

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

*Niveles de depresión y Bournout en profesionales de la
psicología entre 30 y 50 años del ámbito clínico de la
ciudad de Paraná.*

Autora: Sáenz, Juliana Sofía

Director: Neubert, Carlos Emanuel

Paraná, 8 de Noviembre de 2022



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

RIDA Repositorio Institucional
Digital Abierto



FHAYCS
Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales



Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades Artes y Ciencias Sociales

INFORME FINAL DEL TIF

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

NIVELES DE DEPRESIÓN Y BURNOUT EN
PROFESIONALES DE LA PSICOLOGÍA ENTRE 30
Y 50 AÑOS DEL ÁMBITO CLÍNICO DE LA
CIUDAD DE PARANÁ

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

AUTORA: SÁENZ, JULIANA SOFÍA

DNI: 38.261.077

DIRECTOR: NEUBERT, CARLOS EMANUEL

8 DE NOVIEMBRE DEL 2022

PARANÁ

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN.....	5
I. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1 Planteamiento y formulación del problema.....	6
1.2 Objetivos de la investigación.....	6
1.3 Hipótesis.....	7
1.4 Justificación del estudio.....	7
II. MARCO TEÓRICO	
1.1 Estado del arte	
1.1.1. Burnout.....	9
1.1.2. Depresión.....	11
1.1.3. Burnout y depresión.....	14
1.2 Marco teórico conceptual	
1.2.1. Burnout	
1.2.1.1. Historia y antecedentes del término.....	17
1.2.1.2. Definiciones del término y características.....	18
1.2.1.3. Dimensiones del burnout.....	20
1.2.1.4. Factores que pueden desencadenar el burnout.....	23
1.2.1.5. Consecuencias del burnout.....	24
1.2.1.6. Niveles del burnout.....	25
1.2.2. Burnout y depresión.....	27
1.2.3. Depresión	
1.2.3.1. Historia del término.....	29
1.2.3.2. Definición del término.....	32
1.2.3.3. Síntomas y características de la depresión.....	33
1.2.3.4. Factores de riesgo de la depresión.....	36
III. ENCUADRE METODOLÓGICO	
1.1 Tipo y diseño de investigación.....	39
1.2 Descripción de la muestra.....	39
1.3 Técnica de recolección de datos.....	39
1.4 Procedimientos.....	40
1.5 Análisis de datos.....	40

IV.	RESULTADOS	
1.1	Análisis sobre niveles de depresión.....	42
1.2	Análisis sobre las dimensiones del burnout.....	45
1.3	Análisis sobre la varianza entre las variables.....	54
V.	DISCUSIÓN, CONCLUSIONES RECOMENDACIONES, LIMITACIONES	
1.1	Discusión.....	58
1.2	Conclusiones.....	59
1.3	Limitaciones.....	60
1.4	Recomendaciones.....	60
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
	ANEXO I PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO.....	62
	ANEXO II INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH.....	67
	ANEXO III INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.....	69
	ANEXO IV DATOS ESTADISTICOS RESULTADOS DE LA CONSOLA DEL SPSS.....	74
	LISTA DE FIGURAS	
	<i>Figura 1 Porcentaje de baremos de niveles totales de depresión.....</i>	<i>42</i>
	<i>Figura 2 Baremos de niveles de depresión por género.....</i>	<i>43</i>
	<i>Figura 3 Baremos de niveles de depresión por años de ejercicio (antigüedad).....</i>	<i>44</i>
	<i>Figura 4 Baremos de niveles totales de agotamiento emocional.....</i>	<i>45</i>
	<i>Figura 5 Baremos de niveles totales de realización personal.....</i>	<i>46</i>
	<i>Figura 6 Baremos de niveles totales de despersonalización.....</i>	<i>47</i>
	<i>Figura 7 Baremos de niveles de agotamiento emocional por género.....</i>	<i>48</i>
	<i>Figura 8 Baremos de niveles de realización personal por género.....</i>	<i>49</i>
	<i>Figura 9 Baremos de niveles de despersonalización por género.....</i>	<i>50</i>
	<i>Figura 10 Baremos de niveles de agotamiento emocional por años de ejercicio (antigüedad).....</i>	<i>51</i>
	<i>Figura 11 Baremos de niveles de realización personal por años de ejercicio (antigüedad).....</i>	<i>52</i>

<i>Figura 12 Baremos de niveles de despersonalización por años de ejercicio (antigüedad).....</i>	<i>53</i>
---	-----------

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1 Nivel bajo, medio y alto de baremos de las dimensiones de burnout.....</i>	<i>40</i>
<i>Tabla 2 Mínima, leve, moderada y grave de baremos de depresión.....</i>	<i>40</i>
<i>Tabla 3 Frecuencia y porcentaje de baremos de niveles totales de depresión.....</i>	<i>42</i>
<i>Tabla 4 Baremos de niveles de depresión por género.....</i>	<i>43</i>
<i>Tabla 5 Baremos de niveles de depresión por años de ejercicio (antigüedad).....</i>	<i>44</i>
<i>Tabla 6 Baremos de niveles totales de agotamiento emocional.....</i>	<i>45</i>
<i>Tabla 7 Baremos de niveles totales de realización personal.....</i>	<i>46</i>
<i>Tabla 8 Baremos de niveles totales de despersonalización.....</i>	<i>47</i>
<i>Tabla 9 Baremos de niveles de agotamiento emocional por género.....</i>	<i>48</i>
<i>Tabla 10 Baremos de niveles de realización personal por género.....</i>	<i>49</i>
<i>Tabla 11 Baremos de niveles de despersonalización por género.....</i>	<i>50</i>
<i>Tabla 12 Baremos de niveles de agotamiento emocional por años de ejercicio (antigüedad).....</i>	<i>51</i>
<i>Tabla 13 Baremos de niveles de realización personal por años de ejercicio (antigüedad).....</i>	<i>52</i>
<i>Tabla 14 Baremos de niveles de despersonalización por años de ejercicio (antigüedad).....</i>	<i>53</i>
<i>Tabla 15 Correlación entre las variables antigüedad, género, baremos de niveles de depresión, de agotamiento emocional, realización personal y despersonalización.....</i>	<i>55</i>
<i>Tabla 16 Mínimo, máximo, media y desviación estándar de niveles de depresión y los tres factores de la escala de burnout.....</i>	<i>57</i>

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi papá, por la motivación que siempre me dio para que me crea capaz de estudiar y terminar la carrera; a mi mamá y a mi hermano, por brindarme su hombro y oído todos esos años que los finales se hicieron cuesta arriba; a toda mi familia, novio y amigos, por el incansable apoyo que me dieron.

A mi director, por confiar en mí y brindarme la ayuda necesaria para completar esta investigación; y a mis futuros colegas, quienes colaboraron completando los cuestionarios y haciendo posible este camino.

Y no voy a dejar de agradecerme a mí misma, por nunca darme por vencida y por vencer todos los obstáculos que aparecían.

El camino de la pasión siempre es para adelante.

RESUMEN

El síndrome de burnout es una entidad clínica que se caracteriza por un estrés crónico, agotamiento emocional y pérdida de motivación progresivos. Todo esto aparece cuando las estrategias de afrontamiento fallan y los principales síntomas son cansancio, fatiga, pensamientos negativos, actitudes y respuestas individuales, distantes y frías hacia otras personas, desilusión y dificultad para dar sentido a la propia vida y a los logros personales, junto a sentimientos de fracaso y baja autoestima.

Las consecuencias de este síndrome se pueden traducir en alteraciones físicas, psicológicas y conductuales relacionadas con el estrés y pueden derivar en problemas en el entorno laboral y generar hostilidad, dificultad para la concentración, conflictos con los pares, retraso y ausentismo laboral. Estas consecuencias se pueden asociar con una disminución en la efectividad, calidad, calidez y productividad en el desarrollo del trabajo. Por estas razones es que se puede relacionar con la depresión, ya que es una enfermedad con una prevalencia elevada que puede afectar significativamente al funcionamiento familiar, social y laboral.

La depresión, por otra parte, se puede vincular con el síndrome de burnout, afectando la estructura familiar y personal. Esto se ve reflejado en la calidad y desempeño laboral ya que el burnout se caracteriza por tres componentes: despersonalización, cansancio emocional y reducción de la autorrealización, lo cual lleva al decremento de la efectividad en el trabajo.

Para poder explicar la relación entre burnout y depresión, se llevarán a cabo encuestas a profesionales de la psicología entre 30 y 50 años del ámbito clínico de la ciudad de Paraná, para obtener resultados certeros y testimonios sobre la posible relación entre burnout y depresión.

Palabras clave: Síndrome de burnout – Depresión – Desempeño laboral – Profesionales de la Psicología

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción

En el presente trabajo se exploran los niveles de burnout y depresión en psicólogos entre 30 y 50 años de la ciudad de Paraná, que ejerzan al menos hace 2 años en la clínica.

Los datos se obtuvieron a partir de una muestra de 101 psicólogos que trabajan en el ámbito clínico, analizándose los niveles de burnout y depresión con características tales como género, edad y antigüedad.

Los instrumentos elegidos para llevar a cabo este estudio fueron, por un lado, el Inventario de Burnout de Maslach con su adaptación argentina por Maslach et al. (1996) “Maslach Burnout Inventory”, un instrumento autoadministrado que evalúa estrés crónico laboral en profesionales de la salud. Consta de 22 ítems ante los cuales la persona debe indicar con qué frecuencia experimenta la situación descrita en cada afirmación. La escala tiene siete opciones de respuesta que van desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días) y la estructura se encuentra compuesta por tres factores: agotamiento emocional; despersonalización y realización personal. Y, por otro, el Inventario de Depresión de Beck, con adaptación argentina por Brenlla María Elena y Rodríguez Carolina. El mismo consta de 21 reactivos, cada uno un síntoma (humor, perspectiva del futuro, fracaso, satisfacción, etcétera), para responder de 0 a 3 y abunda en los reactivos psicológicos.

La importancia de esta investigación radica en que, al obtener un registro de los niveles de burnout y depresión en psicólogos entre 30 y 50 años del ámbito clínico, contribuye a brindar un panorama más claro para la correcta detección de estas variables y su posterior abordaje con estrategias de prevención e intervención.

1.2. Planteamiento y formulación del problema

García et. al (2022) sostienen que los profesionales de la salud son más propensos a desarrollar sufrimiento y trastornos psicológicos como el estrés, ansiedad, depresión y síndrome de burnout a causa de su trabajo diario. Además, se han observado grandes niveles de agotamiento, irritabilidad e insomnio, reducción de la empatía, disminución de las funciones cognitivas y del rendimiento laboral, disminución del apetito o indigestión, nerviosismo, llanto e ideas suicidas frecuentes, como también disminución de la autoestima, apatía y anhedonia.

1.3. Objetivos de la investigación

Objetivos generales

- Describir los niveles tanto de depresión como de burnout, en los profesionales de la psicología entre 30 y 50 años, del ámbito clínico de la ciudad de Paraná.

- Indagar si existe relación entre niveles de depresión y burnout en profesionales de la psicología entre 30 y 50 años, del ámbito clínico de la ciudad de Paraná.

Objetivos específicos

- Medir los niveles de depresión en profesionales de la psicología entre 30 y 50 años, del ámbito clínico de la ciudad de Paraná.
- Medir los niveles de burnout en profesionales de la psicología entre 30 y 50 años, del ámbito clínico de la ciudad de Paraná.
- Establecer si hay una relación estadísticamente significativa entre burnout y depresión, en profesionales de la psicología entre 30 y 50 años, del ámbito clínico de la ciudad de Paraná.

1.4. Hipótesis

- Hay una relación positiva entre niveles de depresión y burnout, en profesionales de la psicología entre 30 y 50 años, del ámbito clínico de la ciudad de Paraná.
- La mayoría de los profesionales de la psicología de la muestra, presentará niveles altos de burnout.
- En casos donde se evidencien altos niveles de burnout, se hallarán también altos niveles de depresión.

1.5. Justificación del estudio

Los intereses que movilizan a investigar sobre la posible relación entre burnout y depresión son que, además de estar relacionadas al poseer ciertas similitudes conceptuales, son variables psicológicas con posibilidad de presentar altos niveles de malestar en profesionales de psicología del ámbito clínico, entre 30 y 50 años.

Según Álvarez (2011), el burnout sobresale como fuente de enfermedad y se ubica dentro de los riesgos psico-sociales que se relacionan con el excesivo nivel de exigencia laboral, aparte de la adicción al trabajo y el estrés laboral. El mismo se asocia con el desgaste ocupacional o profesional, ya que es un padecimiento producido como respuesta a presiones prolongadas a lo largo del tiempo que una persona sufre ante factores emocionales estresantes e interpersonales vinculados al trabajo. Se relaciona con una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito, es un estado de desgaste emocional y físico.

La depresión es un conjunto de emociones y cogniciones que tiene consecuencias sobre las relaciones interpersonales y se esparce cubriendo todos los aspectos de la vida del sujeto. La misma puede producirse por acontecimientos de la vida diaria (pérdidas o incapacidad para hacerles frente), cambios químicos en el cerebro, efectos secundarios de medicamentos, diversos trastornos físicos, factores genéticos y evolutivos, entre otros.

Tapia (2018) sostiene que, debido a la especificidad de su trabajo, los profesionales de la salud se encuentran expuestos a sufrir estrés laboral. Particularmente, es la práctica de la psicología la que se caracteriza por demandas emocionales intensas que exigen una relación próxima con las personas, y esta demanda evidencia una carga emocional alta.

El término “burnout” hace referencia al desgaste profesional, al estar desgastado, exhausto y quemado. Maslach y Jackson (1981) lo definieron como una forma inadecuada de afrontar el estrés emocional crónico, y comprende tres dimensiones principales: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización y disminución del desempeño personal.

A partir del año 2000 es que el síndrome de burnout fue considerado como un factor de riesgo social por la OMS, ya que no solo afecta la calidad de vida y la salud mental de quien lo padece, sino que también puede poner en riesgo su vida. Y, si bien existe un número considerable de investigaciones acerca del burnout en diferentes profesiones, pocas son las investigaciones halladas específicamente en psicoterapeutas. Y se considera de vital importancia llevar a cabo una investigación del burnout en esta población ya que en Argentina no existen investigaciones sobre este síndrome en psicoterapeutas.

II. MARCO TEÓRICO

1.1. Estado del arte

1.1.1. Burnout

Alfaro e Hidalgo (2021) tuvieron como objetivo general construir un resumen de evidencia sobre el síndrome de burnout en trabajadores/as de la salud para permitir dar sustento a su establecimiento como enfermedad profesional reconocida en Chile. Al resumen lo realizaron a partir de una revisión de literatura nacional e internacional utilizando las siguientes bases de datos: Pubmed, Health Systems Evidence, Cochrane Library, OCDE Library, Embase, SciELO (Scientific Electronic Library Online o Biblioteca Científica Electrónica en Línea) y bibliografías de documentos. La búsqueda considerará la cobertura temporal de los últimos 10 años (2010-2020) y el instrumento utilizado fue el Inventario de Burnout de Maslach, seguido por el cuestionario para la evaluación del síndrome de burnout. El personal incluido fue el de enfermería, sanitario, médico, médicos residentes y personal paramédico. Y en cuanto a los resultados, la mayoría de los estudios dan cuenta de una prevalencia importante de burnout en trabajadores/as de la salud, con una concentración en niveles medios, lo cual da a suponer que el personal sanitario está en un permanente riesgo de padecer síndrome de burnout. Por un lado, la subdimensión de agotamiento emocional es la que presenta niveles más altos, dando cuenta del desgaste al que los trabajadores/as están expuestos constantemente y, por otro, la subdimensión de falta de realización profesional es la que presenta mejores resultados, lo que podría dar cuenta de que, a pesar del desgaste, el personal sanitario siente una valoración positiva de su trabajo, lo que se constituiría como un factor protector frente al burnout.

El síndrome de “quemarse por el trabajo” o burnout es uno de los posibles riesgos psicosociales de la actividad laboral. El mismo puede generarse en cualquier persona que esté en una relación de cuidado con respecto a otra, y este es el motivo de que la mayoría de las investigaciones se ha orientado a los profesionales de servicios humanos. Esta inquietud se ha extendido también a los psicólogos que trabajan en el campo clínico, sin embargo, existe poca cantidad de estudios empíricos respecto a este en Argentina. Por este motivo es que Oñate et. al (2016) tuvieron el objetivo de describir el nivel de burnout y su relación con los dominios de autoconcepto en una muestra de 81 profesionales psicólogos/as clínicos de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, Argentina, a partir de una investigación descriptiva-correlacional. Utilizaron el Inventario de Burnout de Maslach y Jackson y el Perfil de Autopercepción para Adultos de Messer y Harter. Se advirtieron niveles medios de agotamiento emocional, altos de realización personal en el trabajo y bajos en despersonalización; se evidenció que aquellos sujetos con niveles más altos de burnout se evaluaban de forma más negativa y que este era un predictor de algunos dominios de autoconcepto (competencia laboral, inteligencia, manejo del hogar, moralidad, protección, provisión, relaciones íntimas y humor).

Castillo y Andrade (2018) en su investigación, pretendieron conocer los aspectos del síndrome de burnout en un grupo de profesionales de la psicología, independientemente del área de aplicación. Sus

objetivos fueron identificar la presencia del Síndrome de Burnout en psicólogos de la ciudad de Neiva; identificar variables sociodemográficas y clasificación de los niveles del Síndrome en éste tipo de profesionales con la aplicación del Inventory Burnout Psychology (IBP). Implementaron una metodología de estudio exploratorio con enfoque cuantitativo, realizaron la validación del instrumento por Jueces expertos y los datos corresponden a una muestra inicial de 357 participantes. Los resultados arrojados indicaron que el 59.8% son profesionales psicólogos y 40,2% psicólogas; la edad promedio corresponde a 34 años; el mayor tiempo de servicio oscila entre los 5 y 10 años con un 48.7%; el 68.2% ganan más de un salario mensual. En lo que refiere al síndrome de burnout, los puntajes obtenidos por el 94% de psicólogos y psicólogas muestran un nivel alto de cansancio emocional en un 13.1%; de igual forma un nivel alto del 37.6% en despersonalización; así como un nivel alto del 100% en falta de realización personal, constituyéndose en factores de riesgo de padecimiento de dicho síndrome. De esta forma, se concluyó que los psicólogos que trabajan en organizaciones de orden público suelen verse más afectados que los de una organización privada y así mismo invierten más de su tiempo de atención a sus usuarios que en otras actividades.

Vissicchio y Diez (s.f.) tuvieron como objetivo describir la relación entre las condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT) en el Primer Nivel de Atención en Salud (APS) en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires y el desarrollo en sus trabajadores/as de este síndrome. La metodología fue cualitativa y el diseño descriptivo, a través de la administración del Inventario de Burnout y una muestra constituida por 100 trabajadores/as de APS que se desempeñan en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. La investigación se basó en que salud y trabajo se constituyen como procesos complejos relacionados dialécticamente, que se determinan recíprocamente y que por ello las CyMAT pueden desencadenar procesos saludables o procesos deteriorantes. Los resultados dieron a conocer un nivel de afectación del síndrome de BO y de los factores similares del mismo para el total de trabajadores/as: del 40% y del 30% en los niveles medio-alto y alto, respectivamente. A esto se le suma que el 65% padecía consecuencias del mismo a nivel físico, psíquico y social y el 88% consideró que existe vínculo entre el malestar laboral y el consumo de sustancias legales. Los procesos de deterioro no son solo a nivel de la salud de los/as trabajadores/as, ya que los mismos se desarrollan en un contexto de déficits de insumos, falta de recursos humanos y derrumbe edilicio, como consecuencia de la precarización en las políticas públicas en Salud, las cuales pauperizan las condiciones de contratación y exponen a los/as trabajadores/as a situaciones de sobrecarga laboral, quienes responden con mecanismos compensatorios y estrategias de afrontamiento.

Tapia (2018) en su investigación sostuvo que el síndrome de burnout es una de las principales consecuencias derivadas de las situaciones de tensión en el trabajo. A pesar de ser una profesión de alto riesgo, el estudio de este síndrome en psicólogos es relativamente escaso, con alto riesgo de padecer estrés ocupacional y es justamente la psicología clínica la que presenta variados estresores ocupacionales que afectan la calidad de vida e implican un riesgo para la salud de estos profesionales.

Estos, ante situaciones estresantes, utilizan diversas estrategias de afrontamiento que pueden ser adaptativas o desadaptativas, centradas en el problema o en la emoción. Es por esto, que la autora llevó a cabo un trabajo de investigación empírica, descriptiva correlacional y transaccional para determinar la presencia del síndrome de burnout en psicoterapeutas que se desempeñan profesionalmente en una organización pública y en una privada en la ciudad autónoma de Buenos Aires, con una muestra conformada por 15 profesionales del ámbito público y 15 del privado. También exploró los estresores ocupacionales de dicha profesión y las consecuencias en la salud, y las estrategias de afrontamiento más utilizadas. Los resultados reflejaron la presencia del síndrome de burnout en un 26,6% de la muestra conformada por psicoterapeutas de la organización pública, y la ausencia del mismo en los que ejercen de forma privada. En cuanto a los estresores ocupacionales, los profesionales de lo público están más relacionados con el impacto negativo en la salud por las condiciones en las que trabajan, a comparación de los del privado. Y en relación a las estrategias de afrontamiento, los del ámbito público se centran más en lo emocional, mientras que los del privado más en el problema.

Concluyendo, la mayoría de las investigaciones demuestran que hay una prevalencia importante de burnout en trabajadores de la salud, ya que están expuestos constantemente al desgaste por lo que implica su trabajo. Y también, se puede evidenciar que, aquellos que trabajan en organizaciones públicas suelen verse más afectados todavía que los de las organizaciones privadas, debido a déficits de insumos, falta de recursos humanos y derrumbe edilicio como consecuencia de una precarización en políticas públicas.

