



**Universidad
Europea MADRID**

**EL PAPEL DE LAS VARIABLES PROFESIONALES EN
NIVELES DE BURNOUT Y FATIGA POR COMPASIÓN EN
PSICÓLOGOS**

Máster de Psicología General Sanitaria

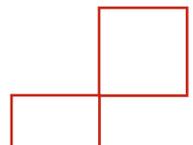
Autora: Raquel Díaz Joga

Tutora: Dimitra Manos

Fecha de realización del trabajo: 23 de junio 2022

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



“Rara vez oigo a mis colegas terapeutas quejarse de que sus vidas carecen de sentido. La vida de un terapeuta es una vida de servicio en la que cada día trascendemos nuestros deseos personales y volvemos la atención hacia las necesidades y el crecimiento del otro. (...) Hay un privilegio extraordinario en esto. Y una satisfacción extraordinaria también”

El Don de la Terapia. Irvin D. Yalom (2002).

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo explorar la relación de las variables profesionales seleccionadas y los niveles de burnout y fatiga por compasión en una muestra probabilística de 48 psicólogos en activo en la práctica clínica. El nivel de burnout de la muestra se midió a través del Inventario de Burnout de Maslach (MBI) que contempla las subescalas de cansancio emocional, despersonalización y realización personal. La fatiga por compasión se midió a través de la Escala de Calidad de Vida Profesional de Stamm (ProQOL-V) del que se utilizaron las subescalas de estrés traumático secundario y satisfacción por compasión. Por último, los datos de las variables profesionales se recogieron en un cuestionario elaborado ad hoc donde también se incluyeron las medidas anteriores. Para la selección de las variables profesionales se utilizó El Modelo de Áreas de Vida Laboral junto a la literatura revisada de estudios sobre el burnout y la fatiga por compasión. Se procedió a realizar un análisis descriptivo y correlacional con los datos obtenidos. Los resultados obtenidos indican una relación significativa del número de pacientes atendidos al día, el nivel de telepresión y la disponibilidad de un espacio físico estable para atender a los pacientes, con algunas de las subescalas de burnout y fatiga por compasión. No obstante, las tendencias observadas entre las variables propuestas y las diferentes subescalas abren el planteamiento de nuevas hipótesis y la necesidad de profundizar más en las variables profesionales de la idiosincrasia profesional de los psicólogos en la práctica clínica.

Palabras clave

Burnout, Estrés Traumático Secundario, Fatiga por Compasión, Variables Profesionales, Psicólogos

Abstract

This study aims to explore the relationship between the selected professional variables and the levels of burnout and compassion fatigue in a probabilistic sample of 48 psychologists active in clinical practice. The level of burnout in the sample was measured through the Maslach Burnout Inventory (MBI), which includes the subscales of emotional exhaustion, depersonalization, and personal fulfillment. Compassion fatigue was measured using the Stamm Professional Life Scale (ProQOL-V) from which the secondary traumatic stress and compassion satisfaction subscales were used. Finally, the data of the professional variables were collected in a questionnaire prepared ad hoc where the previous measures were also included. For the selection of professional variables, the Work Life Areas Model was used together with the reviewed literature of studies on burnout and compassion fatigue. A descriptive and correlational analysis was carried out with the data obtained. The results obtained indicate a significant relationship

between the number of patients seen per day, the level of telepressure and the availability of a stable physical space to care for patients, with some of the subscales of burnout and compassion fatigue. However, the trends observed between the proposed variables and the different subscales open the approach of new hypotheses and the need to delve deeper into the professional variables of the professional idiosyncrasy of psychologists in clinical practice.

Keywords

Burnout, Secondary Traumatic Stress, Compassion Fatigue, Professional Variables, Psychologists

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen	3
<i>Abstract</i>	3
1. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Burnout	10
1.2. Modelo de Áreas de Vida Profesional	11
1.3. Fatiga por Compasión	13
1.4. Variables Profesionales	14
1.5. Objetivos e Hipótesis	19
2. MATERIALES Y METODOLOGÍA	20
2.1. Diseño	20
2.2. Muestra	20
2.3. Instrumentos	23
2.3.1. Inventario de Burnout de Maslach (MBI)	23
2.3.2. Escala de Vida Profesional (ProQOL-V)	23
2.3.3. Cuestionario ad hoc de Variables Profesionales	24
2.4. Procedimiento	24
3. RESULTADOS	25
3.1. Análisis Descriptivo	25
3.1.1. Estadísticos descriptivos en las subescalas de burnout y fatiga por compasión	25
3.1.2. Estadísticos descriptivos de las variables profesionales	31
3.2. Análisis Correlacional	33
3.2.1. Relaciones entre las subescalas de burnout y fatiga por compasión con las variables sociodemográficas	34
3.2.2. Relación entre subescalas de cansancio emocional, despersonalización y estrés traumático secundario con las variables profesionales desfavorables	35
3.2.3. Relación entre las subescalas de cansancio emocional, despersonalización y estrés traumático secundario con las variables profesionales favorables	36
3.2.4. Relación entre las subescalas de realización personal y satisfacción por compasión con las variables profesionales favorables	37
3.2.5. Relación entre las subescalas de cansancio emocional y despersonalización con la subescala de estrés traumático secundario	38

3.2.6. Relación entre las subescalas de realización personal y satisfacción por compasión.....	39
3.2.7. Relación entre las subescalas de realización personal y satisfacción por compasión con las subescalas de cansancio emocional, despersonalización y estrés traumático secundario	39
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	40
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
6. ANEXO	55

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Agrupación de variables: sociodemográficas y profesionales favorables y desfavorables	15
Tabla 2. Datos sociodemográficos de la muestra de participantes, n=48	22
Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las subescalas del Inventario de Burnout de Maslach y del ProQOL-V.....	26
Tabla 4. Porcentajes y frecuencias de la muestra en los niveles de las subescalas de burnout (MBI).....	27
Tabla 5. Porcentajes y frecuencias de la muestra en los niveles de las subescalas de fatiga por compasión (ProQOL- V).....	28
Tabla 6. Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas y las subescalas de burnout (MBI)	29
Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas y las subescalas de fatiga por compasión (ProQOL- V).....	30
Tabla 8. Frecuencias y Porcentajes de las Variables Profesionales (n=48)	32
Tabla 9. Estadísticos descriptivos del nivel de telepresión en la muestra (n=48)	33
Tabla 10. Porcentajes y frecuencias de los niveles de telepresión en la muestra (n=48)	33
Tabla 11. Prueba de normalidad Kolmorov- Smirnov y Shapiro- Wilk en las subescalas de burnout y fatiga por compasión.....	34
Tabla 12. Correlaciones de Spearman de las variables sociodemográficas y las subescalas de burnout y fatiga por compasión.....	35
Tabla 13. Correlaciones de Spearman de las variables profesionales desfavorables y las subescalas de cansancio emocional, despersonalización y estrés traumático secundario.....	36
Tabla 14. Correlaciones de Spearman de las variables profesionales favorables y las subescalas de cansancio emocional, despersonalización y estrés traumático secundario.....	37
Tabla 15. Correlaciones de Spearman de las variables profesionales favorables y las subescalas de realización personal y satisfacción por compasión	38

Tabla 16. Correlaciones de Spearman de las subescalas de cansancio emocional y despersonalización con estrés traumático secundario.....	39
Tabla 17. Correlaciones de Spearman de las subescalas de realización personal y satisfacción por compasión.....	39
Tabla 18. Correlaciones de Spearman de las subescalas de cansancio emocional y despersonalización con realización personal y satisfacción por compasión.....	40

1. INTRODUCCIÓN

Los altos niveles de demanda en el campo de la salud mental que, actualmente estamos viviendo con la salida de la crisis generada por la pandemia del COVID- 19, implica actuaciones a diferentes niveles: institucionales y gubernamentales, profesionales e individuales (Nicola, et al. 2020).

Por su parte, los profesionales de la salud mental que intervienen directamente en los casos que demandan asistencia, deberán estar preparados para soportar altas cargas de trabajo que, si bien, no en todos los casos, cabe la posibilidad de una falta de consonancia con los recursos y un ámbito adecuado para su abordaje y soporte (Juárez- García, 2020; Kotera et al. 2021).

La labor de la psicoterapia hace más vulnerables a los profesionales de la psicología a sufrir estados de estrés debido a la demanda de la cercanía emocional, la empatía y vinculación que implica la propia labor profesional (Kotera et al., 2021; Maslach y Later, 2016).

Los profesionales cuya labor implica el contacto habitual con el trauma, el sufrimiento, la violencia y en general el malestar de otros, como es el caso de los profesionales de la salud mental pueden desarrollar síntomas relacionados con lo que se denomina *burnout* y/o *fatiga por compasión* (Pirelli et al., 2020)

Conocer los factores de riesgo y de protección facilitará la prevención a nivel individual y organizacional, mejorando la implicación de los profesionales y alejándose de efectos perjudiciales tanto para los propios profesionales como para los pacientes y/o usuarios (Kotera et al., 2021, Nascimento et al., 2017; Silva et al., 2017).

No son especialmente abundantes las investigaciones y estudios en los que la muestra esté compuesta únicamente por psicólogos y no sean parte de muestras de estudios con más profesionales sanitarios como médicos, enfermeras, etc., a pesar de ser una profesión con alto riesgo de padecer estrés laboral (Dehlin y Lundh, 2018; Moreno- Jiménez et al., 2006; Rupert y Kent, 2007; Rupert y Morgan, 2005).

Con los datos planteados, encontramos importante explorar algunas variables profesionales concretas de la idiosincrasia de la práctica de la psicología en cuanto a la relación con sus usuarios, clientes o pacientes con el fin de considerar su influencia en el bienestar de estos profesionales.

De esta forma, en el presente estudio se trata de medir los niveles de burnout y fatiga por compasión en una muestra de psicólogos en activo de diferentes ámbitos, poniéndolo en relación con determinadas variables profesionales que pueden influir en dichos niveles, planteándonos la siguiente

pregunta de investigación: ¿De qué manera se relacionan los niveles de burnout y fatiga por compasión en psicólogos con determinadas variables profesionales?

1.1. Burnout

Los estudios sobre *burnout* tienen su origen sobre los años 70 y desde entonces ha sido mucho el interés en este campo (Pereira et al., 2002). En 1986, Maslach y Jackson presentaron un primer modelo en el que describían el burnout como un síndrome que se presenta fundamentalmente en profesionales dedicados a la asistencia de usuarios con necesidades más o menos urgentes (Pereira et al., 2002) y se describía como un síndrome psicológico cuya respuesta prolongada se debe a los factores estresantes interpersonales crónicos en el trabajo, con una sobrecarga psíquica y laboral (Maslach, 2017; Silva et al., 2017). El burnout es una experiencia de trabajo bastante común y extendida, que sirve como un indicador de una alteración mayor en la relación de las personas con su trabajo (Maslach, 2009). Esta exposición crónica a situaciones estresantes implica una disminución gradual del compromiso laboral (Hatcher y Noakes, 2010). En este primer modelo se hablaba de tres dimensiones de burnout: *cansancio emocional*, *despersonalización* y *realización personal* (Maslach y Leiter, 2016).

En 1996 Maslach, Jackson y Leiter modifican su modelo inicial para incluir profesiones no asistenciales, introduciendo modificaciones en los tres factores denominados: *cansancio emocional*, *cinismo* y *eficacia profesional* (Kotera et al. 2021; Maslach y Leiter, 2016; Pereira et al. 2002).

La dimensión de *cansancio emocional* hace referencia a la pérdida de energía, agotamiento, debilitamiento y fatiga. Se trata de un agotamiento físico, mental y emocional (Pirelli et al., 2020). Esta dimensión representa el componente de estrés individual básico del burnout (Maslach, 2009). La persona experimenta sentimientos de sobreexigencia y un vacío de recursos emocionales y físicos. Las fuentes principales de este agotamiento son la sobrecarga laboral y el conflicto personal en el trabajo.

La dimensión de *cinismo o despersonalización* hace referencia a una actitud negativa hacia los usuarios produciendo irritabilidad, ideales comprometidos y retraimiento. Esta dimensión hace referencia a la parte del contexto interpersonal del individuo (Maslach, 2009). La persona refiere una respuesta negativa, insensible, fría y apática frente a varios aspectos laborales. Normalmente se desarrolla como una respuesta a un alto grado de agotamiento emocional. Mantenido en el tiempo conlleva una pérdida de idealismo y un aumento de la deshumanización que deriva en una actitud negativa hacia las personas y el trabajo. De esta forma, las personas con alto grado en despersonalización intentan evitar con frecuencia, el tiempo y la implicación en el trabajo.

Por último, la dimensión de *ineficacia profesional* hace referencia a una baja capacidad productiva y eficacia en el trabajo (Maslach y Leiter, 2016). Esta dimensión hace referencia a sentimientos

de autoeficacia y realización personal en el trabajo (Maslach, 2009). La ineficacia profesional representa el componente de autoevaluación del burnout. Cuando hay una carencia de recursos laborales, falta de apoyo social y/o una falta de oportunidades para desarrollarse laboralmente la persona llega a desarrollar un concepto negativo de ellos mismos y de su entorno laboral e interpersonal.

Un nivel alto de burnout lleva a desarrollar sintomatología física como dolores de cabeza, fatiga crónica, trastornos gastrointestinales, tensión muscular, hipertensión y trastornos del sueño entre otras dolencias (Maslach y Leiter, 2016; Leiter y Maslach, 2000)

Por otra parte, el burnout también ha sido vinculado con la depresión (Leiter y Maslach, 2005) y precipita efectos negativos en la salud mental de los trabajadores como ansiedad y baja autoestima. Estos efectos, a su vez, repercuten con un impacto significativo en la vida familiar además de en la vida laboral (Maslach, 2009).

La primera medida para la evaluación del burnout fue el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) en 1986 (Maslach et al., 1996) que, actualmente, es el inventario más utilizado para la evaluación de burnout (Saborío y Hidalgo, 2015).

Son varios los modelos causales de burnout. Los primeros modelos planteaban que las tres dimensiones que definen el burnout se daban de manera secuencial (Maslach y Leiter, 2016).

