guerra, et al. (2008) elaboraron la EAP considerando los 10 ítems, dirigidos a evaluar conductas de autocuidado, que en el estudio antes señalado presentaron relaciones inversas con el desgaste laboral. El estudio de validación preliminar de la escala analizó su fiabilidad, su estructura factorial y su validez convergente. Los resultados indicaron que la EAP es un instrumento fiable (alfa de cronbach de 0.79), que posee una estructura unifactorial compuesta por sus 10 ítems y tiene validez convergente al asociarse inversa y significativamente con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión de los encuestados ( $r$  de Pearson de -0.71 y -0.61 respectivamente).

Recientemente Guerra (en prensa) evaluó la validez discriminante de la escala mediante la comparación de los puntajes promedio obtenidos en la EAP por dos grupos de psicólogos clínicos; con estrés traumático secundario vs. sin estrés traumático secundario. Los resultados apoyaron la validez discriminante de la escala ya que los psicólogos desgastados presentaron puntajes significativamente menores en la EAP ( $M = 19.34$ ;  $DE = 5.55$ ) que los psicólogos que no estaban desgastados ( $M = 26.20$ ;  $DE = 5.09$ ), según la prueba  $t$  para muestras independientes ( $t = 8.73$ ;  $p = 0.00$ ).

Dado que la EAP es un instrumento nuevo se considera prematuro avalar su fiabilidad y validez únicamente a partir de los estudios recién citados. Por esta razón, esta investigación pretende replicar el estudio original mediante un nuevo análisis de su estructura factorial, de su consistencia interna y de su relación con el estrés traumático secundario. En tanto se trata de una réplica, se espera obtener resultados similares a los descritos por Guerra, et al. (2008). Por otro lado, este estudio amplía el trabajo original ya que incorpora al análisis de validez convergente una serie de variables teóricamente relacionadas con el autocuidado: la calidad de vida, las tres dimensiones del síndrome de burnout y la ansiedad. Murillo (2001) define el autocuidado como las estrategias que puede implementar el profesional para mejorar su calidad de vida y fortalecer su sensación de bienestar general, por lo que se espera

que la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado se encuentre directamente relacionada con los índices de bienestar y calidad de vida de los participantes. Por su parte, el burnout es un síndrome de desgaste laboral que incluye agotamiento emocional, sentimientos de despersonalización y una baja sensación de logro personal en el trabajo (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Distintos autores han referido que el autocuidado previene el desarrollo del síndrome de burnout (Arón & Llanos, 2001; Huertas, 2005) por esta razón, en este análisis se espera que la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado se encuentre directamente relacionada con el logro personal reportado por los participantes e inversamente relacionada con sus niveles de agotamiento emocional y despersonalización. Finalmente, se ha descrito que los profesionales de ayuda pueden desarrollar altos niveles de ansiedad como manifestación del desgaste laboral y que el autocuidado pudiera ayudar a modular ese tipo de manifestaciones (Morales, Pérez y Menares, 2003), por tanto se espera obtener relaciones inversas entre ambos constructos.

## Método

### Participantes

La muestra fue intencionada y estuvo integrada por psicólogos clínicos que trabajan en Chile en distintos contextos laborales, principalmente en instituciones que atienden a niños y en hospitales. Fueron contactados 310 psicólogos, de los cuales 159 (51.3 %) respondieron, anónimamente y de forma voluntaria, la batería de instrumentos.

El 68.6% de los participantes son mujeres, mientras que el 31.4 % son hombres. La edad de los participantes fluctuó entre los 23 y los 54 años ( $M = 33.28$ ;  $DE = 6.68$ ). En promedio los psicólogos llevan 5.99 años ( $DE = 4.94$ ) dedicados a la práctica clínica. El 38.4% se encuentra casado o en relación de convivencia, el 54.7% está soltero y el porcentaje restante está separado o viudo.

Participaron psicólogos de 8 de las 15 regiones en las que se divide oficialmente Chile. El 1.3% de los psicólogos participantes trabaja en la Región de Antofagasta, el 67.3% trabaja en la Región de Valparaíso, el 10.1% lo hace en la Región Metropolitana, el 12.2% entre la Región de

O'Higgins y la Región del Bio Bio, y el 8.2% corresponde a profesionales que trabajan entre la Región de Los Lagos y la Región de Magallanes.

