

El síndrome de burnout en psicólogos y su relación con la sintomatología asociada al estrés

The burnout syndrome in psychologists and their relationship with symptoms associated with stress

Godeleva Rosa Ortiz Viveros y María Erika Ortega Herrera¹

RESUMEN

El síndrome de burnout ha sido estudiado en diferentes profesionales de la salud, habiendo mostrado su pertinencia tanto en la eficiencia laboral como en la vida personal de los actores. Esta investigación se diseñó para conocer la prevalencia y grado de afectación por dicho síndrome y su relación con la sintomatología asociada al estrés en una muestra de 126 psicólogos mexicanos, a quienes se aplicaron tres instrumentos: un cuestionario general con datos sociodemográficos, el Inventario de Burnout en Psicólogos y el Inventario de Sintomatología del Estrés. Los resultados muestran que la mitad de la muestra de estudio muestra afectación por el síndrome, así como manifestaciones somáticas y psicológicas asociadas a éste en una relación significativa.

Palabras clave: Síndrome de burnout; Factores sociodemográficos; Sintomatología de estrés; Psicólogos.

ABSTRACT

The burnout syndrome has been studied by different health professionals who have found its pertinence in the labor efficiency and in the personal lives of people. This investigation was designed to determine the prevalence of such syndrome and its relationship to physical and psychological symptoms associated with stress in a Mexican psychologists' sample. Three instruments (a general sociodemographic questionnaire, the Psychologists Burnout Inventory, and Stress Symptomatology Inventory) were applied to 126 psychologists. Results show that half of the sample is significantly affected by the syndrome, as well as by somatic and psychological manifestations associated with stress.

Key words: Burnout syndrome; Sociodemographic factors; Symptoms of stress; Psychologists.

INTRODUCCIÓN

Cada vez ha incrementado más el interés por estudiar el fenómeno denominado “síndrome de burnout” (SBO) o de desgaste profesional por la trascendencia que tiene tanto para la salud como por los costos que representa para los organismos o empresas en que laboran quienes lo sufren. Este síndrome se genera y desarrolla asociado al estrés crónico laboral al que se ven expuestos los profesionales

¹ Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial las Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., México, tel. (228)841-89-00, exts. 13205 y 13208, correos electrónicos: roortiz@uv.mx y erortega@uv.mx. Artículo recibido el 9 de agosto y aceptado el 10 de diciembre de 2008.

que desempeñan labores en las que se requiere atender directamente al público, y en funciones centradas fundamentalmente en su apoyo, ayuda, atención o servicio.

El término *burnout* fue acuñado originalmente por Freudenberger en 1974, quien observó, al año de trabajar en una clínica para toxicómanos, un comportamiento anómalo en los asistentes voluntarios, el cual consistía en que modificaban su conducta inicial; la mayoría de ellos sufría una progresiva pérdida de energía, de sensibilidad y comprensión hasta llegar al agotamiento, así como una considerable desmotivación para el trabajo y varios síntomas de ansiedad y depresión (Gonçalves, Aizpiri, Barbado y cols., 2002; Mingote, 1998). El SBO fue definido por Maslach y Jackson (1982) como “un síndrome de estrés crónico caracterizado por agotamiento emocional (que se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales), despersonalización (consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado) y realización personal reducida (con tendencias a evaluar el trabajo propio de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima), propio de aquellas profesiones de servicios que se distinguen por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o dependencia”. Esta definición obtuvo una gran aceptación, de manera que aún continúa vigente.

Las consecuencias de la presencia del SBO son diversas y se traducen en diversas alteraciones psicofisiológicas relacionadas con el estrés: físicas, como falta de apetito, cansancio, insomnio, dolores de cuello y desarrollo de úlceras; psicológicas, como ira, irritabilidad ocasional o instantánea, ansiedad, depresión, frustración y respuestas rígidas e inflexibles en el ambiente de trabajo, y conductuales, entre las cuales destacan las expresiones de hostilidad, dificultad para concentrarse en el trabajo, contacto mínimo tanto con los usuarios de sus servicios como con los miembros de su equipo de trabajo, aumento de las relaciones conflictivas con los demás compañeros, retraso y ausentismo laboral, problemas de salud física y psicológica, todo lo cual, en conjunto, produce una disminución en la efectividad, calidad, calidez y productividad en el desarrollo de su trabajo

(Borda, Navarro, Aun y cols., 2007; Díaz, Lartigue y Acosta, 2001; Grau y Chacón, 1998).

