



## Artículo

---

### Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en monitores de taller para personas con discapacidad<sup>1</sup>

---

#### Burnout prevalence amongst instructors of disabled people

PEDRO R. GIL-MONTE\*  
NOELIA CARRETERO  
M.ª DESAMPARADOS ROLDÁN  
EVA M.ª NÚÑEZ -ROMÁN

---

#### RESUMEN

El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (*burnout*) en monitores y educadores de centros para personas discapacitadas. La muestra está formada por 154 sujetos (24,2 % hombres y 75,8 % mujeres). Como instrumentos de evaluación se utilizó el "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" versión profesionales que trabajan hacia discapacitados (CESQT-PD), y el MBI (escalas de Realización personal en el trabajo y Despersonalización del MBH-HSS, y Agotamiento del MBI-GS). La prevalencia del SQT se analizó considerando la percepción de frecuencia de síntomas en el CESQT-PD según los anclajes de la escala Likert de respuesta en lugar de los estadísticos descriptivos de la muestra (Shirom, 1989). Aplicando el CESQT-PD, 21 sujetos (13,60 %) presentaron bajos niveles de Ilusión por el trabajo, 35 sujetos (22,70 %) presentaron altos niveles de Desgaste psíquico, y 11 sujetos (7,10 %) altos niveles de Indolencia. Tomando como referencia la puntuación total en el CESQT, se concluye que el SQT afecta al 11,70 % de los sujetos de la muestra, y de forma más severa al 1,30 % de los sujetos, que presentaron alta frecuencia de síntomas en las tres dimensiones del CESQT-PD y sentimientos de culpa.

---

\* Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNTPSICO). Universitat de València.  
[pedro.gil-monte@uv.es](mailto:pedro.gil-monte@uv.es)

<sup>1</sup> Este estudio está subvencionado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT, MTAS) (Proyecto de investigación, Ref.: Sd. Téc/226.04 FA/cm).

## ABSTRACT

The purpose of this study is to analyse the incidence of burnout in a sample of educators work with disabled people. The sample was composed of 154 people (17.2 % men and 81.6 % women). The prevalence of burnout was measured by the "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo", professional who are working with disabled peopled version (CESQT-PD), and by the MBI scales (Personal Accomplishment and Depersonalization, from MBI-HSS; and Exhaustion from MBI-GS). The midpoint of the Likert scale (A few times a month) of the CESQT-PD was used as a criterion to determine the prevalence of burnout, instead of the sample descriptive statistics (Shirom, 1989). According to the CESQT-PD, 21 subjects (13.60 %) showed low levels of Enthusiasm, 35 subjets (22.70 %) high levels of Psychological Exhaustion, and 11 (7.10 %) high levels of Indolence. Taking into consideration the global score on the CESQT-PD we conclude that the 11.70 % of the subjects of the sample suffer from burnout, and the 1.30 % showed severe burnout because they shown high frequency levels in the three CESQT-PD dimensions and feelings of guilt.

## PALABRAS CLAVE

Quemarse por el trabajo, *Burnout*, Estrés laboral, Riesgos psicosociales, CESQT.

## KEY WORDS

Burnout, Job stress, Psychosocial risks, CESQT.

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se han producido importantes transformaciones en el mundo del trabajo originadas por los cambios sociales, económicos, demográficos y tecnológicos. Una consecuencia de estos cambios ha sido la modificación de las características de las organizaciones laborales y de la fuerza laboral activa, y la aparición de nuevos riesgos laborales que, debido a su carácter emergente, demandan atención para ser diagnosticados y evaluados adecuadamente de manera que se puedan diseñar acciones dirigidas a su prevención.

El incremento de trabajadores que desarrollan su actividad en el sector servicios, trabajando hacia personas y en contacto con los destinatarios de su trabajo es una de las características de la nueva fuerza laboral. Debido a estas características del trabajo, el sistema social de las organizaciones se ha convertido en un contexto laboral sumamente importante para la salud laboral de las personas, y los riesgos psicosociales han cobrado gran relevancia por su frecuencia e intensidad, por su influencia sobre la calidad de vida en el trabajo, sobre el absentismo laboral, y sobre la eficacia de las organizaciones. Esta influencia se materializa también en costes económicos y sociales. Según recoge la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (<http://europe.osha.eu.int>) en un informe elaborado en julio de 2002, el estrés laboral afecta a casi un tercio de los trabajadores de la Unión Europea (UE), más del 50% del absentismo laboral tiene sus raíces en el estrés laboral, y este problema cuesta a la UE una cantidad cercana a los 20.000 millones de euros al año en concepto de tiempo perdido y gastos sanitarios. Los costes humanos son igualmente importan-

tes, pues se estima que el 16% de las enfermedades cardiovasculares de los hombres y el 22% de las mujeres se deben al estrés laboral. Por este motivo los gobiernos y los agentes económicos y sociales están prestando una atención creciente a la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo.

Entre los riesgos psicosociales emergentes en la actividad laboral se encuentra el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (*burnout*), definido como una respuesta al estrés laboral crónico que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización, y cuyos síntomas más característicos son: pérdida de ilusión por el trabajo, agotamiento físico y emocional, actitudes negativas hacia los clientes de la organización y, en determinados casos, sentimientos de culpa (Gil-Monte, 2005). La definición más extendida y evaluada es la elaborada por Maslach y Jackson (1981) quienes denominan a los síntomas: baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización.

