

SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO EN MUJERES TRABAJADORAS DE LA INDUSTRIA PETROLERA EN MÉXICO

BURNOUT SYNDROME IN FEMALE WORKERS OF THE MEXICAN PETROLEUM INDUSTRY

Daniela Fernández Nava ¹
José Antonio Ramírez Páez ²

RESUMEN

Introducción: El síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) es un conjunto de respuestas psicológicas al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional; la presencia de este síndrome puede incapacitar al trabajador de manera parcial o total del ambiente laboral, incluso se puede necesitar de intervención psiquiátrica en un segundo perfil. **Objetivo:** Identificar los niveles de riesgo del SQT en trabajadores petroleros y comparar datos por género. **Material y método:** Se utilizó el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) con alfa de Cronbach 0,50, aplicado a 43 mujeres y 271 hombres. Los datos se analizaron mediante la prueba de bondad ajuste (χ^2) y la t de Student. **Resultados:** El 16% de la población evaluada registró baja Ilusión por el Trabajo, el 20 % Desgaste Psíquico, y el 18 % indolencia y culpa. **Conclusiones:** En la Existe diferencia estadísticamente significativa de acuerdo al género en las dimensiones baja ilusión por el trabajo y culpa.

Palabras clave: Síndrome de quemarse por el trabajo, factores psicosociales, mujeres, género, estrés laboral

ABSTRACT

Introduction: The Burnout Syndrome is a set of psychological (BOS) answers to interpersonal emotional and chronic stress at work, which mainly appears in jobs that have human contact, the presence of this syndrome can incapacitate the worker partial or total work environment, may be needed even psychiatric intervention. **Objectives:** To identify high levels in BOS dimensions in Mexico's City workers, and to recognize if levels of BOS registered in women are higher in comparison with men's scores. **Material and method:** Spanish Burnout Inventory (SBI) was applied to 43 women and 271 men. **Results:** 16 % of the evaluated population registered low enthusiasms towards their job, 20 % psychological exhaustion, and 18 % indolence and guilt. Statistically significant difference was found in relation to gender in illusion for the work and guilt dimensions. **Conclusion:** Differences are explained by personal variables defined as the characteristics that men and women have, nevertheless they are used in a different way, therefore, it will depend of each person if his or her interpersonal relationship with others at work becomes harmful for his/her health.

Keywords: burnout, psychosocial factors, women, gender, job stress

INTRODUCCIÓN

La relación entre trabajo y la salud mental puede abordarse desde distintos puntos de vista. Dentro de la perspectiva psicosocial, los riesgos a los que están expuestos los trabajadores en el transcurso de su jornada laboral tienen su origen en el terreno de la organización del trabajo, y aunque sus consecuencias no sean evidentes como los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, no por ello son menos reales.

Los factores psicosociales (FPS) son condiciones que conducen al estrés en el trabajo y a otros problemas de salud y seguridad; esas condiciones comprenden aspectos del puesto del trabajo y del entorno, como el clima o cultura de la organización, las funciones laborales, las relaciones interpersonales en el trabajo, el diseño y contenido de las tareas, además del entorno fuera de la organización y las variables personales ¹.

Los factores psicosociales pueden tener un impacto tanto positivo como negativo en la salud; tal naturaleza va a ser determinada por la relación entre las condiciones de trabajo y las capacidades y necesidades del trabajador. Con fines operacionales, los FPS se pueden conceptualizar de dos maneras: factores psicosociales de riesgo (FPS-R), definidos como condiciones del trabajo, del individuo y extralaborales, que pueden generar efectos negativos en la salud del trabajador y que tienen como consecuencia los efectos negativos de tipo psicológico (ENP), expresados como alteraciones sensoriales, motrices, cognoscitivas y de la personalidad que afectan la capacidad, habilidad, desempeño y la salud del trabajador, relacionándose directamente con enfermedades y accidentes de trabajo ².

