

Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en una Muestra de Profesionales que Trabajan con Personas con Discapacidades en Chile

BURNOUT PREVALENCE IN PROFESSIONALS WORKING WITH PHYSICALLY IMPAIRED CHILEAN PEOPLE

Víctor E. Olivares Faúndez¹, Aldo Vera Calzaretta², Arturo Juárez García³

1. Psicólogo. Fundación Científica y Tecnológica ACHS. Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSIPO), Universidad de Valencia, España.

2. Psicólogo. Fundación Científica y Tecnológica ACHS. Escuela de Salud Pública, División de Políticas y Gestión en Salud, Universidad de Chile.

3. Psicólogo, PhD en Psicología. Profesor Titular "A", Facultad de Psicología, Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAE), México.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, SQT, (burnout) en profesionales de atención a personas con discapacidad física siguiendo criterios de diferentes países, y su posterior comparación. **Método:** estudio transversal, no aleatorio, realizado en Chile, en 2006. La muestra la formaron 277 profesionales que trabajaban en centros de atención a personas con discapacidad, 75.09% (n = 208) fueron mujeres y 24.91% (n = 69) hombres. Los datos fueron recogidos mediante dos cuestionarios de forma anónima y autoadministrada. El SQT fue diagnosticado utilizando el Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) y el cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT-PD), con diferentes criterios para establecer su prevalencia. **Resultados:** La prevalencia del SQT varió en función del criterio utilizado: siguiendo los puntos de corte del manual de Estados Unidos, la prevalencia fue del 7.6% de 9% siguiendo los criterios de España, 6.9% siguiendo los criterios de Chile y considerando los criterios clínicos establecidos en Holanda, el porcentaje fue del 3.2%. **Discusión:** Los niveles de prevalencia variaron significativamente en función de los criterios aplicados. El MBI-HSS y el CESQT-PD pueden ser considerados instrumentos útiles para realizar una primera medida del SQT.

(Olivares V, Vera A, Juárez A. 2009. Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout) en una Muestra de Profesionales que Trabajan con Personas con Discapacidades en Chile. *Cienc Trab. Abr-Jun; 11 (32): 63-71*).

Descriptor: AGOTAMIENTO PROFESIONAL, PREVALENCIA, RECURSOS HUMANOS EN SALUD, ATENCIÓN AL PACIENTE, PERSONAS CON DISCAPACIDAD, CHILE.

ABSTRACT

Objective: To assess the prevalence of the burnout syndrome in professionals working with physically impaired people.

Method: Non-randomized cross-sectional study carried out in Chile, in 2006. The study sample comprised 277 professionals working at care centers for physically disabled people, 75.09% (n = 208) were women and 24.91% (n = 69) were men. Data were gathered through an anonymous, self-administrated questionnaire. The Burnout was measured using the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) and the Burnout Syndrome Evaluation Questionnaire (CESQT-PD from the Spanish – "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo"), and different approaches were employed to estimate burnout prevalence.

Results: The prevalence of burnout was different according to the approach used: the prevalence was 7.6% by the United States criteria; 9% by the Spanish criteria; 6.9% by the Chilean criteria and 3.2% by the Dutch clinical criteria.

Discussion: Burnout prevalence varied significantly depending on the approach used. The MBI-HSS y el CESQT-PD can be considered reliable means for an initial measurement of Burnout.

Descriptors: Burnout, prevalence, professionals caring for physically impaired people.

Descriptors: BURNOUT, PROFESSIONAL; PREVALENCE; HEALTH MANPOWER; PATIENT CARE; DISABLED PERSONS; CHILE.

INTRODUCCIÓN

En las sociedades contemporáneas, fenómenos como la globalización han llevado a profundas transformaciones sociales, económicas y tecnológicas generando un nuevo contexto para las organizaciones laborales. Estas transformaciones, acompañadas de las transiciones epidemiológicas, el progresivo envejecimiento de la población, los nuevos fenómenos migratorios, la masiva incorporación de las mujeres en el mercado laboral, el creciente proceso de terciarización económica con sus nuevas demandas y preferencias de los consumidores y/o usuarios de servicios, las mayores exigencias al trabajador (emocionales, cognitivas y físicas) y la fuerte competencia, han transformado de manera profunda la organización laboral y la manera de concebir el trabajo. Estos cambios en

Correspondencia / Correspondence

Víctor E. Olivares Faúndez

Fundación Científica y Tecnológica ACHS

Vicuña Mackenna 210, Piso 6, Providencia, Santiago.

Tel.: (56 2) 685 3884

e-mail: volivares@achs.cl

Recibido: 27 de abril de 2009 / Aceptado: 29 de mayo de 2009

las características de la actividad laboral y de su contexto han tenido importantes repercusiones en el sistema de trabajo y muy particularmente en las formas de organizarlo, lo que ha requerido de una gran capacidad de adaptación de los trabajadores (Hernández et al. 2004).

Estas transformaciones han sido vistas por algunos como importantes fuentes desencadenantes de estrés en el mundo laboral, el cual está relacionado con una disminución en la calidad y en la productividad del desempeño profesional, tanto a nivel individual como organizacional (Jawahar et al. 2007; LeRouge et al. 2006), y con el surgimiento de nuevas patologías laborales y factores de riesgo para la salud y el bienestar psicológico de los trabajadores (Cox et al. 2000), lo que ha sido comprobado en distintas muestras ocupacionales y en diversos colectivos profesionales (Gil-Monte y Moreno Jiménez 2007).

En este contexto, en el sector servicios es donde se han notado con mayor claridad las consecuencias de estos cambios, exacerbándose riesgos distintos a los tradicionalmente concebidos (riesgos físicos, químicos, o biológicos), de naturaleza psicosocial (Gil-Monte 2005), los cuales son los causantes del estrés laboral y sus patologías asociadas, como el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT en adelante) o burnout (en denominación anglosajona), fenómeno que ha aumentado considerablemente su aparición (Maslach 2003), y se constituye como uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importantes (Bresó et al. 2007).

El SQT se puede definir como una respuesta al estrés laboral crónico que aparece, en especial, en los profesionales de organizaciones de servicios (Maslach et al. 2001), donde el individuo se ve desbordado e impotente para enfrentar las dificultades que el entorno laboral, especialmente social, le genera (Gil-Monte 2005). El SQT es un fenómeno que se puede entender como la etapa final del curso crónico de un episodio de estrés laboral, el cual se caracterizaría por ser un fenómeno de mayor amplitud que el SQT que, según Maslach (Maslach 2003), su presencia tendría efectos positivos y negativos para el individuo, a diferencia del SQT que sólo tendría efectos negativos. En este sentido, la definición más extendida y contrastada empíricamente del SQT es la propuesta por Maslach y Jackson (Maslach y Jackson 1981), que definen los síntomas como: (1) Agotamiento emocional: situación en la que los trabajadores perciben que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito emocional y afectivo. Situación de agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios; (2) Despersonalización: desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo; y, (3) Baja realización personal en el trabajo: tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial en relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden.

