

ESTUDIO CONFIRMATORIO DE LA ESCALA MEXICANA DE DESGASTE OCUPACIONAL (EMEDO): UN INSTRUMENTO DE BURNOUT PARA MEXICANOS

Jesús Felipe Uribe Prado
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

En esta investigación se describe el desarrollo de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), en su segunda fase de validación psicométrica con 523 sujetos trabajadores de la Ciudad de México de los sectores público y privado. El cuestionario está basado en los constructos de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal propuestos por Maslach y Jackson (1981, 1982) y, por Schaufelli, Leiter, Maslach y Jackson (1996) para medir "burnout" (ahora llamado desgaste ocupacional), fueron agregados dos factores para medir trastornos psicosomáticos (derivados del DSM-IV) y variables sociodemográficas. El desgaste ocupacional fue medido con un instrumento de 50 reactivos, los cuales fueron sometidos a un análisis factorial confirmatorio. El instrumento final constó de 30 reactivos teóricos con una consistencia interna general de 89% (alfa de Cronbach). La congruencia teórica y conceptual de los constructos fue confirmada por la adecuada interrelación de los mismos con diferentes variables psicosomáticas y sociodemográficas mostrando validez para población mexicana.

Abstract

The development, predictive and relational validity of an instrument measuring the burnout for Mexican workers from México City is presented: Burnout' Mexican Scale (EMEDO). Maslach & Jackson (1981, 1982) and Schaufelli, Leiter, Maslach & Jackson (1996) did the theoretical background for this construct which is based on emotional exhaustion, depersonalization, sense of lack of personal accomplishment. Additionally, the instrument contained items for somatic troubles and demographic characteristics. A total sample of 523 workers was selected from private and public enterprises. A group of 50 items about burnout derived in a final instrument with 30 items, after conducting confirmatory factor analysis. Also, the scale obtained Cronbach's general alpha of 89% as internal consistency. The conceptual and theoretical validity of the constructs was confirmed by the suitable interrelations among the factors as well as their relation to a series of the variables included in the investigation. A promising Mexican scale for Mexican workers has been obtained.

Palabras Claves: Desgaste Ocupacional, Trastornos Psicosomáticos, Salud Ocupacional, Escala de Medición.

Keywords: Burnout, Somatic Troubles, Occupational Health, Instrument Measuring.

SALUD, TRABAJO Y DESGASTE OCUPACIONAL

La salud debería de ser “un estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo ausencia de enfermedad” según el preámbulo del acta de constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta institución mundial se planteó en el año de 1977 en su asamblea número 30 como meta para el año 2000 que “todos los ciudadanos alcancen un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” (Benavides, Ruiz-Frutos y García, 2000). Dicha intención, la cual personalmente creo que no se ha alcanzado, involucra dos conceptos muy importantes para el mundo del trabajo, el derecho a la salud y el de la igualdad. Por otra parte, pero en concordancia con la OMS, la declaración de los principios fundamentales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de 1944 dice “todos los seres humanos, sin distinción de raza, credo o sexo, tienen derecho a perseguir su bienestar material y su desarrollo espiritual en condiciones de libertad y dignidad, de seguridad económica y en igualdad de oportunidades”; desde el año de 1919 la OIT ha formulado múltiples convenios para preservar la seguridad y salud en el trabajo, lo que ha llevado a trabajadores, sindicatos, médicos, patrones y Estados a una búsqueda de alternativas diversas para alcanzar tan anhelados estándares de calidad de vida (OIT, 2000). De acuerdo con Winett, King y Atman (1989) la salud no ocurre en un vacío; se presenta en un contexto conformado por constelaciones de factores personales, interpersonales, ambientales e institucionales, que involucran aspectos como política pública, ambiente físico y social, prácticas institucionales e influencias interpersonales.

En este contexto, la psicología de la salud, es considerada una de las profesiones responsables de la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, así como la

identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas (Matarazzo, 1980). Uno de los aportes de la psicología de la salud ocupacional ha sido el estudio del estrés, particularmente en el mundo del trabajo, el cual, a pesar de haber sido investigado ampliamente, cuenta con muchos significados y definiciones que aún se discuten sin llegar a muchos consensos. En conformidad con Gil-Monte (2005) uno de los principales desacuerdos se presenta cuando hay que decidir si el término estrés se aplica al estímulo u objeto estresante, a la percepción subjetiva que se hace del estímulo o, a la respuesta psicológica y fisiológica interna o externa, que se desarrolla después de una evaluación de la percepción del estímulo.

En lo anterior existe un proceso, que inicia con un posible objeto estresante, un proceso cognitivo de evaluación para determinar si el estímulo es un estresor y el resultado a lo anterior mediante estrategias de afrontamiento, finalmente la eficacia de las estrategias determinan las consecuencias del estrés laboral. Las respuestas psicológicas, conductuales y fisiológicas del proceso de estrés pueden convertirse con su prolongación en el tiempo en consecuencias, es decir, la coexistencia en el tiempo de varias respuestas al estrés laboral convierten lo que fue una simple respuesta en consecuencias más o menos permanentes que afectan significativamente el ritmo de vida de la gente en términos de disminución de desempeño laboral, acompañado de agotamiento emocional y sentimientos de minusvalía, los cuales se combinan con una serie de malestares físicos y somáticos en una espiral de deterioro con finales de enfermedad (p.e. depresión, asma, hipertensión, dolores, impotencia sexual, infartos, diabetes, entre otros). En este sentido, Burke y Greenglass (1995); Krausz, Kolowsky, Shalom y Elyakim (1995) sugieren que para identificar el estrés laboral en

términos de respuestas o consecuencias, el mejor criterio es el tiempo que un síntoma permanece después de haber sido considerado respuesta a un estresor.