Este fenómeno ha sido tipificado como accidente de trabajo en España (sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de fecha 26 de octubre de 2000; Recurso Num.: 4379/1999), siendo un colectivo de alto riesgo los profesionales que desarrollan algún tipo de actividad docente con personas que presentan discapacidad psíquica, como se establece en la sentencia mencionada, pero también en otras (Juzgado de lo Social nº 1 de Vigo, procedimiento 24/1999; Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, Recurso nº 5302/2001) que vienen a reconocer los resultados obtenidos en numerosos estudios en los que se concluye

que esos profesionales están expuestos con frecuencia a condiciones de trabajo susceptibles de originar el SQT, como son: la falta de especificidad en funciones y tareas, ambigüedad y conflicto de rol (Crane e Iwanicki, 1986; Fimian, 1984; Gil-Monte y Peiró, 1996), escasa participación en la toma de decisiones, falta de apoyo social en el trabajo (Cooley y Yovanoff, 1996; Gil-Monte y Peiró, 1996; Savicki y Cooley, 1987), falta de autonomía, presión por parte del trabajo (Savicki y Cooley, 1987), ideales y expectativas profesionales no cumplidas (Innstrand, Espnes y Mykletun, 2002; Wisniewski y Gargiulo, 1997), o bajo significado de la tarea (Caton, Grossnickle, Cope, Long y Mitchell, 1988), en el ejercicio de una actividad con personas que en ocasiones presentan cuadros de intensa agitación que pueden derivar en agresiones (Vanheule y Verhaeghe, 2004). Estas condiciones de trabajo afectan negativamente a los niveles de satisfacción laboral y al bienestar psicológico del trabajador, lo que puede ocasionar niveles moderados del SQT en este colectivo ocupacional (Caton et al., 1988; Rose, Horne, Rose y Hastings, 2004), y con menor frecuencia niveles intensos, que afectarán negativamente al trato que dan a las personas que atienden y, en general, a la calidad del servicio que ofrecen (Wisniewski y Gargiulo, 1997).

Estas circunstancias hacen que sea especialmente necesario evaluar y conocer la prevalencia e incidencia del SQT en ese colectivo ocupacional, y poder discriminar entre individuos afectados por el SQT hasta el punto de incapacitarles para el ejercicio de su actividad laboral frente a aquellos que no lo están. Sin embargo, los instrumentos psicométricos existentes y su utilización con fines diagnósticos ofrecen resultados muy dispares. Cuando se utiliza

el *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* (MBI-HSS) (Maslach y Jackson, 1981), el instrumento por excelencia para evaluar el SQT, no existe un criterio unánime entre los expertos sobre el procedimiento para realizar el diagnóstico ni sobre los porcentajes de prevalencia e incidencia del síndrome.

En la literatura aparecen al menos tres procedimientos diferentes:

a) Aplicando el método de percentiles, recomendado por las autoras en el manual, se manejan porcentajes de incidencia superiores al 30% para diferentes colectivos profesionales. En el sector ocupacional de la educación algunos estudios hablan de una incidencia del 41,7% en docentes (El País Comunidad Valenciana, 25 de mayo de 2002), y del 13% en profesionales de educación especial (Carretero, Oliver, Toledo y Regueiro, 1998).

Este procedimiento entraña algunos problemas. En primer lugar, los valores de referencia de los percentiles no han sido establecidos para muestras españolas, y los obtenidos en otros países pueden ofrecer falsos positivos en España (Gil-Monte y Peiró, 2000). Además, esos valores se han calculado con muestras recogidas de manera no aleatoria y no han sido contrastados con casos clínicos, salvo en el estudio realizado por Schaufeli y Van Dierendonck (1995), por lo que los resultados se ven afectados por el "efecto del trabajador sano" (Karasek y Theorell, 1990). El resultado es que probablemente los valores normativos están sesgados, de tal forma que se concluye que determinados individuos presentan un alto grado en el SQT cuando realmente no es así.

Una alternativa puede ser refinar el diag-

nóstico haciendo más extremos los puntos de corte, de manera que se consideren puntuaciones superiores al percentil 75 ó al 95, para decidir sobre los casos clínicos (Schaufeli y Enzmann, 1998, p. 58), en lugar del percentil 66. No obstante, sobre esta opción no existen suficientes estudios como para concluir cuál es el punto de corte más acertado, y de nuevo nos enfrentamos con la necesidad de establecer los valores de referencia en cada país.

Por otra parte, no siempre se considera la puntuación de los individuos en las tres dimensiones del MBI para realizar el diagnóstico, por lo que el SQT queda reducido a un síntoma (Molina, García, Alonso y Cecilia, 2003) a pesar de ser un proceso mucho más complejo.

b) El segundo procedimiento utilizado para evaluar la incidencia del SQT fue desarrollado por Golembiewsky y colaboradores (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983). Estos autores elaboraron un modelo de fases, en el que se utiliza la mediana de cada una de las dimensiones como punto de corte para diferenciar sujetos con altos vs. bajos niveles de los síntomas. Se consideran casos severos los que puntúan bajo en realización personal en el trabajo, y alto en agotamiento emocional y en despersonalización. El modelo permite ocho combinaciones "alto vs. bajo" de las tres dimensiones del MBI, de manera que es posible identificar diferentes niveles de intensidad del SQT, y probablemente un punto óptimo para la intervención. Estos autores han obtenido resultados muy dispares, que van desde el 0% al 35% (Golembiewski, Boudreau, Munzenrider y Luo, 1996, pp. 159 y ss.). Sin embargo, este método resulta mucho más complejo que el anterior y, a excepción de sus autores, ha sido poco utilizado en la literatura.

c) Alternativamente, Shirom (1989) recomienda realizar el diagnóstico utilizando los anclajes de la escala Likert de evaluación como alternativa a los criterios normativos. De esta manera, considera que los individuos que presentan síntomas con una frecuencia igual o superior a "Algunas veces al mes" han desarrollado el SQT. Este acercamiento está basado en la conclusión de que los niveles del SQT tienden a ser infravalorados por los individuos que responden a los cuestionarios debido a efectos de deseabilidad social, o por la formulación negativa de los items. Shirom también es partidario de un diagnóstico más conservador, que consiste en considerar que sólo los individuos que informan de una frecuencia igual o superior a "Algunas veces por semana" han desarrollado el SQT. Aplicando estos criterios el autor concluye que la prevalencia del SQT en maestros en EEUU puede situarse entre el 10% y el 20%.