Desde esta perspectiva, el estrés, conceptualizado como tensión laboral, es una de las principales fuentes

¹ Licenciada en Psicología e Investigadora. Proyecto de Psicología del Trabajo y Salud Ocupacional. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México DF, México

² Máster en Psicología. Proyecto de Psicología del Trabajo y Salud Ocupacional. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México DF, México

Correspondencia:

Lic. Daniela Cervantes Nava
Privada Bosque de Avellanas, Manzana 6, Lote 23, Casa D, Fraccionamiento Real del Bosque,
Tultitlán, México, CP 54948
Teléfono: 25933787
E-mail: danny_nona@hotmail.com

de riesgos psicosociales, ya que puede implicar altas y variadas demandas psicológicas y físicas en cualquier tipo de organización profesional; su presencia crónica es una de sus formas más habituales en el sector servicio a partir del cual se desarrolla el síndrome del quemado por el trabajo (SQT) o burnout³.

Una encuesta sobre condiciones de trabajo del año 2000, realizada en los países miembros de la Unión Europea (21 500 personas entrevistadas), mostró que en su modalidad de ENP, está entre los 4 problemas de salud más frecuentemente reportados y relacionados con el trabajo, a saber: lumbalgias, 33 %; estrés, 28 %; cervicobraquialgias, 23 % y SQT, 23 %⁴. Además, en el 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) reportaron 1,1 millones de enfermedades y accidentes de trabajo, donde el estrés crónico fue la primera causa^{5,6}.

Por otra parte y dado que en la actualidad se usan los términos de estrés, burnout y síndrome de quemarse por el trabajo (SQT), es necesario diferenciar tales conceptos, toda vez que la denominación de los fenómenos es un referente fundamental para comprenderlos y caracterizarlos, evitando confusiones y acciones de intervención equivocadas, como sucedió con un paciente que tras once años de estar presentando una sintomatología, recibe el diagnóstico de "síndrome depresivo", posteriormente "trastorno de ansiedad generalizada" y diez años después finalmente le diagnostican el síndrome de quemarse por el trabajo, lo que se debió a la ausencia de una categoría específica en el manual DSM-IV que permita identificar y delimitar el SQT⁷.

El concepto de burnout surgió en Estados Unidos a mediados de la década de los años setenta; más tarde, Maslach y Jackson lo definieron como un síndrome compuesto por tres síntomas: baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización⁸.

Este concepto surgió para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios (organizaciones de voluntariado, sanitarias, de servicios sociales, educativas, etc.), razón por la cual la mayoría de la literatura se enfocó a profesionales de la salud⁹⁻¹³. Ante esto se ha argumentado que el burnout no es una patología exclusiva de los profesionales de la ayuda o del sector servicios; sin embargo, es la casuística lo que convierte al burnout en un problema especialmente relevante en este sector, en donde son más dramáticas sus consecuencias¹⁴. El mayor número de datos sobre su incidencia está referido a estos colectivos profesionales, constituidos por un gran número de trabajadores en situaciones de riesgo.

Los términos burnout o síndrome de quemarse por el trabajo no deben equipararse con el estrés psicológico, sino que deben ser entendidos como una respuesta a la exposición crónica a estresores interpersonales y organizaciona-

les. En el contexto de las organizaciones sanitarias, las relaciones sociales de los profesionales de la salud con los pacientes y sus familiares, son estresores especialmente relevantes para el desarrollo del síndrome. Este síndrome también puede considerarse como un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-cliente, y por la relación profesional-organización¹⁵.

El estrés hace referencia a procesos relativamente breves; el SQT es considerado la consecuencia de una situación prolongada de desajuste entre las demandas y los recursos laborales. Además, el SQT implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, y el estrés no necesariamente. No obstante, tanto estrés como el SQT son fruto de la falta de balance entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo, considerándose una consecuencia emocionalmente negativa en el estado mental del trabajador¹⁶.

