

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EVALUACIÓN DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL
“CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE
QUEMARSE POR EL TRABAJO” EN UN GRUPO DE ENFERMERAS.

TESIS, QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA, PRESENTA:
AUREA MARÍA DEL PILAR LLANOS DEL PILAR

DIRECTOR DE TESIS: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
REVISOR: DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

México, D. F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Con Cariño para:

*Mis padres
Gerardo y Yaotl
Amigos*

*La Facultad de Psicología
La Universidad Nacional Autónoma de México
El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
El Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado
El Centro de Salud “Dr. Juan Duque de Estrada”
El Hospital General*

Agradecimientos:

A mis padres por su apoyo incondicional.

A Gerardo y Yaotl por su impulso y motivación

Al Dr. Samuel Jurado Cárdenas por su asesoría y orientación

A los integrantes del Jurado por sus revisiones y correcciones

*A todo el personal de enfermería que participo en esta investigación;
sin la cual esta no hubiera sido posible*

A todo el equipo de trabajo del Departamento de Grupos de Apoyo

*Al Dr. Enrique Vargas Del Pilar por todas las facilidades otorgadas
para la aplicación del cuestionario*

*Al Dr. Francisco Paz Rodríguez por su amistad, por sus enseñanzas y
por la ayuda invaluable para la realización de la presente tesis*

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
Capítulo 1	
SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO	3
Capítulo 2	
MODELOS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	6
MÉTODO	12
Planteamiento y justificación del problema	12
Objetivos	13
Pregunta de investigación	13
Hipótesis	13
Variables	14
Tipo de estudio	15
Muestreo	15
Diseño	15
Participantes	16
Instrumento	16
Procedimiento	18
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	24
REFERENCIAS	27

INTRODUCCION

El término burnout fue, por primera vez mencionado por el psiquiatra Herbert Freudenberg (1974) Maslach y Jackson (1981), quien observó una serie de conductas en el personal que laboraba en la Clínica Libre de Nueva York para toxicómanos, y describió como estas personas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, teniendo como consecuencia una pérdida progresiva de energía y desmotivación por el trabajo. Para lo cual utilizó el mismo término que se usaba para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso. Sin embargo Maslach y Jackson (1981) al estudiar las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas llega a la definición más empleada y conocida en la literatura, que desde un enfoque psicosocial conceptualiza el fenómeno como un síndrome de baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización. Por baja realización personal en el trabajo se entiende la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a 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 alude a la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel 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. 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 (Gil-Monte, 2005).

Por lo que el síndrome de burnout (SB) es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en profesiones que, como enfermería, se centran en la prestación de servicios. El objetivo de estos profesionales es cuidar los

intereses o satisfacer las necesidades de los pacientes, y se caracteriza por el trabajo en contacto directo con los usuarios del servicio.

Para Gil-Monte (2003) el estrés en esta profesión está compuesto por una combinación de variables físicas, sociales y psicológicas, en la que inciden especialmente estresores como escasez de personal, cambios de turno, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, etc. Las cuales llevan al individuo a desarrollar una idea de fracaso profesional, la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, y actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja. Sin embargo el estado psicológico del individuo juega un papel preponderante en el desarrollo del SB. Por lo que actualmente, resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora 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.

CAPITULO 1

SINDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO

El SB no debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico (estresores). En el contexto de las organizaciones de salud son estresores, especialmente relevantes para el desarrollo del síndrome, las relaciones sociales de los profesionales de enfermería, la salud con los pacientes y sus familiares.

Gil-Monte, Peiró, y Valcárcel (1998) han señalado que esta respuesta aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales de la salud. Este fallo supone sensación de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales con los pacientes. En esta situación, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional. Ante esos sentimientos el individuo desarrolla actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento.

El síndrome es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-paciente, y por la relación profesional-organización (Caballero, Bermejo, Nieto y Caballero, 2001).

La evidencia empírica muestra que existe una estrecha relación entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones del SB; ya que el agotamiento emocional y la baja realización personal surgen cuando las estrategias de afrontamiento son inadecuadas, aumentando la despersonalización (Blanch, Aluja, y Biscarri, 2003) Así, el SB es un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas.

Desencadenantes del síndrome en los profesionales de la salud

Una taxonomía de esos estresores permite identificar cuatro niveles:

a) en el *nivel individual*, la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios, y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Consecuentemente, se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.

b) En el plano de las *relaciones interpersonales*, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.

c) Desde un *nivel organizacional*, los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones, y las respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta en estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.

d) Por último, en el *entorno social*, se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones tales como: la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en

los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio, etc. (Gil-Monte, et. al., 1998)

Factores asociados al burnout en enfermería

Solano, Hernández, Viscaya y Reig (2002) coinciden con la presencia de factores sociodemográficos como: género, edad, estado civil, vida en pareja, número de hijos, estudios, profesión, situación laboral, horario, centro de trabajo, antigüedad en el puesto, pacientes que se atienden al día, reconocimiento de los pacientes y días de ausencia en el trabajo durante el año. Caballero, Bermejo, Nieto y Caballero (2001) y Pera y Serra-Prat (2002) encontraron que los varones tienen mayor vulnerabilidad que las mujeres para desarrollar SB.

Por su parte Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Domínguez, (2004) y Solano, et. al., (2002) han demostrado relaciones con la insatisfacción laboral, depresión, consumo de alcohol, tabaquismo y uso de otro tipo de drogas.