El agotamiento emocional, sentimientos de minusvalía, algunos malestares hacia el ambiente, así como algunos comportamientos mostrados hacia los demás, son una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por cogniciones, emociones y actitudes hacia el trabajo, hacia las personas y hacia el propio rol laboral muchas veces como una respuesta al estrés laboral crónico. Freudenberger (1974), Maslach y Pines (1977) y Maslach (1982) después de estudiar el síndrome de agotamiento físico y emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas en el trabajo en ciertas organizaciones de servicio decidieron denominarlo “burnout” (también llamado síndrome de estar quemado o síndrome de desgaste ocupacional). Perlman y Hartman (1982), después de una amplia revisión de la literatura al respecto, concluyeron que el burnout es una respuesta al estrés emocional crónico con tres componentes; agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y un exceso de despersonalización. Los trabajadores sufren alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlcera, insomnio, mareos, ansiedad, depresión, alcoholismo, tabaquismo, entre otros. Para la empresa, se produce un deterioro de la calidad en el servicio por parte del empleado que sufre el síndrome: ausentismo, problemas de asiduidad, abandono de trabajo, rotación de personal y conflictos entre trabajadores, además del conflicto mismo del rol en el trabajo. Indiscutiblemente todas estas consecuencias se ven reflejadas en el desempeño del trabajador y en la productividad de la empresa. Lo más interesante del fenómeno es, por ejemplo, que cuando un trabajador presenta gastritis en lugar de visualizar su contexto, simplemente se le receta un antiácido para desaparecer el síntoma, de tal forma que el trabajador re-

gresa al mismo ambiente de trabajo pero sin síntoma, meses o años después este trabajador fue liquidado, renunció, se enfermó o murió de alguna enfermedad de origen desconocido. De acuerdo con Maslach y Jackson, (1981, 1982) y con Schaufelli, Leiter, Maslach y Jackson (1996), el burnout se define principalmente en las siguientes tres dimensiones:

- *Cansancio emocional (agotamiento)*: pérdida progresiva de energía, el cansancio, el desgaste, la fatiga. Situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto cotidiano y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (pacientes, presos, alumnos o clientes).
- *Despersonalización*: se manifiesta por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas (clientes, pacientes, alumnos, presos). Puede ser considerada como el desarrollo de sentimientos negativos, y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva a que les culpen de sus problemas, por ejemplo el enfermo bien se merece su enfermedad, el cliente es un sujeto detestable, el preso es un delincuente que merece su condena o el alumno merece ser reprobado.
- *Falta de realización personal (insatisfacción de logro)*: son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es la tendencia de los trabajadores a evaluarse negativamente. Esa evaluación negativa afecta la habilidad en la realización del trabajo y la relación con las personas a las que atienden.

No existe una escala mexicana para medir burnout, el instrumento más utilizado y confiable en México para medir estrés es el de Salud Mental Estrés y Trabajo-SWS Survey-(Osterman y Gutiérrez en Gutiérrez, Ito & Contreras, 2002), sin embargo, este 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 en México y muchos otros países es el MBI de Maslach y Jackson (1981,1986), consta de 22 reactivos, se basa en los tres factores de Leiter. Sin embargo, de acuerdo con Schute, Toppinen, Kalimo y Schaufeli (2000) en diversos estudios hechos por diferentes investigadores, 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. Inclusive, 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, entre otras razones por problemas normativos y legales como los derechos de autor (Gil-Monte, 2005). Además, recomiendan conservar la estructura factorial de los tres conceptos: Despersonalización, Realización Personal y Cansancio Emocional.

Se han llevado a cabo muchos estudios sobre burnout en países como Estados Unidos, Canadá, Gran Bretaña, Israel y España entre otros, con avances clínicos, teóricos, metodológicos y culturales realmente sorprendentes (Buendía y Ramos, 2001 y Lazarus, 2000). En Latinoamérica, y principalmente en México, la investigación que se ha realizado ha sido en el campo relacionado con el estrés en general (del Pino, 2005; Gutiérrez, 2000; Gutiérrez, Ito y Contreras, 2002), y con múltiples estudios de salud ocupacional relacionados con variables estresoras, pero no de burnout en

forma específica. Por ejemplo, Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda y Oviedo (1997) en un estudio con médicos mexicanos, encontraron diferentes síntomas relacionados con las malas condiciones de trabajo, tales como bajos salarios, equipo deficiente y obsoleto, problemas de supervisión, de instalaciones y sobrecarga de trabajo. Díaz (2000) encontró una relación positiva entre desgaste profesional y desempeño con odontólogos mexicanos. Arenas, Monreal, Valdez y Bonilla (2004) en un estudio sobre el auto-cuidado de los médicos encontraron relaciones con el estrés, alimentación, descanso y esparcimiento con largas jornadas de trabajo y en varias instituciones de salud en México. Diversas investigaciones se han realizado en relación con problemas en el trabajo y riesgos a partir de adicciones al tabaco, alcohol y otro tipo de drogas en personal del sector de la salud, con médicos y enfermeras (Gómez y Grimaldi, 1998; Molina, García, Alonso y Cecilia, 2003; Salmerón, Arillo, Campuzano, López y Lazcano, 2002), por su parte Tapia, Cravioto de la Rosa, Galván, García de la Torre y Kuri (1997) encontraron problemas laborales con tabaquismo en trabajadores de la salud. Escasos artículos como los de Díaz, Lartige y Acosta (2001) y Mingote, Moreno y Gálvez (2004) describen el síndrome y proporcionan algunos consejos para controlarlo.