Con respecto al término de "burnout", es recomendable utilizar el concepto de síndrome de quemarse por el trabajo para aludir a dicho efecto en español. Esta denominación implica también una reconceptualización de dicho ENP, que enriquece la comprensión del fenómeno por diferentes razones, a saber: a) da información sobre la naturaleza del fenómeno al indicar que está integrado por un conjunto de síntomas; b) nos informa sobre la necesidad de identificar y evaluar el conjunto de síntomas para poder realizar un diagnóstico adecuado de la patología; c) desvía el foco de atención hacia el trabajo y no hacia el trabajador, con lo que se evita estigmatizar al trabajador; d) se desvincula la patología laboral de la denominación coloquial; y e) permite diferenciar el fenómeno de otros fenómenos psicológicos que aparecen en condiciones de trabajo no deseables como el estrés laboral, el desgaste emocional, fatiga, ansiedad, etc.¹⁷.

Por ello, en este trabajo se retoma la definición de Gil-Monte, quien refiere al SQT como un conjunto de reacciones psicológicas al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de los servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización. Estas respuestas se expresan como un deterioro personal y afectivo del trabajo en su organización, acompañado por agotamiento emocional y físico, así como por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización en forma de comportamientos indiferentes, fríos, distantes y, en ocasiones, lesivos. En un grado más avanzado se acompaña de sentimientos de culpa¹⁸.

Para poder diagnosticar con mayor certeza el SQT, dicho autor identifica dos perfiles. En el perfil 1, los profesionales desarrollan indolencia y desgaste psicológico, y esta estrategia de afrontamiento resulta eficiente para manejar el estrés laboral. De esta manera, los profesionales se pueden adaptar el entorno laboral y aunque

no desaparezcan los estresores, pueden convivir con ellos. En el perfil 2 los profesionales desarrollarán sentimientos de culpa, dadas las consideraciones éticas o normativas prescritas por su rol laboral y por otras variables psicosociales resultantes de sus actitudes o síntomas como la despersonalización e indolencia⁷.

Se plantea que dentro de la literatura hay más de 100 síntomas relacionados con el SQT, que son observados por el clínico más que por el individuo afectado, por lo cual tomaremos los principales síntomas psicológicos clasificados como¹⁸:

- a) *Síntomas cognitivos*: sentirse contrariado, inseguro, que no se valora el trabajo desempeñado y que no se mejora; pérdida de autoestima expresada como percibirse incapaz para realizar las tareas, pensar que no se puede abarcar todo, que se trabaja mal y que no se tiene control.
- b) *Síntomas afectivo-emocionales*: agobio, nerviosismo, irritabilidad, mal humor, enfado, frustración, agresividad, desencanto, aburrimiento, tristeza, depresión y sentimiento de culpa.
- c) *Síntomas actitudinales*: falta de ganas de seguir trabajando, apatía, irresponsabilidad, estar hartado, intolerancia, impaciencia, quejarse por todo, evaluar negativamente a compañeros, romper con el entorno laboral, mostrar al cliente como un enemigo, frialdad hacia las personas con que se labora, no aguantarlos y culpar a los demás de su situación.
- d) *Conductuales*: aislarse, no colaborar, contestar mal y enfrentarse.
- e) *Físicos*: cansancio, dolor de cabeza y de las extremidades.

Existen diversos factores desencadenantes para el SQT, que se han clasificado en factores del ambiente del trabajo, del contenido de las tareas, de las condiciones de trabajo y de naturaleza personal¹⁻²¹. Considerando a las organizaciones laborales como formaciones sociales, se han establecido cuatro categorías para organizar los antecedentes más relevantes para la aparición del SQT: los antecedentes del entorno social de la organización, los antecedentes del sistema físico-tecnológico de la organización, los antecedentes del sistema social-interpersonal de la organización, y los antecedentes del sistema personal de los miembros de la organización donde se ha prestado especial atención en las variables personales como la autoeficacia, locus de control, personalidad tipo A, autoestima, la motivación para la ayuda (altruismo, orientación comunal), estrategias de afrontamiento del estrés utilizadas por los individuos y otras variables como edad, estado civil y género²².