Dentro de estos, se describe el modelo transaccional para dar paso a los modelos de desarrollo del equilibrio demandas- recursos: el Modelo de Demandas- Recursos de trabajo (JD-R) (Bakker y Demerouti, 2007; Bakker y Demerouti, 2013) y el Modelo de Conservación de Recursos (COR). Ambos modelos tienen resultados confirmatorios en la investigación (Maslach y Leiter, 2016).

1.2. Modelo de Áreas de Vida Laboral

Una alternativa a los modelos anteriores, la constituye el Modelo de Áreas de Vida Laboral (AW) (Leiter y Maslach, 2004) que identifica seis áreas clave en las que se producen los desequilibrios: *carga del trabajo, control, recompensa, comunidad, equidad y valores*. Según este modelo cuanto mayor es el desequilibrio entre estas áreas, mayor será el agotamiento emocional de los sujetos (Kotera et al, 2021; Maslach y Leiter, 2016). Por el contrario, un buen ajuste conlleva el efecto contrario y es predecible que haya un mayor nivel de compromiso (Rodríguez et al., 2011). Este modelo cuenta con el apoyo empírico de estudios transversales y longitudinales (Maslach y Leiter, 2016).

Siguiendo el Modelo de Áreas de Vida Laboral y la literatura revisada, se han seleccionado algunas de las variables profesionales susceptibles de influir y correlacionar con los niveles de burnout, reflejadas en el cuestionario de variables profesionales elaborado ad hoc para el presente estudio.

Desde este modelo, se define la primera área de *carga de trabajo* como un volumen de trabajo para desarrollarse profesionalmente, ser eficaz y eficiente, conseguir objetivos y, en definitiva, disfrutar del trabajo (Rodríguez et al., 2011). Si este volumen es excesivo, la consecuencia puede estar relacionada con la dimensión de cansancio emocional y, si bien puede darse de forma temporal, se puede convertir en un problema en la medida en la que no haya tiempo de recuperación entre intervalos de mayor volumen laboral (Leiter y Maslach, 2004).

La segunda área es la de *control* y, hace referencia a la oportunidad en la toma de decisiones, la resolución de problemas y en definitiva a la contribución en las responsabilidades. Aquí el mayor desajuste puede estar en la exigencia y la demanda de responsabilidades sin la posibilidad de tomar decisiones y resolver los problemas con un criterio libre (Rodríguez et al., 2011). En este caso las demandas contradictorias y el conflicto de roles, que sería un ejemplo de desajuste en esta área, conllevaría un problema en la percepción de la capacidad para poder influir en las decisiones y, por lo tanto, una falta de percepción de autonomía para realizar un trabajo eficaz (Leiter y Maslach, 2004).

La tercera área es la de *recompensa* que se refiere al reconocimiento tanto social como el económico del profesional (Rodríguez et al., 2011), cobrando también una gran importancia el reconocimiento intrínseco del profesional. Esta falta de reconocimiento está estrechamente asociado a sentimientos de ineficacia, de sincronía con sus valores y aumenta la vulnerabilidad para padecer agotamiento emocional (Leiter y Maslach, 2004).

Una calidad del entorno laboral es lo que conlleva un adecuado ajuste en la cuarta área de *comunidad*, relacionado con el apoyo social, la colaboración y los sentimientos positivos (Rodríguez et al., 2011). Las investigaciones afirman que un adecuado ajuste en el área de comunidad implica un factor regulador en los sentimientos de inequidad en el trabajo (Leiter y Maslach, 2004; Truchot y Deregard, 2001) y está asociado con un mayor sentimiento de compromiso laboral (Leiter y Maslach, 2004; Schnorpfeil, et al, 2002).

La quinta área hace referencia a la *equidad o justicia*, ésta tendrá un buen ajuste si las normas y el protocolo para proceder es coherente y equitativo para todos los miembros del entorno laboral. Esto indica un respeto de la organización hacia sus trabajadores, lo contrario, podría provocar confusión en los valores y en las relaciones interpersonales e interprofesionales (Rodríguez et al., 2011).

La última y sexta área de los *valores* implica un buen ajuste cuando hay congruencia entre los valores organizacionales y los personales, la incongruencia, por el contrario, produce estrés y desgaste (Rodríguez et al., 2011), ya que habría una confrontación entre el trabajo que se desea realizar y el que la organización exige que se haga (Leiter y Maslach, 2004).

1.3. Fatiga por Compasión

Las implicaciones de la propia labor terapéutica conllevan, además de una alta exposición al trauma de los usuarios, una alta demanda emocional, empática y de vinculación, que supone, por ende, que la población de psicólogos terapeutas sea más vulnerable a su padecimiento de la *fatiga por compasión* (Campos et al., 2015; Pirelli et al., 2020).

La concreción de este constructo resulta complejo, dadas las similitudes con otros, así como la numerosa nomenclatura para su denominación que en la investigación se están utilizando con numerosos términos estrechamente relacionados (Branson, 2019; Stamm, 2010). Esto dificulta la gestión y el uso de la terminología correcta para diseñar y realizar investigación. Entre los principales términos se encuentran: trauma vicario, trauma secundario, agotamiento, contratransferencia traumática, contagio emocional y trauma compartido. Finalmente, con el ánimo de simplificar el marco teórico de la investigación se decidió utilizar el término y concepto de fatiga por compasión de Figley (1995) que definió la fatiga por compasión como el estrés que resulta de ayudar o querer ayudar a una persona traumatizada que sufre. El terapeuta, por tanto, en su desarrollo de la empatía y conexión emocional con el paciente, desarrolla un estado de tensión y preocupación por el paciente traumatizado que vuelve a experimentar dichos eventos (Figley, 2002b). El terapeuta tiende, por ello, a evitar su recuerdo y experimenta un estado de excitación persistente asociada a ese paciente.

El concepto de Figley (1995) coincide con el concepto de *estrés traumático secundario* de Stamm (2010) en la Escala de Calidad de Vida Profesional (ProQOL-V), que se ha utilizado en el presente estudio y, es la medida más utilizada para medir los efectos positivos y negativos de trabajar con personas que han experimentado eventos extremadamente estresantes (Stamm, 2010).

El concepto de estrés traumático secundario hace referencia a un sentimiento negativo impulsado por el miedo y el trauma relacionado con el trabajo. En el presente estudio recogemos la medida de esta escala para cuantificar la fatiga por compasión en relación con la escala de *satisfacción por compasión*, que puede darse de forma simultánea (Barr, 2017), como variable reguladora (Dehlin y Lundh, 2018; Stamm, 2010) ya que el placer derivado de ayudar a los demás, no correlaciona negativamente de forma lineal simple, aunque como sugieren Bride, Radey y Figley (2007):

“... a medida que la fatiga por compasión aumenta puede abrumar la capacidad del clínico para experimentar la satisfacción por compasión...” (p. 156)

De esta forma, la fatiga por compasión será conceptualizada como un nivel alto de estrés traumático secundario y una medida baja en satisfacción por compasión. Aunque algunos autores

manejan el concepto de fatiga por compasión y estrés traumático secundario como el mismo concepto (Beck y Gable, 2012; Coetzze y Koppler, 2010; Dominguez- Gómez y Rutledge, 2009; Komachi et al., 2012; Sabo, 2011).

Respecto a la causa de la fatiga por compasión, Figley introduce por primera vez en 1995 un modelo etiológico donde sugiere que la compasión y la empatía, a pesar de ser las herramientas básicas sobre las que se construye una terapia efectiva, también implican un costo emocional y de energía para proporcionar un servicio efectivo (Figley, 2002a). Figley presenta diez variables que, de forma conjunta, forman un modelo causal que predice la fatiga por compasión y a su vez también pueden ayudar a prevenirla y mitigarla: *habilidad empática, la preocupación empática, la exposición al cliente, la respuesta empática, el estrés por compasión, la exposición prolongada los recuerdos traumáticos, la interrupción de la vida, la sensación de logro y la desconexión*. Las dos últimas constituyen factores protectores frente a la fatiga por compasión.

Este modelo también ha servido de inspiración junto al Modelo de Áreas Laborales (Leiter y Maslach, 2004) sobre la casuística del burnout para realizar la selección de las variables independientes del cuestionario ad hoc del presente estudio.

Aunque a nivel internacional existen ciertos trabajos sobre burnout y fatiga por compasión (Dehlin y Lundh, 2018; Rupert y Kent, 2007; Rupert y Morgan, 2005) cabe destacar, la escasez de estudios centrados en terapeutas psicólogos sobre todo en ámbito español, ya que las investigaciones realizadas sobre profesionales de salud mental se suelen centrar fundamentalmente en psiquiatras (Maslach y Leiter, 2016) personal de enfermería, trabajadores sociales o educadores (Moreno- Jiménez et al., 2006). Por lo tanto, se ha decidido centrar esta investigación en profesionales de la psicología, independientemente del área laboral y la población a la que atiende.

1.4. Las variables profesionales

Con el objetivo de facilitar la visión de las variables estudiadas en el presente estudio se decidió agrupar a las variables profesionales en dos categorías a parte de las variables sociodemográficas. Algunas de las variables sociodemográficas también se encuentran contempladas en alguna de estas categorías. Posteriormente se nombrará a estas variables por su agrupación.

Tabla 1.

Agrupación de variables: sociodemográficas y profesionales favorables y desfavorables

Variables Sociodemográficas
Sexo
Edad
Régimen Laboral
Formación
Población con la que se trabajan
Antigüedad en la profesión de psicólogo
Antigüedad en el centro actual de trabajo
Variables Profesionales Favorables
<ul style="list-style-type: none"> - Horas de la semana dedicadas a la supervisión de casos clínicos - Tiempo de descanso entre pacientes - Claridad en las directrices - Tener un espacio fijo para atender a los pacientes - Años de antigüedad en la profesión de psicólogo - Años de antigüedad en el centro de trabajo actual - Formación
Variables Profesionales Desfavorables
<ul style="list-style-type: none"> - Número de pacientes atendidos al día - Número de pacientes atendidos a la semana - Nivel de telepresión - Horas dedicadas a tareas diferentes a la consulta clínica

El Modelo de Áreas de Vida Profesional proporciona un marco estructurado para considerar las áreas de la vida laboral como predictoras del agotamiento. Haciendo un recorrido por las diferentes áreas que se proponen en este modelo, se destacan las siguientes variables profesionales con el objetivo de abarcar el mayor número de fuentes de burnout y fatiga por compasión posibles.

Dentro de las variables sociodemográficas el sexo y *la edad*, aunque en la literatura revisada no hay unanimidad en su influencia (Thomas, 2004; Pirelli et al., 2020), si existe, especialmente con el sexo femenino, una conciencia de que las mujeres son el grupo más vulnerable para padecer burnout, en algunos estudios en los que se habla de un perfil sobre el burnout (Atance, 1997; Carrillo- Esper et al., 2012) éste implica el sexo femenino. Rupert y Morgan (2005) señalan en su investigación con una muestra de 571 psicólogos que, examinando las interacciones del entorno laboral y el género, sugiere que los hombres y las mujeres pueden responder o experimentar los entornos laborales de salud mental de manera diferente.

Por su parte, la *edad* es una variable que también está relacionada con la experiencia laboral, dado que se entiende que las personas con más experiencia son aquellas que llevan más tiempo en la profesión, de ahí las variables profesionales de *antigüedad en la profesión* y *antigüedad en el centro de trabajo actual*. Estas variables junto con la variable de *nivel de formación* constituyen variables demográficas protectoras tanto para el burnout como para la fatiga por compasión (Pirelli et al., 2020), dado que un mayor conocimiento tanto a nivel teórico como práctico implica un mayor control, seguridad y una toma de decisiones más acertada. Johnson y sus colegas (2016) encontraron en sus investigaciones que los profesionales que iniciaban sus carreras informaban de “niveles más altos de agotamiento emocional y despersonalización, mientras que los profesionales de más edad eran más positivos en cuanto a su competencia y sensación de actividad” (p.64). Sin embargo, Elliot y Daley (2013) años antes, en una revisión cualitativa de la literatura observaron que los profesionales más jóvenes desarrollaban un abanico mayor de habilidades de afrontamiento que los profesionales de mayor edad. Cavanagh y su equipo (2020) encontraron en sus investigaciones que la mayoría de las variables demográficas como los años de experiencia y la especialidad, no fueron ni significativas ni muy claras dada la variabilidad de sus resultados.

Una de las variables que puede afectar al burnout y fatiga de los psicólogos está constituida por la *población con la que se trabaja*, ya que, especialmente en la fatiga por compasión, cuanto mayor es el nivel de trauma y sufrimientos de los pacientes, mayor será la posibilidad de experimentar ansiedad y angustia en la relación con el paciente y su problemática. Aunque en todas las áreas pueden encontrarse problemas de carácter traumático, parece que trabajar con niños traumatizados y grupos particularmente vulnerables implica un factor de riesgo en la fatiga por compasión (Pirelli et al., 2020). También se ha comprobado que los profesionales de la salud mental presentan mayores niveles de fatiga por compasión debido a la naturaleza disfuncional de ciertas relaciones terapéuticas, especialmente con pacientes

diagnosticados con ciertos tipos de psicopatologías como por ejemplo el trastorno límite de personalidad (Dattilio, 2015; Dehlin y Lundh, 2018).

La carga laboral se encuentra en muchos estudios e investigaciones como la variable con mayor peso para favorecer niveles altos de burnout y fatiga por compasión (Giusti et al., 2020; Pirelli et al., 2020; Stamm, 2010). Este factor es la primera área observada como causa en el Modelo de Áreas de Vida Laboral (Leiter y Maslach, 2004). En la práctica de los psicólogos en activo se ha considerado medir esta área mediante las variables de *número de pacientes atendidos al día*, *número de pacientes atendidos a la semana*, *nivel de telepresión*, *tiempo de descanso entre pacientes* y *número de horas dedicadas a tareas distintas a la consulta clínica al día* (uso de herramientas digitales, registro en base de datos, archivos, programa de redacción, plataforma de terapia on- line, coordinación con otros profesionales, etc.).