### Instrumentos

Se utilizó una batería de seis instrumentos: un cuestionario de variables sociodemográficas, la EAP y cuatro instrumentos dirigidos a medir constructos relacionados con el autocuidado.

**Cuestionario de variables sociodemográficas.** Se elaboró un cuestionario para solicitar información sobre la edad, género, estado civil, región del país donde trabaja y años de experiencia del psicólogo clínico.

**Escala de conductas de autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP; Guerra, et al., 2008).** Se trata de una escala autoaplicada donde el profesional debe indicar la frecuencia con que emite una serie de conductas de autocuidado y la frecuencia con que su ambiente laboral favorece condiciones de autocuidado. Las posibilidades de respuesta son: 0 (nunca), 1 (casi nunca), 2 (ocasionalmente), 3 (frecuentemente) y 4 (muy frecuentemente). La EAP arroja un puntaje global de autocuidado compuesto por la sumatoria de las respuestas dadas a los ítems de la escala. Puntajes totales entre 0 y 7 puntos indican que el psicólogo "nunca" practica el autocuidado, entre 8 y 15 puntos se considera que lo practica "casi nunca", entre 16 y 23 puntos se considera que lo practica "ocasionalmente", entre 24 y 31 puntos se considera que la persona "frecuentemente" utiliza las estrategias, y los puntajes totales entre 32 y 40 puntos indican que el psicólogo utiliza el autocuidado "muy frecuentemente".

**Subescala de satisfacción en las actividades generales del Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q; Endicott, Nee, Harrison & Blumenthal, 1993, en Bobes, Portilla, Bascarán, Sáiz & Bousoño, 2002).** Esta subescala cuenta con 14 ítems que evalúan el bienestar físico, el estado de ánimo, la satisfacción con las actividades realizadas por la persona, el nivel de satisfacción en las relaciones interpersonales y la satisfacción por el estado financiero. Para contestar a cada ítem el respondiente dispone de una escala tipo likert con cinco valores que oscilan entre 0 (muy malo) y 4 (muy bueno). El puntaje total se calcula sumando las respuestas

dadas a los 14 ítems. A mayor puntaje obtenido mayor es la percepción de satisfacción con las actividades generales medidas. En esta investigación esta subescala mostró adecuada consistencia interna (alfa de cronbach de 0.94).

**Inventario burnout de Maslach (MBI;** Maslach & Jackson, 1981, adaptado a Chile por Barría, 2002). Contiene 22 ítems que indican la frecuencia con que se han experimentado una serie de síntomas de desgaste laboral. El MBI posee tres subescalas: logro personal (que mide la percepción favorable de los logros del profesional en su trabajo), agotamiento emocional (que mide la sensación de fatiga y cansancio en el plano emocional) y despersonalización (que mide la actitud fría y despersonalizada hacia los pacientes). Las posibilidades de respuestas varían entre 0 (nunca) y 6 (todos los días). Las altas puntuaciones en la primera subescala indican elevado logro personal en el profesional y las altas puntuaciones en las otras dos subescalas indican un elevado nivel de desgaste laboral. En la presente investigación se obtuvieron valores alfa adecuados para las tres subescalas (alfa de cronbach entre 0.78 y 0.91).

**Subescala de ansiedad estado del inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI;** Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1986). Esta subescala consta de 20 ítems que miden, de forma directa o inversa, la intensidad de sintomatología ansiosa referida a una condición emocional transitoria. Las posibilidades de respuestas varían entre 0 (nada) y 3 (mucho). Para calcular el puntaje total se deben invertir los ítems inversos y luego sumar las respuestas dadas a los 20 ítems. A mayor puntaje obtenido mayor es el nivel de ansiedad estado. La fiabilidad de esta escala fue adecuada (alfa de cronbach de 0.94).