Como puede observarse con los conceptos y antecedentes expuestos, existen variables demográficas, organizacionales, profesionales y de salud, dignas de ser estudiadas para la comprensión del síndrome de burnout en México. Además, es importante determinar el impacto del fenómeno en términos de productividad y eficacia laboral, principalmente por sus efectos en la salud individual y de las organizaciones mexicanas en lo social y en lo productivo.

Uribe-Prado, García, Leos, Archundia, Pizano y Lozano (en prensa) desarrollaron un instrumento [con y para mexicanos] basado en los tres factores anteriormente men-

cionados, obteniendo una alta confiabilidad de 91% [un cuestionario de 50 reactivos para medir desgaste ocupacional (burnout)]. Dicho instrumento mostró validez en esta primera fase con algunas variables demográficas (p.e. edad, sexo, número de hijos, tipo de puesto, tipo de trabajo, tabaquismo, horas libres y trabajo). De igual manera mostró relaciones significativas con variables psicósomáticas (trastornos del sueño, del dolor, neuróticos, gástricos, depresión, ansiedad y psicosexuales). La presente investigación se realizó utilizando el instrumento de Uribe-Prado y col. (en prensa) con la finalidad de llevar a cabo una investigación confirmatoria de sus primeros hallazgos y de esta manera lograr que el primer instrumento obtuviera también una confirmación psicométrica.

MÉTODO

Sujetos

Se aplicó a 523 sujetos habitantes de la Ciudad de México, obtenidos en un muestreo no probabilístico accidental. El 51.1% fueron del sexo masculino y el 48.9% femenino, el promedio de edad fue de 35.64 años con una desviación estándar de 10.28. El 70.4% reportó tener pareja y el 29.6% afirmó no tener pareja en ese momento. El 10.7% contaba con estudios de primaria y secundaria, el 21% tenía bachillerato, el 56.6% licenciatura, el 6.7% posgrado y un 5% reportó otro tipo de estudios. El 86.4% era empleado, el 4.6% comerciante, el 1.5% empresario, el 2.7% profesional independiente y el 4.8% reportó otras actividades laborales. El 68.8% tenía contacto directo con clientes o usuarios de sus servicios laborales, mientras que el 31.2% lo tenía de manera indirecta. El 42.8% se encontraba trabajando en puestos operativos, el 43.2% en puestos de nivel medio o de supervisión y un 10.5% a nivel ejecutivo, un 3.4% no reportó nivel de puesto. El 42.8% pertenecía al sector privado y el 56.2% al sector público, un 1% no reportó el tipo de organización para la que trabajaba.

Procedimiento

El cuestionario completo de 130 reactivos se aplicó en su mayoría en forma individual en los centros de trabajo de cada sujeto, aunque también algunos cuestionarios se aplicaron en forma colectiva. El tiempo de aplicación fluctuó entre 20 y 40 minutos. Posteriormente, la captura se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 11.0 así como los análisis psicométricos correspondientes (análisis factorial confirmatorio, análisis de consistencia interna, análisis de varianza y correlaciones).

Instrumento

Se utilizó el instrumento de Uribe-Prado y col. (en prensa) de 130 reactivos, el cual consta de 47 reactivos para medir los tres factores de desgaste ocupacional [desgaste (F1), despersonalización (F2) e insatisfacción de logro (F3)], 40 reactivos miden trastornos psicósomáticos (F4) tales como trastornos del sueño, del dolor, sexuales, pseudo-neurológicos, gastrointestinales, depresión y ansiedad, 3 reactivos miden apoyo social (F5) y 40 reactivos corresponden a datos sociodemográficos (F6). Esta versión del instrumento cuenta con un 91.32% de consistencia interna para los factores 1, 2, 3 y 5, fue producto de un primer análisis factorial exploratorio considerando saturaciones mayores a .30 y validado con una muestra de 510 sujetos trabajadores.

Análisis Factorial Confirmatorio

Con base en el primer análisis factorial exploratorio de Uribe-Prado y col. (en prensa) se analizaron los 50 reactivos correspondientes a los factores 1, 2, 3 y 5 (no se incluyeron los reactivos psicósomáticos y demográficos) mediante un análisis factorial confirmatorio con el método de componentes principales, rotación Varimax y normalización Kaiser. Se utilizaron 10.46 sujetos para cada reactivo (n=523), los reactivos fueron seleccionados con base en valores propios superiores o iguales a 1 que

además cumplieran con la composición teórica conceptual, que presentaran una correlación entre -1 y 1 superior a .40 (ver Gorsuch 1983 [en Martínez-Arias, 1995]). De los 50 reactivos que ingresaron al análisis factorial sólo 30 cumplieron los criterios para conformar una versión validada de 110 reactivos, el factor de apoyo social desapareció.

Análisis de Consistencia Interna

Según Martínez-Arias (1995), el alfa de Cronbach considera el número de elementos del cuestionario, la varianza de cada ítem y la total, basando su derivación en la covarianza media entre los “n” ítems como un estimador de la confiabilidad de un test de longitud n=1. Los 30 reactivos obteni-

dos del análisis factorial fueron sometidos a esta prueba permaneciendo todos con valores entre .77 y .86.

