

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO CONFIRMATORIO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA
MEXICANA DE DESGASTE OCUPACIONAL (EMEDO)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

JESSICA VALERIA ARCHUNDIA MORENO

DIRECTOR DE TESIS: DR. JESÚS FELIPE URIBE PRADO
REVISORA: MTRA. LUZ MARÍA JAVIEDES ROMERO

Esta investigación es parte del proyecto PAPIIT IN302806 de DGAPA,
UNAM



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradezco a la honorable Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi casa de estudios durante tantos años, así como agradezco todos los conocimientos brindados durante mi estancia en ella.

Gracias al Doctor Felipe Uribe por brindarme la oportunidad de participar en el proyecto que dio origen a esta tesis, y por todo el conocimiento brindado para la realización de esta.

A mis padres Octavio y Ana porque sin su apoyo jamás hubiera llegado hasta aquí, les agradezco todo lo que han hecho por mí, así como por la confianza y apoyo que he recibido por parte de ustedes en las decisiones que he tomado. Muchas gracias por ser buenos padres.

A mis tíos y padrinos Rubén y Martha gracias por el apoyo brindado y por los momentos que he pasado con ustedes.

Agradezco a mis hermanos Rubén y Octavio, así como a mis primos Rubén y Guadalupe, ya que los momentos vividos con ustedes me han enseñado demasiado.

A todos mis amigos muchas gracias por estar conmigo tantos años, he vivido demasiados momentos importantes a su lado, gracias por el apoyo y por los momentos divertidos, así como por los que no lo fueron, espero seguirlos viendo por mucho tiempo.

De todos ustedes y de las personas que fueron importantes en mi vida, aprendí muchas cosas que me han ayudado a ser mejor ser humano y sin su apoyo no hubiera superado esta etapa tan importante en mi vida.

Valeria

Mayo, 2007

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Capítulo 1

PSICOLOGÍA LABORAL Y SALUD LABORAL

1.1	Desarrollo Histórico de la Psicología Laboral	2
1.1.1	Definición de Psicología Laboral	4
1.1.2	Objetivo de la Psicología Laboral	5
1.2	Definición de Salud	6
1.2.1	Psicología de la Salud	8
1.2.2	Trabajo y Salud	10
1.2.3	Definición de Salud Laboral	12
1.2.4	Condiciones de Trabajo	16
1.2.5	Factores Psicosociales	21

Capítulo 2

ESTRÉS Y DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT)

2.1	Conceptualización de Estrés	27
2.1.1	¿Desgaste Ocupacional o Estrés?	28
2.2	Historia y Conceptualización del Desgaste Ocupacional	31
2.2.1	Trastornos Causados por el Desgaste Ocupacional	36
2.2.2	Modelos Teóricos y Explicativos para el Desarrollo del D.O.	38
2.2.3	Instrumentos para Evaluar el Desgaste Ocupacional	44
2.3	Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) Versión Exploratoria	46
2.3.1	Discriminación de Reactivos	48
2.3.2	Análisis Factorial Exploratorio	48
2.3.3	Análisis de Consistencia Interna	49
2.3.4	Discusión y Conclusiones	51

Capítulo 3

PSICOMETRÍA

3.1	Confiabilidad	57
3.1.1	Objetivo de la Confiabilidad	58

3.1.2	Métodos para Evaluar la Confiabilidad de un Test	58
3.1.3	Errores de Medida	61
3.1.4	Factores que Influyen en el Coeficiente de Confiabilidad	62
3.2	Validez y Tipos de Validez	62
3.2.1	Análisis de la Validez de Constructo	64
3.2.2	Análisis Factorial Confirmatorio	66
3.3	Construcción de Tests	67
3.3.1	Conductas Representativas del Constructo y Especificación de los Contenidos del Test	68
3.3.2	Especificaciones de Formato	68
3.3.3	Planificación del Análisis de los Ítems	69
3.3.4	Tratamiento de los Datos del Estudio Piloto y Planificación de la Tipificación del Test	69
3.3.5	Elaboración del Manual del Test y otros Materiales de Apoyo	70
3.4	Análisis de Varianza	70
3.5	Correlación Producto-momento de Pearson	72
	MÉTODO	75
	RESULTADOS	82
	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	93
	ANEXOS	98
	REFERENCIAS	118

Resumen

En este trabajo se describe el desarrollo de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), en su segunda fase de validación psicométrica, que tuvo como objetivo contar con un instrumento confiable y válido para la medición del Desgaste Ocupacional en la población mexicana. La segunda fase de validación se llevó a cabo con 523 sujetos, los cuales tuvieron experiencias laborales alguna vez en su vida, pertenecientes a organizaciones públicas y privadas.

La Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) está basada en las tres dimensiones propuestas por Maslach y Jackson (1981, 1982), las cuales son cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal, además se considera el modelo propuesto por Leiter y Maslach (1988) para dar validez al instrumento. A los tres factores mencionados se anexan dos más que son trastornos psicosomáticos derivados del DSM IV y un cuestionario de datos sociodemográficos. Así el cuestionario empleado para el análisis confirmatorio quedó compuesto por 50 reactivos teóricos, 40 de tipo psicosomático y 40 preguntas sociodemográficas.

De los 130 reactivos que componen el cuestionario, únicamente los reactivos teóricos (50) fueron sometidos a un Análisis Factorial Confirmatorio, empleando el método de Componentes Principales con rotación Varimax y normalización Kaiser. De esta manera se obtuvieron 30 reactivos de los 50 que fueron sometidos al análisis, para esta selección se consideraron saturaciones superiores a .40. Los 30 reactivos se sometieron a un análisis de consistencia interna, mediante el alfa de Cronbach, se obtuvo una confiabilidad general de .89 y se origino la tercera versión de la EMEDO. Respecto a la validez de la escala se llevaron a cabo análisis de varianza y correlaciones Producto-momento de Pearson entre el Desgaste Ocupacional, trastornos psicosomáticos, modelo de Leiter – Maslach y algunas variables sociodemográficas, los resultados arrojados son importantes, de igual manera que la validez obtenida por la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO).

Introducción

La salud es de vital importancia para todo ser vivo, ya que sin ella la calidad de vida del individuo es afectada severamente, por ellos es un tema de interés para muchos profesionales de la salud, entre ellos los psicólogos. Las personas no solamente pueden ver mermada su salud a nivel físico, esta también es afectada a nivel psicológico, a lo anterior se le denomina síntoma psicosomático, debido a que el origen de la enfermedad del sujeto es mental.

Las personas que se enfrentan a demandas poderosas por parte del ambiente, es decir, al estar en contacto con factores psicosociales los cuales el individuo no es capaz de superar, tienen mayor probabilidad de no gozar de una buena salud. La población trabajadora es parte importante de esta investigación, debido a que son muchas las fuentes de demandas a las que se enfrentan las personas que tienen una vida laboral activa. En esta población es donde el Desgaste Ocupacional (Burnout), tema de interés en esta investigación, tiene mayor incidencia, lo cual debe ser abordado por todos los profesionales de la salud, encargados del bienestar físico, psíquico y social de las personas. Existen instrumentos creados en otros países que son empleados para medir Desgaste Ocupacional en población mexicana, estos instrumentos fueron estandarizados por diversos investigadores, pero presentan algunas deficiencias en sus resultados, por lo cual no son fiables.

Para que pueda ser atendido el problemas de la incidencia del Desgaste Ocupacional en la población trabajadora es necesario que exista un instrumento elaborado por investigadores mexicanos que para su construcción consideren la cultura de este país.

Por lo anterior un investigador (Uribe) tomó la decisión de elaborar un instrumento que fuera capaz de medir Desgaste Ocupacional en la población mexicana, para ello la investigación constó de dos fases, la primera denominada fase exploratoria y la que da sentido a esta investigación la fase confirmatoria, donde el objetivo fue obtener un instrumento que mida Desgaste Ocupacional en la población mexicana, una buena confiabilidad así como validez, para que los resultados obtenidos a partir de él sean por completo fiables. Con la finalidad de lograr este objetivo se realizaron diversos análisis estadísticos con el paquete SPSS versión 11.0 para Windows, dichos análisis consistieron en correlaciones Pearson y análisis de varianza de una vía, los cuales se llevaron a cabo con Desgaste Ocupacional, el modelo de Leiter y Maslach, trastornos psicossomáticos y variables sociodemográficas.

Capítulo 1

PSICOLOGÍA LABORAL

Y

SALUD LABORAL

En el presente capítulo se abordarán los temas de psicología y salud laboral iniciando de forma breve con el desarrollo histórico de la Psicología Laboral, se proporcionará la definición de ésta, recalcando el componente psicosocial que contiene. El objetivo principal de la psicología laboral es precisamente predecir los fenómenos psicosociales que se originan en el contexto laboral (Alcover, Martínez, Rodríguez y Domínguez, 2004). En lo que respecta a salud laboral de igual manera se proporcionarán definiciones brindadas por diversos autores, así como por la OMS en su 30. Asamblea Mundial de 1977; el ámbito de la salud también le atañe a la psicología, no necesariamente en cuestión de aquellas enfermedades que tienen una causa orgánica, sino las originadas por factores psicosociales; la psicología de la salud es la encargada de prevenir lo anterior. Como se puede apreciar existe relación entre trabajo y salud, debido a esta relación las condiciones de trabajo influyen sobre la salud de los empleados, constituyendo uno de los factores psicosociales que pueden mermar la salud de los trabajadores, debido a lo anterior la salud laboral surge como respuesta al conflicto entre la salud y factores psicosociales, específicamente las condiciones de trabajo, todos estos temas son tratados en éste primer capítulo.

1.1 Desarrollo Histórico de la Psicología Laboral

La psicología laboral tuvo su origen en los primeros años del siglo XX, cuando por primera vez algunos psicólogos de Estados Unidos y de Europa trataron de aplicar los relativamente nuevos conocimientos psicológicos al campo del trabajo, los negocios y las ventas (Alcover, et al, 2004; Muchinsky, 2002).

El enfoque que adoptaron los primeros psicólogos interesados en el ámbito del trabajo fue individualista, personalista, ya que se centraron principalmente en el análisis de las variables individuales, como son la personalidad, inteligencia, aptitudes, habilidades, etc., las cuales influían o de alguna manera se encontraban implicadas en el comportamiento laboral, para poder analizar dichas variables empleaban un enfoque experimental y sus teorías así como conceptos tenían su

origen principalmente en la psicología diferencial (Alcover, et al, 2004; Spector, 2002).

La primera y segunda Guerra Mundial tuvieron un gran efecto en el desarrollo de la psicología laboral, ya que muchos psicólogos contribuyeron al esfuerzo de la guerra . Los psicólogos trabajaban con problemas como la selección de puestos, capacitación, moral, evaluación de desempeño, trabajo en equipo y diseños de equipos de trabajo (Muchinsky, 2002; Spector, 2002; Rodríguez, Díaz, Fuertes, Martín, Montalbán, Sánchez y Zarco, 2004).

En las décadas de los años treinta y cuarenta se incorporaron nuevos enfoques al estudio del trabajo, esto por la influencia ejercida por la psicología social, asimismo se comprobó que el comportamiento laboral se encontraba en gran medida influido por factores interpersonales y grupales, así como por factores organizacionales. Es importante mencionar que el enfoque individual no desaparece pero queda relegado a aspectos del comportamiento laboral y a procesos organizacionales limitados, como el estudio de la fatiga, o los procedimientos de selección de personal (Alcover, et al, 2004; Spector, 2002).

En la década de los cincuenta se incorporan nuevos enfoques al estudio del mundo del trabajo provenientes de la sociología, estas tendencias convergieron para dar origen a un nuevo campo denominado psicología de las organizaciones, desde este enfoque, aunque se sigue manteniendo en su estudio la consideración de variables individuales y grupales, se da más importancia a los factores organizacionales e institucionales y a su influencia sobre el comportamiento (Alcover, et al, 2004).

Después de los años cincuenta, se considera que al producirse la mayor parte del trabajo humano en el centro de las organizaciones no sólo industriales sino cada vez en mayor medida de servicios, el estudio del comportamiento debe integrar los diferentes niveles y perspectivas que se encuentran implicados, por ello la

denominación que se impone a partir de los años sesenta es la de psicología laboral y de las organizaciones o psicología industrial (Alcover, et al, 2004; Muchinsky, 2002).

La configuración actual de la psicología laboral supone, por una parte, la integración de dos grandes enfoques tradicionales dentro de ella, los cuales son de la psicología diferencial y la psicología social, esta última es la que actualmente tiene una mayor influencia, por otro lado la articulación de una disciplina más amplia, la psicología laboral y de las organizaciones (Alcover, et al, 2004).

1.1.1 Definición de Psicología Laboral

Las definiciones de psicología laboral han variado a través del tiempo una de ellas es proporcionada por Blum y Naylor (citado en Muchinsky, 2002), la conceptualizan como la aplicación o extensión de hechos y principios psicológicos a los problemas que conciernen a seres humanos que trabajan dentro del contexto de los negocios y de la industria.

La psicología laboral busca comprender y explicar el comportamiento interpersonal en el contexto de las organizaciones, así como, el funcionamiento de las propias organizaciones como resultado de las interacciones sociales entre los miembros que las componen (Rodríguez, et al, 2004).

Al ser el trabajo una actividad social no se puede intentar comprender el comportamiento humano únicamente tomando en cuenta características personales, ya que en este comportamiento van a estar influyendo otros factores del contexto en el que desempeña su actividad laboral, como pueden ser las características de otras personas, las relaciones que se establecen entre ellas, la dinámica del grupo, la manera en que se organiza el trabajo, el mismo tipo de

trabajo, actividades o tareas que se realizan, además de las variables del medio externo a la organización (Alcover, et al, 2004).

1.1.2 Objetivo de la Psicología Laboral

El objetivo inmediato de la psicología laboral consiste en describir, explicar y predecir los fenómenos psicosociales que se dan en el contexto laboral, de igual manera busca prevenir o solucionar los problemas que puedan surgir, por otro lado el objetivo final es mejorar la calidad de vida laboral de los trabajadores, la productividad y la eficacia laboral (Alcover et al, 2004), por otro lado Matrajt (1994), menciona que el principal objetivo de la psicología laboral es incrementar el rendimiento del trabajador, asimismo hace hincapié en que el objetivo de esta corriente no es buscar la alienación de los trabajadores, aunque no se preocupan demasiado en evitarla.

Para Rodríguez y colaboradores (2004), el objeto de estudio de la psicología laboral incluye el análisis de procesos individuales, necesarios para la comprensión y explicación del comportamiento humano en el trabajo (Rodríguez, et al, 2004).

Para alcanzar los objetivos mencionados en el inicio de este apartado es necesario en primer término conocer la base y los fundamentos, los factores que intervienen y las relaciones entre ellos, de los procesos y fenómenos que son objeto de estudio, en segundo lugar, utilizar los resultados obtenidos para realizar intervenciones que permitan solucionar un problema concreto, mejorar una situación determinada o resolver cualquier cuestión de tipo práctico (Alcover et al, 2004).

1.2 Definición de Salud

Con el desarrollo económico y social, se ha beneficiado a la población en algunos aspectos, aunque en otros ha traído efectos negativos, muchos a nivel psicosocial, como son los riesgos mentales, los estilos de vida inadecuados, el consumo de sustancias tóxicas, el estrés e incluso la inequidad en el acceso a las oportunidades de realización personal, todos ellos son aspectos que coexisten con el desarrollo de la sociedad (Matrajt, 1994).

La salud es entendida como un estado de bienestar físico, psíquico y social, no sólo la ausencia de enfermedad (Benavides, García, Ruiz, 2000; Latorre y Beneit, 1994).

La OMS en su 30. Asamblea Mundial de 1977, reformuló la concepción de salud, planteó como meta para el año 2000 que todos los ciudadanos alcancen un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, asimismo introduce una nueva dimensión al concepto de salud, establece que está debe ser disfrutada por todos los ciudadanos, dando mucha importancia al concepto de equidad (citado en Benavides et al, 2000).

Desde una perspectiva ecológica la salud es definida como la capacidad del individuo de adaptación al medio y de funcionar en las mejores condiciones en ese medio o como un equilibrio dinámico, en el que los individuos o grupos tienen la capacidad adecuada para afrontar las condiciones que se puedan presentar en la vida (Benavides, et al, 2000).

Estas definiciones presentan algunas limitaciones, ya que no es posible medir este equilibrio, capacidad o manera de vivir, debido a esto Doll (citado en Benavides, et al, 2000) propuso otra definición que permitiera medir y comparar la Salud entre diferentes poblaciones y en distintos períodos, así la define como la ausencia de

condiciones que limitan la capacidad funcional, pudiendo dichas condiciones ser medidas objetivamente (Benavides, et al, 2000).

La Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo, no son instituciones de investigación científica, son foros abiertos a los aportes de todas las líneas de pensamiento (Matrajt, 1994).

La principal preocupación de estas organizaciones es la salud del trabajador, hace muchos años que la salud mental de los trabajadores ha sido de gran preocupación tanto para las organizaciones como para las instituciones que se encargan de este tema, hasta la fecha la salud no sólo en el ámbito laboral es de gran importancia sino en todos los aspectos de la vida (Matrajt, 1994).

Durante el presente siglo se ha producido un cambio radical en las tasas de morbilidad y mortalidad, aquí se ha destacado que lo importante no es lo que la gente tiene sino lo que hace, por esta razón en la actualidad la investigación epidemiológica es básicamente psicosocial (Latorre y Beneit, 1994).

Es de suma importancia mencionar que en 1984 Matarazzo (citado en Latorre y Beneit, 1994) señala que los factores de riesgo asociados a las principales causas de mortalidad, caen dentro del estilo de vida que lleve el individuo. De esta manera la influencia estimada en cuatro grupos de factores, al inicio y durante el desarrollo de algunos problemas de salud, corresponde por orden al estilo de vida (51%), factores biológicos (20%), las influencias ambientales (19%) y los servicios de cuidados de salud (10%), como se puede observar el estilo de vida ocupa más de la mitad de influencia en enfermedades consideradas graves (Latorre y Beneit, 1994).

1.2.1 Psicología de la Salud

La preocupación por la salud y enfermedad es una constante para el hombre, ya que son cualidades inherentes a la naturaleza del ser humano y a su supervivencia (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Los griegos fueron unos de los primeros en comprender la enfermedad como un fenómeno natural, un ejemplo de esto es la teoría hipocrática de los humores: la enfermedad surgía como consecuencia de un desequilibrio entre los humores que circulaban por el cuerpo, por lo tanto la recuperación de la salud involucraba buscar el equilibrio de los mismos (Becoña, et al, 2000).

Los antecesores más importantes de la psicología de la salud son la psicología médica, la medicina psicosomática y la medicina conductual, como ciencia del comportamiento, a la psicología siempre le ha interesado analizar las interacciones de los fenómenos afectivos y conductuales con la salud (Matrajt, 1994).

La psicología de la salud constituye el reconocimiento acerca de que la salud no solamente se puede ver mermada por factores orgánicos, sino también en función de factores ambientales y psicosociales, como pueden ser el estilo de vida y el ambiente social, hoy estos últimos factores son los causantes en mayor medida de la falta de salud en la sociedad (Matrajt, 1994).

Lo anterior ha llevado a que el ámbito de la salud se amplié hacia áreas que eran en cierta forma ignoradas, como las ciencias sociales y humanas, ahora no sólo se reconoce su función y aporte, sino que se le solicitan a estas ciencias soluciones a problemas que se encuentran fuera del alcance del modelo biomédico tradicional (Matrajt, 1994).

El uso del término psicología de la salud suele ser atribuido a Joseph Matarazzo en 1982 y la define como el conjunto de contribuciones educativas, científicas y

profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias (citado en León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004).

Ocho años después Stone (citado en León, et al, 2004) define a la psicología de la salud como la aplicación de cualquier concepto, aspecto o técnica psicológica a la problemática de la salud, agrupándose de tres maneras tomando en cuenta las actividades de los psicólogos en este ámbito, estos grupos son: nivel de la intervención, objetivo de dichas intervenciones y tipo de intervenciones desarrolladas.

Para Morales (1999) la psicología de la salud es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud.

La División de psicología de la salud de la American Psychological Association (citado en Morales, 1999) la define como las contribuciones educacionales, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada, así como para el análisis y mejoramiento del sistema de atención de la salud y la formación de la política de la salud.

En la actualidad la psicología de la salud se caracteriza por la búsqueda de una integración cada vez más compleja entre los conocimientos básicos de la ciencia psicológica y las extensiones que esta pueda tener al ámbito de la salud (Matrajt, 1994).

1.2.2 Trabajo y Salud

La relación existente entre trabajo y salud es muy compleja, debido a que esta relación se produce en ambas direcciones, teniendo como resultado tanto efectos negativos como positivos; se podrían dividir ambos fenómenos en dos categorías de buena y mala salud frente a buenas y malas condiciones de trabajo, por lo tanto se deduce que se dan diferentes relaciones en cada una de las intersecciones posibles. De esta manera, si se cuenta con adecuadas condiciones de trabajo, habrá un efecto positivo sobre la salud, así aumentará la satisfacción y el bienestar del trabajador. Si la situación laboral se da en la forma que fue descrita con anterioridad, se puede decir entonces que el trabajo es considerado una fuente de salud, ya que, además de proporcionar ingresos económicos que ayudan a que los empleados tengan acceso a vivienda, alimentación, educación, etc., asimismo facilita las relaciones sociales y la autoestima de los mismos (Becoña, et al, 2000).

Por otro lado cuando el trabajador cuenta con una buena salud, esto se verá reflejado en su desempeño laboral, es decir, el efecto positivo de una salud óptima, lo que es llamado bienestar físico, psíquico y social. Lo anterior significa que un trabajador sano tenderá a mejorar su entorno laboral a través de las condiciones con sus colegas y sus mandos o subordinados, de la misma manera en que contribuirá a mejorar la calidad del trabajo. Lo importante de la relación salud – trabajo es resaltar que unas buenas condiciones de trabajo pueden mejorar la salud del trabajador y, a su vez, esta buena salud mejorará las condiciones de trabajo (Becoña, et al, 2000).

Una vez expuestos los efectos positivos de la salud sobre el trabajo, queda mencionar los negativos, tanto en el sentido de las malas condiciones de trabajo hacia la salud como de la mala salud hacia el trabajo, es bien sabido que los problemas de salud afectan seriamente el desempeño laboral, a manera de ejemplo, un trabajador con un problema de salud producirá un efecto negativo

sobre las condiciones de trabajo, en forma de bajo rendimiento e incluso ausentismo, así la productividad de la empresa se verá afectada por un problema de salud por parte del trabajador. Comúnmente se presta mayor atención a los efectos negativos de la relación salud – trabajo, ya que son más preocupantes y requieren mayor atención para solucionarlos; la existencia de la relación positiva es la que da pleno sentido a las actividades de la salud laboral, pues incluso el objetivo esencial de la prevención, que es evitar los efectos negativos, se justifica en la medida en que existe, o puede existir, una relación positiva entre el trabajo y la salud (Becoña, et al, 2000).

Como se mencionó el trabajo constituye una fuente de salud, claro que esto sólo es aplicable cuando las condiciones de trabajo son las adecuadas, entonces, el trabajo es un componente básico en el bienestar de las personas, proporciona una distribución del tiempo ocupado y del tiempo libre, ayudando a conectar a las personas con su entorno, así genera estímulos y satisfacciones que producen una sensación de bienestar. Otra evidencia sobre esta relación se puede observar al contrario cuando se estudian los efectos negativos que el desempleo provoca sobre la salud física y mental, muchas personas que llevan un tiempo considerable desempleadas tienen mayor probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares, mentales e incluso infecciosas y tumorales. En uno de los estudios sobre este problema, el Longitudinal Study inglés, se observó que entre los que trabajaban, frente a los que no podían, el riesgo de morir fue aproximadamente un 20% menor, siendo esta asociación independiente del nivel de ingresos. Unas buenas condiciones de trabajo pueden mejorar la salud de las personas que laboran en ese lugar (Becoña, et al, 2000).