Segarra y Garrido (2000) encontraron que un sujeto con bajo nivel de ansiedad, emocionalmente estable y relajado resiste más al síndrome de burnout, así como también características como la adaptabilidad y el ser reservados, confiados en sí mismos, flexibles y seguros llevan al sujeto a no desarrollar altos niveles de burnout.

Cabrera, López, Salinas, Ochoa, Marín y Haro (2004) solo exploraron la presencia del síndrome, así como características sociodemográficas de la población relacionadas al padecimiento, por lo que dichas investigaciones de índole descriptivo no arrojan datos concluyentes de la relación de variables psicológicas para un mejor manejo del síndrome dentro de las instituciones públicas.

CAPITULO 2

MODELOS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Modelos explicativos del síndrome de burnout

Gil-Monte (1999) clasifica los modelos elaborados desde consideraciones psicosociales para explicar el SB en tres grupos:

La teoría sociocognitiva del yo. Se caracterizan por otorgar a las variables del yo (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto, etc.) un papel central para explicar el desarrollo del síndrome. Uno de los modelos más representativos de este grupo es el modelo de competencia social de Harrison (1983).

Según Harrison la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un sentimiento elevado de altruismo. Esta motivación junto con la presencia de factores de ayuda o factores barrera van a determinar la eficacia del individuo en la consecución de sus objetivos laborales. Altos niveles de motivación junto con la presencia de factores de ayuda (objetivos laborales realistas, buena capacitación profesional, participación en la toma de decisiones, disponibilidad y disposición de recursos, etc.) aumentan la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social del individuo. Por el contrario, los factores barrera (ausencia de objetivos laborales realistas, disfunciones del rol, ausencia o escasez de recursos, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, etc.) dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y, con el tiempo, se origina el SB.

Las teorías del intercambio social consideran que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Por ejemplo,

para Buunk y Schaufeli (1993) el síndrome de quemarse por el trabajo tiene una doble etiología: los procesos de intercambio social con las personas a las que se atiende y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros de trabajo. En relación a los procesos de intercambio social, identifican tres fuentes de estrés relevantes: la incertidumbre (falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar), la percepción de equidad (equilibrio percibido entre lo que las personas dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones), y la falta de control (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 crucial en el desarrollo del síndrome la falta de apoyo social en el trabajo por miedo a las críticas o a ser tachado de incompetente. Los profesionales de la salud pueden rehuir el apoyo social porque puede suponer una amenaza para la autoestima. En el contexto de las organizaciones de salud también contribuye al desarrollo del síndrome de quemarse los procesos de afiliación social que originan situaciones de contagio del síndrome (profesionales que adoptan los síntomas del síndrome que perciben en sus compañeros). Además, la relación entre estas variables antecedentes y los sentimientos de quemarse por el trabajo está modulada por los sentimientos de autoestima, por los niveles de reactividad del individuo, y por la orientación en el intercambio.

Por último, en *la teoría organizacional* incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Por lo tanto esta respuesta aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales de la salud (Gil-Monte, 2005).

Instrumentos de medición del síndrome de burnout

Se han elaborado instrumentos con la finalidad de dar mayor claridad al diagnóstico y tratamiento del SB; y encontramos por ejemplo que la Staff Burnout

Scale (SBS) de Jones (1980) preparada para medir burnout sólo en profesiones relacionadas con la salud, está compuesta por 30 reactivos. La escala ofrece una puntuación general de burnout que permite una graduación según la frecuencia que el sujeto indica en sus respuestas a los reactivos. Presenta una estructura factorial de cuatro componentes:

- 1) Insatisfacción con el Trabajo**
- 2) Tensión psicológica e interpersonal**
- 3) Enfermedad y tensión**
- 4) Nulas relaciones profesionales**

Además presenta preguntas de valoración de sinceridad en las respuestas. Esta escala tiene el siguiente rango de respuesta: Totalmente de acuerdo, Bastante de acuerdo, Algo de acuerdo, Algo en desacuerdo, Bastante en desacuerdo y Totalmente en desacuerdo.

Preciado, Pando y Vázquez (2004) diseñaron una escala para medir este síndrome a partir de la “Staff Burnout Scale for Health Professionals”; pero para mujeres mexicanas trabajadoras en la costura industrial. El instrumento final estuvo compuesto por 19 reactivos con un rango de respuesta de Siempre, Casi siempre, A veces, Casi nunca y Nunca. Encontrando una validez de 0.70 y confiabilidad alfa de superior a 0.62. El análisis factorial arrojó cuatro factores algunos diferentes a la escala original:

- 1) Insatisfacción laboral**
- 2) Relación con compañeros**
- 3) Tensión física**
- 4) Afrontamiento emocional**

El Burnout Measure (BM) de Pines, Aronson y Kafry (1981) originalmente fue diseñado como instrumento de medida del tedio (Tedium Measure), con lo que la escala sirve, sin distinción, para evaluar tanto a profesionales que brindan servicios como a los que no lo brindan.

El BM es una escala también tipo Likert de 21 reactivos que mide las tres dimensiones del burnout que los autores conceptualizaron:

Agotamiento físico, caracterizado por fatiga, agotamiento físico, sensación de destrucción y abatimiento.

Agotamiento emocional, compuesto por sensación de depresión, agotamiento emocional y burnout.

Agotamiento mental, formado por sensaciones de infelicidad, inutilidad y rechazo, falta de ilusión y resentimiento hacia las personas (Alarcón, Vaz y Guisado, 2002).