Modelo de Leiter y Maslach (1988)

Con la finalidad de confirmar la validez del instrumento se llevó a cabo una clasificación de los tres factores de desgaste ocupacional considerando, a partir de la media de cada factor, dos grupos: de cero a la media se consideró “bajo” y de la media al valor superior, se consideró “alto”. Con base en una tabla de combinaciones se recodificaron los grupos altos y bajos, dando lugar a 4 sumatorias que permitieron clasificar los puntajes de los sujetos en las cuatro fases del modelo de Leiter y Maslach (1988). Ver Tabla 1.

Tabla 1. *Proceso del Modelo de Leiter y Maslach (1988) en una Tabla de Combinaciones de Valores altos y bajos*

<i>Factor/Etapa/Valores</i>	<i>Fase 1</i>	<i>Fase 2</i>	<i>Fase 3</i>	<i>Fase 4</i>
<i>Agotamiento</i>	Bajo 1	Bajo 1	Alto 3	Alto 3
<i>Despersonalización</i>	Baja 1	Alta 2	Baja 1	Alta 2
<i>Satisfacción</i>	Baja 1	Baja 1	Baja 1	Alta 2
<i>Suma valores</i>	3	4	5	7

De acuerdo con las fases de desgaste ocupacional que propone el modelo, el 30.6% de los sujetos se encontraba en la fase 1, el 18% en la fase 2, el 14.5% en la fase 3 y el 36.9% en la fase 4, con una media de 2.5 y una desviación estándar de 1.26. Por cada sujeto se obtuvo un valor de sumatoria de los tres factores, con el que posteriormente, se llevaron a cabo algunas correlaciones con el factor psicossomático (F4) derivado del DSM IV.

RESULTADOS

El análisis factorial confirmatorio arrojó un total de 30 reactivos válidos para medir los 3 factores de desgaste ocupacional, desapareciendo en su totalidad el factor de apoyo social (F5). En la tabla 2 se pueden apreciar los reactivos, el factor al que corresponden y su saturación correspondiente:

Tabla 2. *Análisis Factorial Confirmatorio con Rotación Varimax de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) y saturaciones por factor*

<i>Número</i>	<i>Reactivos</i>	<i>F1 Agotamiento</i>	<i>F2 Desperso- nalización</i>	<i>F3 Insatis- facción</i>
1	Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.	.637	.222	.117
2	Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.	.613	8.546E-02	.299
3	Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar.	.527	-1.66E-03	.237
4	Siento que un día de estos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo.	.485	.203	.351
5	Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.	.480	.266	.305
6	Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.	.475	.197	.164
7	Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer.	.446	.206	.279
8	Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.	.445	2.425E-02	.315
9	Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.	.445	6.579E-02	-4.12E-02
10	Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.	8.052E-02	.691	7.091E-02
11	Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo.	.174	.621	8.009E-02
12	En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos.	-2.67E-03	.584	.296
13	Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo.	6.378E-02	.583	.214
14	He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.	-3.02E-02	.569	.248
15	Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo.	.201	.558	6.208E-03
16	Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.	6.478E-02	.499	1.035E-02
17	He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.	.103	.450	-.172
18	Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.	.273	.438	3.607E-03
19	Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.	.180	.130	.699
20	Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.	.192	7.676E-03	.650
21	Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.	9.191E-02	4.489E-02	.626
22	Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.	.157	.317	.624
23	Siento que mi trabajo es tan monótono, que ya no me gusta.	.204	-4.61E-02	.612

24	Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.	.163	.207	.595
25	Aunque me esfuerzo al realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.	8.582E-02	.221	.586
26	Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.	.153	.178	.555
27	Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.	.123	.422	.515
28	No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.	5.116E-02	.414	.512
29	En mi trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan.	.230	.334	.508
30	Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.	5.348E-02	-.298	.497

Los valores de consistencia interna expresados por las alfas de Cronbach para cada factor obtenido en la versión posterior al análisis factorial (30 reactivos) se presentan en la tabla 3, en la que se pueda apreciar el factor teórico, el número de reactivos que lo componen y el alfa correspondiente:

Tabla 3. *Análisis de consistencia interna de la Escala Mexicana de Desgaste ocupacional (EMEDO) en la versión de 30 reactivos*

<i>Factor</i>	<i>Reactivos</i>	<i>Alfa</i>
Agotamiento	9	.7894
Despersonalización	9	.7748
Insatisfacción de logro	12	.8620
Total	30	.8910

Los 30 reactivos obtenidos en el estudio confirmatorio más los 40 reactivos psicodinámicos y los 40 sociodemográficos, constituyen la nueva versión del instrumento con un total de 110 reactivos, la cual permitió comprobar la sensibilidad del instrumento ante una nueva muestra de sujetos, que siendo diferente a la primera (ver Uribe-Prado y col. [en prensa]) dio resultados similares, amplió la discusión y confirmó algunas relaciones encontradas en la literatura internacional. Para lograr lo anterior, se llevaron a cabo análisis de varianza de una vía, con las siguientes variables demográficas: sexo, estado civil, escolaridad, tener hijos, edad, años con la pareja y número de hijos. Ver tabla 4.