El género es una definición cultural de las actitudes, valores, roles o conducta, atribuida a los sexos en una sociedad dada y en una época dada; es decir, es una serie de roles culturales adquiridos socialmente²³, por lo que

cabe destacar que la mayoría de los estudios han sido de tipo androgénico, o centrados en el varón, lo cual no permite conocer las tendencias de morbilidad de hombres y mujeres.

Las mujeres casadas presentan mayor índice de problemas orgánicos y psíquicos que las mujeres solteras, lo cual se atribuye a que la mujer casada no tiene más compensación que el desempeño de su función de esposa y madre, y se siente frustrada al tener que educar a los hijos y atender los quehaceres domésticos; en el caso de aquellas que trabajan fuera del hogar y que se encargan de las labores domésticas, es más probable que el estrés sea superior al del marido, ya que juega un doble rol^{24,25}.

En general, se ha encontrado que las mujeres que trabajan presentan mayor prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad, a comparación de las mujeres que no trabajan y que se encuentran separadas o divorciadas²⁶. Además, se dice que la salud mental de estas mujeres depende de la capacidad psíquica de manejar la serie de mensajes contradictorios recibidos de su familia y del ambiente, así como de sus posibilidades de integrarlos en patrones de identidad adaptativos, incluyendo los patrones antiguos y los modernos²⁷.

Varias investigaciones han encontrado diferencias significativas en algunas dimensiones del síndrome de quemarse por el trabajo al hacer la comparación entre géneros. En despersonalización, los varones puntúan significativamente más alto que las mujeres. También se ha encontrado que la sobrecarga laboral aparece como predictor significativo de agotamiento emocional en ambos sexos; sin embargo, solo resultó significativo para la dimensión realización personal en el trabajo en la muestra de mujeres²⁸.

Otros estudios han encontrado que las mujeres puntúan ligeramente más alto en agotamiento emocional, mientras que los hombres lo hacen en despersonalización. Esto se explica por el estereotipo asignado al género: los hombres sostienen actitudes instrumentales, mientras que las mujeres son más sensibles emocionalmente, incluso parece que ellas tienden a mostrar emociones y problemas de salud más fácilmente. También se consideran las responsabilidades adicionales de las mujeres que trabajan en casa, quienes experimentan una sobrecarga de trabajo mayor que los hombres. Esta sobrecarga se relaciona positivamente con el agotamiento emocional^{29,30}. Otra razón es que las mujeres son condicionadas socialmente para cuidar, educar y encargarse de los niños, las tareas del hogar, atender al cónyuge o pareja, y en los hombres se enfatiza la dureza e indiferencia emocional, así como una actitud de orientación al logro opuesta a la interdependencia y habilidad en las relaciones interpersonales³¹.

La Unión General de Trabajadores en España (UGT) señaló que las mujeres tienen más posibilidades de estar quemadas por el trabajo debido a diversas circunstancias

tales como: la carga mental, falta de autonomía, menor control sobre el trabajo y peores condiciones ambientales en su vida laboral. Además, están expuestas a riesgos diferentes en el trabajo, por ejemplo, actividades relacionadas con los movimientos repetitivos, trabajos monótonos y de poca creatividad³².

Algunos estudios reportan mayor presencia de todas las dimensiones del SQT en las mujeres que en los hombres³³⁻³⁵, planteando como único factor explicativo al género, que expresado en términos de actitudes, valores, actividades y roles, puede considerarse como equivalente al término de variables personales ya mencionado, que pueden regular la relación entre salud y trabajo, potencializando o atenuando el riesgo de sufrir cualquier efecto.

En este trabajo se parte de la suposición de que las mujeres presentan mayor SQT, ya que la carga de trabajo cuantitativa y cualitativa de sus actividades domésticas y asalariadas equivale a más exigencias emocionales y físicas.

Así, por ejemplo, sufren el dilema de cumplir con su trabajo asalariado, así como con las tareas domésticas, de tal suerte que el trabajo se vuelve una prioridad económica más que una opción de realización personal, al mismo tiempo que los hijos representan una de sus mayores motivaciones, dejando de lado su realización personal como mujer y esposa³⁶.