Si tomamos en cuenta los efectos que ejerce la salud del trabajador sobre la productividad que éste tenga en su trabajo, entonces es fácil comprender que para la empresa el objetivo básico sea la salud del trabajador, ya que de esta manera obtendrán grandes beneficios, aquí es donde la empresa debe apoyar una buena práctica de la salud laboral, la cual mediante sus actividades persigue que los trabajadores, que son los clientes internos de la empresa, estén satisfechos y

motivados con sus condiciones de trabajo, lo que es para la empresa una obligación legal y no debe ser visto como un gasto, sino como una inversión en la que todos saldrán beneficiados (Becoña, et al, 2000).

Existe un término propuesto para agrupar las consecuencias negativas de la relación salud – trabajo, este es el de daños, aquí se engloban el conjunto de efectos negativos sobre la salud derivados del trabajo, independientemente de cual sea su naturaleza o período de latencia. Esto se encuentra plasmado en el artículo 4.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), donde se consideran como daños derivados del trabajo las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo. A partir de la LPRL se pueden considerar como daños derivados del trabajo todos aquellos problemas de salud relacionados causalmente con las condiciones de trabajo, independientemente de que estén reconocidas legalmente desde el punto de vista de la seguridad social (Becoña, et al, 2000).

1.2.3 Definición de Salud Laboral

La práctica profesional de la salud laboral surge como respuesta al conflicto entre salud y condiciones de trabajo, y se ocupa de la atención e intervención sobre las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores. Asimismo los principales objetivos de la salud laboral son identificar y eliminar o modificar los factores relacionados con el trabajo que tengan un efecto perjudicial para la salud del trabajador, así como potenciar aquellos con un efecto beneficioso sobre la salud y el bienestar del trabajador. Lo mencionado son los objetivos centrales, pero también deben considerarse el tratamiento y rehabilitación de los trabajadores que han sufrido un problema de salud (Benavides, et al, 2000).

Para que se puedan conseguir los objetivos anteriores se emplean diferentes aproximaciones desde distintas especialidades y perspectivas, la seguridad en el

trabajo, la higiene industrial, la ergonomía, la psicología o la medicina del trabajo proporcionan diferentes respuestas, todas ellas requeridas en función del origen del factor de riesgo (Benavides, et al, 2000).

En un informe de 1950 del Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud laboral se definía como la actividad que tiene como finalidad fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, prevenir todo el daño a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo, protegerlos en su empleo contra los riesgos para la salud, colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas, es decir, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo (citado en Benavides, et al, 2000).

Entonces la salud laboral puede entenderse como el esfuerzo organizado de la sociedad para prevenir los problemas de salud y promover la salud de los trabajadores. Existen un par de premisas que sirven para que se pueda dar la práctica de la salud laboral, la primer premisa consiste en que los problemas de Salud relacionados con el trabajo son susceptibles de prevención, debido a que sus determinantes se encuentran precisamente en las condiciones de trabajo en que se desenvuelve el trabajador, la segunda premisa es la que sustenta que los centros de trabajo son lugares idóneos para establecer programas de promoción de salud, aunque en la práctica su desarrollo sea escaso y la mayoría de los programas en funcionamiento se encuentran todavía lejos de los principios fundamentales de la promoción de la salud (Benavides, et al, 2000).

Dentro de la salud pública, la salud laboral es de suma importancia, ya que, los problemas de salud relacionados con el trabajo, como los accidentes o las enfermedades, son problemas que tienen un gran impacto tanto a nivel social como sanitario, para confirmar lo anterior es importante mencionar que las líneas que se siguen para llevar a cabo la protección y promoción de la salud de los

trabajadores coinciden con las propuestas para hacer frente a los problemas de salud de la población general, de esta manera las actividades que se desde la salud laboral moderna, de igual forma que a la salud pública, debe considerar tres principios estratégicos básicos: intersectorialidad, reorientación de los servicios y participación; en Salud Laboral estos principios se materializado en la legislación, de manera especial en la Ley 31/1995 de Prevención de los Riesgos Laborales (LPRL) (Benavides, et al, 2000).

El primero de estos principios, *la intersectorialidad*, resulta evidente cuando se habla de salud laboral, ya que la efectividad de cualquier programa requerirá, en muchas ocasiones, la colaboración de diferentes administraciones, principalmente la laboral y sanitaria, de hecho la LPRL establece claramente la necesaria coordinación y colaboración entre distintas administraciones, para que se pueda llevar a cabo esto ha creado un espacio de participación institucional: la Comisión Nacional de Seguridad y Salud, esta colaboración debe tener como base la multidisciplinariedad en las acciones en la salud laboral. La colaboración de médicos, ingenieros, químicos, psicólogos, sociólogos, economistas, juristas y sanitarios es fundamental para afrontar de manera adecuada los problemas que se puedan presentar en el trabajo (Benavides, et al, 2000).

En segundo lugar, una estrategia de salud laboral debe basarse en el principio de *reorientación*, de sus actividades e instituciones desde el enfoque tradicional, teniendo como objetivo principal la asistencia sanitaria y la indemnización, hacia servicios y actividades centrados en la prevención y promoción de la salud (Benavides, et al, 2000).

Como se ha definido previamente las actividades propias de la salud laboral, debe atender todos los aspectos relacionados con los problemas de salud de los trabajadores, esto en relación con las condiciones de trabajo en que se encuentran. Las actividades de tratamiento y rehabilitación de origen sanitario no se diferencian en alguna medida del resto de las intervenciones sanitarias, es

decir, el tratamiento y la rehabilitación de un trabajador lesionado o enfermo por causas relacionadas con su trabajo no serán sustancialmente diferentes del tratamiento o rehabilitación de cualquier persona afectada en su salud por causas de otro origen, como puede ser un accidente de tráfico o una infección (Benavides, et al, 2000).

Siguiendo la misma línea, el desarrollo de intervenciones para la promoción de la salud en los lugares de trabajo en relación con factores de riesgo extralaborales, como el tabaco o el alcohol, de ninguna manera difiere de manera particular del desarrollo de estas intervenciones en otros ámbitos. Es importante mencionar que en algunos casos, es posible ayudar a que se desarrollen estilos de vida saludables a partir de cambios o mejoras en las propias condiciones de trabajo: por ejemplo, ofrecer alimentos saludables en los comedores y cafeterías de la empresa, establecer pausas de descanso durante el trabajo o diseñar horarios de trabajo para facilitar la vida familiar y social, lo cual sería de gran ayuda para que los trabajadores realizarán sus actividades con mayor empeño del usual (Benavides, et al, 2000).

Así se puede apreciar que el componente más específico de la salud laboral son las actividades de prevención, debido a que estas acciones tienen una gran relación con el ambiente y las condiciones de trabajo, por lo tanto requieren del desarrollo de estrategias diseñadas especialmente para la identificación y acción sobre los factores relacionados con el trabajo y con un efecto sobre la salud y el bienestar del trabajador (Benavides, et al, 2000).

La actividad profesional de la salud laboral debe desarrollarse desde dos escenarios que son: la administración y la empresa, de esta forma se pueden definir dos niveles que complementan las acciones que deben realizarse, estos son: la vigilancia, que se entiende como evaluación o diagnóstico de los factores de riesgo y los efectos sobre la salud, y la acción preventiva o intervenciones técnicas sobre tales factores de riesgo y efectos (Benavides, et al, 2000).

1.2.4 Condiciones de Trabajo

Las condiciones de trabajo representan un conjunto de problemas demasiado amplios y variados, por lo tanto tiene contenidos conceptuales diferentes (Jódar y Benach en Benavides, et al, 2000).

Para George Spyropoulos (Jódar y Benach en Benavides, et al, 2000), el concepto de condiciones de trabajo abarca el conjunto de factores que influyen sobre el bienestar físico de los trabajadores.

Por otro lado, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) (Jódar y Benach en Benavides, et al, 2000), señala que las condiciones de trabajo son el conjunto de variables que definen la realización de una tarea concreta y el entorno en que ésta se realiza, en cuanto que estas variables determinan la salud del individuo que la ejecuta, la triple dimensión física, social y mental; este conjunto de variables hace referencia tanto a aspectos de la tarea concreta, es decir, al contenido intrínseco de cada trabajo: cualificación requerida, exigencias, etc., como al entorno físico y organizativo en el que se realiza: condiciones ambientales de iluminación, ruido, clima, etc., así como tipo de contratos, horarios, tamaño de la empresa, etc (Jódar y Benach en Benavides, et al, 2000).

Desde el enfoque de la salud laboral, una condición de trabajo es una característica de éste que puede o no tener relación con la salud del trabajador, por otro lado Castillo y Prieto (Jódar y Benach en Benavides, et al, 2000), ofrecen una definición que proporciona una amplia interpretación de las condiciones de trabajo, tanto de su contenido como de sus efectos, los cuales son todo lo que gira en torno al trabajo desde el punto de vista de la incidencia en las personas que trabajan (Jódar y Benach en Benavides, et al, 2000).

Todas las definiciones de condición de trabajo que fueron mencionadas contrastan con la ofrecida por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en su artículo 4.7:

(citado en Benavides, et al, 2000) las condiciones de trabajo son cualquier característica del mismo que puede tener influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador, en esta definición el término tiene un sentido negativo, debido a que no tiene en cuenta que las condiciones de trabajo pueden producir diferentes efectos sobre la salud, entre los que se incluyen los que son beneficiosos (Jódar y Benach en Benavides, et al, 2000).

Como se puede apreciar hay una estrecha relación entre las condiciones sociales de vida y de trabajo, un ejemplo de esto es que la clase social de cada individuo guarda relación con unas determinadas condiciones de trabajo, ya que sus ingresos económicos, lugar de residencia o comportamientos relacionados con la salud, tales como la dieta, el ejercicio físico o el consumo de drogas, afectarán su estado de salud y el de su familia, de esta manera los trabajadores que tienen una mejor situación económica y un mayor nivel educativo poseen trabajos más cualificados, condiciones laborales más beneficiosas y un mejor nivel general de salud, por otro lado los trabajadores que provienen de una clase social con escasos recursos o tienen menores oportunidades de educación, tendrán un peor estado de salud y difícilmente encontrarán un trabajo cualificado que les pueda asegurar un mejor desarrollo personal (Jódar y Benach en Benavides, et al, 2000).

Asimismo cada trabajador traslada a su medio laboral no sólo los problemas generados por su situación socioeconómica inmediata, sino también lo que le sucede día a día en su vida cotidiana, con demasiadas repercusiones en el medio laboral (Jódar y Benach en Benavides, et al, 2000).

Para continuar es necesario que se trate la definición de trabajo el cual constituye una realidad objetiva que, siempre debe de evaluarse según las circunstancias específicas en que se desarrolla. Es común que cuando se habla de trabajo únicamente se hace referencia a aquellos trabajos que son remunerados, que son un tipo concreto de trabajo y se deja de lado a aquellos que no entran en esta

categoría; pero el trabajo realizado a cambio de una remuneración, actualmente, responde a un concepto claro y delimitado, como es el de la ocupación, por cuenta propia si se es empresario o profesional liberal, o por cuenta ajena si se es asalariado. Sin embargo, considerando sólo el ámbito de trabajo remunerado u ocupación, existe en mayor medida preocupación e interés por estudiar las condiciones de trabajo en empresas u organizaciones con empleo formal y estable, donde se encuentran establecidas normas de seguridad y puestos de trabajo definidos, no existe la misma preocupación por conocer las consecuencias de otros trabajos remunerados que son en menor medida regulados y que en muchas ocasiones los trabajadores no cuentan con un contrato legal, tales como el trabajo precario, subcontratado, sumergido, autónomo o a domicilio (Jódar y Benach en Benavides, et al, 2000).

Existe una gran cantidad de investigaciones que han mostrado que las mujeres que tienen cargas reproductivas o domésticas también sufren accidentes, enfermedades, fatiga o estrés. Debe ponerse mayor interés en aquellas actividades laborales que son informales y menos reguladas, ya que, por las mismas condiciones en que se encuentra el trabajador es mucho más probable que el trabajo sea fuente de enfermedad y por lo tanto un mayor riesgo para la salud (Jódar y Benach en Benavides, et al, 2000).

Al hablar de condiciones de trabajo se deben incluir todas las manifestaciones del trabajo: las vinculadas al ámbito productivo o al reproductivo; las ocupaciones formales o las informales, las que se realizan en lugares específicamente regulados para su desempeño (empresas) y las que quedan fuera de ese marco (trabajo a domicilio) (Jódar y Benach en Benavides, et al, 2000).

A lo largo del siglo XX, los estudios de campo realizados por médicos del trabajo, psicólogos, sociólogos, ergónomos, epidemiólogos u otros profesionales especializados, aunado al interés de empresarios y organizaciones empresariales por reducir sus costos económicos, han contribuido desde ámbitos e intereses

muy diversos a exponer un gran número de características y consecuencias de las condiciones de trabajo antes desconocidas o ignoradas (Jódar y Benach en Benavides, et al, 2000).

Desde la perspectiva empresarial, los primeros estudios de las consecuencias económicas que traen las condiciones de trabajo se realizan bajo el paradigma entonces dominante, es decir, la racionalización de las tareas, basada en la especialización y el predominio del factor técnico sobre el factor humano. De esta manera las condiciones de trabajo fueron consideradas un problema cuando creaban un efecto negativo en la productividad de las empresas, así, cuando una condición de trabajo afecta al trabajador, éste a la productividad de la empresa y por lo tanto a la economía de la misma, es un problema que debe ser tratado con demasiado cuidado e interés, ya que implica demasiados gastos para la organización, sin tomar en cuenta las consecuencias que trae para el trabajador, además de los gastos adicionales que conlleva para la organización, como son asistencia médica, indemnizaciones, interrupciones del trabajo, etc., (Jódar y Benach en Benavides, et al, 2000).

Es bien conocida la investigación llevada a cabo por Elton Mayo (citado en Jódar y Benach en Benavides, et al, 2000), en Hawthorne durante los años veinte, reveló la importancia de determinados factores sociales y culturales en la generación de insatisfacción o de falta de motivación entre los trabajadores, de esta forma según el autor, cuando no se toma en cuenta el factor humano o los grupos informales podría traer como consecuencia una disminución de la calidad y cantidad de producción, en una rotación excesiva de la mano de obra, o en un mayor ausentismo (citado en Jódar y Benach en Benavides, et al, 2000).

El sitio en el que el trabajador desempeña sus actividades laborales es donde los profesionales de la salud laboral localizan la mayor parte de las situaciones y problemas vinculados con las condiciones de trabajo, no obstante deben ser tomados en cuenta tanto los factores objetivos como los subjetivos que interfieren

en la buena salud de los trabajadores y no únicamente enfocarse en las consecuencias económicas que pueda traer para la empresa, de esta manera se va más allá de los puestos de trabajo, se intenta localizar los problemas que residen en las condiciones sociales, culturales, políticas o económicas en que se encuentran demasiados trabajadores y que no son perceptibles en el puesto de trabajo (Jódar y Benach en Benavides, et al, 2000).

Las condiciones de trabajo en la actualidad se encuentran muy por debajo de lo que se considera como adecuado para los trabajadores, asimismo la participación que estos tienen en la planificación de las actividades que debe de realizar es mínimo, contrariamente a las exigencias que debe cubrir en su puesto de trabajo (Rodríguez, 1998).

Por todo lo mencionado; la situación actual requiere que se logre un mayor desarrollo personal, así como deben aumentar los niveles de aprendizaje y mayores niveles de calidad de vida laboral, ello se logrará con un esfuerzo orientado al conocimiento, a la reestructuración y enriquecimiento de los contenidos de trabajo, así como de las propias condiciones en que éste se realiza (Rodríguez, 1998).

1.2.5 Factores Psicosociales

El concepto de factores psicosociales se ha utilizado para hacer referencia de manera indistinta a elementos externos al individuo como a los efectos que se dan en él, en el primer caso se encuentran lo que conocemos como exigencias laborales, cargas de trabajo, las demandas y los estresores, que generalmente hacen referencia a condiciones de trabajo de carácter objetivo a las que se somete el trabajador. En el segundo caso, el concepto se ha utilizado para aludir al efecto que se produce en el trabajador, por ejemplo el estrés es considerado como un daño psicosocial (Martínez y Hernández, 2005),

Por otro lado en salud laboral se entiende por factores psicosociales aquellas características de las condiciones de trabajo, particularmente de su organización que pueden afectar a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos, es decir, cobran materialidad en función de la presencia de los trabajadores en un centro laboral (Martínez y Hernández, 2005).

De acuerdo con Levi (citado en Moncada y Artazcoz en Benavides, et al, 2000) la organización del trabajo afecta a las personas por medio de procesos emocionales, cognitivos, del comportamiento y fisiológicos; los primeros pueden manifestarse en forma de sentimientos de ansiedad, tristeza, alienación, apatía, etc., los segundos pueden provocar una restricción de la percepción, de la habilidad para la concentración, la creatividad o la toma de decisiones; en el comportamiento se pueden manifestar estos efectos en el abuso de alcohol, tabaco, drogas, conducta violenta, etc; por último se encuentran los procesos fisiológicos que tienen su base en la interacción de oportunidades y demandas ambientales, junto a las necesidades, habilidades y expectativas individuales. Tomando en cuenta la frecuencia y duración de estos procesos y aunado a ello la presencia o ausencia de otros factores que interactúen con dichos procesos, puede verse afectada la salud de las personas que estén expuestas a los procesos mencionados, los cuales son nombrados psicofisiológicos y de manera específica se denomina estrés. Existen otros factores que se encuentran fuera de el ambiente de trabajo, por ejemplo, la realización de trabajo doméstico, el cuidado de hijos, etc., estos factores en interacción con los laborales, ponen en riesgo el bienestar de los trabajadores, por ello es de gran importancia que no sólo se tomen en cuenta aspectos que se pueden apreciar a simple vista, es decir, se tiene que profundizar sobre aquellos factores a los que está expuesto el trabajador y que de alguna manera puedan estar afectando su salud y por lo tanto el buen desempeño dentro de la organización en que labore (Moncada y Artazcoz en Benavides, et al, 2000).

Lo anterior no necesariamente le da una connotación negativa a los factores psicosociales, específicamente a las condiciones de trabajo, sin embargo si escapan al control de los trabajadores, se pueden llegar a constituir en la causa inmediata de trastornos mentales, si por el contrario el trabajador puede controlar su ritmo de trabajo, las probabilidades de sufrir algún daño sobre la salud serán menores (Martínez y Hernández, 2005).

En los últimos años el estrés ha recibido gran atención por parte de diversos investigadores, esto debido a la gran incidencia que tiene en las personas, de la misma manera se ha hecho investigación sobre la organización del trabajo, los factores de riesgo psicosocial, debido a que estos factores guardan una estrecha relación con el estrés (Martínez y Hernández, 2005), se han desarrollado un gran número de teorías de las cuales muchas cuentan con evidencia empírica. Esta problemática se ha tratado desde perspectivas diferentes como la gestión de empresas de recursos humanos, el desarrollo organizacional, la productividad y la calidad, o la salud de los trabajadores (Moncada y Artazcoz en Benavides, et al, 2000).

Ha sido difícil distinguir la relación que se puede dar entre la salud y los factores psicosociales, ya que estos son difíciles de identificar sobre todo si se quiere hacer a simple vista, por otro lado lo que sucede con los factores de riesgo de tipo físico, biológico o químico, es que la identificación de su repercusión en la salud es más sencillo, por lo que existe más investigación en torno a estos factores. Sin embargo lo anterior no quiere decir que al ser más complicada la realización de investigación de la relación existente entre factores psicosociales y salud, debe dejarse a un lado o dársele menor importancia de la que aparentemente tiene (Moncada y Artazcoz en Benavides, et al, 2000).

Por el contrario se debe comenzar a tomar con bastante seriedad el estudio de los factores psicosociales del trabajo, así como las consecuencias que tiene para el sujeto en el aspecto social y económico, no sólo en nuestro país sino en muchos

otros, particularmente los factores psicosociales afectan la salud física y mental de los trabajadores (Martínez y Hernández, 2005).

De los diversos estudios que han aportado evidencias sólidas de la relación entre factores psicosociales y de salud, se puede concluir mencionando que existe una serie de factores de riesgo demostrados que tienen su base en la organización del trabajo: el exceso de demandas o exigencias del trabajo, el escaso control sobre éste, el bajo apoyo social y la ausencia de recompensas del trabajo. Estos factores de riesgo y otros, de naturaleza organizacional o no, del entorno de trabajo, del ámbito extralaboral o personal, interaccionan entre sí e influyen sobre la salud (Moncada y Artazcoz en Benavides, et al, 2000).

La psicología laboral tuvo su origen en los primeros años del siglo XX.

El enfoque que adoptaron los primeros psicólogos interesados en el ámbito del trabajo fue individualista, centrándose en variables como personalidad, inteligencia, aptitudes, habilidades, etc. Años después la psicología laboral da más importancia a los factores organizacionales e institucionales, sin dejar de lado el estudio de variables individuales y grupales. Para autores como Blum y Naylor la psicología laboral se conceptualiza como la aplicación o extensión de hechos y principios psicológicos a los problemas que conciernen a seres humanos que trabajan dentro del contexto de los negocios y de la industria, la cual busca comprender y explicar el comportamiento interpersonal en el contexto de las organizaciones. Su objetivo inmediato consiste en describir, explicar y predecir los fenómenos psicosociales que se dan en el contexto laboral. El objetivo final es mejorar la calidad de vida laboral de los trabajadores, la productividad y la eficacia laboral. Joseph Matarazzo (citado en Latorre y Beneit, 1994) define la salud como el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad.

La relación existente entre trabajo y salud trae tanto resultados positivos como negativos. La salud laboral puede entenderse como el esfuerzo organizado de la

sociedad para prevenir los problemas de salud y promover la salud de los trabajadores. Desde el enfoque de la salud laboral, una condición de trabajo es una característica de éste que puede o no tener relación con la salud del trabajador y los factores psicosociales son aquellas características de las condiciones de trabajo, particularmente de su organización que pueden afectar a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos

Es muy importante considerar la relación que existe entre trabajo y salud, ya que muchos trabajadores se ven seriamente afectados por las condiciones laborales, además de ello son muchos los factores psicosociales que influyen para que el trabajador presente algún malestar, gracias a la psicología de la salud y a la salud laboral es que se presta atención a estos fenómenos, aunque muchos de ellos no se aprecian a simple vista, por ello creo que es preciso enfocarse en primer término en los padecimientos que puedan tener los empleados y en segundo lugar tener como objetivo el buen funcionamiento de las organizaciones, ya que es menester garantizar la salud de los trabajadores y que dejen de ser considerados únicamente como herramientas para que las organizaciones operen adecuadamente.

En el siguiente capítulo se abordarán los temas de estrés y Desgaste Ocupacional también conocido como Burnout, se brindará la definición de Estrés de acuerdo con distintos autores estudiosos del tema, así como las diferencias que existen entre las diversas definiciones, el Desgaste Ocupacional ha sido y es confundido con estrés, por ello se tratará de establecer las diferencias entre estos fenómenos que aunque parecidos son diferentes principalmente por la manera en que se desarrollan. En cuanto al Desgaste Ocupacional, se proporcionará una breve historiam, así como una variedad de definiciones, destacando de ellas la brindada por Maslach y Jackson en 1981; este fenómeno trae consecuencias para los individuos que lo padecen, las cuales serán mencionadas en un apartado denominado trastornos causados por el Desgaste Ocupacional, donde se busca resaltar la importancia de prevenir la incidencia del Burnout. Se describirán una

serie de modelos que buscan explicar cómo se da el desarrollo del Desgaste Ocupacional, se mencionarán los principales instrumentos que se emplean para medir Burnout, así como las fallas que algunos de ellos presentan, finalmente un apartado dedicado al estudio exploratorio de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional, el cual servirá para una mayor comprensión acerca del propósito de este trabajo.