En esta tabla se puede observar que el agotamiento (F1) mostró diferencias estadísticamente significativas con las variables de sexo (F 8.34, p. <.004), con la de tener hijos (F 23.9, p. <.000), con edad (F 9.38, <.000) y con los años con la pareja (F 2.76, p. <.01). Por otro lado, la despersonalización (F2) obtuvo diferencias estadísticamente significativas con las variables de estado civil (F 7.15, p. <.008) y escolaridad (F 3.99 p. <.001). Finalmente, la insatisfacción de logro (F3) presentó diferencias estadísticamente significativas para las variables de tener hijos (F 6.19, p. <.01), edad (F 5.67, p. <.000) y con el número de hijos (F 2.71, p. <.045). También se llevaron a cabo análisis de varianza con las siguientes variables laborales: puesto, tipo de contacto

Tabla 4. *Análisis de Varianza entre Desgaste Ocupacional y algunas Variables Demográficas*

VARIABLES	GRUPOS	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción
Sexo	Masculino	2.46**	2.13	2.28
	Femenino	2.71**	2.08	2.23
Estado Civil	Con pareja	2.53	2.04**	2.20
	Sin pareja	2.69	2.27**	2.37
Escolaridad	Primaria	3.28	3.15***	2.99
	Secundaria	2.49	2.16***	2.44
	Bachillerato	2.59	2.18***	2.26
	Universitaria	2.60	2.09***	2.25
	Posgrado	2.36	1.80***	2.04
Tener Hijos	Sí	2.40***	2.09	2.16*
	No	2.82***	2.14	2.38*
Edad	16-25 años	2.79***	2.07	2.52***
	26-30	3.08***	2.34	2.55***
	31-35	2.55***	2.00	2.21***
	36-40	2.41***	2.17	2.16***
	41-50	2.28***	2.00	1.96***
	51-69	2.26***	2.11	2.11***
Años con la Pareja	< 1 año	2.82*	2.31	2.53
	1.01-3	2.79*	2.20	2.18
	3.01-5	2.71*	2.05	2.33
	5.01-10	2.50*	2.00	2.19
	10.01-20	2.32*	1.93	2.09
	20.01-25	2.27*	1.97	2.16
	25.01-53	2.29*	1.85	2.01
Número De hijos	1 hijo	2.53	2.03	2.35*
	2	2.41	2.01	2.12*
	3	2.24	2.22	2.04*
	4-7 hijos	2.18	2.05	1.90*

* $\leq .05$

** $\leq .01$

*** $\leq .001$

con el usuario, tipo de organización, tipo de contrato, número de horas de trabajo al día, antigüedad en el trabajo, número de años de trabajar en la vida, número de ascensos, e ingresos económicos, Ver Tabla 5.

En esta tabla se observa que para agotamiento (F1) se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las variables como tipo de organización (F 42.35, p. <.000), tipo de contrato (F 4.33, p. <.000), horas de trabajo al día (F 5.23, p. <.000), antigüedad en el trabajo (F 5.76, p. <.000), los años de trabajar en la vida (F 6.55, p. <.000), el número de ascensos (F 5.41, p. <.000), y los ingresos económicos (F 2.72,

p. <.02). Para despersonalización (F2) se mostraron diferencias estadísticamente significativas en las variables como tipo de contacto con el usuario de los servicios (F 17.75, p. <.000), tipo de organización (F 13.3, p. <.000), número de ascensos (F 7.24, p. <.000), e ingresos económicos (F 2.44, p. <.04). Por último, para insatisfacción de logro (F3) se observaron diferencias estadísticamente significativas para variables como puesto (F 4.7, p. <.009), tipo de organización (F 20.77, p. <.000), tipo de contrato (F 8.32, p. <.000), antigüedad en el trabajo (F 2.83, p. <.016), años de trabajar en la vida (F 4.66, p. <.000), número

Tabla 5. *Análisis de Varianza entre Desgaste Ocupacional y algunas Variables Laborales*

VARIABLES	Grupos	F1 Agota miento	F2 Desperso nalización	F3 Insatisfac ción
Puesto	Operativo	2.64	2.19	2.40**
	Medio	2.50	2.05	2.15**
	Ejecutivo	2.64	1.94	2.07**
Tipo de contacto con el usuario de servicios	Directo	2.62	1.99***	2.21
	Indirecto	2.47	2.34***	2.37
Tipo de Organización	Privada	2.89***	2.27***	2.48***
	Pública	2.33***	1.98***	2.09***
Tipo de contrato	Obra determinada	3.25**	2.20	3.16***
	Tiempo determinado	2.56**	2.10	2.31***
	Tiempo indefinido	2.55**	2.11	2.21***
Horas de trabajo al día	4-5 horas	3.05***	2.13	2.55
	6-7	2.55***	2.07	2.30
	8	2.41***	1.99	2.22
	8.01-10	2.56***	2.22	2.22
	10.01-12	3.04***	2.20	2.24
	12.01 ó más	3.20***	2.13	2.58
Antigüedad en el trabajo	< 1 año	2.64***	2.13	2.41*
	1.01-2	2.97***	2.08	2.38*
	2.01-5	2.82***	2.20	2.42*
	5.01-10	2.44***	2.01	2.17*
	10.01-20	2.36***	2.18	2.12*
	20.01 ó más	2.22***	2.03	1.92*
Años de trabajo en la vida	1-5 años	2.90***	2.18	2.57*
	5.1-10	2.72***	2.03	2.25*
	10.1-15	2.60***	2.07	2.18*
	15.1-20	2.63***	2.43	2.42*
	20.1-30	2.20***	1.96	1.95*
	30.1-52	2.21***	1.87	2.08*
Número de ascensos	1	2.93***	2.37***	2.68***
	2	2.67***	2.20***	2.29***
	3	2.46***	2.18***	2.17***
	4-6	2.33***	1.72***	2.03***
	7-15	2.19***	1.89***	1.97***
Ingresos (\$)	5000 ó menos	2.66*	2.19*	2.47*
	5001-10000	2.74*	2.19*	2.41*
	10001-15000	2.48*	2.12*	2.07*
	15001-25000	2.33*	1.82*	1.96*
	25001-55000	2.46*	1.99*	2.07*

* $\leq .05$

** $\leq .01$

*** $\leq .001$

de ascensos (F 5.55, p. <.000), e ingresos económicos (F 5.81, p. <.000).