En el caso de la fatiga por compasión, el hecho de estar en contacto con un mayor número de pacientes aumenta la frecuencia de contacto con situaciones traumáticas y por lo tanto el riesgo a padecer niveles más altos de fatiga por compasión (Pirelli et al., 2020). Rupert y Morgan (2005) encuentra que trabajar más horas a la semana se relacionó con niveles más altos de cansancio emocional, pero en su estudio también encontró que, el tipo específico de la actividad también era importante. De forma que el número de horas dedicadas a tareas diferentes a la consulta clínica se relacionó con mayores niveles de cansancio emocional y con niveles bajos de realización personal.

Esta variable está muy asociada a la variable de *telepresión*, aunque aquí lo que se conceptualiza no es tanto el tipo de tarea como su actitud ante ella. Dada la enorme digitalización que en la actualidad ha invadido la práctica laboral y, su influencia en la carga laboral de los profesionales (Kotera et al., 2021; Rupert y Morgan, 2005), se consideró una variable profesional fundamental a añadir en el presente estudio. De esta manera los terapeutas pueden sentir diferentes niveles de preocupación y urgencia de responder rápidamente a los mensajes de los usuarios o pacientes, compañeros, otros profesionales con los que se coordinan y sus supervisores o coordinadores (Barber y Santuzzi, 2015; Rupert y Morgan, 2005). Esa necesidad de respuesta inmediata puede interferir con el tiempo de recuperación laboral necesario y los resultados relacionados con el estrés. En cuanto a este tiempo de recuperación la variable que mide el *tiempo de descanso entre pacientes*, también se encuentra muy relacionada con el nivel de carga laboral de los terapeutas y la necesidad de recuperación de la carga laboral. No se encontró información específica de esta variable en la literatura revisada.

Otra variable que también puede estar asociada con las anteriores es la que contempla el *régimen laboral* de los psicólogos. Rupert y Morgan (2005) encuentran en su revisión que los profesionales independientes tienen mejores índices de burnout que aquellos que están contratados por cuenta ajena. Esta variable está relacionada con el área de control, ya que los profesionales autónomos tienen más libertad a la hora de tomar decisiones y no dependen tanto de una coordinación laboral. Por otra parte, los profesionales autónomos también tienen que realizar mayor número de tareas diferentes a la consulta clínica, aunque también reportan un mayor nivel de logro personal.

El área equidad y comunidad tiene relación con la variable seleccionada de *directrices claras y definidas*, que hace referencia a que las directrices de protocolo de atención y actuación y, las de los registros de casos están definidas y claras en puesto de trabajo. La falta de directrices claras puede llevar a una percepción de injusticia en el lugar de trabajo que puede desembocar en un mayor nivel de cinismo o despersonalización, generando un ambiente de rabia y hostilidad en el entorno laboral (Maslach, 2009).

Relacionada con las directrices y protocolos en el entorno laboral, así como con las relaciones interpersonales e interprofesionales que contempla el área de la equidad e, incluso relacionada con el área de recompensa, se contempla la variable de *espacio fijo para atender a los pacientes* que, no en todos los ámbitos terapéuticos está definido y también puede constituir un factor de preocupación e incertidumbre para los profesionales que, con frecuencia, tienen que improvisar o consensuar donde realizan su labor. Se ha considerado una variable importante por encontrarse presente en muchos entornos laborales donde trabajan los psicólogos, aunque no hemos encontrado información sobre estas circunstancias concretas en las investigaciones revisadas.

Por último, se ha considerado la variable de *horas de la semana dedicadas a la supervisión de casos clínicos*, como una variable protectora en los niveles altos de burnout y fatiga por compasión, considerando que beneficia el equilibrio en el área de comunidad y control y, mejora la realización personal y satisfacción por compasión. Dehlin y Lundh (2018) mostraron en su análisis correlacional que la supervisión se asoció con un mayor nivel de satisfacción por compasión y un menor nivel de agotamiento, pero no implicaba un menor nivel de estrés traumático secundario. Sin embargo, Linley y Joseph (2007) encontraron en sus estudios que los terapeutas que tenían supervisión formal reportaron un mayor crecimiento personal que aquellos que no tenían supervisión. La supervisión de casos clínicos con otros profesionales puede generar un espacio en el que se identifiquen los problemas relacionados con burnout y/o fatiga por compasión en los terapeutas con suficiente antelación, de forma que se pueda

intervenir de forma adecuada, independientemente del momento en el que se identifiquen indicativos (Pirelli et al., 2020).

Finalmente, es preciso señalar que resulta evidente la necesidad de seguir investigando sobre las variables profesionales que influyen en la práctica profesional de los psicólogos ya que la eficiencia y eficacia en su labor pasa por su bienestar directo y si bien, hay muchos otros factores influyentes en ésta, bien está considerar unas mínimas garantías de la práctica profesional y en el ámbito laboral.

1.5. Objetivos e Hipótesis

El **objetivo general** que nos planteamos en el presente estudio es explorar la relación cuantitativa, descriptiva y correlacional existente entre las variables profesionales propuestas y los niveles de burnout, medido con el Inventario de Burnout de Maslach (1996) y la fatiga por compasión, medido mediante la Escala de Calidad de Vida Profesional o ProQOL- V de Stamm (2010) en una muestra de la población de psicólogos en activo.

De esta forma, nos planteamos la siguiente **hipótesis general**: los psicólogos encuestados que tienen mayores puntuaciones en las variables profesionales desfavorables tienen mayores niveles de burnout y fatiga por compasión.

Las hipótesis específicas se concretan en:

Hipótesis 1. Habrá diferencias en el nivel de burnout y fatiga por compasión en las variables demográficas de sexo, edad, **formación**, régimen laboral y la población con la que trabajan.

Hipótesis 2. Las mayores puntuaciones en las variables profesionales desfavorables van a estar relacionadas con niveles más altos de cansancio emocional, despersonalización y estrés traumático secundario.

Hipótesis 3. Las mayores puntuaciones en las variables profesionales favorables van a estar relacionadas con puntuaciones más bajas en los niveles de cansancio emocional, despersonalización y estrés postraumático secundario.

Hipótesis 4. Las mayores puntuaciones en las variables profesionales favorables van a estar relacionadas con niveles más altos realización personal y satisfacción por compasión.

Hipótesis 5. Los niveles de cansancio emocional y despersonalización estarán relacionados positivamente con los niveles de estrés postraumático secundario.

Hipótesis 6. Los niveles de realización personal estarán relacionados positivamente con los niveles de satisfacción por compasión.

Hipótesis 7. Los niveles de cansancio emocional, despersonalización y estrés traumático secundario tendrán una relación negativa con los niveles de realización personal y satisfacción por compasión.

2. MATERIALES Y METODOLOGÍA

2.1. Diseño

Se trata de un método de investigación de primer nivel, donde se plantea un estudio empírico con metodología cuantitativa, concretamente se ha diseñado un estudio descriptivo de poblaciones mediante encuestas con muestras probabilísticas de forma transversal, ya que se realizará en un único momento transversal (Montero y León, 2007). También se trata de un estudio correlacional ya que trata de analizar la interdependencia entre determinadas variables.

Para la medición de las variables se elaboró un formulario único donde se incluía el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) (Maslach, 1996) con el que se recoge la medida de las tres escalas de burnout, cansancio emocional, despersonalización y realización personal; la Escala de Calidad de Vida Profesional, el inventario ProQOL-V (Stamm, 2010) que recoge las puntuaciones de estrés traumático secundario y satisfacción por compasión; y un cuestionario elaborado ad hoc, que recoge los datos de las variables sociodemográficas de los participantes y las variables profesionales propuestas (Tabla 1).

2.2. Muestra

La muestra obtenida para el presente estudio la conformaban un total de 48 sujetos de los cuales 42 eran mujeres y 6, hombres (Tabla 2).

El 50% de la muestra se encontraba de una edad comprendida entre los 31 y los 40 años, el 20.8% entre los 25 y 30, otro 20.8% entre 41 y 50 y, el 8.3% es mayor de los 50 años.

Respecto al régimen laboral, el 58.3% de los participantes eran autónomos, frente al 31.3% que tenían contratos por cuenta ajena y el 10.4% que apuntaban ambas modalidades.

El área de población con la que trabajan los psicólogos de la muestra que tuvo una mayor representación, fue el área de población adulta con un 39.6%, seguido del área de población general con un 31.3% y, un 18.8% en el área de población infantil. Los porcentajes más bajos fueron los de las áreas

de familia y parejas con un 10.4%. No hubo ningún sujeto en la muestra que atendiera a los pacientes dentro del área de emergencias.

El 87.5% de la muestra tenían formación de postgrado, 3 sujetos (6.3%) tenían formación de nivel de doctorado y otros 3 no poseían ninguna formación después del grado /licenciatura.

Respecto al régimen laboral al que pertenecían los psicólogos de la muestra, el porcentaje mayor fue el del régimen de autónomos con un 58.3%, seguido del régimen de cuenta ajena con un 31.3%. El menor porcentaje fue el de psicólogos con un régimen laboral combinado de cuenta ajena y autónomo (10.4%).

Por último, en cuanto a la antigüedad en el ejercicio de la profesión el mayor porcentaje de la muestra, con un 43.8%, se encontraba en el rango de 6 a 12 años de antigüedad. Y con respecto a la antigüedad en el actual centro de trabajo, el mayor porcentaje, con un 64.6%, se encontraba en el rango de 5 o menos años de antigüedad.

Tabla 2*Datos sociodemográficos de la muestra de participantes, n=48*

Frecuencias y Porcentajes de la Muestra de Psicólogos	
V. Sociodemográficas	Participantes (n=48)
	n (%)
Sexo	
Masculino	6 (12.5)
Femenino	40 (85.4)
Edad	
25-30 años	10 (20.8)
31-40 años	24 (50)
41-50 años	10 (20.8)
Mayor de 50 años	4 (8.3)
Formación	
Licenciado/Graduado	3 (6.3)
Postgrado	42 (87.5)
Doctorado	3 (6.3)
Régimen Laboral	
Cuenta ajena	15 (31.3)
Autónomo	28 (58.3)
Ajena/Autónomo	5 (10.4)
Población con la que trabajan	
Niños/Adolescentes	9 (18.8)
Adultos	19 (39.6)
Emergencias	0 (0.0)
Familia/Parejas	5 (10.4)
Población General	15 (31.3)
Años de antigüedad en el ejercicio	
De 0- 5 años	15 (31.3)
De 6- 12 años	21 (43.8)
De 13- 20 años	6 (12.5)
Mas de 20	6 (12.5)
Años de antigüedad en el centro actual	
De 0- 5 años	31 (64.6)
De 6- 12 años	10 (20.8)
De 13- 20 años	6 (12.5)
Mas de 20	1 (2.1)

2.3. Instrumentos

2.3.1. Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

La variable de burnout se ha evaluado a través del inventario de Burnout de Maslach (MBI) (Maslach et al., 1996) ya que se ha considerado hasta la fecha el más extendido para su evaluación. El MBI es un cuestionario de 22 ítems en una escala de Likert de 6 puntos (1="Nunca", 2="Alguna vez al año o menos", 3="Alguna vez al mes o menos", 4="Una vez a la semana", 5="Varias veces a la semana" y 6="Diariamente) relacionados con las dimensiones de cansancio emocional ("Estoy emocionalmente agotado en mi trabajo"), despersonalización ("Siento que trato a mis pacientes como si fueran objetos") y realización personal ("Puedo entender con facilidad lo que sienten mis pacientes"). Los resultados se obtienen sumando las puntuaciones directas de cada una de las subescalas. La subescala de cansancio emocional consta de 9 preguntas y puede tener una puntuación máxima de 54 puntos (Nivel bajo= entre 0 y 18, Nivel medio= entre 19 y 26 y Nivel alto= entre 27 y 54). La subescala de despersonalización consta de 5 ítems y puede tener una puntuación máxima de 30 puntos (Nivel bajo= entre 0 y 5, Nivel medio= entre 6 y 9 y Nivel alto=entre 10 y 30). Por último, la subescala de realización personal consta de 8 ítems y puede tener una puntuación máxima de 48 puntos (Nivel bajo= entre 0 y 33, Nivel medio= entre 34 y 39 y Nivel alto= entre 40 y 56). Las altas puntuaciones en las subescalas de cansancio emocional y despersonalización y, las bajas puntuaciones en la subescala de realización personal definen el síndrome de burnout. El grado de burnout se determinará como más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en una, dos o tres subescalas. La traducción al español se realizó por Gil- Monte y Peiró (1997).

2.3.2. Escala de Vida Profesional (ProQOL-V)

La variable de Fatiga por Compasión se ha evaluado mediante la Escala de Calidad de Vida Profesional, PROQOL- V (Stamm, 2010) que facilita tres medidas correspondientes a las escalas de satisfacción por compasión, estrés traumático secundario y nivel de burnout, aunque en este estudio se ha omitido la subescala correspondiente a burnout, ya que para este constructo se ha utilizado el Inventario de Burnout de Maslach (1996) y de esta forma, también se evitaba que el cuestionario unificado con todas las medidas se excediera en sus dimensiones.

Las respuestas se presentan en una escala tipo Likert de cinco puntos para determinar la frecuencia (1= "Nunca", 2= "Raramente", 3= "A veces", 4= "A menudo", 5= "Muy a menudo").

La subescala de estrés traumático secundario consta de diez ítems ("Estoy preocupado/a por una o más personas a las que he ayudado o ayudo"). La puntuación máxima en esta escala es de 50 puntos

que se obtienen de la suma directa (Nivel bajo= 22 o menos, Nivel medio= entre 23 y 41 y, Nivel alto= entre 42 y 50).

La subescala de satisfacción por compasión también contiene diez ítems (“Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente”). La puntuación máxima es de 50 puntos, también obtenida de manera directa (Nivel bajo= 22 o menos, Nivel medio= entre 23 y 41 y, Nivel alto= entre 42 y 50).