Así, la asociación del SBO con insatisfacción laboral, estados emocionales negativos, degradación de la competencia profesional y de la propia imagen, caída de la autoestima y de la percepción de la eficacia personal (Rodríguez, 1995), hace que su estudio sea de gran importancia, particularmente en las profesiones de servicios humanos (medicina, enfermería, psicología, entre otras), en tanto que constituyen un grupo en riesgo de desarrollar el SBO.

Desde 1979, Cartwright preveía la necesidad de una atención prioritaria a estos profesionales cuando afirmó que “el promover la salud, prevenir la enfermedad, curarla y rehabilitarla son tareas que producen satisfacciones, pero también acarrear problemas y dificultades al asociarse a una alta tasa de trastornos y factores de riesgo en profesionales de la salud, al parecer debido a la fuerte tensión laboral a la que se ven diariamente sometidos”.

Aun cuando han sido consistentes los resultados de las investigaciones respecto al papel que desempeñan las características del trabajo (por ejemplo, el tipo de actividades realizadas, el número de pacientes atendidos, las jornadas de trabajo, etc.) y las variables sociodemográficas (por ejemplo, edad, sexo, años de experiencia) en relación con la presencia del SBO y las manifestaciones fisiológicas del estrés, la mayoría de los estudios realizados se ha hecho con trabajadores de la salud diferentes a los psicólogos, como médicos y enfermeras (Gundersen, 2001; Marrero, 2003; Ortega, Ortiz y Coronel, 2007; Renzi, Tabolli, Lan, Di Pietro y Puddu, 2005), lo que hace necesario realizar investigaciones que abunden y profundicen sobre esas especificidades de la labor profesional del psicólogo que le pueden conducir a desarrollar el SBO, y así, con esta información, diseñar estrategias de prevención efectivas tanto en el ámbito de las organizaciones laborales como en la propia formación de dichos profesionales (Benevides, Moreno, Garrosa y González, 2002; Dale, Carlozzi y Stein, 1999; Moreno, Meda, Rodríguez, Palomera y Morales, 2006; Rupert y Morgan, 2005). Ya algunos investigadores han llamado la atención al encontrar una incidencia de abuso de alcohol y drogas cada vez más mayor

en psicólogos (Soler, Yaman y Esteva, 2007), así como de suicidio (Oravec y Moore, 2006), razón por la cual es menester analizar si el SBO puede estar favoreciéndolos.

Como otras profesiones, la psicología suele aportar una elevada satisfacción personal en su ejercicio (Rao y Mehrotra, 1998); sin embargo, al igual que las demás, puede ser también una fuente de riesgo psicosocial debido a que es una ocupación en la que el profesional mantiene una relación muy estrecha con las personas a las que debe atender. Tal relación supone a menudo la implicación del psicólogo en problemas emocionales que frecuentemente llegan a repercutir en su propia vida personal. Además, los conflictos entre los intereses de la organización, escuela, familia, empresa o institución, y los de las personas objeto de su trabajo suelen suponer dilemas personales que sobrecargan y desgastan al psicólogo (Benevides y cols., 2002).

Con frecuencia, el psicólogo considera que su función es la de mantener una capacidad de respuesta constante, y de estar siempre dispuesto a atender, y si es posible solucionar, las demandas de su clientela, lo que a veces es sentido más como una exigencia imperiosa que como algo conveniente (Rao y Mehrotra, 1998). Los psicoterapeutas, por ejemplo, suelen trabajar directamente con el estrés y los estresores de sus clientes (Varma, 1997), y están más expuestos a la intimidad, a la interacción y a la implicación con estos al asistir y participar en la lucha de personas que sufren un malestar considerable e importantes dificultades emocionales (Dare, 1997).

Con base en lo anterior, se planteó el presente estudio para conocer el comportamiento de los indicadores asociados al SBO y las manifestaciones somáticas del estrés al que se ven expuestos los profesionales de la psicología que laboran en diferentes ámbitos del estado de Veracruz (México).