Capítulo 2

DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT)

2.1 Conceptualización de Estrés

El estrés laboral es uno de los conceptos que la psicología de la salud ha investigado ampliamente y a pesar de que existe gran cantidad de literatura referente al tema son pocos los acuerdos sobre su significado y definición (Hart y Cooper, 2001).

De acuerdo con Manassero, Vázquez, Ferrer, Fornés y Fernández (2003) el estrés es una reacción biológica común y adaptativa de los seres humanos, que produce en el organismo una activación adecuada, movilizándolo todos sus recursos, para responder con eficacia y prontitud a los estímulos peligrosos o amenazadores del ambiente.

Meichenbaum (1987) no considera el estrés como un estímulo ni como una respuesta, sino como el resultado de una transacción, que es influida tanto por el individuo como por el entorno.

El estrés no pertenece a la persona o al entorno, ni es un estímulo o una respuesta, sino es una relación dinámica particular entre la persona y el entorno, cuando uno actúa sobre el otro (citado en Meichenbaum, 1987).

Así de acuerdo con Lazarus (citado en Meichenbaum, 1987) los individuos no son víctimas del estrés, sino que su manera de apreciar los eventos estresantes y sus propios recursos y opciones de afrontamiento determinan la naturaleza del estrés. Los procesos de interpretación del individuo influyen en la relación dinámica o transacción entre éste y el entorno social.

Como se apreció uno de los principales desacuerdos se da cuando se debe decidir si el término estrés se emplea para referirse al estímulo u objeto estresante, a la percepción subjetiva que se hace del estímulo u objeto o, a la

respuesta psicológica y fisiológica interna o externa, que se desarrolla después de una evaluación de la percepción del estímulo (Gil-Monte, 2005).

En lo anterior existe un proceso, el cual inicia con un posible objeto estresante, un proceso cognitivo de evaluación para establecer si el estímulo es un estresor, si es así se hace uso de estrategias de afrontamiento, si estas son adecuadas o no, es lo que determinará las consecuencias del estrés laboral (Gil-Monte, 2005).

Las respuestas psicológicas, conductuales y fisiológicas del proceso de estrés pueden convertirse en consecuencias; es decir, la coexistencia en el tiempo de varias respuestas al estrés laboral convierte lo que fue una respuesta en consecuencias más o menos permanentes que afectan significativamente el ritmo de vida de la gente en términos de disminución de desempeño laboral, acompañado de agotamiento emocional y sentimientos de minusvalía, los cuales se combinan con una serie de malestares físicos y somáticos en una espiral de deterioro con finales de enfermedad (p.e. depresión, asma, hipertensión, dolores, impotencia sexual, infartos, diabetes, etc.). Algunas investigaciones sugieren que para investigar al estrés laboral en términos de respuestas o consecuencias, el mejor criterio es el tiempo que un síntoma permanece después de haber sido considerado respuesta a un estresor (Burke y Greenglass, 1995; Krausz, Koslowsky, Shalom y Elyakim, 1995).

2.1.1 ¿Desgaste Ocupacional o Estrés?

El concepto de Desgaste Ocupacional ha sido confundido con el de estrés, debido a que las diferencias que existen entre ellos no siempre son fáciles de establecer, de esta manera el Desgaste Ocupacional frente al estrés general es considerado como una de las posibles respuestas causadas por la acumulación de estrés laboral crónico (Buendía y Ramos, 2001).

Greenglass, Burke y Ondrack (1990), mencionan que el Desgaste Ocupacional encuadra con el estrés laboral, llegaron a esta conclusión después de diferenciar al estrés vital del estrés laboral, el primero es el que se refiere al estrés acumulado por los cambios vitales en el hogar y/o en el trabajo; el segundo hace referencia al estrés específico que se genera en el trabajo o por factores relacionados con el mismo, como pueden ser las condiciones de trabajo.

De esta manera Starrin, Larsson y Styrborn (1990), no están de acuerdo en que el Desgaste Ocupacional encuadre con el estrés laboral, ya que el estrés puede ser experimentado de manera positiva o negativa, mientras que el Desgaste Ocupacional únicamente de forma negativa, de aquí parte que muchos autores sostengan que la posible relación entre estrés y Desgaste Ocupacional, es que este último es similar al estrés negativo.

Por otro lado Oliver, Pastor, Aragonese y Moreno (1990) encuentran iguales los constructos de Desgaste Ocupacional y estrés laboral asistencial, mencionando que éste se da en determinadas profesiones, es decir, en aquellas dedicadas a las interacciones humanas.

De igual forma García (1991) concuerda en que el Desgaste Ocupacional es característico de profesiones de servicios humanos, lo comprende como la consecuencia de una exposición prolongada a estresores laborales, lo que sería comparable a la tensión que un individuo siente como consecuencia de las demandas físicas y psicológicas que el propio puesto de trabajo produce, o como resultado de un desajuste entre el trabajador y su entorno laboral.

De acuerdo con Gil-Monte (2001) el Desgaste Ocupacional (Burnout) debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico (estresores). En las organizaciones donde los trabajadores tienen un empleo en el que se requiere estar en constante contacto con los usuarios son fuentes de estrés las relaciones sociales que deben mantener para realizar su trabajo. El síndrome es un tipo de

mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación que mantiene el profesional tanto con el usuario como con la organización.

A lo anterior se puede afirmar que el Desgaste Ocupacional es un paso intermedio en la relación estrés consecuencias del estrés, de manera que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias para el individuo y para la organización, para el primero éstas de darán en enfermedades o falta de salud con alteraciones psicósomáticas; las consecuencias para la organización pueden resultar en un decaimiento en el rendimiento profesional del individuo y como resultado una baja en la calidad asistencial o del servicio e incluso el abandono del puesto de trabajo (Buendía y Ramos, 2001).

A lo largo de estos años se ha establecido que el Desgaste Ocupacional es una respuesta al estrés laboral crónico que, aunque se puede desarrollar en todo tipo de profesionales, ocurre con mayor frecuencia en aquellos de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con usuarios y deteriora significativamente su calidad de vida laboral y como consecuencia la calidad del servicio que ofrece a la organización y a los usuarios del servicio (Gil – Monte, 2002).

De acuerdo con Schaufeli y Buunk (citado en Buendía y Ramos, 2001), la distinción entre estrés y Desgaste Ocupacional no se puede hacer basándose en los síntomas, lo correcto es atender el proceso de desarrollo del Desgaste Ocupacional, así este puede considerarse el estadio final de un proceso de adaptación/inadaptación entre las demandas del ambiente y los recursos empleados por el sujeto, por otro lado el estrés hace referencia a procesos temporales más breves, aunado a ello el Desgaste Ocupacional está asociado con actitudes negativas hacia los clientes, el trabajo y la organización, lo cual no sucede con el estrés (Buendía y Ramos, 2001).

El Desgaste Ocupacional entendido como un proceso, implica una interacción de variables emocionales (cansancio emocional y despersonalización), cognitivas (falta de realización personal en el trabajo), y sociales (despersonalización), las cuales se articulan entre sí en un episodio secuencial, con una relación de antecedentes-consecuentes, dentro del proceso más amplio de estrés laboral, lo anterior de manera específica es lo que diferencia al Desgaste Ocupacional de otras respuestas al estrés, las que pueden ser consideradas como estados del individuo (citado en Buendía y Ramos, 2001).

Como se puede apreciar no hay un acuerdo unánime en igualar los términos de estrés y Desgaste Ocupacional, sin embargo existe cierto consenso en asumir que hay cierta similitud entre ambos conceptos, a pesar de ello, definiciones como la de Freudenberger (citado en Gil-Monte, 2002), Maslach y Jackson (1981) las cuales posteriormente se tratarán, parecen indicar que existen matices que les hace difícilmente iguales. Algunos autores como Singh, Goolsby y Rhoads (1994) concluyeron que Desgaste Ocupacional y estrés laboral son constructos claramente diferentes.

2.2 Historia y Conceptualización del Desgaste Ocupacional

La expresión original anglosajona “Burnout Syndrome” ha sido traducida de diferentes formas al castellano, lo que ha originado que existan diferentes denominaciones para un mismo fenómeno. La mayoría de los autores de habla hispana se refieren al fenómeno como “Síndrome de Burnout”, así la literatura ofrece al menos diecisiete denominaciones diferentes en castellano (Gil-Monte, 2005).

Un primer grupo recoge las denominaciones que toman como referencia el término original anglosajón Burnout, un segundo grupo adopta aquellas que prefieren una vía alternativa a la traducción literal, se caracterizan por tomar como referencia el contenido semántico de la palabra, o el de la patología, finalmente el tercer grupo

recoge aquellos estudios en los que se considera que el Burnout es sinónimo de estrés laboral (Gil-Monte, 2005).

En el presente capítulo me referiré al fenómeno como Desgaste Ocupacional. El concepto de Desgaste Ocupacional (Burnout), surgió en 1974 con Herbert Freudenberger (en Gil – Monte, 2002), esto para explicar el proceso de deterioro en los ciudadanos y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios (organizaciones de voluntariado, sanitarias, de servicios sociales, educativas, etc.), y lo describe como una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador; las emociones y sentimientos negativos producidos por este síndrome son situados en el contexto laboral, debido a que este es capaz de producir tales reacciones. El autor (Freudenberger, 1974, en Gil-Monte, 2002) afirmaba que el Desgaste Ocupacional era el síndrome que ocasionaba adicción al trabajo; entendiéndola, según Machlowitz (1980) como un estado de total devoción a su ocupación, por lo que su tiempo es dedicado a servir a este propósito, que provocaba un desequilibrio productivo y, como consecuencia, las reacciones emocionales propias de la estimulación laboral aversiva.

Por otro lado Pines y Kafry (1978), definen el Desgaste Ocupacional como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal. Posteriormente, Dale (1979) (en Gil-Monte y Peiró, 1997) es uno de los que inician la concepción teórica del Desgaste Ocupacional entendiéndolo como consecuencia del estrés laboral y con ello menciona que el Desgaste Ocupacional puede variar en relación a la intensidad y duración del estrés.

Asimismo Freudenberger (1980), aporta otros términos a la definición, así habla de un vaciamiento de sí mismo; el cual es provocado por el agotamiento de los recursos físicos y mentales, que son consecuencia del esfuerzo excesivo por alcanzar una determinada expectativa no realista que, o bien ha sido impuesta por él, o por los valores propios de la sociedad.

A su vez Cherniss (1980), es uno de los primeros que enfatiza la importancia del trabajo, como antecedente en la aparición del fenómeno y lo define como cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con empleos frustrantes o con excesivas demandas.

Otra definición es la aportada por Edelwich y Brodsky (1980), ellos lo definen como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo. Estos mismos autores proponen cuatro etapas por las que pasa toda persona que padece Desgaste Ocupacional, estas son entusiasmo, donde se dan elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción del peligro; la segunda etapa es el estancamiento, aparece cuando no se cumplen las expectativas originales y comienza a emerger la frustración, en tercer lugar esta la frustración en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales, por último esta la apatía que padece el individuo y constituye el mecanismo de defensa frente a la frustración.

En ese mismo año Gillespie (1980), intentó resolver la ambigüedad que existe en la conceptualización del Desgaste Ocupacional (Burnout), para ello clasifica al fenómeno en dos tipos: al primero le llamo Desgaste Ocupacional activo, caracterizado por una actitud y conducta asertiva y tiene que ver, principalmente con factores organizacionales o aspectos externos a la profesión; en el segundo tipo, el Desgaste Ocupacional pasivo, los sentimientos manifestados son de retirada y apatía, este tipo guarda relación con factores internos psicosociales. De esta manera el autor deja abierta la posibilidad de la existencia de varias manifestaciones de Desgaste Ocupacional, lo cual sirvió para que otros autores intentaran explicar la complejidad del fenómeno.

Maslach y Jackson (1981) entienden que el Desgaste Ocupacional se configura como un síndrome multidimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

Por baja realización personal se entiende la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales. El agotamiento emocional apunta a la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel físico y afectivo, es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo, finalmente la despersonalización se define como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de manera deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo (Buendía y Ramos, 2001).

Parece que se admite fundamentalmente la definición de Maslach y Jackson (1981). Por ello las definiciones que siguieron a las de estos autores sólo giran en torno a las ya mencionadas.

Emener, Luck y Gohs (1982), indican que todas las definiciones que se habían aportado de Desgaste Ocupacional hasta ese momento lo que hacían era describir el síndrome del carbonizado, debido a esto es que una traducción libre de Burnout sea la de quemado, cuando realmente lo que se está reflejando es una situación más grave (carbonizado). Estos mismos autores definen el Desgaste Ocupacional como el estado mental y físico resultado de los efectos de debilitamiento experimentados por sensaciones negativas prolongadas, relacionadas con el trabajo y el valor que le merece al empleado el cara a cara del trabajo y de los compañeros.

A su vez Perlman y Hatman (1982), reuniendo las distintas definiciones utilizadas hasta 1982 para referirse al Desgaste Ocupacional, encuentran los siguientes

tópicos: fracasar y estar agotado, respuesta a un estrés crónico y síndrome con actitudes inapropiadas hacia los clientes y hacia sí mismo, asociado con síntomas físicos y emocionales, todo esto como consecuencia de los estímulos negativos provenientes del trabajo y la organización y recibidos por la persona que desempeña su labor profesional.

Smith y Nelson (1983), concluyen que no es posible ofrecer una definición concisa del fenómeno, debido a la complejidad del constructo que tantos autores han intentado conceptualizar.

Años después Shirom (citado en Buendía y Ramos, 2001), plantea que el Desgaste Ocupacional es una consecuencia de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, con lo que al descender los recursos personales aumenta el síndrome.

Definiciones similares a las expuestas por Shirom (citado en Buendía y Ramos, 2001), son las proporcionadas por Ganster y Schanbroeck (1991), Kushnir y Melamed (1992), ya que, coinciden en que el Desgaste Ocupacional es la consecuencia de las demandas originadas del ambiente laboral y la falta de afrontamiento por parte del individuo, de esta manera, ante los deficientes recursos de afrontamiento para cumplir con las demandas percibidas, se da el Desgaste Ocupacional.

Con lo anterior se va asentando una corriente de estudios que relacionan Desgaste Ocupacional y estrategias o recursos de afrontamiento, Wallace y Brinkerhoff (1991), señalan que incongruentemente la despersonalización, como una de las dimensiones del Desgaste Ocupacional, sería probablemente una estrategia de afrontamiento conducente a combatir el síndrome, abriendo aún más la necesidad de una línea de investigación en este sentido.

Con un planteamiento más radical, Grebert (1992) (en Gil-Monte y Peiró, 1997) entiende el Desgaste Ocupacional como una construcción cultural que permite a

los profesionales de la relación de ayuda manifestar cuáles son sus sufrimientos y dificultades, de esta forma llega a conceptualizarlo como un planteamiento defensivo de la profesión.

De lo anterior se deduce que el estudio de este síndrome lleva poco más de treinta años, a lo largo de los cuales han surgido diversas definiciones dadas por un gran número de autores, los cuales difieren en gran medida en la conceptualización, asimismo, como se mencionó el Desgaste Ocupacional ha sido relacionado y en ocasiones confundido con estrés laboral, debido a la similitud que guardan (Buendía y Ramos, 2001).

2.2.1 Trastornos Causados por el Desgaste Ocupacional

Según Buendía y Ramos (2001), el Desgaste Ocupacional se ha relacionado a diferentes respuestas individuales de carácter psicosomático, trae resultados negativos para el sujeto, uno de ellos se presenta a nivel fisiológico provocando alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlcera, insomnio, mareos, ansiedad, depresión, cansancio, dolor de cabeza, dolor de espalda, alteraciones del ciclo menstrual, fatiga, hipertensión, alcoholismo, tabaquismo, etc.

Al parecer lo anterior aparece como constante en los sujetos con niveles más altos de Desgaste Ocupacional. Un sujeto se verá seriamente afectado si presenta de manera constante Desgaste Ocupacional, ya que se genera fatiga y tanto el Desgaste Ocupacional como ésta última se constituyen en mediadores psicofisiológicos entre las condiciones laborales y los daños a la salud, esto sin caer necesariamente en el terreno de la patología. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – IV (DSM - IV) (en Fernández, 2000) reconoce como factor predisponente para el insomnio, al estrés intenso, asimismo los trabajadores reportan de manera frecuente sueños angustiosos que guardan una estrecha relación con las actividades que realizan (Fernández, 2000).

Otros trastornos psicossomáticos que surgen a partir de la constante presencia de Desgaste Ocupacional son: problemas cardíacos, disminución del rendimiento psíquico y físico, dolores inexplicables, náuseas, temblores, además problemas digestivos como diarrea, estreñimiento, acidez estomacal (Oliver, et al, 1990; Atance, 1997; Fernández, 2000; Aldrete, Pando, Aranda y Balcázar, 2003; Gil-Monte, 2002).

Los trastornos psicossomáticos reciben gran atención principalmente en los últimos años, debido a la importancia del daño que provocan en la población trabajadora, el término psicossomático se emplea para referirse a aquellas enfermedades orgánicas que tienen lugar en diferentes aparatos, sistemas, tejidos u órganos del cuerpo humano y para poder expresar la relación existente entre el cuerpo y la psique (Fernández, 2000).

Son muchos los estudios que presentan evidencias a favor de la relación existente entre los factores psíquicos y sociales, presentes en los ambientes de trabajo y la salud de los trabajadores, uno de estos estudios fue realizado con hombres de mediana edad, los hallazgos fueron que los sujetos que no contaban con apoyo emocional de las personas cercanas durante acontecimientos estresantes severos, tenían una probabilidad 5 veces mayor de morir en los 7 años siguientes que aquellos con apoyo emocional (Atance, 1997).

Otro estudio realizado con médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, proporcionó resultados interesantes, dicho estudio consistió en determinar la prevalencia de Desgaste Ocupacional en los médicos, para ello se empleó un cuestionario de datos sociodemográficos y laborales, además de la escala del Maslach Burnout Inventory, la prevalencia encontrada sobre el Síndrome de Burnout en los médicos fue del 42.3%. El 64.8% (81 sujetos) se manifestó enfermo. Las enfermedades más frecuentes fueron las músculo-esqueléticas (20%), las respiratorias (19.2%), las gastrointestinales (18.3%) y las psicológicas (15.2%). Se encontró relación entre casi todos los reactivos del cuestionario con

las enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicas y psicológicas, pero las dimensiones que se comportaron como factor de riesgo hacia la enfermedad fue principalmente el agotamiento emocional (Aldrete, et al, 2003).

Por otro lado estadísticas norteamericanas prueban que el 80% de las enfermedades están relacionadas con el estrés, es importante mencionar que la mayor parte de las personas no tratan el estrés, sino sus consecuencias, es decir, todas las alteraciones que se presentan a nivel fisiológico, de tal manera que tratan estas consecuencias del estrés con analgésicos, vitaminas, antiácidos, relajantes musculares y ansiolíticos y no el estrés en sí mismo (Aldrete, et al, 2003).

2.2.2 Modelos Teóricos y Explicativos para el Desarrollo del Desgaste Ocupacional

Existen modelos teóricos que fueron elaborados tomando en cuenta aspectos psicosociales, esto para poder explicar el Desgaste Ocupacional, y pueden ser clasificados en tres grupos (Gil-Monte y Peiró, 1997).

En el primero se incluyen los modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo, este grupo tiene como principal característica que variables del yo como son autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto, etc., son la base principal para que se explique el desarrollo del síndrome; uno de los modelos más representativos de este grupo es el de competencia social de Harrison (citado en Gil-Monte y Peiró, 1997), el cual dice que la competencia y la eficacia percibida por el sujeto son variables de gran importancia en el desarrollo del síndrome, cuando la mayoría de los sujetos comienzan a trabajar lo hacen con una alta motivación, si esta motivación se topa con factores de ayuda como son objetivos laborales realistas, buena capacitación profesional, participación en la toma de

decisiones, disposición de recursos, etc., la eficacia percibida por el sujeto será alta, así como los sentimientos de competencia social del individuo; por otro lado, si junto con la motivación se presentan factores barrera que de alguna manera impida el buen funcionamiento laboral del sujeto, como son ausencia de objetivos laborales realistas, disfunciones de rol, ausencia o escasez de recursos, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, etc., entonces la eficacia percibida será baja, debido a que no se alcanzarán los objetivos laborales se presenta una disminución de los sentimientos de autoeficacia, provocando que se origine el Desgaste Ocupacional (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Un segundo grupo engloba los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social, se considera que el Desgaste Ocupacional tiene su etiología en la percepción que tiene el individuo respecto a la falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Para Buunk y Schaufeli (1993) el Desgaste Ocupacional tiene una doble etiología, por un lado los procesos de intercambio social con las personas a las que se les otorga el servicio y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros de trabajo. Con respecto al primer proceso estos autores identifican tres fuentes de estrés relevantes: en primer lugar se encuentra la incertidumbre, que es la falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar; después se encuentra la percepción de equidad referente al equilibrio percibido entre lo que las personas dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones; la última fuente de estrés es la falta de control, la cual es la falta de posibilidad del individuo de controlar los resultados de sus acciones laborales.

En relación a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, es determinante para el desarrollo del síndrome: la falta de apoyo social en el trabajo, es común que los profesionales de la salud rehuyan a recibir apoyo social

porque puede ser una amenaza para la autoestima, ya que puede ser criticado por sus compañeros de trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Finalmente en el tercer grupo se encuentran los modelos elaborados desde la teoría organizacional, en ellos se considera que factores como disfunción de rol, falta de salud organizacional, la estructura, cultura y el clima organizacional, puede dar inicio al desarrollo del síndrome, principalmente estos modelos enfatizan en la importancia que tienen los estresores del contexto organizacional y los recursos de afrontamiento que tenga el individuo para estos estresores (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Winnubst (1993), elaboró un modelo que se encuentra dentro de este grupo, en él resalta la importancia de la estructura de la organización, la cultura y el clima organizacional como variables clave en la etiología del síndrome. Los antecedentes del síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. En las burocracias mecánicas el Desgaste Ocupacional es originado por el agotamiento emocional diario como consecuencia de la rutina, la monotonía y por la falta de control derivadas de la estructura; a su vez en las burocracias profesionalizadas como son hospitales y centros de salud, el síndrome es causado por la relativa debilidad de la estructura organizacional que implica una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y que origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales.

Por otra parte, los sistemas de apoyo social están en gran medida relacionados con el tipo de estructura organizacional, por ejemplo en una burocracia mecánica, la jerarquía y la autoridad desempeñan un papel importante, por lo que la mayor parte de la comunicación es vertical. En las burocracias profesionalizadas el trabajo en equipo y la dirección son más importantes, y el flujo de comunicación horizontal es mayor que el de la comunicación vertical, así el apoyo social en este tipo de burocracias es en su mayoría emocional e informal, de esta manera el

apoyo social que se tenga en el trabajo va a afectar de manera importante la percepción que el individuo tenga de la estructura de la organización. El apoyo social se considera en este modelo como una variable central para la intervención en el síndrome, debido a que por medio del apoyo social es posible influir sobre las diversas disfunciones que se derivan de cualquier tipo de estructura organizacional (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Existen otros modelos que surgieron para tratar de explicar el proceso que se da en el desarrollo del Desgaste Ocupacional, uno de ellos surgió con Cherniss (citado en Buendía y Ramos, 2001), para él en el proceso de desarrollo del Desgaste Ocupacional se pueden distinguir varias fases o etapas; la primera comprende el desajuste (desequilibrio), que se da ante las demandas del ambiente y los recursos que emplea el sujeto para cumplir con dichas demandas (fase de estrés); la segunda fase es la respuesta que expone el individuo ante el mencionado desajuste, esta respuesta es caracterizada por preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento (fase de agotamiento); en la tercer fase se presenta una gran cantidad de cambios en las actitudes y en la conducta, incluyendo tratar a los usuarios de sus servicios de manera fría e impersonal (robotización), el sujeto que se encuentra en esta fase de desarrollo del Desgaste Ocupacional presenta cinismo y atiende únicamente sus propias necesidades preocupándose por que estas sean satisfechas (fase de afrontamiento defensivo) (citado en Buendía y Ramos, 2001).