En Chile, al igual que en el resto de Latinoamérica, desde la década del 90 el sector de servicios y comercio ha experimentado un crecimiento sostenido de la fuerza de trabajo ocupada (Díaz et al. 2000). Estas transformaciones de los sectores económicos más importantes han afectado la calidad de vida de los trabajadores y los logros de las organizaciones, lo que ha permitido que surjan nuevas problemáticas laborales asociadas al estrés laboral tales como el SQT, que en Chile están siendo vistos como importantes riesgos psicosociales relacionados con la sobrecarga de trabajo, los temores e inseguridades en la pérdida del empleo y las presiones que sufren las personas en el trabajo (Espinosa y Morris 2002).

Dentro de este contexto general, el SQT se ha conceptualizado como

un proceso que ocurre de forma especial entre los profesionales que trabajan hacia personas, o cuyo objeto de trabajo son personas (Dormann y Zapf 2004; Gil-Monte 2002).

Parece existir un consenso a la hora de identificar al sector de servicios como uno de los más proclive a sufrir ciertos riesgos psicosociales (Maslach et al. 2001). Algunos estudios muestran que el deterioro en la salud mental producto de la actividad laboral surge con mayor propensión en las organizaciones de servicios humanos (Arita y Arauz 2001), las cuales tienen como función principal proteger, mantener e incrementar el bienestar personal de los individuos mediante la definición, moldeo o alteración de sus atributos personales (Soderfeldt et al. 1996).

Estas investigaciones realizadas en distintos países demuestran que el contacto continuo con otras personas y la alta carga emocional propician un gran deterioro en la salud mental de estos trabajadores (Maslach 2004). Son varias las profesiones de servicios humanos que cumplen estos criterios, entre ellas las relacionadas con la asistencia sanitaria, los servicios sociales, los servicios de salud mental, el derecho penal y la educación, las cuales se caracterizan por poseer una relación estructurada focalizada en torno al problema del destinatario (psicológico, social y/o físico), problema que muchas veces es muy difícil de enfrentar y dar una adecuada solución, lo cual suma frustración y ambigüedad en la situación profesional, lo que a su vez conlleva un gran riesgo de padecer el SQT (Maslach 1998).

Dentro de estos colectivos profesionales, los trabajadores que asisten o cuidan a personas afectadas de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que les dificultan o impiden el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (Flórez et al. 1997), poseen una alta incidencia de sintomatología asociada al SQT (Molina et al. 2005). Los profesionales que trabajan con personas discapacitadas, al iniciar su trayectoria profesional, deben adaptarse haciendo frente a condiciones laborales muy adversas y deshumanizadas, lo cual determina gran parte de su comportamiento, de tal forma que la diferencia entre sus expectativas y la realidad contribuye al estrés que sufren (Guerrero y Vicente 2002). A este tipo de personal, generalmente, se les pide que empleen un tiempo considerable en intensa dedicación con usuarios que necesitan ayuda, que con frecuencia se encuentran en una situación de dependencia y donde la relación que se establece puede estar cargada de frustración, temor, desencanto y agresión (Guerrero y Vicente 2002; Jackson y Ashley 2005). Estas profesiones se caracterizan por poseer singulares condiciones laborales, como son la escasez de personal, el trabajo por turnos, el trato con usuarios agresivos, la falta de especificidad en funciones y tareas, la falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, etc. (Gil-Monte et al. 2006), todo lo cual conlleva a un deterioro en la calidad del servicio que prestan y en donde el estrés resultante provoca vacío emocional (Gil-Monte y Peiró 1996; Vicente y Guerrero 1999).

La prevalencia de este síndrome en países desarrollados ha sido ampliamente estudiada, no así en países latinoamericanos. En un estudio reciente donde participaron trabajadores de 11 países europeos y Turquía, el 43% de los encuestados fueron clasificados con niveles altos del SQT, concluyéndose que este fenómeno es un problema común en toda Europa (Soler et al. 2008). Estas cifras son similares a las señaladas por otros estudios en diversos colectivos ocupacionales de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Colombia, México y Venezuela), donde la prevalencia del estrés laboral y del SQT se ha estimado entre el 10% y 43,2%, siendo estos fenómenos relacionados con diferentes factores psicosociales presentes en el

trabajo, de altos costes personales (Benavides 2008; Caballero y Palacio 2007; Fernández 2008; Juárez-García y Schnall 2007; Paredes y Sanabria 2008; Vitoria et al. 2003). Sin embargo, aplicando criterios más conservadores, en Holanda se estima que entre el 4% y el 7% de la población podrían sufrir niveles graves de SQT (Schaufeli y Enzmann 1998). Porcentajes cercanos al 7% se han estimado en Suecia (Hallsten 2005). En Finlandia se estima que los casos graves de SQT de la población trabajadora se sitúan sobre el 2.4% (Honkonen et al. 2006). En estudios realizados en España han obtenido porcentajes similares (Gil-Monte et al. 2005). En Chile, a pesar de los escasos estudios existentes en esta materia, la situación al parecer no es distinta; la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), año 2004, en un estudio sobre las condiciones de trabajo y salud docente, que incluyó la participación de 6 países latinoamericanos (entre ellos Chile), determinó un importante deterioro de la salud de los encuestados, estimando el SQT en un 25% de los trabajadores (Robalino y Körner 2005). Sin embargo, aplicando criterios más conservadores, Olivares y Gil-Monte han estimado una prevalencia cercana al 5% en profesionales de servicios humanos chilenos (Olivares y Gil-Monte 2008a). Cabe considerar que algunos autores señalan que existe sólo alrededor del 25% de estudios del SQT con cierto rigor metodológico (Ferrer 2005).

La prevalencia del SQT en profesionales de atención a personas discapacitadas ha sido poco estudiada. La literatura mundial ofrece algunos estudios en los cuales estos profesionales forman parte de la muestra, en los que se ha aplicado distintos instrumentos —especialmente el MBI, con versiones más cortas, o con un rango de la escala Likert diferente al del manual—, los cuales han dado porcentajes de prevalencia del 4% al 13% (Algarín et al. 2004; Castro 2006; Gil-Monte et al. 2005; Serrano et al. 2008; Schlenz et al. 1995; Wandling y Smith 1997). En Chile no existen estudios en este colectivo profesional.