La Emener -Luck Burnout Scale construida al inicio con tres objetivos principales: 1. conseguir una escala que ayudase a la investigación teórica que se estaba realizando acerca del burnout, 2. proporcionar un estímulo de discusión y evaluación del síndrome individual y grupal, y 3. que sirviera para ayudar a los profesionales a prevenir y afrontar este fenómeno, enmarcado dentro de un programa amplio de entrenamiento y asesoramiento a éstos.

De 100 reactivos iniciales se obtuvieron 30 finales que se aplicaron a 251 profesores, mediante una escala tipo likert (desde nunca a siempre), presentando validez y una fiabilidad de 0.877 (Alarcón, et. al., 2002).

La Matthews Burnout Scale for Employees es un autoinforme que mide burnout como constructo unidimensional. La escala proporciona una puntuación que permite discriminar entre la presencia o ausencia de burnout, introduce en su autoinforme cuatro aspectos relacionados con el trabajo (actitudes acerca del trabajo, ajuste de rol, locus de control y habilidades de afrontamiento) y otras dos más relacionadas con variables internas del individuo (ajuste personal y temperamento). Estas características permiten conocer qué variables están determinando la existencia de burnout. Es un instrumento poco utilizado, si bien sus 50 reactivos han mostrado un índice de fiabilidad de 0.93. El MBSE correlaciona positivamente con las tres dimensiones del MBI, a pesar de que el primero no presenta subescalas, y su influencia posterior en trabajos de investigación ha sido escasa (Ortega y López, 2004).

La escala de Efectos Psíquicos de Burnout (EPB) (García, 1990) es una escala tipo Likert que ha mostrado una consistencia interna muy adecuada, con índices

de fiabilidad superiores a 0.90 y la validez de criterio, según los autores, es adecuada.

Este instrumento sólo mide agotamiento emocional ya que los autores parten del planteamiento de que esta dimensión es el núcleo principal explicativo del burnout, Quizás, lo más destacable de la EPB es que constituye el primer instrumento para medir burnout que se realiza en España, cabe mencionar que solo ha sido utilizada por sus autores.

Cabrera, et. al. (2004) estudiaron el síndrome en personal de enfermería de un hospital de León, Guanajuato en México utilizando el cuestionario propuesto por Cyberia Shink que consta de 35 reactivos el cual mostró un alfa de Cronbach de 0.74, considerado aceptable para las autoras. Los factores que mide son:

- 1) Agotamiento emocional**
- 2) Pérdida del interés en el trabajo**
- 3) El proceso de despersonalización**
- 4) Cansancio general.**

Cabe mencionar que las autoras de este estudio no mencionan la procedencia de este cuestionario, así como rango de respuesta.

Es importante decir que algunos de los instrumentos anteriormente mencionados no son más que ejemplos; ya que la investigación en este sentido ha sido muy extensa; sin embargo la mayoría de estos basan sus estudios psicométricos en el instrumento más utilizado desde la conceptualización del síndrome, este instrumento es el ya conocido Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981), el cual ha sido utilizado para describir la presencia del síndrome en diversos escenarios laborales, traducido y adaptado en diversos idiomas, probado sus propiedades psicométricas en diferentes muestras culturales y laborales. En la última edición las autoras presentan tres versiones:

- a) El MBI-Human Services Survey dirigido a profesionales de la salud. Consta de 22 reactivos que se distribuyen en tres escalas: agotamiento emocional, despersonalización y realización profesional. El rango de respuesta va desde Nunca, Algunas veces al año, Algunas veces al mes, algunas veces a la semana y Diariamente. Este instrumento es la versión clásica del MBI.

- b) El MBI-Educators Survey dirigido a profesionales de la educación. En esta versión no se efectuaron cambios en las escalas solo se cambio la palabra paciente por alumno.
- c) El MBI General Survey, esta versión es más corta que las anteriores, consta de 16 reactivos y tiene un rango de aplicación más genérico, utilizado en profesionales cuyo objeto de trabajo no son personas.

En cuanto a sus propiedades psicométricas encontramos que en la validación factorial al español por Gil- Monte (2002) en una muestra de policías de una ciudad de España muestra un alfa de Cronbach de 0.85 para la escala de eficacia profesional, $\alpha=0.83$ para Agotamiento y $\alpha=0.74$ para Cinismo, por lo que el autor la considera válido y fiable en la versión adaptada al castellano.

En población mexicana un estudio de la Univesidad de Montemorelos (2000) reporta un alfa de Cronbach de 0.80 para la cansancio emocional, 0.57 para despersonalización y 0.72 para logro personal, por lo que los autores concluyen que el instrumento es consistente en el factor de agotamiento emocional y logro personal no así para despersonalización cuyos elementos tienden a mezclarse con el agotamiento emocional y/o logro personal. Aunque también destacan el débil y confuso papel de algunos de los elementos que componen la versión en español para la muestra mexicana.

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Las condiciones de trabajo del personal de enfermería tienen una influencia significativa sobre su calidad de vida laboral y la calidad del servicio que ofrecen. El estrés laboral y el SB ocupan un lugar destacado, pues son una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo, y fuente de accidentes y ausentismo. Por lo que exige que el individuo emplee estrategias de afrontamiento adecuadas para gestionar las situaciones de estrés laboral, de lo contrario las respuestas desarrolladas son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional, dando como resultado estrés laboral de forma que, si permanece por largo tiempo, tendrá consecuencias nocivas para el bienestar del trabajador (Blanch, et. al., 2003).