**Escala de Estrés Traumático Secundario (EETS;** Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2004, adaptada a Chile por Guerra & Saiz, 2007). La EETS es una escala de autorregistro destinada a evaluar síntomas de estrés traumático secundario en profesionales de ayuda. Consta de 17 ítems que cuantifican la sintomatología experimentada durante la última semana. La escala de frecuencias varía entre 1 (nunca) y 5 (con mucha frecuencia). De la sumatoria de los ítems se obtiene el puntaje total. A mayor puntaje mayor es el índice de estrés traumático secundario. La EETS demostró una adecuada fiabilidad (alfa de cronbach de 0.94).

## Procedimiento

Se estableció contacto personal o telefónico con psicólogos clínicos que trabajan en Chile. A quienes accedieron a participar se les entregó personalmente o se les envió por correo electrónico la batería de instrumentos.

A 200 psicólogos se les requirió que respondieran el cuestionario sociodemográfico, la EAP, la subescala de satisfacción general del Q-les-Q, el MBI y la subescala de ansiedad estado del STAI. Además, a 110 psicólogos se les pidió que respondieran el cuestionario sociodemográfico, la EAP y la EETS. Los protocolos recibidos (95 y 64 respectivamente) fueron ingresados y procesados utilizando el programa estadístico SPSS.

## Resultados

En primer lugar es importante señalar que, en promedio, los participantes de este estudio puntuaron 24.67 ( $DE = 5.38$ ) en la EAP lo que indica que frecuentemente utilizan las estrategias de autocuidado.

Con el fin de revisar la estructura factorial de la EAP, se realizó análisis factorial con los 10 ítems de la escala. Dado que sólo existe un estudio previo que evalúa la estructura factorial de la escala, se optó por realizar un análisis del tipo exploratorio. Los análisis estadísticos indicados por Vivanco (1999) sugieren que los datos son susceptibles de ser sometidos a este tipo de análisis (la mayoría de las relaciones entre los ítems de la EAP son directas y significativas; coeficiente de significación de Kaiser Mayer = 0.76; e índice del test de esfericidad de Barlett = 299.38,  $p = 0.00$ ).

Considerando lo anterior, se realizó factorización mediante el método de componentes principales con rotación oblicua. Inicialmente, se obtuvo una configuración compuesta por tres factores con autovalores superiores a 1, que en conjunto explican el 54.6% de la varianza total (véase Tabla 1). No obstante, se optó por prescindir de esta solución por dos razones: primero, ya que es difícilmente interpretable desde la teoría; segundo, ya que dos ítems presentan saturaciones factoriales superiores a 0.34 en más de un factor (el ítem 6 obtiene saturaciones altas en los tres factores y el ítem 2 lo hace en dos factores). Por esta razón, se repitió el análisis factorial, esta vez prefijando la obtención de dos factores.



La nueva solución quedó compuesta por dos factores que en conjunto explican el 45.2% de la varianza de los ítems. El factor 1 está compuesto por todos los ítems que evalúan las conductas de autocuidado posibles de ser ejecutadas al interior del espacio laboral (ítems 1, 2, 3, 4, 5 y 10), en tanto el factor 2 incluye las conductas de autocuidado posibles de ser ejecutadas fuera del trabajo (ítems 6, 7, 8 y 9). Pese a que esta estructura es interpretable, también se decidió desecharla, ya que hay 2 ítems con saturaciones sobre 0.34 en los dos factores (ítem 6 y 10), y además uno de ellos (el ítem 6) obtiene saturaciones inferiores a 0.40 en ambos factores, constituyéndose como un residual (véase Tabla 2).

Se realizó un tercer análisis en el que se prefijó la obtención de una estructura unifactorial que incorporó los 10 ítems de la escala. El factor resultante de este análisis obtiene un valor propio de 3.1 y explica el 31.3 % de la varianza total de las puntuaciones de la EAP. En dicha solución están incluidos los 10 ítems de la EAP que presentan saturaciones entre 0.43 (ítem 8) y 0.76 (ítem 4). En la Tabla 3 se muestran las saturaciones de los 10 ítems en la solución unifactorial final. Esta estructura unifactorial es similar a la encontrada en el estudio original (Guerra, et al., 2008) y es coherente con los fundamentos teóricos en los que está inspirada la escala. Por esta razón, los siguientes análisis contemplan exclusivamente la escala en su versión original unifactorial.