1.1.2. Depresión

Castellón Leal et. Al (2016) sostienen que la depresión en el ámbito del trabajo representa una de las primeras causas de pérdida de productividad, absentismo laboral, incremento de accidentes laborales, utilización de los servicios de salud y jubilación anticipada. Los costos totales atribuibles a la depresión constituyen más del 1% del PIB, lo cual significa que su correcto abordaje tendrá consecuencias en el bienestar emocional de los trabajadores y también en la productividad de las empresas y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. La investigación fue el resultado de un proceso de consulta y reuniones entre un grupo multidisciplinar de expertos y ofrece una serie de recomendaciones sobre la definición, detección y opciones de tratamiento de la depresión, con especial interés en el ámbito del trabajo. La elaboración de este documento se basó en un proceso de consulta a los integrantes del grupo multidisciplinar de expertos que debatieron en sucesivas reuniones sobre los aspectos principales relacionados con el tratamiento de la depresión en España y su incidencia en el ámbito laboral.

Moreno y Hiriart-Miranda (2005) en su artículo analizaron la investigación de la anteúltima década (2000-2010) sobre la evidencia de asociaciones entre factores psicosociales y la aparición de episodios depresivos en estudios longitudinales. Para cumplir con este objetivo, realizaron una

revisión sistemática de estudios de cohorte prospectivos, que incluyeron factores psicosociales laborales como exposición (variables dependientes) y depresión como desenlace (variable dependiente). La búsqueda se focalizó en PubMed y los criterios de inclusión fueron los estudios de cohorte longitudinales prospectivos que, además, reportaron sus resultados a través de riesgo relativo (RR) u *odds ratio* (OR). Se excluyeron artículos referenciados en revisiones anteriores. A partir de estos criterios, se seleccionó un total de ocho estudios, y así pudieron reafirmar la tendencia observada desde hace dos décadas, sobre una alta carga de trabajo, bajo control sobre los ritmos y procesos de trabajo, pobre apoyo social, desequilibrio entre esfuerzo invertido y recompensa recibida, así como también percepción de un trato injusto como predictores significativos y consistentes de futuros episodios depresivos. Sin embargo, la variabilidad de estos resultados posibilitó registrar las dificultades del abordaje de las variables psicosociales y la importancia de no descuidar la reflexión teórica y epistemológica.

Ruiz Alzate (2016) tuvo el objetivo de estimar la prevalencia de trastornos depresivos entre consultantes adultos por problemas de salud general, que concurren al centro de salud Pueyrredón de la ciudad de Córdoba, Argentina. Realizó un estudio epidemiológico, en el cual se diseñó una muestra probabilística de pacientes que consultan en el centro, y utilizó como referencia el número de habitantes entre 19 y 69 años. La muestra fue aleatoria y estuvo compuesta por 73 sujetos que participaron de forma voluntaria. El instrumento que utilizó fue el Cuestionario General de Salud y las encuestas se realizaron previamente a que el paciente entre a la consulta médica con firma previa del consentimiento informado. Los resultados arrojaron que el 32,88% del total de la población estudiada presentó un nivel significativo de sintomatología depresiva y que la prevalencia de patología depresiva se va incrementando con la edad. No se observó correlación entre el puntaje más alto y el estado civil.

Betta Olivares et. al (2007) tuvieron como objetivo evaluar la relación entre la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado en psicólogos clínicos y sus niveles de estrés traumático secundario y de depresión. Para eso, tuvieron una muestra de 113 psicólogos, los cuales respondieron: un cuestionario de variables sociodemográficas y de medición de la frecuencia de 16 conductas y condiciones de autocuidado (elaborado por los autores de la investigación); la Escala de Estrés Traumático Secundario (Bride, Robinson, Yegidis y Figley, 2004); y el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados arrojaron que 10 de las conductas de autocuidado mostraron una relación inversa y significativa con los niveles de estrés traumático y depresión de los participantes.

Escobar y Medina (2005) tuvieron como objetivo conocer el significado psicológico de la depresión en psicólogos y médicos. Trabajaron con una muestra no probabilística de tipo intencional, que se conformó por 50 médicos y 50 psicólogos, divididos equitativamente por género, que trabajaban en clínicas públicas del sector salud. Emplearon la técnica de redes semánticas naturales y los resultados arrojaron que unos y otros difieren en la forma de definir los estímulos utilizados para este fin. Concluyeron que la forma de aproximarse a la depresión varía de acuerdo con el profesional:

los médicos consideran los aspectos biológicos, mientras que los psicólogos ponen énfasis en los afectivos, cognitivos y sociales.

Rezaei et. al (2022) diseñaron su estudio para realizar una revisión sistemática y un metanálisis de la literatura existente que explora la prevalencia de la depresión entre el personal del hospital y el impacto de varios factores, con el objetivo de organizar programas que se relacionen para reducir las complicaciones de este trastorno del estado del ánimo. Como método, extrajeron un total de 24 estudios de una búsqueda bibliográfica que se realizó a través de bases de datos electrónicas que incluyen PubMed, EMBASE, Scopus y Web of Science, incluyendo desde enero de 2019 hasta febrero de 2021. Los resultados fueron que, del número total de personal del hospital, el 26% tiene prevalencia de depresión; los coeficientes de correlación revelaron una relación significativa entre la tasa de depresión y variables, como por ejemplo: el tipo de carrera, la edad y el sexo. Y, en cuanto a la conclusión, los hallazgos afirmaron que los trabajadores que tenían entre 29 y 35 años y trabajaban como personal administrativo y de apoyo en hospitales se encontraban entre la población con mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental durante la pandemia de COVID-19.

García et. al (2022) realizaron un estudio transversal con un método de muestreo no probabilístico, llamado bola de nieve. Hicieron la evaluación mediante la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y calcularon la prevalencia de la gravedad de los síntomas por punto e intervalo de confianza del 95%. El análisis de las propiedades psicométricas del DASS-21 la realizaron mediante el análisis factorial confirmatorio (CFA). Y en cuanto a los resultados y a su prevalencia, del total de participantes (529) se encontraron síntomas moderados a extremadamente severos de depresión, ansiedad y estrés en el 48,6%, 55% y 47,9% respectivamente. Por último, concluyeron que hay un alto riesgo de enfermedad mental en los profesionales de la salud.

Ceri et. Al (2020) en su estudio tuvieron el objetivo de investigar el bienestar psicológico, la depresión y el estrés entre profesionales sanitarios y no sanitarios en Turquía. Prepararon un cuestionario en línea y lo compartieron con los participantes a través de las redes sociales. Los mismos fueron 546 profesionales sanitarios (mujeres=313) y 445 no profesionales sanitarios (mujeres=333), de entre 20 y 67 años de edad. Todos completaron la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21, y la Escala de Bienestar Psicológico. Los resultados no mostraron diferencias significativas en las puntuaciones de bienestar psicológico, depresión y estrés de los profesionales sanitarios y no sanitarios. Sin embargo, el bienestar psicológico de los profesionales de la salud y el estrés variaron en función de la edad, sexo, estado civil, puestos y formas de trabajar en la clínica. Descubrieron que las mujeres, los profesionales de la salud no médicos, los jóvenes, los solteros y aquellos que trabajaron durante la pandemia COVID-19 y permanecieron al menos una semana lejos de sus familias, tenían bienestar mental deficiente. Al bienestar psicológico lo correlacionaron de una forma significativa y negativamente con la depresión y la ansiedad. Sus hallazgos indicaron que las mujeres, las personas

solteras y los profesionales de la salud que trabajaron durante la pandemia COVID-19 y estuvieron lejos de su familia, tienen un mayor riesgo.

Ceri et al. (2020) en sus análisis descubrieron que, mientras los puntajes de bienestar psicológico de los profesionales no difirieron según el género, las puntuaciones de depresión y estrés fueron significativamente mayores en mujeres. Sin embargo, en los profesionales no sanitarios ni el bienestar psicológico ni las puntuaciones de depresión y estrés difirieron según la variable sexo. Con respecto al estado civil, para los profesionales de la salud solteros los puntajes de depresión y estrés fueron significativamente más altos que los de los casados, mientras que los puntajes del bienestar psicológico no difirieron. Con respecto a los médicos, los puntajes de bienestar psicológico fueron más altos y los de depresión más bajos, al contrario de los profesionales de salud. Y para las doctoras, las puntuaciones fueron más altas en depresión y estrés. Como las personas que estuvieron expuestas a experiencias traumáticas o adversas pueden verse afectadas en relación a factores como su proximidad a los eventos traumáticos, los resultados sugirieron que exista una necesidad urgente de intervenciones y apoyo psicológico accesibles para los profesionales de la salud que se encuentran bajo una carga laboral y de estrés prolongada. Los hallazgos también indicaron que el hecho de ser médico, enfermera u otro trabajador de la salud o el estar en tareas administrativas, también afecta la salud mental desarrollando síntomas de estrés, y los enfermeros y asistentes se ven más afectados negativamente por este proceso, a comparación de los médicos.

De esta forma, se puede concluir que la depresión en el ámbito laboral es una de las principales causas de pérdida de productividad, absentismo laboral, incremento de accidentes laborales, utilización de servicios de salud y jubilación anticipada; pero, a su vez, esta patología se va incrementando con la edad y está en relación también con el sexo, estado civil, puestos y formas de trabajar en la clínica. Por último, se puede evidenciar que, la característica más importante de este trastorno, es que posee un mayor riesgo en los profesionales de la salud.

1.1.3. Burnout y depresión

Koutsimani et. Al (2019) en su revisión sistemática y metanálisis, tuvieron como objetivo examinar el vínculo entre burnout y depresión. Los investigadores realizaron búsquedas en las bases de datos en línea SCOPUS, Web of Science, MEDLINE (PubMed) y Google Scholar por los estudios que examinan la relación entre el burnout y depresión publicados entre enero de 2007 y agosto de 2018. Los resultados mostraron una asociación significativa entre burnout y depresión. Esto quiere decir que los estudios en los que se usó la prueba MBI o se calificó como de mejor calidad, mostraron menor tamaño de efecto o no revelaron una superposición concluyente entre burnout y depresión, indicando que son diferentes y construcciones robustas, y concluyeron que los estudios futuros deben centrarse en utilizar más diseños longitudinales para evaluar las relaciones causales entre estas variables.

Bianchi et. Al (2013) sostienen que, al pasar los años, el vínculo entre burnout y depresión sigue sin estar claro. En esta investigación, se dedicaron a comparar los síntomas depresivos en 46 trabajadores con burnout, 46 pacientes ambulatorios que experimentaron un importante episodio depresivo y 453 trabajadores que no sufrían burnout, para probar el carácter distintivo del burnout como entidad clínica. Los resultados fueron que los participantes con burnout y episodio depresivo reportaron niveles similares, con severos síntomas depresivos generales. Sin embargo, la superposición entre burnout y depresión se verificó más a fondo para ocho de los nueve criterios diagnósticos de episodios depresivos mayores del Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, llegando incluso a cuestionar si ambos conceptos son entidades por sí mismas a la hora de operacionalizar determinadas conductas y condiciones.

Maslach y Leiter (2016) después de investigar sobre un estudio longitudinal reciente en Finlandia, llegaron a la conclusión de que hay una relación recíproca entre burnout y depresión, en la que cada uno predice desarrollos posteriores en el otro. Con respecto al burnout, el mismo medió en la relación de las tensiones laborales con la depresión: las personas experimentan burnout cuando los problemas en el trabajo contribuyen a la depresión, ya que es un paso en el proceso. Estas investigaciones confirman que burnout y depresión no son independientes, sino que cada uno tiene implicaciones en el otro. Sin embargo, ese vínculo no quiere decir estrictamente que el burnout y la depresión son la misma enfermedad mental.

Schonfeld et. al (2019) investigaron estudios realizados en países diferentes para estudiar la validez discriminante de las escalas de burnout evaluando la magnitud de la correlación entre el burnout y la depresión. En cada estudio (el primero evaluado con el MBI; el segundo con la medida de Shirom-Melamed y el PHQ; y el tercero con el MBI-Educators Survey, PHQ y escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos) examinaron la asociación entre burnout y depresión basada en el análisis factorial confirmatorio (CFA), controlando a nivel de ítem superposición de contenido. En todos los estudios, el burnout latente, el núcleo del mismo y la depresión latente fueron altamente correlacionados. En el segundo y tercero, los CFA indicaron que los síntomas depresivos y los componentes de burnout y despersonalización del mismo, reflejan el mismo factor de angustia o disforia de segundo orden. Sus hallazgos, con replicación a través de muestras, idiomas y medidas, junto con los hallazgos metaanalíticos, arrojaron serias dudas sobre la validez discriminante del constructo burnout.

Bambula y Gómez (2016) hicieron una revisión sistemática, realizando una descripción y síntesis que brinda un sentido al conjunto de información obtenido, no se analizan estadísticamente los resultados de las investigaciones consideradas. Revisaron un total de 89 estudios empíricos sobre el síndrome de burnout con búsqueda en bases de datos y buscadores Science Direct, Scopus, Ebsco, Redalyc, Scielo y Google Académico. Utilizaron una matriz con base en abordajes conceptuales utilizados como soporte teórico para realizar las investigaciones, las poblaciones blanco, las variables

asociadas al inicio y desarrollo del síndrome y las técnicas de recolección y análisis de la información para la sistematización y análisis de información.

Mariños et. al (2011) tuvieron el objetivo de determinar la frecuencia de la coexistencia del síndrome de burnout y síntomas depresivos en médicos residentes del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante febrero de 2011. Fue un estudio descriptivo transversal realizado en médicos residentes de todas las especialidades del hospital y utilizaron la versión en español del Inventario de Maslach para síndrome de burnout y de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D20). Analizaron información de 84 médicos residentes, de los cuales 60 fueron varones y la edad promedio fue de $31 \pm 4,4$ años. La frecuencia del síndrome de burnout fue de 54,95 y de sintomatología depresiva 38,6%. El 32,9% presentó síntomas depresivos y SBO. No se encontró asociación entre el número de horas trabajadas a la semana con la presencia de síntomas depresivos o SBO. Como conclusión, sostuvo que la coexistencia entre SBO y síntomas depresivos fue de 32,9% y se debe tener en cuenta para desarrollar investigaciones e intervenciones en esta población para reducir su presentación y las derivadas complicaciones.

Pérez Núñez (2022) sostiene que el síndrome de burnout es una enfermedad que tiene implicación directa con gran parte de la población mundial, incluidos los profesionales de la salud. La depresión también, la cual es considerada como un trastorno del estado de ánimo con síntomas físicos, emocionales y psicológicos. Su estudio buscó determinar la relación entre el burnout y la depresión, y para ello hizo un estudio cuantitativo, descriptivo prospectivo y transversal. Tuvo la participación de 229 profesionales de la salud de la provincia de Tungurahua, siendo el 27,16% hombres y el 72,84% mujeres, con un promedio de 37,5 a la edad. Les administró el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), y el Test de Autoaplicación de Depresión de Zung. Los resultados demostraron que el 60,1% de los participantes tienen niveles medios de burnout, mientras que un total de 182 tienen depresión en rango normal, seguido de 44 con depresión ligera y la correlación reflejó una relación positiva entre las variables. La autora concluyó que los niveles del síndrome de burnout y las dimensiones “ilusión por el trabajo” y “desgaste psíquico”, podían favorecer la aparición de depresión en rangos bajos.

De esta forma, se concluye que los niveles de burnout y depresión son similares, poniendo en duda que sean dos constructos teóricos diferentes entre sí, ya que las personas experimentan burnout cuando los problemas en el trabajo contribuyen a la depresión. Así, se puede evidenciar que ambas variables no son independientes, sino que cada uno tiene implicaciones en el otro, pero esto no quiere decir que sean lo mismo.

1.2. Marco teórico conceptual

1.2.1. Burnout

1.2.1.1. Historia y antecedentes del término

Bambula y Gómez (2016) describen al síndrome de burnout como un fenómeno que empezó a ser investigado solo a principios de la década del '70. En esos momentos, se había iniciado una profunda transformación del mundo del trabajo principalmente debido al desarrollo de las nuevas tecnologías, cambios organizacionales y gerenciales, precarización del trabajo, aumento del desempleo, intensificación de la explotación de los trabajadores mediante procesos nuevos de trabajo más flexibles pero que requieren un mayor grado de especialización, etc.

Todos estos procesos tuvieron como consecuencia el surgimiento de nuevos factores de riesgos psicosociales que perjudican la calidad de vida y bienestar de los trabajadores. Estos cambios a su vez, tienen implicaciones en la subjetividad de los trabajadores, ya que repercuten en la vida psíquica de la persona y dan lugar a problemáticas como el síndrome de burnout, por ejemplo.

Por otra parte, Castillo y Andrade (2018) refieren que el término “síndrome de burnout” o “quemarse por el trabajo” apareció por primera vez en 1969 por Bradley, quien lo describió como una metáfora de un fenómeno psicosocial presente en oficiales de policía que estaban en libertad condicional, utilizando el término “staff burnout”. Luego, en 1974, es Freudemberger quien describe por primera vez este síndrome, pero de carácter clínico. Lo definió como un proceso de deterioro en la atención profesional y servicios que se prestaban en el ámbito educativo, social, sanitario, entre otros. Lo describía, a su vez, como una sensación de fracaso y experiencia agotadora que es consecuencia de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador. Finalmente, es con los estudios de Maslach y Jackson que este síndrome realmente adquiere verdadera importancia.

Inicialmente, Maslach y Jackson (1981) definieron el burnout como un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal. Estas características sucederían en individuos que trabajan con otras personas.

Varios años después, en 2009 Maslach va perfeccionando la construcción y comprensión del concepto “burnout” y plantea que el foco del fenómeno está en el proceso de erosión psicológica y los resultados psicológicos y sociales de una exposición crónica al estrés. Esto quiere decir que el burnout es el resultado de una respuesta prolongada a los estresores interpersonales crónicos en el trabajo que tiende a ser estable en el tiempo. También añade que este síndrome no es una dificultad de las personas, sino que es el resultado del ambiente social en el cual trabajan con su estructura y funcionamiento el que delimita la forma en la cual las personas interactúan y realizan sus trabajos.

Es así como Leiter y Maslach (2009) presentan una redefinición del burnout laboral y sus dimensiones claves: agotamiento extenuante; sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo; y una sensación de ineficacia y falta de logros. La primera es el componente de estrés individual básico del burnout y hace referencia a sentimientos de estar sobre-exigido y vacío de recursos emocionales y físicos, lo cual genera debilidad y agotamiento. La segunda representa el componente del contexto interpersonal que se desarrolla en respuesta al exceso de agotamiento emocional, se caracteriza por ser negativo, insensible o excesivamente apático a diversos aspectos del trabajo. Y, la última, representa el componente de autoevaluación del burnout, da cuenta de los sentimientos de incompetencia, carencia de logros y productividad en el trabajo, existe la carencia de recursos de trabajo y falta de apoyo social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente.

El autor que en 2007 traduce al español el concepto “burnout” como Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) es Gil-Monte. Lo define como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico, de carácter interpersonal y emocional, el cual aparece en los profesionales de las organizaciones de servicio que trabajan en contacto con los demás

Fue Christina Maslach en 1976, a fin de cuentas, quien convirtió el concepto de burnout en un verdadero producto de investigación. En la década del 70, había centrado su investigación en el estrés emocional que surge de la relación interpersonal con los clientes; trabajó con grupos de psicólogos, docentes, asistentes sociales, policías enfermeros y definió el burnout como un estrés laboral crónico que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en la actividad laboral.

1.2.1.2. Definiciones del término y características

Alfaro e Hidalgo (2021) definen al burnout como una respuesta al estrés laboral crónico, cuando las exigencias del trabajo superan los recursos de los cuales se dispone y así se genera un sentimiento de “sentirse quemado por el trabajo” o “sentirse sobrepasado por el trabajo”. Tiende a presentarse en trabajadores que realizan sus funciones con otras personas (como el personal de la salud, profesores, psicólogos, etc.), quienes están expuestos a factores psicosociales de riesgos.

Cialzeta (2013) toma la definición de Freudenberger y sostiene que el síndrome de burnout es un conjunto de síntomas inespecíficos médico-biológicos y psicosociales, que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía, refiriéndose a los profesionales de “ayuda” cuya actividad es para otras personas. El autor observaba en su equipo de trabajo (psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y enfermeros) importante pérdida de idealismo e interés laboral y simpatía por los pacientes, además de fatiga, frustración y quejas somáticas. Sin embargo, su estudio ha sido episódico y lo centró en aspectos más bien clínicos y descriptivos del término.

Oñate et. al (2016) toman a Maslach para definir el burnout como un proceso de respuestas a estresores crónicos de índole emocional e interpersonal. Luego, toman a Gil-Monte (2005), para referir

que esto puede generarse por aspectos personales, características del contexto laboral organizacional o por circunstancias externas al trabajo, como la relación trabajo-familia.

En otras obras del mismo autor (2007, 2008), este lo caracteriza por un deterioro cognitivo que consiste en una pérdida de la ilusión por el trabajo, el desencanto profesional o la baja realización personal en el trabajo; por un deterioro afectivo, caracterizado por un agotamiento emocional y físico; y por actitudes y conductas negativas hacia los demás. Todo esto también puede ir acompañado por el sentimiento de culpa. De esta forma, postula dos perfiles diferentes en el proceso del Síndrome de Quemarse por el trabajo.

- Perfil I: lleva al surgimiento de sentimientos y conductas vinculados al estrés laboral que originan una forma moderada de malestar, pero no incapacita al individuo para el ejercicio de su trabajo. Hay baja ilusión por el trabajo, altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero no hay sentimientos de culpa.
- Perfil II: son los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del síndrome. Además de los síntomas del perfil I, los individuos presentan sentimientos de culpa.

Benevides-Pereira et. al (2010) sostienen que un trabajador posee gran cantidad de posibilidades de sufrir el síndrome de burnout, cuando los estímulos del estrés laboral continúan frecuentes y/o intensos, sumados a características organizacionales negativas y el trabajador desarrolla una forma de defensa disfuncional para sobrevivir al puesto laboral.

Este síndrome es considerado una consecuencia del estrés laboral crónico y se caracteriza por el desgaste en la relación trabajo-trabajador y se destaca por ser:

- una respuesta al estrés laboral cuando fallan las estrategias de afrontamiento del sujeto;
- sufrimiento psíquico relacionado al trabajo;
- desgaste físico y mental en que el individuo puede tornar-se agotado;
- síndrome de la mala adaptación;
- un síndrome psicológico en respuesta a los estresores interpersonales crónicos en el trabajo;
- proceso latente de erosión psicológica resultante de la exposición prolongada al estrés laboral;
- un problema social de extrema relevancia;
- una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos y actitudes que tiene un significado negativo para el individuo que conlleva a consecuencias negativas para el trabajo;
- un síndrome caracterizado por síntomas y características de agotamiento físico, psíquico y emocional, de forma prolongada y altamente estresante;
- una de las consecuencias más relevantes del estrés laboral.

Según Castillo y Andrade (2018) el síndrome de burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la

persona y organización; y, generalmente, se produce en el marco laboral de profesiones con alto grado asistencial, ya sean medicina, enfermería, docencia, psicología, trabajo social, ventas, policía, cuidadores, personal de atención al público, etc.

Dichos autores refieren a la definición y caracterización del burnout, según el aporte de la literatura científica pertinente:

El Síndrome de Burnout, también conocido como síndrome de aniquilamiento, síndrome de estar quemado, síndrome de desmoralización o síndrome de agotamiento emocional o profesional, es considerado por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad laboral que provoca detrimento en la salud física y mental de los individuos (Apiquian, 2007, p. 1).

En la manifestación del burnout, para Velásquez (2012) concuerdan:

- alteraciones físicas (como cefaleas, insomnio, alergias osteomusculares, gastrointestinales y cardiorrespiratorias, entre otras.),
- psíquicas (ansiedad, angustia, fatiga mental, comportamientos paranoides o agresivos, entre otras.),
- sociales y,
- conductuales (absentismo, adicciones, distanciamiento emocional, conflictos laborales y familiares, entre otras).

Gilla et. al (2019) definen al síndrome de burnout como una respuesta al estrés laboral crónico que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que, de forma habitual, emplea el individuo para manejar los estresores laborales. Sus principales síntomas son el agotamiento emocional (cansancio y fatiga por el contacto con otras personas y puede manifestarse física o psíquicamente), la despersonalización (desarrollo de sentimientos negativos, actitudes y respuestas excesivamente individuales, distantes y frías) y la falta de realización personal (desilusión y dificultad para dar sentido a la propia vida y a los logros personales, abundan los sentimientos de fracaso y baja autoestima).

1.2.1.3. Dimensiones del burnout

Según Partarrieu (2018), los psicólogos clínicos suelen estar bajo un estrés psicosocial ante las expectativas de cambio, metas y demanda de logros terapéuticos a los cuales deben responder. En el caso de que no ocurra y fracasen los intentos de cambiar la situación, aparecen los síntomas del burnout: agotamiento físico y emocional, distanciamiento y cinismo hacia los pacientes, poca satisfacción por su trabajo, entre otros. De esta forma, este síndrome no es intrínseco a las personas, sino del ambiente social en el cual se desarrolla el trabajo y las exigencias para la realización del mismo.

Una reciente investigación de Salyers (2017) estudió la relación entre burnout y calidad y cuidado de la salud de los profesionales. Los resultados arrojaron una relación negativa entre las variables en dicha población, prevaleciendo la dimensión de agotamiento emocional como uno de los factores de riesgo más importantes que puede interferir en la relación terapéutica y en la atención optima hacia los pacientes. Con respecto a los psicólogos, algunos estudios encontraron diferencias significativas estadísticamente entre los que trabajan en el plano institucional y aquellos de la práctica privada, prevaleciendo mayor índice de burnout en el primer grupo. Las demandas institucionales se relacionan con el agotamiento emocional, mientras que la falta de recursos a la despersonalización.

Los psicólogos clínicos pueden experimentar, de esta forma, sensaciones de frustración cuando no logran cumplir sus metas, ya sea en lo relacionado a rol terapéutico (atención, responsabilidad, preocupación individual), a las dificultades en torno al proceso terapéutico (lentitud del ritmo en el progreso de la terapia) o a las condiciones de trabajo (carga de trabajo excesiva, políticas organizacionales). Todo esto puede generar fuentes adicionales de estrés, particularmente para los terapeutas con base institucional.

Ante estos problemas, los profesionales de la salud mental pueden reaccionar redoblando sus esfuerzos para transformar la situación negativa, pero estos esfuerzos pueden resultar contraproducentes cuando se los percibe como improductivos. Es en este contexto y, como consecuencia de estos obstáculos, que aparece el síndrome de burnout, ya que la primera causa del burnout en los terapeutas es la percepción de no estar logrando éxito en el tratamiento ante sus pacientes.

Oñate et. al (2016) señalaron en sus investigaciones que altos niveles de burnout, se relacionan con un estado de salud deficiente y detallaron algunos indicadores:

- Afectivo-emocionales: sentimientos de soledad, alienación, impotencia, omnipotencia, ansiedad, preocupación excesiva, dificultad para sentir compasión, interés excesivo en la salud física, introvertirse o “soñar despierto”.
- Actitudinales-conductuales: agresividad, aislamiento, cambios bruscos de humor, enojo frecuente, irritabilidad, no verbalizar, cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia, indecisión, descontento injustificado, aumento de tabaquismo, aumento de dependencia de drogas tranquilizantes y somníferos, exceso de comida, o menos comúnmente, falta de apetito, cansancio al despertar, disminución en la calidad y cantidad de trabajo.
- Somáticos: palpitaciones, hipertensión, crisis asmáticas, mayor frecuencia de infecciones, alergias, tensión muscular, dolores cervicales y de espalda, fatiga, alteraciones menstruales, úlcera gastroduodenal, diarrea, insomnio, dolor y opresión en el pecho, indigestión y distensión abdominal, impotencia sexual o falta de libido, sensaciones de hormigueo en brazos y piernas, cefalea, migraña, erupciones cutáneas.

Castillo y Andrade (2018) refieren a que el burnout se compone de tres dimensiones fundamentales: cansancio emocional, que es el rasgo fundamental; la despersonalización, que surge por la necesidad de protegerse de la impotencia que genera la primera dimensión, se adopta una actitud impersonal hacia los demás, se muestra cínico, distanciado; y el sentimiento de inadecuación personal y profesional, como falta de realización personal al comprobar que las demandas exceden la capacidad para atenderlas.

Estas tres dimensiones transcurren a lo largo de etapas definidas y observables:

- Entusiasmo: período inicial matizado por altas expectativas, esperanzas y energía, donde el trabajo lo es "todo".
- Estancamiento: se jerarquiza la satisfacción de las propias necesidades, fuera ya del entorno laboral, y el trabajo pasa a otro plano menos importante.
- Frustración: se comparan la propia valía y la del trabajo, y en la que los límites impuestos por éste comienzan a amenazar los propósitos. Aparecen problemas emocionales, físicos y conductuales y deviene la apatía, donde "el trabajo es sólo el trabajo", y se invierten en él un mínimo de esfuerzo y un tiempo insuficiente. También se evita a los usuarios y se continúa únicamente por la seguridad que éste proporciona.

Tales manifestaciones se presentan como una serie de síntomas que en el contexto organizacional se han propuesto con el objetivo de identificar este síndrome:

- Síntomas emocionales: depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes/pacientes, supresión de sentimientos.
- Síntomas cognitivos: pérdida de significado, de autoestima, de creatividad, de valores, desaparición de expectativas, modificación de auto-concepto, desorientación cognitiva, distracción cinismo, criticismo generalizado.
- Síntomas conductuales: evitación de responsabilidades, absentismo laboral e intenciones de abandonar la organización, desvalorización, auto-sabotaje, desconsideración hacia el propio trabajo, conductas inadaptadas, desorganización, sobre-implicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.
- Síntomas sociales: aislamiento y sentimientos de fracaso, evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor familiar, formación de grupos críticos, evitación profesional.
- Síntomas psicosomáticos: cefaleas, dolores osteomusculares, quejas psicosomáticas, pérdida de apetito, cambios de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales, aumento de ciertas determinaciones analíticas (como colesterol, triglicéridos, glucosa, ácido úrico).

1.2.1.4. Factores que pueden desencadenar el burnout

Benevides-Pereira et. al (2010) hacen referencia a algunos factores que pueden llevar al trabajador a sufrir burnout:

- el peso de los factores institucionales es mayor en el desarrollo del síndrome que el de los factores personales;
- los cambios ocurridos en el entorno socioeconómico y en el mercado laboral;
- los cambios en la estructura de los sectores y aparición de nuevas formas de trabajo caracterizadas por la necesidad de trabajar más tiempo en contacto con las personas a las que se dirige el trabajo;
- la personalidad y el temperamento;
- la cultura y el clima organizacional;
- factores ambientales;
- factores personales, que incluyen variables demográficas (como la edad o escolaridad); características de personalidad y actitudes relacionadas con el trabajo;
- la interacción entre factores personales y del propio entorno laboral;
- sobrecarga de trabajo;
- falta de apoyo social, organizacional;
- alta responsabilidad;
- la demanda emocional del relacionamiento interpersonal entre los profesionales con aquellos que reciben sus servicios.

Al igual que los demás profesionales de la salud, los psicólogos pueden desarrollar un mecanismo de defensa llamado “cinismo” o “despersonalización” como forma de distanciarse de la enfermedad, sufrimiento y involucramiento de su paciente. Otro factor que puede contribuir a la aparición del mismo, puede ser la identificación con lo que el paciente lleva a la terapia, principalmente cuando el psicólogo no está o no pasó por un proceso terapéutico y/o no posee la formación adecuada.

Otro factor que representa un riesgo puede ser el exceso de demanda cuantitativa y cualitativa de algunos psicólogos, por la gran cantidad de pacientes que el psicólogo dispone a atender. Esto puede desencadenar otra dimensión del burnout: el agotamiento emocional.

Forbes Álvarez (2011) hace referencia a las causas del burnout, podrían ser horarios de trabajo excesivos, altos niveles de exigencia, condiciones a nivel personal (como tolerancia al estrés, frustración, etc.) y organizacionales (deficiencias en la definición del puesto, ambiente laboral, otros); confusión entre expectativas y prioridades; falta de seguridad laboral; exceso de compromiso en relación con las responsabilidades del trabajo, entre otros.

Cialzeta (2013) toma a los autores Gil-Monte y Peiró, quienes identificaron cuatro niveles de factores desencadenantes del burnout:

a) Nivel individual: los sentimientos idealistas y altruistas llevan al individuo a involucrarse excesivamente en los problemas de los pacientes, y convierten a la solución del problema en una cuestión de reto personal. Como consecuencia, hay sentimientos de culpa por los fallos, propios y ajenos, generando un alto grado de agotamiento emocional y disminución de la sensación de realización personal.

b) Nivel de relaciones interpersonales: las relaciones con beneficiarios y compañeros de trabajo conflictivas, tensas y prolongadas, la falta de apoyo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o administración de la organización son fenómenos característicos que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.

c) Nivel organizacional: los profesionales de la salud trabajan en estructuras que presentan el esquema de una burocracia profesionalizada, que lleva a generar problemas de coordinación entre sus miembros, dificultades en la libertad de acción, incompetencia de los profesionales, respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas institucionales.

d) Nivel social: las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones actúan como factores desencadenantes, ya sea el aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de status y/o prestigio de la profesión, aparición de nuevas leyes que regulan el ejercicio profesional, cambios en los perfiles demográficos de la población que obligan a cambios en los roles.

1.2.1.5. Consecuencias del burnout

Gilla et. al (2019) sostienen que las consecuencias del burnout pueden ser alteraciones físicas, psicológicas y conductuales que tienen relación con el estrés y suelen derivar en problemas en el entorno laboral, como, por ejemplo: hostilidad, dificultad para concentrarse en el trabajo, aumento de relaciones conflictivas con los compañeros, retraso y ausentismo laboral. Estas dificultades pueden asociarse con una disminución en la efectividad, calidad, calidez y productividad en el desarrollo del trabajo.

Forbes Álvarez (2011) postula que el mismo puede afectar a nivel psicosocial, generando deterioro en las relaciones interpersonales, depresión, cinismo, ansiedad, irritabilidad y dificultad de concentración. Los problemas conductuales pueden progresar hacia conductas de alto riesgo como juegos de azar, comportamientos que exponen la salud, conductas relacionadas al suicidio, entre otros. El cansancio definido en el síndrome, no solo sucede a nivel emocional sino también a nivel de relación con otras personas y del propio sentimiento de autorrealización.

Como consecuencias a nivel físico, puede aparecer insomnio, deterioro cardiovascular, úlceras, pérdidas de peso, dolores musculares, migrañas, problemas de sueño, desordenes gastrointestinales, alergias, asma, fatiga crónica, problemas con los ciclos menstruales o daño a nivel cerebral inclusive. Otros signos característicos del síndrome pueden ser también el abuso de sustancias y presencia de enfermedades psicosomáticas.

Dentro del entorno laboral, las consecuencias pueden llegar a ser: disminución en la calidad o productividad del trabajo, actitud negativa hacia las personas a las que se les da servicio, deterioro en las relaciones con los compañeros, aumento del absentismo, disminución del sentido de realización, bajo umbral para soportar la presión y conflictos de todo tipo, entre otros.

1.2.1.6. Niveles del burnout

Según Cialzeta (2013), existen cuatro niveles de burnout, teniendo en consideración que la progresión del síndrome no es lineal sino cíclica, pudiendo repetirse varias veces en el tiempo, por lo que los aspectos mencionados pueden estar presentes en mayor o menor grado; debido a que su aparición no es de forma súbita, sino paulatina:

- a) Leve: aparece el cansancio, quejas vagas, dificultad para levantarse a la mañana.
- b) Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo
- c) Grave: automedicación con psicofármacos, ausentismo laboral, rechazo al trabajo, abuso de sustancias
- d) Extremo: marcado retraimiento, cuadros psiquiátricos, riesgo suicida.

Luego, en relación al estrés, según Cialzeta (2013) lo define como un concepto mucho más amplio que el burnout, y este último puede incluirse en el primero. La diferencia de uno con el otro es que el estrés puede ocurrir en todo tipo de trabajo, en cambio el burnout ocurre más frecuentemente en aquellos que trabajan con un trato directo con personas y es el resultado de un estrés emocional que se va incrementando en la interacción con ellos y en el tiempo. El burnout es la etapa final del estrés laboral, es el específico de profesiones de servicios humanos por el contacto directo con las personas.

El estrés por sí mismo no causa burnout, ya que las personas pueden continuar aptas para prosperar, aun teniendo un marco estresante. Por otra parte, el burnout tiene cualidades muy específicas porque está asociado a la fatiga, a la sobrecarga en relación con el contenido laboral, al continuo y estrecho contacto interpersonal, a la despersonalización y a la falta de motivación por el trabajo que se desempeña.

Carvajal y Hermosilla (2011) toman al autor Hans Selye quien, en la década de los '30, descubrió lo que en su momento definió como trastorno general de adaptación y hoy es conocido como estrés. Lo consideró como una respuesta del organismo ante la percepción de una amenaza caracterizada por:

- una fase de alarma (donde el organismo el que se prepara para dar una respuesta),
- una fase de resistencia (aparecen los cambios específicos que permitirá enfrentar a la persona la situación)
- y una fase de agotamiento (se produce un progresivo desgaste de la energía utilizada para hacer frente a la amenaza).

Hablamos de estrés laboral, cuando dicha percepción de amenaza se encuentra en relación con la organización y gestión del trabajo.

En cuanto a las consecuencias del estrés laboral y del burnout, las autoras sostienen que están asociadas a las actitudes y conductas negativas desarrolladas por el sujeto tales como suspicacia, agresividad, aislamiento o irritabilidad. Estas actitudes pueden ir deteriorando las relaciones interpersonales generando una serie de consecuencias como la evitación de contactos sociales o la pérdida de redes de apoyo.

Otras consecuencias también pueden ser a nivel organizacional: abandono o intenciones de abandono del puesto de trabajo, absentismo laboral, mayor número de rotación, bajas laborales y decremento en la producción.

Campero, De Montis y González (2013) en su investigación refirieron a que el estrés laboral puede afectar la calidad de vida y la productividad, porque compromete la salud de los trabajadores y el sistema económico de una institución. Lo que puede generar estados de fatiga crónica y actitudes de pasividad o alienación es la sobrecarga crónica, los trabajos excesivamente rutinarios y bajo presión.

En cuanto a las consecuencias económicas y sociales, aumentan año a año, ya que los índices de ausentismo, baja productividad, accidentes profesionales, lucro cesante y el cambio de funciones están creciendo, generando incidencia sobre la salud mental y física de los individuos.

Resumidamente, el estrés laboral produce una serie de consecuencias y efectos negativos, ya sea a nivel del sistema de respuesta fisiológica como del sistema cognitivo y motor.

1.2.2. Burnout y depresión

Koutsimani et. Al (2019) definen al burnout como un síndrome psicológico caracterizado por agotamiento, sentimientos de cinismo y reducción de la realización personal. Se relaciona con varias formas de retiro, como el ausentismo y la intención de dejar el trabajo, ya que es la incapacidad o falta de recursos del trabajador para atender las demandas asociadas con las tareas del trabajo.

Anteriormente, ha habido desacuerdos sobre si burnout y depresión son lo mismo o son constructos diferentes, ya que parecen compartir algunas características o síntomas en común (como pérdida de interés, problemas de concentración, entre otros). El burnout recién a partir de mediados de 1970 empezó a ser investigado a través del psiquiatra Herbert Freudenberger y la psicóloga social Christina Maslach. Freudenberger en 1974 fue el primero en describir el concepto de burnout como fallas, desgaste o agotamiento al hacer excesivas demandas de energía, fuerza o recursos. En 1996 Maslach et al. lo definieron como la experiencia de agotamiento, donde las personas tienen un comportamiento cínico hacia el valor de su ocupación y hasta dudan de su capacidad para desempeñarse.

Existen desacuerdos entre investigadores que estudian burnout como si existe una superposición entre el mismo y la depresión. Freudenberger (1974) sostiene que las personas que sufren de burnout se ven y actúan como si tuviesen depresión. No se puede pasar por alto que varios síntomas del burnout son similares a los de la depresión, ya que el mismo se caracteriza por la pérdida de interés o placer, estado de ánimo deprimido, fatiga o pérdida de energía, deterioro de la concentración y sentimientos de inutilidad, disminución o aumento de apetito, problemas para dormir e ideación suicida. Sin embargo, y a pesar de su gravedad y parecido con las características de la depresión, burnout no se menciona en el DSM-V, y todavía no existen criterios diagnósticos para identificarlo. Esto tiene como consecuencia que personas con burnout sean diagnosticadas y tratadas como lo hacen con personas que sufren depresión.

Varios investigadores han argumentado que, debido a que los estudios encontraron una correlación consistente de media a alta entre los dos conceptos, esto podría causar una superposición y que burnout pase a ser una dimensión de la depresión y no un fenómeno psicológico distinto.

Bianchi et. Al (2013) definen al burnout como el producto final de un proceso de estrés crónico relacionado con el trabajo, con el fracaso de un adecuado afrontamiento y retirada asociada con el agotamiento de recursos. Las personas se sienten indefensas, desesperanzadas e impotentes y, a pesar de que siempre existió una importante investigación empírica, el estado nosológico de la persona que sufre burnout sigue siendo controvertido y no se lo reconoce como una condición distinta en sistemas de clasificación diagnóstica. Una cuestión clave en este asunto hace referencia a la superposición de burnout y depresión. Por más que burnout comparta características con la depresión, hay un consenso creciente de que el mismo es irreducible a un mero subtipo de depresión y presenta un cuadro clínico

específico. Sin embargo, la mayoría de los estudios que respaldan este punto de vista adolecieron de muestreo inadecuado, confundiendo el burnout con estrés laboral leve o moderado.

Schonfeld et. Al (2019) definen al burnout como una aflicción en la que las personas quedan agotadas por una confrontación a largo plazo con estresores laborales que no pueden manejar. Aunque el burnout a nivel físico, cognitivo y emocional es considerado como la manifestación de agotamiento por excelencia, se ha argumentado que también lo caracteriza la despersonalización y cinismo, que es el retiro del trabajo, incluyendo el distanciamiento de las personas con las que uno está conectado, y la sensación de disminución de logros personales e ineficacia profesional.

Al burnout se lo considera un problema de salud pública, ya que ha coexistido con marcadas dificultades para caracterizarse, y una de esas ellas es que se superpone al término de depresión. La misma ha sido concebida como el resultado de un déficit de valores positivos, experiencias gratificantes y un exceso de experiencias negativas y punitivas, es una respuesta básica y universal al estrés irresoluble en los seres humanos.

Existen al menos dos formas de ver el vínculo entre burnout y depresión: una es que cualquier redundancia entre burnout y depresión es esencialmente técnica, producida por el hecho de que las medidas de depresión a menudo incluyen síntomas de burnout, inflando así “artificialmente” las correlaciones entre las medidas de los dos constructos; y la otra, es que la superposición puede ser más profunda y reflejan el hecho de que lo que entendemos por burnout en realidad es una depresión.

Para Cantero-Téllez et. al (2009) la depresión se puede vincular con el síndrome de burnout, ya que afecta la estructura personal y familiar de la persona, reflejándose en la calidad y desempeño laboral. Este síndrome tiene la característica de componerse por tres dimensiones: despersonalización, cansancio emocional y reducida autorrealización, lo cual conlleva al decremento de la efectividad en el trabajo.

La diferencia entre un término y el otro, es que el burnout es estrictamente un constructo social que surge como consecuencia de las relaciones interpersonales y organizacionales, mientras que la depresión es un conjunto de emociones y cogniciones que tiene consecuencias sobre esas relaciones interpersonales.

El aspecto que permite diferenciar el burnout de la depresión, es que el primero consta de una sensación de impotencia que está confinada al ámbito laboral, mientras que en el segundo se esparce cubriendo todos los aspectos de la vida de la persona.

Betta Olivares et. al (2007) sostienen que diferentes investigaciones son las que advierten sobre el desgaste laboral que produce trabajar de una profesión vinculada fuertemente con el sufrimiento y traumas del ser humano, como por ejemplo psicólogos clínicos o terapeutas.

Dentro de la terminología de desgaste laboral asociado a la práctica de la psicología clínica, se destacan conceptos como el síndrome de burnout, el estrés traumático secundario, la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, el abuso de sustancias y los problemas en las relaciones interpersonales. También, el desgaste cotidiano frecuentemente deriva en un aumento de licencias médicas, ausentismo laboral y disminución en la productividad de los profesionales. Los autores llegaron a la conclusión de que los profesionales que se encuentran desgastados, realizan un trabajo más deficiente en comparación a aquellos que no lo están.

1.2.3. Depresión

1.2.3.1. Historia del término

Ruiz Alzate (2016) sostiene que el campo de la salud mental ha sido estudiado desde diversas perspectivas a través del tiempo: desde sus inicios cuando la depresión era considerada como posesión demoniaca y melancolía, hasta actualmente donde es conocida como una esfera importante que compone al ser humano de forma integral, y que es aspecto primordial para su desarrollo psicosocial en su entorno.

Lo que hoy se llama “depresión” ha acompañado al ser humano a lo largo de la historia como una realidad clínica, aunque su interpretación ha sido transformada por el avance evidente de la ciencia e investigación; y es considerada hoy como un trastorno del estado de ánimo con una base fisiológica y bioquímica conocida.

La depresión, llamada hasta el siglo XIX “melancolía”, tuvo siempre un impacto importante en la civilización y cultura, y es uno de los trastornos más antiguos de los que se tiene constancia. A lo largo de la historia se evidencia su presencia a través de escritos y obras de arte, pero también, mucho antes del nacimiento de la Psiquiatría, es conocido y catalogado por los principales tratados médicos de la Antigüedad.

El origen del término “melancolía” apareció en la cultura griega clásica con Hipócrates y su teoría de los cuatro humores: la sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla. A partir de esto, explicaba todas las enfermedades y los cambios de temperamento o “humor”, con la influencia de estos cuatro líquidos corporales, donde un exceso de sangre causaba comportamientos hiperactivos (maníacos), mientras que el exceso de bilis negra causaba un comportamiento apático, abatido y un manifiesto sentimiento de tristeza. Hipócrates afirmaba que todas las enfermedades eran resultado del equilibrio humoral por exceso o corrupción de uno de los humores.

Para el siglo XV, durante el Renacimiento, se renueva la descripción aristotélica del temperamento melancólico y su relación con el genio artístico y la locura creativa. Marsilio Ficino, médico florentino neoplatónico, al analizar la obra de Aristóteles (Problema XXX) desde esa perspectiva, propuso que las personas con una mayor cantidad de bilis negra poseían un don especial para la creación artística.

De esta forma, la melancolía se transforma en tema literario y dramático. Pero fue Robert Burton la figura más importante del Renacimiento relacionada con la melancolía, quien dedicó casi toda una vida a redactar su *Anatomía de la Melancolía*: fue un ensayo médico y filosófico en el que ofrecía una concepción multifactorial de la depresión, según la cual la enfermedad no tiene una causa única, sino que podía tener varias a la vez: desde el amor a la religión, pasando por la política, la influencia de las estrellas o el simple aburrimiento, y en ocasiones se podía acompañar de delirios o fantasías, resaltando el miedo y la tristeza como síntomas principales.

Más tarde, en el siglo XVII, época de la Revolución científica, las visiones antiguas y medievales sobre la naturaleza fueron transformadas por ideas y conocimientos nuevos que fueron surgiendo, y permitió que sentaran las bases en la ciencia moderna. Así, el médico inglés Thomas Willis planteó una explicación de la melancolía desde procesos químicos localizados en el cerebro y corazón, y fue avanzando en el conocimiento de la dolencia. Luego, William Cullen, estudió los conceptos de carga y descarga en los seres vivos sometidos a electricidad y extrapoló sus hallazgos a la función cerebral. De este modo, fue que relacionó la melancolía con un estado de menor energía cerebral: el melancólico sufría una situación de falta de tono nervioso o “anergia”. Fue durante la segunda mitad del siglo XVIII, que William se dedicó a clasificar minuciosamente las enfermedades, incluyendo a la melancolía dentro del apartado de neurosis o “enfermedades nerviosas”. Así, la causa principal de la melancolía sería un exceso de torpeza en el desplazamiento de la energía nerviosa, quedando abandonada la teoría humoral por este autor.

Luego, en 1725, Richard Blackmore, médico británico, que respaldó que la observación y experiencia del médico debía tener prioridad sobre cualquier ideal aristotélico, es quien acuñó el hoy tan popular término de “depresión”.

Es así que, a lo largo del siglo XIX, la comprensión del trastorno depresivo y sus mecanismos evolucionó completamente. Philippe Pinel, el padre de la psiquiatría moderna, encontró el origen de los trastornos anímicos: estaba en la percepción y en las sensaciones, inaugurando una época de causas morales (ya sea fanatismo religioso, desilusiones intensas, amores apasionados, etc.), y destacó que, sin antes atacar a esas causas, no se podía tratar a la melancolía, llamada por él “delirio parcial sobre un objeto”.

En 1801 es Pinel quien redacta el *Tratado médico filosófico sobre la alienación mental o la manía*. Allí diferenciaba cinco tipos de alienación mental: la melancolía, la manía sin delirio, la manía con delirio, la demencia y el idiotismo.

En 1847 el principal discípulo de Pinel, Jean Etienne Dominique Esquirol, atacó la reforma psiquiátrica de espíritu positivista que sentó las bases de la identificación entre loco y enfermo mental. Esquirol fue quien sustituyó la melancolía por monomanía, que se caracterizaba por el delirio limitado

a un objeto o un pequeño número de objetos. También diferenciaba dos tipos de monomanías: las *typemanías*, con delirio parcial y estados de tristeza; y la monomanía propiamente dicha, con delirio parcial y pasión excitante o alegre.

A medida que pasa el tiempo y con el desarrollo de la psiquiatría, la terminología empleada para referirse a la melancolía o depresión, adquirió una mayor especificidad y claridad. Es durante las primeras décadas del siglo XX que el concepto de depresión se desglosó en otros como: ansiedad, histérica, hipocondría, obsesión, fobia, distimia o trastorno psicósomático. Luego, la Organización Mundial de la Salud definió la depresión endógena o mayor como un síndrome orgánico con síntomas con alteraciones del pensamiento, impulsos, tristeza corporal y trastornos de los ritmos vitales; además de presentar síntomas somáticos.

Durante este siglo fue que se profundizó en la comprensión de los mecanismos fisiológicos, bioquímicos y farmacológicos que se relacionan con la depresión. A su vez, la transformación del conocimiento y el avance de la ciencia permitieron que la definición de la depresión fuera creciendo y se fuera complementando hasta llegar a lo que la medicina moderna definió como cualquier trastorno del humor que disminuya el rendimiento en el trabajo o limitara la actividad vital habitual y siempre considerándolo un trastorno digno de atención médica y susceptible de ser tratado mediante farmacoterapia y/o psicoterapia.

Así como la depresión, se descubrieron en la actualidad diversos e innumerables trastornos mentales que fueron ampliando el campo de estudio en salud mental, asociando al ser humano a su entorno y al papel que desempeña en la sociedad.

González Escobar y Valdez Medina (2005) sostienen que la depresión es la alteración más frecuente del estado de ánimo ya que ocurre entre el 5% y 10% de la población general, con mayor frecuencia en mujeres que en hombres y aparece sobre todo entre los 18y 44 años de edad. De esta manera, se calcula que 340 millones de personas en el mundo aproximadamente la sufren.

Los autores refieren a que las consecuencias de la depresión representan un peligro para la vida, ya que entre el 10% y el 15% de las personas que padecen depresión grave se suicidan o lo intentan. De esta forma, el suicidio ocupa el noveno lugar entre las causas de muertes. Con respecto a esto, los reportes estadísticos presentados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000) mostraron un incremento tanto en intentos de suicidio como suicidios consumados en el país de México: mientras que en 1980 ocurrieron 42 intentos y 672 suicidios consumados, en 1999 hubo 417 intentos y 2531 suicidios consumados. Esto representa un incremento del 892% en los primeros y un 276% en los segundos.

La depresión como concepto no ha dejado de provocar controversias: Adolf Meyer introduce el término al campo de la psiquiatría en 1908, rechazando el de melancolía y el sistema taxonómico

europeo. Para el autor, los síntomas de la depresión permitían a la persona protegerse ante situaciones en las que fracasaba. Es así que entre 1920 y 1950 se aplicaron secuencialmente y en un solo paciente, diferentes tratamientos para reducir la sintomatología depresiva, ellos incluían la psicoterapia psicoanalítica, el coma insulínico, la narcosis o la psicocirugía, entre otros.

Ante esta perspectiva, fue Zubin en 1954 quien planteó la necesidad de una definición rigurosa del concepto depresión, las técnicas necesarias para detectar el mismo y cuantificar su grado, el tipo de personas susceptibles y el desarrollo de algún método que permita su estudio en estado puro.

Pichot en 1986 puso énfasis en la clasificación de los estados depresivos, considerándolo un problema abierto ya que la depresión estaba ambiguamente definida y, por este motivo, no existía un acuerdo sobre sus problemas básicos, tales como, por ejemplo, la naturaleza de las categorías o dimensiones en que basarse.

Autores más recientes, como Compas y Gotlib (2003) y Ostrowsky (2000), plantean que en la actualidad el problema para el estudio de la depresión es la confusión que existe alrededor del término, tanto en el uso que hacen de él los profesionales de la salud pública, como las personas en general, ya que genera ideas de tristeza o infelicidad.

1.2.3.2. Definición del término

Según Enrique Castellón Leal et. al (2016) uno de los graves problemas a los que se enfrentan las personas con depresión, es la naturaleza inespecífica de los síntomas, lo cual dificulta su identificación en el trabajo. Como ha resaltado la iniciativa Depression in the Workplace (2013), la mayoría de los expertos en recursos humanos expresa que no se encuentran cualificados para afrontar la depresión y tampoco disponen de recursos para ello. El tabú que todavía existe en la sociedad sobre el término “depresión”, genera que no se realicen diagnósticos adecuados o que, muchas veces, no se haga un diagnóstico necesario para la persona con depresión. Otro factor involucrado y que perjudica esta temática, es el estigma de la depresión y los prejuicios asociados, que conllevan a que muchos pacientes que la padecen no la llaguen a reconocer. Toda esta situación es consecuencia de la falta de información científica y de calidad, provocando el rechazo al paciente e impide que la persona afectada reciba la atención correspondiente.

Los autores postulan que la depresión es considerada una enfermedad potencial y frecuentemente crónica, con una alta tendencia a la recurrencia que supone la segunda causa de discapacidad. La depresión no solo es un problema estrictamente sanitario, hay que enmarcarlo en un contexto que además se vincula con el bienestar social del sujeto, ya que influye negativamente en él, en su familia y en la sociedad en conjunto.

Betta Olivares et. al (2007) definen a la depresión como un conjunto de síntomas enmarcados en alteraciones del humor de una persona ante determinados estresores de orden externo y/o interno,

fenómeno que se considera dentro de los Trastornos del Estado de Ánimo descritos por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994). Para su diagnóstico, es necesario que la persona durante un periodo de al menos dos semanas, haya experimentado un ánimo deprimido una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades que realiza. También se observan alteraciones en el apetito, en el sueño, sentimientos de inutilidad y culpa, capacidad disminuida para pensar, concentrarse, o manifestar pensamientos de muerte de manera frecuente.

Gómez Juanes (2019) define a la depresión como un trastorno mental frecuente que afecta a 300 millones de personas en el mundo, siendo alrededor de un 45 de la población. Este trastorno constituye un problema importante de salud pública dada su elevada prevalencia, las grandes tasas de discapacidad y mortalidad que implica, también su repercusión social, económica y su impacto en los sistemas de salud. Para la práctica clínica, el difícil acceso a un tratamiento eficaz, la recurrencia y refractariedad en el mismo siguen siendo grandes retos a los que se enfrenta diariamente.

La depresión se convertirá en la segunda enfermedad en términos de morbilidad según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que unas de cada cinco mujeres y doce hombres tienen depresión. Y en cuanto a niños, el 2% en edad escolar y el 5% de los adolescentes también la sufren, y en su mayoría no se identifican.

1.2.3.3. Síntomas y características de la depresión

Según Iyer y Khan (2012) la depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por una sensación de inadecuación, abatimiento, disminución de la actividad, pesimismo, anhedonia, tristeza, donde estos síntomas interrumpen gravemente y afectan de forma muy negativa en la vida de la persona, a veces hasta llegar al punto de intento o producir el suicidio. Es muy importante la búsqueda de una mayor comprensión de las causas de depresión y del desarrollo de tratamientos adicionales y efectivos. Estudios clínicos y preclínicos sugieren que el mediador clave en la fisiopatología de la depresión es el estrés.

Según Cantero Téllez y Ramírez Páez (2009), la fisiología de la depresión hace referencia a una descompensación de las monoaminas neurotransmisoras, noradrenalina, serotonina, acetilcolina y endorfinas en el sistema nervioso central. Además, la disfunción central de la neurotransmisión origina alteraciones neurovegetativas y endócrinas, sobre todo en la secreción de cortisol, hormona tiroidea y hormona de crecimiento.

Los autores sostienen que depresión se puede definir como un trastorno cuando se presentan síntomas característicos y detectables; como un síntoma aislado o en compañía de otros sin relación directa; o como un síndrome, basado en la tristeza y cuyos síntomas están relacionados. La depresión puede producirse por acontecimientos de la vida diaria (pérdidas o incapacidad para hacerles frente),

cambios químicos en el cerebro, efectos secundarios de medicamentos, diversos trastornos físicos, factores genéticos y evolutivos, entre otros.

En su investigación, refirieron a que para el 2020 se pronosticaba que la depresión sería la primera causa de retiro laboral y la segunda enfermedad más frecuente en países desarrollados. La misma, no solo afecta el bienestar físico, mental, emocional y social de los individuos, sino que también genera pérdidas a la economía de empresas, las cuales además de pagar los tratamientos, pierden ganancia de la producción que no está generando el trabajador afectado. Los factores psicosociales desempeñan un papel importante como variables de riesgo o moduladoras en el desarrollo de este trastorno.

Sin embargo, ambos autores aseveran que todos los sujetos son diferentes y no todos sufren los mismos síntomas, de esta forma se puede decir que, a nivel general, la mayoría deja de tener interés por las actividades cotidianas, siente fatiga o sensación de lentitud, problemas de concentración, trastornos del sueño, sentimientos de culpa, inutilidad o desesperanza, aumento o pérdida de apetito o de peso, disminución del deseo sexual, ideación suicida y pensamientos negativos sobre sí mismo.

Alonso y Rodados (2001) proponen cuatro categorías para los síntomas depresivos:

- Humor depresivo: estado de ánimo triste, pesimista y de desesperanza
- Anergia: debilitación de los impulsos, conduce a una extrema falta de inmovilidad que provoca falta de fuerzas y cansancio por la vida.
- Discomunicación: incapacidad de comunicación que conduce al aislamiento mediante el bloqueo de emisión y recepción.
- Ritmopatía: desorganización de las formas rítmicas biopsíquicas, como actividad, descanso, alimentación y sueño.

Gómez (2019) sostiene que la depresión se caracteriza por presentar un conjunto de síntomas de predominio afectivo, tales como tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la rutina, entre otros. También se observa la presencia de síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, hablando así de una afectación global, psíquica y física. Este abanico de síntomas de la depresión varía según la edad de presentación, encontrándose con más frecuencia en la población anciana síntomas de tipo somáticos, y síntomas más relacionados al comportamiento, como la irritabilidad, el fracaso escolar o el abuso de sustancias, en la población infantojuvenil.

La depresión es una enfermedad heterogénea y multifactorial, y su etiopatogenia es una mezcla de factores ambientales y biológicos. Las nosologías y clasificaciones internacionales DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición de la Organización Mundial de la Salud refieren a una serie de criterios para definir el diagnóstico de depresión:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades
- Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días
- Agitación o enlentecimiento casi todos los días
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados
- Disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o tentativa de suicidio o plan específico para suicidarse

Y con respecto a los criterios del CIE-10, sostiene que en los episodios depresivos típicos aparece un humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución en la vitalidad que genera reducción en el nivel de actividad y cansancio exagerado. Otras manifestaciones también pueden ser:

- Disminución de atención y concentración
- La pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- La idea de culpa y de ser inútil
- Una perspectiva sombría del futuro
- Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- Los trastornos del sueño
- La pérdida del apetito

Retomando los aportes de Ceri et al. (2020), los síntomas que se pueden exhibirse dentro de lo considerado un cuadro depresivo, son: insomnio, ansiedad, depresión, somatización y obsesión compulsiva en comparación con los profesionales de la salud no médicos. También hallazgos descubrieron que las enfermeras son las que se ven más afectadas negativamente ya que pasan más tiempo con los pacientes, realizan procedimientos invasivos y trabajan durante periodos más largos. Están expuestas a mayor peligro y estrés laboral debido a la naturaleza de su trabajo.

Los autores sostienen que hacen falta opciones de apoyo psicológico como la psicoeducación y las terapias psicológicas y que se puedan llevar a cabo con sesiones en línea, o chat entre pares y colegas. También sería conveniente recurrir a prácticas de primeros auxilios psicológicos.

Según Yang et. al (2015) los síntomas principales de la depresión incluyen estado de ánimo deprimido, anhedonia, anergia, irritabilidad, dificultad para concentrarse, sueño interrumpido, disminución en apetito y cognición, y tendencia al suicidio.

Pérez Núñez (2022) toma a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para referir que la depresión es un problema que afecta a gran parte de la población. Es considerado como un trastorno afectivo y su manifestación sintomática puede caracterizarse por: tristeza, variación de estado de ánimo y pérdida de interés en cumplir acciones cotidianas.

Asimismo, la depresión es una problemática que afecta en forma directa específicamente a los que forman parte de los sistemas sanitarios. Los síntomas más frecuentes son la pérdida de interés en las actividades, afectación en el estado de ánimo y hábitos de alimentación, causando todo esto a su vez, una reducción en la productividad de las personas del área laboral. Factores familiares, personales y ámbitos laborales demandantes y desgastantes pueden ser determinantes para la aparición de la depresión.

En este contexto y de acuerdo con datos de la OMS, la depresión pasó a ser una enfermedad que afecta a una de cada diez personas en el mundo, además de ser una de las principales causantes de muerte, ocupando el segundo lugar en personas con rango de edad de 15 a 29 años.

De esta forma, se puede concluir que la depresión se caracteriza por síntomas como abatimiento, disminución de la actividad, pesimismo, anhedonia, tristeza, dejar de tener interés por actividades cotidianas, sentir fatiga, problemas de concentración, trastornos del sueño, sentimientos de culpa, inutilidad o desesperanza; también aumento o pérdida de apetito o peso, disminución del deseo sexual y, en casos graves, ideación suicida. De esta forma, este trastorno afecta el área afectiva, volitiva e intelectual.

1.2.3.4. Factores de riesgo de la depresión

Gómez (2019) refiere a que, si bien la depresión tiene un origen multifactorial, como mencionaron los autores anteriormente, en la actualidad sigue siendo muy difícil determinar de qué manera interaccionan los factores implicados entre ellos. En relación a los factores genéticos, se observó que existe un riesgo relativo de presentar depresión de dos a tres veces para los familiares de primer grado respecto a la población general. También se ha asociado a un mayor riesgo de padecer depresión el hecho de ser mujer, haber estado casada con anterioridad (separada o viuda), estar de baja por enfermedad o maternidad, el desempleo, por ejemplo.

A partir de esta diferencia de género, se planteó el motivo por el que existe de forma tan determinada: factores genéticos, variabilidad en las escalas aplicadas que afectan los resultados, impacto diferente de los factores psicológicos o simplemente una mayor demanda de ayuda por parte de las mujeres. Los rasgos neuróticos de la personalidad también se asociaron con una mayor incidencia y recaídas de la depresión; el embarazo y el postparto también son factores de riesgo ya que generan un gran cambio y la capacidad de adaptación que exigen; cambios culturales, entre otros.

Otros factores de riesgo exceptuando el género, podrían ser la pobreza, el desempleo, las personas con discapacidad y las de baja laboral. Pero también la sociedad está desarrollando ciertos aspectos que podrían promover nuevos factores, tales como el aumento de situaciones estresantes, la peor calidad de las relaciones sociales, la modificación global de los hábitos, el aislamiento, la soledad, etc.

Según Rezaei et. al (2022), ser mujer y de mayor de edad presenta ser un factor de riesgo para la depresión. Una explicación posible a este fundamento es que las mujeres abarcan el mayor número de trabajadoras a nivel mundial en roles de menor status dentro de los sistemas de atención médica, lo que las coloca en un lugar de mayor exposición y riesgo para su salud mental. También lo relacionado a este hallazgo, es que en las últimas décadas hacia el papel de la mujer en el lugar de trabajo que las introdujo como principales impulsoras de la fuerza laboral, este cambio supuso una doble carga psicológica para las trabajadoras de la salud.

Según Bembonoswka y Josko-Ochojska (2015) los trastornos depresivos, junto a la inestabilidad mental y emocional están asociados a todo tipo de intentos de evasión de la realidad y de las penurias de la cotidianidad. Todo esto contribuye al exponente del estrés, pérdida de energía, enlentecimiento psicomotor, cambios en los ritmos biológicos, del apetito, inmunitarios y uso de estimulantes como cigarrillos, drogas y alcohol.

También tiene importancia y genera consecuencias el estilo de vida, ya que cada vez más personas llevan una vida de tipo sedentaria y esto puede generar cambios de humor, baja opinión de sí mismos y baja autoestima. Estas características sumadas a cambios de comportamiento, ansiedad, actividad física y trastornos del apetito, están relacionados inseparablemente con la depresión, ya que generan conductas no saludables y los síntomas empeoran.

Según los autores, es imposible señalar una causa de depresión porque es una enfermedad condicionada por muchos factores diferentes, ya sean factores independientes, genéticos, biológicos, hormonales, influencia de la familia o medio ambiente y los socioculturales:

- Causas genéticas: las investigaciones demostraron que, si la madre está cursando una depresión y ansiedad durante el embarazo, estas pueden ser hereditarias y causar ansiedad y trastornos depresivos en los recién nacidos
- Causas biológicas: están asociadas a trastornos a nivel de la neurotransmisión en el cerebro, se incluyen sustancias como la serotonina, norepinefrina, dopamina, ácido gamma-aminobutírico (GABA), factor de crecimiento nervioso cerebral (BDNF), entre otros. La producción reducida de los mismos, puede causar síntomas de depresión y ser responsable de la aparición de pensamientos y acciones suicidas.
- Factores sociales y estilo de vida: hace referencia a problemas familiares, experiencias traumáticas, estrés, adicciones, el estar abrumado por tareas diarias, insomnio, entre otros.

- Influencia de la familia: relaciones entre los propios padres, la relación con sus hijos; conflictos; divorcios; alcoholismo en la familia; trastornos de salud mental; violencia doméstica de carácter sexual o moral, etc.
- Factores socioculturales: la educación, religión, sistemas de valores, condiciones sociales y patrones de comportamiento.
- Otros: mudarse o cambiar el lugar de residencia o la escuela, sensación de desesperanza y falta de sentido en la vida, sexualidad, trastornos somáticos, traumas.

III. ENCUADRE METODOLÓGICO

1.1. Tipo y diseño de investigación

La siguiente investigación será cuantitativa (de acuerdo a su diseño), ya que se centrará en cuantificar los datos recopilados y analizados por medio de análisis estadístico; descriptiva y correlacional (según sus objetivos), puesto que realizará un análisis estadístico-descriptivo además de buscar establecer una relación entre las dos variables a estudiar.

De acuerdo a su temporalidad, será transversal, ya que la muestra será estudiada en un momento único, sin realizarse un seguimiento a largo plazo de la misma; y de campo, puesto que se realizará una aproximación a la realidad estudiada, recabando datos empíricos de manera directa.

1.2. Descripción de la muestra

Para esta investigación, se seleccionó una muestra de 105 psicólogos de la ciudad de Paraná entre 30 y 50 años, que tengan al menos 2 años de antigüedad ejerciendo en la clínica. En total fueron 101 los seleccionados, ya que los 4 restantes no pertenecían a la ciudad y no cumplían con el rango de edad solicitado.

1.3. Técnicas de recolección de datos

- Inventario de Maslach
- Inventario de Beck

Con respecto al instrumento para evaluar y detectar el burnout, Gilla et. al (2019) sostienen que el más utilizado es el Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach et al., 1986), contando con gran aceptación internacional. Su adaptación a la población argentina, asimismo, presenta propiedades psicométricas más que aceptables, tomando en cuenta: el coeficiente de confiabilidad computa, la prueba de chi cuadrado, el índice de ajuste comparativo, el índice de bondad de ajuste, el índice de Tucker-Lewis, el error cuadrático de aproximación y el residuo cuadrático medio estandarizado (CFI = .87, TLI = .86; RMSEA = .06; SRMR = .07), superando así la evidencia psicométrica de la versión validada por Neira (2004, citado en Gilla et. Al, 2019).

Actualmente, existen tres versiones del instrumento: MBI-Human Services Survey (MBI-HSS; Maslach y Jackson, 1981) que es la versión más clásica y está dirigido a profesionales de la salud; MBI-Educators Survey (MBI-ES; Maslach, Jackson & Schwab, 1986) y MBI-General Survey (MBI-GS; Schaufeli, Leiter, Maslach, & Jackson, 1996) de carácter genérico (Ortega-Ruiz & López-Ríos, 2004; García-García, Herrero-Remuzgo, & León-Fuentes, 2007).

Según Shoman et. al (2021), el método más utilizado para medir el burnout es el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), que está preestablecido en gran parte para correlacionarse con factores relacionados con el trabajo. Muchos ítems del inventario incluyen atribuciones causales al trabajo (por ejemplo: “me siento agotado por mi trabajo”; “me siento frustrado por mi trabajo”, y justamente por este motivo la investigación basada en el MBI sobre el vínculo entre agotamiento y factores relacionados con el trabajo, corre el riesgo de producir predicciones autocumplidas.

Según Gómez (2019), el Inventario de Beck consta igualmente de 21 reactivos, cada uno un síntoma (humor, perspectiva del futuro, fracaso, satisfacción, etcétera), para responder de 0 a 3 y abunda en los reactivos psicológicos. Una puntuación por encima de 29 califica depresión severa. Estos instrumentos evalúan la depresión, pero no establecen el diagnóstico.

1.4. Procedimientos

La muestra fue realizada en la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos. Se llevó a cabo de forma virtual y remota a través de Google Forms haciendo uso de dos cuestionarios adaptados y validados en Argentina: el primero fue el Inventario de Depresión de Beck y el segundo el Inventario de Burnout de Maslach. La muestra se consiguió entre el 24 de junio y el 5 de julio.

1.5. Análisis de datos

Primeramente, los datos se recolectaron de forma virtual y remota a partir del Inventario de Burnout de Maslach por un lado, y el Inventario de Depresión de Beck por el otro. Luego se utilizó SPSS Statistics, versión 22 para Windows, tanto para realizar análisis descriptivo por medio de tablas, como así también en el uso del coeficiente de correlación de Pearson. Y, por último, se hizo uso de la tabla de baremos según las dimensiones del burnout y los niveles de depresión, las cuales son:

Tabla 1.

Nivel bajo, medio y alto de baremos de las dimensiones de burnout.

Dimensiones del burnout	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto
Agotamiento emocional	0 a 18	19 a 26	27 a 54
Realización personal	0 a 33	34 a 39	40 a 56
Despersonalización	0 a 5	6 a 9	10 a 30

Tabla 2.

Mínima, leve, moderada y grave de baremos de depresión.

	Mínima	Leve	Moderada	Grave
Depresión	0 a 13	14 a 18	19 a 27	28 a 63

IV. RESULTADOS

1.1 Análisis sobre niveles de depresión

Niveles totales de depresión (escala de Beck):

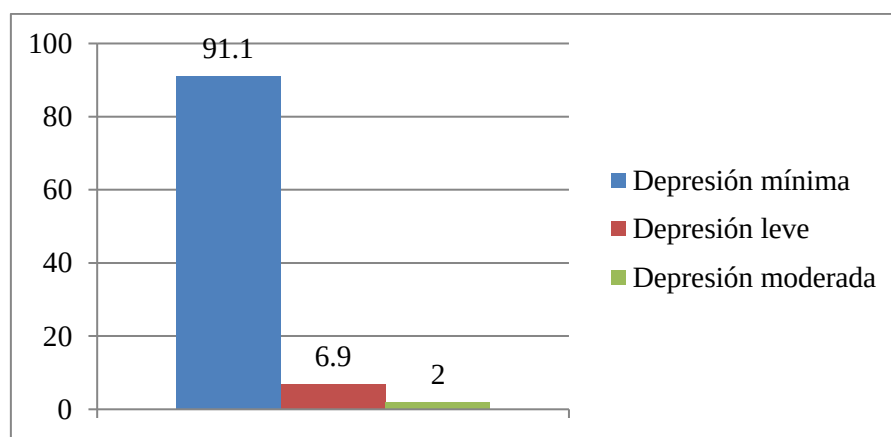
Tabla 3

Frecuencia y porcentaje de baremos de niveles totales de depresión.

		Frecuencia	Porcentaje
Niveles totales de depresión por baremos	Depresión mínima	92	91,1
	Depresión leve	7	6,9
	Depresión moderada	2	2,0
Total		101	100

Figura 1

Porcentaje de baremos de niveles totales de depresión.



Con respecto a los niveles totales de depresión:

- la mayor concentración en los cuestionarios realizados por los profesionales fue en la depresión mínima (ocupando un 91,1% respectivamente),
- mientras que 7 profesionales se ubicaron en la depresión leve, solo 2 respondieron en depresión moderada (6,9% y 2,0% respectivamente),
- y, por último, no hubo respuestas que afirmaran depresión alta.

Baremos de niveles de depresión por género:

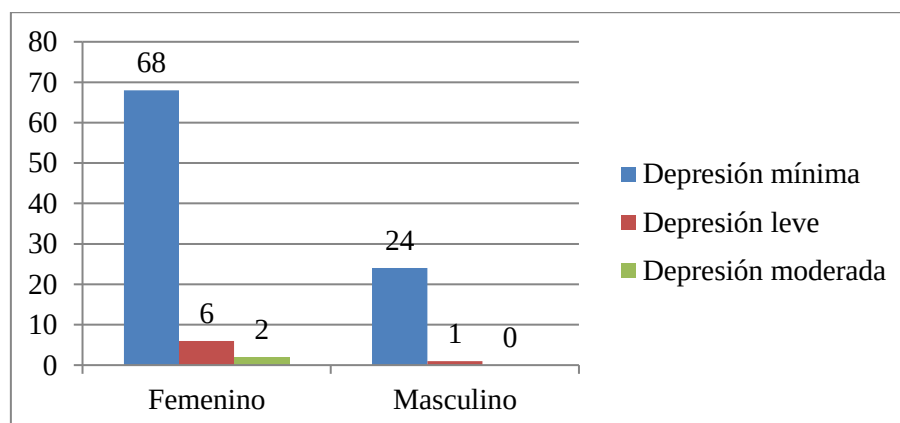
Tabla 4

Baremos de niveles de depresión por género.

		Género		Total
		Femenino	Masculino	
Baremos de niveles de depresión por género	Depresión mínima	68	24	92
	Depresión leve	6	1	7
	Depresión moderada	2	0	2
Total		76	25	101

Figura 2

Baremos de niveles de depresión por género.



En cuanto a los niveles de depresión por género:

- la mayor concentración fue en aquellos que respondieron depresión mínima, tanto mujeres como varones (68 y 24 respectivamente),
- por otra parte, 6 mujeres y 1 varón respondieron depresión leve,
- y, por último, solo 2 mujeres respondieron en depresión moderada.

Baremos de niveles de depresión por años de ejercicio (antigüedad).

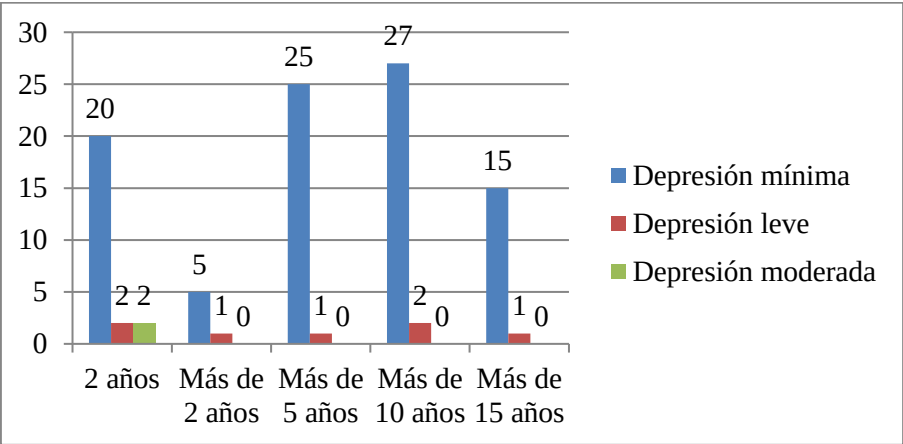
Tabla 5

Baremos de niveles de depresión por años de ejercicio (antigüedad).

		Años de ejercicio					Total
		2 años	Más de 2 años	Más de 5 años	Más de 10 años	Más de 15 años	
Baremos de niveles de depresión por años de ejercicio	Depresión mínima	20	5	25	27	15	92
	Depresión leve	2	1	1	2	1	7
	Depresión moderada	2	0	0	0	0	2
Total		24	6	26	29	16	101

Figura 3

Baremos de niveles de depresión por años de ejercicio (antigüedad).



En cuanto a los niveles de depresión relacionados con los años de antigüedad:

- hubo mayor concentración en cuanto a la depresión mínima, ya que 27 profesionales se ubicaron allí con más de 10 años; luego 25 respondieron teniendo más de 5 años de antigüedad; le siguen los 20 que trabajan hace 2 años; 15 con más de 15 años y, por último, solo 5 respondieron con más de 2 años de antigüedad.

- con respecto a la depresión leve, respondieron 2 profesionales con 2 y más de 10 años de antigüedad y solo 1 en más de 2, de 5 y de 15 años.
- y en cuanto a la depresión solo respondieron 2 profesionales con 2 años de antigüedad.

1.2 Análisis sobre las dimensiones del burnout (agotamiento emocional, realización personal y despersonalización)

Resultados totales de las dimensiones del inventario de burnout (de Maslach):

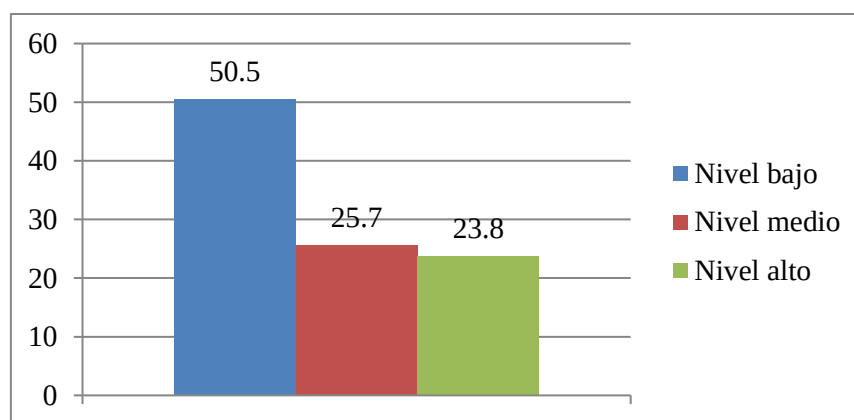
Tabla 6

Baremos de niveles totales de agotamiento emocional.

			Frecuencia	Porcentaje
Baremos de niveles de agotamiento emocional	Nivel bajo		51	50,5
	Nivel medio		26	25,7
	Nivel alto		24	23,8
Total			101	100

Figura 4

Baremos de niveles totales de agotamiento emocional.



En cuanto a niveles totales de agotamiento emocional:

- la mayor concentración fue en los niveles bajos, siendo más de la mitad de cantidad de profesionales que respondieron el cuestionario (50,5%),
- por otra parte, 26 personas se ubicaron en el nivel medio (25,7%),
- y solo 24 estuvieron en nivel alto de agotamiento emocional, siendo la menor cantidad con respecto al total de encuestados.

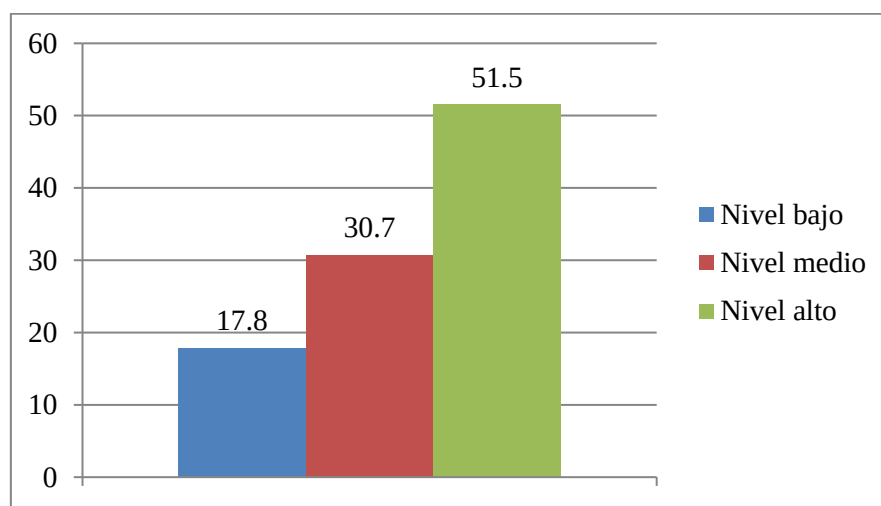
Tabla 7

Baremos de niveles totales de realización personal.

			Frecuencia	Porcentaje
Baremos de niveles de realización personal	Nivel bajo		18	17,8
	Nivel medio		31	30,7
	Nivel alto		52	51,5
Total			101	100

Figura 5

Baremos de niveles totales de realización personal.



Con respecto a los niveles totales de realización personal:

- hubo predominancia en los niveles altos, respondiendo más de la mitad de los encuestados (51,5% respectivamente),
- mientras que 31 respondieron en niveles medios (30,7%)
- y solo 18 profesionales se ubicaron en los niveles bajos de realización personal (17,8%).

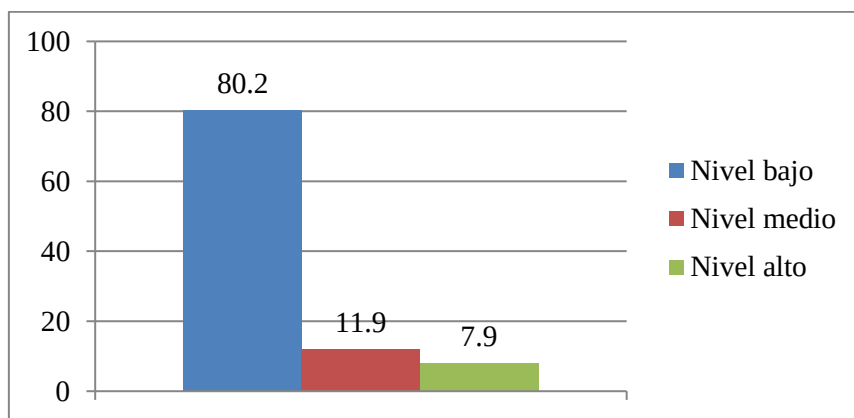
Tabla 8

Baremos de niveles totales de despersonalización.

			Frecuencia	Porcentaje
Baremos de niveles de despersonalización	Nivel bajo		81	80,2
	Nivel medio		12	11,9
	Nivel alto		8	7,9
Total			101	100

Figura 6

Baremos de niveles totales de despersonalización.



En cuanto a los niveles totales de despersonalización:

- la mayor concentración se ubicó en niveles bajos, ocupando un 80,2%,
- mientras que en los niveles medios 12 profesionales respondieron (11,9%)
- y solo 8 se ubicaron en niveles altos de despersonalización (7,9 respectivamente).

Baremos de niveles de cada dimensión del inventario de burnout por género:

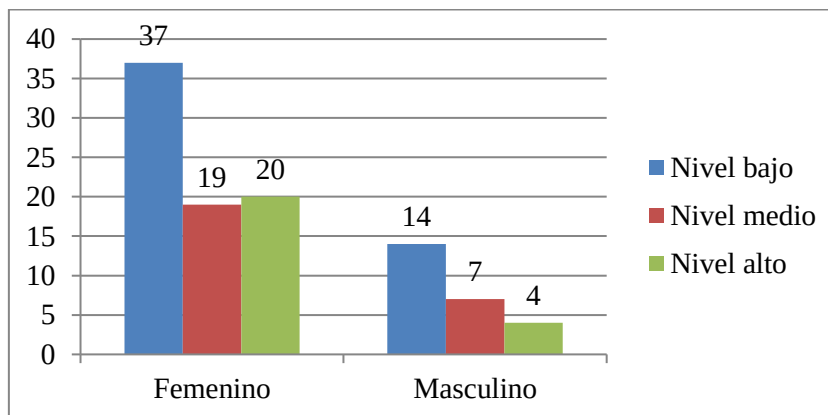
Tabla 9

Baremos de niveles de agotamiento emocional por género.

			Género		Total
			Femenino	Masculino	
Baremos de niveles de agotamiento emocional por género (inventario de burnout)	Nivel bajo		37	14	51
	Nivel medio		19	7	26
	Nivel alto		20	4	24
Total			76	25	101

Figura 7

Baremos de niveles de agotamiento emocional por género.



En cuanto a niveles de agotamiento emocional por género:

- hubo mayor predominancia en los niveles bajos de agotamiento emocional, respondiendo 37 psicólogas y 14 psicólogos respectivamente, ubicándose más de la mitad de cada género en este nivel,
- le sigue el nivel alto al cual respondieron 20 mujeres, pero solo 4 varones
- y, por último, la menor cantidad de mujeres respondieron en nivel medio (19 respectivamente) y 7 varones.

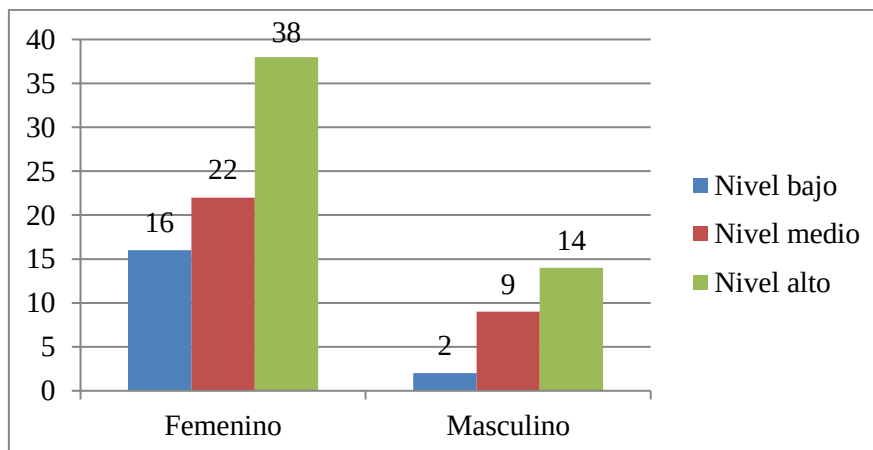
Tabla 10

Baremos de niveles de realización personal por género.

		Género		Total
		Femenino	Masculino	
Baremos de niveles de realización personal por género (inventario de burnout)	Nivel bajo	16	2	18
	Nivel medio	22	9	31
	Nivel alto	38	14	52
Total		76	25	101

Figura 8

Baremos de niveles de realización personal por género.



En los niveles de realización personal por género:

- hubo mayor concentración en el nivel alto para ambos géneros, ya que respondieron 38 mujeres y 14 varones, es decir que predominan los niveles altos de realización personal en más de la mitad de los profesionales encuestados,
- luego le sigue el nivel medio, respondiendo 22 psicólogas y 9 varones,
- y, en último lugar, se ubica el nivel bajo de realización personal, ya que respondieron 16 mujeres y solo 2 varones,
- 16 mujeres responden en niveles bajos, 22 en medio y 38 en alto. 2 varones responden en bajo, 9 en medio y 14 en alto. Con un total de 18 profesionales en niveles bajos, 31 en medios y 52 en altos.

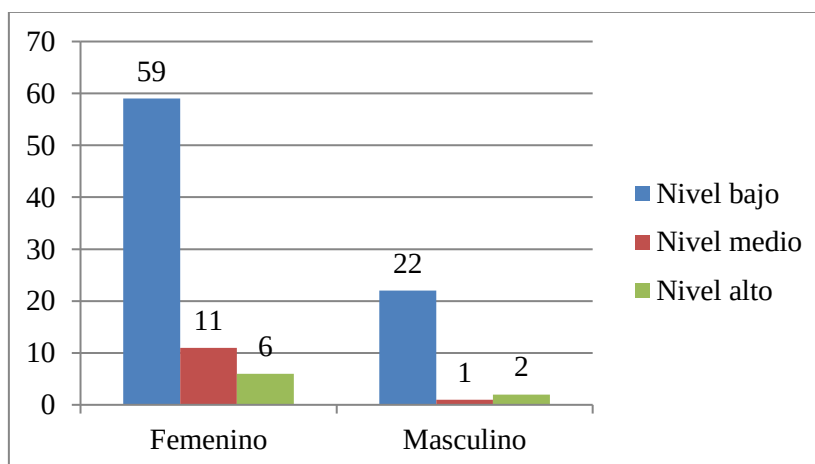
Tabla 11

Baremos de niveles de despersonalización por género

			Género		Total
			Femenino	Masculino	
Baremos de niveles de despersonalización por género (inventario de burnout)	Nivel bajo		59	22	81
	Nivel medio		11	1	12
	Nivel alto		6	2	8
Total			76	25	101

Figura 9

Baremos de niveles de despersonalización por género.



En niveles de despersonalización por género:

- hubo predominancia en el nivel bajo, casi con el 90% de los encuestados (59 mujeres y 22 varones, respectivamente). Es decir, predomina el nivel bajo de despersonalización en casi el total de encuestados,
- le sigue el nivel medio con 11 mujeres encuestadas y solo 1 varón,
- y, por último, el nivel alto con la menor parte de las psicólogas (6 respectivamente) y 2 psicólogos.

Baremos de niveles de cada dimensión del inventario de burnout por años de ejercicio (antigüedad):

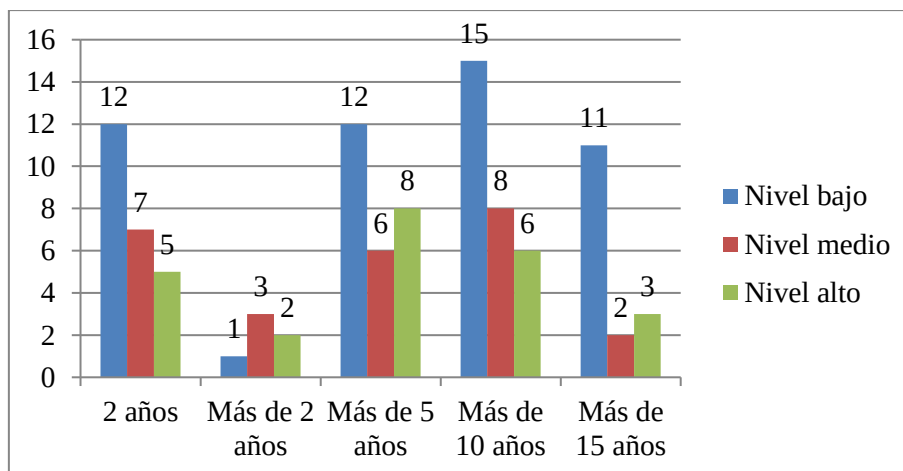
Tabla 12

Baremos de niveles de agotamiento emocional por años de ejercicio (antigüedad).

		Años de ejercicio					Total
		2 años	Más de 2 años	Más de 5 años	Más de 10 años	Más de 15 años	
Baremos de niveles de agotamiento emocional por años de antigüedad (inventario de burnout)	Nivel bajo	12	1	12	15	11	51
	Nivel medio	7	3	6	8	2	26
	Nivel alto	5	2	8	6	3	24
Total		24	6	26	29	16	101

Figura 10

Baremos de niveles de agotamiento emocional por años de ejercicio (antigüedad).



En relación a los niveles de agotamiento emocional por años de antigüedad:

- hubo mayor concentración en el nivel bajo, con más de la mitad de encuestados (51 respectivamente) ubicándose 15 profesionales con más de 10 años de antigüedad, 12 con 2 y más de 5 años, 11 con 15 años y solo 1 con más de 5,
- un cuarto de los psicólogos se ubican en el nivel medio de agotamiento emocional (26 respectivamente), ubicándose 8 con más de 10 años de antigüedad, 7 con 2, 6 con más de 5, 3 con más de 2 y 2 con más de 15 años,

- el resto de los profesionales respondieron nivel alto de agotamiento emocional (24 respectivamente), ubicándose la mayoría con más de 5 años de antigüedad (específicamente 8), 6 con más de 10, 5 con 2, 3 con más de 15 y solo 2 con más de 2 años.

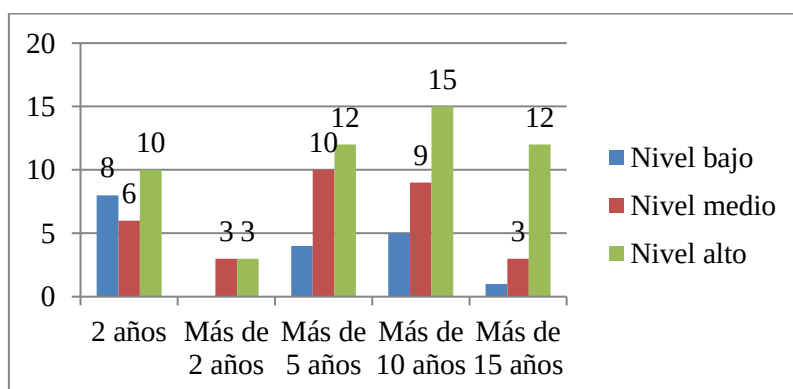
Tabla 13

Baremos de niveles de realización personal por años de ejercicio (antigüedad).

		Años de ejercicio					Total
		2 años	Más de 2 años	Más de 5 años	Más de 10 años	Más de 15 años	
Baremos de niveles de realización personal por años de ejercicio (inventario de burnout)	Nivel bajo	8	0	4	5	1	18
	Nivel medio	6	3	10	9	3	31
	Nivel alto	10	3	12	15	12	52
Total		24	6	26	29	16	101

Figura 11

Baremos de niveles de realización personal por años de ejercicio (antigüedad).



Con respecto a niveles de realización personal en relación a años de antigüedad:

- hubo mayor concentración en los niveles altos, principalmente en profesionales con más de 10 años de antigüedad, luego le siguen los de más de 15 y 5 y solo 3 respondieron con más de 2 años de antigüedad,
- un cuarto de los profesionales encuestados se ubican en el nivel medio de realización personal (10 con más de 5 años de antigüedad; 9 con más de 10; 6 con 2 y 3 con más de 2 y más de 15 respectivamente),
- y, por último, con la menor cantidad se presenta el nivel bajo con un total de 18 profesionales (8 con 2 años de antigüedad; 5 con más de 10; 4 con más de 5 y solo 1 con más de 15 años).

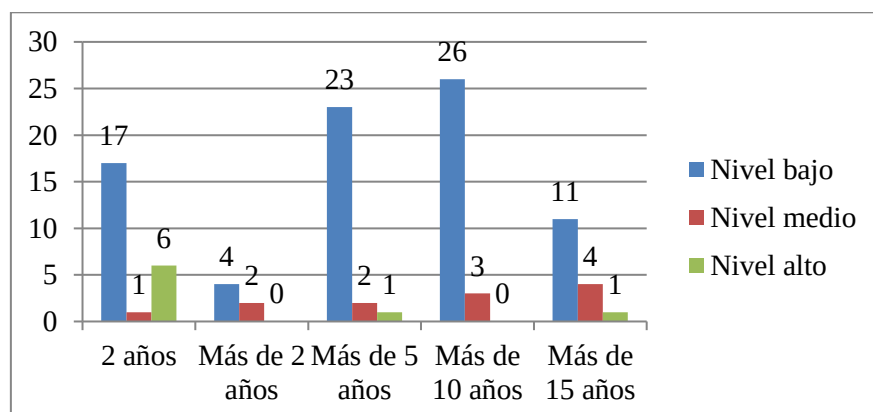
Tabla 14

Baremos de niveles de despersonalización por años de ejercicio (antigüedad).

			Años de ejercicio					
			2 años	Más de 2 años	Más de 5 años	Más de 10 años	Más de 15 años	Total
Baremos de niveles de despersonalización por años de ejercicio (inventario de burnout)		Nivel bajo	17	4	23	26	11	81
		Nivel medio	1	2	2	3	4	12
		Nivel alto	6	0	1	0	1	8
	Total		24	6	26	29	16	101

Figura 12

Baremos de niveles de despersonalización por años de ejercicio (antigüedad).



En niveles de despersonalización relacionados con años de antigüedad:

- casi la mayoría de los profesionales se ubicaron en los niveles bajos, con un total de 81 (26 con más de 10 años de antigüedad; 23 con más de 5; 17 con 2; 11 con más de 15 y solo 4 con más de 2),
- luego le siguió el nivel medio con solo 12 profesionales (4 con más de 15 años de antigüedad; 3 con más de 10; 2 con más de 2 y 5 y solo 1 con 2 años respectivamente),
- por último, la menor parte de los profesionales encuestados se ubicaron dentro del nivel alto de despersonalización, con un total de 8 (6 con 2 años de antigüedad; 1 con más de 5 y 15 y ninguno con más de 2 y 10).

1.3 Análisis de la Varianza entre las variables (Rho Spearman)

Correlación con Rho de Spearman de todas las variables:

Tabla 15

Correlación entre las variables antigüedad, género, baremos de niveles de depresión, de agotamiento emocional, realización personal y despersonalización.

	Años de ejercicio	Género	Baremos de niveles de depresión	Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)	Baremos de niveles de realización personal (burnout)	Baremos de niveles de despersonalización (burnout)	de
Años de ejercicio	-	-,133	-,132	-,114	,208*	-,087	
Género	-,133	-	-,100	-,087	,092	-,103	
Baremos de niveles de depresión	-,132	-,100	-	,266**	-,310**	,321**	
Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)	-,114	-,087	,266**	-	-,199*	,286**	
Baremos de niveles de realización personal (burnout)	,208*	,092	-,310**	-,199*	-	-,173	
Baremos de niveles de despersonalización (burnout)	-,087	-,103	,321**	,286**	-,173	-	

De esta forma:

- Hay una relación positiva entre años de ejercicio y niveles de realización personal. O sea que si los años de ejercicio son mayores (o si hay mayor antigüedad), hay mayores niveles de realización personal. Aun así, no hay relaciones estadísticamente significativas entre los años de ejercicio y variables como el género, niveles de depresión, agotamiento emocional y despersonalización.

- Los niveles de depresión, al estar presentes en niveles bajos o ambos, se asocian a los niveles de agotamiento emocional y de despersonalización (los niveles de depresión comparten similitud con los de agotamiento emocional y despersonalización); pero se asocian negativamente a realización personal (si los niveles de depresión son bajos, los de realización personal suben, o viceversa). No se asocian de ninguna forma al género o la antigüedad de las personas estudiadas.
- Los niveles de agotamiento emocional, como ya se dijo, se relacionan significativamente y de manera positiva con niveles de depresión y de despersonalización, pero negativamente.
- Los niveles de realización personal, se relacionan de manera estadísticamente significativa, y de manera positiva, con los años de ejercicio o antigüedad, pero negativamente con los niveles de depresión y de agotamiento emocional. Aun así, al también hallarse una relación negativa con la despersonalización, la misma no es suficiente como para considerarse estadísticamente significativa.
- Los niveles de despersonalización, por su parte, se relacionan de manera significativa y positiva con niveles de depresión y de agotamiento emocional.
- No hay relación significativa de ningún tipo entre niveles de depresión, agotamiento emocional, realización personal ni despersonalización, respecto al género. En cuanto a los años de ejercicio o antigüedad, salvo por relacionarse de manera positiva con la realización personal, tampoco hay relaciones estadísticamente significativas con otras variables.

Estadísticos descriptivos de todos los puntajes:

Tabla 16

Mínimo, máximo, media y desviación estándar de niveles de depresión y los tres factores de la escala de burnout.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Niveles de depresión (escala de depresión de Beck)	0	20	6,01	5,94
Agotamiento emocional (inventario de burnout de Maslach)	0	54	19,69	4,96
Realización personal (inventario de burnout de Maslach)	0	48	38,75	11,42
Despersonalización (inventario de burnout de Maslach)	0	14	2,77	3,52

En cuanto a estadísticas descriptivas de todos los puntajes:

- en depresión hubo mayor concentración en la mínima ya que la media es de 6,01 y se ubica dentro de la mínima que abarca de 0 a 13,
- en agotamiento emocional predominó el nivel medio, ya que hubo una media de 19,69%,
- hubo una mayor concentración en el nivel medio de realización personal con una media de 38,75%,
- y, por último, se concentró la mayoría en un nivel bajo de despersonalización, ya que la media fue de 2,77%.

V. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, LIMITACIONES

1.1 Discusión

Que haya niveles bajos de agotamiento emocional por la mitad de la muestra (50,5%), coincide con los niveles bajos de depresión anteriormente mencionados. De esta forma, hay consistencia entre los resultados: niveles bajos de agotamiento emocional, como así también bajos de depresión. A esto lo podemos ver reflejado en la investigación de Koutsimani et. Al (2019), quienes obtuvieron como resultados una asociación significativa entre burnout y depresión, no queriendo decir que surgió una superposición concluyente entre estas variables, sino que son diferentes y construcciones robustas. A su vez, Bianchi et. Al (2013) llegaron a cuestionar incluso si ambos conceptos son entidades por sí mismas a la hora de operacionalizar determinadas conductas y condiciones.

Esto podría explicarse, por ejemplo, depresión y burnout son constructos distintos pero que tienen una relación significativamente estadística, como lo indicaron Maslach y Leiter (2016). Quienes concluyeron que hay una relación recíproca entre estas variables, en la que cada uno predice desarrollos posteriores en el otro, y confirman que estas variables no son independientes, sino que cada uno tiene implicaciones en el otro. Pero esto no quiere decir estrictamente que el burnout y la depresión son la misma enfermedad mental.

En cuanto a la antigüedad, se pudo observar que los niveles de depresión van disminuyendo, incrementándose – justamente - los niveles de depresión mínima a mayor cantidad de años de ejercicio. Esto podría explicarse, quizá, debido a la exposición y habituación de colegas a malestares, obstáculos o situaciones estresantes en su ejercicio clínico. Su formación profesional, el cúmulo de experiencias a largo plazo y posiblemente sus redes de apoyo y/o supervisión, también son variables o elementos a tener en cuenta en este aspecto.

El agotamiento emocional y su disminución, a medida que los años de antigüedad laboral van incrementando, también podría explicarse de manera similar a los niveles de depresión: la exposición constante y acumulada ante situaciones adversas o complejas, como así también las estrategias o actitudes ejecutadas durante dichos momentos, ayudarían a que una persona tolere mayores niveles de estrés o malestar psicológico. Debe notarse que la formación profesional es algo inherente a la profesión, pero no solo desde el lado teórico o académico, sino también al hallarse en situaciones concretas que pongan a prueba destrezas profesionales.

Como podía esperarse, los niveles bajos de despersonalización y agotamiento emocional coinciden con los niveles bajos de depresión, pudiendo reforzarse la hipótesis de que los constructos de burnout y depresión tienen una relación estadísticamente significativa entre sí. El poseer niveles medios o altos de realización personal, por otro lado, también significaría que dicha dimensión podría suponer mayor bienestar psicológico, o ser un factor protector ante posibles o futuros malestares.

También podría explicarse que hubo ausencia de niveles altos de depresión en la mayoría de la muestra, porque la misma no fue lo suficientemente amplia, o posiblemente por la época del año en que el muestreo fue realizado, ya que se hizo en los meses de junio y julio, donde las figuras profesionales podrían no hallarse tan cansadas o agotadas. La posible falta de honestidad o autorregistro sobre sus experiencias subjetivas, también podrían ser contingencias influyentes en los resultados obtenidos cuantitativamente.

Cabe destacar que la toma se realizó en los meses de junio y julio del 2022 (precisamente desde el 24 de junio al 5 de julio), el cual fue un periodo post-pandemia, habiendo transcurrido 2 años y medio del inicio de la misma. Esto se puede pensar como que, los resultados dieron bajos tanto en burnout como depresión porque los profesionales de la Psicología se vieron afectados por esta situación: tuvieron que aislarse durante un tiempo largo, dejar de concurrir a instituciones privadas o públicas, acostumbrarse a la atención virtual y no trabajar durante los 2 últimos años en la clínica presencial, que es a lo que se dedicaban estrictamente. Esto puede generar niveles bajos de las variables también porque los psicólogos atendían desde sus casas, no tenían que atravesar la ciudad hasta su consultorio o alguna institución, lo cual pudo haber tenido como consecuencia un mayor descanso para el profesional y no estar constantemente en contacto con el sujeto y las instituciones.

1.2 Conclusiones

A continuación, se presentan las conclusiones de la presente investigación, reflejando los datos obtenidos:

- Los objetivos de esta investigación fueron describir los niveles de depresión y burnout en profesionales de la psicología de la ciudad de Paraná, que ejercen en el ámbito clínico e indagar si existe relación entre estos niveles.
- Las hipótesis de la investigación quedan refutadas, ya que los psicólogos no presentaron niveles altos de burnout y tampoco de depresión (como se había asumido a priori), sino al contrario: hay niveles bajos de agotamiento emocional y también de despersonalización, en comparación a los niveles de realización personal, los cuales dieron altos; y esto coincide con que los niveles de depresión también se hallaran bajos.
- En cuanto a la variable de antigüedad, podemos afirmar que, mientras más años lleven ejerciendo los psicólogos, menos malestar presentan o padecen, ya que los niveles de despersonalización, agotamiento emocional y depresión dieron bajos.
- Sin embargo, los resultados son consistentes, hallándose una relación positiva y estadísticamente significativa entre niveles de depresión y burnout en los profesionales de la psicología de la ciudad de Paraná.
- Por ello, es realmente necesario visibilizar y darle la importancia correspondiente a la salud mental de aquellos que, a su vez, cuidan y se ocupan de la salud mental de la población en general desde su lugar como profesionales.

1.3 Limitaciones

En cuanto a las limitaciones, el presente trabajo no abarcó una mayor cantidad de muestra de psicólogos de la ciudad de Paraná, por lo que los resultados podrían cambiar en caso de la misma ampliarse. De esta forma, estos hallazgos no son generalizables para la población de profesionales a nivel provincial, ni mucho menos nacional).

Otra limitación fue la elección y el uso de los instrumentos, hallándose a disposición otros que podrían ofrecer una organización o interpretación alternativa de los datos a obtener.

En cuanto al marco teórico, también podrían haberse utilizados otros autores. Sin embargo, hasta el momento no hay mucha información disponible producida en nuestro país sobre burnout, en comparación a estudios internacionales.

Y, por último, hay una diferencia significativa en el género de las personas de la muestra, puesto que la mayoría fueron mujeres, coincidiendo en parte con la cantidad de mujeres psicólogas que ejercen en la provincia (alrededor del 85%, siguiendo el padrón de colegas con matrícula en el CoPER), pudiendo ser una contingencia que influyó significativamente en los resultados.

1.4. Recomendaciones

En cuanto a recomendaciones para futuras investigaciones, se podría: hacer un estudio cualitativo o mixto, realizar investigaciones correlacionales y comparativas en poblaciones de otros países y/o de distintas profesiones, abarcar otras franjas etarias, como así también utilizar otros instrumentos para medir estas categorías o variables.

Una muestra más heterogénea, asimismo, podría ser clave para futuras investigaciones, debido a que la del presente estudio consistió en su gran mayoría de mujeres. También podrían contemplarse otras variables o constructos teóricos, tales como ansiedad, resiliencia y/o estrategias de afrontamiento al estrés.