En este sentido, se hace especialmente necesaria una adecuada evaluación y un conocimiento mayor de la prevalencia e incidencia del SQT en los distintos colectivos profesionales, en especial, en los que trabajan con personas discapacitadas, que apunte preferentemente a transformar las condiciones laborales, y a entregar al trabajador los conocimientos y las destrezas necesarias para que pueda desenvolverse en dichas condiciones, lo cual necesariamente precisa de criterios claros para definir los puntos de corte a utilizar en la detección de esta compleja patología laboral.

En síntesis, y dado que en Chile estudios sobre la prevalencia del SQT en este colectivo profesional no existen, el objetivo del presente estudio fue analizar la prevalencia del SQT y la de sus síntomas asociados en una organización de atención a personas con discapacidad física, según los puntos de corte basados en los percentiles 33 y 66 ofrecidos en el manual del MBI (Maslach y Jackson 1986), y su posterior comparación con los resultados obtenidos con el CESQT (Gil-Monte 2005), a través del procedimiento de los puntos de referencia de la escala de frecuencia (Shirom 1989).

METODOLOGÍA

Participantes

La muestra del estudio está compuesta por 277 trabajadores chilenos de atención a personas discapacitadas físicas que desempeñan sus funciones en centros en las ciudades de Valparaíso y Santiago de Chile, de una importante organización privada, con

patrimonio propio y sin ánimo de lucro. El índice de respuesta fue de 71.13% para el total de la muestra seleccionada.

Con respecto al área donde desarrollaban su actividad laboral, el trabajo en Kinesioterapia y Educación representan los porcentajes más elevados, con un 15.16% (42) y 11.91% (33) respectivamente, repartiéndose los porcentajes en el resto de las áreas de la siguiente manera: 11.91% (33) en Terapia Ocupacional; 10.46% (29) en la Unidad Psicosocial; 10.10% (28) en el área Médica; 8.66% (24) en Ortopedia; 7.58% (21) en Movilización; 6.49% (18) en Recepción; y, 5.05% (14) en el área de Hospitalizados.

En función del sexo, el 75.09% (n = 208) son mujeres y el 24.91% (n = 69) hombres. La edad media del grupo es de 37.44 años (rango 19-69 y dt = 10.17). El 69.68% (n = 193) se declara con pareja estable, 26.35% (n = 73) sin pareja estable y un 3.97% (n = 11) no responde. Según el tipo de contrato, el 92.77% (n = 257) de la muestra declara tener contrato fijo, 2.52% (n = 7) contrato de carácter temporal y un 4.69% (n = 13) no responde. La experiencia media en la profesión fue de 12.79 años (dt = 9.67), la media de antigüedad en la organización fue 9.08 años (dt = 8.08), y la media de antigüedad en el puesto fue 7.39 años (dt = 7.05).

Instrumento

Los datos se recogieron mediante la adaptación al castellano del Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI-HSS) dirigida a los profesionales de la salud (Maslach y Jackson 1986) elaborada por Gil-Monte y colaboradores (Gil-Monte 1994; Gil-Monte y Peiró 1997). El cuestionario consta de 22 ítems que, según señala el manual, se distribuye en tres escalas denominadas realización personal en el trabajo (8 ítems), agotamiento emocional (9 ítems) y despersonalización (5 ítems). En el estudio se empleó la forma de frecuencia, cuya escala tiene 7 grados que van de 0 («Nunca») a 6 («Todos los días»). Los valores de fiabilidad de las escalas según alfa de Cronbach en nuestro estudio fueron: 0.77 para realización personal en el trabajo; 0.85 para agotamiento emocional; y, 0.48 para despersonalización.

Los datos también fueron recogidos mediante el “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” en su versión para profesionales que trabajan hacia personas con discapacidad (CESQT-PD). Este instrumento posee cuatro dimensiones que se definen de la siguiente manera:

1. Ilusión por el trabajo: se refiere al deseo de alcanzar metas laborales percibidas como fuente de placer y realización personal. Las bajas puntuaciones indicarían altos niveles de SQT (v. g., “Me siento ilusionada/o por mi trabajo”);
2. Desgaste psíquico: evalúa el agotamiento emocional y físico causado por el trato continuo con personas que presentan o causan problemas. Supone el fracaso de los recursos afectivos del individuo (v. g. “Me siento cansado/a emocionalmente en el trabajo”);
3. Indolencia: valora las actitudes negativas, tales como insensibilidad, indiferencia, cinismo, etc. hacia el trabajo y hacia los clientes de la organización (v. g., “Creo que muchos pacientes son insoportables”); y,
4. Culpa: esta dimensión se refiere a los sentimientos de culpa desarrollados por los trabajadores vinculados a la creencia de que no tienen un comportamiento positivo y adecuado en su trabajo, y por la falta de éxito profesional (v. g., “Me preocupa la forma en cómo traté a algunas personas en el trabajo”). El valor de fiabilidad de las escalas según alfa de Cronbach en este estudio fue: para Ilusión por el trabajo, 0.75; para desgaste psíquico, 0.83; para Indolencia, 0.78; y, para culpa, 0.71.

El CESQT ha alcanzado en todas las investigaciones realizadas

valores de consistencia interna alfa de Cronbach igual o superiores a 0.70, y en estudios de análisis factorial confirmatorio los índices globales de ajuste del modelo (por ejemplo, GFI, NFI, NNFI, CFI) han alcanzado valores superiores a 0.90 con estimaciones para el Error de Aproximación Cuadrático Medio (RMSEA sigla en inglés) inferiores a 0.08. Los valores sobre validez concurrente también han sido adecuados al considerar las escalas del MBI. Según los valores de asimetría, las escalas se ajustan a una distribución normal (Gil-Monte et al. 2006; Gil-Monte et al. 2005).

Procedimiento

Los datos fueron recogidos mediante selección no aleatoria y voluntaria de los participantes. Se solicitó un permiso a la dirección de la corporación. El cuestionario se aplicó en los centros de atención a personas discapacitadas, previa aceptación de la dirección de la organización. La participación de los trabajadores en la investigación fue voluntaria. Los cuestionarios se cumplimentaron en tiempo no laboral. Ellos fueron analizados con el SPSS 15.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran los valores de las medias obtenidos en cuatro distintos estudios y los puntos de corte basados en los percentiles 33 y 66 ofrecidos en el manual del MBI (Maslach y Jackson 1986) para cada una de las dimensiones, determinando tres categorías en cada una de ellas: alto, medio y bajo. Por el presente estudio (2006, Chile); Gil-Monte y Peiró (Gil-Monte y Peiró 2000) para una muestra multiocupacional española; Maslach y Jackson (Maslach y Jackson 1986); y, Schaufeli y Van Dierendonck (Schaufeli y Van Dierendonck) con una muestra de sujetos que presentaban la particularidad de ser una muestra de profesionales de la salud, enseñanza y oficiales de policía que habían recibido un tratamiento psicoterapéutico por problemas mentales relacionados con el trabajo. Los pacientes con una enfermedad mental considerada grave, tipo psicosis o trastornos de personalidad, fueron excluidos del estudio.

