

## Burnout y sintomatología psicopatológica en profesionales argentinos de la salud mental

### Burnout and Psychopathological Symptoms in Argentine Mental Health Professionals

*Silvina Belén Giménez*<sup>1</sup>, *María Antonella Gilla*<sup>1</sup>, *Valeria Estefanía Morán*<sup>2</sup>, *Fabián Orlando Olaz*<sup>1</sup>



#### Cómo citar Citation

Giménez, S. B., Gilla, M. A., Morán, V. E., & Olaz, F. O. (2018). Burnout y sintomatología psicopatológica en profesionales argentinos de la salud mental. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 10, doi: 10.5872/psiencia/10.3.22

#### Recibido Received

15 / 12 / 2017

#### Aceptado Accepted

09 / 04 / 2018

#### Copyright

© 2018 Giménez

Este es un artículo de acceso abierto bajo la licencia Creative Commons [BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), lo que permite compartirlo o adaptarlo, sin fines comerciales, con indicación del autor y la fuente original.

This is an open access article under Creative Commons [BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/) license, which allows sharing or adapting it in any medium, without commercial purposes, giving credit to original author and source.

<sup>1</sup> Laboratorio de Comportamiento Interpersonal, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Enfermera Gordillo s/n esquina Enrique Barros, Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.

<sup>2</sup> Instituto de Investigaciones Psicológicas - IIPsi [CONICET- UNC]. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

sbelengimenez@gmail.com

### Resumen

El objetivo de este estudio fue conocer el grado de sintomatología psicopatológica que tienen los psicólogos y psiquiatras con niveles elevados de Burnout (BO) y determinar si existen diferencias con aquellos que presentan niveles bajos de BO. Se evaluó a su vez la relación entre las dimensiones del Inventario Burnout de Maslach (MBI-HSS) y del Listado de Síntomas de Derogatis (SCL-90-R), y si existen diferencias en los niveles de BO de acuerdo a variables sociodemográficas, tales como sexo, edad, antigüedad laboral, tipo de institución, cantidad de pacientes y horas trabajadas por semana. Se utilizó un diseño retrospectivo de grupo único y prospectivo simple, para lo cual se administró la adaptación argentina del MBI-HSS y el SCL-90-R a una muestra ( $n = 544$ ) de psicólogos y psiquiatras de entre 23 y 71 años de edad. Se examinó la relación entre el BO y los síntomas mediante el coeficiente de Pearson, y para analizar la existencia de diferencias se realizaron análisis multivariados de la varianza (MANOVA) y una prueba *t*. Se observaron relaciones significativas entre todas las dimensiones de sintomatología y del BO, y diferencias significativas en las dimensiones somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, y en el Índice de Severidad Global (IGS). Se discuten los resultados y sus posibles aplicaciones prácticas.

### Palabras clave

Burnout, Sintomatología psicopatológica, Profesionales de salud mental.

### Abstract

The aim of this study was to determine if there are differences in psychopathological symptomatology between mental health professionals with high and low Burnout (BO) and to determine if there are differences with those who present low levels of BO. Likewise, it was evaluated the relationship between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) and the Symptom Checklist (SCL-90-R), and if there are differences in the BO levels according to sociodemographic variables, such as sex, age, labor antiquity, type of institution, number of patients and hours worked per week. We carried out a retrospective and prospective design and applied the Argentinian adaptation of the MBI-HSS and of the SCL-90-R to a sample ( $n = 544$ ) of psychologists and psychiatrists aged between 23 to 71 years. We estimated Pearson's coefficient to determine associations between BO and symptoms, and performed a multivariate analysis of variance (MANOVA) and a *t*-test to analyze the differences. We observed significant relationships between all dimensions of symptomatology and BO, and significant differences in the following dimensions: somatization, obsessions and compulsions, interpersonal sensitivity, and in the GSI (Global Severity Index). We discuss the results and their possible practical applications.

### Keywords

Burnout, Psychopathological Symptomatology, Mental Health Professionals.

## Introducción

Durante los últimos veinte años, el Síndrome de Burnout (BO) ha adquirido gran relevancia entre la comunidad científica, y se ha convertido en un tópico de investigación de amplio interés en numerosos países occidentales, en su mayoría norteamericanos y europeos (Meda-Lara, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Morante-Benadero & Ortiz-Viveros, 2008). Maslach, Jackson & Leiter (1986) definen al BO como un síndrome compuesto por el agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y falta de realización personal (RP).

Dentro de las profesiones asistenciales existen ciertas características del rol que convierten a los psicoterapeutas en un grupo de riesgo de padecer estrés crónico, aumentando la probabilidad de padecer BO (D'Ambrosio, 2016). Por ello, numerosos investigadores se han interesado por las variables que pueden predecir la aparición del BO en profesionales de la salud.

Algunos de los resultados observados coinciden en que existiría una correlación negativa entre la edad y el nivel de BO (Álvarez, Arce, Barrios & Sánchez de Coll, 2005; Ochomogo-Gutiérrez & Barrera See King, 2011). En relación al sexo, se observaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones del MBI (Aldrete-Rodríguez, Aranda-Beltrán, Pando-Moreno & Salazar-Estrada, 2011; Patlán-Pérez, 2013). De este modo, las personas de sexo masculino obtuvieron mayor puntuación en la escala de DP (Ríos-Risquez et al., 2008), a diferencia de las mujeres, quienes presentaron una puntuación más elevada en las escalas de AE (Purvanova & Muros, 2010) y falta de RP (Castañeda-Aguilera & García de Alba García, 2010). Por otro lado, Neira (2004) encontró que los médicos de instituciones públicas obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en AE y DP respecto de los que únicamente tenían práctica privada. Sumado a ello, se ha observado evidencia a favor de la relación entre horas de trabajo, cantidad de pacientes y BO (Atance-Martínez, 1997).

Quiceno y Vinaccia-Alpi (2007) entienden que los mismos factores organizacionales o laborales que llevan al BO pueden precipitar ciertos síntomas psicológicos. Este es un dato de importancia, ya que indicaría que el estrés laboral afecta no sólo el desempeño en el trabajo, sino también la calidad de vida en el ámbito cotidiano. En esta línea, numerosos autores (Bernaldo de Quirós-Aragón & Labrador-Encinas, 2008; Ortiz-Viveros & Ortega-Herrera, 2009; Hakanen & Schaufeli, 2012) han centrado su interés en la relación entre las dimensiones del BO y diversos síntomas psicopatológicos. Los resultados indican que el AE es la dimensión que correlaciona más significativamente con una gran variedad de síntomas.

Aun cuando han sido consistentes los resultados de las investigaciones respecto a la asociación entre el BO y las manifestaciones sintomáticas psicológicas, en Argentina no se reportan investigaciones que brinden datos acerca de esta problemática en profesionales de la salud mental. Esto resulta llamativo si atendemos a la elevada tasa de profesionales en el país. En Argentina hay 82.776 psicólogos activos, según la información publicada en el Atlas de Salud Mental de 2014, elaborado por la Organización Mundial de la Salud. De acuerdo con el Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la República Argentina (2015), realizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública, la tasa de psiquiatras es de 5.940 cada 100 mil

habitantes. No obstante se carece de datos en relación a los profesionales que ejercen en el área clínica.