Bronsberg y Vestlund (citado en Buendía y Ramos, 2001), de igual forma que Cherniss (1980), distinguen varias fases en el desarrollo del Desgaste Ocupacional, las cuales difieren de las ya mencionadas.

En la fase inicial o de entusiasmo el individuo se siente con energía de sobra para realizar sus actividades laborales, incluso si es necesario permanece más tiempo en su jornada laboral sin que le cause molestia alguna, ya que esto es gratificante para él, puede ser debido a que concluyó sus estudios y este es el primer empleo

que tiene, o porque es un empleo nuevo, en fin son muchas las razones por las que en un inicio un trabajo es motivante y fuente de entusiasmo (citado en Buendía y Ramos, 2001).

La segunda fase es la de estancamiento, la cual se da después de que comprobamos que las metas profesionales que nos propusimos no están siendo logradas y por lo tanto nos estancamos, a pesar de que el trabajo todavía puede proporcionarnos realización personal comenzamos a analizar los beneficios obtenidos a partir del esfuerzo personal que se ha invertido. La actitud del individuo comienza a cambiar, ya no es el entusiasta de cuando inició en ese empleo, por el contrario se comienza a contagiar del negativismo de sus compañeros y junto con ello se dan problemas de salud que de alguna manera interfieren con su desempeño laboral (citado en Buendía y Ramos, 2001).

La siguiente fase es la de frustración, en ella el sujeto se cuestiona la eficacia del esfuerzo personal frente a los obstáculos derivados del desempeño del trabajo, existe la posibilidad de que el sujeto logre enfocarse hacia una nueva fase de entusiasmo, esto dependiendo de sus recursos personales, de tener unos deficientes así como malos recursos organizacionales puede caer en una nueva fase que es la de apatía, el individuo percibe al trabajo como algo carente de sentido, con el transcurrir del tiempo el sujeto se siente impotente e ignorante, los problemas de salud que aquejaban al individuo en una de las fases anteriores ahora son crónicos (citado en Buendía y Ramos, 2001).

La cuarta fase es de hiperactividad y apatía, en la reacción de hiperactividad el sujeto se olvida de sí mismo, dice sí a muchas cosas, siempre esta trabajando, no escucha, está acelerado, quiere hacer demasiadas cosas a la vez, con lo cual no logra realizar alguna de manera adecuada y después se produce el colapso (citado en Buendía y Ramos, 2001).

La reacción de apatía parte de esta cuarta fase, surge a partir de un sentimiento creciente de distanciamiento de lo laboral, que conlleva evitación e incluso inhibición de la actividad profesional. El comportamiento presentado por el individuo es de autómatas, actúa de manera robotizada tanto en su trabajo como con su familia (citado en Buendía y Ramos, 2001).

En la última fase es donde se da el colapso tanto a nivel físico, emocional y cognitivo, lo que obliga al sujeto a dejar el empleo o a cargar con una vida profesional que dará frustración e insatisfacción (citado en Buendía y Ramos, 2001).

Otro modelo que integra varias fases en el desarrollo del Desgaste Ocupacional es el de Leiter y Maslach, creado en 1988 (citado en Buendía y Ramos, 2001), en él, el fenómeno se desarrolla en cuatro fases, el modelo inicia con el cansancio emocional, el cual se da debido al desequilibrio existente entre las demandas organizacionales y los recursos con que estas se afrontan; después viene la despersonalización, que se presenta como única salida a la situación creada, finalmente se encuentra la falta de realización personal que es el resultado del choque frontal entre las estrategias de afrontamiento elegidas y el compromiso personal exigible en la profesión asistencial. (Ver Figura 1).

Figura 1

Proceso del Modelo de Leiter y Maslach (1988)

Etapa	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Cansancio emocional	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Despersonalización	Baja	Alta	Baja	Alta
Realización personal	Baja	Baja	Baja	Alta

Existe otro modelo que es proporcionado por Golembiewski (citado en Buendía y Ramos, 2001), el Desgaste Ocupacional es un proceso en que los sujetos pierden

el interés inicial en su trabajo, esto a causa del estrés laboral, así como de la tensión que esto les genera. Este autor menciona que el Burnout no es exclusivo de los profesionales que trabajan en los servicios humanos, sino que puede darse en vendedores, directivos y otros profesionales.

De igual manera que el modelo de Leiter, el de Golembiewski apoya la secuencia de que el síndrome es tridimensional, presentándose de la siguiente manera: despersonalización, baja realización personal y cansancio emocional, así para Golembiewski son ocho las fases que se presentan para el desarrollo del síndrome, cada fase se define en función de la combinación de las tres dimensiones del Desgaste Ocupacional, que se dividen según las categorías alto-bajo, cabe destacar que no necesariamente los sujetos atraviesan por las ocho fases que integran el modelo (citado en Buendía y Ramos, 2001). Ver Figura 2

Figura 2
Proceso del Modelo de Golembiewski (1988)

Factores/Fases	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Despersonalización	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Realización personal	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Cansancio emocional	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto

2.2.3 Instrumentos para Evaluar el Desgaste Ocupacional

Hasta hace algunos años el Desgaste Ocupacional había sido referido por técnicas proyectivas, entrevistas, observaciones clínicas, autoinformes y cuestionarios, esto ha cambiado, ya que, los métodos empleados para identificar al síndrome fueron sustituidos por instrumentos de medición más confiables en términos de escalas, los instrumentos más conocidos son los siguientes:

Maslach Burnout Inventory - MBI (Maslach & Jackson, 1981,1986)

Burnout Measure-BM (Pines & Aronson, 1988)

Teacher Stress Inventory-TSI (Schutz & Long, 1988)

Holland Burnout Assessment Survey-HBAS (Holland & Michael, 1993)

Stress Profile for Teachers-SPT (Klas, Kendail & Kennedy, 1985)

Cuestionario Breve de Burnout -CBB (Moreno & Oliver, 1993)

Escalas de Evaluación de Estrés, Satisfacción Laboral y Apoyo Social-EESSA (Reig y Caruana, 1987)

Como se puede observar no existe una escala mexicana para medir el Desgaste Ocupacional, en nuestro país, uno de los instrumentos más usados y confiables para medir el síndrome en México es el de Salud Mental Estrés y Trabajo – SWS Survey – (Osterman & Gutiérrez en Gutiérrez, Ito & Contreras, 2002), a pesar de ser el más usado este instrumento no incluye el Burnout bajo un modelo progresivo en términos de proceso, debido a que abarca estrés laboral y otros factores de salud.

El instrumento más usado en otros países para medir Burnout es el MBI de Maslach y Jackson (1981,1986), este consta de 22 reactivos, está basado en las tres dimensiones de Leiter y Maslach (1988), pese a que es el instrumento que mide Burnout más usado, ya que ha demostrado tener una mayor validez y confiabilidad (entre .75 y .90) (Barnett, Brennan y Gareis, 1999); estudios recientes han demostrado que, las normas, puntuaciones y criterios presentan problemas con las clasificaciones de patología, diagnósticos y niveles de Burnout, la causa principal radica en que pueden variar de acuerdo a las profesiones, el país y la cultura. Incluso, se exhorta elaborar criterios culturales y puntos de corte clínicamente válidos que permitan hacer clasificaciones y diagnósticos individuales y no sólo muestrales a nivel estadístico. Asimismo recomiendan conservar la estructura factorial de los tres conceptos: Despersonalización, Cansancio Emocional y Falta de Realización Personal (Schute, Toppinen, Kalimo y Schaufeli, 2000).

Moreno, Rodríguez y Escobar, (2001) añaden dos debilidades presentadas por el MBI, una de ellas es que los ítems que describen sentimientos no preguntan directamente por ellos, la segunda es que la categoría uno y dos coinciden en señalar como respuesta pocas veces al año o menos y una vez al mes o menos, respectivamente, lo cual puede dar lugar a ambigüedad debido a que no se limitan los periodos de tiempo concretos.

Asimismo Ortega y López (2003), mencionan que otro problema que presenta el MBI es que los enunciados, pero no hacen referencia a las conductas que dejan de hacerse o se hacen cuando surgen determinadas emociones y sentimientos, algunos términos no son claros conceptualmente, pues puede variar su significado a nivel individual, la escala de baja realización personal posee un menor número de ítems respecto a las otras dos escalas, por último se trata de un formato cerrado que no se ajusta a las diversas condiciones que se pueden crear en el ambiente de trabajo.

2.3 Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) Versión Exploratoria

Para la versión exploratoria de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) se utilizaron los conceptos desarrollados por Maslach & Jackson,(1981, 1982) y por Schaufelli, Leiter, Maslach & Jackson (1996) para definir las tres dimensiones o factores del Desgaste Ocupacional; también fue utilizado el DSM-IV-TR de López-Ibor y Valdés (citado en Uribe –en proceso-) para definir un cuarto factor llamado psicósomático, que esta integrado por siete trastornos: del sueño, por dolor, gastrointestinal, pseudo-neurológico, ansiedad, depresión y trastorno sexual (citado en Uribe – en proceso-).

Finalmente se conceptualizó un quinto factor llamado apoyo social basado en Buendía y Ramos (2001) con la finalidad de que se viera reflejado el apoyo social

percibido por los sujetos, así como un cuestionario de datos sociodemográficos (Uribe –en proceso-).

Una vez realizado lo anterior se procedió a elaborar un primer banco de reactivos para medir los cinco factores nombrados, se empleó el método de lluvia de ideas (Kingston y Stocking, citado en Uribe -en proceso-), colaborando un equipo de investigadores y estudiantes de los últimos semestres del área del Trabajo de la Facultad de Psicología de la UNAM. Así, el cuestionario integro tres tipos de respuesta, el primero consiste en reactivos situacionales con seis opciones de respuesta, el segundo, es de tipo diferencial semántico también con seis opciones de respuesta que van de Totalmente en Desacuerdo (TD) a Totalmente de Acuerdo (TA), finalmente están los reactivos tipo likert, en el cual se pide al sujeto que conteste con qué frecuencia (nunca a siempre) ha padecido cierto tipo de padecimiento (Uribe –en proceso-).

De esta manera el cuestionario quedó conformado por 181 reactivos, los cuales como se mencionó fueron distribuidos en cinco factores y un sexto correspondiente a preguntas de clasificación sociodemográfica (Uribe –en proceso-).

El factor Psicosomático y el cuestionario de datos sociodemográficos (factores 4 y 6 correspondientemente) no fueron sometidos al análisis factorial exploratorio por tratarse de preguntas clasificatorias (Uribe –en proceso-).

La EMEDO, se aplicó a 510 personas habitantes de la Ciudad de México, obtenidos en un muestreo no probabilístico accidental. El 31% fueron del sexo masculino y el 69% femenino, el promedio de edad fue de 24.18 años con una desviación estándar de 8.01 años, el 21% contaba con estudios de primaria, secundaria o bachillerato, el 75.3% tenía nivel de licenciatura, un 2% contaba con posgrados y el 1.8% tenía otro tipo de estudios (Uribe –en proceso-).

Los 181 reactivos se aplicaron en su mayoría de manera individual, en algunos casos en sus centros de trabajo y en otros en áreas de capacitación, el tiempo requerido para que la escala fuera respondida fue de 30 a 50 minutos, una vez realizado esto, se llevó a cabo la captura del instrumento en el paquete SPSS versión 11.0 así como los análisis psicométricos correspondientes (discriminación de reactivos, análisis factorial exploratorio, análisis de consistencia interna, análisis de varianza y correlaciones Producto-momento de Pearson) (Uribe –en proceso-).

2.3.1 Discriminación de Reactivos

A partir de los primeros tres factores teóricos de Desgaste Ocupacional y el de apoyo social (100 reactivos, ver Tabla 1), se realizó una tabla de contingencias y se obtuvieron los puntajes brutos por factor; considerando cuatro percentiles (cuartiles) se conformaron dos grupos: al primero, fueron asignados los puntajes menores o iguales al primer percentil y, al segundo, se asignaron los sujetos con puntajes mayores o iguales al tercer percentil. Para los dos grupos de puntajes se llevó a cabo un análisis de varianza con la prueba “t” de Student por cada reactivo y así, se observó la existencia de diferencias significativas entre grupos para garantizar el poder discriminativo de los 100 reactivos analizados. Discriminaron 98 reactivos con una significancia de al menos .05, eliminándose únicamente dos reactivos originales (Uribe –en proceso-).

2.3.2 Análisis Factorial Exploratorio

Teniendo como base la discriminación antes descrita, se analizaron los 98 reactivos obtenidos mediante un análisis factorial exploratorio (AFE). Teóricamente, los factores de Desgaste Ocupacional no están relacionados entre sí, debido a ello se tomó la decisión de utilizar el método de Componentes

Principales, con rotación Varimax y con normalización Kaiser. Los factores teóricos que podían ser probados mediante el análisis factorial fueron agotamiento (F1), despersonalización (F2), insatisfacción personal (F3) y apoyo social (F5), los cuales como se mencionó sumaron un total de 98 reactivos (no fueron incluidos los factores psicossomático y cuestionario de datos sociodemográficos), para tal efecto se calculó un mínimo de 5 sujetos por cada reactivo (490); los criterios de selección de reactivos fueron los siguientes: valores propios, superiores o iguales a 1; que además, cumplieran con la composición teórica conceptual; que presentaran una correlación entre -1 y 1 superior a .30 válida para una muestra de 510 sujetos (citado en Martínez, 1995). Se reprodujeron cuatro factores teóricos reuniendo todos los criterios establecidos, representando el 28.14% de la varianza acumulada explicada. De los 98 reactivos que ingresaron al análisis factorial sólo 51 cumplieron los criterios, que sumados a los factores psicossomático y sociodemográfico conformaron una segunda versión de 131 reactivos en total (Uribe –en proceso-).

2.3.3 Análisis de Consistencia Interna

Según Martínez (1995), el alfa de Cronbach considera el número de elementos del cuestionario, la varianza de cada ítem y la total, basando su derivación en la covarianza media entre los “n” ítems como un estimador de la confiabilidad de un test de longitud $n=1$. Los 51 reactivos obtenidos del análisis factorial fueron sometidos a esta prueba de consistencia interna, eliminándose sólo un reactivo, dando un total de 50 y obteniendo una confiabilidad de .91 (Uribe –en proceso-).

Con la finalidad de proporcionar validez al instrumento se realizó una clasificación de los tres factores de Desgaste Ocupacional considerando a partir de la media de cada factor dos grupos: de cero a la media se considero “bajo”, y de la media al valor superior fue considerado “alto”, con base en una tabla de combinaciones se recodificaron los grupos altos y bajos, ocasionando cuatro sumatorias a partir de

las cuales se pudieron clasificar los puntajes de los sujetos en las cuatro fases del modelo de Leiter y Maslach (Uribe –en proceso-).

Asimismo con el propósito de comprobar la sensibilidad del instrumento para discriminar entre grupos y, como parte de una primera comprobación de validez de constructo, se llevaron a cabo análisis de varianza de una vía con las siguientes variables: edad, sexo, si tiene hijos, tipo de puesto, tipo de trabajo, si fuma y número de horas libres (Uribe –en proceso-).

Los resultados arrojados tuvieron valores estadísticamente significativos para las variables de edad, sexo, hijos, tipo de puesto, tipo de trabajo, fumar y el número de horas libres. Para agotamiento, la edad (F 2.84, p. .031) y el tener hijos (F 4.90, p. .027) mostraron una tendencia en la que el factor de agotamiento (F1) es mayor conforme la gente es más joven y no tiene hijos. En el caso de la despersonalización (F2), la edad (F 3.99, p. .008) muestra dos grupos con valores altos, los muy jóvenes (17 a 20 años) y los de edad madura (26 a 40), mientras que los de 21 a 25 años y los de 41 a 60 años obtuvieron valores más bajos. Además, la despersonalización distingue a las personas que fuman (F 5.08, p. .025) y a los que gozan de menos horas libres (F 3.58, p. .014) y son del sexo masculino (F 14.19, p. .000). Quienes se distinguen por la insatisfacción (F3) son del sexo masculino (F 8.52, p. .004), tienen puestos operativos o ejecutivos (F. 4.78, p. .009), son empresarios, empleados o comerciantes (F. 3.81, p. .005) y fuman (F 6.67, p. .01). Quienes presentaron valores significativos en el factor psicossomático (F4) fueron las mujeres (F8.01, p. .005), los que tienen hijos (F 4.06, p. .044), los de puestos operativos y ejecutivos (F 3.15, p. .044), los empresarios, profesionistas y empleados (F 5.63, p. .000) y los fumadores (F 5.34, p. .021). Finalmente, el apoyo social sólo fue significativo con los fumadores (F 7.49, p. .006) (Uribe –en proceso-).

Con la finalidad de corroborar algunos hallazgos obtenidos en los análisis de varianza y completar información pertinente para la validez de constructo del

instrumento se decidió llevar a cabo algunas correlaciones Producto-momento de Pearson necesarias entre Desgaste Ocupacional y variables sociodemográficas (Uribe –en proceso-).

El factor de agotamiento (F1) mostró una alta correlación positiva con el factor de síntomas psicósomáticos, así como con apoyo social y edad; el factor de despersonalización (F2) resultó con una alta correlación positiva con el factor psicósomático y con apoyo social y, en forma negativa con el número de horas libres; el factor de insatisfacción (F3) también mostró una alta correlación positiva con el psicósomático y con apoyo social. Los resultados también muestran que el apoyo social correlacionó negativamente con el número de hijos y de manera positiva con el número de horas de trabajo. La variable edad correlacionó positivamente con el número de hijos, el consumo de cigarrillos, el número de horas libres y el número de horas de trabajo. De igual forma correlacionó positivamente el número de hijos con el número de horas libres y, el número de horas de trabajo con el número de horas libres (Uribe –en proceso-).

Tomando en cuenta el modelo de Leiter y Maslach (1988), con la obtención previa de los valores para las cuatro fases del modelo y una sumatoria general, se realizaron correlaciones Producto-momento de Pearson con las variables psicósomáticas, los resultados obtenidos muestran altas correlaciones positivas entre la sumatoria del modelo y los trastornos de sueño, dolor, pseudo-neurológico, gastrointestinal, depresión, ansiedad y trastorno sexual (Uribe –en proceso-).

2.3.4 Discusión y Conclusiones

Con base en que el objetivo principal de la investigación fue la construcción y desarrollo de un instrumento mexicano para medir Desgaste Ocupacional, se puede decir que, hasta esta primera etapa exploratoria, se cumplió adecuadamente, en términos de construcción y, de manera parcial en su fase de

desarrollo. La construcción del instrumento, en su versión inicial como banco de reactivos, se realizó satisfactoriamente, cumpliendo con los requisitos de validación de contenido por el grupo de investigadores y estudiantes de acuerdo a lo propuesto por Kingston y Stocking (citado en Uribe –en proceso-), lo que dio lugar a la primera versión del cuestionario de 181 reactivos conformando 6 factores.

Resultó un instrumento factorialmente fortalecido para medir Desgaste Ocupacional de 50 reactivos que, con los reactivos correspondientes a los factores psicossomático y sociodemográfico, dio como resultado un instrumento de 130 reactivos. Para el análisis de consistencia interna de los reactivos se obtuvo una confiabilidad general de 91%, representando un valor muy consistente y confiable; sin embargo, debe reconocerse que el factor de apoyo social sólo obtuvo un 31% de consistencia, representando una confiabilidad débil con tan sólo 3 reactivos (Uribe –en proceso-).

En lo que respecta a una primera aproximación de validez de constructo, en la que se llevaron a cabo análisis de varianza y correlaciones, puede asegurarse que las variables que resultaron significativas tales como sexo, edad, número de hijos, tipo de puesto, tipo de trabajo, fumar y el número de horas libres, son parte de lo reportado en la literatura internacional, ya que coinciden con algunos indicadores de tipo laboral y social que muestran el comportamiento del síndrome en sujetos de cierto estatus laboral; y de acuerdo a los resultados, padecen Desgaste Ocupacional en mayor medida, los hombres, en edades competitivas (jóvenes y ejecutivos de edad madura), aquellos de niveles operativos que enfrentan al usuario o cliente de un servicio, así como los que están expuestos por las condiciones de su trabajo a mayores estresores, por ejemplo, empresarios, empleados y comerciantes, que padecen principalmente tabaquismo y tienen pocas horas libres en su vida cotidiana (citado en Uribe –en proceso-). En lo que respecta a la posibilidad de que el Modelo de Leiter y Maslach (1988) pueda ser utilizado para generar calificaciones por etapas del Síndrome de Desgaste

Ocupacional, fue algo más que contundente, ya que la correlación de los tres factores teóricos fue alta y significativa con el factor psicossomático que derivamos de los trastornos descritos por el DSM IV. Además, fueron corroborados trastorno por trastorno cuando se obtuvo una equivalencia de los tres factores en una combinación de acuerdo a las cuatro fases del modelo de Leiter y Maslach (1988). El modelo correlacionó poderosamente con todos los trastornos psicossomáticos de manera positiva, observándose un comportamiento de correlación positiva, estable y ascendente en concordancia con las cuatro fases del modelo en todos los trastornos descritos y obtenidos del DSM IV, (López-Ibor y Valdés, citado en Uribe –en proceso-). Con base en todo lo descrito, puede asegurarse que la construcción de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) es en este momento un instrumento prometedor de medición de burnout para la población mexicana, que en su fase exploratoria ha cumplido con consistencia interna satisfactoria y con indicadores de validez de constructo aceptables (Uribe – en proceso-).

Meichenbaum (1987) no considera el estrés como un estímulo ni como una respuesta, sino como el resultado de una transacción, que es influida tanto por el individuo como por el entorno; así el estrés se puede presentar tanto de manera negativa como positiva, mientras que el Desgaste Ocupacional sólo se presenta de forma negativa, el cual se considera por algunos autores como respuesta al estrés laboral crónico. El concepto de Desgaste Ocupacional (Burnout), surgió en 1974 con Herbert Freudenberger (en Gil-Monte, 2002), a pesar de ello la definición de Desgaste Ocupacional que mayor aceptación ha tenido es la de Maslach y Jackson (1981), estas autoras afirman que es un síndrome multidimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

El Desgaste Ocupacional se ha relacionado a diferentes respuestas individuales de carácter psicossomático, como son: problemas cardiacos, disminución del rendimiento psíquico y físico, dolores inexplicables, náuseas, temblores, cefaleas,

mareos, alteraciones menstruales, además problemas digestivos como diarrea, estreñimiento, acidez estomacal.

Hay modelos teóricos que fueron elaborados tomando en cuenta aspectos psicosociales, para poder explicar el Desgaste Ocupacional, y pueden ser clasificados en tres grupos en el primero se incluyen los modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo, en el segundo se engloban los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social y finalmente en el tercer grupo se encuentran los modelos elaborados desde la teoría organizacional.

El modelo de Leiter y Maslach (citado en Buendía y Ramos, 2001) menciona que el desarrollo del síndrome se da en cuatro fases y estos autores están de acuerdo en que es un síndrome tridimensional, por otro lado el modelo de Golembiewski de igual manera apoya la secuencia de que el síndrome es tridimensional, presentándose de la siguiente manera: despersonalización, baja realización personal y cansancio emocional, y son ocho las fases que se presentan para el desarrollo del síndrome.

En cuanto a los instrumentos que se emplean en otros países para medir Burnout el MBI de Maslach y Jackson (1981, 1986), pese a ser el más empleado presenta varios problemas uno de ellos es que las normas, puntuaciones y criterios presentan problemas con las clasificaciones de patología, diagnósticos y niveles de Desgaste Ocupacional.

Finalmente en este capítulo se habló acerca del estudio exploratorio de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), donde el instrumento elaborado se sometió a diferentes análisis estadísticos para dar como resultado un instrumento conformado por seis factores, teniendo así un total de 130 reactivos, se obtuvo una confiabilidad de .91 mediante alfa de Cronbach, se empleó el análisis de varianza para proporcionar validez de constructo al instrumento, debido a que este método permitió que se estableciera la existencia de diferencias estadísticamente

significativas entre algunas de las variables que conformaron el estudio, para saber el grado de relación entre estas variables se realizaron correlaciones Producto-momento de Pearson, de esta manera se cumplió con el objetivo de la investigación.

El Desgaste Ocupacional es sólo uno de los muchos fenómenos que afectan la salud de las personas, principalmente de los trabajadores, aunque en la literatura algunos autores mencionan que el síndrome se da en los trabajadores de servicios humanos, creo que esto sucede en cualquier tipo de empleado, siempre que éste no se encuentre satisfecho con su vida laboral, por ello es importante que se trate a fondo el Desgaste Ocupacional para así encontrar la manera en que se pueda combatir, mejor aún prevenir su incidencia en la población trabajadora y de esta forma no sólo se verán beneficiadas las organizaciones, sino que los trabajadores no percibirán al trabajo como una carga más. Para que se pueda combatir el síndrome primero es necesario saber quién lo padece y para ello se requiere de un instrumento que sea capaz de medirlo con la mayor exactitud posible, desgraciadamente como se mencionó no existe instrumento que pueda ser empleado con plena confianza en sus resultados, por ello es de suma importancia que se construya un instrumento mexicano que proporcione resultados veraces acerca de la presencia del Desgaste Ocupacional.

En el siguiente capítulo se tratarán los temas de confiabilidad, así como los métodos más empleados para obtener el coeficiente de confiabilidad, las causas para que se den errores en la medida. No se puede hablar de confiabilidad sin que se haga de validez, por ello este tema forma parte del presente capítulo, de igual forma que los cuatro principales tipos de validez y algunos de los problemas que subyacen su aplicación; se proporcionarán a groso modo ciertos pasos para la elaboración de instrumentos, se hablará sobre el análisis de varianza, debido a su importancia en la presente investigación, de la misma manera que la correlación Producto-momento de Pearson.

Capítulo 3

PSICOMETRÍA

3.1 Confiabilidad

De acuerdo con Kerlinger y Lee (2002), la estabilidad, fiabilidad, consistencia, reproductibilidad, predictibilidad y falta de distorsión son sinónimos de confiabilidad.

Hay mediciones en psicología y en educación que varían de una ocasión a otra, a manera de ejemplo, también hay personas que son confiables y otras que no lo son, las primeras tienen un comportamiento regularmente predecible, es decir, lo que hacen un día con seguridad lo harán los siguientes; por el contrario una persona que no es confiable tiene un comportamiento que no se puede predecir, es inconsistente en sus actos. Respecto a las mediciones, cuando son confiables se puede depender de ellas, si no son confiables, no se puede depender de ellas (Kerlinger y Lee, 2002).

El término confiabilidad se refiere a la consistencia de las puntuaciones a través del tiempo, obtenidas por las mismas personas, aplicando el mismo test, es decir, la confiabilidad se refiere a la consistencia o estabilidad de una medida del comportamiento. Así, la confiabilidad es la consistencia que tiene la prueba a través del tiempo, de una medición a otra (Anastasi y Urbina, 1998; Cozby, 2005).

Una manera más formal de comprender la confiabilidad implica el uso de los conceptos de puntaje verdadero y error de medición. Se puede pensar que cualquier medida que se haga tiene estos componentes: (1) un puntaje verdadero, que es el puntaje real de la variable, y (2) un error de medición. Una medida poco confiable de inteligencia contiene una gran cantidad de error de medición, por lo cual no proporciona un indicador preciso de la verdadera inteligencia del individuo. En contraste, una medida confiable de la inteligencia –que contenga poco error de medición- producirá un puntaje idéntico (o casi idéntico), cada vez que se mida al mismo individuo (Cozby, 2005).

3.1.1 Objetivo de la Confiabilidad

El objetivo central de la confiabilidad, consiste en tratar de estimar el error existente en las medidas, o en términos del modelo lineal clásico formulado, estimar el valor de error. La estimación de error va a venir a través de un indicador denominado coeficiente de confiabilidad, que no es más que la correlación lineal entre dos formas paralelas de un test. (Muñiz, 1996).

3.1.2 Métodos para Evaluar la Confiabilidad de un Test

Ahora que se sabe qué es la confiabilidad, es necesario saber cómo se puede evaluar, no se puede observar de manera directa el puntaje verdadero ni los componentes de error de un puntaje real de la medida, pero si se puede evaluar la estabilidad de la medida, esto por medio del uso del coeficiente de correlación, el cual es un número que indica qué tan fuerte es la relación entre dos variables (Cozby, 2005).

Existen varios métodos para calcular la confiabilidad de un test, de acuerdo con Muñiz (1996), los tres más empleados son, el método de formas paralelas, test – retest y dos mitades. Para poder realizar el cálculo se requiere un experimento que permita obtener datos empíricos en los que se garantice que las discrepancias entre las puntuaciones empíricas de los sujetos en un mismo test se deben únicamente a los errores de medida y no a variables extrañas. Autores como Anastasi y Urbina (1998), añaden dos métodos a los mencionados, estos son, Kuder-Richardson y coeficiente alfa.

El primer método consiste en correlacionar las puntuaciones obtenidas en una muestra para dos formas paralelas de un test, esta correlación entre las puntuaciones de las formas representa el coeficiente de confiabilidad de la prueba, este método siempre debe ser acompañado de un informe que contenga datos

referentes de la duración del intervalo de aplicaciones de la prueba. Se debe tener suficiente precaución para que las dos formas de la prueba en verdad sean paralelas, deben hacerse de manera independiente y diseñarse para que ambas cumplan con las mismas especificaciones. El método de formas paralelas tiene el inconveniente de que se obliga a construir dos test paralelos, lo que resulta caro en tiempo, medios y energía, ya que no es fácil, además, la naturaleza de la prueba cambia con la repetición, una vez que el sujeto ha logrado resolver algún problema que se encuentre en alguno de los reactivos, la siguiente será más fácil, no llevará el mismo tiempo en su resolución. El coeficiente obtenido por este método suele ser llamado de equivalencia, debido a que indica en que medidas las dos formas paralelas son equivalentes, es decir, miden lo mismo (Muñiz, 1996; Anastasi y Urbina, 1998).

En el test – retest se correlacionan las puntuaciones obtenidas en dos ocasiones por los mismos sujetos en el mismo test, así se obtiene el coeficiente de confiabilidad, este muestra el grado en que los resultados de una prueba pueden generalizarse en otras ocasiones, cuando la confiabilidad es mayor los resultados son menos susceptibles a los cambios en la condición usual de los examinados o en el contexto en que se aplica la prueba, de igual forma que en el método de formas paralelas debe informarse el intervalo de tiempo que transcurrió de una aplicación a otra, regularmente se recomienda que este intervalo sea corto, para cualquier persona no debería exceder a los seis meses. El inconveniente de este método es que no se sabe con precisión cuánto tiempo debe de pasar entre una aplicación y otra, dependiendo principalmente del tipo de test que se este aplicando, este método es más económico que el de formas paralelas. Al coeficiente calculado por medio de test – retest se le llama de estabilidad, porque indica en que medida las puntuaciones obtenidas en la primera aplicación mantienen su estabilidad en la segunda (Muñiz, 1996; Anastasi y Urbina, 1998).

En el tercer método, dos mitades, el test se aplica sólo una vez, calculándose la confiabilidad al correlacionar las puntuaciones obtenidas por los sujetos en cada

una de las dos mitades que conforman el test. Esta correlación entre las dos mitades se corrige mediante la fórmula de Spearman-Brown para obtener el coeficiente de confiabilidad. La confiabilidad así obtenida constituye una medida de la consistencia interna del test, pues indica en qué grado covarian las dos mitades de éste. Un test tiene muchas posibles mitades, por lo que hay que decidir qué dos correlacionar, eligiéndose habitualmente los ítems pares por un lado y los impares por otro, asumiendo su equivalencia. Es importante mencionar que la correlación que se obtiene únicamente es de la mitad de la prueba, debido a que son dos las partes, por lo tanto es necesario considerar dos correlaciones (una por cada mitad) para obtener el coeficiente de confiabilidad (Muñiz, 1996; Anastasi y Urbina, 1998).

La confiabilidad de Kuder-Richardson requiere de una sola aplicación de una única forma, se basa en la consistencia de las puntuaciones a todos los reactivos de la prueba; esta consistencia entre reactivos está influida por dos fuentes de varianza de error: en primer lugar el muestreo de contenido y en segundo la heterogeneidad del área de conducta muestreada, mientras más homogénea sea el área mayor será la consistencia entre reactivos. De la misma forma que en el método de dos mitades, la consistencia entre reactivos se encuentra en una sola aplicación de una única prueba, pero obviamente no requiere de las puntuaciones de las dos mitades, la técnica se basa en el examen del desempeño en cada reactivo. Este método se puede aplicar a las pruebas que contienen reactivos que se califiquen como aciertos o errores, o de acuerdo con algún sistema de todo o nada (Anastasi y Urbina, 1988).

El coeficiente alfa se emplea con reactivos que tienen diferentes puntuaciones para ser calificados, como son: “a veces”, “rara vez”, “nunca”, etc. El procedimiento consiste en encontrar la varianza de todas las puntuaciones individuales de cada reactivo y sumar las varianzas de todos los reactivos (Anastasi y Urbina, 1988).

El alfa de Cronbach es un coeficiente calculable aplicando el test una sola vez, y su valor depende del grado en que los ítems del test covarian entre sí, es decir, depende de la consecuencia interna del test, la cual se entiende como la intercorrelación entre los ítems (Muñiz, 1996).

El alfa de Cronbach depende del grado de covarianza entre los ítems. Al aumentar la suma de las covarianzas aumenta alfa. Si el test es unidimensional; alfa es elevado, pero lo contrario no es necesariamente cierto. Alfa tiene limitaciones como indicador único de la unidimensionalidad: aumenta al incrementar el número de ítems, al repetir ítems similares, o cuando se aumentan los factores pertenecientes a cada ítem; se acerca o incluso supera el valor 0.80 si el número de factores de cada ítem es dos o más y el número de ítems amplio, disminuye al disminuir las comunalidades de los ítems (Muñiz, 1996).

3.1.3 Errores de Medida

Los errores de medida son aquellos que se cometen al medir, este viene dado por la diferencia entre la puntuación empírica y la verdadera. Son tres los principales errores que se cometen durante una medición, estos son: error de estimación, de sustitución y de predicción (Muñiz, 1996).

El error de estimación es el que se cometería al utilizar la puntuación verdadera pronosticada, en vez de la puntuación verdadera. El error de sustitución se da si en vez de una forma paralela, se utiliza otra. Finalmente, el error de predicción se comete cuando se utiliza el pronóstico hecho a partir de otra forma paralela, en vez de emplear una forma paralela (Muñiz, 1996).

3.1.4 Factores que Influyen en el Coeficiente de Confiabilidad

Dos de los factores más directamente influyentes en el coeficiente de confiabilidad de un test son su longitud y la variabilidad de las muestras utilizadas para el cálculo (Muñiz, 1996).

En cuanto a la longitud del test, se encuentra conformado por un número de ítems que están destinados a medir cierto constructo, entonces en cuanto más ítems conformen el test será mejor, lo que redundará en una mayor precisión métrica y como consecuencia un mayor coeficiente de confiabilidad, así al aumentar la longitud del test aumenta el coeficiente de confiabilidad. La fórmula de Spearman-Brown, que permite estimar el coeficiente de confiabilidad en función del aumento de longitud del test, es seguramente una de las más clásicas y conocidas de la psicometría, denominándose con frecuencia profecía de Spearman-Brown, dado que, efectivamente, pronostica el valor del coeficiente de confiabilidad al variar la longitud del test (Muñiz, 1996).

Es importante que la muestra sea variada, ya que esto influye en el coeficiente de confiabilidad, si la muestra no es variada entonces seguramente el coeficiente será bajo, por el contrario cuando se toma la muestra correcta el coeficiente será alto. El test es el mismo en ambos casos, pero al haber una mayor variabilidad en la muestra de aspirantes el coeficiente de confiabilidad tenderá a ser mayor. La explicación para lo anterior es sencilla, el coeficiente no es otra cosa que la correlación lineal de Pearson, entre cuyas propiedades se encuentra la de aumentar con la variabilidad del grupo (Muñiz, 1996).

3.2 Validez y Tipos de Validez

La validez se refiere al grado en que una prueba mide lo que pretende medir y que tan bien lo hace, indica que tanto se puede inferir a partir de sus resultados (Anastasi y Urbina, 1998).

Existen varios tipos de validez que son la de facie, criterio, la de contenido y la de constructo, esta última de acuerdo con muchos autores es la única validez que existe, ya que engloba a los otros tipos (citado en Muñiz, 1996; Anastasi y Urbina, 1998; Cozby, 2005).

En la validez de facie se hace referencia no a lo que la prueba en verdad mide sino a lo que parece medir, es decir si ante las personas a las que se les presenta la prueba es válida. La esencia de la validez de facie tiene que ver con el rapport, por lo cual es un rasgo deseable en todos los instrumentos. Este tipo de validez influye en la aceptación de la prueba en decisiones legislativas y judiciales, también en el juicio que de ella haga cualquiera. La validez de facie no debe ser considerada como un sustituto para la validez objetiva, así que no debe esperarse que mejorando la validez de facie mejore la validez objetiva de la prueba, pero es importante agregar que si se modifica una prueba para aumentar su validez de facie no debe esperarse que la validez objetiva se muestre intacta (Anastasi y Urbina, 1998).

La validez orientada al criterio incluye a la validez predictiva, concurrente, convergente y discriminante. La validez predictiva es el grado en que la medida permite pronosticar las conductas que debe predecir, entonces el criterio es alguna conducta futura. La validez concurrente tiene como criterio que dos o más grupos de personas que se sabía mantienen contrastes con el constructo difieran como se esperaba en los puntajes de la medida; por otro lado la validez convergente se refiere a la relación de los puntajes de la medida con otras medidas provenientes de pruebas que midan el mismo constructo; finalmente en la validez discriminante los puntajes de la medida no están relacionados con otras medidas que son teóricamente diferentes (Cozby, 2005).

La validez de contenido se basa como su nombre lo indica en el examen sistemático del contenido de la prueba para corroborar que exista una muestra

representativa del área de conducta que pretende medir, este tipo de validación se emplea comúnmente en aquellas pruebas que buscan determinar si se ha aprendido una habilidad o un curso de estudio. Es importante que antes de formular reactivos para la elaboración de una prueba se tenga bien formulado el contenido teórico de esta, es decir, que los reactivos realmente abarquen el área deseada en cuanto al constructo de interés (Anastasi y Urbina, 1998).

La validez de constructo de un instrumento es el grado en el que se puede afirmar que mide un constructo o rasgo teórico, para lo cual se requiere de la acumulación gradual de información acerca del constructo de interés (Anastasi y Urbina, 1998). Debido a que este tipo de validez es importante para el presente trabajo se le dedicará un espacio más amplio en este capítulo.

3.2.1 Análisis de la Validez de Constructo

La mayor parte de las variables psicológicas son constructos hipotéticos; por ello la validación de un test psicológico implica, la obtención de pruebas a favor de la existencia del constructo de interés así como la demostración de que el test es un instrumento adecuado para medir dicho constructo (Paz en Muñiz, 1996).

Un punto importante para la validez de constructo, es la manera en que se puede poner a prueba esta; para ello es necesario que primero se mencione qué es lo que se entiende por constructo. Los psicólogos cognitivos consideran los constructos como rasgos o estructuras subyacentes relativamente estables y consistentes que dan cuenta de una serie de conductas (Paz en Muñiz, 1996).

Para poner a prueba la existencia de un constructo hipotético, dicho constructo debe estar incluido en una teoría y establecer conexiones con otros constructos empleando hipótesis relacionales; la validez de estos indicadores está determinada por el grado en que las relaciones entre los mismos reproducen las

relaciones hipotetizadas (hipótesis relacionales) entre los constructos que representan. Como resultado, la validación de constructo de un test concuerda con la validación de la teoría subyacente. Por tanto si el resultado es positivo se valida tanto el test como la teoría, por el contrario si es negativo, la causa podría ser debido a que el test no es un buen indicador del constructo, a que la teoría es falsa, o bien causado por ambas (Paz en Muñiz, 1996).

La validación de constructo ha pasado por distintas etapas. En una de ellas se puso énfasis en los aspectos externos e internos de dicha validez, es decir, en el estudio de las relaciones del test con medidas del mismo y de otros constructos, y en el análisis de la estructura interna del test (patrones de relaciones entre los ítems); consecutivamente se estudió y se puso a prueba la hipótesis acerca de diferenciar en las puntuaciones del test a través del tiempo o entre distintos grupos (citado en Muñiz, 1996).

La validación de constructo de un test desde el punto de vista psicométrico, puede abordarse desde dos enfoques, uno externo (relación del test con otras medidas) y un enfoque interno (relaciones entre los ítems del test). Desde el enfoque externo, la validez de constructo de un test pronunciaría el grado en que las relaciones del test con otras medidas del mismo y de otros constructos muestran las relaciones implicadas en la teoría del constructo analizado (citado en Muñiz, 1996).

A su vez, la validez de constructo interna se refiere al grado en que las relaciones entre los ítems del test reproducen la estructura hipotetizada (citado en Muñiz, 1996).

Para analizar la validez de constructo externa se han propuesto diversos procedimientos y técnicas estadísticas, los más utilizados son la Matriz Multirrasgo – Multimétodo y el Análisis Factorial; en cuanto a la validez de constructo interna con frecuencia se emplea de igual forma el Análisis Factorial, tanto en su vertiente exploratoria como confirmatoria (Paz en Muñiz, 1996).

3.2.2 Análisis Factorial Confirmatorio

Como se mencionó el Análisis Factorial es una de las técnicas más utilizadas en la validación de constructo, tanto en su vertiente exploratoria como confirmatoria, en el primer caso se trata de determinar cuántos factores comunes explican las correlaciones observadas en los datos (Paz en Muñiz, 1996; Anastasi y Urbina, 1998).

En el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) se trata de poner a prueba un modelo que defina una determinada estructura factorial (número de variables latentes y saturaciones de las distintas medidas en cada una de ellas) así como una determinada relación entre los factores. Si el modelo ajusta a los datos se obtiene evidencia a favor del modelo hipotetizado y del procedimiento de medida de los constructos considerados (Paz en Muñiz, 1996).

En el AFC aplicado a las matrices Matriz Multirrasgo – Multimétodo (MRMM), factores definidos a priori por las diferentes medidas de un mismo rasgo brindan apoyo a la validez de constructo, mientras que factores definidos a priori por medidas de diferentes rasgos obtenidas empleando el mismo método representan los efectos del método (citado en Muñiz, 1996).

Según diversos autores, el AFC se atribuye a Joreskog y sus colegas (citado en Kerlinger y Lee, 2002), aunque en 1966 Beck y Bargmann (citado en Kerlinger y Lee, 2002) propusieron algo parecido en una fecha anterior. El procedimiento de Beck y Bargmann necesita que el investigador defina todos los parámetros en la matriz de cargas factoriales, la matriz de correlaciones entre los factores y la matriz de varianza única. Con el empleo de tales matrices definidas con anterioridad, se crea una matriz de correlación estimada o de covarianza. Después esta matriz se compara con la correlación muestra o matriz de covarianza por medio de un estadístico de bondad de ajuste. Comúnmente este procedimiento

resulta difícil de llevar a cabo, no es así cuando el investigador sabe qué valores iniciales de la matriz serían apropiados. (Kerlinger y Lee, 2002).

En 1969 Joreskog (citado en Kerlinger y Lee, 2002) reconoció que se podían valorar tan sólo algunos de los parámetros, pero no todos. El desarrollo de Joreskog permite al investigador definir algunos de los parámetros y permite que los otros se estimen a partir de los datos. Estas modificaciones hacen del método de Joreskog un importante avance respecto de los procedimientos previos. Los cálculos para efectuar un AFC se realizan por medio de un programa computacional. En la actualidad, los programas de elección son LISREL, EQS Y AMOS, los cuales se utilizan para el análisis estructural de covarianza. Cada uno usa un algoritmo ligeramente distinto para realizar los cálculos. Con la aparición de cada nuevo programa, se facilita más su uso (Kerlinger y Lee, 2002).

El análisis factorial tiene dos propósitos básicos: explorar áreas de variables para identificar los factores que presuntamente subyacen a las variables, y, como en todo trabajo científico, probar hipótesis sobre las relaciones entre variables (Anastasi y Urbina, 1998; Kerlinger y Lee, 2002).

3.3 Construcción de Tests

Cualquier test debe plantearse siempre dentro de los límites impuestos por la práctica y éstos deben ser tenidos en cuenta por el constructor del test, que deberá ajustarse a ellos (Martínez, 1996).

El constructor de un test debe tener en cuenta el tiempo de aplicación de éste, de la misma manera debe considerar las instrucciones del test, las cuales deben ser claras y de fácil comprensión para los sujetos a los que va destinado, asimismo debe considerar los contenidos del test, especificaciones de formato, planificación del análisis de los ítems, qué tipo de tratamiento van a tener los datos del estudio piloto, planificación de la tipificación del test y finalmente la elaboración del manual

del test y otros materiales de apoyo, todas estos aspectos serán brevemente tratados a continuación (Martínez, 1996).

3.3.1 Conductas Representativas del Constructo y Especificación de los Contenidos del Test

Regularmente el constructor de un test para llevar a cabo la medición de un determinado constructo tiene un modelo teórico en el que se inscribe el constructo y una serie de conductas observables ligadas a aquél mediante definiciones semánticas. Este proceso de construcción de ítems guiado por la teoría es el más recomendable y el único que lleva a un test con validez de constructo. A pesar de lo anterior hay ocasiones en las que la teoría no está lo suficientemente desarrollada, en esos casos, se recomienda que el constructor del test siga alguna de las siguientes actividades: análisis de contenido, revisión de las investigaciones publicadas, incidentes críticos, observaciones directas, juicio de expertos y objetivos instruccionales o de programas de intervención (Martínez, 1996).

3.3.2 Especificaciones de Formato

En este punto el investigador debe decidir qué formato van a tener los ítems que conformarán el test. Existe una variedad de formatos de respuesta de entre los cuales el investigador puede escoger de acuerdo a las necesidades del test, estos son: elección múltiple, selección o identificación, ordenación del material estimular, sustitución/corrección, completar, construcción y presentación. (Martínez, 1996 y Muñiz, 1996).

Cabe mencionar que en los test de personalidad suelen utilizarse formatos del tipo Sí – No, a veces, o escalas con varios grados de acuerdo generalmente entre 4 y 9 (Martínez, 1996).

3.3.3 Planificación del Análisis de los Ítems

Los elementos de un test para la medida de un atributo o rasgo latente deben analizarse para determinar su nivel de dificultad y su capacidad para diferenciar las posiciones de los diferentes sujetos en el atributo. En el momento de la planificación y diseño de un test deben responderse las siguientes preguntas que tienen que ver con el posterior análisis de los elementos: (Martínez, 1996 y Muñiz, 1996).

- ¿En qué edades o cursos (test de rendimiento) han de ensayarse los materiales?
- ¿Qué tamaño muestral es deseable en cada nivel?
- ¿Qué subgrupos especiales han de considerarse en el análisis (sexo, estatus socioeconómico, etnias, etc.)?
- ¿Cuál sería la longitud del test?
- ¿Cuál es el tiempo para la aplicación del test?
- ¿Cuál será la puntuación criterio para el análisis de los ítems? (Martínez, 1996).