La mayoría de los instrumentos contruidos para medir el SB han sido de origen anglosajón y están enfocados solo a la investigación, algunos de ellos no han sido utilizados después de su publicación o en el mejor de los casos sólo se utilizan en muestras culturalmente similares.

En nuestro país, de los instrumentos de evaluación psicométrica y de diagnóstico del SB, encontramos que el más utilizado ha sido el MBI (Maslach Inventory Burnout). Sin embargo los criterios de puntos de corte que deberían diferenciar entre individuos que han desarrollado la patología y aquellos que no, han sido asignados arbitrariamente sin utilizar muestras normativas. Además algunos expertos reportan que algunos reactivos presentan problemas factoriales y de consistencia interna (Gil-Monte, 2005, Alarcón, et. al., 2002; Ortega, et. al., 2004).

Por otro lado muchas escalas de medición psicológicas suelen aplicarse de manera indiscriminada en instituciones de salud pública, ambientes laborales y otros ámbitos a pesar de que no cuentan con estudios de adaptación y estandarización. En general, puede decirse que existe gran irresponsabilidad y falta de ética en cuanto al uso de las escalas de medición psicológicas e inconciencia respecto a la importancia de contar con instrumentos cuya objetividad, sensibilidad, validez y confiabilidad hayan sido probadas.

El CESQT es un instrumento construido a partir de una muestra hispana que no ha sido utilizado en nuestro país; exploraremos sus cualidades psicométricas en población mexicana. Además también predice significativamente algunas consecuencias del SB, como los problemas de salud, la baja satisfacción personal y el ausentismo (Gil-Monte, 2005).

OBJETIVOS

Objetivo general

Estandarizar el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) para su correcto uso y aplicación a Enfermeras de la Ciudad de México. De forma que se pretende aportar un instrumento útil para su diagnóstico y posterior intervención.

Objetivos específicos

- Adaptar el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT).
- Explorar las características psicométricas de dicho Cuestionario.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- ¿Es el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo un instrumento válido y confiable para la evaluación del SB?

HIPÓTESIS

- El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo es un instrumento válido y confiable para la evaluación del SB.
- La hipótesis nula es, naturalmente, contraria a la aquí planteada.

VARIABLES

Variables independientes: Edad, sexo, estado civil y grado de escolaridad.

Estas variables son características de los sujetos, por tanto se consideran variables *atributivas* no manipulables. Sexo y estado civil son variables *categorías* dado que son nominales que permiten definir subconjuntos (Kerlinger y Lee, 2002). En este caso, aunque se trata de un estudio no experimental, estas variables han sido llamadas independientes, pues se considera que en cierto modo determinan (o se correlacionan) con los puntajes que arroja el CESQT. Por la naturaleza explícita de estas variables, se prescindirá aquí de su definición conceptual y operacional.

Variables dependientes:

Síndrome de Burnout

Definición conceptual: El individuo no percibe su trabajo atractivo y alcanzar las metas profesionales es fuente de baja realización personal, que aparece con agotamiento emocional y físico, y actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización además de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo (Gil- Monte, 2005)

Definición operacional: *Síndrome de Burnout*. Será cuantificado mediante las respuestas que den los participantes al Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo (CESQT) (Gil-Monte, 2005)

Confiabilidad

Definición conceptual: Se refiere al grado de exactitud y precisión, a que su aplicación repetida al mismo sujeto produzca resultados semejantes bajo condiciones similares y grado en que evita errores de medición (Kerlinger y Lee, 2002).

Definición operacional: Coeficiente alfa de Cronbach mayor de 0.85 (Este coeficiente señala el grado de homogeneidad de la estructura interna)

Validez

Definición conceptual: Se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir y a la exactitud con que pueden hacerse medidas significativas y adecuadas (Kerlinger y Lee; 2002).

Definición operacional: *Poder discriminativo de los reactivos.* Los reactivos deben ser contestados de manera distinta por quienes obtienen puntajes bajos y altos, es decir, obtener valores t significativos al comparar las medias de dichos grupos.

Validez de constructo: Congruencia de la estructura factorial del cuestionario con las categorías planteadas por Gil-Monte (Ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa).

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio exploratorio de campo de validez psicométrica (Kerlinger y Lee, 2002)

MUESTREO

La técnica de muestreo utilizada fue no probabilística accidental por cuota. (Kerlinger y Lee, 2002)

DISEÑO

Se trata de un diseño de una sola muestra (Pick y López, 1998)

PARTICIPANTES

La muestra se tomo de una población de aproximadamente 300 enfermeras.

Los criterios para la selección de los participantes fueron:

- Tener más de 18 años
- Saber leer y escribir
- Vivir en la ciudad de México
- Que se encuentren laborando en el servicio de Enfermería del Sector tanto público como privado.
- Acceder a contestar el cuestionario

INSTRUMENTO

El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo (CESQT) está formado por 21 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. Mediante esta escala el individuo indica, con un rango de 5 adverbios: Nunca (0), Casi nunca; algunas veces al año (1), A veces; algunas veces la mes (2), Frecuentemente; algunas veces por semana (3) y Muy frecuentemente; todos los días (4). Los ítems fueron seleccionados tras la realización de análisis de contenido y de análisis psicométrico. Dando como resultado cuatro dimensiones:

- 1) Ilusión por el trabajo formada por 6 ítems. Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal, bajas puntuaciones en esta escala indican altos niveles de SB.
- 2) Desgaste Psíquico: formada por 4 ítems. Se define como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas.
- 3) Indolencia: formada por 6 ítems. Se define como la presencia de actitudes negativas de indiferencia y de cinismo hacia los receptores del servicio
- 4) Culpa: formada por 5 ítems: Se define como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo (Gil-Monte, 2005).

Ejemplos de reactivos del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, versión profesionales de la salud (CESQT-PS), y escala de evaluación

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente: Algunas veces al año	A veces: Algunas veces al mes	Frecuentemente: Algunas veces por semana	Muy frecuentemente: Todos los días
Ilusión por el trabajo				
<ul style="list-style-type: none"> - Mi trabajo me supone un reto estimulante - Veo mi trabajo como una fuente de realización personal 				
Desgaste Psíquico				
<ul style="list-style-type: none"> - Me siento agobiado(a) por el trabajo - Me siento cansado(a) emocionalmente en el trabajo 				
Indolencia				
<ul style="list-style-type: none"> - No me apetece atender a algunos pacientes - Etiqueto o clasifico a los pacientes según su comportamiento - No me apetece hacer ciertas cosas de mi trabajo 				
Culpa				
<ul style="list-style-type: none"> - Me siento culpable por alguna de mis actitudes - Tengo remordimientos por alguno de mis comportamientos en el trabajo. - Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo. 				

* Cuadro 5.1 tomado de Gil-Monte, 2005; pág. 142

En estudios previos todas las escalas han alcanzado valores de consistencia interna alfa de Cronbach superiores a 0.70 en todos los estudios realizados por su autor (Gil-Monte, 2005) y mostró valores superiores a 0.90 como índice global de ajuste del modelo en los estudios de análisis factorial confirmatorio.

Los valores de validez concurrente también han sido adecuados al considerar las escalas del MBI. Las correlaciones entre la escala de Ilusión por el trabajo (CESQT) y Realización personal (MBI) presentan valores de $r > 0.50$, la correlación entre Desgaste psíquico (CESQT) y Agotamiento emocional (MBI) valores de $r > 0.85$ y la correlación entre Indolencia (CESQT) y Despersonalización (MBI) valores de $r > 0.49$.

Las puntuaciones altas en las escalas de Desgaste psíquico e Indolencia indican altos niveles de SB, puntuaciones bajas en Ilusión por el trabajo corresponden a

altos niveles de SB. La escala de Culpa no debe incluirse en el cálculo de la puntuación final; ya que permite la realización del diagnóstico diferencial.

Se ha incluido aquí un reactivo representativo de cada dimensión. EL cuestionario es autoadministrable individual o colectivo con una duración aprox. de 10 minutos. Con la intención de no atentar en contra de los derechos del autor y favorecer el uso responsable de los instrumentos de evaluación psicológica, no se incluye en este trabajo la versión completa, ésta debe solicitarse al autor (Gil-Monte, 2005).

PROCEDIMIENTO

Primero se obtuvieron los derechos de autor del instrumento para su utilización, para la aplicación final se pidió autorización a la Subdirección de Enfermería del INNN, centros y clínicas de salud de atención pública del Distrito Federal e ISSSTE para repartir el cuestionario entre su personal, se explicaron los objetivos del estudio y en qué consiste y se garantizó la confidencialidad, el anonimato de sus respuestas y que los datos se usaron con fines de investigación. Todos firmaron un consentimiento informado. La información se obtuvo mediante la aplicación individual; ya que el instrumento es auto-administrable. Posteriormente se calificaron los cuestionarios y codificaron en una base de datos y se analizaron estadísticamente.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de datos se llevó a cabo con la ayuda del paquete estadístico SPSS para Windows, versión 13.0. Se utilizó estadística descriptiva para cada variable, prueba-t para analizar los reactivos. Para determinar la confiabilidad se utilizó el coeficiente de alfa de Cronbach y consistencia interna de cada dimensión encontrada, y la validez por medio del análisis factorial de componentes principales con rotación varimax.

RESULTADOS

Descripción del grupo

Se utilizó la técnica de muestreo no probabilística accidental por cuota. La muestra estuvo conformada por el personal de enfermería que aceptó participar en el estudio, con las siguientes características:

Tabla 1. Descripción de la muestra (n = 159)

Sexo	Mujeres	152 (95.6%)
	Hombres	7 (4.4%)
Edad	X= 37.9 años DS= 9.5 años (18-65)	
Escolaridad	X= 15.2 años DS= 15.2 años (9-22)	
Estado civil	Casado/Unión libre	92 (59.7%)
	Soltera	35 (22.7%)
	Divorciado	19 (12.3%)
	Viudo	8 (5.2%)
Puesto	Enfermera general	88 (55.3%)
	Enfermera especializada	11 (6.9%)
	Jefe de servicio	21 (13.2%)
	Auxiliar	28 (17.6%)
	Estudiante	6 (3.8%)
Tiempo en el puesto	X= 8.5 años DS= 8.4 años	
Institución	ISSSTE	88 (55.3%)
	INNN	38 (23.9%)
	Clínicas de Salud del DF.	14 (8.8%)
	Hospital General	13 (8.2%)
	Privado	2 (1.3%)

Tabla 2. Análisis de frecuencias.