**Tabla 1**  
*Saturaciones factoriales de los 10 ítems de la EAP en la solución trifactorial*

Ítem	Factor 1 (ítems 3, 4, 5, 6)	Factor 2 (ítems 7, 8, 9)	Factor 3 (ítems 1,2, 10)
1. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades vinculadas a la psicología, pero diferentes a la psicoterapia?	-0.05	0.10	-0.79
2. ¿Con qué frecuencia supervisa sus casos clínicos?	0.37	-0.13	-0.53
3. ¿Su ambiente laboral permite el uso del sentido del humor?	0.68	-0.07	-0.05
4. ¿Con qué frecuencia usted dialoga con sus colegas acerca de su experiencia personal relacionada con el trabajo clínico?	0.78	-0.02	-0.06
5. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo?	0.70	-0.02	-0.10
6. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas fuera del trabajo (familia y/o amigos)?	0.62	0.39	0.34
7. ¿Con qué frecuencia usted realiza ejercicios físicos (deporte)?	-0.10	0.76	0.06
8. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades de crecimiento espiritual (religión, meditación, etc.)?	0.15	0.60	-0.18
9. ¿Con qué frecuencia usted mantiene una sana alimentación?	-0.02	0.71	-0.14
10. ¿Con qué frecuencia usted considera que el espacio físico donde trabaja como psicoterapeuta es adecuado (cómodo, calmado y privado)?	0.11	0.27	-0.65

**Tabla 2**  
*Saturaciones factoriales de los 10 ítems de la EAP en la solución bifactorial*

Ítem	Factor 1 (Ítems 1, 2, 3, 4, 5, 10)	Factor 2 (ítems 6, 7, 8, 9)
1. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades vinculadas a la psicología, pero diferentes a la psicoterapia?	0.40	0.20
2. ¿Con qué frecuencia supervisa sus casos clínicos?	0.67	-0.07
3. ¿Su ambiente laboral permite el uso del sentido del humor?	0.67	-0.08
4. ¿Con qué frecuencia usted dialoga con sus colegas acerca de su experiencia personal relacionada con el trabajo clínico?	0.76	-0.04
5. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo?	0.72	-0.03
6. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas fuera del trabajo (familia y/o amigos)?	0.33	0.34
7. ¿Con qué frecuencia usted realiza ejercicios físicos (deporte)?	-0.20	0.76
8. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades de crecimiento espiritual (religión, meditación, etc.)?	0.19	0.62
9. ¿Con qué frecuencia usted mantiene una sana alimentación?	-0.00	0.74
10. ¿Con qué frecuencia usted considera que el espacio físico donde trabaja como psicoterapeuta es adecuado (cómodo, calmado y privado)?	0.46	0.34

Tabla 3

*Correlación Biserial puntual ítem-test corregida, Alfa si se elimina el ítem y saturaciones factoriales de los 10 ítems de la EAP en la solución unifactorial*

Ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa si se elimina el ítem	Saturación en solución unifactorial
1. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades vinculadas a la psicología, pero diferentes a la psicoterapia?	0.37	0.73	0.55
2. ¿Con qué frecuencia supervisa sus casos clínicos?	0.39	0.72	0.54
3. ¿Su ambiente laboral permite el uso del sentido del humor?	0.39	0.72	0.67
4. ¿Con qué frecuencia usted dialoga con sus colegas acerca de su experiencia personal relacionada con el trabajo clínico?	0.48	0.71	0.76
5. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo?	0.45	0.71	0.58
6. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas fuera del trabajo (familia y/o amigos)?	0.40	0.72	0.65
7. ¿Con qué frecuencia usted realiza ejercicios físicos (deporte)?	0.24	0.75	0.62
8. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades de crecimiento espiritual (religión, meditación, etc.)?	0.47	0.71	0.43
9. ¿Con qué frecuencia usted mantiene una sana alimentación?	0.39	0.72	0.60
10. ¿Con qué frecuencia usted considera que el espacio físico donde trabaja como psicoterapeuta es adecuado (cómodo, calmado y privado)?	0.51	0.70	0.57

Con el fin de evaluar la fiabilidad de la EAP se calculó su consistencia interna mediante el uso del coeficiente alfa (Cronbach, 1951). El valor alfa obtenido para la EAP fue de 0.74. Además se calculó el poder de discriminación de cada ítem (correlación biserial puntual ítem-test corregida), de cuyo resultado se desprende que todos los ítems de la escala se encuentran relacionados con la escala total y que la eliminación de cualquiera de ellos no aumentaría significativamente la consistencia interna de la escala. Estos resultados son similares a los obtenidos en el estudio de validación preliminar de la escala (Guerra, et al., 2008) y dan cuenta de la adecuada consistencia interna de la EAP. La Tabla 3 expresa estos resultados.