Considerando los puntos de corte ofrecidos por el presente estudio (2006), se estableció que 87 participantes (31.4%) puntuaban bajo en realización personal en el trabajo, 95 (34.3%) puntuaron alto en agotamiento emocional, y 59 (21.3%) puntuaron alto en despersonalización. Aplicando los puntos de corte de Gil-Monte y Peiró (Gil-Monte y Peiró 2000): 63 (22.7%), 80 (28.9%) y 85 (30.7%); utilizando los criterios normativos del MBI-HSS de Maslach y Jackson (Maslach y Jackson 1986), esos valores fueron respectivamente: 79 participantes (28.5%), 77 (27.8%) y 45 (16.2%). Según los puntos de corte establecidos por Schaufeli y Dierendonck (Schaufeli y Dierendonck 1995) se obtuvo 9 participantes (3.2%) con baja realización personal en el trabajo, 27 (9.7%) altos niveles de agotamiento emocional, y 62 participantes (22.4%) con altos niveles de despersonalización.

Como se aprecia en la Figura 1, los niveles de baja realización personal en el trabajo fueron similares aplicando los criterios del presente estudio (2006) y Maslach y Jackson (Maslach y Jackson 1986). Con los criterios de Gil-Monte y Peiró (Gil-Monte y Peiró 2000) resultaron inferiores, y aún menores al aplicar los puntos considerados por Schaufeli y Dierendonck (Schaufeli y Dierendonck 1995) como puntos de corte clínico.

Figura 1.

Prevalencia de realización personal en el trabajo en la muestra de profesionales de atención a personas discapacitadas seleccionada, aplicando el MBI-HSS según diferentes criterios. Chile, 2006.

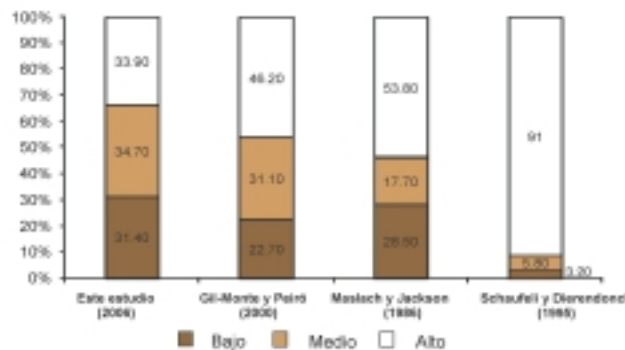


Tabla 1.

Prevalencia del SQT aplicando el MBI-HSS en la muestra de profesionales de atención a personas discapacitadas seleccionada, según puntos de corte y porcentaje de individuos afectados. Chile, 2006.

Puntos de corte	Este estudio (2006) (n = 277)			Gil-Monte y Peiró (2000) (n = 1.188)			Maslach y Jackson (1986) (n = 11.067)			Schaufeli y Dierendonck (1995) (n = 142)		
	RPT	AE	DEP	RPT	AE	DEP	RPT	AE	DEP	RPT	AE	DEP
Alto	≤ 36	≥ 20	≥ 5	≤ 35	≥ 25	≥ 9	≤ 31	≥ 27	≥ 13	≤ 25	≥ 34	≥ 12
(%)	(33.9)	(34.3)	(21.3)	(46.2)	(28.9)	(30.7)	(53.8)	(27.8)	(16.2)	(91.0)	(9.7)	(22.4)
F	94	95	59	128	80	85	149	77	45	252	27	62
Medio	41-37	19-12	4-2	39-36	24-16	8-4	38-32	26-17	12-7	28-26	33-26	11-6
(%)	(34.7)	(33.9)	(45.5)	(31.1)	(51.6)	(59.6)	(17.7)	(56.7)	(81.9)	(5.8)	(82.7)	(74.7)
F	96	94	126	86	143	165	49	157	227	16	229	207
Bajo	≥ 42	≤ 11	≤ 1	≥ 40	≤ 15	≤ 3	≥ 39	≤ 16	≤ 6	≥ 29	≤ 25	≤ 5
(%)	(31.4)	(31.8)	(33.2)	(22.7)	(19.5)	(9.7)	(28.5)	(15.5)	(1.8)	(3.2)	(7.6)	(2.9)
F	87	88	92	63	54	27	79	43	5	9	21	8
Media	37.89	16.71	3.34	36.02	20.39	6.36	34.58	20.99	8.73	27.05	28.64	9.27
Dt	6.97	10.08	3.69	7.27	11.03	5.34	7.11	10.75	5.89	5.65	10.13	4.89
% SQT	6.9			9.0			7.6			3.2		

RPT: realización personal en el trabajo AE: agotamiento emocional DEP: despersonalización SQT: síndrome de quemarse por el trabajo

Figura 2. Prevalencia de agotamiento emocional en la muestra de profesionales de atención a personas discapacitadas seleccionada, aplicando el MBI-HSS según diferentes criterios. Chile, 2006.

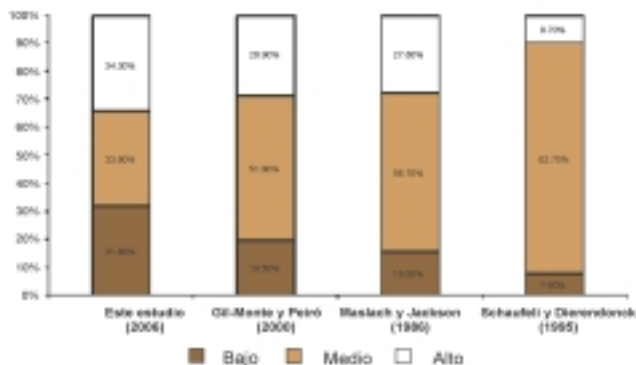
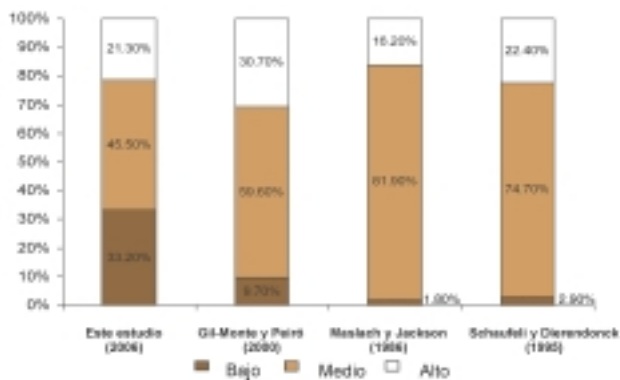


Figura 3. Prevalencia de despersonalización en la muestra de profesionales de atención a personas discapacitadas seleccionada, aplicando el MBI-HSS según diferentes criterios. Chile, 2006.