2.3.3. Cuestionario ad hoc de Variables Profesionales

Aunque en el cuestionario que completaron los psicólogos de la muestra (ANEXO I) no había una división como tal, para facilitar el trabajo de la selección de variables, éstas se dividieron en sociodemográficas y variables profesionales específicas que describan las condiciones laborales propiamente dichas. Dentro de las variables profesionales, se realizó una categorización de éstas en: variables profesionales favorables y variables profesionales desfavorables (Tabla 1). En cada una de las variables se recogió la información mediante intervalos que posteriormente se operativizaron para realizar el análisis estadístico, dando una mayor puntuación al intervalo de la variable que era más favorable. Así, por ejemplo, se codificó las respuestas de “nunca”, “a veces” y “siempre” con los valores de 0, 1 y 2 respectivamente en la variable de *espacio fijo para atender a los pacientes*. La medida de telepresión se obtuvo mediante la inclusión de cuatro ítems adaptados de la medida de telepresión en el lugar de trabajo de Barber (2015). Se trata de cuatro ítems de escala de autoinforme donde las respuestas van de “nunca”, “a veces” y “constantemente”.

2.4. Procedimiento

Los datos se recogieron mediante la elaboración de un cuestionario de Google Forms unificado con todos los instrumentos de medida y creando un vínculo publicado a través de redes sociales y contactos. No se utilizaron todas las preguntas a las que respondieron la muestra de psicólogos, ya que el presente estudio formaba parte de una investigación más amplia.

En la introducción del cuestionario se informó sobre el objetivo del estudio, y de la garantía del anonimato de éste. También se facilitó el contacto, si se precisaba, de las personas responsables del estudio y finalmente se les solicitó un consentimiento informado para proceder a su complementación. La difusión del cuestionario se realizó por medio de WhatsApp, LinkedIn, Instagram y Telegram, así como a través de contactos.

Los cuestionarios estuvieron abiertos durante dos semanas en el mes de abril. Una vez se desactivó la opción de seguir recogiendo respuestas, la base de datos se transportó al programa estadístico SPSS (IBM, 28.01.1 (15)) desde el que se procedió a realizar el análisis estadístico.

3. RESULTADOS

Una vez recogidos los resultados de los cuestionarios mediante el programa estadístico IBM SPSS, versión 28.01.1 (15), se procede a realizar un análisis descriptivo de los resultados obtenidos tanto en las variables dependientes (las diferentes subescalas de burnout y fatiga por compasión) como en las variables independientes de las condiciones específicas laborales. Posteriormente, se procedió a realizar el análisis correlacional no paramétrico bivariado utilizando para explorar las hipótesis de investigación.

3.1. Análisis Descriptivos

3.1.1. Estadísticos descriptivos en las subescalas de burnout y fatiga por compasión

Respecto a los datos obtenidos para la variable de burnout (Tabla 3), la media de la subescala de cansancio emocional es de 26.06 que estaría en un nivel medio- alto de puntuación, con una desviación estándar de 7.79 y una varianza de 60.78. Esta varianza indica que hay una alta dispersión de los datos con respecto a la media.

La media de la subescala de despersonalización es de 9. Esta puntuación se encuentra en el extremo del intervalo de nivel medio para esta variable. Su dispersión en los datos es menor que en la subescala de cansancio emocional y su desviación estándar es de 3.53.

En la tercera subescala de realización personal es de 39.19. Esta puntuación se ubica en el extremo superior del nivel medio. En este caso la varianza también indica una dispersión alta, ya que su varianza es de 15.47.

Con respecto a las puntuaciones obtenidas en estrés traumático secundario y satisfacción por compasión en el inventario ProQol- 5 (Tabla 3), en la primera se ha obtenido una media de 22.31, lo que la ubica en un nivel moderado- bajo, ya que la puntuación cae justo entre las dos puntuaciones de corte ambos niveles. La varianza obtenida en esta escala es de 38.68 con una desviación estándar de 6.22, lo que implica una dispersión media- alta de los datos. Por su parte, la media en la subescala de satisfacción por compasión es de 42.08. Esta puntuación se ubica en el extremo más bajo del nivel alto. La varianza de las puntuaciones de satisfacción por compasión es de 7.99, con una desviación estándar de 2.82, lo que indica que hay una baja dispersión de los datos.

Tabla 3.

Estadísticos descriptivos de las subescalas del Inventario de Burnout de Maslach y del ProQOL- V

Variables	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	Varianza
C. Emocional	11	46	26.06	7.796	60.783
Despersonalización	5	18	9.00	3.531	12.468
Realización Personal	31	47	39.19	3.934	15.475
S. Compasión	31	45	42.08	2.827	7.993
ETS	13	40	22.31	6.220	38.688

*Cansancio Emocional: nivel bajo (0 - 18), nivel medio (19 - 26) y nivel alto (27 - 54)

* Despersonalización: nivel bajo (0 - 5) nivel medio (6 - 9) y nivel alto (10 -30)

* Realización Personal: nivel bajo (0 - 33), nivel medio (34 - 39) y nivel alto (40 - 56)

*Satisfacción por Compasión: nivel bajo (0-22), nivel medio (23- 41) y nivel alto (41- 50)

*ETS: Estrés Traumático Secundario: nivel bajo (0-22), nivel medio (23- 41) y nivel alto (41- 50)

Por otra parte, el mayor porcentaje (45.8%) de la población en la subescala de cansancio emocional está en un nivel medio (Tabla 4). Dentro de la subescala de despersonalización, mayor porcentaje de psicólogos se encuentra en un nivel medio (56.3%). Respecto a la subescala de realización personal, el 54.2% de la muestra se encuentra en un nivel alto. El 41.7% y el 33.3% respectivamente, es el porcentaje de psicólogos de la muestra que han obtenido puntuaciones altas en las subescalas de cansancio emocional y de despersonalización.

Tabla 4.

Porcentajes y frecuencias de la muestra en los niveles de las subescalas de burnout (MBI)

Frecuencias y Porcentajes de las Subescalas de Burnout			
	Cansancio Emocional	Despersonalización	R. Personal
Niveles	Frecuencia (n %)	Frecuencia (n %)	Frecuencia (n %)
Nivel Bajo	6 (12.5)	5 (10.4)	6 (12.5)
Nivel Medio	22 (45.8)	27 (56.3)	16 (33.3)
Nivel Alto	20 (41.7)	16 (33.3)	26 (54.2)

* Cansancio Emocional: nivel bajo (entre 0 - 18), nivel medio (entre 19 - 26) y nivel alto (entre 27 - 54)

* Despersonalización: nivel bajo (entre 0 - 5) nivel medio (entre 6 - 9) y nivel alto (entre 10 -30)

* Realización Personal: nivel bajo (entre 0 - 33), nivel medio (entre 34 - 39) y nivel alto (entre 40 - 56)

En las escalas del ProQOL- V, ningún sujeto de la muestra ha obtenido una puntuación dentro del nivel alto en la subescala de estrés traumático secundario (Tabla 5). El mayor porcentaje de psicólogos de la muestra obtiene puntuaciones que se encuentran dentro de los intervalos del nivel bajo (60.4%) y el 39.6% de la muestra se encuentra dentro del nivel medio.

El mayor porcentaje de psicólogos dentro de la subescala de satisfacción por compasión (Tabla 5) se encuentra en un nivel alto, con un 70.8%. El resto de los sujetos de la muestra se encuentra en un nivel medio (29.2%), ya que no hay ningún sujeto dentro del nivel bajo de satisfacción por compasión.

Tabla 5.

Porcentajes y frecuencias de la muestra en los niveles de las subescalas de fatiga por compasión (ProQOL- V)

Frecuencias y Porcentajes de las Subescalas de ProQOL-V		
Niveles	ETS	S.Compasión
	Frecuencia (n %)	Frecuencia (n %)
Nivel Bajo	29 (60.4)	-
Nivel Medio	19 (39.6)	14 (29.2)
Nivel Alto	-	34 (70.8)

*Satisfacción por Compasión: nivel bajo (entre 0-22), nivel medio (entre 23- 41) y nivel alto (entre 41-50)

*Estrés Traumático Secundario (ETS): nivel bajo (entre 0-22), nivel medio (entre 23- 41) y nivel alto (entre 41- 50)

*ETS: Estrés Traumático Secundario

Respecto a las variables sociodemográficas, se ha obtenido mucha variabilidad en los datos. Dentro de las subescalas de burnout (Tabla 6) destacan con una puntuación alta en cansancio emocional: el rango de edad entre 25 y 30 años ($X=28.10$), los psicólogos que tienen un régimen laboral por cuenta ajena ($X=28.33$), aquellos cuya población a la que atienden son familias y parejas ($X=28.80$), aquellos con una antigüedad en la profesión dentro del intervalo de 6 a 12 años ($X=28.86$) y de 13 a 20 años ($X=27.00$) y, los psicólogos con una antigüedad en el actual centro de trabajo de 13 a 20 años ($X=28.33$). La media más elevada destaca en los sujetos con un nivel formativo de doctores ($X=37.33$).

Tabla 6.

Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas y las subescalas de burnout

		Subescalas de Burnout (MBI)								
		C. Emocional			Despersonalización			R. Personal		
	V. Dem	Media	D. T	V	Media	D. T	V	Media	D. T	V
Sexo	M	21.17	8.58	73.76	9.50	4.80	23.100	37.67	4.45	19.86
	F	26.76	7.52	56.67	8.93	3.38	11.43	39.40	3.86	14.93
Edad	25-30	28.10	5.66	32.10	10.00	3.33	11.11	39.00	3.19	10.22
	31-40	24.67	8.58	73.71	8.79	3.52	12.43	38.00	4.54	20.63
	41-50	26.20	8.29	68.84	8.40	3.34	11.15	40.90	3.17	10.100
	+50	20.00	6.58	43.33	9.25	5.31	28.25	37.25	2.75	7.58
R. Laboral	C. Ajena	28.33	8.74	76.52	9.87	3.81	14.55	37.53	3.39	11.55
	Auto	24.11	6.69	44.76	8.64	3.63	13.20	40.14	3.84	14.79
	A/A	30.20	8.75	76.70	8.40	1.51	2.30	38.80	4.97	24.70
Población	Niños/Ad	24.44	5.22	27.27	8.33	2.87	8.25	39.67	2.34	5.50
	Adult	26.21	8.39	70.39	9.53	4.16	17.37	36.84	4.11	16.91
	Emerg	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Fam/Par	28.80	5.26	27.70	8.40	1.94	3.80	40.20	3.19	10.20
	P.G	25.93	9.25	85.63	8.93	3.59	12.92	41.53	3.20	10.26
Formación	Gr/Lic	26.00	7.93	63.00	9.00	3.00	9.00	39.33	1.15	1.33
	Postg	25.26	7.31	53.46	8.57	3.23	10.44	39.31	3.90	15.24
	Doc	37.33	8.08	65.33	15.00	3.64	12.00	37.33	6.65	44.33
Antigüedad	0-5	26.33	7.16	51.38	9.00	2.61	6.85	38.27	3.47	12.06
Profesión	6-12	28.86	8.49	72.12	9.00	3.91	15.30	39.43	4.34	19.65
	13-20	27.00	9.09	82.80	9.83	3.92	15.36	41.00	3.74	14.00
	+20	28.67	6.33	40.66	8.17	4.44	19.76	38.83	3.48	12.16
Antigüedad centro	0-5	26.48	8.25	68.19	9.19	3.43	11.82	38.90	4.00	16.02
	6-12	23.50	7.35	54.05	8.80	3.59	12.93	40.40	4.30	18.48
	13-20	28.33	6.65	44.26	9.00	4.64	21.60	39.17	3.25	10.56
	+20	25.00	.00	.00	7.00	.00	.00	36.00	.00	.00

* Cansancio Emocional: nivel bajo (entre 0 - 18), nivel medio (entre 19 - 26) y nivel alto (entre 27 - 54)

* Despersonalización: nivel bajo (entre 0 - 5) nivel medio (entre 6 - 9) y nivel alto (entre 10 -30)

* Realización Personal: nivel bajo (entre 0 - 33), nivel medio (entre 34 - 39) y nivel alto (entre 40 - 56)

Con respecto a la subescala de despersonalización (Tabla 6) destacan en puntuaciones dentro de un nivel alto, los psicólogos en el primer rango de edad de 25 a 30 años ($X=10.00$) y los profesionales con formación en doctorado ($X=15.00$). Por último, en la subescala de realización personal (Tabla 6) de

burnout, no hay ninguna media dentro del nivel bajo según los criterios de corrección del MBI para esta subescala.

Tabla 7.

Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas y las subescalas de fatiga por compasión

		Subescalas de Fatiga por Compasión (ProQOL-V)					
		ETS			S. Compasión		
V. Demográficas		Media	D. T	V	Media	D. T	V
Sexo	M	21.67	9.30	86.66	42.50	1.64	2.70
	F	22.40	5.80	33.71	42.02	2.96	8.80
Edad	25-30	22.20	5.20	27.06	42.50	2.17	4.72
	31-40	22.87	7.48	56.02	42.38	2.94	8.67
	41-50	21.00	4.71	2.22	42.10	2.42	5.87
	+50	22.50	4.50	20.33	39.25	3.86	14.91
R.Laboral	C.Ajena	23.00	6.71	45.14	40.93	3.80	14.49
	Auto	21.86	6.18	38.27	42.64	2.14	4.60
	A/A	22.80	5.89	34.70	42.40	2.19	4.80
Población	Niños/Ad	20.56	3.08	9.25	43.22	1.30	1.69
	Adult	23.16	7.22	52.25	41.05	3.29	10.83
	Emerg	-	-	-	-	-	-
	Fam/Par	24.60	7.16	51.30	40.20	4.20	17.70
	P.G	21.53	6.09	37.12	43.33	1.29	1.66
Formación	Gr/Lic	25.00	7.00	49.00	41.33	2.08	4.33
	Postg	21.62	5.91	34.92	42.02	2.90	8.46
	Doc	29.33	7.02	49.33	43.67	2.30	5.33
Antigüedad	0-5	21.47	6.23	38.83	41.73	3.61	13.06
Profesión	6-12	23.62	6.98	48.84	42.86	1.62	2.62
	13-20	21.33	5.16	26.66	41.50	2.73	7.50
	+20	20.83	4.44	19.76	40.83	3.92	15.36
	Antigüedad	0-5	22.26	6.88	47.46	42.29	2.72
centro	6-12	23.40	5.48	30.04	42.20	2.70	7.28
	13-20	21.33	4.36	19.06	42.17	2.04	4.16
	+20	19.00	.00	.00	34.00	.00	.00

*Satisfacción por Compasión: nivel bajo (entre 0-22), nivel medio (entre 23- 41) y nivel alto (entre 41- 50)

*Estrés Traumático Secundario (ETS): nivel bajo (entre 0-22), nivel medio (entre 23- 41) y nivel alto (entre 41- 50)

*ETS: Estrés Traumático Secundario

Por su parte, en los datos obtenidos de las medidas en las subescalas de fatiga por compasión se puede observar que ninguna de las medias calculadas en las diferentes variables sociodemográficas con respecto a la subescala de estrés traumático secundario (Tabla 7) se encuentra en un nivel alto. La puntuación media más alta es la de los psicólogos doctorados de la muestra ($X=29.33$) pero con una desviación típica de 7.02.