MÉTODO

Participantes

En este estudio descriptivo y transversal, la muestra estuvo constituida por los psicólogos en ejer-

cicio profesional que trabajan en esa entidad y que aceptaron la invitación a participar.

Instrumentos

Para obtener la información necesaria, se utilizaron los siguientes instrumentos:

Cuestionario de información general, que colecta información sobre algunas variables socio-demográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, etc.) y algunas características laborales (antigüedad en la institución de trabajo, área de trabajo, turno, número de personas que atiende en una jornada normal de trabajo, etc.).

Inventario de Burnout en Psicólogos (IBP). Diseñado específicamente por Benevides y cols. (2002) para evaluar los procesos de SBO en los psicólogos, este instrumento consta de treinta ítems distribuidos en tres escalas: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Los ítems conforman una escala tipo Likert con seis opciones de respuesta, que van desde “nunca”, que tiene valor de 1, hasta “siempre”, con valor de 6. Una característica de este instrumento es que fue desarrollado de tal forma que puede aplicarse a las diferentes áreas de la práctica profesional de la psicología clínica, educativa, organizacional y otras. La validación preliminar del IBP ha mostrado que es apropiado para el propósito para el que se elaboró. El análisis factorial realizado sobre una muestra de 2,003 psicólogos de España y Brasil, por ejemplo, reveló tres factores: cansancio emocional, realización personal y despersonalización, con confiabilidades de de 0.87, 0.89 y 0.77, respectivamente. Los valores de fiabilidad de las escalas (alfa de Cronbach) obtenidos en un estudio realizado en una muestra de psicólogos mexicanos (Moreno y cols., 2006) fueron de 0.87 para cansancio emocional, 0.81 para realización personal en el trabajo y 0.87 para despersonalización.

Inventario de Sintomatología de Estrés (ISE). Elaborado como una segunda parte del IBP, evalúa las secuelas psicológicas y fisiológicas del SBO. El instrumento consta de treinta ítems, quince de los cuales son básicamente de tipo físico funcional o psicosomático (por ejemplo, dolor de cabeza, dolores musculares, etc.) y los otros quince de tipo psicológico o social (por ejemplo, irritabilidad fácil, dificultad para controlar la agresivi-

dad, etc.). La escala de respuestas a la frecuencia de la sintomatología es de tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van desde “nunca”, con valor de 0, a “asiduamente”, con valor de 4. Para este instrumento se reporta una consistencia interna aceptable, aunque claramente menor en lo relativo a sintomatología física (0.72), pero que se halla dentro de los márgenes habituales de aceptabilidad; en el caso de la sintomatología psicosocial, la consistencia es de 0.85.

RESULTADOS

La muestra de estudio quedó conformada por 126 psicólogos, de los cuales 70% pertenecía al sexo

femenino; la distribución por edad estuvo entre 23 y 59 años, con una media de 41.

Para evaluar si los participantes de la muestra de estudio estaban o no afectados por el síndrome de SBO, se utilizaron como criterios los valores propuestos por Moreno y cols. (2006) e ilustrados en las Tablas 1 y 2, así como el criterio empírico que utilizaron Pérez, Gutiérrez, Castillero y González (2003), que señala que toda aquella persona que puntúe moderado o alto en dos de las tres subescalas evaluadas, se supone *afectada* por el síndrome; la que obtenga un puntaje bajo en las tres subescalas se considera *no afectada*, y se halla *en riesgo* aquella que puntúe moderado o alto en una de las tres subescalas.

Tabla 1. Escala de los elementos para obtener las puntuaciones mínimas y máximas del síndrome de SBO de acuerdo con el IBP.

DIMENSIONES DEL SBO	Ítems	Puntuaciones	
		Mín.	Máx.
Agotamiento emocional	1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28	10	60
Despersonalización	2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29	10	60
Realización personal	3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30	10	60

Fuente: Moreno y cols. (2006).

Tabla 2. Criterios diagnósticos operativos para obtener los niveles del síndrome de SBO de acuerdo con el IBP.

BAREMOS DEL IBP	Niveles		
	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	10-19	20-26	>26
Despersonalización	10-19	20-24	>24
Falta de realización personal	10-18	19-26	>26
SBO global	30-57	58-75	>75

Fuente: Moreno y cols. (2006).