Junto a esta disparidad de criterios diagnósticos, el MBI-HSS presenta algunas insuficiencias psicométricas. Entre ellas cabe citar: a) varios estudios han obtenido estructuras factoriales con fundamento teórico diferente de la ofrecida por el manual (v.g., dos factores, Kalliath, O'Driscoll, Gillespie y Bluedorn, 2000; o cuatro factores en la versión para profesionales de la educación, Gold, 1984). Si bien, la revisión de la literatura presenta una tendencia según al cual el MBI ofrece tres factores que reproducen la estructura original del manual. b) El ítem 12 (Realización personal en el trabajo) y el ítem 16 (Agotamiento emocional) presentan problemas para asignarlos a la dimensión de la que forman parte (Byrne, 1992; Maslach, Jackson y Leiter, 1996). c) La escala de Despersonalización presenta con frecuencia valores alfa de Cronbach bajos, en

especial cuando el MBI se aplica fuera de EEUU y muestras que no son de habla inglesa. Esos valores son inferiores a  $\alpha = .60$ , tanto para muestras españolas (Aluja, 1997; Gil-Monte y Peiró, 1996; Moreno, Bustos, Matallana y Miralles, 1997; Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez, 2001) como de otros países (Truchot, Keirsebilck y Meyer, 2000; Van Yperen, 1995), e incluso en EEUU (Nelson, Pratt, Carpenter y Walter, 1995), lo que cuestiona la fiabilidad de los resultados obtenidos para esta variable, y por extensión los resultados obtenidos con el MBI. d) También se ha concluido que los resultados que se obtienen con la presentación en positivo de los ítems que evalúan realización personal en el trabajo cuando se comparan con los resultados obtenidos con su expresión en negativo afecta significativamente a diferentes parámetros estadísticos (Bouman, Brake y Hoogstraten, 2002). e) Los ítems de la escala de Despersonalización presentan valores de asimetría que exceden demasiado el criterio de normalidad ( $+/-1$ ), lo que dificulta la posibilidad de mejorar psicométricamente esta escala.

La demanda de realizar diagnósticos y de estimar la prevalencia e incidencia del SQT, junto a las insuficiencias del MBI, ha generado la necesidad de construir instrumentos de evaluación alternativos y específicos que presenten valores psicométricos adecuados de fiabilidad y validez. Es el caso del "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, 2004b). Este instrumento está formado por 20 ítems que se distribuyen en cuatro dimensiones. Tres de ellas han sido elaboradas siguiendo los resultados de Perlman y Hartman (1982), quienes tras una revisión de la literatura

concluyen que el SQT tiene, al menos, tres componentes: baja productividad laboral, agotamiento emocional y/o físico, y un exceso de despersonalización. Estas dimensiones se denominan:

1. Ilusión por el trabajo. Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal. El individuo percibe su trabajo atractivo y alcanzar las metas profesionales es fuente de realización personal. Los ítems que componen esta dimensión están formulados de manera positiva, de manera que bajas puntuaciones en esta dimensión indican altos niveles en el SQT.

2. Desgaste psíquico. Aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.

3. Indolencia. Presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización. Los individuos que puntúan alto en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de las personas hacia las que trabajan.

4. La cuarta dimensión del CESQT se denomina Culpa, y para su inclusión en el cuestionario se tomaron como referencia estudios en los que se considera que los sentimientos de culpa son una síntomas característico de los individuos que desarrollan el SQT (Freudenberger, 1974; Maslach, 1982; Price y Murphy, 1984; Scully, 1983).

El modelo teórico que subyace al CESQT considera que el SQT es una respuesta al estrés laboral crónico característi-

ca de los profesionales que trabajan hacia personas. En este modelo, el deterioro cognitivo (bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo) y afectivo (altas puntuaciones en Desgaste psíquico) aparece en un primer momento como respuesta a las fuentes de estrés laboral crónico, y con posterioridad los individuos desarrollarán actitudes negativas hacia las personas que atienden en su trabajo (altos niveles de Indolencia). La aparición de los sentimientos de culpa es posterior a estos síntomas, pero no la presentan todos los individuos. De esta manera, es posible distinguir dos perfiles en el proceso del SQT. El Perfil 1 conduce a la aparición de un conjunto de sentimientos y conductas vinculados al estrés laboral que originan una forma moderada de malestar, pero que no incapacita al individuo para el ejercicio de su trabajo, aunque podría realizarlo mejor. Este perfil se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa. El Perfil 2 constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del SQT. Además de los síntomas anteriores los individuos presentan también sentimientos de culpa (Gil-Monte, 2005). Esta distinción podría explicar los diferentes tipos del SQT identificadas en otros estudios (Paine, 1982; Vanheule, Lievrouw y Verhaeghe, 2003).