Respecto a la subescala de la satisfacción por compasión (Tabla 7) ninguna de las puntuaciones medias se encuentra en un nivel bajo. La puntuación más baja la presentan aquellos psicólogos que tienen una antigüedad superior a los 20 años en el centro de trabajo actual ($X=34.00$) y cuya puntuación pertenece al nivel medio.

3.1.2. Estadísticos descriptivos de las Variables profesionales

Con respecto a las variables profesionales, los estadísticos descriptivos nos indican (Tabla 8) que el 70% de los psicólogos encuestados, atienden entre 3 y 5 pacientes al día. Con respecto a los pacientes que atienden a la semana hay algo más de variabilidad, y el mayor porcentaje se encuentra en más de 20 pacientes a la semana con un 39%. El 68% de los psicólogos afirma que no tiene tiempo de descanso entre las sesiones de los pacientes y solo un 6.3%, tiene más de 15 minutos.

El 72.9% de los psicólogos dedican entre 1 y 3 horas al día a realizar tareas distintas a la práctica clínica (Tabla 8). El 47.9% de los encuestados afirma tener directrices claras en el protocolo de atención, actuación y registros de casos en su puesto de trabajo, frente a un 12.5% que afirma no tener las directrices claras “nunca” y, casi un 40% que afirma que solo “a veces” las tiene claras.

Respecto a las horas de supervisión de casos clínicos, 20 de los 48 encuestados afirman que no tiene horas dedicadas a esta actividad. El 10.4% dedican entre 3 y 5 horas a la semana a la supervisión y el porcentaje mayor, 47.9%, dedica entre 1 y 2 horas de supervisión de casos.

Por último, el 75% de los encuestados dispone de un espacio fijo para atender a sus pacientes o usuarios (Tabla 8) y solo uno de los encuestados afirma que nunca tiene un lugar fijo para esta labor.

Los datos recogidos de la variable de telepresión (Tabla 9) indican una media de 3.13 con una desviación típica con respecto a la media de 2.017. La varianza en esta variable es alta lo que indica que hay bastante dispersión en las puntuaciones recogidas.

Tabla 8.*Frecuencias y Porcentajes de las Variables Profesionales (n=48)*

Frecuencias y Porcentajes de Variables Profesionales		Frecuencia (n %)
Nº pacientes atendidos al día		
	De 1 a 2	1 (2.1)
	De 3 a 5	34 (70.8)
	De 6 a 10	13 (27.1)
Nº pacientes atendidos a la semana		
	De 1 a 5	1 (2.1)
	De 6 a 10	7 (14.6)
	De 11 a 15	7 (14.6)
	De 16 a 20	14 (29.2)
	Mas de 20	19 (39.6)
Tiempo descanso entre pacientes		
	No suele haber	33 (68.8)
	De 5 a 10´	7 (14.6)
	De 11 a 15´	5 (10.4)
	Más de 15´	3 (6.3)
Nº de Horas Distintas a Clínica		
	Nada	6 (12.5)
	De 1 a 3 horas	35 (72.9)
	Más de 4 horas	7 (14.6)
Directrices Claras		
	Nunca	6 (12.5)
	A Veces	19 (39.6)
	Siempre	23 (47.9)
Horas de Supervisión a la semana		
	No Hay Supervisión	20 (41.7)
	De 1 a 2 horas	23 (47.9)
	De 3 a 5 horas	5 (10.4)
	Mas de 5 horas	-
Espacio Fijo para Atender Pacientes		
	Nunca	1 (2.1)
	A Veces	11 (29.9)
	Siempre	36 (75.0)

Tabla 9.*Estadísticos Descriptivos de Nivel de Telepresión en la muestra (n=48)*

Estadísticos Descriptivos de Nivel de Telepresión				
Mínimo	Máximo	Media	D. Estándar	Varianza
0	8	3.13	2.017	4.069

El nivel de telepresión de los encuestados (Tabla 10) es bajo para un 12.5% de los encuestados, ya que nunca sienten la urgencia y preocupación por responder de forma inmediata a las comunicaciones recibidas, el 72.9% siente esta preocupación y necesidad a veces y, el 14.6% la siente de forma constante.

Tabla 10.*Porcentajes y frecuencias en los niveles de telepresión en la muestra (n=48)*

Niveles de Telepresión*	Porcentajes y Frecuencias (n=48)
	n(%)
Nunca	6 (12.5)
A Veces	35(72.9)
Constantemente	7 (14.6)

* Telepresión: niveles de preocupación o urgencia de responder rápidamente a los mensajes de los usuarios o pacientes, compañeros, otros profesionales con los que se coordinan y sus supervisores (Rupert, 2005)

3.2. Análisis Correlacional

Inicialmente se llevó a cabo a cabo la prueba de normalidad (Tabla 11) sobre los datos obtenidos en las subescalas del Inventario de Burnout (MBI) y en la escala de fatiga por compasión ProQOL- V con el objetivo de definir si se utilizaban o no pruebas paramétricas en el siguiente cálculo correlacional.

Prueba de normalidad para las subescalas de burnout (MBI) y fatiga por compasión ProQOL- V):

Como se puede observar (Tabla 11) en la prueba de normalidad las subescalas que cumplen el parámetro son la de cansancio emocional, realización personal y estrés traumático secundario. Como el resto de las variables no cumplen con el parámetro, se procedió a aplicar en el cálculo de la correlación lineal la prueba no paramétrica de Rho Spearman.

Tabla 11.

Prueba de normalidad Kolmorov- Smirnov y Shapiro- Wilk en las subescalas de burnout y fatiga por compasión

		Subescalas del MBI y ProQOL- V				
		C. Emocio	Desp	R. Person	S. Comp	ETS
Kolmorov- Smirnov						
	Estadístic.	.136	.174	.123	.197	.124
	Sign.	.026	< .001	.065	< .001	.062
Shapiro- Wilk						
	Estadístic.	.958	.880	.972	.815	.945
	Sign.	.084	< .001	.304	< .001	.024

Al aplicar la prueba de Rho Spearman obtuvimos las siguientes correlaciones entre las subescalas de cansancio emocional, despersonalización, realización personal, estrés traumático secundario y satisfacción por compasión y, las variables profesionales recogidas con el cuestionario elaborado ad hoc.

3.2.1. Relación entre las subescalas de burnout y fatiga por compasión con las variables sociodemográficas

Ninguna de las correlaciones de las subescalas de burnout y fatiga por compasión con las variables sociodemográficas resultó significativa (Tabla 12). En cuanto a las tendencias, hay que destacar que la edad muestra una tendencia negativa con todas las subescalas salvo con la realización personal ($r=.041$) En cuanto al régimen laboral, solo se encuentra una tendencia positiva en realización personal ($r=.232$) y satisfacción por compasión ($r= .190$) La formación muestra una tendencia negativa en la realización personal ($r=-.051$).

Tabla 12.

Correlaciones de Spearman de las variables sociodemográficas y las subescalas de burnout y fatiga por compasión

	Subescalas de Burnout (MBI)			Subescalas Fatiga por Compasión (ProQOL-V)	
Vs. Sociodemográficas					
	C. Emoción	Desperson	R. Personal	ETS*	S.Comp
Sexo	.228	-.014	.119	.119	-.014
Edad	-.310	-.172	.041	-.038	-.191
R. Laboral	-.121	-.133	.232	-.024	.190
Formación	.217	.212	-.051	.096	.213
Población	-.005	.017	.329	-.006	.114

ETS*: estrés traumático secundario

3.2.2. Relación entre subescalas de cansancio emocional, despersonalización y estrés traumático secundario con las variables profesionales desfavorables

Dentro de la subescala de cansancio emocional (Tabla 13) se encontró que las variables, pacientes atendidos al día, pacientes atendidos a la semana, nivel de telepresión y tareas distintas a la práctica clínica, tenían una tendencia positiva. Las variables que obtuvieron una correlación significativa con la subescala de cansancio emocional fueron las variables: número de pacientes atendidos al día ($r=.413$) y nivel de telepresión ($r= .078$).

Con respecto a la subescala de despersonalización (Tabla 13), se encontró que las variables de número de pacientes atendidos al día y el nivel de telepresión tenían una tendencia positiva. Las variables número de pacientes atendidos a la semana y horas de tareas destinadas a otras actividades distintas a la práctica clínica, tenían una tendencia negativa. La variable que obtuvo una correlación significativa es la de telepresión ($r= 0.333$)

Las variables que también tenían una tendencia positiva con el estrés traumático secundario (Tabla 13) fueron el número de pacientes atendidos al día, número de pacientes atendidos a la semana y el número de horas dedicado al día para tareas distintas a la práctica clínica.

Tabla 13.

Correlaciones de Spearman de las variables profesionales desfavorables y las subescalas de cansancio emocional, despersonalización y estrés traumático secundario.

Variables profesionales desfavorables	Subescalas		
	C.Emo	Desp	ETS
Pacientes/día	.413**	.171	.086
Pacientes/semana	.142	-.82	.049
N. Telepresión	.456**	.333*	.375**
Tareas distintas a la clínica	.059	-.025	.123

*La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral)

**La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral)

3.2.3. Relación entre subescalas de cansancio emocional, despersonalización y estrés traumático secundario con las variables profesionales favorables

Las correlaciones de la subescala de cansancio emocional (Tabla 14) con las variables profesionales favorables en las condiciones laborales, resultaron en su mayoría con una tendencia positiva. Las variables que resultaron con una tendencia negativa fueron la medida de tiempo de descanso entre pacientes ($r=-.116$) y contar con un espacio fijo para atender a los pacientes ($r=-.078$). Ninguna de las puntuaciones de estas variables resultó significativa con la subescala de cansancio emocional.

Todas las variables señaladas anteriormente (Tabla 14) resultaron tener una tendencia correlacional negativa con la subescala de despersonalización y, tampoco ninguna resultó tener una relación significativa.

Por último, la subescala de estrés traumático secundario (Tabla 14) con respecto a este grupo de variables obtuvo una tendencia positiva con todas las variables a excepción de la variable de tiempo de descanso entre los pacientes ($r=-.021$) y tener un lugar fijo para atender a los pacientes ($r=-.330$).

Tabla 14.

Correlaciones Spearman de las variables profesionales favorables con las subescalas de cansancio emocional, despersonalización y estrés traumático secundario

Variables Profesionales Favorables	Subescalas		
	C.Emo	Desp	ETS*
Horas supervisión/semana	.052	-.099	.228
Antigüedad en la profesión	.066	-.115	.008
Antigüedad en el centro de trabajo	.000	-.131	.042
Tiempo de descanso entre pacientes	-.116	-.142	-.021
Espacio fijo en el que atender	-.078	-.283	-.330
Claridad en las directrices	.226	-.276	.234

*ETS: Estrés Traumático Secundario

3.2.4. Relación entre las subescalas de realización personal y satisfacción por compasión con las variables profesionales favorables

Respecto a las subescalas de realización personal y satisfacción por compasión (Tabla 15) se encontraron correlaciones significativas y positivas de ambas con la variable que medía si los psicólogos tenían un espacio fijo para atender a los pacientes con una correlación de $r = .343$ y $r = .399$ respectivamente.

Por otra parte, la realización personal (Tabla 15) obtuvo puntuaciones con una tendencia positiva en las variables de años de antigüedad tanto en la profesión ($r = .137$) como en los años trabajando en el centro actual ($r = .028$). En esta misma subescala se encontraron tendencias negativas con las puntuaciones de las variables horas de supervisión de casos clínicos ($r = -.075$) y el nivel de formación ($r = -.051$) de los psicólogos encuestados. En la subescala de satisfacción por compasión (Tabla 15) se encontraron tendencias positivas con las puntuaciones de las variables de horas de supervisión de casos clínicos ($r = .137$) y el nivel de formación ($r = .213$) de los psicólogos de la muestra. Finalmente, las puntuaciones de la subescala de satisfacción por compasión mostraron tener una tendencia negativa con las puntuaciones de las variables de años de antigüedad en la profesión ($r = -.097$) y años de antigüedad en el centro de trabajo actual ($r = -.125$) (Tabla 15).

Tabla 15.

Correlaciones de Spearman de las variables profesionales favorables y las subescalas de realización personal y satisfacción por compasión

Vs. Profesionales Favorables	Subescalas	
	R.Per	S.Comp
Espacio fijo de trabajo	.343*	.399**
Horas supervisión/semana	-.075	.137
Años de antigüedad en la profesión	.137	-.097
Años de antigüedad en el centro de trabajo	.028	-.125
Tiempo de descanso entre pacientes	.025	-.193
Claridad en las directrices	.210	.185
Nivel de formación	-.051	.213

*La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral)

**La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral)

3.2.5. Relación entre las subescalas de cansancio emocional y despersonalización con la subescala de estrés traumático secundario.

En cuanto a las correlaciones encontradas entre las distintas subescalas del MBI y del ProQOL-V, se encontraron correlaciones significativas positivas entre cansancio emocional y despersonalización con la subescala de estrés traumático secundario (Tabla 16) con puntuaciones de $r=.618$ y $r=.440$ respectivamente. La correlación de despersonalización y estrés traumático secundario resultó, según los baremos de estimación de Spearman, moderada y, la del cansancio emocional con el estrés traumático secundario, buena.