Factor 1 (Ilusión por el trabajo)	Nunca n (%)	Casi nunca n (%)	A veces n (%)	Frecuentemente n (%)	Muy frecuentemente n (%)
REACTIVO 1	81 (50.9)	32 (20.1)	16 (10.1)	6(3.8)	24 (15.1)
REACTIVO 5	113 (71.1)	15 (9.4)	16 (10.1)	6(3.8)	9(5.7)
REACTIVO 9	104 (65.4)	27 (17.0)	15 (9.4)	2 (1.3)	11 (6.9)
REACTIVO 14	7 (4.4)	1 (0.6)	5 (3.1)	22 (13.8)	124 (78.0)
REACTIVO 15	4 (2.5)	3 (1.9)	13 (8.2)	25 (15.7)	114 (71.7)
REACTIVO 20	85 (53.5)	35 (22.0)	19 (11.9)	8 (5.0)	12 (7.5)
Factor 2 (Desgaste psíquico)					
REACTIVO 8	36 (22.6)	41 (25.8)	48 (30.2)	25 (15.7)	9(5.7)
REACTIVO 11	58 (36.5)	48 (30.2)	34 (21.4)	16 (10.1)	3 (1.9)
REACTIVO 17	35 (22.0)	56 (35.2)	45 (28.3)	14 (8.8)	14 (5.7)
REACTIVO 18	47 (29.6)	56(35.2)	40 (25.2)	9 (5.7)	7 (4.4)
Factor 3 (Indolencia)					
REACTIVO 2	73 (45.9)	59 (73.1)	16 (10.1)	4 (2.5)	7 (4.4)
REACTIVO 3	74 (46.5)	62 (39.0)	14 (8.8)	5 (3.1)	4 (2.5)
REACTIVO 6	70 (44)	26 (16.4)	15 (9.4)	19 (11.9)	29 (18.2)
REACTIVO 7	94 (59.1)	49 (30.8)	8 (5.0)	4 (2.5)	4 (2.5)
REACTIVO 10	6 (3.8)	7 (4.4)	5 (3.1)	23 (14.5)	118 (74.2)
REACTIVO 13	98 (61.6)	35 (22.0)	10 (6.3)	5 (3.1)	11 (6.9)
Factor 4 (Culpa)					
REACTIVO 4	67 (42.1)	46 (28.9)	25 (15.7)	13 (8.2)	8 (5.0)
REACTIVO 12	89 (56.0)	52 (32.7)	13 (8.2)	2 (1.3)	3 (1.9)
REACTIVO 16	63 (39.6)	65 (40.9)	16 (10.1)	6 (3.8)	9 (5.9)
REACTIVO 20	108 (67.9)	34 (21.4)	11 (6.9)	5 (3.1)	1 (0.6)
REACTIVO 21	58 (36.5)	51 (32.1)	27 (17.0)	17 (10.7)	6 (3.8)

Análisis de reactivos confirmatorio

Se obtuvieron valores t significativos al 0.001 para todos los reactivos lo que supone que los reactivos tienen adecuada capacidad de discriminar entre quienes obtuvieron puntajes bajos y altos en las cuatro subescalas.

Confiabilidad del inventario

Para conocer la confiabilidad del instrumento se utilizó el método de Alfa de Cronbach (Este coeficiente señala el grado de homogeneidad de la estructura interna).

La subescala de Ilusión por el trabajo formada por 6 ítems obtuvo un grado de homogeneidad de la estructura interna de 0.798, para Desgaste Psíquico: formada por 4 ítems .690, Indolencia: formada por 6 ítems .595 y para la escala de Culpa: formada por 5 ítems .718.

Para el instrumento completo un alpha de .654 por lo que puede considerarse que el cuestionario es medianamente confiable. Sin embargo no alcanzó el alfa de 0.85

Relación entre las escalas

Se obtuvieron coeficientes de correlación de Pearson entre los puntajes de todas las subescalas.

Tabla 3. Correlaciones de Pearson

	Media ± ds	Ilusion por el trabajo	Desgaste psiquico	Indolencia	culpa
Ilusion por el trabajo	13.5 ± 2.9	1 159			
Desgaste psiquico	5.3±3.2	.031 .700 159	1 159		
Indolencia	4.8±3.8	-.228(**) .004 159	.140 .079 159	1 159	
Culpa	4.2±3.4	-.086 .283 159	.262(**) .001 159	.503(**) .000 159	1 159

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Análisis Factorial

Para el análisis factorial se utilizó el método de factores principales y rotación varimax para cada una de las subescalas.

Se obtuvieron 4 factores con valores eigen mayores a 1 que explican el 54% de la varianza.

Tabla 4. Cargas factoriales por factor.

Factor	Varianza explicada (valores eigen)	Proporción de varianza total	Proporción de varianza acumulada
1	3.187	18.746	18.746
2	2.393	14.078	32.824
3	2.134	12.550	45.375
4	1.520	8.944	54.319

En el siguiente cuadro se presentan las cargas factoriales de cada reactivo y la manera en que se agruparon en los 4 factores. Para dicho análisis se excluyeron los reactivos 7, 9, 10 y 14; ya que presentan poca carga factorial y se mezclan entre los demás factores. Lo que supondría que la escala funciona mejor sin estos reactivos.