Finalmente, para evaluar la validez convergente de la escala se analizó su relación teóricamente esperable con seis variables. Se esperó obtener relaciones significativas directas con la calidad de vida referida a las actividades generales ( $M = 49.96$ ,  $DE = 9.37$ ) y con el nivel de logro personal de los psicólogos en su trabajo ( $M = 41.65$ ,  $DE = 4.73$ ). Además, se esperó encontrar relaciones significativas inversas con el agotamiento emocional ( $M = 18.52$ ,  $DE = 10.60$ ), la despersonalización ( $M = 3.06$ ,  $DE = 4.28$ ), la ansiedad estado ( $M = 15.51$ ,  $DE = 10.01$ ) y los niveles de estrés traumático secundario ( $M = 37.20$ ,  $DE = 12.28$ ) de los profesionales.

Como puede verse en la Tabla 4, la validez convergente de la EAP recibió apoyo empírico al encontrarse las relaciones esperables con las seis variables medidas. Es decir, aquellos psicólogos de la muestra que más frecuentemente ejecutan las conductas de autocuidado son los que mayores niveles de calidad de vida y logro personal presentan, y además son los que muestran menores niveles de agotamiento emocional, despersonalización, ansiedad estado y estrés traumático secundario.

Tabla 4

*Validez convergente de la EAP mediante criterios externos*

Criterios externos	EAP
Q-LES-Q actividades generales ( $n = 95$ )	0.20*
MBI logro personal ( $n = 95$ )	0.23*
MBI agotamiento emocional ( $n = 95$ )	-0.39**
MBI despersonalización ( $n = 95$ )	-0.27**
STAI estado ( $n = 95$ )	-0.32**
EETS total ( $n = 64$ )	-0.65**

*Nota.* Los valores corresponden a correlaciones unilaterales  $r$  de Pearson.

\*  $p < 0.05$ .

\*\*  $p < 0.01$ .

## Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo examinar las propiedades psicométricas de la EAP. Para ello se realizó una réplica ampliada del estudio de validación original (Guerra, et al., 2008). Los resultados indican que la EAP posee adecuados índices de fiabilidad y validez de constructo, al presentar una estructura unifactorial. Además, los resultados apoyan la validez convergente de la escala ya que el puntaje de la EAP correlacionó del modo esperado con las seis puntuaciones destinadas a medir constructos teóricamente convergentes (calidad de vida de actividades generales, logro personal, agotamiento emocional, despersonalización, ansiedad estado y estrés traumático secundario). Estos resultados son discutidos a continuación.

Respecto a la estructura factorial de la EAP, se considera que la solución unifactorial encontrada confirma una adecuada validez de constructo al ser coherente con la visión del autocuidado que es un concepto compuesto por una serie de conductas específicas (Gentry, 2003; Hidalgo & Moreira, 2000). Además la elección de la estructura unifactorial parece ser la más adecuada al presentar mayor parsimonia que las otras dos estructuras factoriales analizadas (bifactorial y trifactorial) y al ser similar a la encontrada en el estudio de validación preliminar de la EAP (Guerra, et al., 2008). De todos modos se sugiere que futuras investigaciones realicen un análisis factorial confirmatorio que permita corroborar o refutar estos resultados. Las futuras investigaciones deberán poner especial atención en el estudio de la estructura bifactorial que, pese a ser desechada en este estudio, posee elementos interpretables desde la teoría del autocuidado que diferencian entre las prácticas de autocuidado intralaborales y extralaborales (Pearlman y Saakvitne, 1995).