El CESQT ofrece algunas ventajas frente a otros instrumentos existentes, entre las más relevantes cabe señalar que: a) parte desde un modelo teórico previo al modelo psicométrico (Gil-Monte, 2005), b) si bien algunas dimensiones son similares a las del MBI-HSS, incorpora los sentimientos de culpa como un síntoma que permite establecer diferentes perfiles en la evolución del SQT, y en el grado de afec-

ción que presentan los individuos, y c) pretende superar las insuficiencias psicométricas de otros instrumentos al uso señaladas en las páginas anteriores.

El objetivo de este estudio es doble, pues se pretende contribuir a la validación del CESQT-PD, y estudiar la prevalencia del SQT en una muestra de sujetos que desempeñan funciones docentes y de formación con personas que presentan algún grado de discapacidad psíquica.

## METODOLOGÍA

### Muestra

La muestra está formada por 154 monitores y educadores que trabajan en centros para personas discapacitadas. Entre sus funciones se encuentran: elaborar, aplicar y supervisar los programas educativos y de aprendizaje ocupacional, iniciar a los atendidos en el manejo de maquinaria, organizar y realizar actividades educativas sociales, recreativas y culturales, aplicar programas de aprendizaje de hábitos de autonomía y de habilidades sociales, etc. En función del sexo, 116 sujetos eran mujeres (75.8 %) y 37 hombres (24.2 %). La media de edad fue de 37.94 años (rango 21 – 63). Respecto al tipo de contrato, 111 sujetos informaron que tenían contrato fijo (76%) y 35 eventual (24%). La experiencia media en la profesión era de 11.24 años (rango 1 mes - 33 años), y la media de antigüedad en la organización 9.85 años (rango 1 mes - 28 años).

### Instrumentos

El SQT se estimó mediante el "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de

Quemarse por el Trabajo" en su versión para profesionales que trabajan hacia discapacitados (CESQT-PD). Este instrumento está formado por 20 ítems que se distribuyen en 4 dimensiones denominadas: Ilusión por el trabajo (5 ítems) (v.g.: *Veo mi trabajo como una fuente de realización personal*) (alfa = .90), Desgaste psíquico (4 ítems) (v.g.: *Me siento desgastada/o emocionalmente*) (4 ítems) (alfa = .84), Indolencia (6 ítems) (v.g.: *No me apetece atender a algunos discapacitados*) (alfa = .66), y Culpa (5 ítems) (v.g.: *Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo*) (alfa = .79). La consistencia interna para la escala de 15 ítems (excluida la subescala de Culpa) alcanzó un valor alfa = .87. Los ítems se evalúan mediante una escala Likert de 5 grados que van de 0 (Nunca) a 4 (Muy frecuentemente: todos los días), correspondiendo al punto intermedio una puntuación de 2 ("A veces: algunas veces al mes").

A efectos diagnósticos se considera que un sujeto ha desarrollado el SQT cuando presenta altas puntuaciones en el CESQT-PD, excluida la escala de Culpa. Dado que las dimensiones de este instrumento son independientes, de manera que altas puntuaciones en una dimensión no conllevan necesariamente altas puntuaciones en las otras (bajas en el caso de Ilusión por el trabajo), se considera un caso grave si el sujeto presenta bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo, junto con altas puntuaciones en Desgaste psíquico e Indolencia. El caso será muy grave cuando altas puntuaciones en el CESQT se acompañan de altos sentimientos de Culpa (Perfil 2).

También se utilizaron las dimensiones Realización personal en el trabajo (8 ítems) (alfa = .84) y Despersonalización

(5 ítems) (alfa = .47) del MBI-HSS (Maslach y Jackson, 1986), y Agotamiento (5 ítems) (alfa = .86) del MBI-*General Survey* (MBI-GS) (Maslach, Jackson y Leiter, 1996), esta última con el fin de reducir la extensión del instrumento dada su similitud con la escala de Agotamiento emocional del MBI-HSS.

### Procedimiento

Se realizó una selección aleatoria de diferentes tipos de centros de atención a personas con discapacidad de la Comunidad Valenciana, y se pidió a todos los sujetos de los centros seleccionados que respondieran el cuestionario, aunque su participación fue voluntaria y anónima. El cuestionario, junto con un sobre de respuesta, fue entregado directamente a los sujetos y se recogieron en sobre cerrado directamente de los sujetos o por correspondencia. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 12.

### RESULTADOS

Para contribuir a la validación del CESQT-PD se estimaron los estadísticos descriptivos de las escalas, se estimó su consistencia interna (Tabla 1), y la validez concurrente con las escalas del MBI (Tabla 2). Los valores alfa de Cronbach fueron buenos para todas las escalas del CESQT-PD, y para el conjunto del instrumento. Los valores de asimetría fueron inferiores a +/- 1.

Las escalas Realización personal en el trabajo y Agotamiento del MBI alcanzaron valores adecuados de consistencia interna, pero no la escala de Despersonalización que presentó un valor excesiva-



Tabla 1. Estadísticos descriptivos para las variables del estudio.

|                                 | M    | dt   | Rango | Md   | Asimetría | Curtosis | alfa |
|---------------------------------|------|------|-------|------|-----------|----------|------|
| Ilusión por el trabajo          | 2.89 | .86  | 0-4   | 3    | -.62      | .08      | .90  |
| Desgaste psíquico               | 1.40 | .84  | 0-4   | 1.25 | .71       | .31      | .84  |
| Indolencia                      | 1.05 | .59  | 0-4   | 1    | .53       | .17      | .66  |
| Culpa                           | .82  | .56  | 0-4   | .80  | .38       | -.36     | .78  |
| CESQT-PD (15 ítems)             | 1.16 | .60  | 0-4   | 1.10 | .64       | .27      | .87  |
| Realización personal en trabajo | 4.72 | .84  | 0-6   | 4.88 | -.61      | -.21     | .84  |
| Agotamiento                     | 2.08 | 1.23 | 0-6   | 2    | .46       | -.45     | .86  |
| Despersonalización              | .56  | .61  | 0-6   | .40  | 1.40      | 1.97     | .47  |

mente bajo. Esta escala también presentó unos valores de asimetría y curtosis que exceden el criterio de normalidad.