También se llevaron a cabo análisis de varianza con algunas variables de salud:

intervenciones quirúrgicas, tabaquismo, consumo de alcohol, hacer ejercicio, tomar medicamentos y el número de horas libres a la semana. Ver tabla 6.

Tabla 6. *Análisis de Varianza entre Desgaste Ocupacional y algunas Variables de Salud*

VARIABLES	GRUPOS	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción
Intervenciones Quirúrgicas	Sí	2.51	1.89***	2.10**
	No	2.60	2.22***	2.34**
Fuma tabaco	Sí	2.63	2.04	2.40*
	No	2.55	2.13	2.18*
Consumo alcohol	Nunca	2.63	2.42***	2.31
	1 vez año	2.48	2.05***	2.14
	2 veces año	2.57	2.04***	2.18
	1 vez mes	2.54	1.91***	2.20
	1 vez semana	2.65	2.16***	2.52
	diario	2.63	2.63***	2.56
Hace ejercicio	Sí	2.35***	1.94***	2.16*
	No	2.85***	2.30***	2.37*
Toma medicamentos	Hasta 1 año	2.78	1.70***	2.18
	1.1-3 años	2.93	2.17***	2.44
	3.1-10	2.28	1.82***	2.12
	10.1 ó más	3.07	3.36***	2.66
Horas libres a la semana	1-5	2.48	1.95**	2.16
	6-10	2.70	2.10**	2.30
	11-15	2.64	1.95**	2.39
	16-20	2.47	2.34**	2.19
	21-30	2.51	1.89**	2.31
	31-50	2.67	2.02**	2.33
	51 ó más	2.80	2.30**	2.20

* $\leq .05$

** $\leq .01$

*** $\leq .001$

Se observa en la tabla anterior que para el factor de agotamiento (F1) fueron significativas las diferencias en hacer ejercicio (F 34.96, p. <.000). Para despersonalización (F2) fueron significativas en intervenciones quirúrgicas (F 16.36, p. <.000), consumir alcohol (F 4.47, p. <.001), hacer ejercicio (F 21.05, p. <.000), tomar medicamentos (F 6.75, p. <.000), y el número de horas libres a la semana (F 3.0, p. <.007). Finalmente, para insatisfacción de logro (F3), fue estadísticamente significativo el haber tenido intervenciones quirúrgicas (F 7.23, p. <.007), el fumar tabaco (F 5.71, p. <.017), y hacer ejercicio (F 6.17, p. <.013). Al mismo tiempo, se contó con algunas variables en la modalidad intercalar, las cuales fueron sometidas a correlaciones "Pearson", para conocer el grado de asociación entre

desgaste ocupacional y algunas variables demográficas, laborales y psicossomáticas. Ver Tablas 7 y 8.

En la tabla 7 pueden observarse relaciones positivas y significativas entre agotamiento (F1) y las horas de trabajo al día y entre las tres escalas de desgaste ocupacional. Interesante resulta la correlación negativa entre las tres escalas de desgaste ocupacional y la edad, los años con la pareja, el número de hijos, la antigüedad en el trabajo, los años de trabajo, los ascensos, los ingresos y el tener una devoción religiosa siendo casi todas significativas, con excepción de antigüedad en el trabajo y años de trabajar con el factor de despersonalización (F2). En la tabla 8 se observa de manera significativa y positiva una asociación entre los tres factores de desgaste ocupacional y

Tabla 7. Correlaciones entre Desgaste Ocupacional y Variables Demográficas y Laborales

	F1	F2	F3	A	B	C	D	E	F	G	H	I
F1 Agotamiento	1											
F2 Despersonalización	.39**	1										
F3 Insatisfacción logro	.54**	.37**	1									
A. Edad	-.25**	-.03	-.20**	1								
B. Años con pareja	-.18**	-.13**	-.13*	.77**	1							
C. Núm. de hijos	-.13*	.02	-.15**	.46**	.42**	1						
D. Horas trabajo día	.08*	.10*	.01	.02	.00	.00	1					
E. Antigüedad trabajo	-.17**	-.01	-.15**	.62**	.49**	.25**	-.00	1				
F. Años de trabajar	-.23**	-.06	-.15**	.83**	.68**	.34**	.05	.65**	1			
G. Ascensos	-.17**	-.16**	-.16**	.41**	.29**	.02	.07	.26**	.47**	1		
H. Ingresos	-.11**	-.11**	-.17	.29**	.21**	.13*	.05	.21**	.26**	.30**	1	
I. Devoción religión	-.17**	-.01	-.09*	.11**	.06	.04	-.03	.09*	.09*	.10*	.09*	1