Otro tipo de estudios muestran que las mujeres prefieren trabajos donde no descuiden a la familia, aunque sus ingresos sean menores a los de los varones, con lo cual logran influencia pero no poder por el concepto que se tienen de amor, entendiendo a la influencia como la incidencia que se tiene en la forma de pensar en los otros y el poder como la imposición de decisiones; se dice que las mujeres pueden reinar en la casa, pero no gobiernan en lo público por las llamadas *fronteras de cristal*, equivalentes al conflicto entre el trabajo y la familia, lo cual se considera un factor coadyuvante en la mala salud mental de la mujer³⁷.

Los principales factores que conllevan a un mayor SQT en mujeres, son: la desigualdad socioeconómica, el estigma de la mujer trabajadora, la falta de apoyo social de los colegas o superiores, el trabajo en exceso, la falta de mando o autonomía de trabajo y, principalmente, la familia³⁸.

De manera contraria, algunas investigaciones refieren que las madres que trabajan tienen menos enfermedades de salud mental, ya que el apoyo social que reciben ayuda para que no se presenten³⁹ y, en caso de aparecer algún síntoma, se recuperan más rápido por cualidades sociales atribuidas como desahogarse con otras personas⁴⁰.

Por lo anterior, nace la inquietud de comparar la presencia de indicadores del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT), entre un grupo de trabajadores varones, con un grupo de mujeres trabajadoras, para determinar si

existen diferencias significativas entre las variables estudiadas en ambos grupos.

Las hipótesis planteadas son:

1. Existen indicadores altos en las dimensiones: ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa, del síndrome de quemarse por el trabajo en la muestra estudiada.
2. Los indicadores de las dimensiones ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa del síndrome de quemarse por el trabajo registrados en mujeres, son significativamente más altos con respecto a los valores registrados en hombres.

Para realizar las comparaciones necesarias se utilizó el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), validado en diferentes poblaciones de Latinoamérica y regiones de España⁴¹. En el año 2009 se validó en maestros mexicanos de educación básica, encontrando que para todos los reactivos la homogeneidad corregida fue alta, con valores superiores a 0,40; el modelo factorial obtuvo un ajuste adecuado a los datos para la muestra $\chi^2_{(164)}=481,01$ ($p<0,001$), AGFI=0,91, RMSEA=0,055, NNFI=0,91, CFI=0,92 y ECVI (0,60-6,16)=0,86. Todas las cargas factoriales resultaron significativas con valores altos, superiores a 0,50⁴².

Además, el CESQT frente a otros instrumentos existentes tiene las siguientes ventajas: a) parte desde un modelo teórico previo al modelo psicométrico; b) si bien algunas dimensiones son similares a las del MBI, incorpora los sentimientos de culpa como un síntoma que permite establecer diferentes perfiles en la evolución del SQT, y en el grado de afectación que presentan los individuos; y c) supera las insuficiencias psicométricas de otros instrumentos de origen anglosajón.

Este instrumento está formado por 20 ítems, que se valoran con una escala tipo Likert. Mediante esta escala el individuo indica, con un rango de 5 adverbios que van de "nunca" (0) a "todos los días" (4), la frecuencia con la cual experimenta cada una de las situaciones descritas en los reactivos de la escala. El análisis factorial de los 20 ítems que forman esta escala muestra una estructura de cuatro dimensiones o factores denominados:

1. *Ilusión por el trabajo*, medida por 5 ítems y definida como el deseo del individuo por alcanzar las metas laborales que percibe como fuente de placer personal.
2. *Desgaste psíquico*, medido por 4 ítems y conceptualizado como la 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*: medida por una escala conformada por 6 ítems y definida como la presencia de actitudes ne-

gativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización.

4. *Culpa*: valorada con escala de 5 ítems y conceptualizada como la expresión de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra poblacional: compuesta por dos grupos de participantes: 43 mujeres y 271 hombres, de los cuales 257 son casados, 11 divorciados, 3 viudos y 43 solteros.