La consistencia interna del instrumento es adecuada según los criterios de Oviedo y Campo-Arias (2005), lo que indica que la EAP mide de forma homogénea el constructo autocuidado y por tanto se puede decir con propiedad que las diferencias de los puntajes de los encuestados apuntan a verdaderas diferencias en el constructo medido. Esta adecuada consistencia es meritoria si se considera que, tal como lo señalan Hidalgo y Moreira (2000), el constructo autocuidado está compuesto por un conjunto amplio y variado de conductas cuyo único elemento común es prevenir y aminorar los efectos del desgaste laboral.

Por otro lado, los resultados indican que todos los ítems de la escala se encuentran relacionados con la escala total y que la eliminación de ninguno de ellos aumentaría significativamente la fiabilidad de la escala. La única excepción a este planteamiento podría constituir la el ítem siete –“Con qué frecuencia usted realiza ejercicios físicos”– ya que su eliminación aumentaría levemente la fiabilidad de la escala. Pese a esto no se sugiere eliminar este reactivo por dos razones; primero, ya que el aumento en la consistencia interna de la escala sería mínimo; y segundo, ya que en las anteriores investigaciones este ítem se ha asociado inversamente al desgaste laboral (Betta, et al., 2007) y ha aportado satisfactoriamente a la consistencia interna de la escala (Guerra, et al., 2008). En futuras investigaciones se podrá estudiar con más detalle este tema y definir la posible exclusión de este o de otros reactivos.

Finalmente, los resultados apoyan la validez convergente de la escala, ya que corroboran los hallazgos obtenidos en el estudio original (Guerra, et al., 2008) respecto a la existencia de relaciones inversas entre el puntaje de la EAP con el puntaje de estrés traumático secundario. Por otro lado, los resultados de este estudio son coherentes con los planteamientos teóricos previos referidos a la existencia de relaciones directas del autocuidado con los índices de calidad de vida (Murillo, 2001) y de logro personal (Arón & Llanos, 2001; Huertas, 2005) de los profesionales. Además, entregan prueba empírica que complementa antecedentes teóricos referidos a la existencia de relaciones inversas entre el autocuidado y el agotamiento emocional, la despersonalización (Arón & Llanos, 2001; Huertas, 2005), y la ansiedad de los profesionales (Morales, et al., 2003). Todo lo anterior avala la idea de que la EAP presenta adecuados índices de validez, es decir, que efectivamente evalúa el constructo autocuidado.

Por otro lado, los resultados de este estudio aportan en la operacionalización del autocuidado como un constructo compuesto por conductas y condiciones que se asocian con un bajo nivel de desgaste laboral (McLean & Wade, 2003; Saakvitne & Pearlman, 1996) y con altos niveles de satisfacción y calidad de vida de los profesionales (Murillo, 2001).

Sobre la base de lo anterior se concluye que la EAP es un instrumento con adecuados índices de fiabilidad y validez, por lo que puede resultar de utilidad en la medición del autocuidado en psicólogos clínicos. Estos resultados se



complementan con los encontrados previamente (Betta, et al., 2007; Guerra, et al., 2008; Guerra, en prensa) y son auspiciosos en lo referido al proceso de validación de la escala.

Pese a lo auspiciosos de los resultados, se debe dejar constancia de una limitación de la investigación que tiene que ver con la forma en que se constituyó la muestra. Al ser una muestra reducida en número y seleccionada de forma intencionada, es probable que hayan participado únicamente los psicólogos sensibilizados con el autocuidado, lo que implica que los resultados de este estudio no son generalizables. De este modo, se considera que la EAP aún es un instrumento en desarrollo por lo que se sugiere que futuras investigaciones aumenten los esfuerzos por delimitar sus características psicométricas.