En lo que respecta a recomendaciones para cuestiones públicas y privadas, se podría pensar: la puesta en práctica de supervisiones (individuales o grupales) para colegas que se desempeñen en el ámbito clínico, diseñar y llevar a cabo cursos para promocionar la salud de colegas en instituciones públicas sanitarias (fomentando el autocuidado); informar y educar respecto al burnout, sus implicancias y efectos en diferentes poblaciones, como así también la puesta en práctica de un registro más preciso de estresores o indicadores de posibles malestares subjetivos, identificados como ansiedad y depresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro, M. y Goyenechea Hidalgo, M. (2021) Burnout en trabajadores y trabajadoras de la salud en Chile. Recuperado de: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/chile/18157.pdf>
- Álvarez, R. F. (2011) El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Cegesti. Éxito Empresarial*, 160(1). Pág. 1-4. Recuperado de https://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf
- Ansoleaga Moreno, E.; & Miranda-Hiriart, G. (2014). Depresión y condiciones de trabajo: revisión actualizada de la investigación. *Revista Costarricense De Psicología*, 33(1), pp. 1-14. Recuperado de <http://www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/29Oyarzo>
- Ansoleaga Moreno, E.; & Miranda-Hiriart, G. (2014). Depresión y condiciones de trabajo: revisión actualizada de la investigación *Revista Costarricense de Psicología*, 33(1), pp. 1-14. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4767/476747237004.pdf>
- Babamiri, M.; Alipour, N.; & Heidarimoghadam, R. (2020). Research on reducing burnout in health care workers in critical situations such as COVID-19 outbreak. *IOS Press*, 1(1), pp. 379-380. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32568163/>
- Bembonoswka, M.; & Josko-Ochojska, J. (2015). ¿What Causes Depression in Adults? *Polish Journal of Public Health*, 125(2), pp. 116-120. Recuperado de: <https://sciendo.com/article/10.1515/pjph-2015-0037>
- Benevides-Pereira, A. M. T.; Porto-Martins, P. C.; & Basso Machado, P. G. (2010). Síndrome de burnout en psicólogos clínicos. *Interpsiquis*, 1(1), pp. 1-17. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/41528961_Sindrome_de_Burnout_en_psicologos_clinicos
- Betta Olivares, R.; Morales Messerer, G.; Rodríguez Uret, K.; & Guerra Vio, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 3(9), pp. 9-19. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/801/80103902.pdf>
- Bianchi, R.; Boffy, C.; Hingray, C.; Truchot, D.; & Laurent, E. (2013) Comparative Symptomatology of burnout and depression, *Revista de la Psicología de la Salud*, 18(6), pp. 782-787. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/235325217_Comparative_symptomatology_of_burnout_and_depression
- Campero, L; De Montis; J.; & González, R. (2013) *Estrés laboral en personal de enfermería de alto riesgo* [Tesis de grado]. Universidad Nacional de Cuyo. Recuperado de: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5761/campero-lourdes.pdf

- Cantero-Téllez, E. A.; & Ramírez-Páez, J.A. (2009). Factores psicosociales y depresión laboral: una revisión. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(6), pp. 627-636. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745517008.pdf>
- Castellón Leal, E.; Ibern Regàs, P.; Gili Planas, M.; Lahera Forteza, G.; Sanz González, J.; & Saiz Ruiz, J. (2016). El abordaje de la depresión en el ámbito del trabajo: recomendaciones clave. *Psiquiatría Biológica*, 23(3), pp. 112–117. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-el-abordaje-depresion-el-ambito-S1134593416300562>
- Ceri, V.; & Cicek, I. (2020). Psychological Well-Being, Depression and Stress During COVID-19 Pandemic in Turkey: A Comparative Study of Healthcare Professionals and Non Healthcare Professionals. *Psychology, Health & Medicine*, 1(1), pp. 1-13. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33320723>
- Cialzeta, J. R. (2013). *El sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en Médicos de un Hospital de Alta Complejidad, Corrientes* [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional de Córdoba Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Salud Pública. Recuperado de: http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Cialzeta_jorge_raul.pdf
- Díaz Bambula, F.; & Gómez, I. C. (2016) La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), pp. 113-131. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v33n1/v33n1a09.pdf>
- García, G. P. A.; Fracarolli, I. F. L.; dos Santos, H. E. C.; de Oliveira, S. A.; Martins, B. G.; Santin Junior, L. J.; Marizale, M. H. P.; & Rocha, F. L. R. (2022). Depression, Anxiety and Stress in Health Professionals in the COVID-19 Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), pp. 1-11. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35410085/>
- Gilla, M. A.; Giménez, S. B.; Morana, V. E.; & Olaza, F. O. (2019). Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Liberabit*, 25(2), pp. 179-193. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v25n2/a04v25n2.pdf>
- Gómez Juanes, R. (2019). *Eficacia y coste-efectividad de la investigación estilo de vida saludable aplicada por medio de tics para el tratamiento de la depresión en atención primaria: un estudio controlado* [Tesis Doctoral]. Universitat de les Illes Balears. Recuperado de <https://www.tdx.cat/handle/10803/666968#page=1>
- González Escobar, S.; & Valdez Medina, J. L. (2005). Significado psicológico de la depresión en médicos y psicólogos. *Psicología y Salud*, 15(2), pp. 257-263. Recuperado de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/810/1469>

- Katherine Salcedo Castillo y Yedinson Fernando Andrade. Síndrome de Burnout en profesionales de Psicología de la Ciudad de Neiva. 2018. Recuperado de: <https://repositoriousco.co/bitstream/123456789/522/1/TH%20P%20055>.
- Koutsimani, P., Montgomery, A. y Goerganta K. (2019) The Relationship Between Burnout, Depression and Anxiety: A Sistematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 10(1), pp. 1-19. Recuperado de: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00284/full>
- Iyer, K.; & Khan, Z. A. (2012). Depression – A review. *Research Journal of Recent Sciences*, 1(4), pp. 79-87. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/273769453_Depression_-_A_Review
- Mariños, A.; Otero, M.; Tomateo, J.; & Málaga, G. (2011). Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. *Revista Médica Herediana*, 22(4), pp. 162-168. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v22n4/v22n4ao2.pdf>
- Maslach, C. y Leiter M. P. (2016) Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), pp. 103-111. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911781/>
- Oñate, M.E., Resett, S., Menghi, M. S.; & Iglesia, M.F. (2016). Burnout y Autoconcepto en Psicólogos Clínicos. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), pp. 215-229. Recuperado de: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/5796/2/burnout-autoconceptopsicologos-onate.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo (5 de julio de 2012) *¿Por qué importa el estrés en el trabajo?* Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42756/9243590472.pdf;jsessionid=0180166D6F7968745D91FAC78A469FC2?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (2004) *La organización laboral y el estrés*. Francia: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1
- Partarrieu, Andrés (2018). *Síndrome de Burnout en psicólogos clínicos y su relación el perfeccionismo*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV. Jornadas de Investigación XIV. Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-122/25.pdf>
- Pérez Núñez, T. E. (2022) *Burnout y su relación con la depresión en los profesionales de salud*. [Tesis de grado]. Universidad Técnica de Ambato. Recuperado de <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/34787/1/P%c3%a9rez%20N%c3%ba%c3%b1ez%20Tatiana%20Elizabeth.-%20Repositorio.pdf>

- Rezaei, S.; Hoseinipalangi, Z.; Rafiei, S.; Dolati, Y.; Hosseinifard, H.; Asl, M. T., Mejareh, Z. N., Deylami, S.; Abdollahi, B.; Ardakani, M. F.; Ghadimi, N.; Dehnad, A.; Kan, F. P.; Raoofi, S.; & Ghashghaee, A. (2022). The global Prevalence of Depression among Health Workers during the COVID-19 pandemic: A Systematic review and Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Reports*, 8(1), pp. 1-8. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8828285/>
- Rodríguez Carvajal, R.; & Silvas Hermosilla, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1), pp. 72-88. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion4.pdf>
- Ruiz Alzate, Y. P. (2016). *Prevalencia de trastornos depresivos en consultantes del centro de salud Pueyrredón de la ciudad de Córdoba, Argentina* [Tesis de grado]. Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado de: <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/PREVALENCIA%20DE%20TRASTORNOS%20DEPRESIVOS%20EN%20CONSULTANTES%20DEL%20CENTRO%20DE%20SALUD%20PUEYRRED%C3%93N%20DE%20LA%20CIUDAD%20DE%20C%C3%93RDOBA,%20ARGENTINA..pdf>
- Schonfeld, I. S.; Verkulien, J.; & Bianchi R. (2019) Inquiry into the Correlation Between Burnout and Depression, *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(6), pp. 1-15. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30945922/>
- Shoman, Y.; El May, E.; Marca, S. C.; Wild, P.; Bianchi, R., Bugge, M. D.; Caglayan, C.; Cheptea, D.; Gnesi, M.; Godderis, L.; Kiran, S.; McElvenny, D.M.; Mediouni, Z., Mehlum, I. S.; Mijakoski, D.; Minov, J.; van der Molen, H. F.; Nena, E.; Otelea, M.; & Guseva Canu, I. Predictors of Occupational Burnout: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), pp. 1-17. Recuperado de: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/17/9188>
- Tapia, S. (2018). *Síndrome de burnout, estresores ocupacionales y estrategias de afrontamiento en psicoterapeutas de la ciudad autónoma de Buenos Aires* [Tesis de grado]. Universidad del Salvador. Recuperado de: <https://racimo.usal.edu.ar/7329/1/S%C3%ADndrome%20de%20Burnout%2C%20estresores%20ocupacionales%20y%20estrategias%20de%20afrontamiento%20en%20psicoterapeutas%20de%20la%20Ciudad%20Aut%C3%B3noma%20de%20Buenos%20Aires.pdf>
- Vissicchio, F.; & Diez, M. (s.f.) *Condiciones y medio ambiente de trabajo y burnout: la salud de los trabajadores del primer nivel de atención en salud que se desempeñan en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires*. Gobierno de la Nación, República Argentina. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/1._informe_final_-

_florencia_vissicchio_manuelita_diez.pdf

Yang, L.; Zhao, Y.; Wang, Y.; Liu, L.; Zhang, X.; Li, B.; & Cui, R. (2015). The Effects of Psychological Stress on Depression. *Current Neuropharmacology*, 13(1), pp. 494-504.
Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4790405/>

ANEXO I

Protocolo de consentimiento informado

Mi nombre es Juliana, soy estudiante de UADER de la Licenciatura en Psicología y me encuentro investigando para mi TIF. Para esto, es necesario presentar un cuestionario de depresión y otro de burnout para investigar la posible relación entre estas variables en psicólogos clínicos entre 30 y 50 años, que ejerzan en la ciudad de Paraná al menos hace 2 años.

Los cuestionarios se realizarán de forma anónima, confidencial y estrictamente para fines de investigación. Los resultados serán expuestos en la misma y pueden servir para otras investigaciones relacionadas. ¿Desea participar en la investigación?

ANEXO II

Inventario de Burnout de Maslach

A cada una de las siguientes frases, debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una equis en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado, según la intensidad del sentimiento. La escala de valoración es la siguiente:

0 = Nunca

1 = Alguna vez al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Algunas veces al mes

4 = Una vez a la semana

5 = Varias veces a la semana

6 = Diariamente

Preguntas	0	1	2	3	4	5	6
1 – Debido a mi trabajo, me siento emocionalmente agotado/a							
2 – Al final de la jornada, siento agotado/a							
3 – Me encuentro cansado/a cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4 – Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes y mis compañeros							
5 – Creo que trato a algunos pacientes/compañeros como si fueran objetos							
6 – Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí							
7 – Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes							
8 – Me siento “quemado/a” por el trabajo							
9 – Siento que medianamente mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros							
10 – Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo							
11 – Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente							
12 – Me encuentro con mucha vitalidad							
13 – Me siento frustrado/a por mi trabajo							
14 – Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro							

15 – Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes/compañeros							
16 – Trabajar en contacto directo con los pacientes, me produce bastante estrés							
17 – Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes							
18 – Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes/compañeros							
19 – He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo							
20 – En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades							
21 – En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma							
22 – Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas							

ANEXO III

Inventario de depresión de Beck

Tilde en la casilla correspondiente teniendo en cuenta cómo se ha sentido el último mes:

1. Estado de ánimo

- ☐ No me siento triste
- ☐ Me siento triste.
- ☐ Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- ☐ Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- ☐ No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- ☐ Me siento desanimado respecto al futuro.
- ☐ Siento que no tengo que esperar nada.
- ☐ Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sentimiento de fracaso

- ☐ No me siento fracasado.
- ☐ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- ☐ Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- ☐ Me siento una persona totalmente fracasada.

4. Insatisfacción

- ☐ Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- ☐ No disfruto de las cosas tanto como antes.
- ☐ Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- ☐ Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5. Sentimientos de culpa

- ☐ No me siento especialmente culpable.

- ☐ Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- ☐ Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- ☐ Me siento culpable constantemente.

6. Sentimientos de castigo

- ☐ No creo que esté siendo castigado.
- ☐ Me siento como si fuese a ser castigado.
- ☐ Espero ser castigado.
- ☐ Siento que estoy siendo castigado.

7. Desprecio a sí mismo

- ☐ No estoy decepcionado de mí mismo.
- ☐ Estoy decepcionado de mí mismo.
- ☐ Me da vergüenza de mí mismo.
- ☐ Me detesto.

8. Autoacusación

- ☐ No me considero peor que cualquier otro.
- ☐ Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- ☐ Continuamente me culpo por mis faltas.
- ☐ Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Impulsos suicidas

- ☐ No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- ☐ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- ☐ Desearía suicidarme.
- ☐ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. Períodos de llanto

- ☐ No lloro más de lo que solía llorar.

- ☐ _ Ahora lloro más que antes.
- ☐ _ Lloro continuamente.
- ☐ _ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11. Irritabilidad

- ☐ _ No estoy más irritado de lo normal en mí.
- ☐ _ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- ☐ _ Me siento irritado continuamente.
- ☐ _ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12. Aislamiento social

- ☐ _ No he perdido el interés por los demás.
- ☐ _ Estoy menos interesado en los demás que antes.
- ☐ _ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- ☐ _ He perdido todo el interés por los demás.

13. Indecisión

- ☐ _ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- ☐ _ Evito tomar decisiones más que antes.
- ☐ _ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- ☐ _ Ya me es imposible tomar decisiones.

14. Imagen corporal

- ☐ _ No creo tener peor aspecto que antes.
- ☐ _ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- ☐ _ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- ☐ _ Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Capacidad laboral

- ☐ Trabajo igual que antes.
- ☐ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- ☐ Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- ☐ No puedo hacer nada en absoluto.

16. Trastorno del sueño

- ☐ Duermo tan bien como siempre.
- ☐ No duermo tan bien como antes.
- ☐ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- ☐ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17. Cansancio

- ☐ No me siento más cansado de lo normal.
- ☐ Me canso más fácilmente que antes.
- ☐ Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- ☐ Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

- ☐ Mi apetito no ha disminuido.
- ☐ No tengo tan buen apetito como antes.
- ☐ Ahora tengo mucho menos apetito.
- ☐ He perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

- ☐ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- ☐ He perdido más de 2 kilos y medio.
- ☐ He perdido más de 4 kilos.
- ☐ He perdido más de 7 kilos.
- ☐ Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20. Hipocondría

- ☐ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- ☐ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- ☐ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- ☐ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21. Libido

- ☐ No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- ☐ Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- ☐ Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- ☐ He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ANEXO IV

Datos estadísticos resultados de la consola del SPSS

GET DATA /TYPE=XLSX

/FILE='F:\Facultad\Trabajos finales\Burnout y depresión en psicólogos y psicólogas clínicos\Excel final.xlsx'

/SHEET=name 'Respuestas de formulario 1'

/CELLRANGE=full

/READNAMES=on

/ASSUMEDSTRWIDTH=32767.

EXECUTE.

DATASET NAME Conjunto_de_datos1 WINDOW=FRONT.

SAVE OUTFILE='F:\Facultad\Trabajos finales\Burnout y depresión en psicólogos y psicólogas '+

'clínicos\Matriz final.sav'

/COMPRESSED.

COMPUTE DepresionTotal=Estadodeánimo + Pesimismo + Sentimientodefracaso + Insatisfacción + Sentimientosdeculpa + Sentimientosdecastigo + Desprecioasímismo + Autoacusación + Impulsossuicidas + Períodosdellanto + Irritabilidad + Aislamiento social + Indecisión + Imagen corporal + Capacidad laboral + Trastornodel sueño + Cansancio + Pérdida de apetito + Pérdida de peso + Hipocondría + Libido.

VARIABLE LABELS DepresionTotal 'Niveles de depresión (Escala de Beck)'.

EXECUTE.

COMPUTE BurnoutTotal=Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado/a + Al final del día me siento agotado/a + Me encuentro cansado/a cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme + Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes y mis compañeros +

Creo que trato a algunos pacientes y compañeros como si fueran objetos + Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí + Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes + Me siento "quemado/a" por el trabajo +

Siento que medianamente mi trabajo está influyendo positivamente en la vida + Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago + Me preocupa que este trabajo está endureciendo emocionalmente + Me encuentro con mucha vitalidad + Me siento frustrado/a por mi trabajo +

Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro +
Realmente no me importa lo que les ocurra a algunos de los pacientes +
Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés +
Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes +

Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes +
He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo +
En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades +
En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma +

Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas .

VARIABLE LABELS BurnoutTotal 'Niveles de burnout (escala de Maslach)'.
EXECUTE.

EXECUTE.

FREQUENCIES VARIABLES=Sexo EjerceShace

/STATISTICS=MEAN

/ORDER=ANALYSIS.

COMPUTE BurnoutAgotamientoEmocional=Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado +
Al final del día siento agotado +
Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme +
Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí +

Me siento "quemado" por el trabajo + Me siento frustrado por mi trabajo +
Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.

VARIABLE LABELS BurnoutAgotamientoEmocional 'Agotamiento emocional (escala de burnout de Maslach)'.
EXECUTE.

EXECUTE.

COMPUTE BurnoutAgotamientoEmocional=Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado +
Al final del día siento agotado +
Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme +
Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí +

Me siento "quemado" por el trabajo + Me siento frustrado por mi trabajo +
Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro +
Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés +
En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.

VARIABLE LABELS BurnoutAgotamientoEmocional 'Agotamiento emocional (escala de burnout de Maslach)'.
EXECUTE.

EXECUTE.

COMPUTE

BurnoutRealizacionPersonal=Comprendofácilmentecómosesientenlospacientesymiscompañeros +
Meenfrentomuybienconlosproblemasquemepresentanmispacientes +
Sientoquemedianamentemitrabajoestoyinfluyendopositivamenteenlavi +
Meencuentroconmuchavitalidad + Tengofacilidadparacrearunaatmósferarelajadaamispacientes +
Meencuentroanimadodespuésdetrabajarjuntoconlospacientescompañe +
Herealizadomuchascosasquemerecenlapenaenestetrabajo +
Enmitrabajotratolosproblemasemocionalesconmuchacalma.

VARIABLE LABELS BurnoutRealizacionPersonal 'Realización personal (escala de burnout de Maslach)'.
EXECUTE.

DATASET ACTIVATE Conjunto_de_datos1.

SAVE OUTFILE='F:\Facultad\Trabajos finales\Burnout y depresión en psicólogos y psicólogas '+
'clínicos\Matriz final.sav'
/COMPRESSED.

COMPUTE

BurnoutDespersonalizacion=Creoquetratoaalgunospacientescompañeroscomosifueranobjetos +
Creoquetengouncomportamientomásinsensibleconlagentedesdequehago +
Mepreocupaqueestetrabajomeestáendureciendoemocionalmente +
Realmentenomeimportaloquelesocurriráaalgunosdelospacientescompa +
Sientoquelospacientesmeculpandealgunosdesusproblemas.

VARIABLE LABELS BurnoutDespersonalizacion 'Despersonalización (escala de burnout de Maslach)'.
EXECUTE.

DATASET ACTIVATE Conjunto_de_datos1.

SAVE OUTFILE='F:\Facultad\Trabajos finales\Burnout y depresión en psicólogos y psicólogas '+
'clínicos\Matriz final.sav'
/COMPRESSED.

RECODE DepresionTotal (0 thru 13=1) (14 thru 18=2) (19 thru 27=3) (28 thru 63=4) INTO
BaremosDepresionBeck.

VARIABLE LABELS BaremosDepresionBeck 'Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)'.
EXECUTE.

DATASET ACTIVATE Conjunto_de_datos1.

SAVE OUTFILE='F:\Facultad\Trabajos finales\Burnout y depresión en psicólogos y psicólogas '+
'clínicos\Matriz final.sav'

/COMPRESSED.

DATASET ACTIVATE Conjunto_de_datos1.

SAVE OUTFILE='F:\Facultad\Trabajos finales\Burnout y depresión en psicólogos y psicólogas '+
'clínicos\Matriz final.sav'

/COMPRESSED.

DATASET ACTIVATE Conjunto_de_datos1.

SAVE OUTFILE='F:\Facultad\Trabajos finales\Burnout y depresión en psicólogos y psicólogas '+
'clínicos\Matriz final.sav'

/COMPRESSED.

FREQUENCIES VARIABLES=Sexo Ejerceshace BurnoutAgotamientoEmocional
BurnoutRealizacionPersonal BurnoutDespersonalizacion BaremosDepresionBeck

/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN

/ORDER=ANALYSIS.

DATASET ACTIVATE Conjunto_de_datos1.

SAVE OUTFILE='F:\Facultad\Trabajos finales\Burnout y depresión en psicólogos y psicólogas '+
'clínicos\Matriz final.sav'

/COMPRESSED.

FREQUENCIES VARIABLES=Sexo Ejerceshace BaremosDepresionBeck

/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN

/ORDER=ANALYSIS.

Frecuencias

Notas

Salida creada	06-JUL-2022 12:53:42	
Comentarios		
Entrada	Datos	F:\Facultad\Trabajos finales\Burnout y depresión en psicólogos y psicólogas clínicos\Matriz final.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguno>
	Ponderación	<ninguno>
	Segmentar archivo	<ninguno>
	N de filas en el archivo de datos de trabajo	101
Manejo de valor perdido	Definición de ausencia	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratan como perdidos.
	Casos utilizados	Las estadísticas se basan en todos los casos con datos válidos.
Sintaxis	FRECUENCIAS VARIABLES=Sexo Ejerceshace BaremosDepresionBeck /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN /ORDER=ANALYSIS.	

Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00,00
	Tiempo transcurrido	00:00:00,02

Estadísticos

		Género	Años de ejercicio	Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)
N	Válido	101	101	101
	Perdidos	0	0	0
Media		,25	2,07	1,11
Desviación estándar		,434	1,395	,372
Mínimo		0	0	1
Máximo		1	4	3

Tabla de frecuencia

Género

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	76	75,2	75,2	75,2
	Masculino	25	24,8	24,8	100,0

Total	101	100,0	100,0
-------	-----	-------	-------

Años de ejercicio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 2 años	24	23,8	23,8	23,8
Más de 2 años	6	5,9	5,9	29,7
Más de 5 años	26	25,7	25,7	55,4
Más de 10 años	29	28,7	28,7	84,2
Más de 15 años	16	15,8	15,8	100,0
Total	101	100,0	100,0	

Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Depresión mínima	92	91,1	91,1	91,1
Depresión leve	7	6,9	6,9	98,0
Depresión moderada	2	2,0	2,0	100,0
Total	101	100,0	100,0	

RECODE DepresionTotal BurnoutAgotamientoEmocional BurnoutRealizacionPersonal
BurnoutDespersonalizacion (0 thru 5=1) (6 thru 9=2) (10 thru 30=3) INTO BaremosDepresionBeck
NivelesAgotamientoEmocionl NivelesRealizacionPersonal NivelesDespersonalizacion.