3.3.4 Tratamiento de los Datos del Estudio Piloto y Planificación de la Tipificación del Test

En esta fase el investigador debe decidir qué tipo de análisis estadístico aplicará a los datos y cuál será el uso que hará de los mismos. (Martínez, 1996 y Muñiz, 1996).

Aquí el investigador debe extraer muestras representativas de la población, denominados grupos normativos. En el diseño del estudio de tipificación deberán tratarse los siguientes puntos: (Martínez, 1996).

-
-
- Población objetivo
 - Diseño muestral que permita reproducir eficazmente y sin sesgos las propiedades de la población objetivos: se sospecha que puede haber diferencias entre subpoblaciones, deben establecerse los estratos necesarios (p. ejemplo., sexos, profesiones, edades, tipos de centros, etc.).
 - Población marco y selección de la muestra
 - Aplicación del test a los sujetos seleccionados (Martínez, 1996 y Muñiz, 1996).

3.3.5 Elaboración del Manual del Test y otros Materiales de Apoyo

El instrumento debe contar con lo siguiente principalmente si se va a comercializar: (Martínez, 1996 y Muñiz, 1996).

- Usos a los que se puede dedicar el test
- Instrucciones completas para su administración
- Tablas de normas para convertir las puntuaciones brutas en otras interpretables
- Coeficientes de confiabilidad y precisión en la medida del test
- Datos sobre la validez del test para la finalidad o finalidades para los que fue construido
- Sugerencias sobre el posible uso de las puntuaciones del test (Martínez, 1996).

3.4 Análisis de Varianza

El análisis de varianza o prueba F es una extensión de la prueba t , sólo que el primero es un procedimiento estadístico más general. El análisis de varianza se utiliza cuando se tiene una sola variable independiente con dos grupos y cuando la

variable independiente tiene más de dos niveles y cuando se empleó un diseño factorial con dos o más variables independientes (Kerlinger y Lee, 2002; León y Montero, 2003; Cozby, 2005).

El análisis de varianza es un método para identificar, analizar y probar la significancia estadística de varianzas que provienen de diferentes fuentes de variación, es decir, una variable dependiente tiene una cantidad total de varianza, parte de la cual es debida al tratamiento experimental, otra parte al error y parte a otras causas, así el trabajo del análisis de varianza es ocupar estas diferentes varianzas y fuentes de varianza (Kerlinger y Lee, 2002).

El análisis de varianza se encarga de localizar y calcular las diferentes varianzas que componen la varianza total, las cual se calculó junto con otras varianzas empleando los grados de libertad, que se definen como $N-1$ y $n-1$. En el caso de grupos, en lugar de K (el número de grupos), se emplea $K-1$ (Kerlinger y Lee, 2002).

La estadística F es un resultado de dos tipos de varianza que son la sistémica o entre grupos y la de error o dentro de grupos, la primera es la desviación de las medias grupales a partir de la gran media o puntuaciones medias de todos los sujetos en todos los grupos, la cual se debe a la manipulación experimental que debería hacer diferentes a los grupos y a sus medias, por otro lado, la varianza dentro de grupos es la desviación de las puntuaciones individuales en cada grupo, a partir de sus medias grupales, y probablemente es debida al error o al azar. Estos dos tipos de varianza componen la varianza total (Kerlinger y Lee, 2002; Cozby, 2005).

El objetivo de la manipulación experimental es incrementar la varianza entre las medias, para hacer que estas sean diferentes entre sí y logren superar a las diferencias que se dan únicamente por el azar. Se podría obtener la varianza entre grupos al restarle la varianza dentro de grupos, a pesar de ello, el análisis de

varianza divide la varianza entre grupos entre la varianza dentro de grupos, a lo anterior se le llama razón F . El análisis de varianza no indica la magnitud o la fuerza de las relaciones, únicamente señala que existe una relación entre la variable independiente y la dependiente, lo cual se verá reflejado en la desigualdad en las medias (Kerlinger y Lee, 2002).

Cuando un investigador hace uso del análisis de varianza la pregunta que se formula es si las medias difieren entre sí significativamente, como se mencionó con este método se pueden probar las diferencias entre más de dos grupos con respecto a su significancia estadística (Kerlinger y Lee, 2002).

Cuando se ha comprobado que la variable independiente ha producido un efecto significativo sobre la dependiente, es probable que el investigador se interese por saber entre qué grupos se encuentran las diferencias, el análisis de varianza analiza la influencia en conjunto y asegura al menos que hay dos grupos que son estadísticamente distintos, si se quiere saber más es necesario que se aplique otra técnica adicional como las comparaciones múltiples, que determina todas las diferencias de pares de medias que son estadísticamente significativas (León y Montero, 2003).

El análisis de varianza sólo responde a la cuestión de si existen o no diferencias estadísticamente significativas, por otro lado el coeficiente de correlación indica la magnitud de la relación entre las variables independiente y dependiente, así, no es suficiente reportar las razones F y su significancia estadística, también se requiere saber qué tan fuertes son las relaciones (Kerlinger y Lee, 2002).

3.5 Correlación Producto-momento de Pearson

Es de suma importancia saber si la relación entre variables es fuerte o débil, para ello es indicado emplear el coeficiente de correlación, un coeficiente e correlación

expresa el grado de relación entre dos conjuntos de puntuaciones (Coolican, 1994; Anastasi y Urbina, 1998; Cozby, 2005).

Los coeficientes de correlación se calculan de diferentes formas dependiendo de la naturaleza de los datos, el más común es el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson, denominado comúnmente r de Pearson, el cual no sólo toma en consideración la posición de la persona en el grupo, sino también la de su desviación por encima o por debajo de la media del grupo (Anastasi y Urbina, 1998).

Los valores de la r de Pearson pueden ir desde 0.00 hasta más menos 1.00, así este coeficiente de correlación proporciona información sobre la magnitud de las relaciones y su dirección, mientras más se acerca una correlación a 1.00 ya sea de manera positiva o negativa, más fuerte será la relación (Coolican, 1994; Cozby, 2005).

La fuerza con que están relacionadas las variables, con frecuencia se denomina magnitud del efecto, el coeficiente de correlación r de Pearson es un indicador de la magnitud del efecto, indica la fuerza de la asociación lineal entre dos variables, esta magnitud del efecto es reportada por los investigadores, la ventaja de ello es que proporciona una escala de valores que es consistente para todos los tipos de estudios, los valores van de 0.00 hasta 1.00 como se mencionó, sin importar las variables que se emplearon, el diseño de investigación o la cantidad de participantes estudiados. Los coeficientes de correlación son considerados bajos cuando la correlación es cercana a 0.15, cercanas a 0.30 son medias y por arriba de 0.40 son altas (Cozby, 2005).

El grado de confiabilidad que tenga un instrumento hace referencia a la consistencia de las puntuaciones a través del tiempo, obtenidas por las mismas personas y aplicando el mismo instrumento, para calcular la confiabilidad existen varios métodos de acuerdo con Muñiz (1996), los que más se emplean son: el

método de formas paralelas, test-retest y dos mitades, aunque otros autores como Anastasi y Urbina (1998) consideran dos tipos más que son la confiabilidad Kuder-Richardson y coeficiente alfa. Por otro lado la validez de una prueba es el grado en que ésta mide lo que pretende medir y qué tan bien lo hace, indica qué tanto se puede inferir a partir de sus resultados. Existen varios tipos de validez que son la de facie, criterio, contenido y constructo, la validez de constructo permite que se pueda o no afirmar que determinada prueba mide un constructo o rasgo teórico y en qué medida lo hace. En el Análisis Factorial Confirmatorio se trata de poner a prueba un modelo que defina una determinada estructura factorial.

Cuando un investigador construye un test algunos de los pasos que debe considerar son los siguientes: tener en cuenta el tiempo de aplicación, considerar las instrucciones, así como los contenidos del test, especificaciones de formato, planificación del análisis de los ítems, qué tratamiento van a tener los datos del estudio piloto, planificación de la tipificación del test y por último la elaboración del manual y otros materiales de apoyo.

El conocimiento que se debe tener para la elaboración de un instrumento realmente es amplio, ya que no queda en el conocimiento teórico, es necesario que la práctica proporcione conocimiento al investigador, los temas que se deben manejar son demasiado extensos, así como difícil es su comprensión.

Por ello es importante que se consideren muchos de los aspectos tocados en el presente capítulo, particularmente el análisis de varianza y la correlación producto-momento de Pearson son métodos estadísticos que considero interesantes e importantes para conocer la relación existente entre variables.

MÉTODO

Planteamiento y Justificación del Problema

El informe sobre la salud en el mundo elaborado por la O.M.S. en el año 2000 está dedicado a evaluar la calidad de los sistemas de salud, y cómo proceder a su mejora (O.M.S., 2000). Según la O.M.S. los trabajadores son el recurso más importante de las organizaciones, por lo tanto es de suma importancia que estos se cuiden.

En la actualidad resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral en el momento de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización y los trabajadores (Gil-Monte, 2002).

Para poder cuidar a los trabajadores como lo recomienda la O.M.S., es necesario protegerlos contra el Desgaste Ocupacional (Burnout), para ello se requiere un instrumento creado por mexicanos que mida este síndrome en la población mexicana.

Los instrumentos existentes para medir Desgaste Ocupacional presentan muchas deficiencias, entre ellas están las presentadas por las normas, puntuaciones y criterios, la causa principal es que estas varían de acuerdo a la cultura, las profesiones y el país (Schute, et al, 2000).

Con lo anterior se puede observar que es importante determinar la influencia del Síndrome de Burnout en términos de productividad y eficacia laboral, principalmente de las organizaciones mexicanas en lo social y lo productivo. Por lo tanto es importante aportar conocimiento mediante investigación en México, a través de la construcción de un instrumento ad-hoc con el fin de investigar para conocer, comprender y proponer estrategias de investigación, diagnóstico, intervención y prevención; de esta manera se busca beneficiar en diferentes niveles al trabajador y a las organizaciones mexicanas.

Con el fin de contar con un instrumento con validez y poder hacer uso pleno de él para beneficiar en diferentes niveles al trabajador y organizaciones mexicanas, es necesario hacer uso del Análisis Factorial Confirmatorio, ya que es una de las técnicas más empleadas en la validación de constructo (tanto interna como externa), debido a que trata de poner a prueba un modelo que defina una determinada estructura factorial (número de variables latentes y saturaciones de las distintas medidas en cada una de ellas) así como una determinada relación entre los factores. Si el modelo se ajusta a los datos se obtiene evidencia a favor del modelo hipotetizado y del procedimiento de medida de los constructos considerados (Paz en Muñiz, 1996).

Objetivo General

Contar con un instrumento confiable y válido de medición del Desgaste Ocupacional en la población mexicana.

Variables

Las variables empleadas en la presente investigación son de tipo clasificatorias, estas variables son: Desgaste Ocupacional, trastornos psicossomáticos, modelo de Leiter y Maslach (1988) (citado en Buendía y Ramos, 2001) y variables sociodemográficas.

Definición Conceptual de Variables

Desgaste Ocupacional: síndrome definido en base a tres dimensiones que son agotamiento, despersonalización e insatisfacción. En el agotamiento los trabajadores experimentan cansancio, sienten que ya no pueden dar más de sí

mismos a nivel físico y afectivo; en la despersonalización el individuo manifiesta irritabilidad, actitudes negativas y de cinismo hacia los usuarios de su trabajo, les culpan de sus problemas. La insatisfacción es la tendencia de los trabajadores a evaluarse negativamente, presentan respuestas negativas hacia sí mismos.

Trastornos psicosomáticos: Aquellas enfermedades orgánicas que tienen lugar en diferentes aparatos, sistemas, tejidos u órganos del cuerpo humano, las cuales son consecuencia del Desgaste Ocupacional, estas enfermedades se presentan en forma de jaquecas, gastritis, trastornos del sueño, dolores menstruales, náuseas, dolores físicos, etc.

Modelo de Leiter y Maslach (1988) (citado en Buendía y Ramos, 2001): En este modelo el Desgaste Ocupacional se desarrolla en cuatro fases iniciando con el cansancio emocional (agotamiento), seguido por la despersonalización, finalmente la falta de realización personal (insatisfacción); en la cuarta etapa las tres dimensiones que conforman el Desgaste Ocupacional son altas.

Variables sociodemográficas: Aquellas características de los sujetos como son edad, sexo, estado civil, preferencia política, horas libres, etc., las cuales sirven para realizar análisis con respecto al Desgaste Ocupacional.

Tipo de Estudio

El presente estudio es no experimental, de campo, descriptivo de corte exploratorio.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 523 sujetos mexicanos, los cuales alguna vez en su vida trabajaron o lo hacían en el momento de la aplicación, la media de edad de los participantes fue de 35.64 años, 51.1% (267) fueron de sexo masculino, 48.9% (256) femenino, el 70.4% (368) reportó tener pareja, mientras que el 29.6% (155) reportó no tenerla, la escolaridad de los participantes fue de 1.9% (10) primaria, 8.8% (46) secundaria, 21% (110) bachillerato, licenciatura 56.6% (296), posgrado 6.7% (35) y otro tipo de estudios 5% (26).

El muestreo fue no probabilístico, por cuotas, debido a que los sujetos que participaron en este estudio fueron representativos de la muestra, de acuerdo a las características requeridas en la presente investigación.

Instrumento

Se empleó el estudio preliminar de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) (Leos, 2006). Dicho instrumento se elaboró mediante lluvia de ideas y grupos focales, originando reactivos de diferencial semántico en escala tipo likert, y reactivos situacionales con seis opciones de respuesta, obteniendo cinco factores, dando un total de 90 reactivos y un cuestionario de datos sociodemográficos (ver capítulo 2). Cuatro de los cinco factores fueron sometidos a análisis de consistencia interna, el factor 4 psicossomático no fue sometido debido a que se trata de preguntas clasificatorias; así mediante el análisis, tres de los factores sometidos a él obtuvieron una buena confiabilidad (ver Tabla 1), dando como resultado un instrumento conformado por 130 reactivos.

Tabla 1
Análisis de consistencia interna de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) en la versión de 50 reactivos de Alfa de Cronbach

Factor	Reactivos	Alfa
Agotamiento	19	.8554
Despersonalización	11	.7646
Insatisfacción	17	.8681
Apoyo Social	3	.3135
Total	50	.9132

Procedimiento

Se le pidió a cada uno de los participantes que respondieran el cuestionario siguiendo las instrucciones especificadas en éste, la aplicación se llevo a cabo en el lugar de trabajo del sujeto o fuera de él.

Para analizar la información recolectada se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 11.0 para Windows. Se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio, desde un enfoque interno, ya que se buscó establecer las relaciones entre los ítems del test, se decidió utilizar el método de Componentes Principales con rotación Varimax y normalización Kaiser. Se utilizaron los criterios de valores propios, con saturaciones superiores o iguales a 1 para la selección de reactivos; debieron cumplir con la composición teórica conceptual, que presentaran una correlación entre -1 y 1 superiores a .40 válida para una muestra de 523 sujetos (Martínez, 1995).

De esta manera los reactivos que se obtuvieron mediante el Análisis Factorial Confirmatorio, fueron sometidos a análisis de consistencia interna, utilizando el alfa de Cronbach, ninguno de los reactivos se eliminó y de esta forma se originó la tercera versión de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional.

Con la finalidad de dar validez al instrumento se realizaron análisis de varianza de una vía y correlaciones Producto-momento de Pearson, entre Desgaste Ocupacional, variables sociodemográficas, trastornos psicósomáticos (Factor 4) y el modelo de Leiter y Maslach (1988) (citado en Buendía y Ramos, 2001).

De igual manera que en el estudio exploratorio, con el propósito de dar validez al instrumento se realizó una clasificación de los tres factores de Desgaste Ocupacional considerando a partir de la media de cada factor dos grupos: de cero a la media se consideró “bajo” y de la media al valor superior se consideró “alto”. Con base en una tabla de combinaciones se recodificaron los grupos altos y bajos, dando lugar a una sumatoria por fase, es decir, cuatro sumatorias, las cuales permitieron una clasificación de los puntajes de los sujetos en las cuatro fases del modelo de Leiter y Maslach (1988) (citado en Buendía y Ramos, 2001). (Tabla 2).

Tabla 2
Proceso del Modelo de Leiter y Maslach (1988) en una Tabla de Combinaciones de Valores “Altos y Bajos”

Factor/Sumatoria	Fase 1/ Valor	Fase 2/ Valor	Fase 3/ Valor	Fase 4/ Valor
Agotamiento	Bajo 1	Bajo 1	Alto 3	Alto 3
Despersonalización	Baja 1	Alta 2	Baja 1	Alta 2
Insatisfacción	Baja 1	Baja 1	Baja 1	Alta 2
Sumatoria	3	4	5	7

RESULTADOS

Análisis Factorial Confirmatorio

El instrumento correspondiente a la versión 2 quedó conformado por cinco factores (F1 Agotamiento, F2 Despersonalización, F3 Insatisfacción, F4 Psicosomático y F5 Apoyo Social) y un cuestionario de datos sociodemográficos, cuatro de los cinco factores fueron sometidos a un Análisis Factorial Confirmatorio, empleando el método de Componentes Principales, con rotación Varimax, con normalización Kaiser, haciendo uso de los valores propios, superiores o iguales a 1 para la selección de reactivos, los cuales debían cumplir con la composición teórica conceptual, que presentaran una correlación entre -1 y 1, superiores a .40 válida para una muestra de 523 sujetos.

Así 30 reactivos de los 50 que entraron al análisis, cumplieron con los criterios establecidos. El factor 5 (Apoyo Social) conformado por 3 reactivos se eliminó mediante el AFC, asimismo los 30 reactivos que cumplieron con los criterios establecidos con saturaciones superiores a .40, son de diferencial semántico, es decir, los situacionales fueron eliminados. (Ver Tabla 3).

Tabla 3
Análisis Factorial Confirmatorio con Rotación Varimax de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) y saturaciones por factor

Número	Reactivo	Factor 1 Agotamiento	Factor 2 Despersonalización	Factor 3 Insatisfacción
1	Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.	.180	.130	.699
2	Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.	.192	7.676E-03	.650
3	Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.	9.191E-02	4.489E-02	.626
4	Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.	.157	.317	.624
5	Siento que mi trabajo es tan monótono, que ya no me gusta.	.204	-4.61E-02	.612
6	Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.	.163	.207	.595
7	Aunque me esfuerzo al realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.	8.582E-02	.221	.586
8	Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.	.153	.178	.555

9	Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.	.123	.422	.515
10	No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.	5.116E-02	.414	.512
11	En mi trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan.	.230	.334	.508
12	Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.	5.348E-02	-.298	.497
13	Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.	8.052E-02	.691	7.091E-02
14	Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo.	.174	.621	8.009E-02
15	En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos.	-2.67E-03	.584	.296
16	Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo.	6.378E-02	.583	.214
17	He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.	-3.02E-02	.569	.248
18	Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo.	.201	.558	6.208E-03
19	Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.	6.478E-02	.499	1.035E-02
20	He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.	.103	.450	-.172
21	Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.	.273	.438	3.607E-03
22	Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.	.637	.222	.117
23	Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.	.613	8.546E-02	.299
24	Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar.	.527	-1.66E-03	.237
25	Siento que un día de estos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo.	.485	.203	.351
26	Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.	.480	.266	.305
27	Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.	.475	.197	.164
28	Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer.	.446	.206	.279
29	Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.	.445	2.425E-02	.315
30	Las situaciones a las que me enfrente en mi trabajo no me provocan tensión alguna.	.445	6.579E-02	-4.12E-02

Análisis de Consistencia Interna

Se utilizó el alfa de Cronbach para obtener la consistencia interna del instrumento, la confiabilidad general fue de .8910 con tres factores de Desgaste Ocupacional. (Tabla 4).

Tabla 4
Análisis de Consistencia Interna de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) en la versión de 30 reactivos de Alfa de Cronbach

Factor	Reactivos	Alfa
Agotamiento	9	.7894
Despersonalización	9	.7748
Insatisfacción	12	.8620
Total	30	.8910

El instrumento final para la versión 3 quedó conformado por 110 reactivos, de los cuales 30 pertenecen a los factores 1, 2 y 3 (agotamiento, despersonalización e insatisfacción, respectivamente); 40 reactivos al Factor 4 psicossomático y 40 que conforman el cuestionario de datos sociodemográficos.

Como parte de la comprobación de validez de constructo y con la finalidad de comprobar la sensibilidad del instrumento para discriminar entre grupos, se llevaron a cabo análisis de varianza de una vía con el modelo de Leiter y Maslach (1988) (citado en Buendía y Ramos, 2001) y trastorno del sueño, por dolor, pseudo-neurológico, gastrointestinal, depresión, ansiedad y trastorno sexual. (Ver Tabla 5).

Tabla 5
Análisis de Varianza entre el Modelo de Leiter y Trastornos Psicossomáticos

Trastorno	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Sueño	1.51***	1.51***	1.74***	1.99***
Dolor	1.51***	1.53***	1.84***	1.99***
Seudo-Neuro	1.29***	1.28***	1.50***	1.72***
Gastrointes.	1.45***	1.55***	1.78***	1.91***
Depresión	1.96***	2.08***	2.18***	2.51***
Ansiedad	1.68***	1.62***	2.11***	2.46***
Sexual	.92***	.97***	1.05***	1.11***

*** <=.001

Los resultados mostrados en la Tabla 5 presentan valores estadísticamente significativos para los siete trastornos que integran el Factor 4 psicossomático. Como se puede observar el comportamiento de las medias es ascendente de acuerdo a las fases del modelo de Leiter y Maslach (1988) (citado en Buendía y Ramos, 2001).

Con la finalidad de corroborar los hallazgos obtenidos en los análisis de varianza y completar información referente a la validez de constructo del instrumento se realizaron correlaciones Producto-momento de Pearson entre la sumatoria de Leiter, trastornos psicossomáticos y variables sociodemográficas. (Tabla 6 y 7).

Tabla 6
Correlación Producto-momento de Pearson entre la Sumatoria de Leiter y Trastornos Psicossomáticos

	Sumatoria Leiter
T. Sueño	.430**
T. Dolor	.368**
T. Seudo-Neurológico	.379**
T. Gastrointestinal	.329**
T. Depresión	.241**
T. Ansiedad	.341**
T. Sexual	.203**

** <=.01

Tabla 7
Correlación Producto-momento de Pearson entre la Sumatoria de Leiter y Variables Sociodemográficas

	Sumatoria Leiter
Edad	-.187**
Años con pareja	-.165**
Antigüedad	-.114**
Años de trabajar en la vida	-.182**
Número de ascensos	-.221*
Ingresos	-.181**
Horas de ejercicio semanales	-.130*
Devoción por religión	-.117*

* <=.05

** <=.01

En la tabla 6 se puede observar una alta correlación positiva entre la sumatoria de Leiter y trastorno del sueño, por dolor, pseudo-neurológico, gastrointestinal, depresión, ansiedad y trastorno sexual. Por otro lado en la tabla 7 se presenta una correlación negativa entre la sumatoria de Leiter y las variables edad, años con pareja, antigüedad, años de trabajar en la vida, número de ascensos, ingresos, horas de ejercicio semanales y devoción por religión.

Asimismo, como parte de la comprobación de la validez de constructo se realizaron análisis de varianza de una vía entre Desgaste Ocupacional (F1 agotamiento, F2 despersonalización y F3 insatisfacción) y F4 psicossomático, con algunas variables sociodemográficas. (Tablas 8, 9 y 10).