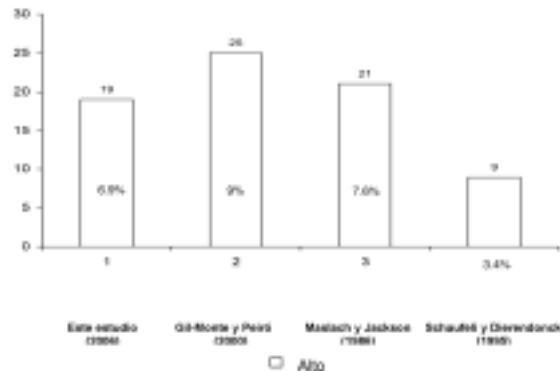


Al comparar los niveles de agotamiento emocional como se aprecian en la Figura 2, se observó que los niveles de prevalencia más elevados correspondían con los puntos de corte establecidos por el presente estudio (2006). Resultando más bajas con los puntos de corte establecidos por Gil-Monte y Peiró (2000) y Maslach y Jackson (1986), y aún menores con los de Schaufeli y Dierendonck (1995, puntos de corte clínico).

Schaufeli y Dierendonck (1995) como puntos de corte clínico, y aún menores al aplicar los puntos considerados por Maslach y Jackson (1986). Por otro lado, en la Figura 3 se puede apreciar la comparación de los niveles de despersonalización. Se observó que los niveles de prevalencia más elevados se correspondían con los puntos de corte establecidos por Gil-Monte y Peiró (2000), resultando más bajas aplicando los criterios del presente estudio (2006) y Schaufeli y Dierendonck (Schaufeli y Dierendonck 1995), con puntos de corte clínico, y aún menores al aplicar los de Maslach y Jackson (Maslach y Jackson 1986).

Para analizar la prevalencia del SQT en la muestra seleccionada, se consideró que los participantes debían cumplir el criterio de puntuar bajo en realización personal en el trabajo, al tiempo que puntuar alto en agotamiento emocional y en despersonalización. En la Figura 4 se aprecia que, según estos criterios, 19 participantes (6.9%) presentarían el síndrome si se aplicaran los puntos de corte del presente estudio

Figura 4. Prevalencia del SQT aplicando el MBI-HSS en la muestra de profesionales de atención a personas discapacitadas seleccionada, aplicando diferentes criterios, Chile, 2006.



(2006), elevándose a 25 el número de participantes (9%) con los criterios de Gil-Monte y Peiró (Gil-Monte y Peiró 2000), 21 (7.6%) con los criterios de Maslach y Jackson (Maslach y Jackson 1986) y, finalmente 9 (3.2%) con los criterios clínicos de Schaufeli y Dierendonck (Schaufeli y Dierendonck 1995).

Además, se analizó la prevalencia de los síntomas asociados del SQT en los participantes del estudio, según el CESQT (Gil-Monte 2005) y el MBI-HSS (Maslach y Jackson 1986), utilizando el procedimiento de los puntos de referencia de la escala de frecuencia, con la que se valoran los ítems del cuestionario recomendado por Shirom (Shirom 1989) (Tabla 2).

Tabla 2.

Número y porcentaje de sujetos con altos vs. bajos niveles del SQT aplicando el procedimiento de escala Likert de evaluación, según el CESQT y el MBI-HSS para la muestra seleccionada.

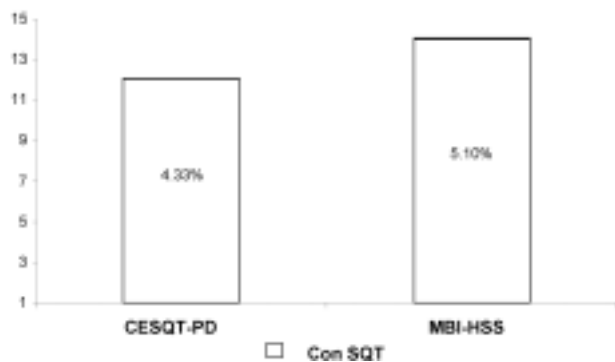
TOTAL CENTROS	Niveles Altos		Niveles Bajos	
	≥2	%	<2	%
1. Ilusión por el Trabajo	263	94.95%	14	5.05%
2. Desgaste Psíquico	126	45.49%	151	54.51%
3. Indolencia	7	2.53%	270	97.47%
4. Culpa	24	8.66%	253	91.34%
	≥3	%	<3	%
5. Agotamiento Emocional	70	25.3%	207	74.7%
6. Despersonalización	5	18.0%	272	98.2%
7. Realización Personal en el Trabajo	252	90.6%	26	9.4%

Se prefirió este procedimiento como método alternativo a la utilización de los puntos de corte basados en los percentiles (normativos). Siguiendo este procedimiento se obtuvo que 14 participantes del estudio (5.05%) percibieron Ilusión por el Trabajo con una frecuencia inferior a "Algunas veces al mes" (una puntuación inferior a 2); 126 participantes (45.49%) percibieron Desgaste Psíquico con una frecuencia igual o superior a "Algunas veces al mes" (una puntuación igual o superior a 2); 7 participantes (2.53%) percibieron Indolencia con una frecuencia igual o superior a "Algunas veces al mes"; y, 24 participantes (8.66%) percibieron Culpa con una frecuencia igual o superior a "Algunas veces al mes". Al aplicar este mismo procedimiento al MBI-HSS (Shirom 1989), se obtuvo que 70 participantes del estudio (25.3%) percibieron Agotamiento Emocional con una frecuencia superior a "Algunas veces al mes" (una puntuación igual o superior a 3); 5 participantes (18%) percibieron Despersonalización con una frecuencia igual o superior a

“Algunas veces al mes” (una puntuación igual o superior a 3); y, 26 participantes (9.4%) percibieron baja Realización Personal con una frecuencia inferior a “Algunas veces al mes” (una puntuación inferior a 3).

Al analizar comparativamente la prevalencia del global del SQT según el CESQT (Gil-Monte 2005) y el MBI-HSS (Maslach y Jackson 1986), utilizando el procedimiento de los puntos de referencia de la escala de frecuencia con la que se valoran los ítems del cuestionario recomendado por Shirom (Shirom 1989) (Figura 5), se pueden observar prevalencias más o menos cercanas del síndrome al utilizar el CESQT (4.33%), (donde los individuos que presentaban los síntomas con una frecuencia inferior a “Algunas veces por mes”, una puntuación inferior a 2, en la dimensión de Ilusión por el Trabajo y una frecuencia igual o superior a “Algunas veces por mes”, una puntuación igual o superior a 2, en las dimensiones de Desgaste Psíquico e Indolencia, fueron clasificados con el SQT), y el MBI (5.10%) (donde los individuos debían cumplir el criterio de puntuar bajo en Realización Personal en el Trabajo, es decir, con una frecuencia inferior a “Algunas veces por mes”, una puntuación inferior a 3, al tiempo que puntuar alto en Agotamiento Emocional y en Despersonalización, es decir, con una frecuencia igual o superior a “Algunas veces por mes” (una puntuación igual o superior a 3, para ser clasificados con el SQT).