Tabla 16.

Correlación de Spearman de las subescalas de cansancio emocional y despersonalización con estrés traumático secundario.

	Subescalas de Burnout	
	C. Emocional	Despersonalización
Subescala ProQOL- V		
Estrés Traumático Secundario	.618**	.440**

**La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral)

3.2.6. Relación entre las subescalas de realización personal y satisfacción por compasión.

La correlación entre las subescalas de realización personal y satisfacción por compasión (Tabla 17) resultó significativa y positiva con una puntuación de $r = .492$ (Tabla 17).

Tabla 17.

Correlación de Spearman en las subescalas de realización personal y satisfacción por compasión.

	Subescala MBI
	Realización personal
Subescala ProQOL- V	
Satisfacción por Compasión	.492**

**La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral)

3.2.7. Relación entre las subescalas de realización personal y satisfacción por compasión con las subescalas de cansancio emocional, despersonalización y estrés traumático secundario.

La subescala de realización personal presentó una tendencia negativa con las subescalas de cansancio emocional ($r = -.239$) y despersonalización ($r = -.400$) (Tabla 18) y una tendencia positiva con estrés traumático secundario ($r = .230$). La correlación de la subescala de despersonalización con la subescala de realización personal resultó significativa ($r = .400$). Por último, las correlaciones entre la

satisfacción por compasión y las subescalas de cansancio emocional, despersonalización y estrés traumático secundario resultaron tener toda una tendencia negativa, pero ninguna de ellas obtuvo una correlación significativa (Tabla 18).

Tabla 18.

Correlación de Spearman de las subescalas de cansancio emocional y despersonalización con realización personal y satisfacción por compasión.

Subescalas	Subescalas		
	C. Emocional	Despersonalización	ETS
R. Personal	-. 239	-.400**	.230
S. por Compasión	-.238	-. 254	-.200

**La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral)

4. Discusión y Conclusiones

Según el análisis de los resultados obtenidos podemos afirmar que no rechazamos las hipótesis quinta y sexta, ya que se confirman las predicciones planteadas. Por otra parte, el resto de hipótesis no se han confirmado totalmente en su mayoría aunque, parcialmente (sin un nivel de significación en las pruebas) determinadas variables profesionales obtienen la tendencia esperable.

La *primera hipótesis* planteaba encontrar diferencias en la relación de las subescalas de burnout y fatiga por compasión con las variables sociodemográficas de sexo, edad, formación, régimen laboral y población con la que los psicólogos de la muestra trabajan.

Las medidas obtenidas en las diferentes subescalas del MBI y ProQOL-V en *hombres y mujeres* resultan similares, no se ha encontrado ninguna diferencia significativa en sus correlaciones. Todas las medias son mayores en las mujeres salvo en despersonalización y estrés traumático secundario. Maslach (2009) afirma que la variable demográfica de sexo no ha sido un predictor sólido de burnout y que la única pequeña, pero consistente diferencia, es que los hombres tienen una puntuación ligeramente más alta en la subescala de despersonalización y las mujeres en cansancio emocional. Esta observación coincide con los resultados obtenidos en nuestro estudio y con aquellas investigaciones que concluyen que no hay

unanimidad en su influencia (Thomas, 2004; Pirelli et al., 2020). Sin embargo, la ausencia de hallazgos significativos en el presente estudio no coincide con lo encontrado en otras investigaciones sobre una perspectiva y vivencia diferente entre hombres y mujeres (Rupert y Morgan, 2005).

Con respecto a la *edad*, tampoco se han encontrado en los datos diferencias relevantes. Se observó, una tendencia negativa en todas las subescalas, salvo en la de realización personal que podría deberse a que la mayor edad va acompañada de una mayor experiencia laboral, mayor control, seguridad y una toma de decisiones más efectiva (Pirelli et al., 2020). Los profesionales más jóvenes tienden a tener mayores niveles de burnout que aquellos de más de 30 o 40 años (Maslach, 2009). En general una menor edad implica menos experiencia y menos antigüedad, lo que conlleva mayor riesgo de padecer burnout (Maslach, 2009). Los datos estadísticos obtenidos en el presente estudio son coincidentes con Maslach (2009).

Sin embargo, en el presente estudio, una mayor edad implica una menor puntuación en la satisfacción por compasión, aunque no significativa. Estos hallazgos encontrados no coinciden con lo revisado en la literatura (Berger et al, 2015; Sprang y Whitt- Woosley, 2007). Quizá tenga alguna relación la experiencia y las expectativas del profesional, siendo más realistas o, por el contrario, menos ambiciosas. Algunos autores hablan de dos perfiles de personas agotadas (Leiter y Maslach, 2006; Rodriguez et al., 2008) entre las que estaría inicialmente, con una duración aproximada de seis meses, el trabajador con altas expectativas y muy motivado por sus ideales y, en un segundo perfil relacionado con la profundización y el conocimiento de las experiencias profesionales, la desmotivación y la frustración que surge a largo plazo.

El nivel de *formación* tampoco ha resultado un dato relevante, a pesar de que, inicialmente, se planteaba como una variable protectora ya que como se ha indicado anteriormente con la experiencia, el mayor nivel de formación también implica más conocimientos y más seguridad en la toma de decisiones, lo que beneficia al área de control en el ámbito laboral (Johnson et al., 2016). Sin embargo, la tendencia negativa presentada en la variable de realización personal puede implicar un déficit en el área de reconocimiento y recompensa, lo que podría explicar esa tendencia. Aunque no haya resultado una variable significativa, si cabe señalar que la media obtenida en las subescalas de cansancio emocional y despersonalización, en los profesionales con formación de doctorado, presentaban el resultado más elevado. Algunos autores (Schaufeli y Buunk, 2003; Edelwich y Brodsky, 1980) señalan que el burnout es el resultado de la discrepancia entre expectativas y los ideales individuales, describiéndolo como un proceso de desilusión o desencanto. Las expectativas laborales parecen ser factores significativos ya que,

si hay un desajuste en éstas, puede influir parcialmente en las consecuencias laborales negativas (Moreno-Jiménez et al., 2009).

El *régimen laboral* no ha resultado tampoco significativo, sí hay una tendencia mayor en aquellos que combinan ambos regímenes con unos mayores niveles de cansancio emocional, ya que sustentan las cargas negativas de ambas modalidades: menor autonomía en sus contratos por cuenta ajena y, más carga laboral por parte de la labor de autónomos. Los autónomos han obtenido mejores puntuaciones en realización personal en el presente estudio. Esto es coherente con lo encontrado en la literatura, porque si bien, los autónomos tienen más tareas que realizar fuera de la práctica clínica, también tienen mayor libertad en sus actuaciones y decisiones lo que implica mejores resultados en sus índices de burnout (Rupert y Morgan, 2005) y esto beneficia al área de autonomía.

Tampoco ha resultado significativa la diferencia entre puntuaciones obtenidas de los psicólogos encuestados en cuanto a las diferentes áreas de *población con la que trabajan*. En relación con las tendencias en las subescalas de burnout, los psicólogos que atienden en el área de familia y parejas son los que han obtenido puntuaciones más altas en la subescala de cansancio emocional. En la subescala de despersonalización son los psicólogos que trabajan con población adulta, los que han obtenido la puntuación media más alta, sin embargo, son los profesionales que atienden a la población general los que obtienen mayores puntuaciones medias en realización personal. Por su parte, en las subescalas de fatiga por compasión la puntuación más alta en estrés traumático secundario, son de nuevo los terapeutas que abarcan el área de familia y pareja los que puntúan con una media mayor y los profesionales que atienden a la población general, los que se encuentran más satisfechos. En cualquier caso, en ninguna de las correlaciones se han obtenido puntuaciones significativas como para realizar conclusiones más sólidas.

En la muestra no hay ningún sujeto del área de emergencias, habría sido interesante poder contar con una representación de un área especialmente vulnerable para sufrir tanto burnout como fatiga por compasión. Como se señaló en la introducción de este trabajo, aunque en todas las áreas pueden encontrarse problemas de carácter traumático parece que trabajar con población particularmente vulnerable implica un factor de riesgo para sufrir fatiga por compasión (Pirelli et al., 2020). La naturaleza disfuncional de ciertas relaciones terapéuticas también parece un factor importante a tener en consideración (Dattilio, 2015; Dehlin y Lundh, 2018). Es posible, que hubiera sido más acertado, de cara a próximas investigaciones, encontrar alguna manera de medir la frecuencia del contacto con ciertos trastornos o perfiles psicológicos de los pacientes, que la literatura señala como factores de riesgo tanto

para el burnout como para la fatiga por compasión (Dattilio, 2015), sin perjuicio de afirmar que hay áreas donde el riesgo y la exposición a estos perfiles sea mayor (Pirelli et al., 2020).

Con respecto a la *segunda hipótesis* se esperaba encontrar puntuaciones mayores en las subescalas de burnout y fatiga por compasión en relación con las variables que implican condiciones laborales más desfavorables. Esto es que, a mayor número de pacientes que atender al día y a la semana, un mayor nivel de telepresión y un mayor tiempo dedicado a tareas distintas a la práctica clínica, conllevaría puntuaciones más altas en las subescalas de cansancio emocional, despersonalización y estrés traumático secundario.

Los resultados indican que la variable de *telepresión* influye significativamente con las tres subescalas y esta correlación es positiva. Por lo tanto, la necesidad y urgencia de los psicólogos de la muestra a la hora de contestar e-mails o mensajes de los usuarios, compañeros o jefes, influye de forma positiva en los niveles de las subescalas de cansancio emocional, despersonalización y estrés traumático secundario. Estos resultados resultaron coherentes con lo encontrado en la literatura ya que el nivel de telepresión interfiere en los resultados relacionados con el nivel de estrés (Barber y Santuzzi, 2015)

Del mismo modo, *el número de pacientes al día* ha resultado significativo con el cansancio emocional, pero no con la despersonalización ni con el nivel de estrés traumático secundario. Tener un mayor número de pacientes al día incrementa la carga laboral que constituye el área de más peso si se produce un desequilibrio como señala el Modelo de Áreas de Vida Laboral (Leiter y Maslach, 2004). Sin embargo, tener un mayor contacto con los pacientes también constituye un mayor riesgo para el nivel de fatiga por compasión, ya que, a mayor número de pacientes, mayor será la posibilidad de tener relaciones terapéuticas disfuncionales y el contacto con el trauma de éstos (Pirelli et al., 2020). En este caso no ha resultado significativo, aunque si ha mostrado una tendencia positiva.

Sin embargo, no ha resultado significativo *el número de pacientes atendidos a la semana*, lo que lleva a pensar que el número de pacientes influye, pero en función de su distribución a lo largo de la semana, es decir, que tener un día muchos pacientes y otro día menos es más negativo que tener dos días equilibrados con un número aproximado de pacientes. Esto también puede llevar a preguntarse cuál es el número más adecuado de pacientes que puede atender un psicólogo al día optimizando la eficacia de la terapia y el bienestar del profesional.

La *tercera hipótesis* que se planteó esperaba que hubiera una relación negativa entre las variables profesionales consideradas más favorables en la práctica profesional de los psicólogos, con las subescalas de cansancio emocional, despersonalización y estrés traumático secundario.

No se obtuvo ninguna medida significativa entre las variables propuestas y las subescalas planteadas. En cuanto a la tendencia de estas variables, sólo se encuentra una tendencia negativa en el *tiempo de descanso entre los pacientes atendidos*, es decir, si parece que beneficia a los psicólogos tener un cierto tiempo de descanso para poder regular el cansancio, la despersonalización y el estrés traumático secundario. Esto es coherente con los resultados encontrados en la hipótesis anterior respecto al número de pacientes, si el hecho de tener un mayor número de pacientes incide negativamente con el agotamiento y con la fatiga, el hecho de no tener un tiempo de desconexión entre los pacientes atendidos incrementa aún más el estado de desbordamiento de los profesionales. No hemos encontrado nada en la literatura sobre esta variable concreta como se ha señalado en la introducción.

La *antigüedad en el centro de trabajo*, sin embargo, muestra una tendencia nula con la subescala de cansancio emocional. Esto, probablemente se deba a la alta dispersión encontrada en los datos y la baja representación en la muestra de los diferentes rangos propuestos. Si nos fijamos en las tendencias del resto de las subescalas, no resultan coincidentes con la hipótesis propuesta, puesto que a mayor antigüedad en el centro de trabajo mayor es el estrés traumático secundario y menor la satisfacción por compasión. Es decir, estos resultados indican que la fatiga por compasión se ve incrementada a medida que lo hace la antigüedad en el centro de trabajo. Si bien es cierto que estas tendencias no han resultado significativas, no hemos encontrado nada en la literatura que corrobore estos resultados con otros estudios. De hecho, los años de experiencia constituyen un factor protector que conlleva un desarrollo de la resiliencia frente al desarrollo de una empatía desadaptativa con los pacientes (Pirelli et al., 2020).

Llama la atención la tendencia positiva de la *supervisión de caso clínicos* con el cansancio emocional y el estrés traumático secundario. Ya que partíamos de que esta variable era muy importante para abordar las experiencias emocionales del clínico en relación con los pacientes y que, además, se trata en muchos tipos de psicoterapia (Dehlyn y Lundh, 2018). Quizás esta tendencia pueda deberse a que el tiempo de supervisión en algunos casos pueda constituir un factor de agotamiento en la práctica profesional. En su relación positiva con el estrés traumático secundario se puede hipotetizar que, comentar aquellos casos que influye al psicólogo emocionalmente, no le ayuda a resolver el malestar, sino que, por el contrario, lo incrementa. Esto podría abrir otro estudio sobre las características efectivas de la supervisión de casos clínicos con otros colegas de profesión, que a priori, solo barajábamos como

beneficiosa. Linley y Joseph (2007) encontraron en sus estudios que los terapeutas que tenían una supervisión formal informaban de un mayor crecimiento personal que los que no tenían supervisión, sin embargo, no encontraron diferencias significativas. Otras investigaciones, sin embargo, si han comprobado que la calidad percibida de la supervisión clínica se asocia con un menor cansancio emocional (Knudsen et al., 2008; Knudsen et al., 2013).