Tabla 8
Análisis de Varianza entre Desgaste Ocupacional y Variables Sociodemográficas

Variables	Grupos	F1 Agot.	F2 Despers.	F3 Insatisf.	F4 Psicosom.
Edad	16-25	2.79***		2.52***	1.58*
	26-30	3.08***		2.55***	1.71*
	31-35	2.55***		2.21***	1.55*
	36-40	2.41***		2.16***	1.54*
	41-50	2.28***		1.96***	1.50*
	51-69	2.26***		2.11***	1.58*
Sexo	Masculino	2.46**			1.50***
	Femenino	2.71**			1.66***
Edo. Civil	Con pareja		2.04**		
	Sin pareja		2.27**		
Años con pareja	.01 a 1	2.82*			
	1.01 a 3	2.79*			
	3.01 a 5	2.71*			
	5.01 a 10	2.50*			
	10.01 a 20	2.32*			
	20.01 a 25	2.27*			
	25.01 a 53	2.29*			
Escolaridad	Primaria		3.15***		1.88*
	Secundaria		2.16***		1.71*
	Bachillerato		2.18***		1.56*
	Licenciatura		2.09***		1.56*
	Posgrado		1.80***		1.45*
	Otro		1.90***		1.62*
Hijos	SI	2.40***		2.16*	1.53*
	No	2.82***		2.38*	1.63*

Núm. De hijos	1			2.35*	
	2			2.12*	
	3			2.04*	
	4 a 7			1.90*	
Puesto	Operativo			2.40**	
	Medio			2.15**	
	Ejecutivo			2.07**	

* <=.05 ** <=.01 *** <=.001

Los resultados presentados en la Tabla 8 muestran valores estadísticamente significativos para las variables edad, sexo, estado civil, años con pareja, escolaridad, el tener o no hijos, número de hijos y tipo de puesto. Para agotamiento (F1), la edad (F 9.98, p. .000), sexo (F 8.34, p. .004), el tiempo con la pareja (F 2.76, p. .012) y el tener o no hijos (F 23.90, p. .000), mostraron una tendencia en la que el factor de agotamiento es mayor cuando las personas tienen de 26 a 30 años, llevan menos tiempo con su pareja, son mujeres y no tienen hijos. La despersonalización es mayor cuando las personas no tienen pareja (F 7.15, p. .008) y reportan una escolaridad a nivel primaria (F 3.99, p. .001). De igual forma que para el agotamiento, los sujetos de 26 a 30 años de edad (F 5.64, p. .000) presentan mayor insatisfacción, los que tienen un puesto a nivel operativo (F 4.70, p. .009), así como aquellos que no tienen hijos (F 6.19, p. .013) y los que tienen sólo uno (F 2.71, p. .045). Finalmente las personas de 26 a 30 años (F 2.52, p. .028) presentan más aspectos psicossomáticos, de igual manera que las que poseen estudios a nivel primaria (F 2.44, p. .034), las mujeres (F 17.88, p. .000) y aquellas personas que no tienen hijos (F 5.58, p. .018).

Tabla 9
Análisis de Varianza entre Desgaste Ocupacional y Variables Sociodemográficas

Variables	Grupos	F1 Agot.	F2 Despers.	F3 Insatisf.	F4 Psicosom.
Tipo de contacto	Directo		1.99***		
	Indirecto		2.34***		
Horas de trabajo al día	4 a 5	3.05***			
	6 a 7	2.55***			
	8	2.41***			
	8.01 a 10	2.56***			
	10.01 a 12	3.04***			
	12.01 ó más	3.20***			

Antigüedad	Hasta 1 año	2.64***		2.41*	
	1.01 a 2	2.97***		2.38*	
	2.01 a 5	2.82***		2.42*	
	5.01 a 10	2.44***		2.17*	
	10.01 a 20	2.36***		2.12*	
	20.01 ó más	2.22***		1.92*	
Años de trabajar en la vida	1 a 5	2.90***	2.18**	2.57***	1.66*
	5.1 a 10	2.72***	2.03**	2.25***	1.57*
	10.1 a 15	2.60***	2.07**	2.18***	1.56*
	15.1 a 20	2.63***	2.43**	2.42***	1.65*
	20.1 a 30	2.20***	1.96**	1.95***	1.47*
	30.1 a 52	2.21***	1.87**	2.08***	1.52*
Ascensos en la vida	1	2.93***	2.37***	2.68***	
	2	2.67***	2.20***	2.29***	
	3	2.46***	2.18***	2.17***	
	4 a 6	2.33***	1.72***	2.03***	
	7 a 15	2.19***	1.89***	1.97***	
Ingresos	5000 ó menos	2.66*	2.19*	2.47***	
	5001 a 10000	2.74*	2.19*	2.41***	
	10001 a 15000	2.48*	2.12*	2.07***	
	15001 a 25000	2.33*	1.82*	1.96***	
	25001 a 55000	2.46*	1.99*	2.07***	
Tipo de organización	Privada	2.89***	2.27***	2.48***	1.68***
	Pública	2.33***	1.98***	2.09***	1.50***
Tipo de contrato	Obra determinada	3.25*		3.16***	
	Tiempo determinado	2.56*		2.31***	
	Tiempo indefinido	2.57*		2.21***	

* <=.05

** <=.01

*** <=.001

La tabla 9 presenta valores estadísticamente significativos para tipo de contacto, horas de trabajo al día, antigüedad en la empresa, años de trabajar en la vida, ascensos en la vida, ingresos, tipo de organización y tipo de contrato. El agotamiento es superior en las personas que trabajan más de 12 horas al día (F 5.23, p. .000), tienen una antigüedad de 1 a 2 años (F 5.76, p. .000), han trabajado de 1 a 5 años en su vida (F 6.55, p. .000), únicamente han sido ascendidos una vez (F 5.41, p. .000), tienen un ingreso mensual de 5000 a 10 000 pesos (F 2.72, p. .029), trabajan en organizaciones privadas (F 42.35, p. .000) y fueron contratados por obra determinada (F 4.33, p. .014). Con respecto al factor 2 despersonalización, la presentan en mayor grado aquellos individuos que tienen un contacto indirecto con las personas (F 17.75, p. .000), tienen de 15 a 20 años de trabajar en la vida (F 3.71, p. .003), sólo han recibido un ascenso (F 7.24, p. .000), laboran en una organización privada (F 13.30, p. .000) y tienen ingresos

inferiores a 10000 pesos (F 2.44, p. .046). Las personas que tienen de 2 a 5 años de antigüedad en su empleo, seguidas por las que tienen un año o menos (F 2.83, p. .016), han trabajado de 1 a 5 años en su vida (F 4.66, p. .000), sólo han tenido un ascenso (F 5.55, p. .000), reciben ingresos mensuales de 5000 pesos o menos (F 5.81, p. .000), laboran en una organización privada (F 20.77, p. .000) y fueron contratados por obra determinada (F 8.32, p. .000), presentan mayores niveles de insatisfacción (F 3), las que muestran en mayor medida aspectos psicosomáticos son las personas que han trabajado en su vida de 1 a 5 años, y las que trabajan en una empresa privada (F 22.18, p. .000).

Tabla 10
Análisis de Varianza entre Desgaste Ocupacional y Variables Sociodemográficas

Variables	Grupos	F1 Agot.	F2 Despers.	F3 Insatisf.	F4 Psicosom.
Tomar medicamento	Si				1.74***
	No				1.54***
Tiempo de tomar medicamento	Hasta 1 año		1.70***		
	1.1 a 3		2.17***		
	3.1 a 10		1.82***		
	10.1 a 30		3.36***		
Intervenciones Quirúrgicas	Si		1.89***	2.10**	
	No		2.22***	2.34**	
Fumas	Si			2.40*	
	No			2.18*	
Consumo de Alcohol	Nunca		2.42***		1.57*
	Una vez al año		2.05***		1.51*
	Dos veces al año		2.04***		1.49*
	Una vez al mes		1.91***		1.61*
	Una vez a la semana		2.16***		1.71*
	Todos los días		2.63***		1.67*
Horas libres a la semana	1 a 5		1.95**		
	6 a 10		2.10**		
	11 a 15		1.95**		
	16 a 20		2.34**		
	21 a 30		1.89**		
	31 a 50		2.02**		
	51 a 113		2.30**		
Ejercicio	Si	2.35***	1.94***	2.16*	1.50***
	No	2.85***	2.30***	2.37*	1.67***
Preferencia política	Si	2.72*			
	No	2.51*			
Tipo de preferencia política	Derecha	2.70**			
	Centro	2.30**			
	Izquierda	2.80**			

* <=.05

** <=.01

*** <=.001

De acuerdo con los resultados expuestos en la Tabla 10 las variables que presentan diferencias estadísticamente significativas son: tomar o no medicamentos, el tiempo de tomarlos, haber tenido o no intervenciones quirúrgicas, fumar, la frecuencia de consumo de alcohol, horas libres a la semana, hacer o no ejercicio, preferencia política y el tipo de preferencia política. El agotamiento aparece en mayores niveles en las personas que no hacen ejercicio (F 34.96, p. .000), tienen alguna preferencia política (F 5.14, p. .024) y esta preferencia es de izquierda (F 5.51, p. .005). A su vez la despersonalización es mayor cuando los sujetos tienen de 10 a 30 años de tomar medicamentos (F 6.75, p. .000), no han tenido intervenciones quirúrgicas (F 16.36, p. .000), consumen alcohol todos los días (F 4.47, p. .001), tienen de 16 a 20 horas libres a la semana (F 3.00, p. .007) y no hacen ejercicio (F 21.05, p. .000). Aquellas personas que no han sido intervenidas quirúrgicamente (F 7.23, p. .007), fuman (F 5.71, p. .017) y no hacen ejercicio (F 6.17, p. .013) presentan niveles superiores de insatisfacción. Por último las personas que presentan más aspectos psicossomáticos son las que toman medicamento (F 17.32, p. .000), consumen alcohol todos los días (F 2.58, p. .026) y no hacen ejercicio (F 20.09, p. .000).

Se realizaron correlaciones Producto-momento de Pearson entre Desgaste Ocupacional y variables sociodemográficas, estos resultados se muestran en la tabla 11.

Tabla 11

Correlación Producto-momento de Pearson entre Desgaste Ocupacional y Variables Sociodemográficas

	F1	F2	F3
Edad	-.250**	-.038	-.202**
Años con pareja	-.188**	-.136**	-.130*
Número de hijos	-.134*	.025	-.151**
Horas de trabajo diarias	.086*	.105*	.010
Antigüedad	-.172**	-.014	-.150**
Años trabajar en la vida	-.236**	-.065	-.156**
Número de ascensos	-.178**	-.169**	-.161**
Ingresos	-.114**	-.117**	-.179**
Tiempo de tomar medicamentos	.065	.386**	.119
Horas de ejercicio semanales	-.121*	-.015	-.091
Devoto de religión	-.171**	-.016	-.096*

* <=.05 ** <=.01

Como se puede apreciar en la tabla anterior el factor agotamiento presenta una fuerte correlación negativa con las variables edad, años con pareja, número de hijos, antigüedad, años de trabajar en la vida, número de ascensos, ingresos, horas de ejercicio semanales y qué tan devoto es de su religión; por otro lado hay una relación positiva con las horas de trabajo diarias. El factor 2 despersonalización mantiene una relación positiva con las horas de trabajo diarias y con el tiempo de tomar medicamentos y una relación negativa respecto a los años con la pareja, número de ascensos e ingresos; finalmente la insatisfacción muestra fuertes relaciones negativas con las variables edad, años con pareja, número de hijos, antigüedad, años de trabajar en la vida, número de ascensos, ingresos y devoción por la religión.

Finalmente se realizó una correlación Producto-momento de Pearson entre Desgaste Ocupacional y trastornos psicosomáticos, los resultados se muestran en la Tabla 12.

Tabla 12
Correlación Producto-momento de Pearson entre Desgaste
Ocupacional y Trastornos Psicosomáticos

	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción
T. Sueño	.484**	.335**	.369**
T. Dolor	.453**	.197**	.296**
T. Seudo-Neuro	.386**	.356**	.310**
T. Gastro	.306**	.306**	.236**
T. Depresión	.306**	.099*	.300**
T. Ansiedad	.404**	.160**	.310**
T. Sexual	.260**	.118**	.214**

** <=.01

Los factores agotamiento, despersonalización e insatisfacción presentan una fuerte correlación positiva con todos los trastornos que integran el factor 4 denominado psicosomático.

DISCUSIÓN

Y

CONCLUSIONES

Considerando que el objetivo de este trabajo fue la construcción de un instrumento válido y confiable para medir Desgaste Ocupacional en la población mexicana, se puede concluir que se cumplió con dicho objetivo, ya que la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional obtuvo una confiabilidad general de 89% para su versión confirmatoria (ver Tabla 4), en cuanto a la validez de constructo se emplearon análisis de varianza de una vía y correlaciones Producto-momento de Pearson, estos análisis arrojaron resultados con diversas variables sociodemográficas, con trastornos psicósomáticos y con el modelo de Leiter y Maslach (1988) (citado en Buendía y Ramos, 2001).

Así se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el modelo de Leiter y Maslach (1988) (citado en Buendía y Ramos, 2001), con respecto al trastorno del sueño, dolor, pseudo-neurológico, gastrointestinal, depresión, ansiedad y trastornos sexuales (ver Tabla 5); las cuatro fases se encuentran relacionadas con los siete trastornos psicósomáticos; en cuanto a la magnitud de estas relaciones, se puede decir, que están fuertemente relacionadas (ver Tabla 6), por lo tanto se considera que el modelo de Leiter y Maslach (1988) (citado en Buendía y Ramos, 2001) puede ser empleado para generar calificaciones por etapas del Desgaste Ocupacional. Aunado a lo anterior la sumatoria de Leiter y algunas variables sociodemográficas, están relacionadas de manera negativa, ya que, los individuos con menos años de edad, puntuaron más alto en la sumatoria de Leiter, es decir se encuentran en la fase tres o cuatro de acuerdo al modelo de Leiter y Maslach (1988) (citado en Buendía y Ramos, 2001); de igual forma obtuvieron puntuaciones altas en la sumatoria de Leiter aquellas personas que tienen menos tiempo con su pareja, menos antigüedad, menor número de años de trabajar en la vida, menor número de ascensos. Así a menores ingresos, pocas horas de ejercicio semanales y menor devoción por la religión, mayor puntuación en la sumatoria de Leiter (ver Tabla 7).

Por otro lado la relación entre las variables sociodemográficas mencionadas (Tablas 8, 9 y 10), tenemos en cuanto al agotamiento (F1), despersonalización (F2), insatisfacción (F3) y trastornos psicósomáticos (F4), lo siguiente: las personas en edades competitivas (26 a 30 años) presentan mayor agotamiento,

probablemente por todas las actividades que deben realizar durante un día, de igual forma las mujeres que tienen menos de un año con su pareja y no tienen hijos. Como se menciona en la literatura referente al Desgaste Ocupacional el apoyo social que reciba una persona es importante para la incidencia del síndrome de Burnout, por ello, es de esperarse que las personas que no cuentan con el adecuado apoyo social, presenten en mayor medida este síndrome, es decir, aquellas personas que no tienen pareja, llevan poco tiempo con ella, no tienen hijos o sólo tienen uno (Gil-Monte y Peiró, 1997). Además las personas que trabajan más de 12 horas al día, tienen de 1 a 2 años de antigüedad en su empleo, han trabajado en su vida menos de 5 años, únicamente han recibido un ascenso, tienen ingresos inferiores a 10 000 pesos, laboran en una organización privada, fueron contratados por obra determinada, no hacen ejercicio y tienen una preferencia política de izquierda, presentan en mayor medida agotamiento (ver Tablas 8, 9 y 10), esto se puede explicar con el modelo de competencia social de Harrison (citado en Gil-Monte y Peiró, 1997), el cual dice que la competencia y la eficacia percibida por el sujeto son variables de gran importancia en el desarrollo del síndrome, cuando la mayoría de los sujetos comienzan a trabajar lo hacen con una alta motivación, si esta motivación se topa con factores de ayuda como son objetivos laborales realistas, buena capacitación profesional, la eficacia percibida por el sujeto será alta, así como los sentimientos de competencia social del individuo, por otro, lado si junto con la motivación se presentan factores barrera que de alguna manera impiden el buen funcionamiento laboral del sujeto, entonces la eficacia percibida va a ser baja.

La despersonalización presenta valores estadísticamente significativos para las variables estado civil, escolaridad, tipo de contacto, años de trabajar en la vida, ascensos, ingresos, tipo de organización, tiempo de tomar medicamentos, intervenciones quirúrgicas, consumo de alcohol, horas libres a la semana y hacer ejercicio (ver Tablas 8, 9 y 10); el modelo de Harrison (citado en Gil-Monte y Peiró, 1997), también ayuda a comprender los resultados antes expuestos. A su vez la insatisfacción está relacionada con la edad, el sexo, escolaridad, tener o no hijos, antigüedad, años de trabajo en la vida, ascensos, ingresos, tipo de organización,

tipo de contrato, haber tenido o no intervenciones quirúrgicas, fumar y hacer o no ejercicio (ver Tablas 8, 9 y 10); en la relación entre insatisfacción y las variables mencionadas, la percepción que tiene el individuo respecto a la falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales, juega un papel importante en la aparición del Desgaste Ocupacional (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Como se mencionó, haciendo uso de correlaciones Producto-momento de Pearson se estableció que hay fuerte correlación negativa entre el Desgaste Ocupacional y algunas variables sociodemográficas, así a menos edad, menos tiempo con pareja, menor número de hijos, poca antigüedad, pocos años de trabajar en la vida, menor número de ascensos, ingresos, pocas horas de ejercicio semanales y poca devoción por la religión, mayor es el agotamiento que presente el individuo, a su vez, a más horas de trabajo diarias, el agotamiento es superior (ver Tabla 11). La despersonalización presenta una relación negativa con respecto al tiempo de tener pareja, número de ascensos e ingresos; a más horas de trabajo diarias y más tiempo de tomar medicamentos, mayor será la despersonalización. Finalmente la insatisfacción, únicamente tiene relación negativa con algunas variables sociodemográficas (ver tabla 11).

Existen modelos elaborados desde la teoría organizacional, como el de Winnubst (1993), en él resalta la importancia de la estructura de la organización, la cultura y el clima organizacional como variables clave en la etiología del Desgaste Ocupacional. Los antecedentes del síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional. En las burocracias mecánicas el Desgaste Ocupacional es originado por el agotamiento emocional diario como consecuencia de la rutina, la monotonía y por la falta de control derivadas de la estructura, lo cual ayuda a comprender algunas de las relaciones encontradas con variables sociodemográficas, como el número de horas que se trabaja al día, el tipo de contrato, los ascensos, e incluso el tipo de organización en que se labora, es de suponerse que muchas organizaciones privadas tienen una estructura más rígida, con lo cual los trabajadores no tienen oportunidad de intervenir en las decisiones que se tomen dentro de la empresa.

Las personas de 26 a 30 años, mujeres, con nivel de escolaridad primaria, sin hijos, con menos de 5 años de trabajar en la vida, que laboran en una organización privada, toman medicamentos, consumen alcohol todos los días y no hacen ejercicio, padecen más aspectos psicosomáticos que otras personas con distintas características sociodemográficas (ver Tablas 8, 9 y 10).

Como se menciona en la literatura referente al Desgaste Ocupacional y su relación con variables de tipo psicosomático, como las tratadas en esta investigación y de la misma manera en que se muestra en los resultados (ver Tabla 12), existe una fuerte relación positiva entre los tres factores de Desgaste Ocupacional (agotamiento, despersonalización e insatisfacción) y trastornos psicosomáticos (sueño, dolor, pseudo-neurológico, gastrointestinal, depresión, ansiedad y trastornos sexuales). La relación entre el Desgaste Ocupacional y trastornos psicosomáticos es un tema que merece gran atención por parte de los profesionales de la salud, debido a que gran parte de la población trabajadora presenta estos trastornos, los cuales interfieren de manera negativa en todos los aspectos de su vida (Buendía y Ramos, 2001; Fernández, 2003), se debe tratar el Desgaste Ocupacional y no el trastorno en sí mismo, lo que comúnmente y de manera equivocada se realiza (Aldrete, et al, 2003).

Con lo anterior se confirma lo dicho por la literatura referente a este constructo, debido a que en efecto el Desgaste Ocupacional trae consigo trastornos a nivel fisiológico como son problemas cardiacos, disminución del rendimiento psíquico y físico, dolores inexplicables, náuseas, temblores, dolores de cabeza, mareos, alteraciones menstruales, además problemas digestivos como diarrea, estreñimiento, acidez estomacal (Moreno, et al, 1990; Atance, 1997; Fernández, 2000; Aldrete, et al, 2003; Gil-Monte, 2002).

ANEXOS

Cuestionario
¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?
BN/3 CLAVES

INSTRUCCIONES

A continuación se le presentarán una serie de enunciados a los cuales debe responder considerando su forma de pensar, sentir y actuar en determinadas situaciones; le pedimos que conteste de la manera más sincera posible, ya que nos es de gran utilidad.

Para contestar utilice las **HOJAS DE RESPUESTA** (F02) anexas, marcando con una "X" el óvalo correspondiente a la respuesta que describa mejor su forma de pensar, sentir y actuar.

Se le presentarán dos tipos de enunciados, los cuales tienen **seis opciones de respuesta**. En el primer tipo va en una escala de **Totalmente en Desacuerdo (TD) a Totalmente de Acuerdo (TA)** y puede elegir **cualquiera de las seis opciones**.

Ejemplo Tipo 1): 1. Considero que es importante asistir a fiestas

TD						TA
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				

En el segundo tipo de enunciados le pedimos que responda **¿con qué frecuencia...?** ha tenido cierto padecimiento, debe contestar **sin considerar** los efectos producidos por sustancias como alcohol, estimulantes, cafeína, cocaína, opiáceos, sedantes, antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, etc.

Ejemplo Tipo 2): **¿Con qué frecuencia...?**

	2. Tienes sangrado por la nariz.					
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				

LAS PREGUNTAS QUE NO CORRESPONDAN A SU SEXO, DÉJELAS EN BLANCO

NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS NI MALAS
Sus respuestas son anónimas y confidenciales
Sólo serán utilizadas con fines estadísticos

NO ESCRIBA EN ESTE CUADERNILLO
¡GRACIAS!

¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?

BN/3

1. Siento que mi trabajo es tan monótono, que ya no me gusta. (F3T, Desmotivación laboral, +)
 2. Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar. (F1T, cansancio físico, +)
 3. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien. (F2T, cinismo, -)
 4. Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo. (F1T, cansancio físico, -)
 5. Siento que un día de estos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo. (F1T, cansancio mental, +)
 6. Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo. (F1T, cansancio mental, +)
 7. Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo. (F2T, insensible, +)
 8. Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo. (F3T, insatisfacción, +)
 9. Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo. (F2T, comunicación, -)
 10. Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión. (F3T, desmotivado, +)
 11. Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente. (F3T, descontento, +)
 12. Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso. (F3T, sin compromiso, +)
 13. Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual. (F3T, desmotivación, +)
 14. Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna. (F1T, agotamiento, -)
 15. Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo. (F3T, negativismo, +)
 16. En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos. (F2T, extrañeza, +)
-
-

17. Aunque me esfuerzo al realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello. (F3T, insatisfacción, +)

18. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal. (F2T, cinismo, +)

19. Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado. (F1T, cansancio físico, +)

20. Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar. (F1T, cansancio físico, +)

21. Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo. (F2T, disgusto, -)

22. Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo. (F2T, falta de empatía, -)

23. Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien. (F2T, cinismo, -)

24. Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien. (F3T, Desmotivación laboral, +)

25. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes. (F3T, Insatisfacción, +)

26. Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer. (F1, energía, +)

27. Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo. (F1T, energía, -)

28. No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros. (F3T, negativismo, +)

29. Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí. (F2T, insensible, -)

30. En mí trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan. (F3T, sin compromiso, +)

¿Con qué frecuencia...?