Tomando como base los datos contenidos en la Tabla 2, se observa que, sobre la base de los baremos del IBP, sólo 8% de los encuestados mostraron niveles altos de SBO, mientras que 40% puntuó en un nivel medio de SBO. Aun cuando un poco más

de la mitad de la población obtuvo valores bajos de SBO, al incorporar los criterios operativos de Pérez y cols. (2003) descritos antes, la información se reordena (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en cada una de las subescalas que integran el SBO de acuerdo al IBP.

SUBESCALAS	Niveles de SBO							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Agotamiento emocional	64	51	54	43	8	6	126	100
Despersonalización	54	43	38	30	34	27	126	100
Falta de realización personal	76	60	40	32	10	8	126	100
SBO global	66	52	50	40	10	8	126	100

El grado de afectación de los psicólogos de la muestra manifiesta que 49% de los encuestados calificó en valores medios y/o altos en al menos dos subes-

calas del IBP, y 27% en al menos una de ellas calificó como moderado o alto (Tabla 4).

Tabla 4. Clasificación de la muestra de estudio por género de acuerdo al grado de afectación por el síndrome de SBO.

Grado de afectación	Género		Total	
	H	M	fr	%
Afectados	18	44	62	49
En riesgo	12	22	34	27
No afectados	8	22	30	24
Total	38	88	126	100

En la tabla anterior se indica que la mayoría de los afectados por el síndrome fueron mujeres, y que son ellas las que mayormente se encuentran en riesgo. Si bien la composición por género de la muestra no es homogénea, la medida proporcional en porcentajes indica que el SBO afecta más a las psicólogas que a los psicólogos, lo que en un análisis de género se explica en términos de la doble jornada de trabajo, frecuente en la mujer mexicana, en el centro de trabajo y en el hogar, lo que incrementa los niveles de demanda, exigencia y estrés que las mujeres deben afrontar. Al atender la edad de los participantes, se encontró que los más afectados por el SBO fueron aquellos del grupo de edad de 41 a 60 años (28%), seguidos por el grupo de edad de entre 20 y 35 años (21%). Con valores más bajos, pero predominando, se detectó nuevamente que del grupo en riesgo de SBO, la proporción más alta correspondió al grupo de edad de 41 a 60 años (16%). Esta información es contraria a la reportada por Álvarez, Arce, Barrios y Sánchez (2005) y Martínez y López (2005), quienes indican que son las personas jóvenes las más vulnerables al síndrome.

La relación entre la variable estado civil y la afectación por SBO no resultó significativa en este estudio ($p = 0.82$) en ninguna de sus opciones (soltero, casado, viudo, unión libre), ya sea de personas en riesgo o afectadas.

Se analizó también la relación entre el nivel de estudios y el grado de daño o riesgo de desarrollar SBO; al respecto, los resultados indican que entre los afectados destacan los que cuentan con el grado de maestría (24%) seguidos por los de licenciatura (17%), y entre los que se encuentran en riesgo de desarrollar SBO destacan nuevamente los de maestría (11%) y después los de licencia-

tura (8%). Sin embargo, al realizar la correlación correspondiente a estas dos variables, los resultados no alcanzaron los criterios de significancia establecidos, aunque es posible detectar una relación con tendencia positiva entre los estudios de maestría y el SBO, lo que indica que otras variables participan en la aparición de éste.

Al analizar estadísticamente la relación entre los que laboran en una o más de las áreas de trabajo mencionadas antes y el grado de afectación de SBO, se encontró que la combinación de trabajo en las diferentes áreas (clínica, educativa, laboral organizacional, etc.) y aquellos que trabajan en el área de la educación fueron los que alcanzaron el mayor grado de afectación (16%, respectivamente), así como los que obtuvieron puntajes que los colocan en riesgo, con 14% y 3% en cada caso.

En lo relativo al papel que desempeña la seguridad en el trabajo y la presencia de SBO, la relación detectada corresponde a la esperada, de acuerdo a otros estudios (Ortega y cols., 2007; Quiroz y Saco, 2004); esto es, los que tienen poca seguridad de permanencia en el empleo (por contrato o eventual) tienen una mayor incidencia de SBO ($p = 0.049$).

Los valores de p en lo relativo a la antigüedad en la institución ($p = 0.56$) y SBO no mostraron una relación significativa, mientras que el horario en el que trabajan en contacto con los beneficiarios de sus servicios indicó una relación medianamente significativa en la que entre más tiempo laboran, más altos son los valores que alcanzan en agotamiento emocional y despersonalización ($p = 0.07$ y $p = 0.06$, respectivamente).

El instrumento aplicado para conocer el tipo de sintomatología que reportan padecer con mayor

frecuencia los psicólogos que integraron la muestra distingue entre sintomatología física y psicológica. La información obtenida muestra que la sintomatología física reportada como más frecuente, aunque en grado moderado, consistió en dolor de espalda o cuello (35%), problemas gastrointestinales (27%), dificultades con el sueño (24%), cefalea (21%), pérdida o exceso de apetito y resfriados y gripes (13%). Respecto de la sintomatología psicológica, predominaron los reportes de fatiga generalizada (30%), estado de apresuramiento continuo (24%), sentimiento de cansancio mental (22%), tiempo escaso para uno mismo (22%), dificultad de memoria y concentración (19%) e irritabilidad fácil (16%), todos ellos de manera moderada, y en la categoría de "frecuentemente", fueron el tiempo mínimo para uno mismo (24%) y el apresuramiento continuo (14%).

Resumiendo, en la información que proporcionaron las correlaciones efectuadas entre las variables sociodemográficas y las tres dimensiones que integran el SBO (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) se destaca que ninguna variable sociodemográfica corre-

lacionó como estadísticamente significativa con la dimensión de agotamiento emocional.

En la dimensión de despersonalización, la variable sociodemográfica que resultó estadísticamente con una correlación negativa fue la condición de financiamiento del centro de trabajo, particularmente cuando la institución en que se labora es de carácter público ($p = -0.041$). Esto se puede interpretar en términos de que cuando un psicólogo labora en una institución pública, tiene que sujetarse a un conjunto de controles, como horarios establecidos, número de personas que tiene que atender diariamente, supervisión de la calidad de la atención, productividad, etcétera, lo que le representa un alto nivel de exigencia y generalmente escaso apoyo para la ejecución de la actividad

En lo tocante a la dimensión de falta de realización personal, las variables que resultaron estadísticamente significativas con una correlación positiva fueron la condición de institución pública del centro de trabajo y el número de horas que trabajan a la semana ($p = 0.011$ y $p = 0.018$, respectivamente) (Tabla 5).

Tabla 5. Correlación entre las variables sociodemográficas e IBP.

VARIABLES	SBO GLOBAL		AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL	
	Kendall-tau	p-level	Kendall-tau	p-level	Kendall-tau	p-level	Kendall-tau	p-level
Edad	-0.113611	0.188172	-0.103571	0.230256	-0.104785	0.224835	0.034872	0.686260
Sexo	0.025324	0.769265	-0.006429	0.940633	0.005633	0.947973	-0.061062	0.479374
Estado civil	-0.019344	0.822706	0.071561	0.407149	-0.077981	0.366377	0.032264	0.708608
Número de hijos	-0.080522	0.350966	-0.006389	0.941010	-0.098516	0.253806	0.047262	0.584064
Estudios realizados	-0.067295	0.435680	-0.004513	0.958308	-0.101359	0.240362	-0.025138	0.770915
Área de trabajo	0.010101	0.906857	0.098958	0.251681	0.093654	0.277994	0.091693	0.288183
Cargo	0.087186	0.312540	0.023189	0.788231	0.101326	0.240516	-0.104323	0.226888
Situación laboral	<i>-0.170143</i>	<i>0.048743</i>	-0.124432	0.149486	-0.156880	0.069185	0.030294	0.725658
Experiencia profesional	-0.065584	0.447443	-0.022201	0.797053	-0.043827	0.611689	0.083707	0.332241
Tipo de centro de trabajo	<i>-0.173571</i>	<i>0.044373</i>	-0.108699	0.207994	-0.161798	0.060907	0.102061	0.237120
Condición del centro de trabajo	<i>-0.269972</i>	<i>0.001765</i>	-0.137481	0.111273	<i>-0.175864</i>	<i>0.041640</i>	<i>0.217686</i>	<i>0.011684</i>
Tiempo que lleva en el mismo centro	-0.050037	0.562185	0.018820	0.827428	-0.039576	0.646648	0.127315	0.140280
Tiempo desde que terminó su licenciatura	-0.012515	0.884733	0.001906	0.982381	-0.038818	0.652968	-0.015883	0.854028
Horario de trabajo	-0.117357	0.174020	-0.035827	0.678139	-0.046126	0.593136	0.093565	0.278454
No. de horas que trabaja a la semana	-0.090375	0.295167	0.016907	0.844737	0.063486	0.462105	<i>0.202826</i>	<i>0.018803</i>
No. de personas que atiende diariamente	-0.017237	0.841747	-0.033842	0.695054	-0.075955	0.378956	-0.041416	0.631412
Tiempo de su jornada en interacción con los beneficiarios de su trabajo	<i>0.216215</i>	<i>0.012262</i>	0.153907	0.074623	0.160965	0.062248	-0.114886	0.183262

Nota. Las correlaciones marcadas en cursiva son significativas a $p < .05$.

De los dos tipos de sintomatología relacionados con las manifestaciones del estrés (Tablas 6 y 7), la

física fue la que correlacionó positivamente de forma estadísticamente significativa con la dimen-

sión de agotamiento emocional, donde la tendencia que se marca es que a mayor puntaje en ago-

tamiento emocional, mayor será la sintomatología física reportada ($p = 0.024$).

Tabla 6. Correlación entre las subescalas del IBP e ISE.

Dimensiones IBP	Sintomatología física	
	Kendal tau	p-level
Agotamiento emocional	<i>0.193881</i>	<i>0.024716</i>
Despersonalización	0.005423	0.949912
Baja realización personal	-0.152681	0.076966

Nota. Las correlaciones marcadas en cursiva son significativas a $p < .05$.

Tabla 7. Correlación entre las subescalas del IBP e ISE.

Dimensiones IBP	Sintomatología psicológica	
	Kendal tau	p-level
Agotamiento emocional	0.128421	0.136868
Despersonalización	0.067824	0.432080
Baja realización personal	-0.073132	0.396932

DISCUSIÓN

Debido a que la población de este estudio se limita a una muestra en una sola entidad, los resultados no se pueden generalizar a la población de psicólogos del resto del país; sin embargo, los datos que proporcionaron ofrecen información de sumo interés sobre la relación entre las variables estudiadas (SBO, manifestaciones somáticas y psicológicas del estrés y un conjunto de variables socio-demográficas).

El IBP, diseñado especialmente para detectar el SBO en esta población por Benevides y cols. (2002), hace posible su utilización en los diferentes campos de aplicación de la psicología, lo que representa un avance desde el punto de vista de la evaluación en profesiones específicas, aun cuando siempre resultará conveniente la mayor especificidad posible en las escalas, particularmente cuando las actividades de los psicólogos implican un nivel de involucramiento personal diferente cuando trabaja como psicoterapeuta, en contraste a cuando lo hace como psicólogo organizacional.

En cuanto a los resultados obtenidos, es interesante analizar el contraste que ocurre en la información sobre la presencia de SBO en los psicólogos dependiendo del baremo que se utilice; debe recordarse que los baremos utilizados por Moreno y cols. (2006) indican criterios específi-

cos para la población en calificaciones por escala y subescala, mientras que Pérez y cols. (2003) incorporan criterios operativos en los que se incluyen los relativos a los valores, clasificados como bajo, moderado o medio y alto, que obtienen los participantes como puntajes en las subescalas y sus combinaciones. Este último criterio estaría aludiendo a una población que se encuentra expuesta al riesgo más amplia, y que, en una orientación preventiva, debiera ser el foco de atención de programas para evitar el SBO en profesionales en ejercicio y en formación.

Podría desprenderse, en términos de la prevalencia de SBO en la muestra, un perfil de psicólogos afectados cuyas edades oscilan entre 41 y 60 años, con estudios de maestría, inseguridad en el trabajo en términos del tipo de contratación, que trabajan en instituciones públicas y que enfrentan un estrés crónico que ha generado altos valores en la subescala de agotamiento emocional y, en consecuencia, con frecuentes manifestaciones somáticas características del estrés (cfr. Dale y cols., 1999; Moreno y cols., 2006).