La *cuarta hipótesis* se planteó para explorar que, igual que hay variables que pueden influir incrementando directamente los niveles de las subescalas más negativas, hay variables que pueden beneficiar positivamente, con su presencia, los niveles de las subescalas más positivas y protectoras en los niveles de burnout y fatiga por compasión. Así, en esta hipótesis se planteaba que tener un espacio fijo en el que atender a los pacientes, mayor número de horas de supervisión de casos clínicos, una mayor antigüedad y una mejor formación tendría una influencia positiva para obtener una mayor realización personal y satisfacción por compasión.

La única variable que obtuvo un resultado significativo y positivo fue la variable relativa al hecho de contar con un *espacio fijo de atención a los pacientes*, coincidiendo con la hipótesis planteada. Es decir, el hecho de mantener un espacio fijo para poder atender a los pacientes influye en el bienestar de los profesionales de forma significativa en los niveles de realización personal y satisfacción por compasión. Aunque no se ha encontrado información concreta sobre esta variable en la literatura revisada, si podemos considerar que puede tener relación con la consideración del profesional y su labor. De esta forma, es posible que esta variable pueda influir en las áreas de recompensa, comunidad y equidad planteadas en el Modelo de Áreas de Vida Laboral, manteniendo un equilibrio, si es favorable, con el reconocimiento a la labor del profesional y la importancia de ésta sin devaluarla en comparación a otros profesionales con los que interactuar en el entorno, manteniendo un ambiente laboral positivo (Rodríguez et al., 2011).

El resto de las condiciones laborales no tuvieron mucha homogeneidad en los resultados. La variable de *tiempo de supervisión de casos* no resultó significativa para mejorar la realización personal y la satisfacción por compasión de los psicólogos de la muestra y además la tendencia con la realización personal resultó negativa. La interpretación de estos resultados inesperados en esta variable se ha comentado anteriormente.

Los *años de antigüedad en la profesión* si parecen tener un beneficio en la realización personal pero no en la satisfacción por compasión dada su tendencia negativa en los resultados obtenidos. Aquí se

puede plantear si la motivación e iniciativa de los psicólogos disminuye con los años. Su experiencia, sin embargo, beneficia la toma de decisiones con más claridad, celeridad y acierto que los psicólogos más inexpertos. La experiencia también puede beneficiar en una toma de distancia adaptativa y efectiva con los pacientes y con un mejor manejo de la relación con el paciente mejorando la satisfacción por compasión y previniendo una posible fatiga por compasión (Brovko y Foote, 2011). Por otra parte, también es posible que quizás haya una diferencia en las expectativas con los pacientes y la percepción de la necesidad de ayudar y poder hacerlo mucho más adaptativa.

La *formación* que se había planteado como una variable protectora junto con la experiencia, tienen una tendencia negativa con la realización personal. Esto quizás tenga que ver con el área de reconocimiento y la posible insatisfacción por una falta de reconocimiento que la formación profesional debería tener según la percepción de los encuestados. Sin embargo, si se encontró una tendencia positiva con la satisfacción por compasión, aunque no significativa. Ya en 2007, Linley y Joseph encontraron que aquellos profesionales con formación y conocimientos concretos sobre trauma obtienen mejores puntuaciones en la satisfacción por compasión.

En cuanto a cómo se relacionan las propias subescalas de burnout y fatiga por compasión, planteado en las tres últimas hipótesis, la *quinta hipótesis* planteaba encontrar una correlación positiva y significativa entre las subescalas de cansancio emocional y despersonalización con la subescala de estrés traumático secundario. En este caso, los resultados obtenidos en la muestra de psicólogos encuestados apoyan este planteamiento, puesto que se puede observar una tendencia positiva y significativa en su relación.

Aquí lo importante sería saber qué se da primero en esa relación del burnout con la fatiga por compasión. Tiene más lógica, por la propia definición del constructo que la fatiga por compasión lleve a incrementar los niveles de burnout, ya que la primera es más específica de los eventos en la propia terapia y la relación con el paciente y, la segunda tiene más que ver con el entorno y los desajustes de las áreas laborales como planteábamos inicialmente en el proceso de selección de variables profesionales a estudiar. El burnout se diferencia de la fatiga por compasión en que puede surgir del estrés laboral que no sea el resultado de la exposición a la angustia de otros (Beck, 2011; Figley, 2002a; Sorenson et al., 2017). Sin embargo, el estrés provocado por una relación terapéutica inadecuada que produzca fatiga por compasión lleve a extender su malestar a la percepción negativa del resto del entorno, produciendo un mayor malestar que se experimenta en cansancio emocional y despersonalización, máxime si las variables

del entorno profesional no resultan beneficiosas. El desarrollo de burnout es gradual, pero la fatiga por compasión puede surgir gradual o rápidamente (Pirelli et al., 2020)

En la *sexta hipótesis* planteaba encontrar una relación positiva entre la realización personal y la satisfacción por compasión. En este caso, los resultados obtenidos no rechazan la hipótesis ya que se ha dado una correlación positiva y significativa entre ambas subescalas. La satisfacción por brindar ayuda y apoyo como cualidad inherente a los profesionales de la psicología y otros profesionales que imparten cuidado a los otros está relacionada con el sentimiento de realización profesional y personal.

En la *última hipótesis* planteada se esperaba encontrar una relación negativa entre los niveles de cansancio emocional, despersonalización y estrés traumático secundario y las subescalas planteadas como protectoras, realización personal y satisfacción por compasión. Los resultados apoyan este planteamiento, a excepción de la relación entre las subescalas de realización personal y estrés traumático secundario que han resultado con una tendencia positiva. Habría que indagar, no obstante, sobre esta tendencia positiva. Quizás responda a la normalización del profesional a padecer este estrés como propio de la relación terapéutica y propio, por tanto, de la “misión” profesional. Para ello habría que explorar qué variable se da antes. De acuerdo con la posibilidad de habituarse al estrés traumático secundario, éste tendría que darse previamente y reportar después un bienestar por el trabajo bien hecho, constituyendo así una paradoja en el profesional.

Respecto a las limitaciones del presente estudio podemos destacar que el hecho de que sea un estudio transversal implica que las medidas obtenidas responden a un momento concreto de la muestra. El tamaño pequeño de la muestra conlleva que podría estar sesgada y, por lo tanto, poco representativa de la población y disminuyendo la potencia de las pruebas aplicadas y aumentando la posibilidad de que no se detecte el efecto de algunas de las variables de forma más precisa. Por otra parte, los datos no conforman con las pruebas de normalidad y como tal, no se ha podido hacer un análisis estadístico paramétrico como el análisis de varianza. Otra limitación implica la gran complejidad en el manejo de las conclusiones con la cantidad de variables planteadas y con una posible interdependencia entre ellas.

Otra limitación la constituye la complejidad en la definición del constructo de fatiga por compasión que ha acompañado durante toda la investigación ya que, aunque se ha intentado simplificar, es preciso siempre relacionarlo con las variables mediadoras o moduladoras que son inherentes a dicho constructo, incrementando la dificultad a la hora de sacar conclusiones y plantear nuevas hipótesis.

Los resultados de las propias hipótesis plantean hipótesis nuevas que deberán esclarecerse en estudios futuros más meticulosos de las variables concretas sobre los niveles de burnout y fatiga por compasión. Tras la revisión de todas las hipótesis planteadas, podemos concluir que las variables profesionales más desfavorables con significación en alguna de las subescalas de burnout y fatiga por compasión son el número de pacientes atendidos al día y la telepresión. La variable profesional favorable que ha obtenido resultados significativos implica el hecho de que los psicólogos tengan un espacio fijo para atender a sus pacientes. Las tendencias que muestran las variables profesionales pueden servir de guía para el diseño de esos futuros estudios ya que éstas si han resultado en algunos casos nada esperables como la supervisión de casos clínicos y otras que pueden plantear un número elevado de nuevas hipótesis.

Finalmente, quería terminar realizando una reflexión. En la literatura revisada (Beaumont et al., 2016; Barse et al., 2013; Dattilio, 2015; Pirelli et al., 2020) se expone la paradoja de que los psicólogos muestran ciertas resistencias a buscar ayuda psicológica por diferentes motivos: estigma social, autocrítica a la competencia profesional, reputación, publicidad negativa, negación personal del problema, etc. Los pacientes y, la sociedad en general, tienden a idealizar a los psicólogos (aunque cada vez menos, también hay mucho escepticismo) y sus competencias en el manejo personal de todos los procesos psicológicos y emocionales. Pero los psicólogos también tenemos limitaciones, también cometemos errores de percepción y comunicación con nuestro entorno y, nos afecta también las diferentes vivencias de nuestra vida personal; nos pueden desbordar las emociones, podemos sentir ansiedad y tener conflictos interpersonales. En definitiva, también somos humanos. Sería interesante realizar una reflexión y permitirnos exponer nuestras limitaciones, nuestro malestar y nuestros errores. Solo desde ahí podremos seguir creciendo. La relación con colegas de profesión constituye un privilegio. Aprovechemos este escenario y permitámonos pedir ayuda y apoyo para vivir un poco más libres y desarrollar con mayor eficacia, tanto para nuestros pacientes como para nosotros profesionales, esta labor tan privilegiada y en ocasiones solitaria, pero a la vista, tan satisfactoria.

5. REFERENCIAS

- Atance Martinez, J:C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Experiencia Salud Pública*, 71(3), 293- 303
- Bakker, A.B. y Demerouti, E (2007). El modelo de recursos y demandas laborales: estado del Arte. *Journal of Managerial Psychology*, 22(2), 309- 328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bakker, A.B. y Demerouti, E (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Journal of work and Organizational Psychology*, 29 (3), 107- 115. <https://doi.org/10.5093/tr2013a16>
- Barber, LK y Santuzzi, AM (2015). Responda lo antes posible: telepresión en el lugar de trabajo y recuperación de los empleados. *Revista de Psicología de la Salud Ocupacional*, 20 (2), 172–189. <https://doi.org/10.1037/a0038278>
- Barr, P. (2017). Fatiga por compasión y satisfacción por compasión en enfermeras de unidades de cuidados intensivos neonatales: relaciones con el estrés laboral y el apoyo social percibido. *Traumatología* , 23 (2), 214. <http://dx.doi.org/10.1037/trm0000115>
- Bearse, J.L.; McMinn, M:R.; Seegobin, W. y Free, K..(20113). Barreras para los psicólogos que buscan atención de salud mental. *Psicología profesional: Investigación y práctica*, 44(3), 150- 157. <http://dx.doi.org/10.1037/a0031182>
- Beaumont, E.; Durkin, M.; Hollins Martin, C.J. y Carson, J. (2016). Medición de las relaciones entre la autocompasión, la fatiga por compasión, el agotamiento y el bienestar en los estudiantes consejeros y estudiantes psicoterapeutas cognitivo- conductuales: una encuesta cuantitativa. *Conselling & Psychotherapy Rsearch*, 16, 15-23. <http://dx.doi.org/10.1002/capr.12054>
- Beck, C.T (2011). Estrés traumático secundario en enfermeras: Una revisión sistemática. *Archives of Psychiatric nursing*, 25, pp.1-10.
- Beck, C. T y Gable, R. K. (2012). A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and labor and delivery nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(6), 747-760. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01386.x>
- Berger, J; Polivka, B; Smoot, E.A y Oxens, H. (2015). Fatiga por compasión en enfermeras pediátricas. *Jornual of Pediatric Nursing*, 30, e11- e17. doi:10.1016/j.pendn.2015.02.005
- Branson, D. (2019). Trauma Vicario, temas en la investigación y terminología: Una revisión de la literatura. *Traumatology*, 25, 2-10. <http://dx.doi.org/10.1037/trm0000161>

- Bride, B.E; Radey, M y Figley, C.R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, pp. 155-163.
- Brovko, J.M. y Foote, W.E.(2011). Traumatización Vicaria: ¿Son los psicólogos forenses vulnerables a la exposición al trauma?. Presentado en la 42ª Conferencia Anual de la Sociedad Americana de Psicología y Derecho. Miami
- Campos, J. F., Cardona, J., Bolaños, I., y Cuartero, M. E. (2015). La Fatiga por Compasión en la Práctica de la Mediación Familiar: Hipótesis para una investigación. En *Voces del X Congreso Mundial de Mediación. Un camino hacia la cultura de la paz y la cohesión social*. Zona
- Carrillo- Esper, R.; Gómez Hernández, K. y Espinosa de los Monteros, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de Mexico*, 28(6), 579- 584
- Cavanagh, N., Cockett, G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J. R., ... y Doig, C. J. (2020). Fatiga por compasión en los proveedores de atención médica: una revisión sistemática y un metaanálisis. *Ética de enfermería*, 27(3), 639-665.
- Coetzee, SK y Klopper, HC (2010). Fatiga por compasión en la práctica de enfermería: un análisis de concepto. *Enfermería y ciencias de la salud* , 12 (2), 235-243. de concepto. *Enfermería y ciencias de la salud* , 12 (2), 235-243.
- Dattilio, F.M. (2015). El autocuidado de los psicólogos y profesionales de la salud mental: Una revisión y guía para el profesional. *Australian Psychologist*, 50, 393-399. <https://doi.org/10.1111/ap.12157>
- Dehlin, M., y Lundh, L. G. (2018). Compassion fatigue and compassion satisfaction among psychologists: Can supervision and a reflective stance be of help?. *Journal for Person-Oriented Research*, 4(2), 95. <https://doi.org/10.17505/jpor.2018.09>
- Domínguez-Gómez, E. y Rutledge, DN (2009). Prevalencia de estrés traumático secundario entre enfermeras de urgencias. *Revista de Enfermería de Emergencia*, 35 (3), 199-204.
- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Etapas de desilusión en las profesiones de ayuda* (Vol. 1). Nueva York: Prensa de Ciencias Humanas.
- Elliot, K.A y Daley,D. (2013). Estrés, afrontamiento y bienestar psicológico entre los profesionales de la salud forense. *Australian Psychologist*, 18(2), 393- 399. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8333.2012.02045>
- Figley, CR. (1995). *Fatiga de la compasión: hacia una nueva comprensión de los costos del cuidado*.