31. Consideras que tienes sueño en exceso (más de 8 horas). (F4psi, Somnolencia, +-)

32. Te sientes deprimido (muy triste). (F4psi, Depresión, +-)

33. Sientes que la calidad de tu sueño es mala. (F4psi, Calidad del sueño, +-)

-
-
34. Tienes dolores de cabeza. (F4, Dolor,+)
 35. Sientes dificultad para deglutir. (F4, Seudo-neurológico, +-)
 36. Te despiertas bruscamente con gritos, llanto y mucho miedo. (F4psi, Terror nocturno, +-)
 37. Te has desmayado. (F4, Seudo-neurológico, +-)
 38. Tienes dolor durante tus relaciones sexuales. (F4, Dolor, +-)
 39. Sientes indiferencia sexual. (F4, Sexual, +-)
 40. Tienes pesadillas que alteran tu tranquilidad al dormir. (F4psi, Parasomnia, +-)
 41. Te sientes desesperado (ansioso). (F4psi, Ansiedad, + -)
 42. Despiertas y eres incapaz de moverte o hablar. (F4psi, Narcolepsia, +-)
 43. Te duelen las articulaciones de brazos y piernas. (F4, Dolor,+)
 44. Sufres intolerancia a diferentes alimentos. (F4, Gastro, +-)
 45. Sufres vómitos. (F4T, gastro, + -)
 46. Pierdes sensibilidad táctil (manos, piel, etc). (F4, Seudo-neurológico, +-)
 47. Tienes dolores en el abdomen. (F4, Dolor,+)
 48. Tienes la sensación de debilidad muscular en cierta parte del cuerpo. (F4, Seudo-neurológico, +-)
 49. Te duele la espalda y el cuello. (F4, Dolor,+)
 50. Tienes molestias al orinar. (F4, Dolor, +-)
 51. Consideras que tienes problemas respiratorios al dormir (p. e. Roncar). (F4psi, Hipersomnia, + -)
 52. Te levantas de la cama durante la noche sin despertar. (F4psi, Sonambulismo, +-)
 53. Sientes un nudo en la garganta. (F4, Seudo-neurológico, +-)
 54. Llegas a perder la voz. (F4, Seudo-neurológico, +-)
 55. Dejas de dormir por varios días. (F4psi, Deprivación del sueño, +-)
 56. Sientes que interrumpes tu sueño durante la noche. (F4psi, Insomnio,+)
 57. Sufres náuseas. (F4, Gastro, +-)
-
-

58. Sufres golpes irresistibles de sueño en situaciones inadecuadas (p. e. Manejando, conversando). (F4psi, Narcolepsia, +-)

59. Te duele el pecho. (F4, Dolor,+)

60. Tienes molestias al defecar. (F4, Dolor,+)

61. Tienes problemas para alcanzar un orgasmo cuando estás con una pareja. (F4, Sexual, +-)

62. Sufres diarrea. (F4, Gastro, +-)

63. Tienes la sensación de perder el equilibrio. (F4, Seudo-neurológico, +-)

64. Te despiertas sintiendo taquicardia, sudoración, tensión muscular y confusión. (F4psi, Terror nocturno, +-)

Las preguntas **65, 66 y 67** sólo para **HOMBRES**, las preguntas **68, 69 y 70** sólo para **MUJERES**.

65. Tienes problemas de eyaculación precoz. (F4, Sexual, +-)

66. Tienes problemas de erección. (F4, Sexual, +-)

67. Tienes problemas para alcanzar la eyaculación. (F4, Sexual, +-)

68. Tu menstruación es irregular. (F4, Sexual, +-)

69. Tienes pérdida menstrual excesiva (sangrado). (F4, Sexual. +-)

70. Durante tu período menstrual, sufres dolores insoportables que te limitan en tus actividades. (F4, Dolor, +-)

71. ¿Qué edad tienes?

72. Sexo

73. Estado civil

74. Si tienes pareja, ¿cuántos años llevas con ella?

75. ¿Qué escolaridad tienes?

76. ¿Tienes hijos?

77. ¿Cuántos?

78. En tú trabajo ¿qué tipo de puesto ocupas?:

-
-
79. ¿Cuál es el tipo de trabajo que desempeñas?
 80. ¿Cómo es el contacto que mantienes con usuarios (pacientes, clientes, etc.)?
 81. ¿Cuántos trabajos tienes?
 82. ¿Cuántas actividades consideras tener en un día? P.E. (Trabajos, deportes, religión, club, etc).
 83. ¿Cuántas horas trabajas al día? (en tu principal empleo).
 84. ¿Cuánto tiempo de antigüedad tienes en la empresa donde laboras actualmente?
 85. ¿Cuántos años has trabajado en tú vida?
 86. ¿Cuántos empleos has tenido en tu vida?
 87. ¿Cuántos ascensos has tenido en tu vida?
 88. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado que recibes sin considerar impuestos, descuentos, etc.?
 89. ¿En qué tipo de organización laboras?
 90. ¿Qué tipo de contrato tienes?
 91. ¿Tienes personas a tu cargo?
 92. ¿Cuántas?
 93. ¿Tomas algún medicamento en forma frecuente?
 94. Si tomas algún medicamento, ¿Escribe cuál y para qué?
 95. ¿Cuánto tiempo tienes de tomarlo?
 96. ¿Has tenido algún accidente importante? Especifica de qué tipo.
 97. ¿Has tenido alguna intervención quirúrgica? Especifica de qué tipo.
 98. ¿Fumas?
 99. ¿Cuántos cigarros fumas al día?
 100. ¿Con qué frecuencia ingieres bebidas alcohólicas?
 101. En caso de que consumas drogas, ¿Con qué frecuencia lo haces?
 102. Durante una semana, ¿Cuántas horas libres tienes?
 103. ¿Haces ejercicio físico?
-
-

-
-
104. Si haces ejercicio, ¿Cuántas horas a la semana le dedicas?
 105. ¿Practicas alguna religión?
 106. ¿Cuál?
 107. ¿Tienes alguna preferencia política?
 108. ¿De qué tipo es tu preferencia política?
 109. ¿Qué tan devoto eres de tu religión?
 110. ¿Qué tan involucrado estás con la inclinación política de tu preferencia?
-
-

Cuestionario
¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?
BN/3 SIN CLAVES

INSTRUCCIONES

A continuación se le presentarán una serie de enunciados a los cuales debe responder considerando su forma de pensar, sentir y actuar en determinadas situaciones; le pedimos que conteste de la manera más sincera posible, ya que nos es de gran utilidad.

Para contestar utilice las **HOJAS DE RESPUESTA** (F02) anexas, marcando con una "X" el óvalo correspondiente a la respuesta que describa mejor su forma de pensar, sentir y actuar.

Se le presentarán dos tipos de enunciados, los cuales tienen **seis opciones de respuesta**. En el primer tipo va en una escala de **Totalmente en Desacuerdo (TD) a Totalmente de Acuerdo (TA)** y puede elegir **cualquiera de las seis opciones**.

Ejemplo Tipo 1): 1. Considero que es importante asistir a fiestas

	TD				TA
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En el segundo tipo de enunciados le pedimos que responda **¿con qué frecuencia...?** ha tenido cierto padecimiento, debe contestar **sin considerar** los efectos producidos por sustancias como alcohol, estimulantes, cafeína, cocaína, opiáceos, sedantes, antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, etc.

Ejemplo Tipo 2): **¿Con qué frecuencia...?**

	2. Tienes sangrado por la nariz.					
	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre	
Nunca						
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

LAS PREGUNTAS QUE NO CORRESPONDAN A SU SEXO, DÉJELAS EN BLANCO

NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS NI MALAS
Sus respuestas son anónimas y confidenciales
Sólo serán utilizadas con fines estadísticos

NO ESCRIBA EN ESTE CUADERNILLO
¡GRACIAS!

**¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?
BN/3 SIN CLAVES**

1. Siento que mi trabajo es tan monótono, que ya no me gusta.
 2. Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar.
 3. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.
 4. Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.
 5. Siento que un día de estos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo
 6. Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.
 7. Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo
 8. Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.
 9. Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo.
 10. Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.
 11. Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.
 12. Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.
 13. Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.
 14. Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.
 15. Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.
 16. En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos.
 17. Aunque me esfuerzo al realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.
 18. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.
 19. Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.
 20. Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.
 21. Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo.
 22. Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.
-
-

-
-
23. Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.
 24. Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.
 25. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes
 26. Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer.
 27. Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.
 28. No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.
 29. Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.
 30. En mí trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan.

¿Con qué frecuencia...?

31. Consideras que tienes sueño en exceso (más de 8 horas).
 32. Te sientes deprimido (muy triste).
 33. Sientes que la calidad de tu sueño es mala.
 34. Tienes dolores de cabeza.
 35. Sientes dificultad para deglutir.
 36. Te despiertas bruscamente con gritos, llanto y mucho miedo.
 37. Te has desmayado.
 38. Tienes dolor durante tus relaciones sexuales.
 39. Sientes indiferencia sexual.
 40. Tienes pesadillas que alteran tu tranquilidad al dormir.
 41. Te sientes desesperado (ansioso).
 42. Despiertas y eres incapaz de moverte o hablar.
 43. Te duelen las articulaciones de brazos y piernas.
 44. Sufres intolerancia a diferentes alimentos.
-
-

-
-
45. Sufres vómitos.
 46. Pierdes sensibilidad táctil (manos, piel, etc).
 47. Tienes dolores en el abdomen.
 48. Tienes la sensación de debilidad muscular en cierta parte del cuerpo.
 49. Te duele la espalda y el cuello.
 50. Tienes molestias al orinar.
 51. Consideras que tienes problemas respiratorios al dormir (p. e. Roncar).
 52. Te levantas de la cama durante la noche sin despertar.
 53. Sientes un nudo en la garganta.
 54. Llegas a perder la voz.
 55. Dejas de dormir por varios días.
 56. Sientes que interrumpes tu sueño durante la noche.
 57. Sufres náuseas.
 58. Sufres golpes irresistibles de sueño en situaciones inadecuadas (p. e. Manejando, conversando).
 59. Te duele el pecho.
 60. Tienes molestias al defecar.
 61. Tienes problemas para alcanzar un orgasmo cuando estás con una pareja.
 62. Sufres diarrea.
 63. Tienes la sensación de perder el equilibrio.
 64. Te despiertas sintiendo taquicardia, sudoración, tensión muscular y confusión.

Las preguntas **65, 66 y 67** sólo para **HOMBRES**, las preguntas **68, 69 y 70** sólo para **MUJERES**.

65. Tienes problemas de eyaculación precoz.
 66. Tienes problemas de erección.
 67. Tienes problemas para alcanzar la eyaculación.
-
-

-
-
68. Tu menstruación es irregular.
69. Tienes pérdida menstrual excesiva (sangrado).
70. Durante tu período menstrual, sufres dolores insoportables que te limitan en tus actividades.
71. ¿Qué edad tienes?
72. Sexo
73. Estado civil
74. Si tienes pareja, ¿cuántos años llevas con ella?
75. ¿Qué escolaridad tienes?
76. ¿Tienes hijos?
77. ¿Cuántos?
78. En tu trabajo ¿qué tipo de puesto ocupas?:
79. ¿Cuál es el tipo de trabajo que desempeñas?
80. ¿Cómo es el contacto que mantienes con usuarios (pacientes, clientes, etc.)?
81. ¿Cuántos trabajos tienes?
82. ¿Cuántas actividades consideras tener en un día? P.E. (Trabajos, deportes, religión, club, etc).
83. ¿Cuántas horas trabajas al día? (en tu principal empleo).
84. ¿Cuánto tiempo de antigüedad tienes en la empresa donde laboras actualmente?
85. ¿Cuántos años has trabajado en tu vida?
86. ¿Cuántos empleos has tenido en tu vida?
87. ¿Cuántos ascensos has tenido en tu vida?
88. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado que recibes sin considerar impuestos, descuentos, etc.?
89. ¿En qué tipo de organización laboras?
90. ¿Qué tipo de contrato tienes?
91. ¿Tienes personas a tu cargo?
-
-

-
-
92. ¿Cuántas?
 93. ¿Tomas algún medicamento en forma frecuente?
 94. Si tomas algún medicamento, ¿Escribe cuál y para qué?
 95. ¿Cuánto tiempo tienes de tomarlo?
 96. ¿Has tenido algún accidente importante? Especifica de qué tipo.
 97. ¿Has tenido alguna intervención quirúrgica? Especifica de qué tipo.
 98. ¿Fumas?
 99. ¿Cuántos cigarros fumas al día?
 100. ¿Con qué frecuencia ingieres bebidas alcohólicas?
 101. En caso de que consumas drogas, ¿Con qué frecuencia lo haces?
 102. Durante una semana, ¿Cuántas horas libres tienes?
 103. ¿Haces ejercicio físico?
 104. Si haces ejercicio, ¿Cuántas horas a la semana le dedicas?
 105. ¿Practicas alguna religión?
 106. ¿Cuál?
 107. ¿Tienes alguna preferencia política?
 108. ¿De qué tipo es tu preferencia política?
 109. ¿Qué tan devoto eres de tu religión?
 110. ¿Qué tan involucrado estás con la inclinación política de tu preferencia?
-
-

71. _____ años

72. Masculino Femenino

73. Con pareja Sin pareja

74. _____ años

75. Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura

Postgrado Otro: _____

76. SI NO

77. Núm. _____

78. Operativo Medio Ejecutivo

79. Empleado

Comerciante

Empresario

Profesionista Independiente

Otro _____

80. Directo Indirecto

81. Núm. _____

82. Núm. _____

83. _____ Horas

84. _____ Años

85. _____ Años

86. Núm. _____

87. Núm. _____

88. \$ _____

89. Privada Pública

90. Obra Determinada (Por proyecto)

Tiempo Determinado (Eventual o temporal)

Tiempo Indefinido (Base o planta)

91. SI NO

92. Núm. _____

93. SI NO

94. _____

95. _____ Años

96. SI NO Tipo: _____

97. SI NO Tipo: _____

98. SI NO

99. Núm. _____

100. Nunca

Una vez al año

Dos veces al año

Una vez al mes

Una vez a la semana

Todos los días

-
-
101. Nunca
- Una vez al año
- Dos veces al año
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Todos los días

102. _____ Horas

103. SI NO

104. _____ Horas

105. SI NO

106. Religión: _____

107. SI NO

108. Derecha Centro Izquierda

109. Poco Mucho

110. Poco Mucho

	TD			TA		
1.	①	②	③	④	⑤	⑥
2.	①	②	③	④	⑤	⑥
3.	⑥	⑤	④	③	②	①
4.	⑥	⑤	④	③	②	①
5.	①	②	③	④	⑤	⑥
6.	①	②	③	④	⑤	⑥
7.	①	②	③	④	⑤	⑥
8.	①	②	③	④	⑤	⑥
9.	⑥	⑤	④	③	②	①
10.	①	②	③	④	⑤	⑥
11.	①	②	③	④	⑤	⑥
12.	①	②	③	④	⑤	⑥
13.	①	②	③	④	⑤	⑥
14.	⑥	⑤	④	③	②	①
15.	①	②	③	④	⑤	⑥
16.	①	②	③	④	⑤	⑥
17.	①	②	③	④	⑤	⑥
18.	①	②	③	④	⑤	⑥
19.	①	②	③	④	⑤	⑥
20.	①	②	③	④	⑤	⑥
21.	⑥	⑤	④	③	②	①
22.	⑥	⑤	④	③	②	①
23.	⑥	⑤	④	③	②	①
24.	①	②	③	④	⑤	⑥
25.	①	②	③	④	⑤	⑥
26.	①	②	③	④	⑤	⑥
27.	⑥	⑤	④	③	②	①
28.	①	②	③	④	⑤	⑥
29.	⑥	⑤	④	③	②	①
30.	①	②	③	④	⑤	⑥

REFERENCIAS

-
-
- Alcover, C.M., Martínez, D., Rodríguez, F., y Domínguez, R. (2004). *Introducción a la psicología del trabajo*. España: McGraw – Hill.
 - Aldrete, M.G., Pando, M., Aranda, C., y Balcázar, N. (2003). Síndrome de Burnout en maestros de educación básica, nivel primaria de Guadalajara. *Salud Pública*, 5 (1), 44-52.
 - Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Tests psicológicos*. México: Prentice Hall.
 - Atance, J.C. (1997). Aspectos Epidemiológicos del Síndrome de Burnout en Personal Sanitario. *Salud Pública*, 71 (3), 60-70.
 - Barnett, R, Brennan, R.T., y Garies, K. (1999). A closer look at the measurement of burnout. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 4, 65-78.
 - Benavides, F.G., Ruíz, C., y García, A.M. (2000). *Salud laboral: Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: Masson.
 - Buendía, J., y Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. España: Pirámide.
 - Burke, R.J., y Greenglass, E. (1995). A longitudinal study of psychological burnout in teachers. *Human Relations*, 48 (2), 187-202.
 - Buunk, B.P., y Schaufeli, W.B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En Schaufeli, W.B. , Maslach, C., y Marek, T. (Eds.). *Profesional Burnout: Recent developments in theory and research*. (pp. 53-69). Londres: Taylor y Francis.
 - Coolican, H. (1994). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: Manual Moderno.
 - Cozby, P.C. (2005). *Métodos de investigación del comportamiento*. México: McGraw – Hill.
 - Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in the human service organizations*. New York: Praeger.
-
-

-
-
- Edelwich, J., y Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping profession*. New York: Human Sciences Press.
 - Emener, W., Luck, R., y Gohs, F. (1982). A theoretical investigation of the construct burnout. *Journal of Rehabilitation Administration*, 6(4), 188-196.
 - Fernández, G. (2000). Burnout y Trastornos Psicossomáticos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 229-235.
 - Freudenberger, H. (1980). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 156-159.
 - Ganster, D.C., y Schaubroeck. (1991). Work, stress and employee health. *Journal of Management*, 17, 235 – 271.
 - García-Izquierdo, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7, 3-12.
 - Gil – Monte, P.R. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 1, 21-31.
 - Gil – Monte, P.R. (2002): Validez Factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory – General Survey. *Salud Pública de México*, 1, 33-40.
 - Gil-Monte, P.R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Ediciones Pirámide.
 - Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
 - Gillespie, D.F. (1980). Correlates for active and passive burnout types of burnout. *Journal of Social Service Research*, 4(2), 1 – 16.
 - Greenglass, E.R., Burke, R.J., y Ondrack, M. (1990). A gender role perspective of coping and burnout. *Applied Psychology: An International Review*, 39(1), 5-27.
-
-

-
-
- Hart, P.M. y Cooper, C.L. (2001). Occupational stress: toward a more integrated framework. En N. Anderson, D.S. Ones, H.K. Sinangil y C. Viswesvaran (Eds.), *Handbook of Industrial, Work and Organizational Psychology* (vol. II, pp.93-114). Londres: Sage.
 - Holland, P., y Michael, W. (1993). The concurrent validity of the Holland Burnout Assessment Survey for a sample of middle school teachers. *Educational and Psychological Measurement*, 53, (4), 1067-1077.
 - Jódar, P., y Benach, J. (2000). Condiciones de Trabajo, en Benavides, F.G., Ruíz, C., y García, A.M. (2000). *Salud laboral: Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: Masson.
 - Kerlinger, F., y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw – Hill.
 - Klas, L., Kendal, W., y Kennedy, L. (1985). Levels and specific causes of stress perceived by regular classroom teachers. *Canadian Counsellor*, 19, (3), 115 – 127.
 - Krausz, M. Koslowsky, M., Shalom, N., y Elyakim, N. (1995). Predictors of intentions to leave the ward, the hospital, and the nursing profession: A longitudinal study. *Journal of Organizational Behavior*, 16, 277-288.
 - Kushnir, T., y Melamed, S. (1992). The gulf ward and its impact on burnout and wellbeig of working civilians. *Psychology Medicine*, 22(4), 987-995.
 - Latorre, J.M., y Beneit, P.J. (1994). *Psicología de la salud*. Argentina: Lumen.
 - León, J.M., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A., y Herrera, I.M. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: UOC.
 - León, O.G. y Montero, I. (2003). *Métodos de Investigación en psicología y educación*. España: McGraw – Hill.
 - Leos, J.B. (2006). *Estudio Exploratorio para la Construcción de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO)*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: UNAM.
-
-

-
-
- Machlowitz, M. (1980). *Worksholics: Living with them, working with them*. Reading: Addison-Wesley.
 - Manassero, M.A., Vázquez, A., Ferrer, V.A., Fornés, J., y Fernández, M.C. (2003). *Estrés y Burnout en la enseñanza*. Palma: UIB.
 - Martínez, R. (1996). *Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos*. España: Síntesis.
 - Martínez, S., y Hernández, A. (2005). Necesidad de estudios y legislación sobre factores psicosociales en el trabajo. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31 (4), 110-117.
 - Maslach, C., y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
 - Maslach, C., y Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory* (2nd. Ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
 - Matrajt, M. (1994). *Estudios en Salud Mental Ocupacional*. México: Taller Abierto.
 - Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación del estrés*. España: Martínez Roca.
 - Moncada, S., y Artazcoz, L. (2000). Factores Psicosociales, en Benavides, F.G., Ruíz, C., y García, A.M. (2000). *Salud laboral: Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: Masson.
 - Morales, F. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Argentina: Paidós.
 - Moreno, B, Rodríguez, R., y Escobar, E. (2001). La evaluación del Burnout profesional. Factorialización del MBI – GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 1, 69-77.
 - Moreno, J. B., y Oliver, C. (1993). El MBI como escala de estrés en profesionales asistenciales: adaptación y nuevas versiones. En M. foros y M. T. Anguera (Eds.), *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica*. Barcelona: PPU.
-
-

-
-
- Muchinsky, P.M. (2002). *Psicología aplicada al trabajo*. México: Thomson.
 - Muñiz, J. (1996). *Psicometría*. España: Universitas.
 - O.M.S. (2000). The World Health Report 2000. *Health systems: Improving performance*. Disponible en el World Wide Web: <http://www.who.int/whr>
 - Ortega, C., y López, F. (2003). El burnout o Síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 137-160.
 - Paz, M.D. (1996). Validez, en Muñiz, J. (1996). *Psicometría*. España: Universitas.
 - Perlman, B., y Hartman, E.A. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human Relations*, 35 (4), 283-305.
 - Pines, A., y Aronson, E. (1988). *Career Burnout: Causes and cures* (2nd ed.). New York: The Free Press.
 - Pines, A., y Kafry, D. (1978). Occupational tedium in the social services. *Social Work*, 23, 499-507.
 - Reig, A., y Caruana, A. (1987). *Batería de Evaluación de Estrés en Profesionales de la Salud*. Alicante: Mimeo.
 - Rodríguez, A. (1998). *Introducción a la psicología del trabajo y de las organizaciones*. Madrid: Pirámide.
 - Rodríguez, A., Díaz, F., Fuertes, F., Martín, M.A., Montalbán, M., Sánchez, E., y Zarco, V. (2004). *Psicología de las organizaciones*. Barcelona: UOC.
 - Schute, N., Toppinen, S., Kalimo, R., y Schaufeli, W. (2000). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI - GS) across occupational groups and nations. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 73, (1), 53 – 67.
 - Schutz, I., y Long, U. (1988). Confirmatory factor analysis, validation and revision of Teacher Stress Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 48, (2), 497 – 511.
-
-

-
-
- Singh, J., Goolsby, J.R., y Rhoads, G.K. (1994). Behavioral and psychological consequences of boundary spanning burnout for customer service representatives. *Journal of Marketing Research*, 31, 558-569.
 - Smith, N.M., y Nelson, V.C. (1983). Burnout: A survey of academic reference librarians. *College and Research Libraries*, 44 (3), 245 – 250.
 - Spector, P. (2002). *Psicología industrial y organizacional*. México: Manual Moderno.
 - Starrin, B., Larsson, G., y Styborn, S. (1990). A review and critique of psychological approaches to the burn-out phenomenon. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 4 (2), 83 – 91.
 - Uribe, J.F. (en proceso). *La Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO): Estudio Exploratorio de un Instrumento de Burnout para Mexicanos*. México: (manuscrito no publicado).
 - Wallace, J.E., & Brinkeroff, M.B. (1991). The measurement of burnout revisited. *Journal of Social Service Research*, 14 (1-2), 85 – 111.
 - Winnubst, J.A. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 151-162). Londres: Taylor & Francis.
-
-