## Referencias

- Aguilar, M. I. (1996, noviembre). Trabajo interdisciplinario y cuidado de equipos. Trabajo presentado en el seminario *Salud mental y género, nuevos énfasis en las estrategias de trabajo*, Servicio Nacional de la Mujer, Santiago, Chile.
- Arón, A. & Llanos, M. (2001). Desgaste profesional. En A. Arón (Ed.), *Violencia en la familia. Programa de intervención en red: la experiencia de San Bernardo* (pp. 67-103). Santiago: Galdoc.
- Barría, J. (2002). *Síndrome de burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile*. [Tesis de magíster no publicada], Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Barudy, J. (2000). *Maltrato infantil, ecología social: prevención y reparación*. Barcelona: Paidós.
- Betta, R., Morales, G., Rodríguez, K. & Guerra, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 9, 9-19.
- Bobes, J., Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz, P. & Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Psiquiatría Ediciones.
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B. & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14, 27-35.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 6, 297-334.
- Figley, Ch. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Figley, Ch. R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the cost of caring. En B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3-28). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Gallegos E. (1998). Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala: Capacidades de Autocuidado. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 9, 260-266.
- Gentry, J. E. (2003). Desgaste por empatía: el desafío de la transformación. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 2(2), 4-17.
- González, S. & Arriagada, M. (1999). Ciudadanía y autocuidado en salud reproductiva y sexual. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 8(1), 181-195.
- Guerra, C. (2007). Atención a víctimas de delitos violentos y victimización vicaria. En V. Arredondo & E. Toro (Eds.), *Violencia sexual infantil: debates, reflexiones y prácticas críticas* (pp. 101-113). Valparaíso, Chile: Paicabí.
- Guerra, C. (en prensa). Validación discriminante de la Escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. Aceptado para ser publicado en la Revista *Resonancias*.
- Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G. & Betta, R. (2008). Validación preliminar de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Psyke* 17(2), 67, 77.
- Guerra, C. & Saiz, J. L. (2007). Examen psicométrico de la Escala de Estrés Traumático Secundario: un estudio en profesionales chilenos. *Psicología Conductual*, 15(3), 441-456.
- Hidalgo, N. & Moreira, E. (2000). *Autocuidado, trastorno psicológico y rotación de equipos de salud mental*. Santiago, Chile: Universidad de Chile, Departamento de Psicología.
- Huertas, M. (2005). Aproximación a la dinámica riesgos-autocuidado en equipos de operadores sociales que trabajan con desplazados en Pasto, Colombia. *Psyke* 14(2), 133-147.

- Jaarsma, T., Strömberg, A., Martensson, J. & Dracup, K. (2003). Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *European Journal of Heart Failure*, 5, 363-370.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- McCann, I. L. & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149.
- McLean, S. & Wade, T. D. (2003). The contribution of therapist beliefs to psychological distress in therapists: An investigation of vicarious traumatization, burnout and symptoms of avoidance and intrusion. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 417-428.
- Morales, G. & Lira, E. (2000). La receta del autocuidado: los “riesgos de equipo” en programas de trabajo con violencia. En O. Vilches (Ed.), *Violencia en la cultura: riesgos y estrategias de intervención*. Santiago: Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Morales, G., Pérez, J. & Menares, M. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 12(1), 9-25.
- Moran, C. (2002). Humor as a moderator of compassion fatigue. En C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp.139-154). New York: Brunner-Routledge.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, E., Garrosa, E. & Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12(2), 215- 231.
- Moreno- Jiménez, B., Morante, E., Stamm, B. & Sanz, A. (2007). Estrés traumático secundario: personalidad y sacudida de creencias. *Psicología Conductual*, 15(3), 427-440.
- Murillo, P. (2001). *El autocuidado en los psicólogos clínicos de Costa Rica: Cognitivas, conductuales y emocionales*. Costa Rica: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.
- Oviedo, H. C. & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34, 572-580.
- Pearlman, L. A. & Saakvitne, K. W. (1995). Treating therapist with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). New York: Brunner/Mazel.
- Saakvitne, K. W. & Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization for helping professionals who work with traumatized clients*. New York: W. W. Norton & Company Inc.
- Sabo, M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice* 12, 136–142.
- Spielberger, C, Gorsuch, R. & Lushene, R. (1986). *Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Tapia, C. & Iturra, V. (1996). Atención en salud. Práctica de autocuidado en profesionales de Antofagasta. *Revista Horizonte de Enfermería*, 7(1), 5-12.
- Uribe, T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 17(2), 109 – 118.
- Vivanco, M. (1999). *Análisis estadístico multivariable: teoría y práctica*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria.