



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**ESTUDIO PRELIMINAR PARA LA CONSTRUCCIÓN  
DE LA ESCALA MEXICANA DE DESGASTE  
OCUPACIONAL (EMEDO)<sup>1</sup>**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A :  
**Jessica Brenda Leos Cervantes**

**DIRECTOR: Dr. Jesús Felipe Uribe Prado**



**México, D. F. 2006**

<sup>1</sup> 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, a la DGAPA y al Dr. Jesús Felipe Uribe Prado, por haberme brindado su apoyo, confianza y seguridad para culminar la carrera en el tiempo establecido.

A mis Padres y Hermanos:

Por haber estado conmigo en todo momento cuando los necesite y en el proceso de mi formación profesional.

A Jorge Alberto, Sandra García y Amigos:

Por haberme ayudado en cuanto estuvo a su alcance, ya que sin Ustedes no hubiera podido cerrar el ciclo de la licenciatura.

La presente tesis esta dedicada con mucho cariño y afecto a todos Ustedes y mil gracias por todo el tiempo y las atenciones que me dedicaron.

*Jessica Brenda Leos Cervantes*

Agradezco a la Honorable Universidad Nacional Autónoma de México, a la DGAPA y al Dr. Jesús Felipe Uribe Prado, por haberme brindado su apoyo, confianza y seguridad para culminar la carrera en el tiempo establecido.

A mis Padres y Hermanos:

Por haber estado conmigo en todo momento cuando los necesite y en el proceso de mi formación profesional.

A Jorge Alberto, Sandra García y Amigos:

Por haberme ayudado en cuanto estuvo a su alcance, ya que sin Ustedes no hubiera podido cerrar el ciclo de la licenciatura.

La presente tesis esta dedicada con mucho cariño y afecto a todos Ustedes y mil gracias por todo el tiempo y las atenciones que me dedicaron.

*Jessica Brenda Leos Cervantes*

# INDICE

	<b>Página</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I</b> <b>SALUD Y PSICOLOGÍA</b>	<b>3</b>
1. Salud y Enfermedad	
1.1 Concepción de Salud y Enfermedad	
1.2 Salud en América Latina	
2. Delimitación de las Áreas de la Psicología en Salud	
2.1 Psicología Médica	
2.2 Medicina Psicosomática	
2.3 Medicina Conductual	
2.4 Psicología Clínica	
2.5 Psicología Comunitaria	
3. Surgimiento de la Psicología de la Salud	
3.1 Definición de la Psicología de la Salud	
3.2 Áreas de Aplicación de la Psicología de la Salud	
3.3 Psicología de la Salud en América Latina	
4. Salud Ocupacional y Psicología	
4.1 Psicología de la Salud Ocupacional	
<b>CAPITULO II</b> <b>SINDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT)</b>	<b>27</b>
1. Historia del Síndrome de Burnout	
1.1 Burnout, Estrés o Depresión	
2. Definición del Síndrome de Burnout o Desgaste Ocupacional	
2.1 Definición más aceptada para el Burnout	
2.1.1 Modelo de Leiter y Maslach	
2.1.2 Modelo de Golembiewski	
3. Formas de Medir el Síndrome de Burnout	
4. Desgaste Ocupacional y su Relación con Variables Demográficas	
<b>CAPITULO III</b> <b>PSICOMETRIA</b>	<b>44</b>
1. Desarrollo de la Psicometría	
1.1 Definición de Test	
1.2 Las Primeras Pruebas Psicológicas	
2. Características de las Pruebas Psicométricas	
2.1 Confiabilidad	
3. Métodos para obtener la Confiabilidad	
3.1 Confiabilidad Test-Retest	
3.2 Confiabilidad de Formas Alternas	
3.3 Confiabilidad de División por Mitades	
3.4 Confiabilidad de Kuder-Richardson	
3.5 Coeficiente alfa	

- 4. Variabilidad y el Coeficiente de Confiabilidad
- 5. Validez
  - 5.1 Validez de Contenido
  - 5.2 Validez Predictiva
  - 5.3 Validez Concurrente
  - 5.4 Validez Factorial
  - 5.5 Validez de Constructo
- 6. Construcción de Pruebas Psicométricas
  - 6.1 Construcción de Reactivos
    - 6.1.1 Pasos para la Construcción de Reactivos
    - 6.1.2 Pruebas de Ejecución Máxima
    - 6.1.3 Pruebas de Ejecución Típica
  - 6.2 Redacción de Reactivos
- 7. Análisis Factorial en la Construcción de Pruebas Psicométricas
  - 7.1 Características del Análisis Factorial Exploratorio
  - 7.2 Interpretación de los Factores

**CAPITULO IV  
MÉTODO**

**67**

- 1. Planteamiento y Justificación del Problema
  - 1.1 Objetivo General
    - 1.1.1 Objetivos Específicos
    - 1.1.2 Preguntas
- 2. Tipo de Estudio
- 3. Definición Conceptual de Variables
  - 3.1 Definición Operacional de Variables
- 4. Diseño
- 5. Muestra
- 6. Procedimiento

**CAPITULO V  
RESULTADOS**

**76**

**CONCLUSION Y DISCUSIONES**

**82**

**ANEXOS**

**REFERENCIAS**

## **RESUMEN**

El Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout), fue estudiado a principios de los setentas y actualmente ha sido retomado por diferentes autores. Es un constructo que ha sido entendido como un proceso tridimensional, compuesto por tres factores que son agotamiento, despersonalización y baja realización personal, también ha sido relacionado con aspectos psicosomáticos y apoyo social. En la actualidad la Organización Mundial de la Salud, lo retoma como un problema que debe ser atendido debido a que las personas comienzan con niveles excesivos y prolongados de estrés y culmina cuando los trabajadores ya no pueden dar más de sí mismos, desconectándose psicológicamente de sus empleos; el Burnout ha sido referido a profesionales que se dedican a prestar servicios como profesores, médicos, enfermeros, psicólogos, entre otros; por el contacto cotidiano que se tiene con los usuarios de sus servicios. La salud de los trabajadores debe considerarse en cualquier situación, ya que cuando ésta se ve afectada trae complicaciones tanto para la persona como para la organización; la psicología de la salud ocupacional tiene un camino amplio para retomar el fenómeno del Burnout y realizar investigación pertinente, ya sea en una primera instancia diagnosticando e interviniendo cuando sea necesario.

En la presente investigación el objetivo fue construir un instrumento que cuente con las características psicométricas necesarias, para que pueda ser aplicado en la población mexicana, ya que en la actualidad el instrumento más utilizado es el Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1982, 1986), dirigido a una población extranjera y no cuenta con la estandarización necesaria; a pesar de que algunos investigadores han realizado la estandarización de dicho instrumento en la población mexicana, suelen presentarse problemas en cuanto a que los instrumentos extranjeros pasan por alto cuestiones culturales, causando que el significado de las palabras no sea el deseado (Reyes –Lagunes, 1993); por lo cual se decidió elaborar la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional, que ha sido elaborada pensando en los mexicanos.

La Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), en su primera versión de tipo exploratorio, fue aplicada a un total de 510 sujetos provenientes de un muestreo no probabilístico accidental de la Ciudad de México y área metropolitana, siguiendo a Martínez (1995), se tomaron cinco sujetos considerando los factores de agotamiento, despersonalización, baja realización personal y apoyo social (Ver Tabla 5), para que se sometiera al análisis factorial exploratorio, con lo que se obtuvo que la EMEDO, tuvo un total de 181 reactivos, los cuales estaban distribuidos entre los factores de agotamiento, despersonalización, baja realización personal, psicossomático y apoyo social, además de datos sociodemográficos; tuvo una confiabilidad de 91% que es aceptable; a pesar de que el factor de apoyo social tuvo una consistencia interna baja con un Alfa de Cronbach de .3135 (Tabla 7).

Para obtener la primera aproximación de validez de constructo de la EMEDO, se realizaron análisis de varianza y correlaciones, con los cuales se encontró que existía diferencias estadísticamente significativas en las variables edad, sexo, hijos y número de hijos, tipo de puesto y de trabajo, número de empleos, tipo de organización, tener personas a cargo, actividades realizadas en un día, horas libres y de trabajar, años de trabajar y devoción por la religión.

La segunda versión que se consiguió de la EMEDO, está conformada por un total de 130 reactivos, la cual debe ser sometida a un análisis factorial confirmatorio, para confirmar los resultados obtenidos en la presente investigación, para poder ser utilizado en la población mexicana, misma para la que está dirigida la escala.

## **CAPITULO I**

### **SALUD Y PSICOLOGÍA**

El concepto de salud ha sido definido por diferentes autores, tratando de integrar todos los aspectos que la componen, al realizar dicha tarea se han tenido ciertas limitaciones, ya que no siempre se tiene la mejor definición para un constructo teórico, además que se presenta un proceso de salud-enfermedad, donde ambos términos son entendidos con relación en el otro y viceversa; sin embargo existe por lo menos una definición que es aceptada por varios autores, quizá no sea la mejor pero, si la más aceptada.

La psicología, fue limitada en un inicio a trastornos mentales y para trabajar con personas con problemas de deficiencias; sin embargo conforme el paso del tiempo, intervino en el padecimiento de enfermedades crónicas, debido a que las necesidades de las personas enfermas reclamaban un servicio humanitario, marcando la interacción de la psicología con el ámbito médico. La salud y la psicología se convierten en dos aspectos de íntima relación, ya que ambos buscan la estabilidad de las personas, marcando un equilibrio entre diferentes variables biológicas, psicológicas y sociales, para que tengan una vida productiva. Al tratar con un modelo biopsicosocial, se tiene un trabajo multidisciplinario que opera en beneficio del mantenimiento de la salud que permita a los individuos ser funcionales en el medio en que se desenvuelvan. La psicología ha sido dividida en distintas áreas para trabajar con la salud. En el ámbito laboral, la psicología cuenta con una rama que trata los problemas de salud al ejercer su trabajo, busca qué es lo que pasa con las personas en su medio laboral que no permite que tengan un funcionamiento adecuado, tratando de establecer las condiciones óptimas para su desempeño. Por desgracia en América Latina, aún no se tiene un modelo en psicología de la salud ocupacional como el europeo para diagnosticar, intervenir y tratar diferentes situaciones que afecten la salud de los trabajadores.

## 1. Salud y Enfermedad

El ser humano a lo largo de su historia se ha preocupado por la salud y la enfermedad buscando entender sus causas y consecuencias para lograr su supervivencia.

De acuerdo a Oblitas y Becoña (2000) la enfermedad era producida por demonios u otras fuerzas espirituales que se poseían de las personas en las primeras sociedades y se podía curar con exorcismos para que los espíritus abandonaran el cuerpo. Según estos autores los primero en retomar la enfermedad como un fenómeno natural fueron los griegos.

Morales (1999) menciona que en Grecia surgen dos corrientes filosóficas que abordan el problema de la salud. La primera corriente es la de Hipócrates, quien decía que la enfermedad no era producida por la voluntad de un espíritu maligno, para él se trata de una manifestación de la vida del organismo, como resultado de cambios en su esencia material. Su doctrina retomó la influencia del medio externo y las características personales en la producción de la enfermedad; la salud era el equilibrio entre cuatro humores (la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra) que son los determinantes en la existencia del organismo y la enfermedad afecta al individuo integralmente. Hipócrates es considerado como “padre de la medicina”, ya que tuvo influencia a partir del Renacimiento.

La segunda corriente es la de Platón, quien estableció que la salud y la enfermedad estaban determinadas por un principio no material, el alma o *pneuma* y que los procesos patológicos se producen por las modificaciones del *pneuma* en los organismos y su influencia sobre los órganos; propuso que las causas de la enfermedad son determinadas por un castigo divino, ante el cual los medicamentos no pueden hacer nada y únicamente con ritos, himnos y música podría ser tratada.

Durante la Edad Media la enfermedad era comprendida en términos espirituales y si existía alguna violación a las leyes divinas entonces habría enfermedad (Oblitas y Becoña, 2000).

El avance médico se derivó por los estudios realizados en matemáticas, químicos y físicos, la invención del microscopio, trabajos en autopsia, patología y bacteriología, convirtiéndose en los fundamentos de la medicina moderna. A partir de éste momento se deja de tener una concepción espiritual de la enfermedad y comienza una nueva perspectiva de abordaje ante la salud y la enfermedad. Durante el siglo XX los avances en farmacología, vacunas, técnicas quirúrgicas y en tecnología médica, le dan mayor importancia a la salud física. A pesar de que existe una preocupación por la salud, no se toman en cuenta los aspectos sociales e individuales del individuo y se reduce a la salud física.

Labrador, Muñoz y Cruzado, 1990 (Cit. en Morales, 2000) describen la enfermedad como algo que hay que conservar o curar frente a accidentes o infecciones y que en este campo únicamente la medicina actuaba para dar una posible solución utilizando la cirugía y la farmacología como herramientas para cumplir su objetivo. Oblitas y Becoña (2000) hablan de que el modelo de salud tuvo un giro y se debía considerar como algo que hay que desarrollar y no como algo por conservar. Ante dicha postura los métodos son ineficaces para hacer una labor preventiva.

La concepción que tienen las personas al hablar de salud se reduce a los aspectos físicos y no piensan en los componentes psicológicos y conductuales que acompañan a la salud.

Ante las posturas mencionadas parece difícil definir el concepto de salud. Callahan en 1977 (Cit. en Oblitas y Becoña, 2000) decía que la salud presentaba dificultades en cuanto a su definición así como paz, justicia y libertad que son conceptos generales.

A partir de la Segunda Guerra Mundial los psicólogos comenzaron a realizar intervenciones clínicas, encontrando que en algunas ocasiones los problemas “mentales” tenían acompañantes de tipo físico. Al mismo tiempo la medicina asumía la misma idea; surgió el interés por una aproximación teórica y clínica más condescendiente que el modelo médico de enfermedad. Las enfermedades crónicas se deben a causas múltiples como son los factores psicológicos, sociales, culturales y medioambientales, se deben de manejar diferente del de los estados mórbidos agudos, que tienen como principal característica de ser producida por agentes patógenos específicos (Oblitas y Becoña, 2000).

El punto esencial del modelo médico es que reduce la enfermedad a procesos bioquímicos y el mantenimiento del dualismo mente-cuerpo, De acuerdo a Friedman y DiMateo, 1989 (Cit. en Oblitas y Becoña, 2000) se separa los procesos somáticos y psicológicos, donde la mente y el cuerpo se ven como dos entidades separadas.

Si realmente se trata de entender la salud y la enfermedad como un proceso en el cual existe la relación de diferentes factores es necesario tener un modelo que cubra los aspectos que la acompañan y tengan un mejor abordamiento.

Engel (1977) planteó un modelo alternativo al biomédico que es el biopsicosocial, dándole importancia a los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento.

El modelo biopsicosocial retoma la importancia del contexto social en que vive el individuo y el sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad, a partir de esto, no solo el médico es el responsable de abordar la enfermedad. Se tiene un trabajo multidisciplinario para buscar la mejor concepción del constructo salud para las personas.

### **1.1 Concepto de Salud y Enfermedad**

Durante mucho tiempo salud era definida como ausencia de enfermedades, hasta 1974 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección”, dando apertura a un constructo biopsicosocial como lo es el ser humano, quien tiene mezcla su interacción social con lo biológico, para tener un equilibrio mental, al tener dicha interacción se busca mantener a personas funcionales que se desenvuelvan dentro de un entorno laboral, familiar e individual.

A pesar de la aceptación de la definición anterior emitida por la OMS, Morales (1999) menciona que se le han hecho críticas a la misma, porque establece que el estado de completo bienestar aparece descontextualizado, y porque describe la salud como un valor muy general que dificulta una operacionalización para su reconocimiento y promoción; para el concepto de enfermedad menciona que no tiene una definición comúnmente aceptada, y si se tuviera, tendría dificultades parecidas a las de la salud; debido a lo anterior, propone que es necesario conocer el pensamiento que tienen las personas acerca de enfermedad y salud, proporciona la concepción popular de que enfermedad, es el estado o situación en el cual la persona se encuentra limitada para la realización de sus actividades habituales debido a las molestias que sufre, mientras que la salud se percibe como la ausencia de la enfermedad, históricamente arraigada, que propone reflexión sobre el cuerpo y una disposición del sujeto para hacer sus cosas que lleva implícita una valoración sobre lo que puede considerarse la actividad “normal” que se espera del propio sujeto en un contexto familiar o laboral.

Lo que parece claro es que enfermedad y salud están relacionadas de manera determinante y no es posible comprender enfermedad sin comprender salud y viceversa, por lo que es necesario entenderlas a partir de distintas posturas.

La definición emitida por la OMS puede tener como antecedente el trabajo de Sigerist (1941) quien contribuyó a que se reconocieran los aspectos sociales relacionados en los problemas de salud, expresando que: Al igual que los antiguos romanos, y John Locke, se piensa en la salud como una condición física y mental; además considero la salud en un sentido social, mencionando que el individuo sano es aquel que presenta un equilibrio entre cuerpo y mente encontrándose bien ajustado a su entorno físico y social, adaptándose a los cambios ambientales y contribuye al bienestar de la sociedad según su capacidad, definió salud como algo positivo, una actitud alegre hacia la vida y una aceptación optimista de las responsabilidades que la vida impone al individuo.

La OMS retomó el aspecto social propuesto por Sigerist en 1941 (Cit. en Oblitas y Becoña, 2000), pero esto fue criticado desde diferentes perspectivas. Terris (1992), propuso que se elimine la palabra “completo”, debido a que la salud no es absoluta, sugiriendo que existen diferentes grados de salud, además de que propone que el término de enfermedad (disease) se reemplace por dolencia (illness), para él salud es un estado de bienestar físico, mental y social que permite funcionar, y no sólo la ausencia de dolencia o afección.

Para San Martín (1984), existieron dos acontecimientos a mitad del siglo XX que marcaron las definiciones; el primero surge en la primera mitad, con la subordinación de la medicina a la biología, y también se presenta la dependencia de la salud con las condiciones de vida y de la ecología humana, surgiendo la definición del organismo internacional. En la segunda mitad del siglo, la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico y variable de equilibrio y desequilibrio entre el organismo humano y su ambiente total, resaltando la influencia de las relaciones humanas, económicas y sociales; este autor define salud como una cuestión entre criterios objetivos y subjetivos, existiendo una relación de adaptación biológica, mental y social que es observado como un estado de tolerancia y compensación físico, psicológico, mental y social, cuando el individuo y su grupo se perciben en otro estado, asumen que es la manifestación de un estado mórbido; la enfermedad la considera como un desequilibrio biológico, ecológico y social o una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que se está expuesto, produciendo una perturbación fisiológica y anatómica del individuo. De acuerdo a Morales (1999) la definición de salud proporcionada contiene aspectos subjetivos como el bienestar social y mental, aspectos objetivos como la capacidad para la función y aspectos sociales manifestados por adaptación y trabajo productivo.

Surge el proceso salud-enfermedad y la medicina toma el papel protagónico, para combatir la enfermedad y devolver la salud a las personas. Se debe tomar en cuenta que hubo un avance tecnológico para curar las enfermedades y las ciencias sociales que contribuirían a modificar no tuvieron el mismo desarrollo para transformar e interpretar los procesos económicos y sociales involucrados. Morales, (1999) menciona que los principales indicadores para medir la salud se convierten en negativos, ya que se habla de

---

morbilidad y mortalidad en lugar de aspectos positivos, así como ocurrencias de enfermedades en los grupos de población, contribuyendo a que la idea de salud se disperse y se tenga menor idea de lo que se está hablando.

Las definiciones anteriores se conceptualizan a partir de un aspecto ecológico, retomando aspectos fisiológicos, sociales, individuales y ambientales, convirtiendo a la salud y enfermedad en constructos dinámicos para que el individuo tenga referencia de cómo poder definirlos, así la enfermedad está más estructurada y reconocible para él mismo, para el grupo social o para las personas que la abordan. De acuerdo a Morales (1999) el hecho de que exista una conceptualización ecológica facilita que se puedan entender los puntos intermedios entre la salud y enfermedad, identificando la situación del sujeto en el aspecto de sus relaciones.

Es importante notar que la definición más aceptada actualmente es la proporcionada por la OMS y las deficiencias que han encontrado diferentes autores citados, tratan de unir todos los aspectos involucrados con la salud y la enfermedad.

Como se mencionó salud y enfermedad son conceptos entendidos por medio de aspectos negativos, debido a que surgen de un modelo biomédico y para lograr una nueva conceptualización, es necesario incluir los aspectos positivos del modelo biomédico, avances técnicos y farmacológicos (Amigo, Rodríguez y Álvarez, 1998). Pretendiendo superar la formulación dualista mente-cuerpo, surge un modelo diferente.

El modelo biopsicosocial implementa los aspectos positivos de salud y enfermedad, sostiene que todos los factores biológicos, psicológicos y sociales son elementos determinantes de la salud y enfermedad. El proceso salud-enfermedad tiene dos componentes, los *macroprocesos* que incluyen apoyo social, trastornos de salud mental, y los *microprocesos* abarcando alteraciones bioquímicas (Amigo, et al., 1998). De lo anterior se tiene que la enfermedad es causada por múltiples factores y efectos.

Oblitas y Becoña (2000) aceptan que el modelo biopsicosocial es el más aceptado debido a las críticas que tiene la definición de la OMS, sobre todo por el término “completo bienestar”; estos autores mantienen la idea de que la salud y enfermedad son construcciones sociales y apoyan el modelo biopsicosocial, aceptan la definición de Salleras, 1985 (Cit., en Oblitas y Becoña, 2000) que entiende por salud el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico, social, y de capacidad funcional, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad.

Amigo, et al., (1998) mencionan que el modelo biopsicosocial tiene como interés a la salud y la enfermedad en el mismo ámbito, a diferencia del modelo biomédico que se interesa fundamentalmente en la enfermedad, dicho modelo describe que la salud es algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales. La *teoría de sistemas* ha surgido para poder entender la interacción de las variables biológicas, psicológicas y sociales, dicha teoría propone que todos los niveles de organización en cualquier ente están relacionados entre sí jerárquicamente, y los cambios en cualquier nivel afectarán a todos los demás. Partiendo de la idea que existe una interrelación entre las variables mencionadas, para poder tratar la salud y enfermedad, se cuenta con un trabajo multidisciplinario, que realice un diagnóstico y tratamiento de acuerdo a cada persona y no sea el trabajo médico el único que tenga aceptación para abordar el proceso salud-enfermedad.

Al enfrentarse con el proceso salud-enfermedad, con base en el modelo biopsicosocial, es necesario considerar que al retomar variables biológicas, psicológicas y sociales, el individuo es blanco de diferentes factores que pueden afectar su salud y no exclusivamente los factores patógenos que sin duda tienen un respaldo en la historia de dicho proceso pero no son los únicos desencadenadores de romper el equilibrio que debe tener el individuo para ser funcional.

## **1.2 Salud en América Latina**

De acuerdo a Sepúlveda (1987), entre los años 50 y 80 Latinoamérica muestra heterogeneidad económica y social de su desarrollo. La expansión de la industria, el crecimiento demográfico, determinó cambios en el mercado de la fuerza de trabajo alteraron sensiblemente la estructura social. En 1981 América Latina tiene la crisis más severa de su historia, debido a su modelo de desarrollo. En este año el crecimiento económico se detiene prácticamente. Para 1982 se reduce en un 1% y en un 3.1% en 1983. En 1984 se produce una leve recuperación de 3.2%. Surgen políticas de ajuste frente a las dificultades que afectaban a todos los países como consecuencia de la crisis, lo que se pretendía con estas políticas era reducir los desequilibrios financieros y controlar la inflación. Se quería contener la demanda agregada por medio de políticas fiscal, monetaria y de ingresos.

Como resultado de la situación de crisis y los programas de ajuste, los principales hechos observados en los años 80's en América Latina fue la reducción de la actividad económica con significativa de las inversiones internacionales y la correspondiente crisis; con los problemas que enfrentaban en América Latina era muy difícil que la salud y enfermedad fueran retomadas para su comprensión y atención.

Ortega (1998) expresa que la atención a la salud es uno de los retos y prioridades de América Latina y cuentan con sistemas de salud en los trabajan diferentes esquemas, los cuales dependen de las condiciones laborales de las personas. La protección de la seguridad social es para los trabajadores de la iniciativa privada o instituciones gubernamentales, además ofrece apoyos como la jubilación por edad y la pensión por incapacidad. Los gobiernos de los estados y municipios, ofrecen a la población que no cuenta con seguridad social los servicios de salud que ofrecen Ministerios de Salud. Las personas que cuentan con los recursos económicos necesarios utilizan los servicios de la medicina privada. Aproximadamente el 55% de la población en México tienen derecho a alguna institución de seguridad social, como existe una gran dispersión de la población en áreas rurales, México cuenta con un porcentaje que no tiene acceso oficial de servicios de salud.

La organización de los esquemas de salud en América Latina tiene tres niveles de atención. El primero sostiene la unión entre la población y el sistema de atención a la salud, realizando actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud. En el segundo nivel se utiliza tecnología de medicina avanzada, ofreciendo servicios en clínicas de especialidades y hospitales generales dirigidos a problemas de salud. El último nivel de atención es llevado a cabo en hospitales especializados por medio de subespecialidades.

Es importante resaltar que depende de cada país la organización para tratar a la salud, sin embargo, coinciden en que es necesario realizar campañas de prevención, ya que es necesario que la población esté enterada como enfrentar las situaciones de riesgo a las que se pueda enfrentar.

## **2. Delimitación de las Áreas de la Psicología en Salud**

### **2.1 Psicología Médica**

Delay y Pichot, 1969 (Cit. en Morales, 1999) definen psicología médica como la psicología aplicada a los problemas planteados por la medicina. Bustamante, 1969 (Cit. en Morales, 1999) la definió como la disciplina que se ocupa del estudio de los factores psicológicos que intervienen en las distintas manifestaciones de la práctica médica. Rey Ardid, 1987 (Cit. en Morales, 1999) la define como una ciencia práctica que retoma los problemas y cuestiones psicológicos de importancia para comprender y tratar racionalmente a los enfermos, para conseguir el bienestar psicofísico y psíquico de la humanidad. A pesar de estas definiciones Morales (1999) plantea que en psicología médica predominó la idea central comprendía específicamente la aplicación del conocimiento psicológico para la comprensión de las manifestaciones emocionales y de comportamiento de los enfermos, el análisis del psiquismo en el origen de las enfermedades de expresión somática y al estudio de las relaciones de los médicos con sus pacientes.

Morales (1999) menciona que la psicología médica inició en Europa a principios del siglo XX, como reacción ante la excesiva atención que se presentaba a la descripción de síntomas, síndromes y entidades nosológicas que tenían como eje los órganos y aparatos. El hombre que protagoniza y padece la enfermedad no era el objeto de la medicina. La corriente de pensadores desarrollados alrededor del Círculo de Viena, proponen que no se abandonara en el trabajo médico clínico, la búsqueda de factores psicológicos que pudieran formar parte de la patogenia o determinar que su aparición se redujera a un componente psicógeno. Señalaron que el médico debería adquirir en su formación un conocimiento de los hombres en el sentido más amplio de la palabra.

Con los estudios realizados por Dunbar y Alexander (Cit. en Morales, 1999) la psicología médica a diferencia de la medicina psicosomática, descartaron la idea de que las enfermedades específicas estuvieran relacionadas con tipos de personalidad o conflictos específicos. Un aspecto importante que surgió dentro de la psicología médica es la relación médico-paciente, que fue reforzado con los estudios realizados por Szasz y Hollander en 1956 (Cit. en Morales, 1999).

Asken en 1979 (Cit. en Amigo et al., 1998) da una definición amplia y general de lo que es la psicología médica y establece que su objetivo es el estudio de los factores psicológicos relacionados con cualquiera de los aspectos de la salud física, enfermedad y su tratamiento a nivel del individuo, el grupo y los sistemas. La psicología médica no representa una orientación teórica particular, los problemas de la misma pueden ser conceptualizados desde cualquier orientación deseada. La psicología médica tiene como foco, todas las áreas de interés académico: investigación, intervención, aplicación y enseñanza.

La definición anterior parece muy ambiciosa, sin embargo olvida la interacción de otras disciplinas clínicas en el cuidado de la salud, subordinando el campo psicológico al médico. Por otro lado, a pesar de que se establece la relación médico-paciente, no se logra tener otro objeto de estudio y se sigue teniendo como objeto de estudio a la enfermedad, al igual que la medicina psicosomática.

## **2.2 Medicina Psicosomática**

La medicina psicosomática surge en el área médica como un primer intento de retomar las relaciones entre variables psicosociales y alteraciones psicofisiológicas. En 1918 el término fue descrito por Heinroth (Cit. en Amigo, et al., 1998) relacionando los procesos psicológicos y las estructuras somáticas. Lipowski (1986) destaca históricamente dos momentos en la evolución de la medicina psicosomática. El primero está comprendido entre 1935 y 1960 caracterizado por la influencia del psicoanálisis, la medicina se centró en el estudio de la etiología y patogénesis de la enfermedad física desde una perspectiva psicodinámica. Dependiendo de las características de personalidad, conflictos interpersonales y el modo de responder a conflictos eran las causas de algunas enfermedades orgánicas concretas.

La medicina psicosomática consideró que un conjunto específico de determinantes psicológicos, como conflictos no resueltos, vivencias, necesidades persistentes, podían tener un papel importante para el desarrollo de enfermedades de expresión somática. Algunas enfermedades estudiadas en esta corriente eran la hipertensión, artritis reumatoide, úlcera péptica, colitis ulcerativa, migraña, enfermedades de la piel como la soriasis, alergia, diabetes y el asma. La medicina psicosomática no utilizaban el método experimental, basaban sus afirmaciones en observaciones clínicas (Morales, 1999).

En 1965 ocurre un cambio en la medicina psicosomática debido a que se abandona la idea psicoanalítica para explicar la enfermedad, surge el planteamiento de desarrollar técnicas terapéuticas eficaces para el tratamiento de la enfermedad psicosomática. Lipowski, 1977 (Cit. en Amigo, et al., 1998) propone los objetivos de la medicina psicosomática. El primer objetivo es el estudio del papel de los factores psicológicos, biológicos y sociales de la homeostasis del ser humano. El segundo objetivo plantea que debe existir una aproximación holística a la práctica de la medicina y por último se tiene una relación con la práctica psiquiátrica de consulta-apoyo.

A pesar de que se trata de retomar diferentes objetivos con la medicina psicosomática, retomada de manera amplia a la enfermedad antes que la salud, su relación inicial con el enfoque psicoanalítico y su atención a un grupo pequeño de alteraciones fisiológicas disminuyeron las posibilidades para que se hiciese cargo de la salud ampliamente.

### **2.3 Medicina Conductual**

La medicina conductual resalta la importancia que tienen los comportamientos aprendidos en el origen y manifestación de las enfermedades, buscando tratamiento.

De acuerdo a Morales (1999) la medicina conductual resultó como continuidad del modelo de la psicología médica así mismo Amigo et al., (1998) menciona que el término se utilizó por primera vez en 1973, utilizándolo como sinónimo de biofeedback. Sin embargo, señalan que en 1970 había sido utilizado en un artículo sobre factores conductuales en la etiología y la enfermedad somática en los hospitales.

La medicina conductual tiene como base el enfoque conductista, teniendo como preocupación las conductas de salud y enfermedad, las contingencias que las mantienen y los cambios necesarios que se tengan que realizar para modificar las conductas.

Pormelau y Brady (Cit en Amigo et al., 1998) proponen que en la práctica clínica, la medicina conductual utiliza técnicas de modificación de la conducta para la evaluación, prevención y tratamiento de la enfermedad física o disfunciones psicofisiológicas, además de emplear el análisis funcional de la conducta para la comprensión de las conductas asociadas a los trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud.

Miller en 1983 (Cit. en Morales, 1999) define la medicina conductual como el campo interdisciplinario que integra los conocimientos conductuales y biomédicos considerables para la salud y enfermedad.

Schewartz y Weiss (Cit. en Amigo et al., 1998) al igual que Miller (Cit. en Morales, 1999) también definen a la medicina conductual como un campo interdisciplinario, que desarrolla e integra la ciencia biomédica con lo conductual, conocimiento y técnicas para la salud y enfermedad, además de la aplicación de éstas técnicas y ese conocimiento para la prevención, diagnóstico y rehabilitación.

Morales (1999) apoya la idea de que al hablar de una interdisciplinariedad, los problemas de salud son multifactoriales y no únicamente son exclusivos de un enfoque o profesión determinada, sino pertenencia de varios enfoques y profesionales.

Amigo et al. (1998) manifiesta dos diferencias fundamentales que se pueden encontrar entre psicología de la salud y la medicina conductual. En la medicina conductual existe una naturaleza interdisciplinaria frente a la psicología de la salud, que se presenta como una rama de la psicología y en segundo lugar, la medicina conductual tiende a centrarse en el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, la psicología de la salud se centra en la prevención.

Con lo anterior, se tiene apertura al tratar la salud y enfermedad desde distintas perspectivas, dando oportunidad a un entendimiento mayor de las causas y poder intercambiar conocimiento, para tener un abordamiento adecuado.

En el trabajo profesional no existen tantas diferencias entre conceptos, en el ambiente laboral las diferencias entre los términos no están tan alejados como parece en las discusiones conceptuales, para éstos autores la mayor parte de los psicólogos que trabajan en el campo de la conducta, salud y enfermedad combinan los elementos de las disciplinas de la psicología de la salud y la medicina conductual.

## **2.4 Psicología Clínica**

La psicología clínica comienza desde finales del siglo XIX, relacionada al trabajo de instituciones para enfermos mentales. La psicología clínica tuvo sus inicios en 1896, cuando Witmer (Cit. en Morales, 1999) fundó una clínica psicológica en la Universidad de Pennsylvania. En esa clínica se adoptó el enfoque dentro del ambiente psiquiátrico conocido como “enfoque de equipo”. Los neurólogos colaboraban con psicólogos de la clínica en el estudio de los casos y también participaban asistentes sociales.

La psicología clínica fue creciendo con el transcurso del tiempo y fue ampliando sus horizontes. Morales (1999) propone que ha tenido una práctica extensiva y sus características básicas la hacen aparecer como un modo de aplicar la psicología a una parte de los problemas de la enfermedad que como una teoría explicativa. Sin embargo sus aportes son asistenciales debido a que hace contribuciones al diagnóstico de enfermedades y de sus antecedentes para hacer más eficaz la atención de los enfermos.

Pelechano, 1996 (Cit. en Amigo et al., 1998) manifiesta que existe una polémica sobre la delimitación de los campos entre la psicología clínica y la psicología de la salud. Se quiere definir si son disciplinas distintas o si cualquiera de ellas puede asumir los contenidos y tareas de la otra. Esta cuestión dio surgimiento a dos posturas. Autores como Belloch, Botella, Echeburúa, Blanco-Picabia (Cit. en Amigo et al., 1998) sostienen que no existe motivo alguno para el surgimiento de la psicología de la salud, considerando que la psicología clínica puede asumir todas las funciones que se pretendan desempeñar por medio de la psicología de la salud. Las principales razones que se dan para que no se de la formación de la psicología de la salud es que la psicología clínica puede introducir a la psicología de la salud, ya que el único elemento que quedaría fuera sería el de la prevención, del que se puede hacer cargo el psicólogo clínico. Se volvería a aceptar la dualidad mente-cuerpo al realizar la división entre psicología clínica y psicología de la salud, ya que la primera estaría dedicada a los trastornos emocionales y la segunda estaría dedicada al tratamiento de la enfermedad física.

Los autores que representan el lado opuesto son Gil Rosales-Nieto y Luciano, Pelechano (Cit. en Amigo et al., 1998), ellos justifican la necesidad de la psicología de la salud. Estos autores plantean que una aproximación biopsicosocial llevada a su límite, toleraría una visión unitaria de la clínica y de la salud, ya que lo que se busca romper la dualidad entre lo psicológico y lo físico.

La psicología de la salud no se puede reducir a la psicología clínica y viceversa, sin embargo la distinción conceptual entre ellas no es tan clara en el campo profesional.

## **2.5 Psicología Comunitaria**

La psicología comunitaria se separa de la línea clínica individual para abordar los problemas de salud y tiene un enfoque social como fundamento.

Morales (1999) menciona que diferentes posiciones teóricas y metodológicas influyeron en el origen de la psicología comunitaria; para él, la psicología comunitaria presenta la intención de reconocer los problemas del comportamiento individual que son pertinentes para la salud y la enfermedad en una perspectiva social, teniendo una dimensión interactiva y ecológica. Cuenta con un diseño metodológico basado en el modelo de competencias que no contribuye a aclarar la participación de las variables psicológicas ni de las sociales presentes en el proceso de salud-enfermedad, teniendo un planteamiento simplista del individuo como del ambiente, así como las relaciones entre éstos y su orientación general no logró rebasar en la práctica el campo de la salud mental. Sin embargo, es de utilidad para el trabajo en instituciones de salud de atención primaria, para diseño y aplicación de proyectos y políticas de promoción de salud.

Costa en 1984 (Cit. en Morales, 1999) propone que los psicólogos involucrados en el desarrollo de la psicología comunitaria es diferenciarse de los objetivos individuales y asistencialistas de los psicólogos clínicos y destacan en los objetivos comunitarios y sociales en una perspectiva preventiva y educativa, lo que se basaba en la insatisfacción con el modelo médico, la psicoterapia que no resolvía los problemas de la gente, con el rol tradicional del psicólogo (psicodiagnóstico), la ocupación de los avances de la ciencia del comportamiento que piden a los psicólogos tener rigor metodológico y criterios evaluativos de su acción profesional y las aperturas para la creación de programas para el trabajo de salud en la comunidad.

A pesar de que la psicología comunitaria tiene limitaciones, es un antecedente importante para la concepción de la psicología de la salud, ya que va más allá de un solo individuo y puede estudiar grupos para realizarse un trabajo preventivo o de tratamiento.

### **3. Surgimiento de la Psicología de la Salud**

Hasta el siglo XIX la Psicología era considerada como parte de la filosofía, a mitad de ese siglo comenzó a ser una ciencia independiente con los trabajos de laboratorio de Wilhelm Wundt (Darley, Glucksberg y Kinchla, 1990). Aportes de James, Titchener, Bidet, Freud y Watson (Cit. en Morales, 1999) contribuyeron a la institucionalización académica de la respetabilidad inicial de la psicología. Pavlov (Cit. en Hothersall, 1997), al hacer estudios fisiológicos de estímulo respuesta, contribuyó a realizar nuevas hipótesis, observaciones y datos experimentales.

Morales (1999) menciona que existió una falta de acuerdo sobre la respuesta a problemas que resultaban básicos produciendo una diversidad de posiciones que desarrollaron escuelas con aparatos categoriales y lenguajes propios, desde inicios del siglo XX la práctica profesional aplicada a diferentes campos de la vida social alcanzó extensión progresivamente, obteniendo mayor definición después de la Segunda Guerra Mundial. El pensamiento y la práctica psicológica se han visto influenciados por la evolución sobre los conceptos de salud y las tendencias dominantes y las alternativas en la medicina por lo que se diferenciaron dos enfoques, el modelo individual restrictivo de la medicina clínica y el modelo social expansivo.

Ballester en 1998 (Cit. en Morales, 1999) propone que la psicología de la salud surge en un contexto interesado por un modelo holístico de salud, coincidiendo con la propuesta hecha a finales de los sesenta de considerar la psicología como una profesión sanitaria, al reconocer que la conducta del ser humano puede ser crucial en el mantenimiento de la salud como en el origen y evolución de la enfermedad.

La psicología de la salud surgió por tres razones. En primer lugar, a mediados del siglo XX, existió un cambio en la preocupación sanitaria que se movió, desde enfermedades infecciosas hasta los trastornos crónicos ligados al estilo de vida de las sociedades industrializadas. En segundo lugar, las enfermedades crónicas, con las que el paciente convive durante muchos años, traen cambios importantes en la calidad y estilo de vida de las personas. Por último, el modelo médico de la enfermedad, retoma el dualismo mente-cuerpo tomando el cuerpo y la mente como dos entidades separadas. Dicha perspectiva muestra que es insuficiente para tratar los problemas de salud crónicos que surgieron a lo largo del siglo XX.

Una vez que se tomaron en cuenta los problemas de salud, la Asociación Americana de Psicología (APA) crea la división 38, la Health Psychology (Psicología de la Salud) en 1978, en 1982 aparece la revista de la APA con el título Health Psychology (Cit. en Amigo et al., 1998).

Morales (1999) expresa que la psicología de la salud no surgió como resultado de un plano científico básico ni de un descubrimiento en particular, sino que es el resultado de la evolución de la práctica y esta marcado por los cambios que produjeron en las demandas que los servicios de salud hacían a los psicólogos.

### **3.1 Definición de la Psicología de la Salud**

La psicología de la salud es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamientos del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. A la psicología de la salud le interesa el estudio de procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, riesgo de enfermar, condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales en la prestación de servicios de salud, contando con un modelo de acciones para la promoción de salud, prevención de enfermedades, atención de los enfermos y personas con secuelas, además de la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben, esta definición amplia es dada por Morales, 1997 (Cit. en Morales, 1999).

Morales (1999) resalta que de la definición anterior, la psicología de la salud no es una nueva psicología ni una diferente, es una rama aplicada de una disciplina más general, que tiene una amplia variedad de temas polémicos y contradictorios que resolver, le interesa todo lo que se relaciona con variables psicológicas en el proceso salud-enfermedad e incluye la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

La definición de Taylor, 1986 (Cit. en Latorre, 1994) establece que la psicología de la salud es el campo dentro de la psicología que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el se llega a éste, y cómo responde una persona cuando está enferma.

Latorre (1994) al igual que Amigo et al., (1998) aceptan la definición de Matarazzo, en la que entiende a la psicología de la salud como la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud.

Para autores como Amigo et al., (1998) la definición anterior retoma cuatro aspectos del trabajo del psicólogo de la salud. Primero se destaca la promoción y el mantenimiento de la salud, incluyendo las campañas que promueven hábitos saludables, por ejemplo, dejar de fumar. La segunda línea esta formada por la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la psicología de la salud trata de modificar los hábitos insanos para prevenir la enfermedad, además de ayudar a las personas que ya han enfermado a adaptarse a su nueva situación o a seguir los regímenes de tratamiento. La tercer línea plantea que la psicología de la salud también se centra en el estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y las disfunciones, en este sentido la etiología hace referencia al estudio de las causas conductuales y sociales de la salud y enfermedad. La última línea hace referencia a la competencia de la psicología de la salud el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud. Se trataría de analizar el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de la población y desarrollar recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud.

### **3.2 Áreas de Aplicación de la Psicología de la Salud**

De acuerdo con Taylor, 1986 (Cit. en Latorre, 1994), el psicólogo de la salud se interesa en los aspectos psicológicos de la promoción y mantenimiento de la salud, además de la prevención y tratamiento de la enfermedad. También se centran en la etiología y los correlatos de la salud y la enfermedad y disfunciones. La etiología hace referencia a los orígenes y causas de la enfermedad y los psicólogos de la salud se interesan por los factores psicosociales que contribuyen a la salud y enfermedad; además de que se interesan por el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales sobre el comportamiento de los pacientes, desarrollan recomendaciones para el tratamiento y la interacción del sujeto con profesionales y el sistema sanitario.

Weinman, 1990 (Cit. en Latorre, 1994), señala que la psicología de la salud se centra en los comportamientos como factores de riesgo para la salud, mantenimiento de la misma a través de los comportamientos, las cogniciones acerca de la salud-enfermedad, la comunicación, toma de decisiones y adherencia, el medio ambiente en el que se produce el tratamiento, incluyendo las técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas a las que se somete a los pacientes y el afrontamiento de la enfermedad e incapacidad.

### **3.3 Psicología de la Salud en América Latina**

De acuerdo a Ortega (1998) América Latina registró el crecimiento más rápido en el número de psicólogos con entrenamiento profesional a partir de los años cincuentas. Brasil y México son reportados como los que tuvieron mayores avances. Entre los principales temas en los que se insertó la psicología son: el manejo psicológico de las enfermedades crónico-degenerativas, principalmente las cardiovasculares, cáncer y dolor crónico, además de las adicciones, utilizando métodos psicofisiológicos y terapia cognitivo-conductual; el autor mencionado plantea que los programas de psicología de la salud surgen en las unidades de salud de los diferentes niveles de atención y Brasil fue el primer país que creó las residencias con los tres niveles de atención que fueron mencionados anteriormente. A partir de los ochentas se establecen los programas de formación de psicólogos de la salud, los cuales son programas de posgrado y con subespecialización en algún campo de atención a la salud, principalmente en atención

primaria, salud reproductiva, salud ocupacional, psicología comunitaria, atención de pacientes crónicos y adicciones. En 1986, se establece en México el primer programa de formación a nivel de posgrado dentro del modelo de las residencias médicas, impartido en el programa académico universitario de nivel de Maestría de la Facultad de Psicología de la UNAM, empleando el campo clínico de las instituciones del sector salud para el desarrollo de éste.

Ortega (1998) y Morales (1999) coinciden con la idea de que la psicología de la salud comprende los momentos del proceso salud-enfermedad, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, rehabilitación y el cuidado de pacientes terminales, con aproximaciones individuales, grupales y la variedad de enfoques teóricos y metodológicos.

Además del enfoque médico que tiene la psicología de la salud, también se encuentra temas como evaluación y calidad de los servicios a través de la asesoría institucional, satisfacción de los usuarios, educación para la salud y la salud ocupacional.

#### **4. Salud Ocupacional y Psicología**

Cox, Baldursson y Rial-González (2000) realizan un análisis epistemológico para entender el término “psicología de la salud ocupacional”, proponiendo dos caminos. El primer análisis es de carácter jerárquico, donde se tiene por un lado a la psicología y por el otro la psicología de la salud. El análisis jerárquico propone que la psicología de la salud ocupacional es más o menos la psicología de la salud del trabajo. El segundo análisis es la relación de contacto entre salud ocupacional y psicología.

Los autores anteriores definen salud ocupacional como una disciplina que tiene una relación dinámica entre trabajo y salud. La salud ocupacional tiene como foco de atención lo individual, en algunas ocasiones el término de salud organizacional es utilizado para referirse a salubridad dentro de las organizaciones; para ellos el término “salud ocupacional” frecuentemente es utilizado para referirse a la salud que está directamente relacionada con el trabajo. La salud ocupacional usualmente es contrastada con salud pública, que se refiere a la salud general de las personas.

#### **4.1 Psicología de la Salud Ocupacional**

La psicología de la salud ocupacional, se debe entender como una rama completa, donde no únicamente es la psicología aplicada a la salud ocupacional, sino que observa y busca cuales son las causas y que se puede hacer para lograr la salud ocupacional. Es inadecuado tomar a la psicología de la salud del trabajo y la psicología laboral de la salud como niveles diferentes, la mejor contribución de la psicología de la salud ocupacional es que se puede aplicar con distintas áreas como trabajo y psicología organizacional, psicología de la salud y psicología social y ambiental.

Cox, et al., (2000), plantean que la psicología de la salud ocupacional tiene una orientación médica, lo cual no implica que únicamente considera enfermedades; sino que tiene un trabajo importante en la estructura médica tradicional, por lo que desarrolla métodos de seguridad para los trabajadores en la fuerza de trabajo, promueve la integración de trabajadores inmigrantes y facilita el aprendizaje de vida para todos.

El modelo de Cox, et al., (2000), desarrollado en Europa, establece que la psicología de la salud ocupacional tiene las siguientes características:

- No tienen solo un método particular. Explora y explota la variabilidad de la metodología y desarrolla filosofías y métodos para aplicarlos a la ciencia, particularmente relacionada a la evaluación, exploración de nuevos caminos de combinar los métodos existentes.
- Reconoce la participación y contribución de otras áreas, apreciando posiciones intelectuales, conocimientos y técnicas prácticas.
- Retoma la vida real de los sujetos en su ambiente real de trabajo, organizaciones reales y la salubridad de las mismas, al igual que la psicología de la salud. Conoce el trabajo y la organización laboral para entender a las personas trabajadoras. El gobierno y los representantes de los trabajadores juegan un papel importante ya que ellos trabajan con los grupos mencionados.
- Tiene como foco principal la intervención primaria y la evolución formal.

La psicología de la salud ocupacional tiene un mayor desarrollo y atención en Europa y poco a poco esta siendo adoptado por diferentes países que a pesar de que no tienen un desarrollo económico estable, se están preocupando por la salud de sus trabajadores.

## **SÍNTESIS**

Salud y Enfermedad son conceptos que son entendidos uno con base en el otro y viceversa, a pesar de que la OMS emite una definición para el concepto de salud y es aceptada por diferentes autores, no parece la más completa; retomando a San Martín (1984), se considera a la salud como un proceso en el cual intervienen factores objetivos y subjetivos, además del equilibrio entre aspectos biológicos, psicológicos y sociales; con estos aspectos la salud entra en una percepción individual y social. El proceso salud-enfermedad es un aspecto importante en cualquier individuo para su desarrollo biopsicosocial. El individuo tiene diversas entradas de información y diferentes escenarios en su vida cotidiana, la salud no se debe reducir únicamente al aspecto biológico (biomédico), donde los principales indicadores son corporales, el individuo debe tener salud cubriendo todos los sentidos de su vida; sin embargo, los indicadores de salud fueron negativos en un inicio, lo cual ha llevado a las personas a relacionar la salud con cambios físicos, que los reconocen como malestares.

El modelo biopsicosocial surge ante la necesidad de integrar aspectos positivos de la salud y enfermedad; donde Oblitas y Becoña (2000) aceptan la definición que establece que la salud es el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico, social y de capacidad funcional que permitan los factores sociales con los que está en constante relación el individuo y la sociedad. Un aspecto importante en este modelo es que toma a la salud y enfermedad en el mismo estado, sin poner mayor interés en uno y otro.

El proceso de salud-enfermedad está determinado por macroprocesos como apoyo social, trastornos de salud mental y los microprocesos que son alteraciones bioquímicas (Amigo et al., 1998). Con estos componentes se engloba los integrantes del individuo intrínsecos y extrínsecos, que juegan un papel determinante en dicho proceso.

La división de las áreas de la psicología para trabajar con el proceso salud-enfermedad, se han ido modificando a partir de las conceptualizaciones que se han hecho para que sea entendido, por lo que en un inicio tenía un enfoque médico y actualmente tiene un enfoque biopsicosocial.

La salud en América Latina, cuenta con muy poco apoyo debido a los problemas propios de cada país; sin embargo la psicología cuenta con distintas áreas para abordarla. Actualmente se cuenta con el área de la psicología de la salud ocupacional que busca realizar un trabajo eficiente y multidisciplinario.

La salud debe estar presente en el ámbito laboral ya que es el lugar donde las personas pasan gran parte del día y deben ser funcionales tanto para la organización como para ellos mismos. La psicología de la salud ocupacional trata de mantener el equilibrio del individuo, sin embargo, tiene su auge en Europa y debe ser considerado en América Latina, en especial México, para que pueda tener un abordaje dentro de las organizaciones.

El desgaste ocupacional ataca a la población trabajadora, por lo cual debe ser tratado, ya que en la actualidad es un tema que esta jugando un papel importante en el equilibrio del proceso salud-enfermedad, es necesario conocerlo para poder abordarlo, por medio de instrumentos de medición que pueda en un inicio detectarlo y en un tiempo no muy lejano se pueda diagnosticar, prevenir y hacer un tratamiento.

## **CAPITULO II**

### **SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT)**

La Red Mundial de Salud Ocupacional (GONHET; 2001), reconoce que debe abordarse el estudio, revisión y prevención de la salud en el trabajo, ya que en los últimos 20 años, las condiciones laborales han tenido transformaciones, las personas que tienen un empleo precario referente a cambios de pago y remuneración, así como formas peligrosas de desorganización del trabajo, están expuestos a mayores riesgos en la salud. De acuerdo con la O.M.S. (2001) durante los últimos 25 años el interés por el Burnout ha aumentado y actualmente es un problema serio; las personas pasan por un proceso que comienza con niveles excesivos y prologados de estrés laboral y culmina cuando los trabajadores presentan un mecanismo de defensa, absorben su estrés, desconectándolos psicológicamente del trabajo.

El término Burnout se puede encontrar con diferente terminología, por ejemplo, su término anglosajón, el síndrome de estar quemado, síndrome de quemazón, desgaste profesional y desgaste psíquico, que son términos semejantes, para fines de esta investigación Uribe, Archundia, Leos, Lozano y Pizano (2006) lo llaman síndrome de desgaste ocupacional.

El síndrome de desgaste ocupacional ha sido estudiado desde los años setentas y ha causado confusión en cuanto a su definición, en primera instancia se le conoció como Burnout, que significa estar quemado por el trabajo e indica que los trabajadores ya no pueden dar más de sí en el trabajo. Posteriormente existió gran confusión en cuanto a si se trataba de depresión, estrés o si realmente existía, sin embargo, diferentes autores coinciden en que es una respuesta al estrés laboral crónico. Maslach y Jackson (1982) propusieron una definición que ha fundamentado la investigación en torno al síndrome.

Existen diferentes instrumentos con los que se realiza medición del Burnout, los cuales toman como punto de partida el Maslach Burnout Inventory MBI (Maslach y Jackson, 1982, 1986), ya que es el que lo describe como un proceso tridimensional; sin embargo es un instrumento construido para población extranjera lo que puede influir en una interpretación errónea de las frases y afectar al ser aplicado o utilizado con la población mexicana.

## **1. Historia del Síndrome de Burnout**

El Burnout se originó en 1974, con los estudios realizados por Freudenberger (1974), quien lo describió como una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador, que situaban las emociones y sentimientos negativos producidos por el Burnout en el contexto laboral; afirmaba que era el síndrome que ocasionaba la adicción al trabajo; entendiendo esta adicción como un estado de total devoción a su ocupación, por lo que el tiempo es dedicado a servir a este propósito, provocando un desequilibrio productivo y en las reacciones emocionales ante la estimulación laboral aversiva.

En los años setentas, se dió un giro al Burnout y era entendido como consecuencia del estrés laboral y podría variar en relación a la intensidad y duración del mismo; además de que se proponía la existencia del vaciamiento de sí mismo, que era provocado por el agotamiento de los recursos físicos y mentales causado por el esfuerzo excesivo para alcanzar una determinada expectativa no realista que ha sido impuesta por el sujeto que lo presenta, o por los valores de la sociedad.

El trabajo como detonador fundamental del Burnout se vuelve básico en todas las definiciones posteriores. Cherniss (1980) resaltó la importancia del trabajo, como antecedente, en la aparición del Burnout y lo definió como cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con empleos frustrantes o con excesivas demandas; concreto que es un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo y acomodamiento psicológico, destacando tres momentos: en un inicio existe un desequilibrio entre las demandas en el trabajo y los recursos individuales (estrés),

después se da la respuesta emocional a corto plazo, ante el desequilibrio, caracterizado por la ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento (tensión) y finalmente se observan cambios en actitudes y conductas (enfrentamiento defensivo); además resaltó la importancia de las estrategias de afrontamiento como mediadoras en el proceso que conduce al síndrome.

Otros autores que aportan una definición de Burnout en la misma línea son Edelwich y Brodsky (1980), quienes lo definieron como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo; propusieron cuatro fases por las cuales pasa cualquier individuo con el síndrome: la primera es el entusiasmo, que tiene como características, tener elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro; la segunda es el estancamiento, que surge al no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración; la tercer fase es la frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales, ésta sería el núcleo central del síndrome; y finalmente la apatía que sufre el individuo constituyendo el mecanismo de defensa ante la frustración.

Surgió el término del síndrome del carbonizado, que era para renombrar al Burnout y se describía como el estado mental y físico resultante 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. Gillespie y Numerof (1984), consideraron que existía una ambigüedad en la definición de Burnout y lo clasificaron en dos tipos claramente diferenciados: Burnout activo, que se caracteriza por el mantenimiento de una conducta asertiva, se relaciona fundamentalmente con factores organizacionales o elementos externos a la profesión y el Burnout pasivo, en el que predominarían los sentimientos de retirada y apatía, relacionado con factores internos psicosociales; éstos autores crean la posibilidad de la existencia de varias manifestaciones de Burnout que serían retomados posteriormente.

Maslach y Jackson (1981) proponen que el Burnout se configuraba como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal; los estudios realizados por estas autoras no se apartan de la asociación del síndrome con variables del trabajo como condicionantes para su aparición; además que no solo tiene un aportación teórica, sino que es consecuencia empírica del estudio que ellas habían realizado.

En el mismo periodo de tiempo, Pines, Aronson y Kafry (1981) definieron el Burnout como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado porque la persona esta implicada durante varios periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente. Esta definición, que tiene soporte empírico dará lugar, al igual que en el caso de Maslach y Jackson (1986), a un inventario para la evaluación del síndrome, aunque presenta la ventaja de no contener exclusivamente el Burnout en el contexto organizacional; Pines, Aronson y Kafry (1981) introducen el termino "tedium", para diferenciar los estados psicológicos de presión diferentes; para ellos el Burnout sería resultado de la petición de la presión emocional, mientras que tedium sería resultado de una presión crónica a nivel físico, emocional y mental. El término tedium, sería más amplio que el de Burnout, ya que se caracteriza por sentimientos de depresión, vaciamiento emocional físico y una actitud negativa hacia la vida, el ambiente y hacia sí mismo, y ocurriría como resultado de un evento vital traumático, súbito y abrupto o como resultado de un proceso lento y gradual diario de desgaste. El síndrome sería padecido por otros profesionales de los trabajos relacionados con servicios humanos, mientras que tedium serviría para describir a las demás profesiones (centrándose en el contexto organizacional). La relevancia de esta diferenciación radica en que era la primera vez que el Burnout no se reduce a determinados trabajos, sino que se amplía, como indican Maslach y Jackson (1986) a las profesiones de "ayuda humana", donde se centralizo el origen del estudio del Burnout. A pesar de todo el desarrollo teórico de los autores mencionados, Burke y Richardsen (1996), no hicieron diferenciación entre Burnout y tedium, ya que para ellos los conceptos son idénticos en términos de definición y sintomatología.

El Burnout se ha asociado con estados físicos y mentales, en los que se combinan paulatinamente, etapas de diferentes procesos de enfermedad en términos de adaptación; por ejemplo: fatiga, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, baja autoestima, desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento (Burke, 1987; Pines y Aronson, 1988).

A partir de estas definiciones prácticamente ya no surgen conceptualizaciones teóricas originales de Burnout. Utilizando los resultados obtenidos de Maslach y Jackson (1981) para la comprensión del síndrome, sin haber tenido tanto eco la de Pines, Aronson y Kafry (1981); las siguientes definiciones que se aportan suelen girar en torno a la ofrecida por las autoras, y la asunción de la relación estrecha entre estrés ocupacional y burnout es aceptada casi unánimemente.

De acuerdo con Buendía y Ramos (2001), la consecuencia del Burnout es el colapso físico, emocional y cognitivo, lo que obliga a las organizaciones y a su personal a dejar el empleo (o a liquidar a una persona en su caso), a ser trasladados o tener una vida profesional presidida por la frustración y la insatisfacción; ya que es un proceso que voluntaria o involuntariamente desentiende al trabajador de su puesto de trabajo como respuesta al estrés y agotamiento experimentado.

Mingote (1997) señaló que predominan los síntomas disfóricos y el agotamiento emocional; destacan las alteraciones de conducta (despersonalización), se relaciona con síntomas físicos, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas, que median en deterioro de la calidad de vida. Gil-Monte y Peiró (1997), le dieron al síndrome una perspectiva psicosocial, en la que lo conceptualizaron como una respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza porque el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional reflejado especialmente en relación a las personas hacia las que trabaja, la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, y actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja.

### **1.1 Burnout, Estrés o Depresión**

Gil-Monte (2001) estableció que no debe confundirse al Burnout con estrés psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico (estresores); en el contexto de las organizaciones sanitarias son estresores especialmente relevantes para el desarrollo del síndrome las relaciones sociales de los profesionales de la salud con los pacientes y sus familiares.

De acuerdo a Ortega y López (2004) se trata de un síndrome clínico –laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se manifiesta en individuos aparentemente “normales” y finalmente se manifiesta por un menor rendimiento laboral y por vivencias de baja realización personal, insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional y para hacer la diferenciación entre Burnout y depresión, mencionan que la depresión reúne una serie de síntomas de bajo estado de ánimo generalizado en la persona mientras que el Burnout es temporal y específico en el ámbito laboral (Guerrero y Vicente, 2001). De la conexión entre estrés y Burnout, Álvarez y Fernández, 1991 (Cit. en Ortega y López, 2004), mencionaron que el Burnout es una consecuencia del estrés crónico experimentado en el contexto laboral, señalando que es una reacción al estrés en el trabajo en función de demandas y características de la ocupación.

### **2. Definición del Síndrome de Burnout o Desgaste Ocupacional**

El tema fundamental del Burnout fue su definición, la primera definición surgió en Estados Unidos a mediados de los años 70, para explicar el proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios (organizaciones de voluntariado, sanitarias, de servicios sociales, educativos, etc.) A lo largo de estos años se ha establecido que el síndrome es una respuesta al estrés laboral crónico que, aunque se puede desarrollar en todo tipo de profesionales, ocurre con relativa frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de esas organizaciones, deteriorando significativamente su calidad de vida laboral y consecuentemente la calidad del servicio que ofrece a la organización.

Para Gil-Monte (2001) el Burnout, es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional - cliente, y por la relación profesional – organización. 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 (Gil – Monte y Peiró, 1997; Gil – Monte, Peiró y Valcárcel, 1998).

El síndrome de Burnout trae resultados negativos para el sujeto que lo sufre así como para la organización que lo ha contratado; para el sujeto, puede traer alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlcera, insomnio, mareos, ansiedad, depresión, alcoholismo, tabaquismo, etc., y para la organización un deterioro en la calidad del servicio que otorga el trabajador, rotación de personal, ausentismo, problemas de asiduidad y hasta abandono del trabajo (Burke, 1998; Cordes y Dougherty, 1993; Golembiewski, 1982; Daniel y Pérez, 1999; Gil-Monte y Peiró, 1997; Manzano y Ramos, 1999; Mingote, 1997; Moreno y Oliver, 1993; Schaufeli y Dierendonck, 1995).

De acuerdo con Maslach y Jackson, (1981,86), el síndrome de Burnout fue definido como una respuesta al estrés crónico laboral típicamente encontrado en profesionales que trabajan en organización que prestan servicios y es entendido como un proceso que va inicia con cansancio emocional, seguido por despersonalización hasta llegar a la baja realización personal. Se trata de un proceso debido a que el trabajador no logra solucionar sus problemas relacionados con el síndrome por las técnicas personales a su alcance y los cambios de conducta y actitud son ineficaces. La definición tridimensional propuesta por Maslach y Jackson (1982a), parece ser la más aceptada y con base en ésta, el Burnout se ha considerado como un proceso por el orden que presenta y la gravedad de sus consecuencias.

## **2.1 Definición más aceptada para el Burnout**

Las tres dimensiones del Burnout se han establecido por Maslach y Jackson (1981, 1982b) son: *cansancio emocional*, que es la situación en la que los trabajadores ya no pueden dar más de sí mismos, sintiéndose emocionalmente agotados provocado por el contacto cotidiano con personas que se les atiende en el trabajo (clientes, alumnos, pacientes), en esta fase se tiene pérdida progresiva de energía, cansancio, desgaste y fatiga; *despersonalización*, aquí se desarrollan sentimientos negativos, así como actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas a las que se les otorga servicio en su trabajo, quienes son tratadas de manera deshumanizada causado por un endurecimiento afectivo, culpándolos de sus problemas, en esta fase la persona presenta irritabilidad, actitudes negativas así como respuestas frías e impersonales hacia las personas a las que otorga sus servicios y *baja realización personal*, es la disposición de los trabajadores a evaluarse negativamente afectando la habilidad para realizar su trabajo y la relación con las personas que atiende, son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo.

Existen dos modelos principales para explicar el proceso del Burnout: modelo de Leiter y Maslach (1988) y el modelo de Golembiewski y Munzenrider (1988).

### **2.1.1 Modelo de Leiter y Maslach**

El modelo de Leiter y Maslach (1988), propone que el síndrome se desarrolla en cuatro fases, iniciando con el cansancio emocional, como resultado de un desequilibrio entre demandas organizacionales y recursos personales, seguido por la despersonalización, que se convierte en una salida a la situación creada y finalmente se tiene la baja realización personal, resultado de la confrontación entre las estrategias de afrontamiento elegidas y el compromiso personal exigible en el trabajo asistencial o de atención al público (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

**2.1.2 Modelo de Golembiewski**

Para Golembiewski y sus colaboradores (Golembiewski, Hilles & Daly, 1986; Golembiewski & Munzenrider, 1988; Golembiewski, Schreb & Boudreau, 1993; Golembiewski, Sun, Lin & Boudreau, 1995) el síndrome es un proceso en el que los trabajadores pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión que los genera; apoyan la secuencia de Leiter (1991) como respuesta al conflicto con las experiencias y condiciones laborales, específicamente en situaciones de *sobrecarga laboral* representada por demasiada estimulación y grandes retos profesionales en un puesto y *pobreza de rol* que son los puestos en los que existe poca estimulación y escasos retos profesionales (Figura 2).

**Figura 2**  
**Proceso del Modelo de Golembiewski y Munzenrider (1988).**

Factores/Fases	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Despersonalización	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Realización pers.	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Cansancio emocio.	Bajo	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto

Existen otros modelos como el de Gil-Monte (1994), que integra síntomas del deterioro del sistema cognitivo; Eagly y Chaiken (1993), que explica funciones de las actitudes; Edelwich y Broadsky (1980), abordaron la función de la frustración, que se ha agregado a la construcción del síndrome y actualmente están siendo probados y desarrollados en situaciones de investigación.

Asforth y Raymond (1997), proponen que desafortunadamente el foco de la investigación referente al Burnout, se centra en tratarlo como un estado, más o menos estable como consecuencia de un conjunto de predictores limitados y estáticos, más que como un proceso, reconocido como un fenómeno que surge de la interacción de muchas variables; el descuido de tomar el Burnout como un estado radica en que de acuerdo a Cordes Dougherty y Blum (Cit. en Asforth & Raymond, 1997), al menos dos modelos de Burnout compiten directamente, el de Leiter y Maslach (1998), y el de Golembiewski y sus colaboradores.

Cordes, Dougherty y Blum (Cit. en Asforth & Raymond, 1997) concluyen que los datos del modelo de Leiter y Maslach, están mejor presentados que en el modelo de Golembiewski et al; en primer lugar el modelo de Leiter y Maslach, establece que la despersonalización se desarrolla por medio del flujo de energía emocional que conlleva al aumento del cansancio; en el modelo de Golembiewski no es claro como la despersonalización se desarrolla, únicamente menciona que es reforzada por las relaciones sociales con los clientes, las estructuras burocráticas y culturales. En segundo lugar el modelo de Leiter y Maslach argumenta que los estados de cansancio emocional son provocados frecuentemente por la interacción que se tiene con los problemas de los clientes, lo que a su vez proporciona que las personas quieran otorgar un servicio más idealista, propiciando alto riesgo de tener Burnout; el modelo de Golembiewski establece que se tiene despersonalización ante las o los clientes y baja realización personal, sin embargo no es claro como debería desarrollarse el cansancio emocional.

### **3. Formas de Medir el Síndrome de Burnout**

El Burnout en sus inicios fue descrito por técnicas proyectivas, entrevistas, observaciones clínicas, auto-informes y cuestionarios, recientemente estos métodos de evaluación han sido sustituidos por instrumentos de medición más confiables en términos de escalas para medir principalmente los tres factores de Leiter (1991). Los instrumentos más conocidos son las 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)

Efectos psíquicos del Burnout EPB (García, 1995).

Como puede observarse no existe una escala mexicana para medir Burnout. El instrumento más utilizado y confiable en México para medir estrés es el de Osterman y Gutiérrez (Cit. en Gutiérrez, Ito y Contreras; 2002) nombrado Salud Mental Estrés y Trabajo-SWS Survey, sin embargo, dicho instrumento abarca estrés laboral y otros factores de salud, pero no incluye el síndrome de Burnout bajo un modelo progresivo en términos de proceso.

El instrumento más utilizado es el MBI de Maslach y Jackson (1981,1986) que consta de 22 reactivos, se basa en los tres factores de Leiter (1991), sin embargo, de acuerdo con Schute, Toppinen, Kalimo y Schaufeli (2000) diversos estudios muestran que, las normas, puntuaciones y criterios presentan problemas con las clasificaciones de patología, clasificaciones diagnósticas y niveles de Burnout, ya que estos pueden diferir según las profesiones, el país y la cultura. Los autores recomiendan elaborar criterios culturales y puntos de corte clínicamente válidos que permitan hacer clasificaciones y diagnósticos individuales y no solamente muestrales a nivel estadístico. Además recomiendan

conservar la estructura factorial de los tres conceptos: despersonalización, baja realización personal y cansancio emocional; además Grajales (2000), menciona que el MBI ha tenido sus debilidades psicométricas las cuales dependiendo del autor que las retome, las considera aceptables mientras que otros lo han cuestionado parcial o totalmente.

Según Leiter (1991) diferentes medidas relativas a la cantidad de trabajo están vinculadas a la aparición del Burnout, tales como la carga de trabajo, el nivel de demanda experimentado, los que estarían vinculados al desgaste emocional, mientras que estaría desvinculado a la despersonalización y a la realización personal; Burke y Richardsen (1996) lo relacionan a organizaciones con sobrecarga de trabajo; Schwab, Jackson y Schuler (1986) lo vinculan al conflicto y a la ambigüedad de rol; Friesen y Sarros (1986) además del conflicto y ambigüedad de rol lo vincularon a actitudes negativas hacia los clientes o usuarios; Karasek (1979) propuso un modelo conocido como de latitud de la decisión o de demanda-control, el cual plantea que si el estrés es función directa de la intensidad de la demanda es función inversa de la amplitud del control o capacidad de decisión que el sujeto tiene de su propio trabajo; investigadores como Johnson (1989) y Johnson, Hall y Theorell (1989) lo han comprobado y desarrollado; según Pines, Aronson y Kafry (1981), la falta de autonomía también contribuye al Burnout.

Según Buendía y Ramos (2001) pocos han sido los trabajos dirigidos a analizar la influencia de las grandes variables organizacionales o de productividad y los que se han realizado, se han sido por parte de la psicología organizacional, tales como la cultura corporativa, el clima organizacional y los estilos directivos. De acuerdo con Winnubst (1993) la diferencia estaría entre una burocracia mecánica y una profesional, en la segunda con mayor participación de los profesionales, donde el Burnout estaría con estructuras estrechas y de poca definición de la competencia. Con relación al clima laboral, Gellerman (1960), Moos, Insel y Humphery (1974), Berkman (1985) y Moreno (1993), a partir de varios estudios proponen que la relevancia de las redes sociales como la pareja, amigos, familiares, grupos sociales y religión con la morbilidad es muy fuerte, sobre todo en momentos de crisis, lo que fue confirmado por Marcelissen (1987) quien comprobó que el escaso apoyo social es un factor importante del estrés, también confirmado por Leiter y Maslach (1988). Aunque también ha habido resultados contrarios como los de Schwarzer y Lepping (1989). Para Buendía y Ramos (2001), el apoyo social

permite al individuo sentirse querido, estimado y valorado, permitiéndole participar en una red de comunicación y de obligaciones. El individuo percibe el apoyo social y con base en este se puede proteger de la aparición de trastornos físicos y psicológicos; el apoyo social que presenta un individuo puede ser “formal” e “informal”, el primero puede ser conformado por intervenciones médicas, en crisis y los sistemas de rehabilitación, el segundo incluyen diversas redes sociales que se crean de forma natural como las familiares, religiosas, de ocio y laborales. Los estudios realizados por Buendía, 1990 (Cit. en Buendía y Ramos, 2001), mencionan que las personas con un nivel relativamente alto de apoyo social, presentan síntomas psicológicos y físicos menores que las personas con bajos niveles de apoyo social. Menezes, 2000 (Cit. en Buendía y Ramos, 2001), propuso que existen indicios de que las personas con pareja estable, amigos y familia que les proporcionen recursos materiales y psicológicos tienen mejor salud que aquellos con un contacto social pobre. Cohen y Sabih, 1985 (Cit. en Buendía y Ramos, 2001), han señalado que el apoyo social podría actuar como variable moderadora de los efectos negativos del estrés, el estrés laboral y el Burnout.

Cox, Kuk y Leiter (1993) han propuesto que el Burnout se asocia con organizaciones que llaman poco saludables a partir de las concepciones desfavorables que tienen los trabajadores de las mismas, concibiendo que existen organizaciones patógenas, también denominadas organizaciones neuróticas (Kets & Miller, 1993). En el terreno de la personalidad y salud, el Burnout ha sido asociado más con un patrón de personalidad que con un tipo de personalidad por lo que es necesario realizar investigación que vincule diversos modelos de personalidad al proceso en sus diferentes situaciones psicosociales. Cherniss (1980) propuso que más que personalidad se deberían de buscar formas de orientación en el ámbito laboral, lo que podría estar vinculado a tipos de personalidad [vgr. Orientación profesional de Holland y Big Five (Uribe-Prado, 2002)], es decir, con formas de orientación a trabajo, actitudes o estilos profesionales. Cherniss (1980), no ignora la función de la personalidad, solo la baja de nivel frente a la orientación profesional, lo que dio lugar a que propusiera cuatro estilos profesionales: activistas sociales, centrados en sus carreras, artesanos y esforzados.

#### **4. Desgaste Ocupacional y su Relación con Variables Demográficas**

Buendía y Ramos (2001) proponen que los datos entre Burnout y variables demográficas varían de unos estudios a otros. En estudios de Maslach y Jackson (1985) y los de Burke y Greenglass (1989) en cuanto a la variable *sexo*, las mujeres tienen puntuaciones significativas altas en cuanto a cansancio emocional y baja realización personal y los hombres tiene puntuaciones altas en despersonalización, además muestran actitudes negativas hacia los clientes a diferencia de las mujeres.

Para la variable *edad*, Buendía y Ramos (2001) establecieron que existía una relación negativa entre edad y desgaste ocupacional; mientras más años se ejerciendo la profesión es menos probable la aparición del desgaste ocupacional, por lo que las personas más jóvenes tienden a experimentar mayores niveles de cansancio emocional que los veteranos; esto coincide con Cordes y Dougherty (1997) quienes realizaron un estudio en el que se observó que cuando los individuos adquirían experiencia laboral, tendían a desarrollarse de una manera más o menos estable y se sentían satisfechos al tener un acomodo con el trabajo que realizaban y la organización, de lo que derivan que no es casualidad que las personas mayores tiendan a manifestar niveles más bajos de Burnout que los jóvenes. Por otro lado variables como el estado civil, nivel de educación, años de experiencia profesional no parecen influir en el desgaste ocupacional, sin embargo algunos estudios muestran que los casados experimentan menos desgaste ocupacional que los solteros, viudos o divorciados, además el nivel educacional alto se asocia con mayor frecuencia e intensidad al cansancio emocional.

Paine en 1982 (Cit. en Gil-Monte, 2005), propuso que cuando se manifiesta el desgaste ocupacional, se desarrollan conducta de excesos como el consumo de barbitúricos, estimulantes y otro tipo de sustancias como café, tabaco y alcohol; además de que se presentan cambios en los valores y creencias de las personas. Daniel y Pérez en 1996 mencionaron que el consumo elevado de tabaco se relaciona de manera directa con el desgaste ocupacional, en su estudio se observa que los médicos fumadores de más de veinte cigarros al día, presentan un grado mayor de desgaste ocupacional que los fumadores de cantidades menores.

Dale, Carlozzi y Stein (1999), encontraron en una muestra de psicólogos, que la edad tiene una correlación inversa con cansancio emocional y despersonalización y género con despersonalización. Vilorio y Paredes (2002) en una muestra de profesores obtuvieron que las variables como estado civil, tener o no hijos, escolaridad, no muestra diferencias estadísticamente significativas y edad y sexo están relacionadas con el Burnout. Chau-wai y So-Kum (2003) también encontraron diferencias estadísticamente significativas para la variable edad, sin embargo no encontraron consistencia en los datos para las variables de género, estado civil y número de hijos.

Gil-Monte (2005) resalta la influencia del sexo sobre el desgaste profesional a diferencia de la variable edad que no muestra resultados concluyentes; el estado civil y número de hijos, no han mostrado consistencias en los diferentes estudios longitudinales que analizan relaciones causales entre variables; Manzano en 1998 (Cit. en Buendía y Ramos, 2001), no encontró evidencia empírica que apoye que los sujetos con pareja presenten niveles más bajos de estrés laboral frente a los sin pareja; que el número de hijos se relacione con el estrés ocupacional: a mayor número de hijos mayor nivel de estrés. Martínez y López (2005) en una investigación realizada con enfermeras mexicanas encontraron diferencias estadísticamente significativas para el estado civil, donde los casados presentan niveles más altos de despersonalización y los solteros niveles moderados.

## **SÍNTESIS**

Las organizaciones deben considerar el fenómeno del desgaste ocupacional, debido a que cuando se presenta en los trabajadores, se ve afectada de manera directa, ya que puede tener pérdidas en la productividad y en el personal que otorga servicios.

La diferencia entre el Burnout y depresión, radica en que cuando se tiene el síndrome, la persona sigue activa en su trabajo, manifestando conductas de apatía, robotización, cansancio físico y mental (Buendía y Ramos, 2001). En el momento en que la persona manifiesta depresión ya no puede realizar ninguna actividad, tanto en el ámbito laboral como social; Maslach y Jackson (1981), describen el fenómeno del Burnout como un síndrome tridimensional, que es manifestado por diferentes características que son agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal. Las investigaciones posteriores toman como referencia a estas autoras para abordar el síndrome.

Factores como el apoyo social y las alteraciones somáticas de los individuo que tiene el síndrome, parecen influir en manera determinante para que este se detone, sin embargo, no existe la evidencia empírica que lo demuestre, retomándolos en la medición del Burnout.

Con base en las investigaciones previas del Burnout y debido a que no existe un instrumento que mida Burnout con estandarización, validez y confiabilidad, elaborado para la población mexicana, se considera necesario llevar a cabo la construcción del mismo; retomando el modelo tridimensional de Leiter y Maslach (1988) que incluye el cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal que de acuerdo a Ashforth y Raymond (1997), explica mejor como es que se establece dicho proceso.

La psicología tiene un lugar importante al abordar el Burnout, ya que lo que se busca es el bienestar biopsicosocial de las personas trabajadoras para que puedan ser eficientes en sus puestos y la organización cuente con personas que puedan realizar su trabajo sin enfrentarse al proceso del Burnout, sin embargo para lograr esto, es necesario antes de tener un tratamiento o un modelo de intervención, detectar el síndrome para saber si se presenta en la población mexicana.

Al conocer las características del desgaste ocupacional y las diferencias estadísticamente significativas que han encontrado diferentes autores, se tiene un punto de partida más claro para poder familiarizarse con él y seguir aportando nueva investigación, a pesar de que el instrumento más utilizado es el MBI, tiene debilidades psicométricas para algunos autores, mientras que para otros no; al realizar investigación en la población mexicana se considera que es aceptable elaborar un instrumento que mida desgaste ocupacional, ya que al utilizar el MBI se tendría que estandarizar y si el trabajo está implícito ¿Por qué no elaborar un instrumento completamente dirigido a la población mexicana?

### **CAPITULO III**

### **PSICOMETRIA**

La psicometría tuvo un desarrollo amplio; diferentes autores dieron su aportación para que se convirtiera en un método que se puede utilizar en la actualidad dentro de la investigación psicológica; el surgimiento de los primeros test de inteligencia fundamenta la aparición de los instrumentos actuales, además de la implementación de pruebas para identificar aptitudes, sentimientos o actitudes.

Las pruebas psicológicas deben tener como características la confiabilidad y validez, que son identificadas con métodos estadísticos. La construcción de pruebas psicométricas consta de diferentes pasos, que al ser elaborada de manera adecuada puede someterse al análisis de datos pertinente, de acuerdo a sus características.

Para diseñar pruebas psicométricas es necesario seguir una serie de pasos propuesta por distintos autores, los cuales se pueden tomar como guía y obtener pruebas confiables y validas, al decidir que se quiere construir una prueba es necesario claro cual es el propósito que fundamenta la construcción de la prueba para poder tomarlo como partida y el test tenga coherencia a lo largo de su elaboración, además de que el constructo que se quiere medir tenga un fundamento teórico.

El análisis factorial es un método utilizado por diferentes investigadores, para obtener la confiabilidad y validez de instrumentos, por lo que ha adquirido reconocimiento hasta la fecha.

## 1. Desarrollo de la Psicometría

Las matemáticas son reconocidas como una ciencia universal, contando con leyes lógicas y precisas que tienen su propia sintaxis. Cuenta con una predicción y seguridad de los datos que son confiabilidad y validez. Los instrumentos y métodos de medidas se han utilizado siempre en el terreno de las ciencias de la naturaleza, pero hasta el siglo XIX comenzó a aplicarse en las ciencias sociales y psicológicas.

Según Cerda (1984), la psicometría es el conjunto de métodos e instrumentos de medida que se utilizan para la investigación, descripción y comprobación de datos sobre el comportamiento psíquico. Cuando inicia la psicología experimental, surgen las primeras aplicaciones de la psicometría para realizar investigación en psicofisiología humana y posteriormente fue utilizada en psicología diferencial donde se desarrollan los tests mentales, los cuales se convirtieron en instrumentos considerados como métodos psicométricos.

Antes del siglo XIX se habían realizado investigaciones en diferentes áreas sensoriales para obtener diferencias cuantitativas. Weber (Cit. en Cerda, 1984) publicó sus trabajos acerca de las relaciones entre estímulos y respuestas sensoriales, postulando las leyes del umbral absoluto y umbral diferencial. Fechner (Cit. en Cerda, 1984) estableció la fórmula que expresa matemáticamente la medida de la intensidad de las sensaciones que indica que la intensidad de la respuesta sensorial es proporcional al logaritmo del estímulo, además adoptó métodos experimentales e ideó otros para proporcionar mayor exactitud a sus investigaciones psicofisiológicas; la psicología experimental buscaba que la psicología fuera reconocida como una ciencia objetiva que tuviera métodos de medición. Wundt y Titchener (Cit. en Hothersall, 1997) querían fundamentar la psicología en la física de Newton para formar la nueva ciencia. Wundt logra que la psicología sea reconocida como una ciencia independiente y experimental, ya que en su laboratorio fundado en Leipzig realizaba investigación en psicología fisiológica, que estaba considerada dentro de la psicología experimental, utilizaban aparatos que otorgaban una medición real de los procesos estudiados. Cerda (1984) menciona que diferentes trabajos elaborados por Wundt buscaban la interrelación de las sensaciones con las percepciones y las palabras con las ideas, estableciendo la unión entre la psicología

fisiológica y la psicología introspectiva. Catell (Cit. en Cerda, 1984) se interesó por los mecanismos de la atención y la asociación de palabras, elaborando tablas de frecuencias para las respuestas a ciertas palabras-estímulo y realizando trabajos en psicología diferencial, además se le atribuye el término “test mental” que fue utilizado por primera vez en 1890, combinaba la psicología experimental y la psicometría, sus primeras pruebas eran de aplicación individual.

Los psicólogos experimentales fueron los primeros en abordar la psicometría, sin embargo cuando aparece el término de test mental se produce un desarrollo en ésta área, fortaleciendo lo que actualmente se conoce como métodos psicométricos.

De acuerdo a Cerda (1984) los métodos psicométricos son los procedimientos estadísticos en que se basa la construcción de tests, elaboración y presentación de los datos de las investigaciones psicológicas, las cuales se fundamentan en concepciones matemáticas de probabilidad.

Bernoulli (Cit. en Cerda, 1984), fue el primero que publicó sus aportaciones acerca del estudio del azar. Los científicos que comenzaron a interesarse en estos temas fueron principalmente físicos, matemáticos y astrónomos como Laplace (Cit. en Cerda, 1984) que realizó trabajo básico sobre cálculo de probabilidad, Gauss (Cit. en Cerda, 1984) que dio a conocer la utilidad de la curva normal para la distribución de medidas y el estudio de errores que acompañan a la observación científica.

Los intentos por conocer que determinaba la inteligencia llevó a Galton (Cit. en Cerda, 1984) a desarrollar algunas pruebas psicométricas para comprobar su idea de que la inteligencia era transmitida de forma hereditaria, sus pruebas consistían en discriminación sensorial, motriz y otros procesos psíquicos, además desarrollo procedimientos estadísticos sencillos en relación con problemas de distribución y de correlación para ser aplicados a sus trabajos experimentales.

A finales del siglo XIX, se estableció la fórmula para la obtención del coeficiente de correlación por Pearson (Cit. en Cerda, 1984), la cual mide el grado de concordancia o discrepancia entre dos series de variables, además de que desarrolló otros métodos de estadísticos. El método estadístico del análisis de varianza fue una aportación de

Fischer, la cual permite averiguar la influencia relativa de diversas variables sobre un dato o fenómeno a investigar. Cuando apareció el trabajo de Spearman (Cit. en Cerda, 1984), de la aplicación del coeficiente de correlación de Pearson a los resultados de diversos tests, pone los fundamentos del análisis factorial, método que haría aportaciones a la psicometría.

La psicología carecía de aceptación científica debido a que no podía medir sus investigaciones y éstas no aportaban más allá de observaciones, con el desarrollo de la psicometría, la psicología cuenta con métodos y procedimientos que le dan base científica a la investigación que realiza.

### **1.1 Definición de test**

Test se deriva del latín *testis*, es una palabra inglesa que significa prueba. La palabra test se utiliza sin traducir en la mayoría de los países del mundo y sirve para elegir una modalidad de exploraciones muy extendida en diversos campos científicos y técnicos, como en el campo psicológico (Cerda, 1984).

Pichot (Cit. en Cerda, 1984) propone una definición amplia, define que test es una situación experimental estandarizada, sirviendo de estímulo a un comportamiento, el cual se evalúa mediante una comparación estadística con el de otros individuos colocados en la misma situación, clasificándolo cuantitativamente o tipológico.

Esta definición es muy amplia en el sentido que propone una situación experimental que debe estar claramente definida, para cuando se realice la aplicación del test en otras ocasiones, no varíen las condiciones de administración; el test sirve de estímulo a un comportamiento, se debe registrar el comportamiento con precisión y objetividad y dicho comportamiento se debe comparar con el que previamente se ha manifestado por un grupo de individuos cuyas características se determinaron por medio de tablas estadísticas con normas que permiten conocer los datos, conocidas como normalización o estandarización del test. Por último el test tiene como objetivo clasificar el comportamiento del sujeto y dará a conocer su posición en comparación con un grupo-patrón preestablecido, en diferentes niveles que van desde muy superiores hasta por debajo del promedio.

## **1.2 Las primeras Pruebas Psicométricas**

Las personas con retardo mental fueron las que propiciaron el desarrollo de instrumentos o pruebas que permitieran hacer comparaciones con las “insanas” en el siglo XIX, las personas de “insanas” y con retardo mental eran torturadas y sufrían por el descuido, evidentemente se tenía que hacer una distinción entre ambas y surgió la necesidad de separarlas para que las personas con retardo mental tuvieran otro tipo de atención. Anastasi y Urbina (1998) mencionan que las personas insanas padecían trastornos emocionales que podían o no acompañarse por un deterioro intelectual a partir de un nivel normal, las personas con retardo mental serían aquellas que tenían como principal característica una deficiencia intelectual que estaba presente desde su nacimiento o la primera infancia. Esquirol fue un médico que se interesó por dicha distinción, señalando que existen diferentes grados y niveles de retardo mental, que fluctúan desde la normalidad hasta la idiotez profunda, probó varios procedimientos y concluyó que el habla era un criterio más confiable para obtener el nivel intelectual del individuo. En la misma línea de investigación con personas con retardo mental, Seguin no estaba de acuerdo con la idea de que el retardo era incurable y realizó diversas investigaciones y creó técnicas de entrenamiento sensorial y muscular que fueron adoptadas por diferentes instituciones, algunos de sus procedimientos fueron agregados a los tests de inteligencia no verbal o de ejecución.

Binet (Cit. en Anastasi y Urbina, 1998) recomendaba que los alumnos que no lograban responder a la educación normal fueran evaluados antes de expulsarlos y fueran reubicados para recibir educación especial.

La contribución de la psicología experimental para el desarrollo de tests fue el hecho de que dentro del movimiento psicométrico se exigía un riguroso control sobre las condiciones en las que se realizaban las observaciones.

Anastasi y Urbina (1998) consideran que Galton influyó en el desarrollo de la psicometría al realizar investigación acerca de la inteligencia heredada, además de que fue pionero en la aplicación de escalas de clasificación y cuestionarios, así como el uso de la técnica de asociación libre. Algunos investigadores proponían que era necesario obtener una medida de las funciones intelectuales con el uso de instrumentos que permitieran medir con precisión y exactitud las funciones simples.

Los tests de inteligencia surgieron con Binet y Simon (Cit. en Cerda, 1984), quienes construyeron la escala Binet-Simon que constaba de 30 problemas o tests ordenados en grado de dificultad creciente. Las pruebas que conformaban el test ponían énfasis en el juicio, comprensión y razonamiento que eran considerados los componentes principales de la inteligencia, la primera escala tuvo grandes modificaciones para ser utilizada con aceptación y tuvo una tercer revisión que no arrojó grandes cambios. Terman y Merrill, realizaron una revisión de la escala de Binet denominándola "Terman-Merrill" o "Nueva Revisión Stanford". La Escala Wechsler Bellevue fue la primera versión que se hizo con una estandarización para adultos en función de su edad cronológica.

Las pruebas que se han mencionado tienen como característica que son escalas individuales, sólo se pueden aplicar a una persona y después a otra, además de que requieren de un aplicador capacitado, son instrumentos clínicos para el uso de casos individuales, ante estas características fue necesario desarrollar las pruebas colectivas o pruebas de grupo. Estas pruebas surgen en la primera guerra mundial con el desarrollo de los tests del ejército "Army Tests" que tiene dos formas "alfa" y "beta".

A pesar de que las pruebas de inteligencia trataban de abarcar todos los aspectos, no fue posible, y fue necesario recurrir a otro tipo de pruebas para medir aspectos como la aptitud.

Anastasi y Urbina (1998) mencionan que antes de la primera guerra mundial los psicólogos admitían la necesidad de contar con pruebas de aptitudes especiales que complementarían las pruebas de inteligencia, con el desarrollo del análisis factorial se implementaron las baterías de aptitudes múltiples, que proporcionarían una medida de la posición del individuo en una serie de rasgos; en el área escolar, se implementaron pruebas de aprovechamiento estandarizadas para conocer el avance de los alumnos, además se redujo la duplicidad de los exámenes de admisión presentados por los estudiantes de nuevo ingreso a la universidad. Las pruebas psicológicas de personalidad, se implementaron para poder medir los estados emocionales, relaciones interpersonales, motivación, intereses y actitudes.

## **2. Características de las Pruebas Psicológicas**

Las pruebas psicológicas deben de contar con dos requisitos indispensables para que puedan ser aplicadas y tengan una aceptación en el ámbito de la psicología, como en cualquier otra área. Se trata de la confiabilidad y validez que tienen características muy particulares.

### **2.1 Confiabilidad**

Autores como Cerda (1984) y Herrans (1985) coinciden en que la confiabilidad de una prueba psicológica es la consistencia de medidas repetidas de un mismo individuo o de un grupo de individuos en condiciones similares.

Anastasi y Urbina (1998) definen a la confiabilidad como la consistencia de las puntuaciones obtenidas por las mismas personas cuando son examinadas en diferentes ocasiones con el mismo test. La medición de la confiabilidad de una prueba permite estimar qué proporción de la varianza total de las puntuaciones se debe a la varianza de error. De acuerdo a estos autores es necesario especificar las características de la muestra normativa, ya que la confiabilidad establecida caracteriza a la prueba cuando se aplica en condiciones normales a personas similares a las que formaron la muestra normativa u original; mencionan que las categorías de confiabilidad pueden expresarse en términos de un coeficiente de correlación, ya que todas tienen un grado de consistencia entre dos conjuntos de puntuaciones obtenidas independientemente. Yela

(1997) explica que el coeficiente de correlación es un índice que señala la variación acompañada de dos series. Si dos series varían en el mismo orden, el coeficiente de correlación entre ellas es 1, si varían en orden inverso, el coeficiente de correlación es -1, si no hay relación en el orden de variación de una serie con respecto a otra, el coeficiente de correlación es cero.

Muñiz (1996) propone que el objetivo central de la confiabilidad es la estimación de los errores cometidos al medir variables psicológicas, retoma a Thorndike (Cit. en Muñiz, 1996), quien establece que las mediciones que se realizan en el campo de la física, biología o en ciencias sociales, contienen cierta cantidad de error aleatorio que siempre está presente en cierto grado.

### **3. Métodos para obtener la Confiabilidad**

La confiabilidad de un instrumento puede ser obtenida utilizando diferentes métodos, los cuales tienen diferentes características pero, todos buscan obtener un instrumento que pueda ser utilizado en investigaciones posteriores.

#### **3.1 Confiabilidad Test-Retest**

La confiabilidad test-retest es el método consistente en aplicar el mismo instrumento dos ocasiones a un individuo o grupo de individuos. El coeficiente de correlación son los resultados de las mismas personas en las dos aplicaciones de la prueba y la varianza de error son las fluctuaciones aleatorias de la ejecución de la prueba de una sesión a otra, que pueden venir de las condiciones no controladas de la aplicación, Anastasi y Urbina (1998), plantean que la confiabilidad retest aporta el grado en el que los resultados de una prueba pueden generalizarse en otras ocasiones, entre mayor sea la confiabilidad menos susceptibles serán los resultados a los cambios en la condición cotidiana de los examinados o en el entorno en que se aplica.

### **3.2 Confiabilidad de Formas Alternas**

Los individuos pueden ser examinados con distintas formas cada ocasión que se les aplique una prueba. La forma que se utiliza en la primera sesión es equivalente a la segunda. Anastasi y Urbina (1998) mencionan que el coeficiente de confiabilidad de la prueba es la correlación entre las dos formas, que mide la estabilidad temporal y la consistencia de las respuestas a diferentes muestras de reactivos, combinando dos tipos de confiabilidad, agregan la necesidad de tener una descripción de las experiencias intermedias relevantes, además plantan que cuando la aplicación de las formas es sucesión inmediata, la correlación muestra confiabilidad sólo entre formas, no entre ocasiones. La varianza de error no representa fluctuaciones temporales sino que representa fluctuaciones en el desempeño de un conjunto de reactivos a otro Herrans (1985) establece que para estas aplicaciones es necesario señalar el lapso de tiempo transcurrido entre las dos formas.

### **3.3 Confiabilidad de División por Mitades**

Cerda (1984) describe que el método de división por mitades consiste en realizar una sola aplicación de la prueba y cuando se obtengan las respuestas, dividir los elementos de la prueba en dos partes equivalentes, puntuarlas por separado y calcular su correlación. Anastasi y Urbina (1998) mencionan que la confiabilidad de este método proporciona una consistencia del contenido muestreado, pero no de la estabilidad temporal de las puntuaciones ya que el procedimiento consiste en una única aplicación de la prueba, debido a que únicamente se requiere una sola aplicación de una única forma, a este tipo de coeficiente se le conoce como coeficiente de consistencia interna. La varianza de error esta representada por cualquier diferencia entre las puntuaciones de una persona en las dos mitades de la prueba.

### 3.4 Confiabilidad de Kuder-Richardson

Este tipo de confiabilidad, requiere solo una aplicación de una única forma, se fundamenta en la consistencia de las puntuaciones a todos los reactivos de la prueba, la técnica se basa en el examen del desempeño de cada reactivo. La consistencia entre reactivos tiene dos fuentes de varianza de error, primero es el muestreo de contenido y segundo la heterogeneidad del área de conducta muestreada (Anastasi y Urbina, 1998).

El coeficiente de confiabilidad de Kuder-Richardson se obtiene por medio de la fórmula que lleva su nombre y se aplica en pruebas cuyos reactivos se califican como aciertos o errores o con algún otro sistema de todo o nada.

### 3.5 Coeficiente alfa

De acuerdo a Muñiz (1996) el coeficiente alfa es el método más frecuentemente elegido para determinar el coeficiente de confiabilidad de las pruebas o escalas. Este coeficiente se calcula aplicando una sola vez la prueba y su valor depende del grado en que los reactivos de la prueba covarían entre sí, depende de la consistencia interna de la prueba, que es entendida como intercorrelación entre los reactivos.

El coeficiente alfa se aplica a pruebas cuyas opciones de respuesta varían en diferentes escalas como “rara vez”, “algunas veces” o “nunca” (Anastasi y Urbina, 1998).

## 4. Variabilidad y el Coeficiente de Confiabilidad

El grupo en el que fue medido el coeficiente de correlación afecta su tamaño. El grado de las diferencias individuales del grupo influye en cualquier coeficiente de correlación, por lo que es necesario tener un manual de la prueba que incluya las características para la muestra que fue diseñada, cada vez que se quiera utilizar alguna prueba para una muestra diferente es necesario volver a determinar el coeficiente de confiabilidad. Se puede recurrir a la estadística para determinar el coeficiente de confiabilidad con determinadas fórmulas que se espera cuando la desviación estándar del grupo aumenta o disminuye, sin embargo Anastasi y Urbina (1998) proponen que es preferible volver a

calcularlo con un grupo que sea comparable al que va a resolver la prueba; mencionan que otra fuente que afecta al coeficiente de confiabilidad es el nivel de habilidad con el que cuentan los sujetos al aplicar la prueba, dicho nivel se descubre aplicando la prueba a grupos que difieran en edad o nivel de habilidad.

## **5. Validez**

Autores como Herrans (1985) y Cerda (1984) coinciden en la idea de que la validez de una prueba psicológica es el grado en el que mide lo que se propone medir, para Messick, 1989 (Cit. en Muñiz, 1996) establece que la validación de una prueba tiene como componentes todas las cuestiones experimentales, estadísticas y filosóficas por medio de las que se evalúan las hipótesis y teorías científicas.

La validación de una prueba psicológica requiere de la obtención de evidencias a favor de la existencia del constructo de interés así como la demostración de que la prueba es un instrumento adecuado para medir dicho constructo, la cual se demuestra con un coeficiente de validez de la prueba, la correlación con el criterio que se intenta predecir, se ve afectado por factores como la variabilidad de la muestra en que se obtiene la confiabilidad de la prueba como del criterio.

### **5.1 Validez de Contenido**

La validez de contenido, se utiliza en las pruebas de aprovechamiento académico, y se refiere a que los reactivos que contengan las pruebas coincidan con los objetivos educativos que han sido establecidos por los educadores (Herrans, 1985). De acuerdo con Paz (1996), en este tipo de validez se toma la puntuación de un sujeto como indicador de la variable o variables que la prueba pretende evaluar y no como un predictor de conductas ajenas a la prueba; el grado en que los reactivos representan el dominio de contenidos o conductas, determinan la validez de la prueba.

Para Messick, 1975 (Cit. en Paz, 1996) este tipo de validación depende de los juicios que hagan los expertos acerca de los reactivos que conforman la prueba, por lo cual no se trata de un concepto estadístico; además la validez de contenido proporciona evidencia a favor de la representatividad del contenido de la prueba, más que de las inferencias realizadas por la misma, no es una validez verdadera, aunque la relevancia del contenido y de la representatividad del mismo pueden influir en la naturaleza de las inferencias apoyadas por otras evidencias.

### **5.2 Validez Predictiva**

La validez predictiva es el grado hasta el cual la ejecución en una prueba se puede utilizar de manera eficiente para predecir eficazmente la conducta futura de las personas que han sido examinadas, este tipo de validez debe señalar los coeficientes de validez predictiva para cada tipo de predicción que se pretenda realizar con el mismo examen y es esencial en las pruebas de inteligencia (Herrans, 1985).

### **5.3 Validez Concurrente**

Paz (1996), establece que este tipo de validez consiste en utilizar una muestra de trabajadores de un puesto para el que quería hacerse la selección, obteniéndose simultáneamente las medidas de la prueba y del criterio, entendiéndose a la validez como un concepto estadístico, donde se obtiene un coeficiente de correlación entre las puntuaciones de la prueba y el intento de tener medidas objetivas del criterio que se intenta predecir con el mismo.

#### **5.4 Validez Factorial**

De acuerdo a Herrans (1985) la validez factorial de una prueba se define por su grado de saturación en un factor y se determina mediante un análisis factorial, la saturación factorial del test es equivalente a su correlación con un factor previamente establecido; este tipo de validez es cuestionado debido a que los factorialitas no utilizan los resultados que obtienen para rechazar o confirmar hipótesis y se limitan a aislar y describir factores; diferentes autores están a favor de trasladar el problema de la validación de los factores al marco de la realidad empírica y dicho proceso se fundamenta en lo que Eysenck (Cit. en Herrans, 1985) denominó método del análisis criterial, donde se busca el valor predicativo de las pruebas en situaciones reales.

#### **5.5 Validez de Constructo**

Paz (1996) menciona que la validez de constructo fue la primera versión de los estándares actuales y es el grado en que cada prueba refleja el constructo que pretende medir y en que las relaciones entre pruebas que miden diferentes constructor reflejan las relaciones hipotetizadas entre ellas; además establece que la mayoría de los autores coinciden en que el único tipo de validez admitida es la de constructo, ya que de acuerdo con Messick, 1989 (Cit. en Paz, 1996) la validez de criterio y contenido están subsumidas en la validez de constructo. Para demostrar la existencia de un constructo hipotético, es necesario que esté incluido en una teoría y puesto en conexión con otros constructos por medio de hipótesis relacionales.

## 6. Construcción de Pruebas Psicométricas

La construcción de una prueba psicológica, demanda ciertas características mediante las cuales se pueda obtener la confiabilidad y validez de la misma. Martínez (1995) propone la existencia de diferentes fases para la construcción de una prueba psicológica:

- Identificar el propósito o finalidad para que se utilizarán las puntuaciones del instrumento.
- Especificar “a priori” las principales restricciones con las que operará el instrumento.
- Identificar las conductas observables representativas del constructo.
- Preparar un conjunto de especificaciones de contenidos, para proseguir con la construcción del instrumento y las proporciones de ítems para cada uno de los aspectos identificados y especificados de las conductas representativas del constructo.
- Especificar el formato de los reactivos del instrumento.
- Especificar un plan de tratamiento de los reactivos propuestos y para seleccionar los que conformarán en el instrumento de manera definitiva; especificar la muestra y tipo de muestreo con el se realizará el estudio de los reactivos (estudio piloto).
- Especificar los valores estadísticos que se calcularán para la versión definitiva del test, fijando los niveles deseados de dificultad de los reactivos y su confiabilidad y validez.
- Planificar los procedimientos que se utilizarán en la tipificación o construcción de normas del test.
- Diseños de recolección de datos y técnicas de análisis que se utilizarán para evaluar la confiabilidad, validez, análisis de sesgos del ítem, etc.
- Diseño del manual del instrumento y de los materiales auxiliares necesarios.

Cuando se cumple con todas las fases se tiene que el instrumento ha pasado por un análisis exploratorio y un confirmatorio para poder establecer los criterios y normas del mismo.

## 6.1 Construcción de Reactivos

Cuando se comenzaba a construir pruebas psicométricas, se consideraba que la redacción de reactivos era para especialistas en un área sustantiva que del metodólogo, actualmente esto ha cambiado y los interesados en construir pruebas, pueden consultar diferentes fuentes para conocer el constructo que se quiere medir.

Se debe de identificar cual es el propósito del test y una vez que se identifica se prosigue a la elaboración de los reactivos. El propósito del test puede ser la *medición de un constructo teórico*, el que mida un rasgo a partir de las definiciones más relevantes que provengan de una teoría sólida, lo que se busca con este propósito es contar con un test que tenga como prioridad una validez de constructo alta; *evaluación académica o conductual*, que son las pruebas que se utilizan para evaluar el rendimiento académico y la evaluación conductual; *selección de personal*, las pruebas son diseñadas para identificar a los sujetos que tienen características psicológicas adecuadas para ser contratados en una empresa u obtener algún beneficio dentro de la misma; *clasificación diagnóstica*, se construyen pruebas para asignar categorías diagnósticas o a las ocupaciones o tipos de instrucción más adecuados de sus características psicológicas. La elección del propósito de la prueba es definir un dominio específico de indicadores conductuales que sirven de fundamento para el reactivo (Prieto y Delgado, 1996).

### 6.1.1 Pasos para la Construcción de Reactivos

De acuerdo a Prieto y Delgado (1996), hay una serie de pasos que se deben seguir para poder redactar de manera adecuada los reactivos.

El primer paso que se debe seguir para la construcción de reactivos es, saber a que tipo de población va dirigida la prueba, conocer cuales son las características de la población, los que inciden tanto en la definición del contenido, como el estilo o las características formales de los reactivos.

Una vez que se ha identificado el propósito de la prueba o el tipo de inferencia que se realizará, se debe analizar los atributos internos del test, lo primero es identificar el *dominio* que es el conjunto de indicadores adecuados para representar el nivel de los sujetos en el constructo, para disminuir los errores en la **definición de dominio** se recomienda definir un dominio de conductas (una serie de conductas que son representativas del constructo que se quiere medir) por medio de: *Análisis de contenido*, que permite estudiar respuestas abiertas que permite identificar las categorías conductuales más representativas de un constructo; *revisión bibliográfica*, que son las conductas más utilizadas por otros investigadores para definir el dominio y generar reactivos representativos; *incidentes críticos*, analiza los patrones característicos de los extremos del continuo que se pretende medir, realizando la redacción de los reactivos permitiendo colocar a los sujetos en un atributo determinado; *observación natural*, se observa las situaciones cotidianas en las que se presenta el constructo identificando indicadores que no habían sido detectados incluyendo validez ecológica a las tareas; *opinión de profesionales*, es útil para obtener información de primera mano por medio de entrevistas o cuestionarios; *objetivos de la instrucción*, son utilizados para construir pruebas de conocimientos o rendimientos después de un período de instrucción. El **tipo de soporte** está proporcionado por el tipo de constructo que se mide y la población a la que se dirige, es el soporte físico en el que se presentan los reactivos y el registro de las respuestas. El **tipo de formato**, se puede determinar revisando instrumentos similares contruidos por otros autores, además de revisar cual es el formato más adecuado para el constructo que se esta midiendo, las características de los sujetos y el tipo de análisis de datos, se recomienda hacer un pequeño instrumento y aplicarlo para realizar una prueba y conocer los comentarios sobre el contenido, formato, forma de respuesta, etc.

### 6.1.2 Pruebas de Ejecución Máxima

Los formatos más habituales dependen del tipo de respuesta que se da al reactivo, ya sea juicios o sentimientos. Cronbach (Cit. en Muñiz, 1996) clasificó a las pruebas psicométricas en dos: de ejecución máxima y ejecución típica.

Las pruebas de ejecución máxima se diseñan para obtener una medida del sujeto en cuanto a rendimientos y habilidades. Este tipo de pruebas tienen un criterio para calificar la respuesta como acierto o error. Se emplean dos tipos de formato para los reactivos: reactivo abierto (el sujeto puede formular su respuesta con longitud variable) y el reactivo cerrado (el sujeto selecciona la respuesta de las que le proponen). Se recomienda utilizar el formato de reactivo cerrado ya que es objetivo, más fácil de codificar, almacenar y analizar los datos; los formatos para los reactivos cerrados son de: *elección múltiple*, donde se propone una respuesta correcta y varias incorrectas; *elección alternativa*, se proponen únicamente dos tipos de respuesta (verdadero/falso, si/no); *emparejamiento*, el reactivo está compuesto por una lista de estímulos y una lista de respuestas, donde el sujeto debe crear parejas entre cada estímulo con la respuesta apropiada.

Mientras se tenga claro el propósito de la prueba está claramente definido, se puede utilizar cualquier tipo de formato que cubra las características mencionadas para la construcción de pruebas y el reactivo será construido con calidad técnica adecuada. Cada reactivo debe ser representativo del dominio y contribuya a un error sistémico de la prueba mínimo. El reactivo debe ser claro y preciso cuando sea construido, la elaboración de un reactivo puede reducirse a redacción.

### 6.1.3 Pruebas de Ejecución Típica

De acuerdo a Prieto y Delgado (1996), los test de ejecución típica tienen como referencia de respuesta las emociones, valores, preferencias y aversiones de la persona. Se emplean tres tipos de formato: *dicotómico*, los enunciados de cada reactivo que componen la escala tienen un valor indicativo de su posición en el continuo representativo de la actitud que va de manera favorable-neutra-desfavorable, otro tipo de enunciado puede tener el mismo contenido solo que con diferentes grados de intensidad, el sujeto se limita a responder con cuales enunciados está de acuerdo y con cuales en desacuerdo; *respuestas tipo Likert*, es el tipo de formato más utilizado en la actualidad considerado como el más sencillo para la construcción de reactivos que consisten en frases que aparentemente cuentan con un valor homogéneo con respecto a la actitud o rasgo, los sujetos asignan un valor a cada enunciado (por lo regular de 1 a 5) que indica si está de acuerdo con el reactivo o en desacuerdo con el y en qué medida; *lista de adjetivos*

*bipolares*, surgen del diferencial semántico, donde cada enunciado tiene cinco o siete categorías valuadas en un continuo cuyos extremos están representados por los dos adjetivos opuestos (p.e., ruidoso-silencioso, sencillo-complejo, etc.), el sujeto tiene que elegir la categoría que refleje sus sentimientos acerca de la afirmación del reactivo.

Dentro de las respuestas otorgadas por los sujetos puede aparecer la deseabilidad social, que es la tendencia de que el sujeto responda de acuerdo con una imagen percibida como socialmente aceptable, sin embargo no esta asociada al formato específico del reactivo. La aquiescencia es la tendencia a estar de acuerdo con el enunciado de un reactivo, independientemente de su contenido.

## 6.2 Redacción de Reactivos

De acuerdo a Edwards (Cit. en Muñiz, 1996) se pueden seguir los siguientes lineamientos en la construcción de reactivos:

- Evitar los enunciados que se puedan interpretar de diferentes maneras.
- La frase debe expresar una sola idea.
- Las frases deben expresar sentimientos, preferencias, actitudes o creencias y nunca afirmaciones de hechos.
- Evitar frases que puedan ser aceptadas o rechazadas por la mayoría de las personas ya que no serían discriminativas.
- Las frases deben ser muy cortas y de estructura gramatical simple, por ejemplo evitando doble negación, frases condicionales entre otras.
- Deben incluirse enunciados positivos como negativos para disminuir el efecto de la aquiescencia.
- Evitar el uso de vocablos de significado universal (todos, siempre, nunca) o de significado indefinido (solamente, apenas), ya que son muy ambiguos y sensibles al estilo de respuesta mencionado.
- Utilizar vocabulario que pueda ser entendido por la población a la que va dirigida la prueba.
- Evitar la terminología sexista y cualquier término que pueda ser excluyente u ofensivo.

Al seguir los pasos anteriores se puede construir una prueba psicológica que contenga los elementos necesarios con los cuales pueda ser sometida a un análisis de datos pertinente con el que logre obtener confiabilidad y validez.

## 7. Análisis Factorial en la Construcción de Pruebas Psicométricas

Para Paz (1996), el *análisis factorial* (AF) es una de las técnicas más utilizadas en la validación de constructo, tanto su vertiente exploratoria como confirmatoria; en el análisis factorial exploratorio, se trata de determinar cuántos factores comunes explican las correlaciones observadas entre los datos. Para el análisis de la validez interna se comienza a partir de la matriz de correlaciones entre los reactivos de la prueba y se comprueba si se agrupan de la forma especificada por el modelo. Para analizar la validez externa se toman las puntuaciones de la prueba y otras medidas del mismo o distintos constructos. La agrupación de múltiples indicadores de un constructo en un factor proporciona una evidencia convergente, la aparición de factores separados correspondientes a distintos constructos proporciona una evidencia discriminante, mientras que las correlaciones entre estos factores proporcionan una evidencia de la conexión con otros constructos por medio de hipótesis relacionales. Se utiliza el método de extracción de componentes principales y los factores se someten a una rotación VARIMAX, que es considerada como la que mejor se adapta a la estructura simple y es la rotación ortogonal más utilizada, con la que se observa como se agrupan los factores. En el análisis factorial confirmatorio se trata de que el investigador parta de ciertas hipótesis sobre el constructo que intenta medir y sobre sus relaciones con otros constructos, donde se pone a prueba un modelo que especifique una determinada estructura factorial (número de variables latentes y saturaciones de las distintas medias en cada una de ellas) así como una determinada relación entre los factores.

De acuerdo a Martínez (1995) el AF representa una variedad de técnicas estadísticas que tienen por objetivo representar un conjunto de variables observadas en términos de un menor número de hipotéticas variables latentes a las que se les llama factores; es un procedimiento de análisis multivariante que intenta explicar mediante un modelo lineal (p.e. regresión múltiple) un conjunto de variables observables llamadas factores.

### 7.1 Características del Análisis Factorial Exploratorio

Según Martínez (1995) en el análisis factorial exploratorio detecta fuentes latentes de variación y covariación en las medidas observadas y puede considerarse de gran utilidad en los primeros estadios de desarrollo de test o baterías; además de que cuenta con dos fases: la primera es la de soluciones directas o fase de la extracción y determinación del número de factores (métodos de factorización) y la de soluciones indirectas o transformadas, que proporciona un significado teórico o sustantivo de los factores (rotación de los factores); además mencionó que en general los modelos del análisis factorial exploratorio se caracterizan por:

- Suponer la existencia de factores latentes, dadas las correlaciones entre las variables, pero las variables observadas están a priori afectadas por todos los factores comunes.
- A priori, todos los factores comunes pueden estar correlacionados, si se realizan rotaciones oblicuas o todos intercorrelacionados, si se aplican soluciones ortogonales.
- Los factores específicos de las variables son independientes.
- Todos los factores comunes están intercorrelacionados con los factores específicos.

Además el análisis factorial exploratorio frecuentemente se emplea para determinar dimensionalidad del conjunto de los ítems de un test, para determinar el número de subescalas y qué reactivos las definen.

## 7.2 Interpretación de los Factores

Las saturaciones, expresan la contribución relativa de cada factor (constructo definido) sobre cada factor específico (reactivos), sin embargo para poder interpretar los factores, de acuerdo a Martínez (1995), es necesario tomar en cuenta el tamaño de la muestra, ya que saturaciones como 0.20 pueden ser significativos con muestras grandes; el tamaño muestral no tiene una regla, hay quienes mencionan que de dos a veinte sujetos por variable, sin embargo lo más frecuente para realizar análisis factoriales es de al menos cinco sujetos por variable. Autores opinan que para que los factores puedan ser confiables, además del tamaño de la muestra, se debe tomar en cuenta la saturación de los reactivos. Guadagnoli y Velicer (Cit. en Martínez, 1995) proponen las siguientes reglas:

- Independientemente del tamaño muestral, si los factores con cuatro o más saturaciones por encima de 0.60 pueden considerarse confiables.
- Cuando el tamaño de la muestra sea superior a 150, los factores con 10 o más saturaciones bajas, alrededor de 0.40, son confiables.
- Si el tamaño de la muestra es al menos de 300, los factores con saturaciones bajas serán interpretados.

El aspecto de la replicabilidad, es el último criterio respecto del número de factores a interpretar, son los factores que se extraen en diferentes estudios con las mismas variables.

## **SINTESIS**

En sus inicios, la psicología tenía problemas de aceptación como ciencia, al realizar investigación científica, debido a que no contaba con los métodos necesarios que le proporcionará objetividad en sus mediciones, por lo que la psicometría surge como un método que proporciona objetividad a la investigación psicológica, con la contribución del test mental, diferentes autores comienzan a utilizar la psicometría como parte de su método experimental. En un inicio las pruebas eran utilizadas para medir la inteligencia y poco a poco se fue extendiendo para medir otros constructos. En el área educativa se inicia con las pruebas de rendimiento. Las primeras pruebas empleadas únicamente eran de aplicación individual, por lo que fue necesario diseñar pruebas colectivas, con lo que se ahorra tiempo, dinero y esfuerzo en la actualidad.

Las pruebas psicológicas tienen como principal característica que deben ser confiables y válidas, de acuerdo a Muñiz (1996) la confiabilidad se puede estimar dependiendo el grado de error aleatorio que acompaña cualquier medición que se realiza en psicología, por lo que el objetivo de la confiabilidad es estimar los errores cometidos al medir variables psicológicas el índice de error que se puede tener al aplicar una prueba, de alguna u otra forma la confiabilidad indica el número de datos obtenidos que pueden ser debidos al azar. La confiabilidad es obtenida por medio de un coeficiente de correlación, el cual es un índice de variación entre dos series. Por otro lado la validez, donde normalmente se cuenta con que un test es válido cuando mide el constructo para el que fue diseñado; el tipo de validez más aceptada por algunos autores es la validez de constructo, ya que esta incluye la validez de contenido y predictiva; la validez de constructo tiene por objetivo que la prueba tenga un fundamento teórico y una relación de hipótesis, que es conocido como sistema nomológico.

En el momento que se decide construir una prueba psicológica, se debe tener muy en claro cual es el constructo que se quiere medir, buscando su fundamentación teórica y cual es el objetivo del test, no se puede dejar de lado las consideraciones éticas del constructor de una prueba en cuanto a su uso y distribución. Las pruebas de acuerdo a sus características se clasifican en pruebas de ejecución máxima y de ejecución típica. La construcción de los reactivos es una parte fundamental del test que pocos autores

retoma, se debe considerar las características de la población a la que va dirigido y realizar la redacción de los mismos dependiendo el tipo de reactivo que se decida utilizar, además de que se debe emplear un lenguaje claro, no ambiguo y sin doble negación, entre otros; es importante tener en cuenta factores como la deseabilidad social y la aquiescencia que pueden sesgar las respuestas de los sujetos en alguna dirección.

Para poder evaluar si se ha realizado una prueba psicológica que cumpla con los requisitos establecidos, se cuenta con el análisis factorial, con el que los datos obtenidos en la aplicación de la prueba son sometidos a un método estadístico, cuando se inician un test el análisis factorial exploratorio proporciona las saturaciones de los reactivos que ayudan a conocer cuales son los factores que miden el constructo para el que fue diseñado.

Autores como Martínez (1995) y Muñiz (1996), entre otros, proporcionan las herramientas esenciales para la construcción de pruebas psicométricas, señalando cuales son los pasos a seguir y que técnicas se deben utilizar, dependiendo el constructo que se intente medir. Es importante la construcción de pruebas que vayan dirigidas a la población, ya que el uso de pruebas elaboradas en otros países o dirigidas a otras culturas, sesgan los resultados obtenidos por los sujetos.

## **CAPITULO IV**

### **MÉTODO**

#### **1. Justificación y Planteamiento del Problema**

Se ha detectado que el síndrome de desgaste ocupacional (Burnout) afecta en un 40% a médicos y es reconocido como un riesgo profesional para las especialidades orientadas a dar servicios como atención sanitaria, educativa y los servicios públicos (GHONET, 2001), afectando de manera directa a la persona trabajadora y a la organización, para el primero puede arrojar cambios en la conducta y en la salud, lo que trae consigo la disminución de la productividad para la organización.

En México, actualmente el instrumento más utilizado para medir el desgaste ocupacional es el Maslach Burnout Inventory (MBI) elaborado por las autoras Maslach y Jackson (1986) el cual tiene un origen extranjero y una estandarización para una población en particular. De acuerdo a Reyes-Lagunes (1993) los instrumentos suelen pasar por alto características culturales y esto causa que el significado de las palabras no sea el deseado.

A pesar de que algunos investigadores se han dado a la tarea de adaptar el MBI a la población mexicana, no es un instrumento que se haya construido para ella y las diferencias culturales evidentemente afectan la resolución del cuestionario, por lo que se considera importante elaborar un instrumento que sea válido y confiable de acuerdo a las características de la población mexicana que mida el síndrome de desgaste ocupacional, para que en primera instancia pueda ser detectado y posteriormente se realice investigación para tratarlo.

#### **1.1 Objetivo General**

1. Construir un cuestionario para la población mexicana que mida el síndrome de desgaste ocupacional (Burnout)

---

### 1.1.1 Objetivos Específicos

1. Obtener la validez y confiabilidad preliminar del instrumento en la fase de piloteo para dar lugar a la segunda versión de la prueba.
2. Identificar si el apoyo social es un factor relevante en el síndrome de desgaste ocupacional en la población mexicana.
3. Identificar si el factor psicosomático es relevante en el síndrome de desgaste ocupacional en la población mexicana.
4. Identificar si existen diferencias significativas en los factores del síndrome de desgaste ocupacional y las diferentes variables demográficas.

### 1.1.2. Preguntas de Investigación

1. ¿Qué grado de confiabilidad tendrá el instrumento elaborado?
2. ¿Se observarán los tres factores propuestos por Maslach y Jackson (1986)?
3. ¿El factor de apoyo social tendrá relación con el síndrome de desgaste ocupacional en la población mexicana?
4. ¿El factor psicosomático tendrá relación con el síndrome de desgaste ocupacional en la población mexicana?
5. ¿Existen diferencias significativas en cuanto a los diferentes factores del síndrome de desgaste ocupacional con algunas variables demográficas de las personas que respondieron el cuestionario?

## 2. Tipo de Estudio

Se trató de un estudio de campo, descriptivo y exploratorio, debido a que el objetivo fue crear un instrumento válido para la población trabajadora mexicana. Los estudios descriptivos generalmente fundamentan las investigaciones correlacionales, que proporcionan información para llevar a cabo estudios explicativos (Hernández, 2003; Martínez, 1995).

---

### 3. Definición Conceptual de Variables

**Desgaste ocupacional (Burnout):** Se entiende como un mecanismo de afrontamiento ante el estrés laboral crónico, presentado principalmente por profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de esas organizaciones, conformado por cinco factores: agotamiento, despersonalización, insatisfacción, psicossomático y apoyo social (Maslach y Jackson, 1926; López-Ibor y Valdés, 2002 y Buendía y Ramos, 2001), los cuales se definen en el apartado del procedimiento de cómo se construyó el instrumento.

#### Variables Clasificadoras

**Sociodemográficas:** Características de la muestra que es integrado por los datos personales, laborales y demográficos de las personas que contestan el cuestionario, como edad, sexo, hijos y número de hijos, tipo de puesto, tipo de trabajo, número de empleos, tipo de organización, personas a cargo, actividades en un día, horas libres, horas de hacer ejercicio, devoción por la religión horas de trabajo, años de trabajar en la vida y número de empleos en la vida.

#### 3.1 Definición Operacional de Variables

- **Desgaste ocupacional:** Las respuestas obtenidas a través del instrumento en cada uno de los reactivos.
- **Sociodemográficas:** La opción que marcan los participantes en el formato que se les entrega, dependiendo los datos que sean solicitados para cada variable clasificatoria.

### 4. Diseño

Fue un diseño no experimental de tipo transeccional descriptivo, exploratorio debido a que el objetivo fue crear un instrumento para describir la variable de desgaste ocupacional, ubicando a las personas trabajadoras en un contexto determinado por medio de una sola medición (Hernández, 2003; Martínez, 1995).

## 5. Muestra

Participaron un total de 510 sujetos de la Ciudad de México y área metropolitana, de acuerdo a Martínez (1995) tomando de 5 sujetos por reactivo considerando cuatro factores (F1, F2, F3, F5), quienes provinieron de una muestra no probabilística, accidental. El promedio de edad fue de 24.18 con una desviación estándar de 8.01; eran 156 hombres (30.5%) y 354 mujeres (69.5%). 218 (42.7%) sujetos tenían pareja y 292 (57.3%) no tenían pareja. El tipo de contacto que reportaron mantener con los usuarios de sus servicios fue, directo 65%, indirecto 11% y el 26% no lo reportaron; 229 (44.9%) laboraban en organizaciones privada, 182 (35.7%) en públicas y 99 (19.4%) no lo reportaron.

**Tabla 1**  
**Frecuencias de distribución por grupos de edad en años**

GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
17 a 20	191	37%
21 a 25	216	43%
26 a 40	66	13%
41 a 60	37	7%

Los sujetos reportaron tener las siguientes características en cuanto a hijos (Tabla 2).

**Tabla 2**  
**Frecuencias de distribución por hijos y número**

TIENEN HIJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	90	17.6%
No	420	82.4%
NÚMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Un	40	44.4%
Dos	28	31.1%
Tres a cinco	22	24.4%

Los sujetos reportaron un nivel escolar que se reporta en la tabla 3.

**Tabla 3**  
**Frecuencias de distribución por nivel escolar**

<b>NIVEL ESCOLAR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Primaria	6	1
Secundaria	25	5%
Bachillerato	76	15%
Licenciatura	384	75%
Postgrado	10	2%
Otro	9	2%

## 6. PROCEDIMIENTO

### a) Construcción del Instrumento

Se decidió tomar como base los conceptos desarrollados por Maslach y Jackson (1981, 1982) y por Schaufelli, Leiter, Maslach y Jackson (1996) se definió las tres dimensiones o factores del síndrome de desgaste ocupacional, se definió un cuarto factor llamado psicossomático, basado en el DSM-IV (López-Ibor y Valdés, 2002) para medir algunos trastornos somatomorfos como trastornos del sueño, del dolor, sexuales, pseudo-neurológicos, gastro-intestinales, depresión y ansiedad, por último se integró un quinto factor que reflejaba el apoyo social percibido por los sujetos que resolvieran el cuestionario (Buendía y Ramos, 2001). Las definiciones de cada factor son las siguientes:

- **FACTOR 1: AGOTAMIENTO**

Estado de agotamiento físico, emocional y mental, caracterizado por la pérdida progresiva de energía, desgaste, agotamiento. Los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo y poseen un sentimiento de debilidad.

- **FACTOR 2: DESPERSONALIZACIÓN**

Desarrollo de sentimientos y actitudes negativas, robotización y comportamientos de cinismo que refleja indiferencia, estancamiento hacia el trabajo, irritabilidad y respuestas frías e impersonales hacia los destinatarios del trabajo.

- **FACTOR 3: INSATISFACCIÓN**

Tendencia a evaluarse negativamente, afectando la habilidad en la realización del trabajo y la relación con las personas a las que se atienden. Descontento consigo mismo, desmotivado, insatisfecho con sus resultados laborales.

---

- FACTOR IV: PSICOMÁTICO

Grado y tipo de trastornos psicósomáticos relacionados con el Burnout, tales como alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlceras, insomnio, mareos, diarreas, depresión, ansiedad y adicciones, etc.

- FACTOR V: APOYO SOCIAL

Es la ayuda real o percibida que el individuo obtiene de las relaciones interpersonales, familiares o de pareja que le proveen de autoestima. El apoyo social permite al individuo sentirse querido, cuidado, estimado y valorado y que participa en una red de comunicación y de mutuas obligaciones.

Una vez que se conceptualizaron cada uno de los factores que conformarían el instrumento, se inició la redacción de los reactivos por medio del método de lluvia de ideas y se realizaron grupos focales, para obtener la información necesaria que sea útil para dicho instrumento. Cada grupo focal se comprendió por ocho personas, de acuerdo a Krueger, 1994 (Cit. en Kerlinger, 2001), para que todos tengan participación, participaron alumnos de últimos semestres del área de psicología del trabajo y profesores de la Facultad de Psicología, UNAM. El cuestionario se formó con tres tipos de reactivos, los primeros son reactivos con frases situacionales donde se elige cualquiera de las seis opciones de respuesta; el segundo, consiste en frases en las que se puede contestar en una escala de diferencial semántico con seis posibilidades de respuesta a elegir entre totalmente en desacuerdo (TD) a totalmente de acuerdo (TA) y el tercero es de tipo Likert que va de nunca a siempre, en el que el sujeto responde con qué frecuencia ha padecido o padece alguno de los síntomas en cada enunciado (Tabla 4).



**Tabla 5**  
**Factores y Reactivos de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMDO)**

<b>Factores</b>	<b>No. Reactivos</b>	<b>Medición</b>
F1	30	Agotamiento
F2	30	Despersonalización
F3	31	Insatisfacción
F4*	40	Psicosomático
F5	10	Apoyo Social
	40	Datos Sociodemográficos

\* Por tratarse de preguntas clasificatorias de tipo psicosomático, este factor no fue sometido al análisis factorial.

Una vez que se obtuvo el cuestionario, se aplicó a 510 personas trabajadoras mexicanas y se realizó la captura en el paquete estadístico SPSS versión 11, para realizar el análisis pertinente, en primera instancia se realizó la recodificación de los reactivos negativos, para asignarles su valor original.

Posteriormente se tomó los factores teóricos de desgaste ocupacional (F1, F2, F3) y el de apoyo social (F5), teniendo un total de 100 reactivos (Ver tabla 5), con lo que se realizó una tabla de contingencias para obtener los puntajes brutos por factor; se consideraron cuatro percentiles (cuartiles) conformando dos grupos; en el primero se asignaron los puntajes menores o iguales a al tercer percentil y en el segundo se asignaron a los sujetos con puntajes mayores o iguales al tercer percentil. Los dos grupos de puntajes fueron sometidos a un análisis de varianza con la prueba “t” de Student por cada reactivo.

Con los reactivos obtenidos en la discriminación de reactivos, se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio, para saber si los factores teóricos están relacionados entre sí, se decidió utilizar el método de Componentes Principales, con rotación Varimax y con normalización Kaiser. Se utilizaron los criterios de valores propios, superiores o iguales a 1 para la selección de reactivos; que además cumplieran la composición teórica conceptual; que presentarán una correlación entre -1 y 1 superiores a .30 válida para una muestra de 510 sujetos, de acuerdo con Martínez (1995).

Los reactivos obtenidos por medio del análisis factorial, fueron sometidos al análisis de consistencia interna, donde se utilizó el alfa de Cronbach (Martínez, 1995) que 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 confiabilidad de un test de longitud  $n=1$ , eliminando sólo un reactivo, dando lugar a la versión 2 (Anexo 3) de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional.

Finalmente para identificar si existían diferencias significativas entre el desgaste ocupacional y las variables clasificatorias demográficas, laborales y sociales, se realizaron análisis estadísticos por medio de análisis de varianza y correlaciones.

---

## **CAPITULO V RESULTADOS**

### **Discriminación de Reactivos**

Al realizar la discriminación de reactivos por medio de un análisis de varianza con la prueba "t" se observó que si existen diferencias significativas entre grupos para avalar el poder discriminativo de los 101 reactivos analizados. Se eliminaron tres reactivos originales, obteniendo un total de 98 reactivos que discriminaron con un nivel de significancia de al menos .05.

### **Análisis Factorial Exploratorio**

Los 98 reactivos obtenidos con la discriminación de reactivos, se sometieron a un análisis factorial exploratorio, con el que teóricamente los factores de desgaste ocupacional no están relacionados entre sí, por lo que se decidió utilizar el método de Componentes Principales, con rotación Varimax y con normalización Kaiser. Se utilizaron los criterios de valores propios, superiores o iguales a 1 para la selección de reactivos; que además cumplieran la composición teórica conceptual; que presentarán una correlación entre -1 y 1 superiores a .30 valida para una muestra de 510 sujetos, de acuerdo con Martínez (1995). Tomando todos los criterios establecidos, se reprodujeron cuatro factores, representando el 28.14% de la varianza acumulada explicada. 51 reactivos cumplieron los criterios de los 98 que entraron al análisis factorial. Se obtuvo un total de 50 reactivos, que integran cuatro factores del cuestionario de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), cumpliendo con los criterios y tienen saturaciones de al menos .30. En la Tabla 6 se observan los factores y reactivos que surgieron después del análisis de consistencia interna.

### **Análisis de Consistencia Interna**

Utilizando el alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna de la escala, dio una confiabilidad del instrumento de 91.32% con cuatro factores de desgaste ocupacional (Tabla 7).

Tabla 6

**Análisis Factorial Exploratorio con Rotación Varimax de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) y saturaciones por factor**

NUMERO	REACTIVOS	F1	F2	F3	F5
		Agotamiento	Despersonalización	Insatisfacción	Apoyo Social
1.	Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.	<b>.668</b>	-7.847E-03	.272	-3.386E-02
2.	Siento que la energía que gasto al realizar mi trabajo:	<b>.612</b>	1.551E-02	-2.867E-02	3.108E-02
3.	Al final de mi jornada de trabajo, por lo general me siento:	<b>.583</b>	5.351E-02	4.038E-02	.130
4.	Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.	<b>.538</b>	-.134	.258	-8.647E-03
5.	Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.	<b>.538</b>	.189	.113	.148
6.	Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer.	<b>.513</b>	.153	.325	-.116
7.	Siento que un día de estos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo.	<b>.502</b>	.193	.186	-.224
8.	Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.	<b>.480</b>	.269	.249	-.192
9.	El trabajo me causa dolor en:	<b>.476</b>	4.325E-02	.136	1.435E-02
10.	Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.	<b>.475</b>	.353	.106	.143
11.	Desde que comienza mi jornada laboral siento pesadez en el cuerpo.	<b>.428</b>	.283	.370	-3.209E-02
12.	Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar.	<b>.407</b>	.175	.253	4.692E-02
13.	Las situaciones a las que enfrente en mi trabajo no me provocan tensión alguna.	<b>.395</b>	.126	-2.613E-02	-5.019E-02
14.	Mis errores en el trabajo se deben al exceso del mismo.	<b>.393</b>	-1.962E-03	.122	4.587E-02
15.	Me siento tan cansado por mi trabajo que me dan ganas de renunciar a él.	<b>.375</b>	.172	.346	6.124E-02
16.	Considero que mi cansancio laboral exige vacaciones para reponer mi energía, con la siguiente frecuencia:	<b>.366</b>	3.822E-02	1.201E-02	-5.371E-02
17.	Mi trabajo me hace sentir físicamente:	<b>.353</b>	6.017E-02	7.116E-02	.147
18.	Mi trabajo me gusta porque lo que hago me resulta agradable y sencillo.	<b>.324</b>	.480	.153	9.329E-02
19.	Me siento tan débil en mi trabajo que me dan ganas de llorar.	<b>.307</b>	.418	.273	-.235
20.	Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.	6.346E-02	<b>.548</b>	.145	-2.805E-02
21.	Aunque un usuario de mi trabajo seas descortés conmigo, lo trato bien.	7.457E-02	<b>.536</b>	.137	.139
22.	Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo.	.165	<b>.529</b>	.101	-1.621E-02
23.	Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.	-4.628E-02	<b>.526</b>	.220	-2.479E-02
24.	Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo.	7.752E-02	<b>.514</b>	.154	.327
25.	He comprobado que las personas a las	-2.250E-02	<b>.410</b>	-1.957E-02	5.728E-02

	que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.				
26.	En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos.	.168	<b>.349</b>	.484	-6.800E-02
27.	Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo.	3.869E-02	<b>.347</b>	.339	-.149
28.	He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.	-4.329E-02	<b>.342</b>	.351	-9.789E-02
29.	Me disgusta tener que relacionarme con los usuarios de mi trabajo.	1.059E-02	<b>.321</b>	.469	-.108
30.	Cuando un usuario de mi trabajo no entiende lo que le explico yo:	4.003E-02	<b>.313</b>	.262	8.221E-02
31.	Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.	.112	.105	<b>.650</b>	.154
32.	Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.	8.848E-02	.265	<b>.631</b>	6.829E-02
33.	En mi trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan.	.155	.121	<b>.568</b>	.181
34.	Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.	.271	8.856E-02	<b>.563</b>	.129
35.	Al finalizar una jornada de trabajo me molesta la sola idea de atender a los usuarios de mi servicio.	2.829E-02	.265	<b>.557</b>	-1.834E-02
36.	Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.	.185	.180	<b>.544</b>	4.011E-02
37.	Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.	.142	2.270E-03	<b>.539</b>	.228
38.	Aunque me esfuerzo al realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.	.287	.281	<b>.528</b>	-.110
39.	Siento que mi trabajo es tan monótono que ya no me gusta.	.266	.141	<b>.518</b>	3.717E-02
40.	Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.	.267	.204	<b>.498</b>	1.438E-02
41.	Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.	8.18E-02	.373	<b>.479</b>	-7.506E-02
42.	Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.	.116	-.327	<b>.400</b>	.185
43.	No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.	.245	.220	<b>.398</b>	-.171
44.	Siento que estoy haciendo un trabajo que exige más de lo que puedo dar.	.107	.253	<b>.384</b>	-.291
45.	Creo que mi trabajo implica más esfuerzo de lo que puedo dar.	9.535E-02	.273	<b>.353</b>	-.339
46.	Me siento decepcionado de mi desempeño laboral.	.249	.427	<b>.347</b>	-.379
47.	Cuando estoy atendiendo a los usuarios de mi servicio, preferiría:	.147	.352	<b>.322</b>	.174
48.	El apoyo que encuentro en mi comunidad religiosa es satisfactoria.	8.687E-02	6.385E-02	3.796E-02	<b>.362</b>
49.	Cuando hago una propuesta que beneficiará a la comunidad cuento con el apoyo de todos los vecinos.	.192	.188	6.172E-02	<b>.305</b>

50.	Considero que pertenecer a un grupo de apoyo me da beneficios porque cuento con el apoyo de más personas.	-.106	.373	-8.788E-03	<b>.300</b>
-----	---	-------	------	------------	-------------

\* El reactivo 51 se eliminó para incrementar la consistencia interna (alfa de Cronbach), debido a que restaba más de un 5% al instrumento total (Tabla 7).

**Tabla 7**  
**Análisis de consistencia interna de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) en la versión de 50 reactivos Alfa de Cronbach**

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

A los 50 reactivos resultantes del análisis factorial, se le agregaron los 40 reactivos de carácter psicossomático y 41 reactivos sociodemográficos, teniendo que de los 181 reactivos originales, se obtuvo una nueva versión de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional de 130 reactivos.

Para comprobar la sensibilidad del instrumento para discriminar entre grupos y como parte de una primera comprobación de validez de constructo, se realizaron análisis de varianza de una vía para las variables de edad, sexo, hijos, tipo de puesto, tipo de trabajo, número de empleos, tipo de organización y personas a cargo dando lugar a las tablas 8 y 9.

En la tabla 8 se puede observar que el grupo de 17 a 20 años tienen más agotamiento ( $F = 2.97$ ,  $p = .031$ ) y las personas ubicadas entre las edades de 26 a 40 años tienen más despersonalización ( $F = 3.99$ ,  $p = .008$ ); el género masculino presenta niveles más altos de despersonalización ( $F = 4.19$ ,  $p = .000$ ) e insatisfacción ( $F = 8.52$ ,  $p = .004$ ) a diferencia de las mujeres que presentan más aspectos psicossomáticos ( $F = 8.01$ ,  $p = .005$ ).

**Tabla 8**  
**Análisis de Varianza entre Desgaste Ocupacional y Variables Sociodemográficas**

Variables	Grupos	F1 Agot	F2 Desper	F3 Instáis	F4 Psicoso	F5 Apoyo Social
<b>Edad</b>	17 a 20	2.82*	2.05**			
	21 a 25	2.76*	1.97**			
	26 a 40	2.68*	2.17**			
	41 a 60	2.47*	1.66**			
<b>Sexo</b>	Masculino		2.19***	2.58**	1.55**	
	Femenino		1.92***	2.06**	1.68**	
<b>Hijos</b>	Si	2.60*			1.74*	
	No	2.78*			1.62*	

\* p&lt;=.05

\*\* p&lt;=.01

\*\*\* p&lt;=.001

En la tabla 9 se observa que al tener un puesto operativo esta acompañado de más insatisfacción (F =4.78, p =.009); por otro lado el ser empresario esta relacionado con más insatisfacción (F =3.81, p =.005) y aspectos psicosomáticos (F =5.63, p =.000); las personas que tienen de 7 a 15 empleos tienen más psicosomatización (F =4.37, p =.013); laborar en una organización de la iniciativa privada está relacionado con mayor insatisfacción (F =4.24, p =.040) y la condición de no tener personas a cargo trae más agotamiento (F =4.59, p =.033) e insatisfacción (F =7.83, p =.005).

**Tabla 9**  
**Análisis de Varianza entre Desgaste Ocupacional y Variables Sociodemográficas**

Variables	Grupos	F1 Agot	F2 Desper	F3 Insatis	F4 Psicoso	F5 Apoyo Social
Tipo de Puesto	Operativo			2.29**	1.66*	
	Medio			2.03**	1.58*	
	Ejecutivo			2.07**	1.79*	
Tipo de Trabajo	Empleado			2.27**	1.63***	
	Comerciante			2.00**	1.54***	
	Empresario			2.77**	2.66***	
	Profesionista/Ind. Otro			1.97**	1.64***	
No. De Empleos	1 a 3				1.59*	
	4 a 6				1.70*	
	7 a 15				1.82*	
Organización	Privada			2.24*		
	Pública			2.07*		
Personas/Cargo	Si	2.63*		1.97**		
	No	2.80*		2.23**		

\* p&lt;=.05

\*\* p&lt;=.01

\*\*\* p&lt;=.001

Para completar la información obtenida con el análisis de varianza, se realizaron correlaciones entre el desgaste ocupacional y algunas variables sociodemográficas para dar validez de constructo al instrumento.

Existe una asociación negativa entre el agotamiento y edad  $r = -.125$ ; apoyo social con el número de hijos  $r = -.210$ ; años de trabajar en la vida con agotamiento  $r = -.102$ ; actividades realizadas en un día con insatisfacción  $r = -.124$ ; horas libres con despersonalización  $r = -.136$  y devoción por la religión con apoyo social  $r = -.300$  y una asociación positiva entre las horas de realizar el trabajo con apoyo social  $r = .097$  y el número de empleos en la vida con aspectos psicossomáticos  $r = .166$  (Tabla 10).

**Tabla 10**  
**Correlaciones entre Desgaste Ocupacional y**  
**Variables Sociodemográficas**

	F1	F2	F3	F4	F5
Edad	-.125**	-.060	-.022	.067	.019
Número Hijos	-.001	-.053	.067	.015	<b>-.210*</b>
Actividades en un día	-.030	-.036	<b>-.124**</b>	-.021	-.019
Horas Libres	-.046	<b>-.136**</b>	.007	.041	-.030
Horas Ejercicio	-.115	-.071	-.014	<b>-.127*</b>	-.006
Devoción por Religión	.012	.040	-.025	.034	<b>-.300**</b>
Horas Trabajar	.080	-.012	.052	.051	<b>.097*</b>
Años de Trabajar en la Vida	<b>-.102*</b>	-.068	-.013	.059	-.023
Número de Empleos tenidos en la Vida	.014	-.017	.067	<b>.166**</b>	.051

\*  $\leq .05$

\*\*  $\leq .01$

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

La psicología de la salud tiene un camino por delante en el que se ha dejado de lado el modelo médico propuesto en la antigüedad, y ahora se retoma el modelo biopsicosocial (Amigo, Rodríguez y Álvarez; 1998), con el que se tiene una concepción distinta de los salud y enfermedad, ahora ambos términos son tomados en la misma línea, conformándose el uno con el otro; además de que la salud ya no es únicamente medida por indicadores de carácter biológico, sino que cualquier individuo puede manifestar alteraciones en la salud a causa de diversas variables que pueden ser biológicas, psicológicas o sociales; el individuo en cualquier lugar donde se encuentre es blanco fácil de padecer alteraciones físicas o emocionales, se vive en un mundo agitado en el que se tiene que interactuar en distintos escenarios, por ejemplo el familiar o laboral, la psicología de la salud ocupacional tiene como finalidad buscar por todos los medios el bienestar de los trabajadores, combinando estrategias con otras áreas, realizando un trabajo multidisciplinario, tomando como modelo el trabajo europeo de Cox, et al (2000); es indispensable conocer las necesidades de los trabajadores para que exista un funcionamiento dentro del ambiente laboral de productividad y salud en todos los aspectos, si la persona se siente enferma, la organización pierde productividad y la persona ya no puede trabajar, de tal forma que para detectar cual es el estado de las personas en sus ambientes laborales, en un inicio el estrés era retomado como factor principal de la productividad de los trabajadores, actualmente se encuentra el burnout o desgaste ocupacional, que fue retomado por Maslach y Jackson (1982, 1986), dando pauta para entenderlo como un constructo que es una fuente de disminución laboral y cansancio emocional en los trabajadores, además que los autores mencionados anteriormente, elaboraron un inventario con el cual se podía detectar. Coincidiendo con autores como Gil-Monte (2001) por ejemplo, manifestaron que el Burnout es una respuesta o mecanismo de defensa ante el estrés laboral crónico que afecta directamente a los trabajadores y su productividad; para realizar investigación del fenómeno en México, se utiliza el MBI (Maslach y Jackson, 1986) y se tendría que realizar la estandarización para la población mexicana, sin embargo ya que se tendría una labor muy amplia, la presente investigación tuvo por objetivo construir y desarrollar un instrumento mexicano para medir desgaste ocupacional, que tenga las características psicométricas necesarias que debe tener cualquier instrumento de medición psicológica, el cual esta siendo

reportado en una fase de carácter exploratoria, que cumplió en términos de construcción, de acuerdo con Prieto y Delgado (1996), Martínez (1995) y Edwards (Cit. en Muñiz, 1996), obteniendo la primer versión de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional con un total de 181 reactivos, conformada por 5 factores y datos sociodemográficas (Tabla 5); el análisis para la discriminación de reactivas fue satisfactoria, debido a que de los 100 reactivos teóricos que fueron discriminados con la prueba “t” de Student, únicamente se anularon 2 de ellos. Para el análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales y la rotación varimax, donde fue necesario considerar por lo menos cinco sujetos por reactivo (Martínez, 1995), se obtuvieron resultados satisfactorios, ya que de 88 reactivos, correspondientes a los tres factores teóricos de desgaste ocupacional, 48 son teóricamente fuertes y representativos [Guadagnoli y Velicer (Martínez, 1995)] sin embargo, el factor de apoyo social no tuvo éxito, debido a que solo discriminaron 3 reactivos, lo cual se puede deber a que los reactivos que integraban este factor, eran contestados con lo que Prieto y Delgado (1996) llaman deseabilidad social, al existir deseabilidad social, el individuo deja de responder con base en lo que realmente es y se responde de acuerdo a lo aceptado o deseado socialmente; lo cual no afecta el objetivo principal de esta investigación, al obtener un instrumento que mida desgaste ocupacional, con un total de 50 reactivos, los cuales se complementan con el factor psicossomático (40 reactivos) y los datos sociodemográficos (40 reactivos), los cuales no fueron sometidos al análisis por tratarse de preguntas clasificatorias.

Se decidió agregar en el instrumento el factor psicossomático, debido a que autores como Burke, 1998; Cordes y Dougherty, 1993; Golembiewski, 1982; Daniel y Pérez, 1999; Gil-Monte y Peiró, 1997; Manzano y Ramos, 1999; Mingote, 1997; Moreno y Oliver, 1993; Schaufeli y Dierendonck, 1995, describen que el Burnout trae alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlcera, insomnio, mareos, ansiedad, depresión, alcoholismo, tabaquismo, entre otros; al insertar reactivos basados en los autores mencionados y en el DSM-IV (López-Ibor y Valdés, 2002), se realizó una contribución en la medición del desgaste ocupacional. Para el análisis de consistencia interna de los reactivos se obtuvo una confiabilidad general de 91%, siendo un valor consistente y confiable, a pesar de que se tomaron tres reactivos con una confiabilidad débil (Tabla 7).

Al tratarse de un análisis factorial exploratorio, los resultados no son comprobación de hipótesis por lo que se recomienda la replicabilidad buscando los mismos factores en sujetos diferentes, pidiendo realizar un análisis factorial confirmatorio que le otorgue sustento a la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional que resultó de la presente investigación. Para la primera aproximación de validez de constructo se realizaron análisis de varianza y correlaciones, donde las variables que resultaron estadísticamente significativas como edad, sexo, hijos y número de hijos, tipo de puesto y de trabajo, número de empleos, tipo de organización, tener personas a cargo, actividades realizadas en un día, horas libres y de trabajar, años de trabajar y devoción por la religión (Tablas 8,9 y 10), son parte de lo reportado por la literatura, encontrando evidencia empírica, que le de sustento y que será consistente en el análisis confirmatorio; coincide con indicadores de tipo laboral y social, las personas que tienen un puesto operativo presentan niveles altos de insatisfacción, debido a que siempre se tiene la idea de salir o adquirir algo mejor en la vida y los que reportan un nivel ejecutivo presentan más aspectos psicosomáticos, ya que somatizan y no expresan su agotamiento o despersonalización, las personas que tienen de 7 a 15 empleos y trabajan en la iniciativa privada presentan más aspectos psicosomáticos; también se observa en los resultados obtenidos que las personas jóvenes y competitivas presentan niveles más altos de Burnout, lo cual se entiende debido a que los jóvenes no cuentan con la experiencia laboral que les permitan desarrollar estrategias con las que puedan afrontar las situaciones de tensión con las que están en contacto todos los días; los hombres presentan más despersonalización coincidiendo con algunos autores (Maslach y Jackson, 1985; Buendía y Ramos, 200; Cordes & Dougerthy, 1997; Dale, Carlozzi y Stein, 1999; Chau-Wai y So-Kum, 2003 y Vilorio y Paredes, 2002), además se encontró que las mujeres tienen más aspectos psicosomáticos que los hombres. Entre menos horas libres tienen las personas, más desgaste ocupacional debido a que posiblemente únicamente se realiza el trabajo, dejando de lado el distraerse o tener otras actividades. Se encontró que el no tener hijos tiene más nivel de agotamiento, sin embargo si se tienen hijos, se presentan más aspectos psicosomáticos, con lo que se puede decir que las personas que tienen hijos conciben que son parte de su vida cotidiana y se ve reflejado en malestares físicos y los que no tienen hijos, como no tienen interacción con ellos, pueden estar agotados más tiempo.

Ante la pregunta de investigación de que si hay relación entre el desgaste ocupacional y algunas variables sociodemográficas, se puede responder que sí, ya que se encontró relación del desgaste ocupacional con algunas variables demográficas de las personas que respondieron el cuestionario, con los datos analizados anteriormente.

Se cumplió el objetivo general de construir un cuestionario para la población mexicana que mide desgaste ocupacional (Burnout); en cuanto a los objetivos específicos que se plantearon en esta investigación, se cumplieron ya que se obtuvo la validez y confiabilidad en términos exploratorios para dar lugar a la segunda versión de la prueba (Tabla 6); el factor de apoyo social resulto débil (Tabla 7) y quizá se elimine por completo en la segunda versión; el factor psicosomático está relacionado con el desgaste ocupacional y sí se encontró diferencias estadísticamente significativas del desgaste ocupacional con variables demográficas; lo cual da pauta para establecer que la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) es un instrumento prometedor de medición del Burnout para la población mexicana, que en su fase exploratoria ha cumplido con una consistencia interna satisfactoria y con indicadores de validez de constructo aceptables; se recomienda realizar el análisis factorial confirmatorio de los 130 reactivos (Tabla 7) que conforman la segunda versión de la EMEDO, ya que es necesario aplicarlo a diferentes sujetos para confirmar los hallazgos encontrados, ya que por las características de esta investigación no se comprueban hipótesis; además que la aplicación de la segunda versión se deberá aplicar a diferentes muestras poblacionales para poder obtener la estandarización correspondiente a la población mexicana.

Al responder las preguntas de investigación planteadas, se tiene que la escala obtuvo una confiabilidad de 91.32%; los factores de agotamiento, despersonalización e insatisfacción que conforman el desgaste ocupacional de acuerdo a las autoras Maslach y Jackson (1986), tuvieron una confiabilidad aceptada en los reactivos que se construyeron para medirlos. Para la pregunta de que si el factor de apoyo social tendría relación con el desgaste ocupacional en la población mexicana, se encontró que únicamente tres reactivos discriminaron del cuestionario, por lo que se sugiere realizar un cuestionario que mida el apoyo social y puede ser relacionado con el desgaste ocupacional.

La pregunta de que si existe relación del factor psicosomático con el desgaste ocupacional, se encontró que las personas presentan diferentes aspectos de somatización, lo cual produce desgaste y agotamiento en los trabajadores.

La presente investigación aporta a la psicología una nueva escala dirigida a la población mexicana, con lo cual se reduce el riesgo de medir un fenómeno con normas y estandarización extranjeras, siendo la psicología la ciencia que estudia el comportamiento humano, no podemos observar los fenómenos de manera deshumanizada, ya que al reconocer el fenómeno, en esta investigación el desgaste ocupacional, se puede tratar e intervenir, además de que a largo o corto plazo, se puedan diseñar programas o modelos que muestren la mayoría de las variables que están interactuando para que se lleve a cabo el Burnout.

Como psicólogos se tiene la responsabilidad de cuestionar si existe el fenómeno y entonces actuar para conocerlo, tratar de entenderlo y explicarlo, además de reducir el nivel de riesgo en que se encuentran la mayoría de las personas trabajadoras que otorgan servicios.

## **SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL**

Para fines de esta investigación, el Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout) se entiende como un mecanismo de afrontamiento ante el estrés laboral crónico, presentado principalmente por profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de esas organizaciones, el proceso por el que pasan estos profesionales es caracterizado por tres etapas que son agotamiento, despersonalización e insatisfacción.

### **- FACTOR 1: AGOTAMIENTO**

Estado de agotamiento físico, emocional y mental, caracterizado por la pérdida progresiva de energía, desgaste, agotamiento. Los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo y poseen un sentimiento de debilidad.

### **- FACTOR 2: DESPERSONALIZACIÓN**

Desarrollo de sentimientos y actitudes negativas, robotización y comportamientos de cinismo que refleja indiferencia, estancamiento hacia el trabajo, irritabilidad y respuestas frías e impersonales hacia los destinatarios del trabajo.

### **- FACTOR 3: INSATISFACCIÓN**

Tendencia a evaluarse negativamente, afectando la habilidad en la realización del trabajo y la relación con las personas a las que se atienden. Descontento consigo mismo, desmotivado, insatisfecho con sus resultados laborales.

### **- FACTOR IV: ALTERACIONES PSICOSOMÁTICAS**

Grado y tipo de trastornos psicosomáticos relacionados con el Burnout, tales como alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlceras, insomnio, mareos, diarreas, depresión, ansiedad y adicciones, etc., (Ver CIE-10 y DSM-IV).

### **- FACTOR V: APOYO SOCIAL**

Es la ayuda real o percibida que el individuo obtiene de las relaciones interpersonales, familiares o de pareja que le proveen de autoestima. El apoyo social permite al individuo sentirse querido, cuidado, estimado y valorado y que participa en una red de comunicación y de mutuas obligaciones.

Fuente: Buendía, 2002

CUESTIONARIO

Opción de respuesta de nunca a siempre, con seis opciones de respuesta.

No	REACTIVO	CLAVE	CORRECTO	CORREGIR (OBSERVACIONES)	ELIMINAR
1	<p>Siento que la energía que gasto al realizar mi trabajo:</p> <p>a) No logro reponerla para empezar una nueva jornada laboral. (6)</p> <p>a) La repongo fácilmente (1)</p> <p>b) Es la necesaria como para realizar otras actividades después de mi trabajo (2)</p> <p>c) La repongo pero me siento cansado al iniciar mi trabajo (3)</p> <p>d) La repongo hasta el fin de semana (4)</p> <p>e) Me cuesta trabajo reponerla (5)</p>	(F1T,fatiga,+ -)			
2	<p>Siento que mi capacidad de resistencia a los problemas de mi trabajo:</p> <p>a) Ha disminuido (5)</p> <p>b) Es excelente (1)</p> <p>c) Es vulnerable (4)</p> <p>d) Es buena (2)</p> <p>e) Es mala (6)</p> <p>f) Es la adecuada (3)</p>	(F1T,fatiga,+ -)			
3	<p>Considero que mi cansancio laboral exige vacaciones para reponer mi energía, con la siguiente frecuencia:</p> <p>a) No lo necesito (1)</p> <p>a) Una vez al año (2)</p> <p>b) Cada seis meses (3)</p> <p>c) Cada cuatro meses (4)</p> <p>d) Cada dos meses (5)</p> <p>e) Cada mes (6)</p>	(F1T, fatiga, + -)			
4	<p>Al final de mi jornada de trabajo, por lo general me siento:</p> <p>a) Con sobrante de energía para seguir trabajando (1)</p> <p>a) Con un excesivo cansancio (6)</p> <p>b) Fatigado (5)</p> <p>c) Con energía suficiente para continuar otras actividades (2)</p> <p>d) Lo suficientemente cansado pero con energía (4)</p> <p>e) Normal, ya que no me falta ni me sobra energía (3)</p>	(F1T, cansancio,+ -)			
5	<p>El trabajo me causa dolor en:</p> <p>a) Cabeza y Cuello (3)</p> <p>b) Cuerpo (4)</p>				

No	REACTIVO	CLAVE	CORRECTO	CORREGIR (OBSERVACIONES)	ELIMINAR
	c) Cabeza y Cuerpo (5) d) Estómago (2) e) Estómago, Cabeza y Cuerpo (6) f) Ninguna (1)	(F1T, cansancio físico, + -)			
6	Mi trabajo me hace sentir físicamente: a) Fuerte (1) a) Mal (6) b) Agotado (5) c) Con energía (2) d) Cansado (4) e) Bien (3)	(F1T, cansancio físico,+ -)			
7	Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar.	(F1T, cansancio físico, +)			
8	Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.	(F1T, cansancio físico, -)			
9	Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.	(F1T, cansancio mental, +)			
10	Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer.	(F1T,energía, +)			
11	Mis errores en el trabajo se deben al exceso del mismo.	(F1T, fatiga,+)			
12	Me siento tan fatigado que no me considero capaz de realizar mi trabajo.	(F1T, fatiga,+)			
13	Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.	(F1T, cansancio físico, +)			
14	Cuando en mi trabajo atiendo a una persona, me cuesta trabajo ponerle atención.	(F1T, concentración,+)			
15	El escuchar sobre problemas de mi trabajo me hace sentir asfixiado.	(F1T, cansancio emocional, +)			
16	Me siento tan cansado por mi trabajo que me dan ganas de renunciar a él.	(F1T, fatiga, +)			
17	Me siento tan débil en mi trabajo que me dan ganas de llorar.	(F1T, cansancio emocional,+)			
18	Lo que más me estimula de mi trabajo es la sensación de ser útil en lo que hago.	(F1T,sentimiento de debilidad,-)			
19	A pesar de los esfuerzos que hago tengo la sensación de que mi trabajo es deficiente.	(F1T, sentimiento de debilidad,+)			
20	El fastidio que me genera el trabajo me hace sentir enfermo.	(F1T, fastidio emocional, +)			

No	REACTIVO	CLAVE	CORRECTO	CORREGIR (OBSERVACIONES)	ELIMINAR
21	Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.	(F1T, cansancio físico,+)			
22	Mientras más descanso más cansado me siento para trabajar.	(F1T, cansancio físico, +)			
23	Desde que comienza mi jornada laboral siento pesadez en el cuerpo.	(F1T,cansancio físico, +)			
24	Siento que un día de estos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo.	(F1T, cansancio mental, +)			
25	Lo que más me pesa en la vida es ir a trabajar.	(F1T, fastidio,+)			
26	Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.	(F1T, agotamiento,-)			
27	Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.	(F1T, energía, -)			
28	Me resulta sencillo poner atención al atender personas en mi trabajo.	(F1T, concentración,-)			
29	Mi trabajo me gusta porque lo que hago me resulta agradable y sencillo.	(F1T, fatiga, -)			
30	Mi trabajo me gusta tanto que gozo quedándome más tiempo de mi jornada normal.	(F1T, cansancio emocional, -)			

FACTOR II DESPERSONALIZACIÓN

No	REACTIVO	CLAVE	CORRECTO	CORREGIR (OBSERVACIONES)	ELIMINAR
31	En mi trabajo he tenido que volverme insensible para ser eficaz.	(F2T, insensible,+)			
32	La insensibilidad no se vale en mi trabajo.	(F2T,insensible,-)			
33	Me disgusta tener que relacionarme con los usuarios de mi trabajo.	(F2T, disgusto, +)			
34	Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios de él.	(F2T, disgusto, -)			
35	Mi trabajo demanda que me relacione con gente que requiere mis servicios y esto me hace sentir: a) Útil (3) b) Utilizado (4) c) Explotado (5) d) Satisfecho (2) e) Feliz (1) f) Enojado (6)	(F2T, enojo, + -)			
36	Lo que me disgusta del trato directo con la gente en mi trabajo es que: a) La gente me sea indiferente (3) b) La gente no entiende (5) c) Traten mal a la gente (2) d) La gente sea necia (6) e) La gente se sienta única (4) f) No tenga tiempo para atender con mayor cuidado a las personas. (1)	(F2T,preocupación por la gente, + -)			
37	Después de tratar a las personas que doy servicio me siento: a) Cansando (4) b) Motivado (2) c) Fastidiado (5) d) Satisfecho (3) e) Muy bien (1) f) Estresado (6)	(F2T, estresado, + -)			
38	Los problemas personales de los usuarios de mi trabajo deben ser: a) Apartados de mi trabajo (5) b) Entendidos objetivamente (2) c) Sólo escuchados (4) d) Muy importantes para mi trabajo (1) e) Considerados (3) f) Omitidos (6)	(F2T, insensible, + -)			
39	Siento apatía por los usuarios de mi trabajo	(F2T, apatía, +)			
40	Me preocupan demasiado los problemas de los				

No	REACTIVO	CLAVE	CORRECTO	CORREGIR (OBSERVACIONES)	ELIMINAR
	usuarios de mi trabajo.	(F2T, apatía, -)			
41	En mi trabajo el que se familiariza con el usuario de los servicios termina siendo perjudicado.	(F2T, perjudicado, +)			
42	Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo.	(F2T, comunicación, -)			
43	Lo que más me cuesta en mi trabajo es: a) Ser amigo del usuario (6) b) Involucrarme con el usuario (5) c) Ser amable con el usuario (4) d) Ser grosero con el usuario (2) e) Ser eficiente al atender al usuario (3) f) Atenderlo fríamente (1)	(F2T, falta de empatía, + -)			
44	Considero que los usuarios de mi trabajo son culpables de sus problemas.	(F2T, insensible, +)			
45	Cuando llego a dar un mal trato a los usuarios de mi trabajo, es porque ellos lo buscaron.	(F2T, insensible, +)			
46	Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.	(F2T, insensible,-)			
47	En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos.	(F2T, extrañeza, +)			
48	Mi trabajo es tan rutinario que al atender a los usuarios siempre sigo los mismos pasos.	(F2T,robotización, +)			
49	Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo.	(F2T, insensible, +)			
50	Cuando un usuario de mi trabajo no entiende lo que le explico yo: a) Le grito (6) b) Le explico de nuevo (2) c) Lo ignoro (4) d) Le hablo fuerte (5) e) Le pierdo interés (3) f) Busco otra forma de explicarle (1)	(F2T, cinismo, + -)			
51	Los usuarios de mis servicios de trabajo han llegado a desesperarme.	(F2T, insensible,+)			
52	He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trató mal.	(F2T, cinismo, +)			
53	He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.	(F2T, cinismo, -)			

No	REACTIVO	CLAVE	CORRECTO	CORREGIR (OBSERVACIONES)	ELIMINAR
54	Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.	(F2T, falta de empatía, -)			
55	Se me dificulta entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.	(F2T, falta de empatía, +)			
56	Cuando a un usuario de mis servicios de trabajo lo trato mal es porque me provocó.	(F2T, cinismo, +)			
57	Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.	(F2T, cinismo, -)			
58	Si un usuario de mi trabajo llega enojado yo respondo: a) Lo trato de la misma forma (6) b) No me involucro en su problema (4) c) Le pregunto la razón (2) d) Trato de calmarlo (1) e) Me angustia (3) f) Lo trato superficialmente (5)	(F2T, cinismo, + -)			
59	No acostumbro involucrarme con la problemática personal que puedan tener los usuarios de mi trabajo.	(F2T, insensible, +)			
60	Acostumbro involucrarme con la problemática personal que puedan tener los usuarios de mi trabajo.	(F2T, insensible, -)			

FACTOR III: INSATISFACCIÓN

No	REACTIVO	CLAVE	CORRECTO	CORREGIR (OBSERVACIONES)	ELIMINAR
61	Considero que atiendo bien a los usuarios de mi trabajo.	(F3T, insatisfacción, -)			
62	Sé que cualquier otra persona desempeñaría con mayor eficacia mi actual puesto de trabajo.	(F3T, negativismo, +)			
63	Aunque me esfuerzo al realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.	(F3T, insatisfacción, +)			
64	Siento que soy incapaz de ayudar a resolver los problemas de los usuarios de mi servicio.	(F3T, negativismo, +)			
65	Me siento decepcionado de mi desempeño laboral.	(F3T, desmotivado, +)			
66	Cuando estoy atendiendo a los usuarios de mi servicio, preferiría: a) continuar haciéndolo (2) b) que alguien más los atienda por mí (4) c) tomar un descanso (3) d) regresar a mi casa a descansar el resto del día (5) e) realizar otro tipo de trabajo (6) f) cubrir al máximo sus necesidades (1)	(F3T, desmotivado, + -)			
67	Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.	(F3T, descontento, +)			
68	Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.	(F3T, insatisfacción, +)			
69	Al finalizar una jornada de trabajo me molesta la sola idea de atender a los usuarios de mi servicio.	(F3T, descontento, +)			

No	REACTIVO	CLAVE	CORRECTO	CORREGIR (OBSERVACIONES)	ELIMINAR
70	Me siento incapaz de realizar adecuadamente mi trabajo.	(F3T, negativismo, +)			
71	Si me ascendieran de puesto yo: a) no lo acepto porque me siento incapaz (6) b) lo aceptaría sin dudarlo (1) c) propondría a otra persona (4) d) consideraría aceptarlo (3) e) me daría miedo tener más responsabilidades (5) f) lo acepto si me conviene (2)	(F3T, negativismo, + -)			
72	Me siento muy contento con mi actual puesto de trabajo.	(F3T, descontento, -)			
73	Considero que nadie está mejor preparado que yo para desempeñar las actividades que requieren mi puesto de trabajo.	(F3T, negativismo, -)			
74	Siento que estoy haciendo un trabajo que exige más de lo que puedo dar.	(F3T, descontento, +)			
75	Siento que mi desempeño laboral es el adecuado para atender a los usuarios de mi trabajo.	(F3T, insatisfacción, -)			
76	Por más que me esfuerzo en mi trabajo, siento que debería ser más eficiente.	(F3T, insatisfacción, +)			
77	Siento que mi trabajo es tan monótono, que ya no me gusta.	(F3T, Desmotivación laboral, +)			
78	Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.	(F3T, Desmotivación laboral, +)			
79	Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.	(F3T, Insatisfacción, +)			
80	Siento que ya no rindo como antes en mi trabajo.	(F3T, Descontento consigo mismo, +)			

81	Sé que los usuarios a los que atiendo, están contentos conmigo porque realizo bien mi trabajo.	(F3T, Insatisfecho, -)			
82	Trato de dar lo mejor de mi en el trabajo y creo que lo logro.	(F3T, Insatisfecho, -)			
83	Creo que mi mayor motivación en el trabajo, es saber que soy bueno en lo que hago.	(F3T, negativismo, -)			
84	No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.	(F3T, negativismo, +)			
85	Creo que mi trabajo implica más esfuerzo de lo que puedo dar.	(F3T, Descontento consigo mismo, +)			
86	Siento que me falta más capacitación de la que tengo para realizar bien mi trabajo.	(F3T, negativismo, +)			
87	Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.	(F3T, negativismo, +)			
88	Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme novedosas.	(F3T, insatisfacción, +)			
89	Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.	(F3T, sin compromiso, +)			
90	En mí trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan.	(F3T, sin compromiso, +)			
91	Hace mucho tiempo que dejé de hacer mí trabajo con pasión.	(F3T, desmotivado, +)			
92	Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.	(F3T, desmotivación,+)			

#### FACTOR IV: PSICOSOMATICO

A continuación se te presentan una serie de preguntas relacionadas con tu salud que debes contestar sin considerar los efectos producidos por sustancias como alcohol, estimulantes, cafeína, cocaína, opiáceos, sedantes, antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, etc.

No.	REACTIVO	CLAVE	NUNCA	UNA VEZ AL MES	DOS VECES AL MES	UNA VEZ A LA SEMANA	3 VECES A LA SEMANA	DIARIO	¿CUÁNTOS AÑOS HAS TENIDO ESTE PADECIMIENTO?
93.	Con que frecuencia te sientes desesperado (ansioso).	(F4psi, Ansiedad, + -)							
94.	Con que frecuencia te sientes deprimido (muy triste).	(F4psi, Depresión, +-)							
95.	Con que frecuencia consideras que tienes sueño en exceso (más de 8 horas).	(F4psi, Somnolencia, +-)							
96.	Con que frecuencia sientes que la calidad de tu sueño es mala.	(F4psi, Calidad del sueño, +-)							
97.	Con que frecuencia sientes que interrumpes tu sueño durante la noche.	(F4psi, Insomnio,+-)							
98.	Con que frecuencia consideras que tienes problemas respiratorios al dormir (p. e. Roncar).	(F4psi, Hipersomnia, +-)							
99.	Con que frecuencia sueñas pesadillas que alteran tu tranquilidad al dormir.	(F4psi, Parasomnia, +-)							



No.	REACTIVO	CLAVE	NUNCA	UNA VEZ AL MES	DOS VECES AL MES	UNA VEZ A LA SEMANA	3 VECES A LA SEMANA	DIARIO	¿CUÁNTOS AÑOS HAS TENIDO ESTE PADECIMIENTO?
	frecuencia tienes dolores en el abdomen.	(F4, Dolor,+-)							
108	Con qué frecuencia te duele la espalda y el cuello.	(F4, Dolor ,+-)							
109	Con qué frecuencia te duelen las articulaciones de brazos y piernas.	(F4, Dolor ,+-)							
110	Con qué frecuencia te duele el pecho.	(F4, Dolor ,+-)							
111	Con qué frecuencia tienes molestias al defecar.	(F4, Dolor ,+-)							
112	Con qué frecuencia tienes dolor durante tus relaciones sexuales.	(F4, Dolor , +-)							
113	Con qué frecuencia tienes molestias al orinar.	(F4, Dolor, +-)							

Si eres hombre continua en el reactivo 25.

No.	REACTIVO	CLAVE	NUNCA	UNA VEZ AL MES	DOS VECES AL MES	UNA VEZ A LA SEMANA	3 VECES A LA SEMANA	DIARIO	CUÁNTOS AÑOS HAS TENIDO ESTE PADECIMIENTO?
114	Durante tu período menstrual, con qué frecuencia sufres dolores insoportables que te limitan en tus actividades.	(F4, Dolor, +-)							
115	Con qué frecuencia tu menstruación es irregular.	(F4, Sexual, +-)							
116	Con qué frecuencia tienes pérdida menstrual excesiva (sangrado).	(F4, Sexual, +-)							

Si eres mujer continua en el reactivo 28

No.	REACTIVO	CLAVE	NUNCA	UNA VEZ AL MES	DOS VECES AL MES	UNA VEZ A LA SEMANA	3 VECES A LA SEMANA	DIARIO	CUÁNTOS AÑOS HAS TENIDO ESTE PADECIMIENTO?
117	Con qué frecuencia tienes problemas de erección.	(F4, Sexual, +-)							
118	Con qué frecuencia tienes problemas de eyaculación precoz.	(F4, Sexual, +-)							
119	Con qué frecuencia tienes problemas para alcanzar la eyaculación.	(F4, Sexual, +-)							

No.	REACTIVO	CLAVE	NUNCA	UNA VEZ AL MES	DOS VECES AL MES	UNA VEZ A LA SEMANA	3 VECES A LA SEMANA	DIARIO	CUÁNTOS AÑOS HAS TENIDO ESTE PADECIMIENTO?
120	Con qué frecuencia sufres náuseas.	(F4, Gastro, +-)							
121	Con qué frecuencia sufres vómitos.	(F4, Gastro, +-)							
122	Con qué frecuencia sufres diarrea.	(F4, Gastro, +-)							
123	Con qué frecuencia sufres intolerancia a diferentes alimentos.	(F4, Gastro, +-)							
124	Con qué frecuencia sientes indiferencia sexual.	(F4, Sexual, +-)							
125	Con qué frecuencia tienes problemas para alcanzar un orgasmo.	(F4, Sexual, +-)							
126	Con qué frecuencia tienes la sensación de perder el equilibrio.	(F4, Pseudo-neurológico, +-)							
127	Con qué frecuencia tienes la sensación de debilidad muscular en cierta parte del cuerpo.	(F4, Pseudo-neurológico, +-)							

No.	REACTIVO	CLAVE	NUNCA	UNA VEZ AL MES	DOS VECES AL MES	UNA VEZ A LA SEMANA	3 VECES A LA SEMANA	DIARIO	CUÁNTOS AÑOS HAS TENIDO ESTE PADECIMIENTO?
128	Con qué frecuencia sientes dificultad para deglutir.	(F4, Pseudo-neurológico, +-)							
129	Con qué frecuencia sientes un nudo en la garganta.	(F4, Pseudo-neurológico, +-)							
130	Con qué frecuencia llegas a perder la voz.	(F4, Pseudo-neurológico, +-)							
131	Con qué frecuencia pierdes sensibilidad táctil (manos, piel, etc).	(F4, Pseudo-neurológico, +-)							
132	Con qué frecuencia te has desmayado.	(F4, Pseudo-neurológico, +-)							

FACTOR V: APOYO SOCIAL

Te pedimos que respondas los siguientes enunciados cuyas opciones de respuesta van del 1 al 10, donde 1 es nada y 10 es mucho, siendo los números intermedios (2 al 9) los grados de respuesta que puedes elegir.

No	REACTIVO	CLAVE
133	Cuando me enfrento a una situación difícil mi familia me apoya.	(F5T, familia, + -)
134	Estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mis amigos, cuando tengo problemas que resolver.	(F5T, amigos, + -)
135	Considero que las condiciones de trabajo que brinda la organización donde laboro, son útiles para apoyar a los trabajadores.	(F5T, empresa, + -)
136	Cuando tengo una tarea difícil que resolver en mi trabajo recibo el apoyo de mis compañeros.	(F5T, compañeros, + -)
137	Mi jefe inmediato me brinda su apoyo cuando lo requiero.	(F5T, jefe, + -)
138	En la relación que tengo con mi pareja practico el apoyo mutuo.	(F5T, pareja, + -)
139	El apoyo que encuentro en mi comunidad religiosa es satisfactoria.	(F5T, religión, + -)
140	Cuando hago una propuesta que beneficiará a la comunidad cuento con el apoyo de todos los vecinos.	(F5T, comunidad, + -)
141	Considero que pertenecer a un club o grupo de apoyo me da beneficios porque cuento con el apoyo de más personas.	(F5T, club o grupo, + -)
142	Es importante la existencia de las autoridades ya que considero que me apoyan en mi labor diaria.	(F5T, autoridades, + -)



**¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?  
BN/V1**

1. Considero que mi cansancio laboral exige vacaciones para reponer mi energía, con la siguiente frecuencia:
  - a) No lo necesito
  - b) Una vez al año
  - c) Cada seis meses
  - d) Cada cuatro meses
  - e) Cada dos meses
  - f) Cada mes
  
2. Si un usuario de mi trabajo llega enojado, yo respondo:
  - a) Lo trato de la misma forma
  - b) No me involucro en su problema
  - c) Le pregunto la razón
  - d) Trato de calmarlo
  - e) Me angustia
  - f) Lo trato superficialmente
  
3. Después de tratar a las personas a las que les doy servicio me siento:
  - a) Cansado
  - b) Motivado
  - c) Fastidiado
  - d) Satisfecho
  - e) Muy bien
  - f) Estresado
  
4. Mi trabajo me hace sentir físicamente:
  - a) Fuerte
  - b) Mal
  - c) Agotado
  - d) Con energía
  - e) Cansado
  - f) Bien
  
5. Mi trabajo demanda que me relacione con gente que requiere mis servicios, lo que me hace sentir:
  - a) Útil
  - b) Utilizado
  - c) Explotado
  - d) Satisfecho
  - e) Feliz
  - f) Enojado
  
6. Si me ascendieran de puesto yo:
  - a) No lo acepto porque me siento sin deseos de tener mayores problemas
  - b) Lo aceptaría sin dudarlo
  - c) Propondría a otra persona
  - d) Consideraría aceptarlo
  - e) Me daría miedo tener más responsabilidades
  - f) Lo acepto si me conviene

7. Los problemas personales de los usuarios de mi trabajo deben ser:
- Apartados de mi trabajo
  - Entendidos objetivamente
  - Sólo escuchados
  - Muy importantes para mi trabajo
  - Considerados
  - Omitidos
8. Siento que la energía que gasto al realizar mi trabajo:
- No logro reponerla para empezar una nueva jornada laboral
  - La repongo fácilmente
  - Es la necesaria como para realizar otras actividades después de mi trabajo
  - La repongo pero me siento cansado al iniciar mi trabajo
  - La repongo hasta el fin de semana
  - Me cuesta trabajo reponerla
9. Al final de mi jornada de trabajo, por lo general me siento:
- Con sobrante de energía para seguir trabajando
  - Con un excesivo cansancio
  - Fatigado
  - Con energía suficiente para continuar otras actividades
  - Lo suficientemente cansado pero con energía
  - Normal, ya que no me falta ni me sobra energía
10. Cuando estoy atendiendo a los usuarios de mi servicio, preferiría:
- Continuar haciéndolo
  - Que alguien más los atienda por mí
  - Tomar un descanso
  - Regresar a mi casa a descansar el resto del día
  - Realizar otro tipo de trabajo
  - Cubrir al máximo sus necesidades
11. Siento que mi capacidad de resistencia a los problemas de mi trabajo:
- Ha disminuido
  - Es excelente
  - Es vulnerable
  - Es buena
  - Es mala
  - Es la adecuada
12. Cuando un usuario de mi trabajo no entiende lo que le explico yo:
- Le grito
  - Le explico de nuevo
  - Lo ignoro
  - Le hablo fuerte
  - Le pierdo interés
  - Busco otra forma de explicarle
13. Cuando estoy realizando mi trabajo siento que:
- No puedo continuar con el
  - Lo realizo de manera eficiente
  - No lo realizo satisfactoriamente, por pensar en otras cosas
  - Puedo continuar sin problemas
  - Todo marcha bien
  - No cuento con los recursos necesarios para hacerlo

14. Lo que me disgusta del trato directo con la gente en mi trabajo es que:
- a) La gente me sea indiferente
  - b) La gente no entiende
  - c) Sea maltratada por quien brinda un servicio
  - d) La gente sea necia
  - e) La gente se sienta única
  - f) No tenga tiempo para atender con mayor cuidado a las personas
15. El trabajo me causa dolor en:
- a) Cabeza y Cuello
  - b) Cuerpo
  - c) Cabeza y Cuerpo
  - d) Estómago
  - e) Estómago, Cabeza y Cuerpo
  - f) Ninguna parte
16. Lo que más me cuesta en mi trabajo es:
- a) Ser grosero con el usuario
  - b) Involucrarme con el usuario
  - c) Ser eficiente al atender al usuario
  - d) Atenderlo fríamente
  - e) Ser amable con el usuario
  - f) Ser amigo del usuario
17. Siento que mi trabajo es tan monótono, que ya no me gusta.
18. Los usuarios de mis servicios de trabajo han llegado a desesperarme.
19. Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar.
20. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.
21. Mis errores en el trabajo se deben al exceso del mismo.
22. Me siento muy contento con mi actual puesto de trabajo.
23. Me siento tan cansado por mi trabajo que me dan ganas de renunciar a él.
24. Lo que más me estimula de mi trabajo es la sensación de ser útil en lo que hago.
25. Sé que cualquier otra persona desempeñaría con mayor eficacia mi actual puesto de trabajo.
26. Cuando hago una propuesta que beneficiará a la comunidad cuento con el apoyo de todos los vecinos.
27. Se me dificulta entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.
28. Siento que me falta más capacitación de la que tengo para realizar bien mi trabajo.
29. Considero que atiendo bien a los usuarios de mi trabajo.
30. Considero que los usuarios de mi trabajo son culpables de sus problemas.
31. Mi trabajo me gusta porque lo que hago me resulta agradable y sencillo.

32. Estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mis amigos, cuando tengo problemas que resolver.
33. Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.
34. Siento que un día de estos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo.
35. Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.
36. El apoyo que encuentro en mi comunidad religiosa es satisfactoria.
37. Mi jefe inmediato me brinda su apoyo cuando lo requiero.
38. Me preocupan demasiado los problemas de los usuarios de mi trabajo.
39. Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo.
40. Me siento tan fatigado que no me considero capaz de realizar mi trabajo.
41. Siento que soy incapaz de ayudar a resolver los problemas de los usuarios de mi servicio.
42. Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.
43. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme novedosas.
44. Considero que las condiciones de trabajo que brinda la organización donde laboro, son útiles para apoyar a los trabajadores.
45. Siento que ya no rindo como antes en mi trabajo.
46. En mi comunidad las autoridades brindan apoyo a la población.
47. Desde que comienza mi jornada laboral siento pesadez en el cuerpo.
48. Me siento incapaz de realizar adecuadamente mi trabajo.
49. Cuando llego a dar un mal trato a los usuarios de mi trabajo, es porque ellos lo buscaron.
50. En la relación que tengo con mi pareja practico el apoyo mutuo.
51. Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo.
52. Cuando en mi trabajo atiendo a una persona, me cuesta trabajo ponerle atención.
53. Considero que nadie está mejor preparado que yo para desempeñar las actividades que requiere mi puesto de trabajo.
54. Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.
55. Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.
56. Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.
57. Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.
58. Me resulta sencillo poner atención al atender personas en mi trabajo.

59. Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.
60. Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.
61. A pesar de los esfuerzos que hago tengo la sensación de que mi trabajo es deficiente.
62. En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos.
63. Aunque me esfuerzo al realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.
64. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.
65. Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.
66. Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.
67. Creo que mi mayor motivación en el trabajo, es saber que soy bueno en lo que hago.
68. Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo.
69. Me siento decepcionado de mi desempeño laboral.
70. Creo que mi trabajo implica más esfuerzo de lo que puedo dar.
71. Lo que más me pesa en la vida es ir a trabajar.
72. Siento que mi desempeño laboral es el adecuado para atender a los usuarios de mi trabajo.
73. Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.
74. Al finalizar una jornada de trabajo me molesta la sola idea de atender a los usuarios de mi servicio.
75. El escuchar sobre problemas de mi trabajo me hace sentir asfixiado.
76. Siento apatía por los usuarios de mi trabajo.
77. Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.
78. En mi trabajo he tenido que volverme insensible para ser eficaz.
79. Me siento tan débil en mi trabajo que me dan ganas de llorar.
80. No acostumbro involucrarme con la problemática personal que puedan tener los usuarios de mi trabajo.
81. Considero que pertenecer a un club o grupo de apoyo me da beneficios porque cuento con el apoyo de más personas.
82. Mi trabajo es tan rutinario que al atender a los usuarios siempre sigo los mismos pasos.
83. Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.
84. Cuando tengo una tarea difícil que resolver en mi trabajo recibo el apoyo de mis compañeros.
85. Mientras más descanso más cansado me siento para trabajar.

86. Por más que me esfuerzo en mi trabajo, siento que debería ser más eficiente.
87. Mi trabajo me gusta tanto que gozo quedándome más tiempo de mi jornada normal.
88. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.
89. Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer.
90. Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.
91. El fastidio que me genera el trabajo me hace sentir enfermo.
92. Me disgusta tener que relacionarme con los usuarios de mi trabajo.
93. Siento que estoy haciendo un trabajo que exige más de lo que puedo dar.
94. Cuando me enfrento a una situación difícil mi familia me apoya.
95. Acostumbro involucrarme con la problemática personal que puedan tener los usuarios de mi trabajo.
96. En mi trabajo el que se familiariza con el usuario de los servicios termina siendo perjudicado.
97. No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.
98. Cuando a un usuario de mis servicios de trabajo lo trato mal es porque me provocó.
99. Trato de dar lo mejor de mí en el trabajo y creo que lo logro.
100. Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.
101. En mí trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan.

### **¿Con qué frecuencia...?**

102. Consideras que tienes sueño en exceso (más de 8 horas).
103. Te sientes deprimido (muy triste).
104. Sientes que la calidad de tu sueño es mala.
105. Tienes dolores de cabeza.
106. Sientes dificultad para deglutir.
107. Te despiertas bruscamente con gritos, llanto y mucho miedo.
108. Te has desmayado.
109. Tienes dolor durante tus relaciones sexuales.
110. Sientes indiferencia sexual.
111. Tienes pesadillas que alteran tu tranquilidad al dormir.

112. Te sientes desesperado (ansioso).
113. Despiertas y eres incapaz de moverte o hablar.
114. Te duelen las articulaciones de brazos y piernas.
115. Sufres intolerancia a diferentes alimentos.
116. Sufres vómitos.
117. Pierdes sensibilidad táctil (manos, piel, etc).
118. Tienes dolores en el abdomen.
119. Tienes la sensación de debilidad muscular en cierta parte del cuerpo.
120. Te duele la espalda y el cuello.
121. Tienes molestias al orinar.
122. Consideras que tienes problemas respiratorios al dormir (p. e. Roncar).
123. Te levantas de la cama durante la noche sin despertar.
124. Sientes un nudo en la garganta.
125. Llegas a perder la voz.
126. Dejas de dormir por varios días.
127. Sientes que interrumpes tu sueño durante la noche.
128. Sufres náuseas.
129. Sufres golpes irresistibles de sueño en situaciones inadecuadas (p. e. Manejando, conversando).
130. Te duele el pecho.
131. Tienes molestias al defecar.
132. Tienes problemas para alcanzar un orgasmo, cuando estas con una pareja.
133. Sufres diarrea.
134. Tienes la sensación de perder el equilibrio.
135. Te despiertas sintiendo taquicardia, sudoración, tensión muscular y confusión.

Las preguntas **136, 137 y 138** sólo para **HOMBRES**, las preguntas **139, 140 y 141** sólo para **MUJERES**.

136. Tienes problemas de eyaculación precoz.
137. Tienes problemas de erección.

138. Tienes problemas para alcanzar la eyaculación.
139. Tu menstruación es irregular.
140. Tienes pérdida menstrual excesiva (sangrado).
141. Durante tu período menstrual, sufres dolores insoportables que te limitan en tus actividades.
142. ¿Qué edad tienes?
143. Sexo
144. Estado civil
145. Si tienes pareja, ¿cuántos años llevas con ella?
146. ¿Qué escolaridad tienes?
147. ¿Tienes hijos?
148. ¿Cuántos?
149. En tú trabajo ¿qué tipo de puesto ocupas?:
150. ¿Cuál es el tipo de trabajo que desempeñas?
151. ¿Cómo es el contacto que mantienes con usuarios (pacientes, clientes, etc.)?
152. ¿Cuántos trabajos tienes?
153. ¿Cuántas actividades consideras tener en un día? P.E. (Trabajos, deportes, religión, club, etc).
154. ¿Cuántas horas trabajas al día? (en tu principal empleo).
155. ¿Cuánto tiempo de antigüedad tienes en la empresa donde laboras actualmente?
156. ¿Cuántos años has trabajado en tú vida?
157. ¿Cuántos empleos has tenido en tu vida?
158. ¿Cuántos ascensos has tenido en tu vida?
159. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado que recibes sin considerar impuestos, descuentos, etc.?
160. ¿En qué tipo de organización laboras?
161. ¿Qué tipo de contrato tienes?
162. ¿Tienes personas a tu cargo?
163. ¿Cuántas?
164. ¿Tomas algún medicamento en forma frecuente?
165. Si tomas algún medicamento, ¿Escribe cuál y para qué?

166. ¿Cuánto tiempo tienes de tomarlo?
167. ¿Has tenido algún accidente importante? Especifica de qué tipo.
168. ¿Has tenido alguna intervención quirúrgica? Especifica de qué tipo.
169. ¿Fumas?
170. ¿Cuántos cigarros fumas al día?
171. ¿Con qué frecuencia ingieres bebidas alcohólicas?
172. En caso de que consumas drogas, ¿Con qué frecuencia lo haces?
173. Durante una semana, ¿Cuántas horas libres tienes?
174. ¿Haces ejercicio físico?
175. Si haces ejercicio, ¿Cuántas horas a la semana le dedicas?
176. ¿Practicas alguna religión?
177. ¿Cuál?
178. ¿Tienes alguna preferencia política?
179. ¿De qué tipo es tu preferencia política?
180. ¿Qué tan devoto eres de tu religión?
181. ¿Qué tan involucrado estás con la inclinación política de tu preferencia?





142. \_\_\_\_\_ años

143. Masculino  Femenino

144. Con pareja  Sin pareja

145. \_\_\_\_\_ años

146. Primaria  Secundaria  Bachillerato  Licenciatura

Postgrado  Otro: \_\_\_\_\_

147. SI  NO

148. Núm. \_\_\_\_\_

149. Operativo  Medio  Ejecutivo

150. Empleado

Comerciante

Empresario

Profesionista Independiente

Otro \_\_\_\_\_

151. Directo  Indirecto

152. Núm. \_\_\_\_\_

153. Núm. \_\_\_\_\_

154. \_\_\_\_\_ Horas

155. \_\_\_\_\_ Años

156. \_\_\_\_\_ Años

157. Núm. \_\_\_\_\_

158. Núm. \_\_\_\_\_

159. \$ \_\_\_\_\_

160. Privada  Pública

161. Obra Determinada (Por proyecto)

Tiempo Determinado (Eventual o temporal)

Tiempo Indefinido (Base o planta)

162. SI  NO

163. Núm. \_\_\_\_\_

164. SI  NO

165. \_\_\_\_\_

166. \_\_\_\_\_ Años

167. SI  NO  Tipo: \_\_\_\_\_

168. SI  NO  Tipo: \_\_\_\_\_

169. SI  NO

170. Núm. \_\_\_\_\_

171. Nunca

Una vez al año

Dos veces al año

Una vez al mes

Una vez a la semana

Todos los días

172. Nunca

Una vez al año

Dos veces al año

Una vez al mes

Una vez a la semana

Todos los días

173. \_\_\_\_\_ Horas

174. SI  NO

175. \_\_\_\_\_ Horas

176. SI  NO

177. Religión: \_\_\_\_\_

178. SI  NO

179. Derecha  Centro  Izquierda

180. Poco       Mucho

181.



**¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?  
BN/V2**

1. Considero que mi cansancio laboral exige vacaciones para reponer mi energía, con la siguiente frecuencia:
  - a) No lo necesito
  - b) Una vez al año
  - c) Cada seis meses
  - d) Cada cuatro meses
  - e) Cada dos meses
  - f) Cada mes
  
2. Mi trabajo me hace sentir físicamente:
  - a) Fuerte
  - b) Mal
  - c) Agotado
  - d) Con energía
  - e) Cansado
  - f) Bien
  
3. Siento que la energía que gasto al realizar mi trabajo:
  - a) No logro reponerla para empezar una nueva jornada laboral.
  - b) La repongo fácilmente
  - c) Es la necesaria como para realizar otras actividades después de mi trabajo
  - d) La repongo pero me siento cansado al iniciar mi trabajo
  - e) La repongo hasta el fin de semana
  - f) Me cuesta trabajo reponerla
  
4. Al final de mi jornada de trabajo, por lo general me siento:
  - a) Con sobrante de energía para seguir trabajando
  - b) Con un excesivo cansancio
  - c) Fatigado
  - d) Con energía suficiente para continuar otras actividades
  - e) Lo suficientemente cansado pero con energía
  - f) Normal, ya que no me falta ni me sobra energía
  
5. Cuando estoy atendiendo a los usuarios de mi servicio, preferiría:
  - a) Continuar haciéndolo
  - b) Que alguien más los atienda por mí
  - c) Tomar un descanso
  - d) Regresar a mi casa a descansar el resto del día
  - e) Realizar otro tipo de trabajo
  - f) Cubrir al máximo sus necesidades
  
6. Cuando un usuario de mi trabajo no entiende lo que le explico yo:
  - a) Le grito
  - b) Le explico de nuevo
  - c) Lo ignoro
  - d) Le hablo fuerte
  - e) Le pierdo interés
  - f) Busco otra forma de explicarle

7. El trabajo me causa dolor en:
- a) Cabeza
  - b) Cuerpo
  - c) Cabeza y Cuerpo
  - d) Estómago
  - e) Estómago, Cabeza y Cuerpo
  - f) Ninguna parte
8. Siento que mi trabajo es tan monótono, que ya no me gusta.
9. Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar.
10. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.
11. Mis errores en el trabajo se deben al exceso del mismo.
12. Me siento tan cansado por mi trabajo que me dan ganas de renunciar a él.
13. Cuando hago una propuesta que beneficiará a la comunidad cuento con el apoyo de todos los vecinos.
14. Mi trabajo me gusta porque lo que hago me resulta agradable y sencillo.
15. Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.
16. Siento que un día de estos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo.
17. Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.
18. El apoyo que encuentro en mi comunidad religiosa es satisfactoria.
19. Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo.
20. Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.
21. Desde que comienza mi jornada laboral siento pesadez en el cuerpo.
22. Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo.
23. Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.
24. Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.
25. Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.
26. Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.
27. Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.
28. Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.
29. En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos.
30. Aunque me esfuerzo al realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.
31. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.

32. Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.
33. Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.
34. Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo.
35. Me siento decepcionado de mi desempeño laboral.
36. Creo que mi trabajo implica más esfuerzo de lo que puedo dar.
37. Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.
38. Al finalizar una jornada de trabajo me molesta la sola idea de atender a los usuarios de mi servicio.
39. Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.
40. Me siento tan débil en mi trabajo que me dan ganas de llorar.
41. Considero que pertenecer a un club o grupo de apoyo me da beneficios porque cuento con el apoyo de más personas.
42. Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.
43. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.
44. Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer.
45. Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.
46. Me disgusta tener que relacionarme con los usuarios de mi trabajo.
47. Siento que estoy haciendo un trabajo que exige más de lo que puedo dar.
48. No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.
49. Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.
50. En mí trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan.

### **¿Con qué frecuencia...?**

51. Consideras que tienes sueño en exceso (más de 8 horas).
52. Te sientes deprimido (muy triste).
53. Sientes que la calidad de tu sueño es mala.
54. Tienes dolores de cabeza.
55. Sientes dificultad para deglutir.

56. Te despiertas bruscamente con gritos, llanto y mucho miedo.
57. Te has desmayado.
58. Tienes dolor durante tus relaciones sexuales.
59. Sientes indiferencia sexual.
60. Tienes pesadillas que alteran tu tranquilidad al dormir.
61. Te sientes desesperado (ansioso).
62. Despiertas y eres incapaz de moverte o hablar.
63. Te duelen las articulaciones de brazos y piernas.
64. Sufres intolerancia a diferentes alimentos.
65. Sufres vómitos.
66. Pierdes sensibilidad táctil (manos, piel, etc).
67. Tienes dolores en el abdomen.
68. Tienes la sensación de debilidad muscular en cierta parte del cuerpo.
69. Te duele la espalda y el cuello.
70. Tienes molestias al orinar.
71. Consideras que tienes problemas respiratorios al dormir (p. e. Roncar).
72. Te levantas de la cama durante la noche sin despertar.
73. Sientes un nudo en la garganta.
74. Llegas a perder la voz.
75. Dejas de dormir por varios días.
76. Sientes que interrumpes tu sueño durante la noche.
77. Sufres náuseas.
78. Sufres golpes irresistibles de sueño en situaciones inadecuadas (p. e. Manejando, conversando).
79. Te duele el pecho.
80. Tienes molestias al defecar.
81. Tienes problemas para alcanzar un orgasmo cuando estás con una pareja.
82. Sufres diarrea.
83. Tienes la sensación de perder el equilibrio.

84. Te despiertas sintiendo taquicardia, sudoración, tensión muscular y confusión.

Las preguntas **85, 86 y 87** sólo para **HOMBRES**, las preguntas **88, 89 y 90** sólo para **MUJERES**.

85. Tienes problemas de eyaculación precoz.

86. Tienes problemas de erección.

87. Tienes problemas para alcanzar la eyaculación.

88. Tu menstruación es irregular.

89. Tienes pérdida menstrual excesiva (sangrado).

90. Durante tu período menstrual, sufres dolores insoportables que te limitan en tus actividades.

91. ¿Qué edad tienes?

92. Sexo

93. Estado civil

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

95. ¿Qué escolaridad tienes?

96. ¿Tienes hijos?

97. ¿Cuántos?

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

99. ¿Cuál es el tipo de trabajo que desempeñas?

100. ¿Cómo es el contacto que mantienes con usuarios (pacientes, clientes, etc.)?

101. ¿Cuántos trabajos tienes?

102. ¿Cuántas actividades consideras tener en un día? P.E. (Trabajos, deportes, religión, club, etc).

103. ¿Cuántas horas trabajas al día? (en tu principal empleo).

104. ¿Cuánto tiempo de antigüedad tienes en la empresa donde laboras actualmente?

105. ¿Cuántos años has trabajado en tú vida?

106. ¿Cuántos empleos has tenido en tu vida?

107. ¿Cuántos ascensos has tenido en tu vida?

108. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado que recibes sin considerar impuestos, descuentos, etc.?

109. ¿En qué tipo de organización laboras?

110. ¿Qué tipo de contrato tienes?
111. ¿Tienes personas a tu cargo?
112. ¿Cuántas?
113. ¿Tomas algún medicamento en forma frecuente?
114. Si tomas algún medicamento, ¿Escribe cuál y para qué?
115. ¿Cuánto tiempo tienes de tomarlo?
116. ¿Has tenido algún accidente importante? Especifica de qué tipo.
117. ¿Has tenido alguna intervención quirúrgica? Especifica de qué tipo.
118. ¿Fumas?
119. ¿Cuántos cigarros fumas al día?
120. ¿Con qué frecuencia ingieres bebidas alcohólicas?
121. En caso de que consumas drogas, ¿Con qué frecuencia lo haces?
122. Durante una semana, ¿Cuántas horas libres tienes?
123. ¿Haces ejercicio físico?
124. Si haces ejercicio, ¿Cuántas horas a la semana le dedicas?
125. ¿Practicas alguna religión?
126. ¿Cuál?
127. ¿Tienes alguna preferencia política?
128. ¿De qué tipo es tu preferencia política?
129. ¿Qué tan devoto eres de tu religión?
130. ¿Qué tan involucrado estás con la inclinación política de tu preferencia?

Hoja de Respuestas  
**¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?**  
BN/V2

**TD: Totalmente en Desacuerdo**  
**TA: Totalmente de Acuerdo**

- 1. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
- 2. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
- 3. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
- 4. (a) (b) (c) (d) (e) (f)

- 5. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
- 6. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
- 7. (a) (b) (c) (d) (e) (f)

**TD** **TA**

- 8. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 9. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 10. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 11. ○ ○ ○ ○ ○ ○

- 12. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 13. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 14. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 15. ○ ○ ○ ○ ○ ○

- 16. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 17. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 18. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 19. ○ ○ ○ ○ ○ ○

- 20. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 21. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 22. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 23. ○ ○ ○ ○ ○ ○

- 24. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 25. ○ ○ ○ ○ ○ ○

- 26. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 27. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 28. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 29. ○ ○ ○ ○ ○ ○

- 30. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 31. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 32. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 33. ○ ○ ○ ○ ○ ○

- 34. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 35. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 36. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 37. ○ ○ ○ ○ ○ ○

- 38. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 39. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 40. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 41. ○ ○ ○ ○ ○ ○

- 42. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 43. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 44. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 45. ○ ○ ○ ○ ○ ○

- 46. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 47. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 48. ○ ○ ○ ○ ○ ○

- 49. ○ ○ ○ ○ ○ ○
- 50. ○ ○ ○ ○ ○ ○



91. \_\_\_\_\_ años

92. Masculino  Femenino

93. Con pareja  Sin pareja

94. \_\_\_\_\_ años

95. Primaria  Secundaria  Bachillerato  Licenciatura

Postgrado  Otro: \_\_\_\_\_

96. SI  NO

97. Núm. \_\_\_\_\_

98. Operativo  Medio  Ejecutivo

99. Empleado

Comerciante

Empresario

Profesionista Independiente

Otro \_\_\_\_\_

100. Directo  Indirecto

101. Núm. \_\_\_\_\_

102. Núm. \_\_\_\_\_

103. \_\_\_\_\_ Horas

104. \_\_\_\_\_ Años

105. \_\_\_\_\_ Años

106. Núm. \_\_\_\_\_

107. Núm. \_\_\_\_\_

108. \$ \_\_\_\_\_

109. Privada  Pública

110. Obra Determinada (Por proyecto)

Tiempo Determinado (Eventual o temporal)

Tiempo Indefinido (Base o planta)

111. SI  NO

112. Núm. \_\_\_\_\_

113. SI  NO

114. \_\_\_\_\_

115. \_\_\_\_\_ Años

116. SI  NO  Tipo: \_\_\_\_\_

117. SI  NO  Tipo: \_\_\_\_\_

118. SI  NO

119. Núm. \_\_\_\_\_

120. Nunca

Una vez al año

Dos veces al año

Una vez al mes

Una vez a la semana

Todos los días

121. Nunca

Una vez al año

Dos veces al año

Una vez al mes

Una vez a la semana

Todos los días

122. \_\_\_\_\_ Horas

123. SI  NO

124. \_\_\_\_\_ Horas

125. SI  NO

126. Religión: \_\_\_\_\_

127. SI  NO

128. Derecha  Centro  Izquierda

129. Poco       Mucho

130. Poco       Mucho

## REFERENCIAS

- Amigo, I. Rodríguez, C. y Álvarez, M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid. Pirámide.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Tests Psicológicos* (7ª. Ed.). México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Ashforth, B. & Raymond, T. (1997). Commentary Burnout as a process: commentary on Cordes, Dougherty and Blum. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 703-718.
- Berkman, L.F. (1985). The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. En S. Cohen y S. L. Syme (Eds.), *Social Support and Health*. New York: Academic Press.
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. España: Pirámide.
- Burke, R. & Richardsen, A.M. (1996). Stress, burnout and health. En C.L. Cooper (Ed.), *Handbook of Stress, Medicine and Health*. New York: CRC Press.
- Burke, R. (1998). Work and non-work stressors and well-being among police officers: *The role of coping*. *Anxiety Stress and Coping*, 10, 1-18.
- Burke, R. y Greenglass, E. (1989). Sex differences in psychological Burnout in teachers. *Psychological Reports*, 65, 55-63
- Burke, R.J. (1987). *Burnout in police work: An examination of the Cherniss model*. *Group and Organization Studies*, 12, 174-188.
- Cerda, E. (1984). *Psicometría General*. España: Herder S. A.
- Chau-wai, E., y So-Kum, C. (2003). The role or individual, interpersonal, and organizational factors in miting burnout among elderly Chinese volunteers, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 795-802.
- Cordes, C.L. & Dougherty, T.W. (1993). A review and integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18, 621-656.
- Cox, T., Baldursson, E. y Rial-González, E. (2000). Occupational health psychology. *Work and Stress*. 14 (2), 101-104
- Cox, T., Kuk, G. & Leiter, M. (1993). *Burnout, Health, Work Stress and Organizational Healthiness*. En W. B. Schaufel, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional Burnout. Recent developments in theory and research*. London: Taylor and Francis.
- Dael, L., Carlozzi, A., y Stein. L. (1999). Burnout in counseling psychologists: type of practice setting and pertinent demographics. *Counselling Psychology Quarterly*, 13, 3, 293-302.

- Daniel, E. y Pérez, A. (1999). *El síndrome de burnout en el médico*. Laboratorios Smithkline Beecham.
- Darley, J., Glucksberg, S. y Kinchla, R. (1990). *Psicología*. México. Prentice Hall, 4ta Edición
- Eagly, A. y Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*, Forth Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Edelwich, J. & Broadsky, A. (1980). *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. New York: Human Sciences Press.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A Challenge for biomedicine, *Science*, 196 (4286) pp. 129-136
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burn-out. *Journal of Social Issue*, 30, 1, 159-165.
- Friesen, D. y Sarros, J. (1986). Sources or burnout among educators. *Journal of Organizational Behavior*, 10, 179-188.
- García, M. (1995). Evaluación del burnout: estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la escala EPB. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 219-229.
- Gellerman, S. W. (1960). *People, problem and profits*. New York: McGraw – Hill.
- Gillespie, F. y Numerof, R. (1984). *The Gillespie-Numerof Burnout Inventory: Technical manual*. St. Louis: Washington University.
- Gil-Monte, P. (1994). *El Síndrome de Burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de Laguna, España.
- Gil-Monte, P. (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 Aplicada*, 46, 4-7.
- Gil-Monte, P. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P., y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P., Peiró, J. y Valcárcel, P. (1995). El síndrome de Burnout entre profesionales de enfermería: una perspectiva desde los modelos cognoscitivos de estrés laboral. En L. González, A. de la Torre y J. de Elena, *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Gestión de Recursos Humanos y Nuevas Tecnologías*, pp.211-224. Salamanca: Eudema.

- Golembiewski, R. Hilles, K, & Daly, K. (1986). Ameliorating advanced Burnout: A design for the easier of two modes and some consequences. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 9, 125-147.
- Golembiewski, R. (1982). Organization Development interventions. En W.S. Paine (Ed), *Job stress and Burnout*, 229-253. Beverly Hills. CA: Sage.
- Golembiewski, R.& Munzenrider, R. (1988). *Phases of Burnout: developments in concepts and applications*. New York: Praeger.
- Golembiewski, R., Schreb, K. & Boudreau, R. (1993). Burnout in cross-national settings: Generic and model specific perspectives. En W.B. Schaufeli, C, Maslach and T. Marek (Eds.), *Professional Burnout Recent developments in theory and research*. London: Taylor and Francis.
- Golembiewski, R., Sun, B., Lin, C. y Boudreau, R. (1995). *Burnout among International Comparative Management*, 10, 145-162.
- GONHET (2001). The Global Occupational health network 2001/2002.Red mundial de Salud Ocupacional. Disponible en el World Wide Web: [http://www.who.int/occupational health/ publications/newsletter/en/gohnet2s.pdf](http://www.who.int/occupational%20health/publications/newsletter/en/gohnet2s.pdf)
- Grajales, T. (2000). Estudio de la validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión Española en una población de profesionales mexicanos, *Línea de Investigación: Instrumentos de medición*, 17, 1-10.
- Guerrero, E. y Vicente, F. (2001). *Síndrome de "burnout" o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Extremadura: Servicio de publicaciones de la Universidad de Extremadura.
- Gutiérrez, R., Ito, E. y Contreras, C. (2002). *Salud mental, estrés y trabajo en profesionales de la salud SWS - Survey (desarrollo y criterios de aplicación)*. México: UNAM.
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Herrans, L. (1985). *Psicología y Medición*. México: Limusa, S. A. de C. V.
- Holland, P. & 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.
- Hothersall, D. (1997). *Historia de la Psicología* (3ª. Ed.). México: McGraw-Hill.

- Johnson, J. (1989). Control, collectivity and the psychosocial work environment. En S. L. Sauter, J. J. Hurrell Jr. and C. L. Cooper (Eds.), *Job control and worker health*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Johnson, J., Hall, E. & Theorell, T. (1989). Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 15, 271 – 279.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285 – 307.
- Kerlinger, F. (2001). *Investigación del Comportamiento Métodos de Investigación en Ciencias Sociales* (4ª. Ed). México: Mc Graw Hill.
- Kets, F. y Miller, D. (1993). *La organización neurótica*. Barcelona: Edhasa.
- Klas, L., Kendall, W. & Kennedy, L. (1985). Levels and specific causes of stress perceived by regular classroom teachers. *Canadian Counsellor*, 19, 3, 115 – 127.
- Latorre, J. (1994). Psicología de la salud: Introducción y conceptos básicos. En J. Latorre y P. Beneit (Eds), *Psicología de la salud* (3ra. Ed., pp. 17-25). Argentina: Lumen
- Leiter, M. & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297 – 308.
- Leiter, M. (1991). Coping patterns as predictors of Burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior*, 12, 123 – 144.
- Lipowski, Z. (1986). Psychosomatic Medicine: Past and Present. Part I. Historical background. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 2-7
- Manzano, G. y Ramos, F. (1999). La despersonalización: clave para identificar el síndrome de Burnout en personal de enfermería. *Enfermería Científica*, 206-207, 63-78.
- Marcelissen, F. (1987). Psychological pacemarkers in the stress process. Leiden: NIPG/TNO.
- Martínez, C., y López, G. (2005). Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas, *Archivos en Medicina Familiar*, 7, 1, 6-9.
- Martínez, R. (1995). *Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos*. España. Editorial Síntesis, S. A.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99 – 113.
- Maslach, C. (1982a). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Maslach, C. (1982b). Understanding Burnout: definitional issues in analysing a complex epifenomenon. En W.S. Paine (Ed.), *Job, Stress and Burnout*. Beverly Hills: Sage.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory* (2nd. Ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Mingote, J. (1997). Síndrome burnout. Síndrome de desgaste profesional. *Monografías de Psiquiatría*, 5, septiembre-octubre.
- Moos, R. H., Insel, P. M. & Humphrey, B. (1974). *Preliminary Manual for Family Environment Scale, Work environment Scale and Group Environment Scale*. Palo Alto, C. A.: National Press Book.
- Morales, F. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. México. Paidós,
- Moreno, J. (1993). El clima laboral. La satisfacción en el trabajo. En A. Blanco (Ed.), *Teoría y Psicología de las Organizaciones*, 2, Madrid:MAP.
- Moreno, J. 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*, 161 – 172. Barcelona: PPU.
- Muñiz, J. (1996). *Psicometría*. España: Universitarias, S. A.
- O.M.S. (2000). The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance. Disponible en el World Wide Web: <http://www.who.int/whr>.
- Oblitas, G. y Becoña, E. (2000). *Psicología de la Salud*. México. Plaza y Valdez, S. A. de C.V.
- Ortega, C., y López, F. (2004). El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas, *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 1, 137-160.
- Ortega, G. (1998). *La psicología de la salud en América Latina*. México. Porrúa.
- Paz, M. (1996). Validez. En *La técnica del análisis factorial. Un método de investigación en psicología y pedagogía* (pp. 1-48). Madrid: Biblioteca Nueva
- Pines, A. & Aronson, E. (1988). *Career Burnout: Causes and cures* (2nd ed.). New York: The Free Press.
- Pines, A., Aronson, E. & Kafry, D. (1981). *Burnout: from tedium to personal growth*. New York: Free Press.
- Prieto, G. y Delgado, R. (1996). Construcción de items. En *La técnica del análisis factorial. Un método de investigación en psicología y pedagogía* (pp. 105-138). Madrid: Biblioteca Nueva

- Reig, A. y Caruana, A. (1987). *Batería de Evaluación de Estrés en Profesionales de la Salud*. Alicante: Mimeo.
- Reyes-Lagunes, I. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su uso en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, IX, 1, 81-97
- San Martín, H. (1984). *Crisis mundial de la salud. ¿Salud para nadie en el año 2000?* Madrid. Ciencia.
- Schaufeli, C. Maslach and T. Marek (Eds.), *Professional burnout: recent developments in theory and research*. London: Taylor and Francis.
- Schaufeli, W. & Dierendonck, D.(1995). A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. *Psychological Reports*, 76, 631-647.
- Schute, N., Toppinen, S., Kalimo, R. & 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. & Long, U. (1988). Confirmatory factor analysis, validation and revision of Teacher Stress Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 48, 2, 497 – 511.
- Schwab, R. Jackson, S.E. & Schuler, R.S. (1986). Educator burnout sources and consequences. *Educator Research Quarterly*, 10, 15 – 30.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Social Support and Health*. Gottingen: Hogrefe.
- Sigerist, H. (1941). *Medicine and Human Welfare*. New Haven, Yale University.
- Terris, M. (1992). *Tendencias actuales en la salud pública de las Américas*. En organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica no. 540, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 185-204.
- Uribe – Prado, J. F. (2002). Desarrollo y validación de la escala de los cinco factores mexicanos de personalidad (5FM): selección de personal y éxito profesional. *Revista de Investigación de la Universidad Cristóbal Colón*, 15, 5, 105 – 128.
- Viloria, H., y Paredes, M. (2002). Estudio del Síndrome de Burnout o Desgaste Profesional en los Profesores de la Universidad de los Andes, *Educere, Investigación*, 17, 29-36.
- Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support and burnout. En W. B.
- Yela, M. (1997). *La técnica del análisis factorial. Un método de investigación en psicología y pedagogía*. Madrid: Biblioteca Nueva