La información proporcionada por esta investigación resulta de utilidad para ampliar el conocimiento sobre la sensibilidad del IBP en un ámbito en particular y establece las bases para elaborar programas de prevención del SBO en los psicólogos desde su propia formación.

REFERENCIAS

- Álvarez, A.M., Arce, M.L., Barrios, A.E. y Sánchez de C., 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.
- Benevides P., A.M.T., Moreno, J.B., Garrosa, H.E. y González G., J.L. (2002). La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos: el Inventario de Burnout en Psicólogos. *Clínica y Salud*, 13(3), 257-283.
- Borda, P.M., Navarro, L.E., Aun, A.E., Berdejo, P.H., Racedo, R.K. y Ruiz, S.J. (2007). Síndrome de burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*, 23(1), 43-51.
- Cartwright, L.K. (1979). Sources and effects of stress in health careers. En G.C. Stone, F. Cohen y N.E. Adler (Eds.): *Health Psychology*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Dale, V.L., Carlozzi, A.F. y Stein, L.B. (1999). Burnout in counseling psychologists: type of practice setting and pertinent demographics. *Counselling Psychology Quarterly*, 12(3), 293-302.
- Dare, C. (1997). The experience of being a psychotherapist. En V. P. Varma (Ed.): *Stress in Psychotherapists*. New York: Routledge.
- Díaz R., R.M., Lartigue B., T. y Acosta V., M.E. (2001). Síndrome de burnout. Desgaste emocional en cirujanos dentistas. *Revista ADM*, 63(2), 63-67.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *The Journal of Social Issues*, 30(1), 159-166.
- Gonçalves, F.E., Aizpiri, J.A., Barbado A., P.J., Cañones, G.A., Fernández C., J.J., Rodríguez, S., De la Serna de P. y Solla C., J.M. (2002). Síndrome de burnout en el médico general. *Medicina General*, 43, 278-283.
- Gundersen, L. (2001). Physician burnout. *Annals of Internal Medicine*, 135(2), 145-148.
- Grau A., J. y Chacón R., M. (1998). *Burnout: una amenaza a los equipos de salud*. Conferencia presentada en la II Jornada de Actualización en Psicología de la Salud de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud (ASOCOPSSIS), Seccional Valle del Cauca. *Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud*. Disponible en línea: <http://www.alapsa.org/boletin/art01.htm> (extraído en noviembre 10 de 2003).
- Marrero S., M.L. (2003). Burnout en enfermeros que laboran en los servicios de neonatología de Ciudad Habana. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 4(1-2), 33-38.
- Martínez L., C. y López S., G. (2005). Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(1), 6-9.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. En G. S. Sanders y J. Suls (Eds.): *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, MI: LEA.
- Mingote, A. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Revista de Formación Médica Continuada*, 5(8), 493.
- Moreno, J.B., Meda L., R.M., Rodríguez M., A., Palomera Ch., A. y Morales L., 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.
- Oravec, R. y Moore, M.M. (2006). Recognition of suicide risk according to the characteristic of the suicide process. *Death Studies*, 30, 269-279.
- Ortega H., M.E., Ortiz V., G.R. y Coronel B., P.G. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17(1), 5-16.
- Pérez L., M., Gutiérrez P., I., Castellero A., Y. y González P., E. (2003). Desgaste profesional en técnicos de la salud. *Psicología Iberoamericana*, 11(2), 136-142.
- Quiroz V., R. y Saco M., S. (2004). Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cuzco. *Revista Electrónica SITUA*, 23. Disponible en línea: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/situa/situa.htm>.
- Rao, K. y Mehrotra, S. (1998). Clinical psychologists in India: a time for reflection and action. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 25(2), 124-135.
- Renzi, C., Tabolli, S., Lan, A., Di Pietro, C. y Puddu, P. (2005). Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *JEADV*, 19, 153-157.
- Rodríguez, M.J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rupert, P.A. y Morgan, D.J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 544-550.
- Soler, J.K., Yaman, H. y Esteva, M. (2007). Burnout in European general practice and family medicine. *Social Behavior and Personality*, 35(8), 1149-1150.
- Varma, V.P. (1997). *Stress in psychotherapists*. New York: Routledge.