Figura 5. Prevalencia del SQT en la muestra de estudio aplicando el CESQT y el MBI. Chile, 2006.



Por otro lado, se analizan los estadísticos descriptivos, la validez concurrente y la fiabilidad del CESQT y del MBI-HSS. En la Tabla 3 se puede observar que en el CESQT la media más alta ha sido obtenida en la escala de Ilusión por el Trabajo (M = 3.21), siendo las medias en las otras tres escalas más bajas comparativamente (Desgaste Psíquico, Indolencia y Culpa). Respecto a la desviación típica, la más alta es la que presenta la escala de Desgaste

Tabla 3 Descriptivos y matriz de correlaciones r de Pearson entre las dimensiones del CESQT y del MBI-HSS (N = 277 profesionales de atención a personas con discapacidad).

	M	sd	α	1	2	3	4	5	6	7
1. Ilusión por el Trabajo	3.21	0.63	0.75	1						
2. Desgaste Psíquico	1.78	0.87	0.83	-0.43***	1					
3. Indolencia	0.52	0.52	0.78	-0.36***	0.42***	1				
4. Culpa	0.93	0.65	0.71	-0.16**	0.28***	0.43***	1			
5. Realización Personal en el Trabajo	4.74	0.87	0.77	0.35***	-0.26***	-0.35***	-0.17**	1		
6. Agotamiento Emocional	1.86	1.12	0.85	-0.49***	0.75***	0.38***	0.24***	-0.28***	1	
7. Despersonalización	0.67	0.74	0.48	-0.34***	0.33***	0.39***	0.26***	-0.24***	0.45***	1

*** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05

Psíquico (sd = 0.87). Por otro lado, se puede observar que en el MBI la media más alta ha sido obtenida por la escala de Realización Personal en el Trabajo (M = 4.74), siendo las medias de las otras dos escalas más bajas comparativamente (Agotamiento Emocional y Despersonalización), obteniendo a su vez, la escala de Agotamiento Emocional la desviación típica más alta (sd = 1.12).

Por su parte, el alfa de Cronbach resultó superior a 0.70 para todas las escalas del CESQT, por lo que éstas presentan una consistencia interna adecuada (Nunnally, 1978). En el MBI destaca el alfa de Cronbach de la escala de Despersonalización, pues se presenta con una muy baja consistencia (α = 0.48) (Nunnally, 1978).

Al analizar la relación entre la escalas del CESQT (Gil-Monte 2005) y el MBI-HSS (Maslach y Jackson 1981) (Tabla 2), la correlación r de Pearson entre los pares de escalas que estiman constructos similares resultaron significativas para p < 0.001. Como era de esperar, las correlaciones entre Ilusión por el Trabajo y el resto de dimensiones del CESQT resultaron negativas, mientras que las correlaciones entre las restantes dimensiones resultaron positivas. Ilusión por el Trabajo y Realización Personal en el Trabajo, r = 0.31 (p < 0.001); Desgaste Psíquico y Agotamiento Emocional, r = 0.75 (p < 0.001); e Indolencia y Despersonalización, r = 0.39 (p < 0.001). Este resultado nos permite concluir que existe una aparente validez concurrente entre las escalas del CESQT y sus referentes del MBI-HSS. Resultados similares se han obtenido también con profesionales de atención a clientes para la adaptación del CESQT en Chile (Olivares y Gil-Monte 2008b).

DISCUSIÓN

El principal aporte del presente estudio es la comparación de tasas de prevalencia global del SQT siguiendo diferentes criterios normativos (según el manual del MBI-HSS, Maslach y Jackson 1986), donde la tasa de prevalencia obtenida por el presente estudio (2006, Chile), se equipara en mayor medida a las obtenidas por Maslach y Jackson (1986, EEUU) y Gil-Monte y Peiró (2000, España), y en menor medida a la descrita por Schaufeli y Dierendonck (1995, Holanda), donde se utilizaron consideraciones de orden clínico para su detección.

Cabe destacar que estas diferencias, en cuanto a las tasas de prevalencias entre los estudios, no necesariamente podrían significar la eficacia de uno u otro procedimiento para determinar la prevalencia global del SQT. Por ejemplo, interpretar que los puntos de corte formulados por Schaufeli y Dierendonck (Schaufeli y Dierendonck 1995) son los referentes más “eficaces” en la detección de la patología porque sus tasas de prevalencia son más bajas a las demás es

arriesgado, ya que pudiese suceder que en su muestra la prevalencia fue efectivamente más baja, o que la utilización de criterios clínicos haya determinado menos "falsos positivos", es decir, que el procedimiento usado sea más válido, por lo cual la sobreestimación sea menos que las ofrecidas en los autoinformes. Desde esta perspectiva, conviene aclarar que una cosa es la distribución normativa de un fenómeno psicológico autorreportado, y otra su potencial nocivo según un nivel definido bajo criterios clínicos de daño a la salud: ¿por qué asumir que quienes se posicionan por arriba del percentil 66 realmente tienen una importante afectación al bienestar en comparación a los que se posicionan en el percentil, por ejemplo, 50 ó 55?, ¿por qué a partir del percentil 66 el nivel es alto (y por ello peligroso a la salud), y no el percentil 65 ó 64? Se trata, pues, de puntos de cortes basados en un marco de referencia normativo estandarizado, pero no bajo criterios epidemiológicos de daños a la salud. A la luz de los resultados de este estudio y de las consideraciones anteriormente expuestas, es acertado reflexionar sobre la falta de estudios longitudinales (Maslach et al. 2001; Leiter 1988), especialmente epidemiológicos, que colaboren a dilucidar este tipo de controversias a través de la detección de los puntos de corte más idóneos según su afectación a la salud a lo largo del tiempo y no sólo de una forma normativa.

Esta investigación señala la conveniencia de considerar en futuros estudios el empleo del método de los puntos de referencia de la escala de frecuencia con la que se valoran los ítems de un cuestionario recomendado por Shirom (Shirom 1989), puesto que en la actualidad no existen investigaciones que permitan identificar qué percentil es más adecuado de utilizar como punto de corte, para distinguir a los participantes de un estudio con altos niveles de otras categorías.