Por tal motivo, el propósito de este estudio fue conocer el grado de sintomatología psicopatológica que tienen los psicólogos y psiquiatras con niveles elevados de BO y si existen diferencias significativas con aquellos que presentan niveles bajos de BO, evaluando a su vez la relación entre las dimensiones del MBI-HSS y del SCL-90-R, y si existen diferencias en los niveles de BO de acuerdo a variables sociodemográficas, tales como sexo, edad, antigüedad laboral, tipo de institución, cantidad de pacientes y horas trabajadas por semana. Dado lo anterior se establecieron las siguientes hipótesis:

- se espera observar un mayor nivel de sintomatología y de malestar general en el grupo de profesionales con puntajes altos de BO (H<sub>1</sub>),
- se espera observar una correlación positiva entre las dimensiones del SCL-90-R y los factores Agotamiento Emocional y Despersonalización; y una correlación negativa con Realización Personal (H<sub>2</sub>),
- se espera encontrar niveles más elevados de Agotamiento Emocional y falta de Realización Personal en mujeres, y mayores niveles de Despersonalización en hombres (H<sub>3</sub>),
- se espera hallar mayores niveles de BO entre los profesionales más jóvenes, con menos años de antigüedad laboral, en aquellos que ejerzan en instituciones públicas y que tengan una mayor cantidad de pacientes y de horas trabajadas por semana (H<sub>4</sub>).

## Método

### Participantes

La muestra estuvo constituida por 544 profesionales de los cuales 442 fueron de sexo femenino (81.2 %) y 102 de sexo masculino (18.8 %), con edades comprendidas entre los 23 y 71 años ( $M = 37.64$ ,  $s = 10.06$ ). Del total de los participantes, 484 (89 %) eran psicólogos y 60 (11 %) psiquiatras. Se incluyó a aquellos que ejercían en el ámbito público (10.6 %,  $n = 58$ ), privado (53.7 %,  $n = 292$ ) y a quienes se desempeñaban tanto en instituciones públicas como privadas (35.7 %,  $n = 194$ ). Los profesionales se encontraban en un rango de 1 a 44 años de antigüedad laboral ( $M = 10.16$ ,  $s = 8.47$ ) y trabajaban entre 1 a 70 horas por semana ( $M = 31.21$ ,  $s = 13.57$ ). En cuanto al lugar de residencia, el 48.3 % eran de la provincia de Buenos Aires, el 26.8 % de Córdoba, y el 24.9 % restante de otras provincias. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo accidental, y posteriormente por muestreo bola de nieve, solicitando referencias a la muestra inicial de otros profesionales (Romero & Bologna, 2013). Se obtuvo el consentimiento informado de quienes participaron y la autorización de las instituciones cuando fue requerida.

### Instrumentos

*Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS, Maslach, Jackson & Leiter, 1986). Es un instrumento autoadministrado que evalúa estrés crónico en profesionales de la salud. El cuestionario consta de 22 ítems, de los cuales nueve corresponden al factor AE, cinco a

DP y ocho ítems a RP. La estructura de la escala se encuentra compuesta por tres factores, los cuales explican el 43.39 % de la varianza (Olivares-Faúndez & Gil-Monte, 2009), con valores para AE de 19.45 %, para RP de 15.07 %, y DP de 8.86 %. Se utilizó la versión adaptada en psicólogos y psiquiatras argentinos (Gilla, Giménez, Morán & Olaz, en revisión). En esta versión, se confirmó la estructura tridimensional del instrumento y los coeficientes de fiabilidad compuesta obtenidos fueron de .90 en la escala de AE, .70 en DP y .75 en RP.

*Inventario de síntomas SCL-90-R de Derogatis (1994).* Es un instrumento autoadministrable compuesto por 90 ítems, de los cuales 83 están agrupados en nueve áreas sintomáticas: Somatización (SOM, evalúa la presencia de malestares percibidos en relación a diferentes disfunciones corporales, 12 ítems); Obsesiones y compulsiones (OBS, incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre, 10 ítems); Sensitividad interpersonal (SI, se focaliza en detectar sentimientos de inferioridad e inadecuación cuando la persona se compara con sus semejantes, 9 ítems); Depresión (DEP, muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno depresivo, 13 ítems); Ansiedad (ANS, evalúa la presencia de signos generales de ansiedad, 10 ítems); Hostilidad (HOS, pensamientos, sentimientos y acciones característicos de los afectos negativos de enojo, 6 ítems); Ansiedad fóbica (FOB, respuesta persistente de miedo que es en sí misma irracional y desproporcionada, 7 ítems); Ideación paranoide (PAR, evalúa comportamientos paranoides en tanto desórdenes del pensamiento, 6 ítems); y Psicoticismo (PSIC, incluye síntomas relacionados con sentimientos de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento, 10 ítems). Adicionalmente, hay 7 ítems que se incluyen en los índices generales y se relacionan con problemas de sueño, problemas con la comida, culpa y pensamientos de muerte. La escala de respuesta es de tipo Likert con cinco opciones, que van desde 0 (nada) hasta 4 (mucho). De los tres índices globales de malestar psicológico que permite obtener el inventario, se evaluó únicamente el Índice global de psicopatología (IGS) por su pertinencia con los objetivos de la investigación, el cual es un indicador del nivel actual de severidad del desorden (Gempp-Fuentealba & Avendaño-Bravo, 2008).

Se utilizó la adaptación argentina del SCL-90-R de Casullo y Pérez (2008), validada en población general adulta. Esta versión cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,96 para la escala completa, y entre 0,79 y 0,90 para cada dimensión. Por otro lado, el análisis factorial permitió interpretar la presencia de nueve dimensiones, que explican el 41 % de la varianza, solución factorial concordante con la versión original del test (Casullo & Fernández-Liporace, 2001; Sánchez & Ledesma, 2009).

*Cuestionario sociodemográfico.* Se elaboró una hoja de datos personales a los fines de registrar aspectos referidos al sexo, edad, antigüedad laboral, tipo de institución, cantidad de pacientes y horas trabajadas por semana.

## Procedimiento y análisis de datos

Para la administración de los instrumentos se contó con dos versiones de los mismos: en formato papel y online. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS 20. En primera instancia, se caracterizó a la muestra de acuerdo a las dimensiones del BO (AE, DP y RP), se determinó el índice de psicopatología global (IGS) y la sintomatología

psicopatológica (SOM, OBS, SI, DEP, ANS, HOS, FOB, PAR y PSIC). Se categorizó a la muestra de acuerdo a las variables sociodemográficas (sexo, edad, antigüedad laboral, tipo de institución, cantidad de pacientes y horas trabajadas por semana), calculando medidas de tendencia central y dispersión. Posteriormente, se utilizó un diseño retrospectivo de grupo único (Montero & León, 2007) con el propósito de examinar la relación entre las dimensiones del BO (variable independiente, VI) y los síntomas (variable dependiente, VD), mediante el coeficiente de correlación Pearson. Se utilizaron los criterios de Cohen (1988) para evaluar los tamaños del efecto (TE) de las correlaciones. En este caso se considera un TE pequeño cuando la correlación se encuentra por debajo de 0.10, medio cuando está en torno a 0.30 y grande cuando es mayor que 0.50 (Cohen, 1988; Lipsey & Wilson, 2001).