Tabla 5. Matriz de componentes rotados

Matriz de componentes rotados^a

	Componente			
	IT	Culpa	DP	Ind
r5 Veo mi trabajo como una fuente de realización personal	.757	-.184	.103	.034
r14 Siento que me gusta mi trabajo	.740	-.287	-.001	-.116
r15 Mi trabajo me resulta gratificante	.703	-.104	-.154	-.187
r1 Mi trabajo me pone un reto estimulante	.701	.053	.078	-.154
r19 Me siento ilusionado/a por mi trabajo	.659	-.002	-.129	.284
r4 Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo	.154	.794	-.001	.024
r16 Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento	-.188	.688	.019	.114
r20 Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo	-.246	.605	.149	.048
r12 Tengo remordimientos por algunos de mis pensamiento relacionados con mi trabajo	-.480	.556	.037	.201
r21 Me siento culpable cuando no realizo mis tareas en el trabajo	-.076	.539	.247	.166
r18 Me siento desgastado/a emocionalmente	.001	.109	.763	.043
r17 Me siento cansado/a físicamente en el trabajo	.044	-.072	.735	.110
r8 Pienso que estoy saturado/a por el trabajo	.069	.226	.704	-.037
r11 Me siento agobio/a por el trabajo	-.410	.105	.601	.009
r3 Creo que muchos pacientes son insoportables	-.138	-.024	.057	.784
r2 No me agrada atender a algunos pacientes	-.259	.296	-.047	.602
r6 Creo que los familiares son como unos pacientes	.131	.158	.093	.538

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

IT. Ilusion por el trabajo; DP. Desgaste psiquico; Ind. Indolencia

Tabla 6. Normas e interpretación de los puntajes

Normas de calificación del cuestionario de burnout			
Puntaje Total	Frecuencia	Porcentaje	Rango
Burnout Bajo	63	40	4-25
Burnout Medio	43	27	26-30
Burnout Alto	53	33	31-48

Normas de calificación por factores del cuestionario de burnout			
	Frecuencia	Porcentaje	Rango
Ilusion por el trabajo			
Burnout Bajo	62	39	2-13
Burnout Medio	44	28	14-15
Burnout Alto	53	33	16-18
Culpa			
Burnout Bajo	61	28	0-2
Burnout Medio	63	40	3-6
Burnout Alto	35	22	7-19
Desgaste psiquico			
Burnout Bajo	72	45	0-4
Burnout Medio	36	23	5-6
Burnout Alto	51	32	7-15
Indolencia			
Burnout Bajo	76	48	0-3
Burnout Medio	34	21	4-6
Burnout Alto	49	31	7-18

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente estudio encontramos que de las 159 enfermeras estudiadas el 40% presenta Burnout bajo, el 27% Burnout Medio y el 33% Burnout alto, según el CESQT. Lo que nos indica que solo el 40% esta afrontando el SB de tal manera que no le esta afectando, y que solo el 33% ya tiene el SB en un nivel elevado, aunque esta cifra puede llegar a aumentar al 60%, si al 27% que tiene Burnout Medio no se le brindan las herramientas psicológicas para el manejo adecuado del Síndrome de Burnout (tabla 6)

La mayoría de los estudios psicométricos acerca del SB han sido enfocados hacia el Maslach Burnout Inventory (1981), el instrumento más utilizado desde la conceptualización del síndrome. El MBI ha sido de utilidad para describir la presencia del síndrome en diversos escenarios laborales, traducido y adaptado en diversos idiomas, probado sus propiedades psicométricas en diferentes muestras culturales y laborales.

Un estudio de la Universidad de Montemorelos (2000) concluye que el MBI es consistente y confiable, así como Martínez-López y López Solache (2005) con un alfa de Cronbach de .85, en una muestra de 622 enfermeras y enfermeros mexicanos.

Por su parte Ramírez, y Rangel (2005) aplicaron a 200 sujetos, de los cuales 50 eran enfermeras, el MBI, arrojando un alfa de Cronbach de .75 y concluyendo que es un instrumento confiable para trabajar con población mexicana.

Aunque el hallazgo psicométrico de la confiabilidad del MBI en población mexicana nos haga pensar que es un instrumento definitivo para el diagnóstico del SB, se requiere de instrumentos que desde su origen nos puedan brindar mejores resultados en poblaciones de habla hispana.

Un ejemplo claro es el CESQT, creado en población hispano parlante, aunque aún no adaptado. Las primeras investigaciones de su autor (Gil- Monte, 2005) concluyen una confiabilidad de .70 (alfa de Cronbach). Siendo el presente estudio el primer acercamiento hacia la adaptación y uso de dicho instrumento en población mexicana.

En el presente estudio logramos concluir que el CESQT es un instrumento con estructura interna homogénea y medianamente consistente. Arrojando un alfa de Cronbach de .65; sin embargo se considera bajo según Gil-Monte (2005) y la calificación óptima para medir el grado de confiabilidad es de 0.85. Lo que indica que las calificaciones de los reactivos se relacionan de manera recíproca, independientemente de su contenido lo que supone que los reactivos miden una variable en común: síndrome de quemarse por el trabajo. Por lo que se abre la posibilidad de relacionar los puntajes del instrumento con otras variables con un grado adecuado de confianza.