Para estimar la validez concurrente se calcularon las correlaciones entre las dimensiones del CESQT-PD y las escalas del MBI (Tabla 2).

Tabla 2. Matriz de correlaciones entre las variables del estudio.

|               | 1    | 2    | 3    | 4    | 5    | 6    | 7   | 8 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|-----|---|
| 1. Ilusión    | 1    |      |      |      |      |      |     |   |
| 2. Desgaste   | -.46 | 1    |      |      |      |      |     |   |
| 3. Indolencia | -.38 | .52  | 1    |      |      |      |     |   |
| 4. Culpa      | -.33 | .39  | .34  | 1    |      |      |     |   |
| 5. CESQT-PD   | -.81 | .80  | .77  | .44  | 1    |      |     |   |
| 6. PA         | .61  | -.42 | -.34 | -.40 | -.60 | 1    |     |   |
| 7. EXH        | -.42 | .83  | .53  | .35  | .72  | -.47 | 1   |   |
| 8. DEP        | -.09 | .18  | .40  | .20  | .27  | -.20 | .15 | 1 |

Nota 1. PA: Realización personal en el trabajo, EXH: Agotamiento, DEP: Despersonalización.

Nota 2.  $r \geq |.16|$ ,  $p < .05$ ;  $r \geq |.22|$ ,  $p < .01$ ;  $r \geq |.27|$ ,  $p < .001$

Analizando la correlación entre las escalas correspondientes de ambos instrumentos se observa que las correlaciones más intensas se establecen entre aquellas escalas que estiman constructos similares. Así, Ilusión por el trabajo presentó una correlación  $r = .61$  ( $p < .001$ ) con Realización personal en el trabajo, la correlación entre Desgaste psíquico y Agotamiento alcanzó un valor  $r = .83$  ( $p < .001$ ), y entre Indolencia y Despersonalización el valor fue  $r = .40$  ( $p < .001$ ).

Para analizar la prevalencia del SQT en los sujetos de la muestra se siguió el procedimiento de los puntos de referencia de la escala Likert con la que los sujetos valoran los ítems del cuestionario (Shirom, 1989) (ver Tabla 3). Se optó por este procedimiento debido a que el CESQT-PD aún no se ha utilizado en un número suficientemente amplio de estudios y, por tanto, los puntos de corte basados en los percentiles no están validados.

Siguiendo ese procedimiento se obtuvo que 22 sujetos (13.60 %) percibían Ilusión por el trabajo con una frecuencia inferior a "Algunas veces al mes" (una puntuación inferior a 2), 35 sujetos (22.7 %) percibían Desgaste psíquico con una frecuencia igual o superior a "Algunas veces al mes" (una puntuación igual o superior a 2), y 11 sujetos (7.1 %) niveles de Indolencia con esa frecuencia.

Respecto a la variable Culpa, 8 sujetos (5.2 %) experimentaban sentimientos de culpa con una frecuencia igual o superior a "Algunas veces al mes".

Cuando se consideró la puntuación total en la escala CESQT-PD compuesta por 15 ítems, el número de sujetos que percibió niveles altos del SQT, con una frecuencia igual o superior a "Algunas veces al mes", fue 18 (11.70 %). Pero, de estos sujetos, sólo 4 (2.67 %) presentaron altas puntuaciones en las tres dimensiones del CESQT-PD. Y sólo 2 sujetos (1.30 %)

Tabla 3. Número y porcentaje de sujetos con altos vs. bajos niveles del SQT aplicando el procedimiento de escala Likert de evaluación.

|                           | Niveles altos (>2) | Niveles bajos (<2) |
|---------------------------|--------------------|--------------------|
| Ilusión por el trabajo    | 133 (86.40 %)      | 21 (13.60 %)       |
| Desgaste psíquico         | 35 (22.70 %)       | 119 (77.30 %)      |
| Indolencia                | 11 (7.10 %)        | 143 (92.90 %)      |
| Culpa                     | 8 (5.20 %)         | 146 (94.80 %)      |
| CESQT-PD (15 ítems)       | 18 (11.70 %)       | 136 (88.30 %)      |
| Tres dimensiones CESQT-PD | 4 (2.67 %)         | 150 (97.33 %)      |
| CESQT-PD y Culpa          | 2 (1.30 %)         | 152 (98.70 %)      |

presentaron altas puntuaciones en el CESQT-PD y en la dimensión Culpa.

Considerando la variable sexo el mayor porcentaje de sujetos incluidos en la categoría alto (bajo en para Ilusión por el trabajo) fueron mujeres. Los porcentajes de mujeres en esta categoría fueron superiores al 80 %, salvo en el caso de la variable Indolencia donde el porcentaje resultó muy similar (45.5 % hombres vs. 54.5 % mujeres). Sin embargo, no se obtuvieron diferencias significativas en ninguna de las variables en función del sexo para el total de la muestra.