En tercer lugar, se utilizó un diseño ex post facto prospectivo simple (Montero & León, 2007). De esta manera, se asumieron las variables sociodemográficas como VI, y el nivel de BO como VD. Se dividió a la muestra de acuerdo a la presencia o ausencia de BO, y según los niveles del síndrome en alto, medio y bajo, teniendo en cuenta los puntos de corte utilizados por Neira (2004) (Tabla 1). De este modo, el nivel alto está conformado por puntuaciones altas en las escalas de AE y DP y bajas en RP; el nivel medio de BO se obtiene con puntuaciones medias en todas las dimensiones; y el nivel bajo con puntuaciones bajas en AE y DP y altas en RP.

**Tabla 1.** Puntos de corte de las escalas del MBI-HSS.

|             | AE      | DP    | RP      |
|-------------|---------|-------|---------|
| Nivel alto  | ≥ 22    | ≥ 7   | ≥ 41    |
| Nivel medio | 12 - 21 | 3 - 6 | 36 - 40 |
| Nivel bajo  | ≤ 11    | ≤ 2   | ≤ 35    |

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

Para los análisis de diferencia de medias y MANOVA se decidió dicotomizar la variable con el propósito de homogeneizar el tamaño de los grupos y de facilitar la identificación del efecto de la VI. Para ello se trabajó sólo con el grupo de puntajes altos y el de puntajes bajos, omitiendo el grupo de puntajes medios del análisis.

Se utilizó la Prueba T para muestras independientes para analizar si existían diferencias en el índice de psicopatología global (IGS) en personas con niveles altos y bajos de BO. Posteriormente, se realizó un análisis Multivariado de la Varianza (MANOVA) para determinar si existen diferencias significativas en las puntuaciones de cada factor del MBI, en función de las variables sociodemográficas y laborales; y para estimar las diferencias en sintomatología psicopatológica en profesionales con puntajes altos y bajos de BO. Para evaluar el impacto de cada variable independiente sobre cada variable dependiente individualmente, se utilizó el procedimiento Roy-Bargmann Stepdown Analysis (SD) como prueba Post Hoc. Este procedimiento ha sido recomendado por numerosos autores (Stevens, 2009; Tabachnick & Fidell, 2007) como prueba post-hoc para un MANOVA significativo, específicamente cuando es posible

realizar un ordenamiento teórico de las VD en cuanto a su diferencia entre los grupos (Finch, 2007).

### Consideraciones éticas

El MBI-HSS y el SCL-90-R fueron administrados con el previo consentimiento de los participantes, teniendo como guía principal los Principios Deontológicos que regulan el accionar del psicólogo, de acuerdo al Código de la Federación de Psicólogos de Argentina (Fe.P.R.A.). Los profesionales encuestados fueron informados, a través de un formulario de Consentimiento Informado, acerca del proceso y objetivos que persigue el presente estudio, para garantizar una participación plenamente voluntaria de los mismos. Además, en dicho consentimiento se incluyó una dirección de correo electrónico, en la cual podían solicitar los resultados de ambos test.

### Resultados

Con base en el baremo de la población sanitaria general (Neira, 2004), se clasificó a la muestra en puntajes alto, medio y bajo en cada una de las tres subescalas del MBI-HSS y en el puntaje global de BO. El 53.7 % de la muestra obtuvo puntajes altos en AE, el 27.6 % en DP y el 48.2 % obtuvo puntajes bajos en RP (ver Tabla 2). A su vez, se halló una frecuencia del 9.6 % de BO ( $n = 52$ ), tomando como criterio de presencia del síndrome altas puntuaciones en las escalas de AE y DP (por encima del percentil 66) y bajas puntuaciones en la escala de RP (por debajo del percentil 33). Asimismo, el 81.6 % ( $n = 444$ ) obtuvo puntajes moderados, y el 8.8 % ( $n = 48$ ) puntajes bajos.

**Tabla 2.** Estadísticos descriptivos y frecuencia de las dimensiones del Burnout.

|                |             |       | AE            | DP          | RP           |
|----------------|-------------|-------|---------------|-------------|--------------|
| M (DS)         |             |       | 23.49 (11.79) | 4.86 (5.02) | 39.29 (5.67) |
| Frecuencia (%) | Nivel de BO | Alto  | 53.7          | 27.6        | 48.2         |
|                |             | Medio | 28.8          | 31.4        | 27.5         |
|                |             | Bajo  | 17.5          | 41.0        | 24.3         |

Nota: AE: Agotamiento Emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización Personal; M: media; DS: desviación estándar

Posteriormente, se evaluó la frecuencia de las dimensiones de BO según las variables sociodemográficas de relevancia. En relación al género, la prevalencia más alta de AE se halló en las mujeres, a diferencia de DP y RP que fue mayor en hombres. Tanto AE y DP disminuyeron con el aumento de la edad, a diferencia de RP, la cual mostró un incremento. La misma tendencia se halló en la antigüedad laboral, siendo aquellos con menos de 10 años de antigüedad los que presentaron porcentajes más elevados de AE y DP y menor RP. Quienes trabajan en instituciones públicas presentaron mayor frecuencia de AE y DP y puntuaciones inferiores en RP, en comparación con las instituciones privadas, en tanto que el AE y DP mostraron un porcentaje más alto en los profesionales que trabajan más de 39 horas semanales y atienden más de 30 pacientes por semana (Tabla 3).

**Tabla 3.** Frecuencia de niveles altos de Burnout según variables sociodemográficas y laborales

|                           | AE (%) | DP (%) | RP (%) |
|---------------------------|--------|--------|--------|
| <i>Sexo</i>               |        |        |        |
| Mujer                     | 55.9   | 26.5   | 47.1   |
| Hombre                    | 44.1   | 32.4   | 52.9   |
| <i>Edad</i>               |        |        |        |
| Menos de 30 años          | 60.2   | 26.3   | 44.1   |
| Entre 30 y 50 años        | 54.8   | 29.9   | 45.8   |
| Más de 50 años            | 37.5   | 18.1   | 66.7   |
| <i>Antigüedad laboral</i> |        |        |        |
| Desde 0 a 10 años         | 56.1   | 29.3   | 45.6   |
| Más de 10 años            | 48.9   | 24.5   | 53.2   |

*Tipo de institución*

|         |      |        |      |
|---------|------|--------|------|
| Pública | 62.1 | 41.4   | 37.9 |
| Privada | 49.3 | 25.0.0 | 51.7 |
| Ambos   | 57.7 | 27.3   | 45.9 |

*Horas trabajadas por semana*

|             |      |      |      |
|-------------|------|------|------|
| Menos de 24 | 44.4 | 25.9 | 47.5 |
| De 25 a 39  | 52.8 | 28.1 | 46.7 |
| Más de 40   | 62.8 | 28.4 | 50.3 |

*Cantidad de pacientes por semana*

|            |      |      |      |
|------------|------|------|------|
| De 0 a 15  | 51.1 | 28.2 | 37.9 |
| De 16 a 30 | 52.8 | 24.0 | 52.8 |
| Más de 30  | 58.9 | 33.9 | 53.2 |

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

Para el análisis de la relación entre sintomatología psicopatológica y BO se trabajó con una muestra conformada por 538 participantes. Mediante el coeficiente de Pearson se correlacionaron las nueve subescalas del SCL-90-R y el Índice de psicopatología global (IGS) con las tres dimensiones del MBI. De este modo, tal como se ilustra en la tabla 4, se observaron relaciones significativas entre todas las dimensiones de sintomatología y las tres escalas del MBI (valores  $r$  comprendidos entre .194 y .585). Las relaciones fueron positivas para las escalas de AE y DP, y negativas para el factor RP. Utilizando los criterios de Cohen (1988) los tamaños del efecto (TE) fueron medianos y grandes.



**Tabla 4.** Correlaciones entre los factores del MBI-HSS y las dimensiones del SCL-90-R

|                                 | AE    | DP    | RP     |
|---------------------------------|-------|-------|--------|
| Somatización                    | .45** | .30** | -.29** |
| Obsesiones y compulsiones       | .54** | .38** | -.44** |
| Sensibilidad interpersonal      | .49** | .42** | -.41** |
| Depresión                       | .58** | .37** | -.42** |
| Ansiedad                        | .46** | .26** | -.33** |
| Hostilidad                      | .43** | .34** | -.26** |
| Ansiedad fóbica                 | .28** | .20** | -.19** |
| Ideación paranoide              | .45** | .40** | -.25** |
| Psicoticismo                    | .43** | .36** | -.27** |
| Índice de psicopatología global | .56** | .41** | -.40** |

\*\*  $p < .01$  Nota 1: AE: Agotamiento Emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización Personal. Nota 2: Para  $r \geq .30$ , la potencia de la prueba fue de 80%.

Se analizaron diferencias entre grupos para lo cual en primer lugar se eliminaron casos atípicos multivariados y univariados siguiendo los criterios de Tabachnick y Fidell (2011). La muestra quedó conformada por 538 casos, de los cuales 81.4 % ( $n = 438$ ) eran mujeres y 18.6 % ( $n = 100$ ) eran hombres (Medad = 37.6,  $s = 10.02$ ).

Los resultados del MANOVA, mediante la prueba Lambda de Wilks, arrojaron resultados significativos para todas las variables sociodemográficas y laborales. Adicionalmente se realizaron análisis Post Hoc utilizando ANOVA para evaluar el impacto de estas variables en el BO. En relación a la dimensión AE, se encontró que el sexo y la edad ejercen un efecto significativo ( $p \leq .05$ ), favoreciendo a las mujeres ( $F = 6.45$ ) y a los profesionales menores de 30 años ( $F = 4.83$ ). La variable DP se vio influida por la edad ( $F = 7.25$ ,  $p < .001$ ), siendo el rango etario entre 30 y 50 el que presenta puntajes más altos. Las personas que trabajan en instituciones públicas obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en las escalas AE ( $F = 4.83$ ,  $p \leq .05$ ) y DP ( $F = 7.25$ ,  $p < .01$ ). Por último, en la dimensión RP la diferencia se encontró en la antigüedad laboral ( $F = 6.84$ ,  $p < .01$ ) —favoreciendo a los participantes con más de 10 años— y en la cantidad de pacientes ( $F = 8.43$ ,  $p < .001$ ), a favor de aquellos con más de 30 pacientes por semana. Los tamaños del efecto fueron medios y bajos (entre .012 y .30).

El procedimiento Roy-Bargmann Stepdown Analysis arrojó resultados similares. Se observaron diferencias significativas en la dimensión AE en relación al sexo ( $p \leq .05$ ), la edad ( $p < .001$ ), el tipo de institución ( $p < .001$ ) y cantidad de horas trabajadas ( $p < .001$ ). En la dimensión DP se halló una diferencia significativa en relación al sexo ( $p < .01$ ) y la edad ( $p \leq .05$ ). En RP las variables significativas fueron cantidad de horas trabajadas ( $p \leq .05$ ) y cantidad de pacientes ( $p < .001$ ). Los tamaños del efecto no variaron.

Para evaluar si existen diferencias en las dimensiones de la sintomatología psicopatológica según los grupos conformados por puntajes altos y bajos de BO, en primer lugar se realizó una prueba t de diferencias entre medias, con el fin de evaluar si los grupos diferían entre sí de manera significativa respecto a las puntuaciones del IGS. De los 92 casos seleccionados, 46 presentaron niveles altos y 48 niveles bajos de BO, 70 eran mujeres (74.5 %) y 24 hombres (25.5 %) (Medad = 39.83,  $s = 11.41$ ). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones del IGS entre ambos grupos ( $t = 11.156$ , Sig bilateral = .000), siendo las personas con altos niveles de BO ( $M = 1.174$ ,  $s = .521$ ) quienes registraron puntuaciones promedio superiores respecto de las personas con niveles bajos ( $M = .244$ ,  $s = .224$ ). El tamaño del efecto fue alto (1.78).

En segundo lugar, se realizó un MANOVA, donde las VD eran las nueve dimensiones del SCL-90-R, y la VI fue el nivel de BO (alto y bajo). La prueba Lambda de Wilks arrojó resultados significativos ( $\lambda = .364$ ,  $F = 16.29$ ,  $p < .001$ ), lo que indica que existe una diferencia significativa entre los grupos con altos y bajos niveles de BO en relación a los síntomas psicopatológicos. En las pruebas Post Hoc se observó que el grupo con altos niveles de BO difiere significativamente ( $p \leq .001$ ) en los puntajes de todas las dimensiones del SCL-90, con tamaños del efecto bajos, medios y altos (entre .008 y .083); en tanto que el análisis Roy-Bargmann Stepdown puso de manifiesto diferencias significativas sólo en las dimensiones SOM, OBS ( $p \leq .001$ ) y SI ( $p < .01$ ), y los tamaños del efecto fueron medianos para las escalas SOM (.034), OBS (.050) y pequeño para SI (.006).