Analizando cada una de las subescalas logramos determinar que efectivamente los datos se reagrupan según las subescalas que Gil-Monte (2005) propone, y que según el autor estas alcanzaron alfas superiores a .70 para todas y cada una de las escalas (tabla 5):

- 0) Ilusión por el trabajo: Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal, bajas puntuaciones en esta escala indican altos niveles de SB. Obtuvimos un alfa de Cronbach de .798
- 1) Desgaste Psíquico: Se define como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas. obtuvimos un alfa de .69
- 2) Indolencia: formada por 6 ítems. Se define como la presencia de actitudes negativas de indiferencia y de cinismo hacia los receptores del servicio. Obtuvimos un alfa de .71

Para futuras investigaciones y dando seguimiento a la adaptación del CESQT en población mexicana, se propone ampliar la muestra y estratificarla por puesto, antigüedad, sexo, etc. (Solano, et. al., 2002) y llevar a cabo comparaciones entre MBI y CESQT en la misma población, con la finalidad de Normalizar los datos para hacer un diagnóstico efectivo y de acuerdo a población mexicana. Lo que también nos ayudaría a obtener una mayor confiabilidad y lograr el 0.85 de alfa de Cronbach.

Aunque también se propone determinar la confiabilidad test- re test; lo que daría mayor importancia a los resultados del CESQT frente a otras escalas como el MBI, en el cual tampoco se reporta coeficiente de confiabilidad test- re test.

Por otro lado también se podrían llevar a cabo investigaciones correlacionando otras variables como depresión, afrontamiento, rasgos de personalidad, locus de control, etc. Ya que en la literatura internacional nos documenta una estrecha relación para el desarrollo del SB Caballero, Bermejo, Nieto y Caballero (2001); Pera y Serra-Prat (2002);

Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Domínguez, (2004) han encontrado correlaciones entre el SB e insatisfacción laboral, depresión, consumo de alcohol, tabaquismo y uso de drogas. Segarra y Garrido (2000) relación entre la baja ansiedad, personalidad emocionalmente estable y relajado; pueden resistir más el SB.

REFERENCIAS

Alarcón, J., Vaz, F. J. y Guisado, J. A., (2002) Análisis del síndrome de burnout: Psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (II). Rev Psiquiatría Fac Med Barna, 29(1), 8-17.

Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., y Domínguez, V. (2004) Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Revista Española de Salud Pública, 78, 505-516

Blanch, P. A., Aluja, F. A. y Biscarri, G. J., (2003) Burnout syndrome and coping strategies a structural relations model. Psychology in Spain, 7, 46-55.

Buunk, B. P. y Shaufeli, W. B. (1993) Burnout: A perspective from social comparison theory. En W. B. Shaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and reserch* (pp. 53-69). London: Taylor & Francis.

Caballero, M., Bermejo, F., Nieto, G., y Caballero M., (2001) Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. Atención Primaria, 27, 314-1317.

Cabrera, G., López R. P., Salinas T. S., Ochoa, T. J., Marín, C. I. & Haro, G. L., (2004). Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff. Rev Med IMSS, 43(1), 11-15.

García, M. (1990) Burnout Profesional en organizaciones. Boletín de Psicología, 29, 7-27.

Gil-Monte, P. R. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. España.: Ediciones Pirámide.

Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. Revista Electronica InterAcao Psy., 1, 19-33.

Gil-Monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. Salud Pública de México, 44(1) 33-40.

Gil-Monte, P. R. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de Psicología, 15(2), 261-268.

Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M y Valcárcel, P. (1998) A model of burnout process development: An alternative from appraisal model of stress. Comportamento Organizacional e Gestao, 2, 211-220.

Harrison, W. D., (1983). A social competence model of burnout. En B. A. Farber (ed) *Stress and burnout in the human services professions (1985) 20 ed., pp. 29-39*. New York: Pergamon Press.

Jones, J. W. (1980) *The Staff Burnout Scale for Health Professionals*. Park Ridger: London House;

Kerlinger, N. F. y Lee, H. B., (2002) *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales*. (4ª. ed.) México.: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. y Folkman, S., (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Ed. Springer.

Martínez, L.C. y López, S. G. (2005) Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. Edigraphic.com. 7(1)

Maslach, C. y Jackson, S. E., (1981). The Measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior, 2, 99-113.

Ortega C. R. y López, F. R., (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. International Journal of Clinical and Health Psychology, 4(1), 137-160

Pera, G. y Serra-Prat, M. (2002) Prevalencia del Síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gaceta Sanitaria, 16(6), 480-486.

Pick, S. y López, A. L., (1998). *Cómo investigar en Ciencias Sociales*. México: Ed. Trillas.

Pines, A. M., Aronson, E. y Kafry, D. (1981) Burnout: From Tedium to the personal growth. Nueva York: Free Press.

Preciado, S. M., Pando, M. M. & Vázquez, G. M., (2004). Agotamiento emocional: escala Burnout adaptada para mujeres trabajadoras en la costura industrial. Investigación en Salud, 6(2).

Ramírez, T. J. y Rangel, L. A. (2005) Confiabilidad del Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores mexicanos pertenecientes al Distrito Federal. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

Segarra C. D. L. y Garrido S. J. (2000) La supervisión de enfermería y el burnout: un estudio sobre factores laborales y psicológicos. Gestión Hospitalaria, 11(4), 165-169.

Solano, R., Hernández, V., Viscaya, M. y Reig, F. (2002) Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. Enfermería Intensiva. 13(1), 9-16.

Universidad de Montemorelos, España, Centro de Investigación Educativa. (2000, Enero-Mayo). Estudio de la validez factorial de Maslach Burnout Inventory versión Española en una población de profesionales mexicanos. Recuperado el 17 de Enero de 2006, del sitio Web Monografías de estudiantes e investigadores adventistas: <http://www.tagnet.org/autores/monografias/mono.htm>.