Por otro lado y amparados por los resultados expuestos en esta investigación, señalamos que la utilización de la adaptación al castellano del Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI-HSS) dirigida a los profesionales de la salud (Maslach y Jackson 1986) elaborada por Gil-Monte y colaboradores (Gil-Monte 1994; Gil-Monte y Peiró 1997), y el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, en su versión para profesionales que trabajan hacia personas con discapacidad (CESQT-PD) (Gil-Monte 2005), pueden ser instrumentos útiles para realizar una primera medida del SQT, lo que a su vez pudiese permitir la comparación de los resultados obtenidos con muestras normativas de diversas poblaciones trabajadoras, ya que los estadísticos descriptivos resultaron moderadamente adecuados, y la validez concurrente de los

instrumentos es aceptable y claramente significativa (Olivares y Gil-Monte 2008b; Maslach y Jackson 1986).

Cabe destacar que en este estudio la subescala de despersonalización posee ciertos problemas psicométricos, lo cual confirma lo señalado por importantes investigaciones, donde los valores alfa de Cronbach se muestran relativamente bajos, encontrándose valores que fluctúan entre $\alpha = 0.42$ y $\alpha = 0.64$ (Bhana y Haffjee 1996; Gil-Monte 2005; Gorp y Schaufeli 1993; Kantas y Vassilaki 1997; Leiter y Maslach 1988; Meda et al. 2008; Nelson et al. 1995; Van Yperen 1995). Los resultados son muy similares en España, como presentan los estudios de Ferrando y Pérez (Ferrando y Pérez 1996) ($\alpha = 0.55$ y $\alpha = 0.61$), García y col. (García et al. 1994) ($\alpha = 0.34$), Gil-Monte y Peiró (Gil-Monte y Peiró 1996) ($\alpha = 0.52$) y Oliver (Oliver 1993) ($\alpha = 0.56$).

Este trabajo confirma lo planteado por otros importantes estudios que señalan que el Agotamiento Emocional es la cualidad central del síndrome (Cordes y Dougherty 1993; Maslach et al. 2001), lo que podría evidenciar la importancia relativa de cada uno de los factores en cuanto a la evaluación global del SQT, aspecto importante de considerar en la medición del fenómeno (Halbesleben y Demerouti 2005), especialmente en el futuro.

Una importante limitación de esta investigación proviene del tipo de muestra, dado que ésta es no probabilística, lo que no permite asumir que sea representativa del universo.

Concluimos que este estudio puede contribuir parcialmente a que en un futuro cercano se puedan establecer criterios diagnósticos adecuados del SQT en un colectivo profesional poco investigado, especialmente en Chile, donde no existen datos que determinen con claridad la situación de este peligroso síndrome, y cómo afecta éste a los trabajadores.

Consideramos que es necesario ser prudentes al utilizar los distintos procedimientos para estimar las tasas de prevalencia o incidencia del SQT en Chile y en Latinoamérica en general, ya que al no existir suficiente evidencia científica válida y fiable de los criterios que sustentan los puntos de corte que el mundo científico ofrece como alternativas de uso, y al no considerarse aspectos históricos, sociológicos y transculturales que le dan cabal entendimiento al fenómeno, podrían señalarse y considerarse resultados inflados (especialmente por la asimetría positiva) y/o fuera de los cánones científicos, lo que no permitiría intervenir adecuadamente sobre esta patología, lo cual ineludiblemente repercutiría sobre la calidad de vida de los trabajadores y su entorno general.