Escenario: el llenado del cuestionario se llevó a cabo en las oficinas del área de Recursos Humanos de 3 centros de trabajo de la industria petrolera.

Instrumento: se utilizó el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT).

Diseño de investigación

Corresponde al descriptivo comparativo, pues se trata, en primer lugar, de detectar la posible presencia de síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) en los trabajadores de una industria petrolera, y en segundo lugar, comparar la presencia de síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) según el género. La investigación es transversal, ya que se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir, en un punto en el tiempo.

Procedimiento

La población fue seleccionada por la empresa. La escala fue aplicada bajo la supervisión de psicólogos, que atendían las dudas de manera individual durante el llenado del cuestionario.

Análisis de datos

Los resultados obtenidos se obtuvieron y analizaron mediante el programa SPSS, versión 16. Con el propósito de averiguar si existen diferencias estadísticamente significativas entre la distribución observada y la distribución esperada, se utilizó la prueba de bondad de ajuste Chi Cuadrado (χ^2) para probar la primera hipótesis.

Dado que las publicaciones no dan a conocer los valores normativos para interpretar los resultados e identificar los indicadores altos, se calcularon los puntajes z, que permiten estimar la dirección y la distancia de un valor respecto a la media, expresada en unidades de desviación estándar.

Para comprobar la diferencia entre mujeres y hombres se utilizó la prueba *t* de Student para pruebas independientes, la cual nos permite comparar la media de dos poblaciones y determinar si existen diferencias significativas.

RESULTADOS

Los puntajes normalizados fueron la base para identificar las siguientes categorías en las que se agruparon los resultados del CESQT: “muy bajo”, “bajo”, “promedio”, “alto” y “muy alto” (tabla).

Tabla
Puntajes normalizados para las diferentes categorías

Categoría	Intervalo (pZ)
Muy bajo	-3 a -2,1
Bajo	-2 a -1,1
Promedio	-1 a +1
Alto	+1,1 a +2
Muy alto	+2,1 a +3

Las frecuencias obtenidas se compararon con las esperadas utilizando la χ^2 y, como se muestra en la tabla 2, los resultados fueron estadísticamente significativos en las cuatro dimensiones evaluadas (ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa). En esta tabla se muestran los resultados de la prueba de bondad ajuste (frecuencia esperada) y los puntajes Z (frecuencia obtenida) por cada una de las dimensiones definidas en base al CESQT en los 315 trabajadores.

De acuerdo a los puntajes Z, el 16 % de los casos reportaron una baja ilusión por el trabajo. Cabe mencionar que los resultados de esta dimensión se agruparon las categorías de “muy bajo” y “bajo”, a comparación de las otras tres dimensiones que se agruparon en las categorías “alto” y “muy alto”, ya que los reactivos de la primera dimensión son positivos, mientras que las restantes son negativos¹⁸. En la dimensión de desgaste psíquico se encontró que el 20 % de los casos presentan indicadores de agotamiento físico y emocional, el 18 % de los trabajadores muestran actitudes negativas de indiferencia y cinismo característico de la dimensión de indolencia, y 18 % reportó sentimientos de culpa.

Con respecto a la segunda hipótesis, los resultados de la prueba *t* no paramétrica mostraron diferencias significativas entre los géneros en tres de los cuatro reactivos de la escala de ilusión por el trabajo. Por el contrario, en la escala de desgaste psíquico, los resultados de tres reactivos no arrojaron ninguna diferencia estadísticamente significativa, solo los resultados del reactivo 18 (‘me siento desgastado/a emocionalmente’) mostraron diferencias entre géneros. En la escala de indolencia, solo el reactivo 6 (‘creo que los familiares de los clientes son unos pesados’), mostró resultados significati-

vos. Por último, en la escala de culpa los reactivos 9 ('me siento culpable por alguna de mis actitudes de trabajo'), 13 ('tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo'), 16 ('pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento') y 20 ('me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo'), mostraron diferencias estadísticamente significativas entre géneros; tres

reactivos muestran lo contrario (véase la tabla 3, en la que se muestran los resultados arrojados por la prueba *t* de Student por reactivo de cada dimensión del CESQT, que se utilizó para conocer si hay diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres. Los reactivos en que se rechaza la H_0 significan que hay diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres).