## Discusión

En el presente estudio se estimó la frecuencia del síndrome de BO en profesionales de la salud mental. Se observó que, del total de los participantes, solo el 9.6 % obtuvo niveles altos de BO, cifras similares a las reportadas en otros estudios en poblaciones de psiquiatras (Tejada & Gómez, 2012) y psicólogos (Berjot, Altintas, Grebot & Lesage, 2017; Isaac-Otero et al., 2013; Ortiz-Viveros & Ortega-Herrera, 2009). En las tres dimensiones del BO, las medias de los participantes de este estudio fueron superiores a las obtenidas por Neira (2004) en profesionales de la salud argentinos y al grupo sanitario estudiado por Maslach (1986) en Estados Unidos. A su vez, los porcentajes hallados en cada dimensión (53.7 % en AE, 27.6 % en DP y 48.2 % en RP) son similares a los reportados por Gil-Monte y Peiró (2000) en una muestra multiprofesional, aunque visiblemente superiores a los del personal de un servicio de psiquiatría de Chile (20 % en AE, 22 % en DP y 26 % en RP) (Avenidaño-Bravo, Bustos, Espinoza, García & Pierart, 2009) y a los de psicólogos de España y Brasil (Benevides-Pereira et al., 2002). Por último, cabe destacar el porcentaje obtenido en los niveles moderados (81.6 %) en el presente estudio, el cual da cuenta de una alarmante proporción de personas en riesgo.

Una segunda etapa de este estudio consistió en indagar respecto a la influencia de las características sociodemográficas en el BO. Se halló que el sexo, la edad y el tipo de institución son variables asociadas con la mayoría de las dimensiones del síndrome. De la misma forma, el número de horas trabajadas por semana y la cantidad de pacientes influyen significativamente en el BO. En congruencia con lo hipotetizado por numerosas investigaciones (Neira, 2004; Ortiz-Viveros & Ortega-Herrera, 2009), las mujeres exhibieron niveles significativamente más altos en AE. Por otro lado, los hombres puntuaron más alto en DP, lo que condice con hallazgos de otros autores (Avenidaño-Bravo et al., 2009; Ballester-Arnal, Gómez-Martínez, Gil-Juliá, Ferrándiz-Sellés & Collado-Boira, 2016; Gil-Monte, 2002; Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats & Braga, 2009).

Las diferencias en las puntuaciones entre hombres y mujeres podrían ser explicadas a la luz de procesos de socialización según el género (Maslach & Jackson, 1985). Las profesionales mujeres generalmente podrían verse afectadas por una doble carga de trabajo, debido a su dedicación a la práctica profesional y a las tareas del hogar, lo que puede incrementar los niveles de exigencia y estrés que deben afrontar (Ortiz-Viveros & Ortega-Herrera, 2009). El mismo proceso de socialización podría explicar las diferencias en las puntuaciones de DP. En este sentido, existe una menor tendencia de los hombres a implicarse con sus pacientes y a desarrollar estrategias y mecanismos para lidiar con situaciones estresantes que se relacionan con la evitación y el alejamiento (Eaton & Bradley, 2008; Houkes, Winants, Twellaar & Verdonk, 2011; Millán-González & Mesén-Fainardi, 2009).

En referencia a la edad, los resultados indican que esta variable resultó significativa para las dimensiones AE y DP, observándose mayores puntuaciones en los grupos de menos de 30 años y de 30 a 50 años respectivamente, lo que coincide con otros estudios (Álvarez et al., 2005; Grau et al., 2009), apoyando la hipótesis de que los profesionales más jóvenes son más susceptibles de puntuar alto en AE. Si bien los resultados de distintas investigaciones discrepan en relación al rango de edad que predice la aparición del síndrome, en general, los investigadores concluyen que a mayor edad disminuye el grado de BO (Ortega-Ruiz & López-Ríos, 2004; Neira, 2004). Se cree que la razón de

esto es que a medida que aumenta la edad, se incrementa la capacidad de adaptación, con la consiguiente disminución de la tensión laboral y menor susceptibilidad a padecer BO (Ochomogo-Gutiérrez & Barrera See King, 2011) o se incrementarían algunas habilidades o recursos de afrontamiento al estrés. Sumado a esto, se conoce que los primeros años de ejercicio profesional son un período donde existen expectativas idealistas en relación a la profesión (Atance-Martínez, 1997; Bracco & Reyna, 2011), y el efecto de la edad y el tiempo de experiencia en el lugar de trabajo se conjugan para que las personas adopten perspectivas más realistas sobre su labor, siendo menos propensas a desarrollar BO. En el presente estudio, tal como se observó en estudios previos (Castañeda-Aguilera & García de Alba García, 2013; Neira, 2004), aquellos participantes con más años de antigüedad laboral presentaron los porcentajes más bajos de BO, aunque en este caso no resultaron estadísticamente significativos.

Con respecto al tipo de establecimiento, se observa una influencia significativa sobre la DP y el AE, siendo los profesionales que trabajan en instituciones públicas quienes obtuvieron puntajes mayores en dichas escalas. Este hallazgo apoya la hipótesis propuesta y coincide con los resultados de estudios realizados en diversos países y en muestras de psicólogos (Ackerley, Burnell, Holder & Kurdek, 1988), profesionales de un servicio de psiquiatría (Avendaño-Bravo et al., 2009) y médicos (Neira, 2004; Ozyurt, Hayran & Sur, 2006; Sánchez-Madrid et al., 2005, Tironi et al., 2009). Los investigadores han hipotetizado que las características de los establecimientos públicos predisponen a mayores índices de BO, interviniendo factores como: la cantidad de pacientes, limitaciones de tiempo y recursos (Scharager-Goldenberg & Molina-Aguayo, 2007), un insuficiente reconocimiento de la labor por parte de superiores (Zaldúa, Lodieu & Koloditzky, 2000), bajos salarios, entre otros.

En relación a las horas de trabajo semanales hubo diferencias significativas en las dimensiones AE y RP. Varios autores han encontrado mayor prevalencia de AE en personas que trabajan más de 36 horas semanales en comparación con quienes trabajan menos tiempo (Ordenes, 2004; Tejada & Gómez, 2012), y una asociación positiva entre el número de horas trabajadas y el BO (Barnett, Gareis & Brennan, 1999; Cañadas-De la Fuente et al., 2016; Hu, Chen & Cheng, 2016; Landa-Ramírez et al., 2017). Ortiz-Viveros y Ortega-Herrera (2009) encontraron que la baja RP se asoció con una mayor cantidad de horas de trabajo, por lo que es llamativo que en el presente estudio la RP haya actuado en un sentido contrario, siendo significativamente mayor en los profesionales que realizan una mayor cantidad de horas y que, además, atienden a un mayor número de pacientes. Lo anterior lleva a hipotetizar que en psicólogos y psiquiatras podría ocurrir que una mayor cantidad de horas laborales y de pacientes, podrían estar asociados a un trabajo eficaz y exitoso —especialmente en aquellos profesionales que ejercen en el ámbito privado— aumentando así la valoración positiva de la propia actividad o a que las personas con mayor realización profesional pueden elegir trabajar más horas. No obstante, deberían realizarse nuevos estudios para profundizar en este aspecto.

Se analizaron las relaciones entre las dimensiones del BO y la expresión de síntomas de malestar psicológico. Las nueve dimensiones del SCL-90-R y el Índice de psicopatología global (IGS) obtuvieron correlaciones positivas con las escalas de AE y DP, y negativas con RP, y tal como ocurre en otros trabajos (Pedrero-Pérez et al., 2004; Shu, 2011), es el

AE la dimensión que mantiene más estrechas relaciones con la sintomatología. Pero, a diferencia de dichos estudios, las escalas del MBI-HSS correlacionan con todas las dimensiones del SCL-90-R incluyendo el IGS y no sólo con algunas de ellas.