- Figley, CR. (2002a). Tratamiento de la fatiga por compasión. Routledge.
- Figley, C. R. (2002b). Fatiga por compasión: la falta crónica de autocuidado de los psicoterapeutas. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433-1441. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.
- Giusti, E. M., Pedroli, E., D'Aniello, G. E., Stramba Badiale, C., Pietrabissa, G., Manna, C., ... y Molinari, E. (2020). The psychological impact of the COVID-19 outbreak on health professionals: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 11, 1684.
- Hatcher, R. y Noakes, S. (2010). Trabajando con delincuentes sexuales: El impacto en los proveedores de tratamiento australiano. *Psychology Crime & Law*, 16, 145- 167. <http://dx.doi.org/10.1080/10683160802622030>
- Johnson, H. , Worthington, R. , Gredecki, N. y Wilks-Riley, FR (2016). La relación entre la confianza en los compañeros de trabajo, el impacto de las violaciones de límites y el agotamiento entre el personal de un servicio psiquiátrico forense. *The Journal de práctica forense* , 18(1), 64-75.
- Juárez-García, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia Covid-19 un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS*, 52(4), 432–439. <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>
- Knudsen, H.K.;Ducharme, L.J. y Roman,P.M. (2008). La supervisión clínica, el agotamiento emocional y la intención de cambio: A study of substance abuse treatment counselors in NIDA's-ckuucak -truaks Betwirj. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35,387- 395
- Knudsen, H.K.,Roman,P.M. y Abraham, A.J. (2013). La calidad de la supervisión clínica y el agotamiento emocional del consejero: El potencial papel mediador del compromiso organizacional y ocupacional. *Journal of Substance Abuse Treat- ment*, 44(5), 528- 533. Doi: 10.1016/j.jsat.2012.12.003
- Komachi, MH, Kamibeppu, K., Nishi, D. y Matsuoka, Y. (2012). Estrés traumático secundario y factores asociados entre enfermeras japonesas que trabajan en hospitales. *Revista internacional de práctica de enfermería*, 18 (2), 155-163.
- Kotera, Y., Maxwell-Jones, R., Edwards, AM y Knutton, N. (2021). Burnout en psicoterapeutas

- profesionales: relaciones con la autocompasión, el equilibrio entre el trabajo y la vida y la telepresión. *Revista internacional de investigación ambiental y salud pública*, 18 (10), 5308.
- Leiter, M.P.; Maslach, C. (2000). Burnout and health. In: Baum A, Revenson T, Singer J, eds. *Handbook of health psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. p. 415-426.
- Leiter MP, Maslach C. (2004) Áreas de la vida laboral: un enfoque estructurado para los predictores organizacionales del agotamiento laboral En: Perrewe PL, Ganster DC. (editores). *Investigación en estrés y bienestar ocupacional*, vol. 3 Oxford: Elsevier:91-134.
- Leiter, MP y Maslach, C. (2005). *Desterrar el agotamiento: seis estrategias para mejorar su relación con el trabajo*. John Wiley & Sons.
- Leiter, MP y Maslach, C. (2006). Burnout as a function of career crises: distinct challenges for Italian physicians. Comunicación presentada al XXVI International Congress of Applied Psychology, 2006 Jul 16- 21, Athens, Greece
- Linley, P.A. y Joseph, S. (2007). El trabajo terapéutico y el bienestar positivo y negativo de los terapeutas. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 26(3), 385- 403.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P. Manual, M. B. I. (1986). Consulting psychologists press. Palo Alto, CA.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. y Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Third Edition, Palo Alto, Ca.: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia y trabajo*, 11(32), 37-43.
- Maslach, C. (2017). Encontrar soluciones al problema del burnout. *Revista de consultoría de psicología: práctica e investigación*, 69 (2), 143–152
- Maslach, C; Leiter, M.P (2016). Comprender la experiencia de agotamiento: investigaciones recientes y sus implicaciones para la psiquiatría. *World Psychiatry*, 15, 103-111. y sus implicaciones para la psiquiatría. *World Psychiatry*, 15, 103-111.
- Montero, I; León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol.7, N.3, pp.847-862

- Moreno- Jimenez, B; Meda-Lara, R.M; Morante- Benadero, M.E; Rodríguez- Muñoz, A y Palomera- Chávez, A. (2006). Validez factorial del Inventario de Burnout de psicólogos en una muestra de psicólogos mexicanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol.38, Nº3, pp. 445-456
- Moreno- Jimenez, B; Itzel Villa George, F; Rodriguez Carvajal, R y Villalpando Uribe, J. (2009). Consecuencias positivas y negativas en el trabajo: el rol de las expectativas laborales en el proceso de desgaste profesional. *Ciencia y trabajo* 11(32), 80-84
- Nascimento, C.P; Miranda, V.C; Ferreira, J.B. y Morais, K.C.S (2017). Síndrome de burnout en fisioterapia intensiva. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, Vol.7, N.2, pp. 188- 198
- Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C. y Agha, R. (2020). Las implicaciones socioeconómicas de la pandemia de coronavirus (COVID-19): una revisión. *Revista internacional de cirugía*, 78, 185-193.
- Pereira, A. M. T. B., Moreno-Jiménez, B., Hernández, E. G., y Gutiérrez, J. L. G. (2002). La evaluación específica del síndrome de Burnout en psicólogos: el " inventario de Burnout de psicólogos". *Clínica y salud*, 13(3), 257-283.
- Pirelli, G; Maloney,K y Formon,D.L. (2020). Prevención del trauma vicario (TV), la fatiga por compasión (CF) y el burnout (BO) en salud mental forense: la psicología forense como ejemplo. *Psicología Profesional: investigación y práctica*,51(5), 454.<http://dx.doi.org/10.1037/pro0000293>
- Rodríguez Carvajal, R., Carvajal, R. R., y de Rivas Herмосilla, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 57, 72–88. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500006>
- Rupert, P. A., y Morgan, D. J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 544.
- Rupert, P. A., y Kent, J. S. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 88.
- Sabo, B. (2011). Reflexionando sobre el concepto de fatiga por compasión. *Revista en línea de temas de enfermería* , 16 (1).

- Saborío Morales, L., y Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124.
- Schaufeli, W.B. y Bunnk, B.P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. En: Schabracq, M.J., Winnubst, J.A., Cooper, C.L., eds. *The handbook of work and Health psychology*, 383-428)
- Schnorpfeil, P., Noll, A., Wirtz, P., Schulze, R., Ehlert, U., Frey, K. y Fischer, JE (2002). Evaluación del agotamiento y factores de riesgo relacionados en empleados de la industria manufacturera: un estudio transversal. *Archivos internacionales de salud ocupacional y ambiental*, 75 (8), 535-540.
- Silva, A. A., Nora, M., y Ziebell de Oliveira, M. (2017). La función predictora del síndrome de burnout sobre el turnover en profesionales de enfermería. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 35(3), 433-445.
- Sorenson, C; Bolick, B., Wright, K.; y Hamilton, R. (2017). An evolutionary concept analysis of compassion fatigue. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(5), 557-563. <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12312>
- Sprang, G; Clark, J.J y Whitt- Woosley, A. (2007). Fatiga por compasión, satisfacción por compasión y burnout: Factores que afectan a la calidad de vida de los profesionales. *Journal of Loss and Trauma*, 12(3), 259- 280. Doi: 10.1080/15325020701238093
- Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*, 2nd Ed. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Thomas, NK (2004). Agotamiento de los residentes. *Jama*, 292 (23), 2880-2889.
- Truchot, D., y Deregard, M. (2001). Perceived inequity, communal orientation and burnout: The role of helping models. *Work and Stress*, 15, 347–356.
- Yalom, I.D (2002). *El Don de la Terapia*

6. ANEXO

Estimados Psicólogos:

Mi nombre es Raquel Díaz Joga y soy alumna del Máster de Psicología General Sanitaria de la Universidad Europea de Madrid. Estoy realizando una investigación para mi TFM y solicito vuestra participación. Por medio de este estudio quiero conocer la influencia que determinados factores profesionales pueden tener sobre los niveles de burnout y fatiga por compasión en psicólogos en activo en la práctica clínica.

Los datos resultantes se utilizarán para fines estrictamente académicos y serán tratados de manera confidencial.

Para cualquier duda o sugerencia puedes escribirme a la siguiente dirección:

rdiazjoga@gmail.com

Este formulario tiene 3 partes y necesitas 10- 15 minutos para completarlo. Muchas gracias por tu colaboración.

Por tanto:

Acepto y presto libremente mi conformidad para participar en este estudio (necesario para continuar)

Datos Demográficos del Profesional

Con el objetivo de conocer las características demográficas y el ámbito laboral del profesional de la psicología necesitamos recoger la siguiente información

Sexo

- Masculino
- Femenino
- No binario

Edad

- 25- 30
- 31- 40
- 41- 50
- Mayor de 50

Régimen Laboral

- Cuenta Ajena
- Autónomo
- Autónomo/ Cuenta Ajena

Población con la que trabaja

- Niños y Adolescentes
- Adultos
- Emergencias
- Familia y Parejas
- Población General

Formación

- Licenciado/Graduado
- Postgrado
- Doctorado

Años de antigüedad ejerciendo como psicólogo

- De 0 a 5 años
- De 6 a 12 años
- De 12 a 20 años
- Más de 20 años

Años de antigüedad en el último centro de trabajo

- De 0 a 5 años
- De 6 a 12 años
- De 12 a 20 años
- Más de 20 años

Datos sobre las condiciones y el entorno laboral

Con el objetivo de conocer las condiciones laborales del entorno del profesional, necesitamos recoger la siguiente información

Número de pacientes atendidos al día

- De 1 a 2 pacientes
- De 3 a 5 pacientes
- De 6 a 10 pacientes

Número de pacientes atendidos a la semana

- De 1 a 5 pacientes
- De 6 a 10 pacientes
- De 11 a 15 pacientes
- De 16 a 20 pacientes
- Más de 20 pacientes

Tengo un espacio fijo para atender a mis pacientes

- Nunca
- A Veces
- Siempre

Tiempo de descanso entre pacientes

- No suele haber descanso
- De 5 a 10 minutos
- De 11 a 15 minutos
- Más de 15 minutos

Las directrices del protocolo de atención y actuación y, las de los registros de casos están definidas y claras en mi puesto de trabajo

- Nunca
- A Veces
- Siempre

Horas a la semana dedicadas a la supervisión de casos clínicos

- No hay supervisión de casos
- De 1 a 2 horas
- De 3 a 5 horas
- Más de 5 horas

Me preocupa no responder con celeridad a un mensaje o un e- mail

- Nunca
- A Veces
- Constantemente

Me cuesta concentrarme en otra cosa si tengo pendiente responder a algún mensaje

- Nunca
- A Veces
- Constantemente

Siento una fuerte necesidad de responder a los mensajes inmediatamente

- Nunca
- A Veces
- Constantemente

Tengo dificultades para resistirme a contestar a un mensaje de forma inmediata

- Nunca
- A Veces
- Constantemente

Tiempo diario dedicado a tareas distintas a la consulta clínica (uso de herramientas digitales, registros en base de datos, archivos, programas de redacción, plataforma de terapia on- line, coordinación con otras profesionales, etc.)

- Nada
- De 1 a 3 horas
- Más de 4 horas

Ahora debes responder a cada una de las frases expresando la frecuencia con la que tienes esos sentimientos en tu trabajo, marcando la casilla con el número que consideres más adecuado:

1= nunca

2= alguna vez al año o menos

3= alguna vez al mes o menos

4= una vez a la semana

5= varias veces a la semana

6= diariamente

3. *Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2. *Estoy "consumido" al final de un día de trabajo*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3. *Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto de trabajo.*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

4. *Puedo entender con facilidad lo que sienten mis pacientes.*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

5. *Siento que trato a mis pacientes como si fueran objetos.*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

6. *Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

7. *Me manejo de manera efectiva con los problemas que traen mis pacientes.*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

8. *Me siento quemado del trabajo con mis pacientes*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

9. *Siento que estoy influenciando positivamente a mis pacientes a través del trabajo que realizo con ellos.*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

10. *Me he vuelto más insensible con mis pacientes desde que empecé a trabajar en esto.*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

11. *Me preocupa que mi trabajo me pueda estar endureciendo emocionalmente.*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

12. *Me siento con mucha vitalidad.*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

13. *Me siento frustrado por mi trabajo.*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

14. *Siento que estoy trabajando demasiado duro.*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

15. *Realmente no me importa lo que le pase a alguno de mis pacientes.*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

16. *Trabajar en contacto directo con pacientes me produce bastante estrés.*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

17. *Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada con mis pacientes.*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

18. *Me siento eufórico después de trabajar.*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

19. *He logrado muchas cosas que valen la pena en este trabajo.*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

20. *Siento que estoy al límite de mis posibilidades.*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

21. *Cuando trabajo con mis pacientes, me ocupo de los problemas emocionales de manera calmada.*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

22. *Siento que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Ahora quisiéramos hacerte preguntas acerca de tus experiencias, positivas y negativas, como psicólogo. Considera cada una de las siguientes preguntas de acuerdo con tu situación actual. Marca en cada frase, con la mayor sinceridad posible, el valor que refleja tu experiencia profesional más frecuente para ti en los últimos 30 días:

1= nunca

2= raramente

3= a veces

4= frecuentemente

5= muy a menudo

1. Estoy preocupado/a por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

2. Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente..

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

3. Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo.

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

4. Me sobresaltan los sonidos inesperados.

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

5. Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado.

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

6. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

7. *Creo que he me han afectado negativamente las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. *Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. *Me gusta trabajar ayudando a la gente.*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. *Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. *Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. *Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. *Mi trabajo me hace sentirme satisfecho.*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. *Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15. *Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. Como resultado de mi profesión, tengo pensamientos molestos, repentinos o indeseados.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19. Considero que soy un buen profesional.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumáticas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---