Tabla 2
Niveles de las dimensiones del SQT evaluados con el Cuestionario de Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo

Dimensión	Frecuencia	Nivel					χ^2	Probabilidad asociada	Regla de decisión	
		Muy Bajo	Bajo	Promedio	Alto	Muy alto				
Ilusión por el trabajo	Obtenida	14	39	262	0	0	67,0669	9,4369	67,0669 > 9,4369	Rechazamos H_0
	Esperada	7,182	42,8085	215,019	42,8085	7,182				
Desgaste psíquico	Obtenida	0	56	196	49	14	20,2972	0,00043	20,2972 > 0,00043	Rechazamos H_0
	Esperada	7,182	42,8085	215,019	42,8085	7,182				
Indolencia	Obtenida	0	51	208	43	13	13,6924	0,00834	13,6924 > 0,008344	Rechazamos H_0
	Esperada	7,182	42,8085	215,019	42,8085	7,182				
Culpa	Obtenida	0	48	209	47	11	10,4201	0,03391	10,4201 > 0,03391	Rechazamos H_0
	Esperada	7,182	42,8085	215,019	42,8085	7,182				

Tabla 3
Resultados de la prueba *t* de Student por reactivo de cada dimensión del CESQT para comparar la significancia entre hombres y mujeres

Dimensión	Reactivo		Sig.	<i>t</i>	df	Sig. (2-tailed)	Decisión
Ilusión por el trabajo	1	Varianzas iguales	0,051	1,761	313	0,079	Se acepta H_0
	5	Varianzas diferentes	0,000	2,814	50,484	0,007	Se rechaza H_0
	10	Varianzas diferentes	0,000	2,702	48,593	0,009	Se rechaza H_0
	15	Varianzas iguales	0,345	2,663	311	0,008	Se rechaza H_0
	19	Varianzas iguales	0,972	2,643	311	0,009	Se rechaza H_0
Desgaste psíquico	8	Varianzas diferentes	0,015	1,743	66,184	0,086	Se acepta H_0
	12	Varianzas iguales	0,606	0,363	312	0,717	Se acepta H_0
	17	Varianzas iguales	0,417	-1,056	313	0,292	Se acepta H_0
	18	Varianzas iguales	0,234	0,694	313	0,488	Se rechaza H_0
Indolencia	2	Varianzas iguales	0,868	1,769	310	0,078	Se acepta H_0
	3	Varianzas iguales	0,579	0,383	313	0,702	Se acepta H_0
	6	Varianzas iguales	0,060	-2,077	310	0,039	Se rechaza H_0
	7	Varianzas iguales	0,065	1,284	306	0,200	Se acepta H_0
	11	Varianzas iguales	0,630	-1,498	311	0,135	Se acepta H_0
	14	Varianzas iguales	0,991	-0,179	305	0,858	Se acepta H_0
Culpa	4	Varianzas iguales	0,417	-1,056	313	0,292	Se acepta H_0
	9	Varianzas diferentes	0,040	-2,460	51,234	0,017	Se rechaza H_0
	13	Varianzas iguales	0,590	-2,129	311	0,034	Se rechaza H_0
	16	Varianzas iguales	0,634	-2,343	311	0,020	Se rechaza H_0
	20	Varianzas diferentes	0,026	-1,832	53,061	0,073	Se rechaza H_0

Con base en lo anterior, se puede decir que en las dimensiones ilusión por el trabajo y culpa, los varones puntuaron más alto que las mujeres, es decir, se sienten más desgastados emocionalmente por su trabajo, y después de haber presentado actitudes indolentes con las personas con que se labora, se han generado sentimientos de culpa.