Los resultados mostraron además que las personas con altos niveles de BO presentaron mayores niveles de sintomatología psicopatológica y de malestar general que aquellos con bajos niveles de BO, en particular en las dimensiones de Somatización, Obsesiones y Compulsiones y Sensitividad Interpersonal. Esto cobra sentido al advertir que el BO está asociado a un mayor número de quejas físicas (Torrado-Oubiña et al., 1997) y problemas psicósomáticos (Uribe-Prado, Patlán-Pérez & García-Saisó, 2015). Al respecto, la influencia del estrés sobre el sistema inmunológico ha sido ampliamente estudiada (Kirmayer, Groleau, Looper Dominicé, 2004; Lipsanen, Saarijärvi, Lauerma, 2004), y explicaría la relación entre el BO y la aparición de síntomas psicósomáticos, tal como evidenciaron diversas investigaciones (Armon, Melamed, Shirom, & Shapira, 2010; Toker, Melamed, Berliner, Zeltser, & Shapira, 2012).

Además, se ha observado una relación significativa entre OBS y perfeccionismo (Craiovan, 2014; Taymur et al., 2016), por lo cual podría hipotetizarse que aquellas personas con puntajes altos en esta escala del SCL-90 podrían tener una sobreimplicación en el trabajo y grados elevados de autoexigencia, aumentando su vulnerabilidad al estrés. Asimismo, podría pensarse que la disminución en el rendimiento profesional sumado a un sentido bajo de eficacia causado por el BO favorece los sentimientos de inferioridad e inadecuación cuando el profesional se compara con sus colegas.

De acuerdo a los resultados, y como conclusión, es posible afirmar que las variables sociodemográficas y laborales influyen en los niveles de BO y que éstos a su vez inciden en el grado de malestar general; sin embargo, a pesar de que los resultados aportan datos útiles para el trabajo con profesionales de la salud mental, es preciso plantear las limitaciones del estudio. En primer lugar, es importante señalar que la muestra utilizada quedó conformada en su mayor parte por mujeres y psicólogos de las provincias de Buenos Aires y Córdoba, por lo que la generalización de los resultados está circunscripta a grupos similares a los del estudio.

Asimismo, para profundizar el estudio sobre la relación entre la sintomatología y el BO, se recomiendan estudios futuros de análisis de regresión múltiple para dilucidar en qué dirección se afectan las puntuaciones de dichas variables, e incluso abarcar otras variables sociodemográficas relevantes (estado civil, tipos de pacientes que atienden), a la vez que sería recomendable desarrollar estudios con referentes clínicos para determinar el punto de corte más adecuado para discriminar entre personas con niveles altos y bajos de BO.

## Referencias

- Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C. & Kurdek, L. A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(6), 624–631. doi: 10.1037/0735-7028.19.6.624
- Aldrete-Rodríguez, M. G., Aranda-Beltrán, C., Pando-Moreno, M. & Salazar-Estrada, J. G. (2011). Síntomas de Estrés, Síndrome de Burnout y sus Diferencias por Sexo

en Docentes de una Institución de Educación Superior, Guadalajara, México. *Ciencia y Trabajo*, 13(42), 238-243. Recuperado de <http://www.cienciaytrabajo.cl/cytqa/EdicionesAnteriores/Volumen%2042.pdf>.

- Alvarez, A.M, Arce, M. L., Barrios, A. E. & Sánchez de Coll., A. R. (2005). Síndrome de Burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 141, 27-30. Recuperado de [http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista141/9\\_141.htm](http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista141/9_141.htm)
- Armon, G., Melamed S., Shirom A. & Shapira I. (2010). Elevated burnout predicts the onset of musculoskeletal pain among apparently healthy employees. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(4), 399-408. doi: 10.1037/a0020726
- Arteaga-Romani, A., Junes-Gonzales, W. & Navarrete-Saravia, A. (2014). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud. *Revista Médica Panacea*, 4(2), 40-44
- Atance-Martínez, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 293-303. doi:10.1590/s1135-57271997000300008
- Avendaño-Bravo, C., Bustos, P., Espinoza, P., García, F. & Pierart, T. (2009). Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. *Ciencia y Enfermería*, 15(2), 55-68. doi: 10.4067/s0717-95532009000200007
- Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Gil-Juliá, B., Ferrándiz-Sellés, M. & Collado-Boira, E.J. (2016). Burnout y factores estresantes en profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(2), 129-136. doi: 10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.16146
- Barnett, R. C., Gareis, K. C. & Brennan, R. T. (1999). Fit as a Mediator of the Relationship Between Work Hours and Burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(4), 307-17. doi: 10.1037//1076-8998.4.4.307
- Benevides-Pereira, A., Moreno-Jiménez, B., Garrosa-Hernández, E. & González-Gutiérrez, J. L. (2002). La Evaluación Específica Del Síndrome De Burnout En Psicólogos: El "Inventario De Burnout De Psicólogos". *Clínica y Salud*, 13(3), 257-283. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/1806/180618090002/>
- Berjot, S., Altintas, E., Grebot, E., & Lesage, F. X. (2017). Burnout risk profiles among French psychologists. *Burnout research*, 7, 10-20. doi:10.1016/j.burn.2017.10.001
- Bernaldo de Quirós-Aragón, M. & Labrador-Encinas, F. J. (2008). Relaciones entre estrés laboral, burnout y síntomas psicopatológicos en los servicios de urgencia extrahospitalaria del área 9 de Madrid. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 4, 53-61. Recuperado de [https://www.institucional.us.es/apcs/doc/APCS\\_4\\_esp\\_53-61.pdf](https://www.institucional.us.es/apcs/doc/APCS_4_esp_53-61.pdf)
- Bracco, C. & Reyna, C. (2011). Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en acompañantes terapéuticos. *Revista de Investigación en Psicología*, 14(2), 31-45. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/download/2098/1816>
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Albendín-García, L., Fuente, E. I., San Luis, C., Gómez-Urquiza, J. L., & Cañadas, G. R. (2016). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en servicios de cuidados