En un paso más hacia la validación del CESQT-PD como instrumento para el diagnóstico del SQT se calcularon los percentiles para la muestra del estudio. Siguiendo el criterio habitual para dividir las puntuaciones de la muestra en tres grupos (bajo, medio y alto) se calcularon los percentiles 33 y 66, pero también los percentiles 10, 25, 75, y 90, para refinar el diagnóstico (Tabla 4). Analizando los casos incluidos en la categoría alto (bajo en el caso de Ilusión por el trabajo) mediante el procedimiento de percentiles

se obtuvo que los porcentajes más similares a los obtenidos con el procedimiento de la escala Likert correspondían a los casos que se situaban por encima del percentil 90, excepto para la escala Desgaste psíquico que resultó el percentil 75. Los porcentajes de sujetos incluidos fueron los siguientes: Ilusión por el trabajo (P10) 13.60%; Desgaste psíquico (P75) 22.70%, (P90) 9.10%; Indolencia (P90) 9.70%; Culpa (P90) 7.10%; y CESQT-PD (P90) 8.10%.

## DISCUSIÓN

El CESQT-PD y sus diferentes escalas presentan unos valores de fiabilidad y validez concurrente adecuados. Aunque el valor alfa de Cronbach obtenido para la escala de Indolencia se ha situado por debajo del valor .70 recomendado por Nunnally (1978) ha quedado próximo a él, y su valor se puede considerar aceptable. Por otra parte, el resultado para la escala de Despersonalización, la correspondiente del MBI-HSS, ha sido sensiblemente más bajo, y cuestiona su fiabilidad en este estudio. Es necesario realizar otros estu-

Tabla 4. Valores de los percentiles obtenidos para las escalas del CESQT-PD con la muestra del estudio (N = 154).

|                        | P10  | P25  | P33  | P66  | P75  | P90  |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Ilusión por el trabajo | 1.80 | 2.40 | 2.60 | 3.24 | 3.60 | 4.00 |
| Desgaste psíquico      | .50  | .75  | 1.00 | 1.50 | 1.75 | 2.50 |
| Indolencia             | .33  | .50  | .69  | 1.33 | 1.50 | 1.75 |
| Culpa                  | .00  | .40  | .60  | 1.00 | 1.20 | 1.60 |
| CESQT-PD (15 ítems)    | .40  | .73  | .87  | 1.33 | 1.53 | 2.01 |

dios que prueben la escala Indolencia con muestras similares, pero los resultados apuntan a que es una escala suficientemente fiable y válida, y su utilización permite salvar una de las principales deficiencias que presenta el MBI-HSS en su adaptación al castellano: la baja fiabilidad de la escala de Despersonalización en diferentes colectivos ocupacionales como el de profesionales de la educación (Aluja, 1997; Manassero, García, Vázquez, Ferrer, Ramis y Gili, 2000).

Por otra parte, los valores de asimetría y curtosis obtenidos para las cuatro subescalas del CESQT-PD y para el conjunto del instrumento compuesto por 15 ítems (sin la escala Culpa) permiten afirmar que se ajustan a una distribución normal, y que mediante su aplicación se puede discriminar de manera adecuada entre individuos que presentan diferentes niveles de los síntomas evaluados. Este resultado no ha sido adecuado para la escala de Despersonalización.

La validez concurrente del instrumento también es buena dada la intensidad de las correlaciones obtenidas con las escalas del MBI-HSS que evalúan constructos similares (Ilusión por el trabajo vs. Realización personal en el trabajo, Desgaste psíquico vs. Agotamiento, e Indolencia vs. Despersonalización). Además, esas correlaciones fueron superiores a las obtenidas con el resto de variables, con excepción de la relación entre Indolencia y Despersonalización. Pero el valor de las correlaciones entre Despersonalización y el resto de variables probablemente está afectado a la baja por la fiabilidad de la escala, pues el valor de  $r$  entre esta variable y Agotamiento ( $r = .15$ , n.s.) es excesivamente bajo y no habitual (Lee y Ashforth, 1996).

Para estimar la prevalencia del SQT se ha priorizado el procedimiento de corte basado en los puntos Likert de la escala de respuesta (Shirom, 1989), debido a que en la actualidad no existen estudios que permitan concluir sobre qué percentil es más conveniente utilizar como punto de corte para diferenciar a los sujetos con altos niveles de otras categorías. Según esa forma de proceder, 18 sujetos de la muestra (11.70 %) percibieron niveles suficientemente elevados del SQT como para afirmar que están afectados por este problema derivado de los riesgos psicosociales sufridos durante el ejercicio de su actividad laboral. Estos sujetos pueden ser categorizados como sujetos de alto riesgo, y es recomendable recurrir a la intervención de especialistas para prevenir un mayor deterioro.

Sólo 4 sujetos (2.67 %) se consideran "casos graves", pues presentan bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo, junto con altas puntuaciones en Desgaste psíquico e Indolencia. Desde consideraciones psicométricas, en estos casos se podría hablar de accidente laboral según la legislación y las sentencias jurídicas existentes en España. No obstante, antes de concluir sería necesario realizar una entrevista clínica para confirmar el diagnóstico y descartar otros problemas que pueden influir en los síntomas evaluados, así como analizar la intensidad de las consecuencias del SQT en estos sujetos, y el grado de incapacidad que presentan para el ejercicio de su actividad laboral.

Por otra parte, y también desde consideraciones psicométricas, sólo 2 sujetos (1.30 %) se ajustan al diagnóstico de "caso muy grave", pues presentan altas puntuaciones en el CESQT-PD junto con altos sentimientos de culpa (Perfil 2) (Gil-Monte, 2005). Pero, en estos casos tam-

bién es necesario confirmar el diagnóstico mediante otros procedimientos de evaluación psicológica.

Aunque las diferencias en función del sexo no resultaron significativas en ninguna de las dimensiones del CESQT-PD ni para el total de la escala, llama la atención el alto porcentaje de mujeres incluidas en la categoría alto frente al número de hombres, mientras que el resultado es bastante similar en la dimensión de Indolencia. Este resultado puede estar influido por la composición de la muestra, pues la mayoría de los sujetos son mujeres. Pero, también puede reflejar la tendencia de resultados existente en la literatura según la cual los hombres expresan mayores niveles de despersonalización (Gil-Monte y Peiró, 2000). En algunos estudios se ha argumentado sobre la influencia que puede tener el proceso de socialización y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los docentes según su género sobre el desarrollo del SQT, y sobre algunos problemas de somatización relacionados con este proceso (Greenglass, Burke y Konarski, 1998).

Comparando los resultados obtenidos cuando se aplica el punto intermedio de la escala Likert con los obtenidos mediante el procedimiento de los percentiles, el percentil 90 (percentil 10 para Ilusión por el trabajo) es el que ofrece un porcentaje de casos más similar para discriminar sobre los casos afectados por el SQT. Por ello, parece recomendable tomar como referencia el percentil 90 en lugar del percentil 66 con fines diagnósticos. La dimensión Desgaste psíquico constituye una excepción, pues es el percentil 75 el que más se ajusta a este criterio.

Por otra parte, al analizar la prevalencia de los síntomas por separado llama la

atención el alto porcentaje de sujetos que presentan niveles altos de Desgaste psíquico utilizando ambos procedimientos (22.7%) en comparación con los porcentajes obtenidos para las otras dimensiones del CESQT-PD y para el total de la escala. Este resultado es similar a los resultados obtenidos cuando se utiliza MBI y confirma la influencia que tiene el deterioro emocional en la aparición del SQT. La mayor frecuencia con la que aparece este síntoma se explica debido a que los trabajadores de la educación tienen que realizar su actividad laboral en unas condiciones que exigen altos niveles de trabajo emocional (Hochschild, 1983) y manejo del conflicto. Estas variables son más frecuentes cuando se trabaja con personas que presentan discapacidad psíquica. Pero, también están implicadas otras variables, como la necesidad de regular la expresión de las emociones, establecer y mantener empatía, o manejar la frustración (Gil-Monte, 2005).

No se debe identificar el SQT sólo con desgaste psíquico, pues el primero es un proceso más complejo y supone un mayor deterioro para el individuo. Por tanto, cuando se evalúa y diagnóstica el SQT se deben valorar todas sus dimensiones. Concluir sólo en función de los niveles de deterioro emocional del individuo llevará a una sobrestimación de la prevalencia y de la incidencia del síndrome.

Los porcentajes de prevalencia del SQT obtenidos en este estudio son bastante similares a los obtenidos cuando se aplica el MBI-HSS considerando la puntuación de los sujetos en las tres dimensiones del instrumento para realizar el diagnóstico, o cuando se utilizan criterios más restrictivos que los derivados de los estudios utilizados para validar el instrumento (Gil-

Monte, 2004a; Schaufeli y Van Dierendonck, 1995).

A modo de conclusión podemos afirmar que el CESQT, en su versión para profesionales que trabajan hacia personas con discapacidad realizando funciones educativas, de formación y aprendizaje, resulta un instrumento válido y fiable para la evaluación del SQT y sus síntomas. No obstante, los resultados obtenidos deben ser tomados con precaución, tanto los referidos a los porcentajes de sujetos que presentan altos niveles del SQT como los ofrecidos sobre puntos de corte basados en los percentiles, pues este es el primer estudio realizado con el CESQT-PD, y es necesario realizar más estudios que ofrezcan resultados en la misma dirección para llegar a conclusiones firmes.

Este estudio contribuye a establecer criterios para el diagnóstico del SQT. Existen diferentes procedimientos para estimar su prevalencia o incidencia, aunque el más utilizado es aplicar el percentil 33 y 66, pero hay que ser prudente al ofrecer resultados sobre los porcentajes de incidencia siguiendo este criterio, pues esos puntos de corte ofrecen resultados inflados. Tanto la revisión de la literatura como los resultados de este estudio recomiendan proceder con puntos de corte más elevados, o alternativamente utilizar la escala de respuesta.

En la actualidad, los agentes económicos y sociales, y la legislación española recomiendan a las organizaciones realizar evaluaciones periódicas de los riesgos psicosociales presentes en el entorno de trabajo, y de sus consecuencias. El CESQT se presenta como un instrumento prometedora para la evaluación y el diagnóstico del SQT, y salva alguna de las insuficiencias

psicométricas que presentan otros instrumentos similares.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aluja, A. (1997). Burnout profesional en maestros y su relación con indicadores de salud mental. *Boletín de Psicología*, 55, 47-61.

Bouman, A.M., Brake, H.T. y Hoogstraten, J. (2002). Significant effects due to rephrasing the Maslach Burnout Inventory's personal accomplishment items. *Psychological Reports*, 91, 825-826.

Byrne, B. M. (1992). The Maslach Burnout Inventory: Validating factorial structure and invariance across intermediate, secondary, and university educators. *Multivariate Behavioral Research*, 26(4), 583-605.

Carretero, B., Oliver, C., Toledo, E. y Regueiro, F. (1998). Estudio de antecedentes y consecuentes del burnout en profesionales de educación especial en centros públicos de Madrid. *Psiquis*, 19(9), 397-407.

Caton, D. J., Grossnickle, W. F., Cope, J. G., Long, T. E. y Mitchell, C. C. (1988). Burnout and stress among employees at a state institution for mentally retarded persons. *American Journal of Mental Retardation*, 93(3), 300-304.