REFERENCIAS

- Algarín MI, Díaz P, Cayuela A, Expósito JA, Echevarría C, del Pino-Algarrada R. 2004. Prevalencia y factores asociados al síndrome de estar quemado (burnout) en los servicios de rehabilitación. *Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física*. 38(2):59-65.
- Arita W, Arauz C. 2001. Modelo para la Investigación del Proceso del Síndrome del Burnout. *Psicología y Salud*. 11(1):75-80.
- Benevides A. 2008. El síndrome de burnout en Brasil y su expresión en el ámbito médico. En: Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez B, coord. *El síndrome de quemarse por el trabajo: grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
- Bhana A, Haffeejee N. 1996. Relation among measures of burnout, job satisfaction, and role dynamics for a sample of South African child-care social workers. *Psychol Rep*. 79:431-434.
- Bresó E, Salanova M, Schaufeli WB, Nogareda C. 2007. Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): instrumento de medición. NTP 732. Madrid, España: INSHT.
- Caballero C, Palacio J. 2007. Relación del y el rendimiento académico con la satisfacción frente a los estudios en estudiantes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 25:98-111.
- Castro AM. 2006. Prevalencia del síndrome de burnout en fisioterapia. *Fisioterapia*. 28(1):17-22.
- Cordes CL, Dougherty TW. 1993. A review of an interation of research on job burnout. *Academy of Management Review*. 18:621-656.
- Cox T, Griffiths AJ, Rial-González E. 2000. Research on work-related stress. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities. Disponible en: <http://agency.osha.eu.int/publications/reports/>. [Consultado el 20 de diciembre de 2007]
- Díaz A, Ruiz-Tagle J, Aguilar O, Frías P. 2000. Jornadas de trabajo en el sector comercio: la experiencia en grandes tiendas, supermercados y pequeñas tiendas mall. Cuadernos de investigación [en línea] [Consultado el 20 de diciembre de 2007]; 12:1-68. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/article-62882.html>
- Dormann C, Zapf D. 2004. Customer-related social stressors and burnout. *J Occup Health Psychol*. 9:61-82.
- Espinosa M, Morris P. 2002. Calidad de vida en el trabajo: percepciones de los trabajadores. Cuadernos de investigación [en línea] [Consultado en noviembre de 2007]; 16:1-138. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/article-64333.html>
- Fernández M. 2008. Burnout, autoeficacia y estrés en maestros peruanos: tres estudios fácticos. *Cien Trab*. 10:113-119.
- Ferrando J, Pérez J. 1996. Un instrumento para medir quemazón profesional en los docentes: adaptación catalana del «Maslach Burnout Inventory (MBI)». *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 23(1):11-18.
- Ferrer R. 2005. El desgaste profesional un riesgo laboral. En: Martínez J, ed. *Quemarse en el trabajo ("Burnout")*. Zaragoza: Egido Editorial. p. 93-111.
- Flórez J, Adeva M, García M. 1997. Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. *Jano, Medicina y Humanidades*. 1:12-18.
- García M, Llor B, Sáez C. 1994. Estudio comparativo de dos medidas de burnout en personal sanitario. *Anales de Psiquiatría*. 10(5):180-184.
- Gil-Monte PR. 1994. El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería. Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna.
- .Peiró JM. 1996. Un estudio sobre antecedentes significativos del «síndrome de quemarse por el trabajo» («burnout») en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 12(1):67-80.
- .Peiró JM. 1997. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.
- .Peiró JM. 2000. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) según el MBI-HSS en España de *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 16(2):135-49.
- .2002. Validez factorial de la adaptación al Español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México*. 44(1):33-40.
- .2005. El síndrome de quemarse por el trabajo ("burnout"). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide.
- .Carretero N, Roldán MD, Núñez-Román E. 2005. Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 21(1-2), 107-123.
- .Carretero N, Roldán M, Caro M. 2006. Estudio piloto sobre la prevalencia del acoso psicológico (mobbing) en trabajadores de centros de atención a personas con discapacidad. *Aletheia*. 23:7-16.
- .Moreno-Jiménez B. 2007. El síndrome de quemarse por el trabajo: grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide.
- Gorp K, Schaufeli WB. 1993. Burnout and cognitive withdrawal: a social exchange perspective. Trabajo presentado en el «Third ENOP workshop on Personnel Psychology in Health Care Organizations, Cracovia (Polonia).
- Guerrero E, Vicente F. 2002. Abordaje del burnout en profesionales del campo de la discapacidad. En: García JN, ed. *Aplicaciones de intervención psicopedagógica*. Madrid: Pirámide.
- Halbesleben JRB, Demerouti E. 2005. The construct validity of an alternative measure of burnout. Investigating the English Translation of the Oldenburg Burnout Inventory. 19:208_220.
- Hallsten L. 2005. Burnout and wornout: Concepts and data from a national survey. In: Antoniou AS, Cooper CL, eds. *Research companion to organizational health psychology*. Cheltenham, U. K.: Edward Elgar. p. 516-537.
- Hernández GL, Olmedo E, Ibañez I. 2004. Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 4:323-336.
- Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönnqvist J. 2006. The association between burnout and physical illness in general population: results from the Finnish Health 2000 Study. *J Psychosom Res*. 61(1):59-66.
- Jackson M, Ashley D. 2005. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Pan American Journal of Public Health*.18(2): 114-121.
- Jawahar I. M., Stone TH, Kisamore JL. 2007. Role conflict and burnout: The direct and moderating effects of political skill and perceived organizational support on burnout dimensions. *International Journal of Stress Management*. 14:142-159.
- Juárez-García A, Schnall PL. 2007. Psychosocial factors and work stress research in Mexico: a new Latin-American Network, The Global Occupational Health Network, GOHNET Special [en línea]. WHO. p. 14-17 Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/gohnetspecial072007.pdf. [Consultado en mayo de 2008]
- Kantas A, Vassilaki E. 1997. Burnout in Greek teachers: main findings and validity of the Maslach Burnout Inventory. *Work Stress*. 11(1):94-100.
- Leiter MP. 1988. Commitment as a function of stress reactions among nurses: A model of psychological evaluations of work settings. *Can J Commun Ment Health*. 7:117-134.
- .Maslach C. 1988. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- LeRouge C, Nelson A, Blanton JE. 2006. The impact of role stress fit and self-esteem on the job attitudes of IT professionals. *Information & Management*, 43:928-938.
- Maslach C, Jackson SE. 1981. MBI: Maslach Burnout Inventory: manual. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.
- .1998. Burnout. Vol. II Parte VI. Riesgos generales Capítulo 34 Factores psicosociales y de organización [en línea]. OIT. p. 74-75. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/34.pdf>. [Consultado en junio de 2008]
- .Schaufeli W, Leiter M. 2001. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 52:397_422.
- .2003. Job burnout: new directions in research and intervention. *Curr Dir Psychol Sci*. 12:189-192.
- .2004. The relation between work environment and burnout. In: Schanall P, ed. *Impact and significance of the organization of work. Forum on The way we work and its impact on our health*, april 22-23, (p. 34). Los Angeles, CA: University of California.

- Meda R, Moreno-Jiménez B, Rodríguez A, Morante M, Ortiz, G. 2008. Análisis confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud*. 18(1):107-115.
- Molina J, Iañez M, Iañez B. 2005. El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y Salud*. 15(1):33-43.
- Nelson HW, Pratt CC, Carpenter CE, Walter KL. 1995. Factor affecting volunteer long-term care ombudsman organizational commitment and burnout. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*. 24(3):213-233.
- Olivares V, Gil-Monte P. 2008a. Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout) en trabajadores de servicios en Chile. *Información psicológica*. 91-92:43-52.
- . Gil-Monte P. 2008b. Análisis de las propiedades psicométricas del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) en profesionales chilenos. *Ansiedad y estrés*. 13(2-3):29-240.
- Oliver C. 1993. Análisis de la problemática de estrés en el profesorado de enseñanza media: el burnout como síndrome específico. Tesis doctoral. España: Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología.
- Paredes O, Sanabria P. 2008. Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico-quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med*. 16:25-32.
- Schaufeli WB, Enzmann D. 1998. *The burnout companion to study & practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- . Van Dierendonck DA. 1995. Cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points of the Maslach Burnout Inventory. *Psychological reports*. 76(2):1083-1090.
- Schlenz KC, Guthrie MR, Dudgeon B. 1995. Burnout in occupational therapists and physical therapists working on head injury rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*. 49:986-993.
- Shirom A. 1989. Burnout in work organizations. En: Cooper CL, Robertson I, eds. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. Nueva York: Wiley & Sons. p. 25-48.
- Serrano MF, Garcés de los Fayos EJ, Hidalgo MD. 2008. Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*. 20(3):361-368.
- Soderfeldt B, Soderfeldt M, Muntaner C, O'Campo P, Warg L, Ohlson C. 1996. Psychosocial Work environment in human service organizations: a conceptual analysis and development of the demand-control model. *Soc Sci Med*. 42(9):1217-1226.
- Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. 2008. Burnout in european family doctors: the EGPRN study. *Fam pract*. 25(4):245-265.
- Robalino M, Körner A (coords). 2005. *Condiciones de trabajo y salud docente: estudios de casos en Argentina, Chile, Ecuador, México, Perú y Uruguay*. Santiago: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).
- Van Yperen NW. 1995. Communal orientation and the burnout syndrome among nurses: a replication and extension. *J Appl Psychol*. 26(4): 338-354.
- Vicente CF, Guerrero BE. 1999. Salud mental profesional: programas de intervención psicopedagógica. En: García-Sánchez JN, ed. *Intervenciones psicopedagógicas en los trastornos del desarrollo*. Madrid: Pirámide. p. 504-518.
- Viloria H, Paredes M, Paredes L. 2003. Burnout en profesores de educación física. *Revista de Psicología del Deporte*. 12:133-146.
- Wandling BJ, Smith BS. 1997. Burnout in orthopaedic physical therapists. *J Orthop Sports Phys Ther*. 26:124-130.