- críticos y urgencias. *Revista Española de Salud Pública*, 90, 1–9. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v90/1135-5727-resp-90-e40015.pdf>
- Castañeda-Aguilera, E. & García de Alba García, J. E. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(1), 67–85. doi: 10.1016/S0034-7450(14)60237-7
- Castañeda-Aguilera, E. & García de Alba García, J. E. (2013). Análisis de los posibles factores de riesgos sociodemográficos y laborales y prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en odontólogos mexicanos. *Revista Colombia de Psiquiatría*, 42(2), 173–181. doi: 10.1016/S0034-7450(13)70005-2
- Casullo, M. M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 49–57. Recuperado de [http://www.cuaed.unam.mx/esp\\_adicciones/doc/articulo\\_memoria.pdf](http://www.cuaed.unam.mx/esp_adicciones/doc/articulo_memoria.pdf)
- Casullo, M. M. & Fernández-Liporace, M. (2001). Malestares Psicológicos en Estudiantes Adolescentes Argentinos. *Psykhé*, 10(1), 155–162. Recuperado de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/download/405/385>
- Casullo, M. M. & Pérez, M. (2008). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Buenos Aires: Departamento de Publicaciones. Facultad de Psicología.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. USA: Lawrence Erlbaum.
- Craiovan, P. M. (2014). Correlations between perfectionism, stress, psychopathological symptoms and burnout in the medical field. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 127, 529-533. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.03.304
- D'Ambrosio, F. (2016). Risk factors for burnout and job satisfaction in a sample of health professionals in Italy. *Ig Sanita Pubbl*, 72(2), 129-36. PMID: 27336957
- Dare, C. (1997). The experience of being a psychotherapist. En V. P. Varma (Ed.), *Stress in Psychotherapists*. Londres: Routledge.
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-R: Administration, Scoring & Procedure Manual for the Revised Version of the SCL-90*. Minneapolis, MN: NCS Pearsons.
- Eagar, S.C. (2003). *Emergency nurses stress support and burnout* (tesis doctoral). University of Western Sydney, Australia.
- Eaton, R. J. & Bradley, G. (2008). The role of gender and negative affectivity in stressor appraisal and coping selection. *International Journal of Stress Management*, 15(1), 94–115. doi: 10.1037/1072-5245.15.1.94
- Escuela Andaluza de Salud Pública. (2015). Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la República Argentina. Recuperado de [http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/politicas\\_sist\\_servicios/AnalisisDistribucionGeografica.pdf](http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/politicas_sist_servicios/AnalisisDistribucionGeografica.pdf)
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA). (1999). Código de Ética Nacional.

- Finch, W. H. (2007). Performance of the Roy-Bargmann Stepdown Procedure as a Follow Up to a Significant MANOVA. *Multiple Linear Regression Viewpoints*, 33(1), 12–22. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/241754149\\_Performance\\_of\\_the\\_Roy-Bargmann\\_Stepdown\\_Procedure\\_as\\_a\\_Follow\\_Up\\_to\\_a\\_Significant\\_MANOVA](https://www.researchgate.net/publication/241754149_Performance_of_the_Roy-Bargmann_Stepdown_Procedure_as_a_Follow_Up_to_a_Significant_MANOVA)
- Freudenberger, H. J. & North, G. (1985). *Women's Burn-Out: How to spot it, how to reverse it, and how to prevent it*. Garden City, NY: Doubleday.
- Gempp-Fuentealba, R. & Avendaño-Bravo, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos Normative Data and Psychometric Properties of The SCL-90-R in Chilean College Students Introducción. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 26(1), 39–58. doi: 10.4067/50718-48082008000100004
- Gilla, M. A., Giménez, S. B, Morán, V. E. & Olaz, F. O. (en revisión). Adaptación y validación del Maslach Burnout Inventory en profesionales argentinos de la salud mental.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, 7(1), 3–10. doi: 10.1590/S1413-73722002000100003
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. & Marucco, M. A. (2008). Prevalencia del "síndrome de quemarse por el trabajo" (burnout) en pediatras de hospitales generales. *Revista de Saude Publica*, 42(3), 450–456. doi: 10.1590/S0034-89102008000300009
- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo e de las Organizaciones*, 16(2), 135–149. Recuperado de [https://www.uv.es/unipsico/pdf/Publicaciones/Articulos/01\\_SQT/2000\\_RPTO\\_No rmas.pdf](https://www.uv.es/unipsico/pdf/Publicaciones/Articulos/01_SQT/2000_RPTO_No rmas.pdf)
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. & Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215–230. doi: 10.1590/S1135-57272009000200006
- Hakanen, J. J. & Schaufeli, W. B. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3), 415–424. doi: 10.1016/j.jad.2012.02.043
- Houkes, I., Winants, Y., Twellaar, M. & Verdonk, P. (2011). Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Public Health*, 11(1), 1–13. doi: 10.1186/1471-2458-11-240
- Hu, N. C., Chen, J. D. & Cheng, T. J. (2016). The associations between long working hours, physical inactivity, and burnout. *Journal of occupational and environmental medicine*, 58(5), 514–518. doi: 10.1097/JOM.0000000000000715



- Isaac-Otero, B. G., Grajeda, G. G., Bosch-Canto, V., Méndez-Venegas, J. & Luque, C. M. (2013). Burnout en psicólogos de la salud: características laborales relacionadas. *Psicología y Salud, 23*(2), 217–226. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/503>
- Kirmayer, L. J., Groleau, D., Looper, K. J. & Dao, M. D. (2004). Explaining medically unexplained symptoms. *The Canadian Journal of Psychiatry, 49*(10), 663-672. doi: 10.1177/070674370404901003
- Lackritz, J. R. (2004). Exploring burnout among university faculty: incidence, performance, and demographic issues. *Teaching and Teacher Education, 20*(7), 713–729. doi: 10.1016/j.tate.2004.07.002
- Landa-Ramírez, E., Rangel-Domínguez, N.E., Villavicencio-Carranza, M.A., Weingerz-Mehl, S.,
- Reyes-Saavedra, M.I., González-Álvarez, V.R.,... Jiménez-Escobar, I. (2017). Clima organizacional y factores relacionados con el burnout en urgencias médicas: un estudio correlacional. *Psicología y Salud, 27*(2), 245-254. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2663/4685>
- Lipsanen, T., Saarijärvi, S. & Lauerma, H. (2004). Exploring the relations between depression, somatization, dissociation and alexithymia—overlapping or independent constructs?. *Psychopathology, 37*(4), 200-206. doi: 10.1159/000080132
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (2001). *Practical meta-analysis* (Applied Social Research Methods No. 49). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Llorent, V. J., & Ruiz-Calzado, I. (2016). El Burnout y las variables sociodemográficas en los profesionales de la educación que trabajan con personas con discapacidad en Córdoba (España). *Ciência & Saúde Coletiva, 21*(10), 3287-3295. doi: 10.1590/1413-812320152110.00732015
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles, 12*(7–8), 837–851. doi: 10.1007/BF00287876
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior, 2*(2), 99–113. doi: 10.1002/job.4030020205
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). *The Maslach Burnout Inventory Manual* (2.<sup>a</sup> ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M. P. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3.<sup>a</sup> ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology, 52*(1), 397–422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Meda-Lara, R. M., Moreno-Jiménez, B., Alfredo, R. M., Morante-Benadero, M. E. & Ortiz-Viveros, G. R. (2008). Análisis factorial confirmatorio del MBI - HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud, 18*(1), 107–116. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29118112.pdf>
- Millán-González, R. & Mesén-Fainardi, A. (2009). Prevalencia del síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses. *Acta Médica Costarricense, 51*(2), 91–97. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/434/43411939007.pdf>