Cooley, E. y Yovanoff, P. (1996). Supporting professionals-at-risk: Evaluating interventions to reduce burnout and improve retention of special educators. *Exceptional Children*, 62(4), 336-355.

Crane, S. J. e Iwanicki, E. F. (1986):

Perceived role conflict, role ambiguity, and burnout among special education teachers. *Remedial and Special Education*, 7(2), 24-31.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.

Fimian, M. J. (1984). Organizational variables related to stress and burnout in community-based programs. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 19(3), 201-209.

Gil-Monte, P. R. (2004a). Influencia de la calidad de las relaciones interpersonales en el contexto laboral sobre el "síndrome de quemarse por el trabajo" (burnout) y la inclinación al absentismo en policías municipales. *Anuario de Psicología*, en prensa.

Gil-Monte, P. R. (2004b). [La evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo ("burnout") en centros para personas con discapacidad: construcción y validación test-retest del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT-versión PD)]. Memoria anual no publicada del Proyecto de Investigación "Sd. Téc./226.04 FA/cm", subvencionado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).

Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.

Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1996). Un estudio sobre antecedentes significativos del "síndrome de quemarse por el tra-

bajo" ("burnout") en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 12(1), 67-80.

Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (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. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 135-149.

Gold, Y. (1984). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory in a sample of California elementary and junior high school classroom teachers. *Educational and Psychological Measurement*, 44, 1009-1016.

Golembiewski, R. T., Boudreau, R. A., Munzenrider, R. F. y Luo, H. (1996). *Global burnout: A worldwide pandemic explored by the phase model*. London: JAI Press Inc.

Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F. y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and proxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461-481.

Greenglass, E. R., Burke, R.J. y Konarski R. (1998). Components of burnout, resources, and gender-related differences. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(12), 1088-1106.

Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart. Commercialization of human feeling*. Berkeley, CA: University of California Press.

- Innstrand, S. T., Espnes, G. A. y Mykletun, R. (2002). Burnout among people working with intellectually disabled persons: a theory update and an example. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(3), 272-279.
- Kalliath, T. J., O'Driscoll, M. P., Gillespie, D. F. y Bluedorn, A. C. (2000). A test of the Maslach Burnout Inventory in three samples of healthcare professionals. *Work & Stress*, 14(1), 35-50.
- Karasek, R. y Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Nueva York: Basic Books.
- Lee, R. T. y Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133.
- Manassero, M. A., García, E., Vázquez, A., Ferrer, V. A., Ramis, C. y Gili M. (2000). Análisis causal del burnout en la enseñanza. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 173-195.
- Maslach, C. (1982). Burnout: A social psychological analysis. En J. W. Jones (Ed.), *The burnout syndrome: Current research, theory, interventions* (pp. 30-53). Park Ridge, Illinois: London House Press.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory. Manual* (1986, 2ª ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E. y Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3ª ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Molina, A., García, M. A., Alonso, M. y Cecilia, P. (2003). Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria*, 31(9), 564-574.
- Moreno, B., Bustos, R., Matallana, A. y Miralles, T. (1997). La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 13(2), 185-207.
- Nelson, H. W., Pratt, C. C., Carpenter, C. E. y Walter, K. L. (1995). Factor affecting volunteer long-term care ombudsman organizational commitment and burnout. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 24(3), 213-233.
- Nunnally, N. C. (1978). *Psychometric theory*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Paine, W. S. (1982). The burnout syndrome in context. En J. W. Jones (Ed.), *The burnout syndrome: Current research, theory, interventions* (pp. 1-29). Park Ridge, Illinois: London House Press.
- Olmedo, M., Santed, M. A., Jiménez, R. y Gómez, M. D. (2001). El síndrome de burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis*, 22(3), 117-129.
- Perlman, B. y Hartman, E. A. (1982). Burnout: summary and future research. *Human Relations*, 35(4), 283-305.
- Price, D. M. y Murphy, P. A. (1984).



Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8(1), 47-58.

Rose, D., Horne, S., Rose, J. L. y Hastings, R. P. (2004). Negative emotional reactions to challenging behaviour and staff burnout: Two replication studies. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 219-223.

Savicki, V. y Cooley, E. (1987). The relationship of work environment and client contact to burnout in mental health professionals. *Journal of Counseling and Development*, 65, 249-252.

Schaufeli, W. B. y Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Londres: Taylor & Francis.

Schaufeli, W. B. y Van Dierendonck, D. (1995). A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. *Psychological Reports*, 76, 1083-1090.

Scully, R. (1983). The work-setting support group: A means of preventing burnout. En B. A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (1985, 2<sup>a</sup> ed., pp. 188-197). Nueva York: Pergamon Press.

Shiron, A. (1989). Burnout in work organizations. En C.L. Cooper y I. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. (pp. 25-48). Nueva York: Wiley & Sons.

Truchot, D., Keirsebilck, L. y Meyer, S. (2000). Communal orientation may not buffer burnout. *Psychological Reports*, 86, 872-878.

Van Yperen, N. W. (1995). Communal orientation and the burnout syndrome among nurses: A replication and extension. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(4), 338-354.

Vanheule, S., Lievrouw A. y Verhaeghe, P. (2003). Burnout and intersubjectivity: A psychoanalytical study from a Lacanian perspective. *Human Relations*, 56(3), 321-338.

Vanheule, S. y Verhaeghe, P. (2004). Powerlessness and impossibility in special education: A qualitative study on professional burnout from a Lacanian perspective. *Human Relations*, 57(4), 497-519.

Wisniewski, L. y Gargiulo, R. M. (1997). Occupational stress and burnout among special educators: A review of the literature. *The Journal of Special Education*, 31(3), 325-346.