*<=.05

**<=.01

Tabla 8. Correlaciones entre Desgaste Ocupacional y Variables Psicossomáticas

	F1	F2	F3	TS	TD	TN	TG	TDE	TA	TP
F1 Agotamiento	1									
F2 Despersonalización	.39**	1								
F3 Insatisfacción logro	.54**	.37**	1							
TS Trastornos del Sueño	.48**	.33**	.36**	1						
TD Trastornos Dolor	.45**	.19**	.29**	.69**	1					
TN Trastornos Neuróticos	.38**	.35**	.31**	.72**	.68**	1				
TG Trastornos Gástricos	.30**	.30**	.23**	.63**	.64**	.67**	1			
TDE Trastornos Depresión	.30**	.09*	.30**	.48**	.51**	.39**	.33**	1		
TA Trastornos Ansiedad	.40**	.16**	.31**	.53**	.54**	.45**	.43**	.53**	1	
TP Trastornos Psicosexuales	.26**	.11**	.21**	.50**	.49**	.44**	.41**	.27**	.36**	1

*<=.05

**<=.01

todos los trastornos psicossomáticos (sueño, dolor, neuróticos, gástricos, depresión, ansiedad y psicosexuales).

En la tabla 9 se observa también, en el comportamiento de medias aritméticas y desviaciones estándar, que existe un incremento de los trastornos psicossomáticos conforme se avanza en las fases propuestas por el modelo de Leiter y Maslach (1988).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Esta investigación se llevó a cabo con la intención de confirmar los primeros hallazgos de Uribe y col. (en prensa), quienes propusieron un cuestionario para medir desgaste ocupacional de 130 reactivos, de

los cuales 50 correspondieron a “burnout”, que fueron sometidos a un segundo análisis factorial confirmatorio, lo cual dio como resultado un nuevo cuestionario de 110 reactivos, de los cuales 30 reprodujeron teórica y significativamente la propuesta de Maslach y Jackson (1981, 1982) y de Schaufelli, Leiter Maslach y Jackson (1996) para medir desgaste ocupacional con tres factores (agotamiento emocional, despersonalización e insatisfacción de logro), además se confirmó una alfa aceptable de confiabilidad general de .8910, al mismo tiempo, se demostró la validez del instrumento mexicano al identificar correlatos entre desgaste ocupacional y diferentes variables demográficas,

Tabla 9. Comportamiento de las medias y desviaciones estándar de las variables *psicosomáticas en el modelo de Leiter y Maslach (1988)*

<i>Variables</i>	<i>Fase 1</i>	<i>Fase 2</i>	<i>Fase 3</i>	<i>Fase 4</i>
Trastornos Sueño	1.51* .34**	1.51 .36	1.74 .46	1.99 .58
Trastornos Dolor	1.51 .46	1.53 .41	1.84 .59	1.99 .61
Trastornos Neuróticos	1.29 .33	1.28 .33	1.50 .61	1.72 .59
Trastornos Gástricos	1.45 .42	1.55 .55	1.78 .61	1.91 .76
Trastornos Depresión	1.96 .86	2.08 .81	2.18 .82	2.51 1.09
Trastornos Ansiedad	1.68 .82	1.62 .76	2.11 .97	2.46 1.15
Trastornos Psicosexuales	.92 .32	.97 .37	1.05 .43	1.11 .45

* Media aritmética

** Desviación estándar

laborales y psicosomáticas, coincidentes con diversa literatura internacional (Gil-Monte, 2005; Matarazzo, 1980). En relación con lo anterior, se observó cómo el desgaste ocupacional de los trabajadores mexicanos se asocia a algunas variables demográficas tales como: ser mujer, no tener pareja, tener una escolaridad baja, no tener hijos, ser joven, con pocos años con la pareja y durante la etapa en que los primeros hijos son pequeños (tabla 4). En el plano laboral; el desgaste ocupacional se relacionó con tener puestos operativos, en otras palabras, se trata de aquellas personas con demandas en el terreno laboral, pero que tienen escaso control de sus funciones y decisiones en el trabajo (recordemos el modelo de demanda-control de Karasek, 1998), trabajar principalmente en la iniciativa privada, así como laborar por contratos por obra o tiempo determinado, el exceso de horas de trabajo al día, tener poca antigüedad en el trabajo, pocos empleos en la vida, pocos ascensos y pocos ingresos. Contrario a lo propuesto por Maslach y Jackson (1981) que lo consideran una problemática del personal que brinda servicio a terceros de manera direc-

ta, también se encontraron los síntomas en aquellas personas que brindan un servicio indirecto a los usuarios de su trabajo (Tabla 5). Tal parece que cumpliendo con las expectativas de que el desgaste ocupacional es una forma de respuesta al estrés crónico quienes más lo padecen son aquellos trabajadores que se encuentran en la etapa de desarrollo y competencia de adaptación a sus empleos, disminuyendo con la edad y la experiencia, lo cual hace suponer que aquellos que no resisten esta etapa crítica en el terreno laboral son los desertores o eliminados por los sistemas de trabajo de alta competitividad impuestos en un sistema global de alta exigencia empresarial.