VARIABLE LABELS BaremosDepresionBeck 'Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)'
/NivelesAgotamientoEmocionl 'Niveles de agotamiento emocional (escala de burnout de Maslach)'
/NivelesRealizacionPersonal 'Niveles de realización personal (escala de burnout de Maslach)'
/NivelesDespersonalizacion 'Niveles de despersonalización (escala de burnout de Maslach)'.

EXECUTE.

RECODE DepresionTotal (0 thru 13=1) (14 thru 18=2) (19 thru 27=3) (28 thru 63=4) INTO
BaremosDepresionBeck.

VARIABLE LABELS BaremosDepresionBeck 'Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)'.

EXECUTE.

RECODE BurnoutAgotamientoEmocional (0 thru 18=1) (19 thru 26=2) (27 thru 54=3) INTO
BaremosAgotamientoEmocional.

VARIABLE LABELS BaremosAgotamientoEmocional 'Baremos de niveles de agotamiento emocional
(burnout)'.

EXECUTE.

RECODE BurnoutRealizacionPersonal (0 thru 33=1) (34 thru 39=2) (40 thru 56=3) INTO
BaremosRealizacionPersonal.

VARIABLE LABELS BaremosRealizacionPersonal 'Baremos de niveles de realización personal
(burnout)'.

EXECUTE.

RECODE BurnoutDespersonalizacion (0 thru 5=1) (6 thru 9=2) (10 thru 30=3) INTO
BaremosDespersonalizacion.

VARIABLE LABELS BaremosDespersonalizacion 'Baremos de niveles de despersonalización (burnout)'.

EXECUTE.

FREQUENCIES VARIABLES=BaremosAgotamientoEmocional BaremosRealizacionPersonal
BaremosDespersonalizacion

/ORDER=ANALYSIS.

Frecuencias

Notas

Salida creada		06-JUL-2022 13:28:06
Comentarios		
Entrada	Datos	F:\Facultad\Trabajos finales\Burnout y depresión en psicólogos y psicólogas clínicos\Matriz final.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguno>
	Ponderación	<ninguno>
	Segmentar archivo	<ninguno>
	N de filas en el archivo de datos de trabajo	101
Manejo de valor perdido	Definición de ausencia	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratan como perdidos.
	Casos utilizados	Las estadísticas se basan en todos los casos con datos válidos.
Sintaxis		FREQUENCIES VARIABLES=BaremosAgotamientoEmocional BaremosRealizacionPersonal BaremosDespersonalizacion /ORDER=ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00,00
	Tiempo transcurrido	00:00:00,00

Estadísticos

	Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)	Baremos de niveles de realización personal (burnout)	Baremos de niveles de despersonalización (burnout)
--	---	--	--

N	Válido	101	101	101
	Perdidos	0	0	0

Tabla de frecuencia

Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nivel bajo	51	50,5	50,5	50,5
	Nivel medio	26	25,7	25,7	76,2
	Nivel alto	24	23,8	23,8	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

Baremos de niveles de realización personal (burnout)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nivel bajo	18	17,8	17,8	17,8
	Nivel medio	31	30,7	30,7	48,5
	Nivel alto	52	51,5	51,5	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

Baremos de niveles de despersonalización (burnout)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nivel bajo	81	80,2	80,2	80,2
	Nivel medio	12	11,9	11,9	92,1
	Nivel alto	8	7,9	7,9	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

DESCRIPTIVES VARIABLES=Edad DepresionTotal BurnoutAgotamientoEmocional
BurnoutRealizacionPersonal BurnoutDespersonalizacion

/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptivos

Notas

Salida creada	06-JUL-2022 13:29:03
Comentarios	
Entrada	Datos
	F:\Facultad\Trabajos finales\Burnout y depresión en psicólogos y psicólogas clínicos\Matriz final.sav
	Conjunto de datos activo
	Conjunto_de_datos1

	Filtro	<ninguno>
	Ponderación	<ninguno>
	Segmentar archivo	<ninguno>
	N de filas en el archivo de datos de trabajo	101
Manejo de valor perdido	Definición de ausencia	Los valores perdidos definidos por el usuario se trata como valores perdidos.
	Casos utilizados	Se utilizan todos los datos no perdidos.
Sintaxis		DESCRIPTIVES VARIABLES=Edad DepresionTotal BurnoutAgotamientoEmocional BurnoutRealizacionPersonal BurnoutDespersonalizacion /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00,00
	Tiempo transcurrido	00:00:00,01

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	101	30	50	37,09	5,943
Niveles de depresión (Escala de Beck)	101	0	20	6,01	4,961
Agotamiento emocional (escala de burnout de Maslach)	101	0	54	19,69	11,429
Realización personal (escala de burnout de Maslach)	101	8	48	38,75	7,209
Despersonalización (escala de burnout de Maslach)	101	0	14	2,77	3,521

N válido (por lista)	101				
----------------------	-----	--	--	--	--

CROSSTABS

/TABLES=BaremosDepresionBeck BaremosAgotamientoEmocional BaremosRealizacionPersonal
BaremosDespersonalizacion BY Sexo Ejerceshace

/FORMAT=AVALUE TABLES

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Tablas cruzadas

Notas

Salida creada	06-JUL-2022 13:30:01	
Comentarios		
Entrada	Datos	F:\Facultad\Trabajos finales\Burnout y depresión en psicólogos y psicólogas clínicos\Matriz final.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguno>
	Ponderación	<ninguno>
	Segmentar archivo	<ninguno>
	N de filas en el archivo de datos de trabajo	101

Manejo de valor perdido	Definición de ausencia	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratan como perdidos.
	Casos utilizados	Las estadísticas para cada tabla se basan en todos los casos con datos válidos en los rangos especificados para todas las variables en cada tabla.
Sintaxis		CROSSTABS /TABLES=BaremosDepresionBeck BaremosAgotamientoEmocional BaremosRealizacionPersonal BaremosDespersonalizacion BY Sexo Ejerceshace /FORMAT=AVALUE TABLES /CELLS=COUNT /COUNT ROUND CELL.
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00,03
	Tiempo transcurrido	00:00:00,02
	Dimensiones solicitadas	2
	Casillas disponibles	131029

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Baremos de niveles de depresión (escala de Beck) * Género	101	100,0%	0	0,0%	101	100,0%
Baremos de niveles de depresión (escala de Beck) * Años de ejercicio	101	100,0%	0	0,0%	101	100,0%

Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout) * Género	101	100,0%	0	0,0%	101	100,0%
Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout) * Años de ejercicio	101	100,0%	0	0,0%	101	100,0%
Baremos de niveles de realización personal (burnout) * Género	101	100,0%	0	0,0%	101	100,0%
Baremos de niveles de realización personal (burnout) * Años de ejercicio	101	100,0%	0	0,0%	101	100,0%
Baremos de niveles de despersonalización (burnout) * Género	101	100,0%	0	0,0%	101	100,0%
Baremos de niveles de despersonalización (burnout) * Años de ejercicio	101	100,0%	0	0,0%	101	100,0%

Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)*Género tabulación cruzada

Recuento

		Género		Total
		Femenino	Masculino	
Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)	Depresión mínima	68	24	92
	Depresión leve	6	1	7
	Depresión moderada	2	0	2
Total		76	25	101

Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)*Años de ejercicio tabulación cruzada

Recuento

		Años de ejercicio		
		2 años	Más de 2 años	Más de 5 años
Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)	Depresión mínima	20	5	25
	Depresión leve	2	1	1
	Depresión moderada	2	0	0
Total		24	6	26

Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)*Años de ejercicio tabulación cruzada

Recuento

		Años de ejercicio		
		Más de 10 años	Más de 15 años	
Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)	Depresión mínima	27	15	92
	Depresión leve	2	1	7
	Depresión moderada	0	0	2
Total		29	16	101

Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)*Género tabulación cruzada

Recuento

		Género		Total
		Femenino	Masculino	
Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)	Nivel bajo	37	14	51
	Nivel medio	19	7	26
	Nivel alto	20	4	24

Total	76	25	101
-------	----	----	-----

Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)*Años de ejercicio tabulación cruzada

Recuento

		Años de ejercicio			
		2 años	Más de 2 años	Más de 5 años	Más de 10 años
Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)	Nivel bajo	12	1	12	15
	Nivel medio	7	3	6	8
	Nivel alto	5	2	8	6
Total		24	6	26	29

Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)*Años de ejercicio tabulación cruzada

Recuento

		Años de ejercicio	Total
		Más de 15 años	
Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)	Nivel bajo	11	51
	Nivel medio	2	26
	Nivel alto	3	24
Total		16	101

Baremos de niveles de realización personal (burnout)*Género tabulación cruzada

Recuento

	Género		Total
	Femenino	Masculino	

Baremos de niveles de realización personal (burnout)	Nivel bajo	16	2	18
	Nivel medio	22	9	31
	Nivel alto	38	14	52
Total		76	25	101

Baremos de niveles de realización personal (burnout)*Años de ejercicio tabulación cruzada

Recuento

		Años de ejercicio			
		2 años	Más de 2 años	Más de 5 años	Más de 10 años
Baremos de niveles de realización personal (burnout)	Nivel bajo	8	0	4	5
	Nivel medio	6	3	10	9
	Nivel alto	10	3	12	15
Total		24	6	26	29

Baremos de niveles de realización personal (burnout)*Años de ejercicio tabulación cruzada

Recuento

		Años de ejercicio	Total
		Más de 15 años	
Baremos de niveles de realización personal (burnout)	Nivel bajo	1	18
	Nivel medio	3	31
	Nivel alto	12	52
Total		16	101

Baremos de niveles de despersonalización (burnout)*Género tabulación cruzada

Recuento

		Género		Total
		Femenino	Masculino	
Baremos de niveles de despersonalización (burnout)	Nivel bajo	59	22	81
	Nivel medio	11	1	12
	Nivel alto	6	2	8
Total		76	25	101

Baremos de niveles de despersonalización (burnout)*Años de ejercicio tabulación cruzada

Recuento

		Años de ejercicio			
		2 años	Más de 2 años	Más de 5 años	Más de 10 años
Baremos de niveles de despersonalización (burnout)	Nivel bajo	17	4	23	26
	Nivel medio	1	2	2	3
	Nivel alto	6	0	1	0
Total		24	6	26	29

Baremos de niveles de despersonalización (burnout)*Años de ejercicio tabulación cruzada

Recuento

		Años de ejercicio	Total
		Más de 15 años	
Baremos de niveles de despersonalización (burnout)	Nivel bajo	11	81
	Nivel medio	4	12
	Nivel alto	1	8
Total		16	101

CORRELATIONS

/VARIABLES=BaremosDepresionBeck BaremosAgotamientoEmocional BaremosRealizacionPersonal
BaremosDespersonalizacion

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/STATISTICS DESCRIPTIVES

/MISSING=PAIRWISE.

Correlaciones

Notas

Salida creada	06-JUL-2022 13:30:33	
Comentarios		
Entrada	Datos	F:\Facultad\Trabajos finales\Burnout y depresión en psicólogos y psicólogas clínicos\Matriz final.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguno>
	Ponderación	<ninguno>
	Segmentar archivo	<ninguno>
	N de filas en el archivo de datos de trabajo	101

Manejo de valor perdido	Definición de ausencia	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratan como perdidos.
	Casos utilizados	Las estadísticas para cada par de variables se basan en todos los casos con datos válidos para dicho par.
Sintaxis		CORRELATIONS /VARIABLES=BaremosDepresionBeck BaremosAgotamientoEmocional BaremosRealizacionPersonal BaremosDespersonalizacion /PRINT=TWOTAIL NOSIG /STATISTICS DESCRIPTIVES /MISSING=PAIRWISE.
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00,02
	Tiempo transcurrido	00:00:00,01

Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación estándar	N
Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)	1,11	,372	101
Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)	1,73	,823	101
Baremos de niveles de realización personal (burnout)	2,34	,765	101
Baremos de niveles de despersonalización (burnout)	1,28	,602	101

Correlaciones

		Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)	Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)	Baremos de niveles de realización personal (burnout)
Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)	Correlación de Pearson	1	,227*	-,341**
	Sig. (bilateral)		,022	,000
	N	101	101	101
Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)	Correlación de Pearson	,227*	1	-,189
	Sig. (bilateral)	,022		,058
	N	101	101	101
Baremos de niveles de realización personal (burnout)	Correlación de Pearson	-,341**	-,189	1
	Sig. (bilateral)	,000	,058	
	N	101	101	101
Baremos de niveles de despersonalización (burnout)	Correlación de Pearson	,445**	,333**	-,248*
	Sig. (bilateral)	,000	,001	,012
	N	101	101	101

Correlaciones

		Baremos de niveles de despersonalización (burnout)
Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)	Correlación de Pearson	,445**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	101
Baremos de niveles de agotamiento	Correlación de Pearson	,333**

emocional (burnout)	Sig. (bilateral)	,001
	N	101
Baremos de niveles de realización personal (burnout)	Correlación de Pearson	-,248*
	Sig. (bilateral)	,012
	N	101
Baremos de niveles de despersonalización (burnout)	Correlación de Pearson	1
	Sig. (bilateral)	
	N	101

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

NONPAR CORR

/VARIABLES=BaremosDepresionBeck BaremosAgotamientoEmocional BaremosRealizacionPersonal
BaremosDespersonalizacion

/PRINT=BOTH TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlaciones no paramétricas

Notas

Salida creada	06-JUL-2022 13:30:33
---------------	----------------------

Comentarios		
Entrada	Datos	F:\Facultad\Trabajos finales\Burnout y depresión en psicólogos y psicólogas clínicos\Matriz final.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguno>
	Ponderación	<ninguno>
	Segmentar archivo	<ninguno>
Manejo de valor perdido	N de filas en el archivo de datos de trabajo	101
	Definición de ausencia	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratan como perdidos.
	Casos utilizados	Las estadísticas para cada par de variables se basan en todos los casos con datos válidos para dicho par.
Sintaxis		NONPAR CORR /VARIABLES=BaremosDepresionBeck BaremosAgotamientoEmocional BaremosRealizacionPersonal BaremosDespersonalizacion /PRINT=BOTH TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE.
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00,03
	Tiempo transcurrido	00:00:00,04
	Número de casos permitidos	112347 casos ^a

a. Se basa en la disponibilidad de la memoria del espacio de trabajo

Correlaciones

			Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)	Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)
tau_b de Kendall	Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)	Coeficiente de correlación	1,000	,252**
		Sig. (bilateral)	.	,007
		N	101	101
	Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)	Coeficiente de correlación	,252**	1,000
		Sig. (bilateral)	,007	.
		N	101	101
	Baremos de niveles de realización personal (burnout)	Coeficiente de correlación	-,294**	-,182*
		Sig. (bilateral)	,002	,044
		N	101	101
Rho de Spearman	Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)	Coeficiente de correlación	,312**	,266**
		Sig. (bilateral)	,001	,004
		N	101	101
	Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)	Coeficiente de correlación	1,000	,266**
		Sig. (bilateral)	.	,007
		N	101	101
	Baremos de niveles de realización personal (burnout)	Coeficiente de correlación	,266**	1,000
		Sig. (bilateral)	,007	.
		N	101	101
	Baremos de niveles de realización personal (burnout)	Coeficiente de correlación	-,310**	-,199*
		Sig. (bilateral)	,002	,046
		N	101	101
	Baremos de niveles de	Coeficiente de correlación	,321**	,286**

despersonalización (burnout)	Sig. (bilateral)	,001	,004
	N	101	101

Correlaciones

			Baremos de niveles de realización personal (burnout)	Baremos de niveles de despersonaliza ción (burnout)
tau_b de Kendall	Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)	Coeficiente de correlación	-,294**	,312**
		Sig. (bilateral)	,002	,001
		N	101	101
	Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)	Coeficiente de correlación	-,182*	,266**
		Sig. (bilateral)	,044	,004
		N	101	101
	Baremos de niveles de realización personal (burnout)	Coeficiente de correlación	1,000	-,161
		Sig. (bilateral)	.	,084
		N	101	101
Rho de Spearman	Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)	Coeficiente de correlación	-,161	1,000
		Sig. (bilateral)	,084	.
		N	101	101
	Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)	Coeficiente de correlación	-,310**	,321**
		Sig. (bilateral)	,002	,001
		N	101	101
	Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)	Coeficiente de correlación	-,199*	,286**
		Sig. (bilateral)	,046	,004
		N	101	101

Baremos de niveles de realización personal (burnout)	Coeficiente de correlación	1,000	-,173
	Sig. (bilateral)	.	,084
	N	101	101
Baremos de niveles de despersonalización (burnout)	Coeficiente de correlación	-,173	1,000
	Sig. (bilateral)	,084	.
	N	101	101

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

NONPAR CORR

/VARIABLES=Ejerceshace Sexo BaremosDepresionBeck BaremosAgotamientoEmocional
BaremosRealizacionPersonal BaremosDespersonalizacion

/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlaciones no paramétricas

Notas

Salida creada	06-JUL-2022 14:19:24
Comentarios	

Entrada	Datos	F:\Facultad\Trabajos finales\Burnout y depresión en psicólogos y psicólogas clínicos\Matriz final.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguno>
	Ponderación	<ninguno>
	Segmentar archivo	<ninguno>
Manejo de valor perdido	N de filas en el archivo de datos de trabajo	101
	Definición de ausencia	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratan como perdidos.
	Casos utilizados	Las estadísticas para cada par de variables se basan en todos los casos con datos válidos para dicho par.
Sintaxis		NONPAR CORR /VARIABLES=Ejerceshace Sexo BaremosDepresionBeck BaremosAgotamientoEmocional BaremosRealizacionPersonal BaremosDespersonalizacion /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE.
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00,00
	Tiempo transcurrido	00:00:00,01
	Número de casos permitidos	87381 casos ^a

a. Se basa en la disponibilidad de la memoria del espacio de trabajo

Correlaciones

			Años de ejercicio	Género
Rho de Spearman	Años de ejercicio	Coeficiente de correlación	1,000	-,133
		Sig. (bilateral)	.	,185
		N	101	101
	Género	Coeficiente de correlación	-,133	1,000
		Sig. (bilateral)	,185	.
		N	101	101
	Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)	Coeficiente de correlación	-,132	-,100
		Sig. (bilateral)	,189	,318
		N	101	101
	Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)	Coeficiente de correlación	-,114	-,087
		Sig. (bilateral)	,257	,386
		N	101	101
	Baremos de niveles de realización personal (burnout)	Coeficiente de correlación	,208*	,092
		Sig. (bilateral)	,037	,358
		N	101	101
	Baremos de niveles de despersonalización (burnout)	Coeficiente de correlación	-,087	-,103
		Sig. (bilateral)	,385	,307
		N	101	101

Correlaciones

			Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)
Rho de Spearman	Años de ejercicio	Coeficiente de correlación	-,132

		Sig. (bilateral)	,189
		N	101
Género	Coeficiente de correlación		-,100
		Sig. (bilateral)	,318
		N	101
Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)	Coeficiente de correlación		1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	101
Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)	Coeficiente de correlación		,266**
		Sig. (bilateral)	,007
		N	101
Baremos de niveles de realización personal (burnout)	Coeficiente de correlación		-,310**
		Sig. (bilateral)	,002
		N	101
Baremos de niveles de despersonalización (burnout)	Coeficiente de correlación		,321**
		Sig. (bilateral)	,001
		N	101

Correlaciones

			Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)
Rho de Spearman	Años de ejercicio	Coeficiente de correlación	-,114
		Sig. (bilateral)	,257
		N	101

Género	Coeficiente de correlación	-,087
	Sig. (bilateral)	,386
	N	101
Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)	Coeficiente de correlación	,266**
	Sig. (bilateral)	,007
	N	101
Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)	Coeficiente de correlación	1,000
	Sig. (bilateral)	.
	N	101
Baremos de niveles de realización personal (burnout)	Coeficiente de correlación	-,199*
	Sig. (bilateral)	,046
	N	101
Baremos de niveles de despersonalización (burnout)	Coeficiente de correlación	,286**
	Sig. (bilateral)	,004
	N	101

Correlaciones

			Baremos de niveles de realización personal (burnout)
Rho de Spearman	Años de ejercicio	Coeficiente de correlación	,208*
		Sig. (bilateral)	,037
		N	101
	Género	Coeficiente de correlación	,092
		Sig. (bilateral)	,358
		N	101

Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)	Coeficiente de correlación	-,310**
	Sig. (bilateral)	,002
	N	101
Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)	Coeficiente de correlación	-,199*
	Sig. (bilateral)	,046
	N	101
Baremos de niveles de realización personal (burnout)	Coeficiente de correlación	1,000
	Sig. (bilateral)	.
	N	101
Baremos de niveles de despersonalización (burnout)	Coeficiente de correlación	-,173
	Sig. (bilateral)	,084
	N	101

Correlaciones

			Baremos de niveles de despersonalización (burnout)
Rho de Spearman	Años de ejercicio	Coeficiente de correlación	-,087
		Sig. (bilateral)	,385
		N	101
	Género	Coeficiente de correlación	-,103
		Sig. (bilateral)	,307
		N	101
	Baremos de niveles de depresión (escala de Beck)	Coeficiente de correlación	,321**
		Sig. (bilateral)	,001
		N	101

Baremos de niveles de agotamiento emocional (burnout)	Coeficiente de correlación	,286**
	Sig. (bilateral)	,004
	N	101
Baremos de niveles de realización personal (burnout)	Coeficiente de correlación	-,173
	Sig. (bilateral)	,084
	N	101
Baremos de niveles de despersonalización (burnout)	Coeficiente de correlación	1,000
	Sig. (bilateral)	.
	N	101

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).