- Montero, I. & León, O. G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847–862. Recuperado de [http://www.aepc.es/ijchp/GNEIPo7\\_es.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/GNEIPo7_es.pdf)
- Moreno-Jiménez, B., Meda-Lara, R. M., Rodríguez-Muñoz, A., Palomera-Chavez, A. & Morales-Loo, M. M. (2006). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y Salud*, 16(1), 5–13. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29116101.pdf>
- Moreno-Jiménez, B. & Peñacoba-Puente, C. (1999). Estrés asistencial en los servicios de salud. En M. Simon (Ed.), *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 739–764). Madrid: Siglo XXI.
- Neira, C. (2004). *Cuando se enferman los que curan*. Buenos Aires: Gambacop.
- Ochomogo-Gutiérrez, H. & Barrera-See King, E. (2011). Prevalencia del síndrome burnout, o síndrome de desgaste laboral, en personal del Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 10(1), 11–17. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2011/rp1111c.pdf>
- Olivares-Faúndez, V. & Gil-Monte, P. R. (2009). Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del "Maslach Burnout Inventory" (MBI). *Ciencia & Trabajo*, 11(3), 160–167. Recuperado de <http://190.98.232.14/cyt/EdicionesAnteriores/Volumen33.pdf#page=62>
- Ordenes, N. (2004). Revista chilena de pediatría Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río Prevalence of Burnout at the Roberto del Río Hospital. *Revista Chilena de Pediatría*, 75(5), 8–15. doi: 10.4067/S0370-41062004000500006
- Ortega-Ruiz, C. & López-Ríos, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137–160. Recuperado de [http://aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-100.pdf](http://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf)
- Ortiz-Viveros, G. R. & Ortega-Herrera, M. E. (2009). El síndrome de burnout en psicólogos y su relación con la sintomatología asociada al estrés. *Psicología y Salud*, 19(2), 207–214. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Godeleva-Rosa-Ortiz-Viveros.pdf>
- Ozyurt, A., Hayran, O. & Sur, H. (2006). Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 99(3), 161–169. doi: 10.1093/qjmed/hcl019
- Patlán-Pérez, J. P. (2013). Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios Gerenciales*, 29(129), 445–455. Recuperado de [https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/estudios\\_gerenciales/article/viewFile/1740/PDF](https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/estudios_gerenciales/article/viewFile/1740/PDF)
- Pedrero-Pérez, E., Puerta-García, C., Lagares-Roibas, A., Sáez-Maldonado, A. & García-Barquero, I. (2004). Estudio del burnout en profesionales de drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 6(1), 5–15. doi: 10.1016/S1575-0973(04)70141-5
- Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77, 168–185. doi: 10.1016/j.jvb.2010.04.006

- Ríos-Risquez, M. I., Godoy-Fernández, C., Peñalver-Hernández, F., Alonso-Tovar, A. R., López-Alcaraz, F., López-Romera, A.,... R. Liébanas-Bellón (2008). Estudio comparativo del burnout en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y Urgencias. *Enfermería Intensiva*, 19(1), 2-13. doi: 10.1016/S1130-2399(08)72738-X
- Quiceno, J. & Vinaccia-Alpi, S. (2007). Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 117-125. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v10n2/v10n2a12.pdf>
- Romero, W. & Bologna, E. (2013). Técnicas de muestreo. En E. Bologna (Ed.), *Estadística para Psicología y Educación* (pp. 269–297). Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.
- Rosales-Ricardo, Y. (2012). Estudio unidimensional del síndrome de burnout en estudiantes de medicina de Holguín. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116), 795-803. doi: 10.4321/S0211-57352012000400009
- Sánchez, R. O. & Ledesma, R. D. (2009). Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 265–274. Recuperado de [http://www.clinicapsicologica.org.ar/download\\_file.php?id=114&hax=Q4KXK2QGol](http://www.clinicapsicologica.org.ar/download_file.php?id=114&hax=Q4KXK2QGol)
- Sánchez-Madrid, M., Delgado-Martínez, A. & Alcalde-Pérez, D. (2005). Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los cirujanos ortopédicos de España. *Revista de Ortopedia y Traumatología*, 49(5), 364–367. doi: 10.1016/S0482-5985(05)74441-2
- Scharager-Goldenberg, J. & Molina-Aguayo, M. L. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(3), 149–159. doi: 10.1590/S1020-49892007000800001
- Shu, Z. (2011). The study of correlative factors of nurses mental health, job burnout and personality in Jilin city. En *International Conference on Human Health and Biomedical Engineering* (pp. 665–667). IEEE. doi: 10.1109/HHBE.2011.6028399
- Stevens, J. P. (2009). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Tabachnick B, F. L. (2011). *Using multivariate statistics*. Londres: Pearson. doi: 10.1037/022267
- Taymur, I., Budak, E., Demirci, H., Akdağ, H. A., Güngör, B. B., & Özdel, K. (2016). A study of the relationship between internet addiction, psychopathology and dysfunctional beliefs. *Computers in Human Behavior*, 61, 532-536. doi: 10.1016/j.chb.2016.03.043
- Tejada, P. A. & Gómez, V. (2012). Prevalencia y factores demográficos y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(3), 863–873. doi: 10.11144/Javeriana.UPSY13-1.vfmb
- Tironi, M. O. S., Nascimento Sobrinho, C. L., Barros, D. de S., Reis, E. J. F. B., Marques Filho, E. S.,

- Almeida, A., ... Souza, Y. G. de. (2009). Professional Burnout Syndrome among intensive care physicians in Salvador, Brazil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(6), 656–662. doi: 10.1016/s0924-9338(13)76893-7
- Toker, S., Melamed, S., Berliner, S., Zeltser, D. & Shapira, I. (2012). Burnout and risk of coronary heart disease: a prospective study of 8838 employees. *Psychosomatic Medicine* 74(8), 840-7. doi: 10.1097/PSY.0b013e31826c3174.
- Torrado-Oubiña, V. M., Martínez-Calvo, M. C. & Fernández-Ríos, L. (1997). Occupational stress and state of health among clinical psychologists and psychiatrists. *Psychology in Spain*, 1(1), 63–71. Recuperado de <http://www.psychologyinspain.com/content/reprints/1997/7.pdf>
- Uribe-Prado, J. F., Patlán-Pérez, J. & García-Saisó, A. (2015). Manifestaciones psicósomáticas, compromiso y burnout como consecuentes del clima y la cultura organizacional: un análisis de ruta (path analysis). *Contaduría y Administración*, 60(2), 447-467. doi:10.1016/S0186-1042(15)30009-7
- Vega, S., Yáñez, J., González, M., Quezada, M., Preliminares, R. & Centro, T. (2004). El desgaste personal de los psiquiatras: Síndrome de burnout (resultados preliminares). Santiago, Chile: Centro de Psicología Aplicada, Universidad de Chile.
- Volpe, U., Luciano, M., Palumbo, C., Sampogna, G., Del Vecchio, V. & Fiorillo, A. (2014). Risk of burnout among early career mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 774–781. doi: 10.1111/jpm.12137
- World Health Organization. (2014). Mental Health Atlas. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2014/es](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/es)
- Zaldúa, G., Lodieu, M. T. & Koloditzky, D. (2000). La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19(4), 167–172. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91219406>