De acuerdo con Burke y Greenglass (1995), Gil Monte (2005), Krausz, Kolowsky, Shalom y Elyakim (1995) el desgaste ocupacional se puede identificar cuando un síntoma permanece en el tiempo después de haber sido provocado por un estresor, generando malestares físicos y psicosomáticos en términos de trastornos que concluyen con enfermedad. Lo anterior se observa en aquellos trabajadores que fueron detectados con los mayores índices de desgaste,

siendo los que han sufrido intervenciones quirúrgicas, fuman, consumen alcohol, no hacen ejercicio y toman medicamentos diversos por varios años, sin embargo, el tener muchas horas libres parece ser un factor de desgaste, lo cual hace pensar que el trabajo además de ser “peligroso” es necesario para equilibrar la percepción de bienestar,

tal vez el ocio juegue en estos casos un efecto paradójico (tabla 6). Finalmente, los correlatos obtenidos (tablas 7 y 8) muestran de manera general una confirmación de que los jóvenes inexpertos, con pocos ingresos y sin reconocimientos, como los ascensos, son los que presentan los mayores índices de correlación entre desgaste ocupacional y trastornos psicossomáticos.

Referencias

- Arenas, M.L., Hernández, T.I., Valdez, S.R. y Bonilla, F.P. (2004). *Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos*. Salud Pública de México, 46, 316-332.
- Benavides, F.G., Ruiz-Frutos, C. y García, A.M. (2000). *Salud Laboral*. Barcelona: Masson.
- Bronfman, M., Castro, R., Zúñiga, E., Miranda, C. y Oviedo, J. (1997). *Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización*. Salud Pública de México, 39, 546-553.
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001). *Empleo, Estrés y Salud*, Madrid: Ediciones Pirámide.
- Burke, R.J. & Greenglass, E. (1995). A longitudinal study of psychological burnout in teachers. *Human Relations*, 48 (2), 187-202.
- Del Pino, P.R. (2005). *Diagnóstico Integral y Propuestas Organizacionales para la Administración Estratégica del Estrés Laboral en Plataformas Petroleras Marinas de la Sonda de Campeche, México*. Tesis inédita de Doctorado en Administración, México: UNAM.
- Díaz, R. M. (2000). *Desempeño laboral y motivación, integración con el síndrome de desgaste profesional entre odontólogos de las jurisdicciones sanitarias de los servicios de salud pública en México*. Tesis inédita de maestría en administración, México: UNAM.
- Díaz, R.M., Lartige, B.T. y Acosta, V.M.E. (2001). Síndrome de burnout. Desgaste profesional en cirujanos dentistas. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 58, 63-67.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out, *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.
- Gil-Monte, P.R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gómez, G.R. y Grimaldi, C.A. (1998). *Tabaquismo en el personal de salud en una unidad hospitalaria*. Salud Pública de México, 40, 1-5.
- Gutiérrez, R. (2000). *Factores psicosociales de estrés organizacional y su relación con la hipertensión arterial*. La Psicología Social en México, 3, 617-623.
- Gutiérrez, R. E., Ito, E. y Contreras, C.C. (2002). *Salud mental, estrés y trabajo en profesionales de la salud SWS-Survey (desarrollo y criterios de aplicación)*. México: UNAM.
- Karasek, R. (1998). *Demand/control model: a social, emotional and physiological approach to stress risk and active behavior development*. In Encyclopedia of Occupational Health and Safety: Sweden: International Organization of Labor.
- Krausz, M. Koslowsky, M., Shalom, N. & Elyakim, N. (1995). Predictors of intentions to leave the ward, the hospital, and

- the nursing profession: A longitudinal study. *Journal of Organizational Behavior*, 16, 277-288.
- Lazarus, R.S. (2000). *Stress and Emotion. A New Synthesis*. New York: Springer Publishing.
- Leiter, M.P. & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on Burnout and organizational commitment. *Journal of Occupational Behavior*, 9, 297-308.
- Martínez, A.R. (1995). *Psicometría: Teoría de los Tests Psicológicos y Educativos*. Madrid: Síntesis.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1982). *Burnout in health professions: A social psychological analysis*. En G. Sanders y J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory (2a.ed.)* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Pines, A. (1977). The burnout syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*, 6, 100-113.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology, *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Mingote, J.C., Moreno, J.B. y Gálvez, H.M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 123, 265-270.
- Molina, S.A., García, P.M.A., Alonso, G.M. y Cecilia, C. P. (2003). *Prevalencia de desgaste profesional y psicopatología en médicos de atención primaria en un área sanitaria de Madrid*. *Atención Primaria*, 31, 564-574.
- OIT. (2000). *Las Normas Internacionales del Trabajo*. México: Alfaomega
- Perlman, B. & Hartman, E. A. (1982). Burnout: summary and future research. *Human Relations*, 35 (4), 283-305.
- Salmerón, C.J., Arillo, S.E., Campuzano, R.J.C., López, A.F.J. y Lazcano, P.E. (2002). Tabaquismo en profesionales de la salud del IMSS Morelos. *Salud Pública de México*, 44,1, 167-175.
- Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., Maslach, C. & Jackson, S. E. (1996). MBI-General Survey. En C. Maslach, S.E. Jackson y M.P. Leiter (Eds.), *Maslach Burnout Inventory manual (3a. ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Schutte, 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.
- Tapia, C.R., Cravioto, P., De la Rosa, B., Galván, F., García, D.G. y Kuri, P. (1997). Cigarette smoking; knowledge and attitudes among Mexican physicians. *Salud Pública de México*, 42, 217-225.
- Uribe-Prado, J.F., García, S.A., Leos, C.J.B., Archundia, M.J.V., Pizano, C.D.A. y Lozano, G.M. (en prensa). La Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO): Estudio Exploratorio de un instrumento de Burnout para Mexicanos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*.
- Winnet, R.A., King, A.L. & Altman, D.G. (1989). *Health psychology and public health. An integrative approach*. Elmsford: Pergamon Press, Inc.