DISCUSIÓN

Como se ha planteado anteriormente en la introducción, el objetivo del estudio era doble; de acuerdo a nuestro primer objetivo, se puede concluir que la población no presenta una alta incidencia de SQT; esto se puede deber a que la población evaluada no se caracteriza por alto contacto humano, factor de riesgo para el desarrollo de este síndrome. Sin embargo, y para efectos de intervención, es necesario tomar en cuenta los casos de alto y muy alto, ya que están por arriba del promedio y presentan síntomas característicos del SQT.

Además, si comparamos los resultados de este estudio con los obtenidos en el año 2008 por Unda, Sandoval y Gil-Monte, donde identificaron los datos poblacionales de los niveles de SQT en sus cuatro dimensiones en una muestra de 698 maestros mexicanos⁴³, se puede observar que esta población presentó menores niveles de baja ilusión en su trabajo que los trabajadores de la empresa de derivados del petróleo (3 % vs 16 %), mayor desgaste psíquico (37,4 % vs 20 %), pero menores niveles de indolencia (4,7 % vs 18 %), y de igual forma, menores niveles de culpa (9,7 % vs 18 %). Ante esto podemos decir que los trabajadores de los derivados del petróleo tienen una mayor incidencia en las dimensiones baja ilusión por el trabajo, desgaste psíquico y culpa, quizá que en este estudio se evaluaron diferentes categorías de la empresa y no solo una en específico. Conjuntamente de acuerdo a la prueba de bondad ajuste, las frecuencias obtenidas y las esperadas son estadísticamente significativas, por lo que podemos decir que la incidencia de la población evaluada es más alta que lo teóricamente propuesto, y esto puede deberse a que la población evaluada lleva más de diez años en su mismo puesto de trabajo, la mayoría ocupa categorías críticas o de alto riesgo dentro de la organización donde operan con maquinaria pesada y, además, carecen de autonomía.

De acuerdo al segundo objetivo, podemos decir que los hombres tienen más altos niveles de culpa y baja ilusión por su trabajo, en comparación con las mujeres; sin embargo, en estudios realizados por Agut, Grau y Beas³³, Vanwesenbeeck³⁴ y Montgomery, Panagopolou y Wildt³⁵, encontraron que las mujeres tienen niveles más altos de SQT en todas sus dimensiones en contraste con los varones, concluyendo que el género es el único factor explicativo.

No obstante, desde el enfoque de factores de riesgo relacionados con efectos negativos del trabajo, se puede pensar que hay variables personales que juegan un papel muy importante en estos resultados, ya que son características que poseen tanto hombres como mujeres, solo que el modo en que se emplean dichas características o variables siempre va a ser de manera diferente; por tanto, va a depender de cada persona si las relaciones con las personas que se labora se vuelve un problema serio para la salud.

Debemos de tomar en cuenta que la participación femenina en el campo laboral mundial es de 56,6 %, y en América Central es de 41,5 %⁴⁴, y en México el ingreso de la mujer en el campo laboral es de 41,4 %⁴⁴; es increíble que a pesar de estas cifras no haya leyes que proteja a la mujer en el trabajo, y es importante reconocer que hablar de género no solo se refiere a la mujer, sino de integrar y no de separar.

Esto se puede ver reflejado en el Segundo Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo, llevado a cabo del 22 al 25 de octubre de 2008 en el estado de Guadalajara, donde todos los estudios relaciones de SQT en mujeres se han estudiado en trabajos femeninos como enfermeras o de docencia; además, que hacían hincapié de formar leyes que protejan a los trabajadores con problemas de salud mental, ya que el SQT en México no es elemento como discapacidad para poder llevar a una pensión para los trabajadores.

Por ello, es necesario separar datos por género, ya que tanto el varón como la mujer, no se pueden definir como iguales y, por tanto, es necesaria una intervención de acuerdo a sus necesidades y los roles que juegan en la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Almirall H. Efectos negativos de las cargas de trabajo. La Habana: Instituto de Medicina del Trabajo; 1993.
2. Sauter L, Hurrell J, Murphy L, Levi L. Factores psicosociales y de organización. En: Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Ginebra: OIT; 2001.
3. Gil-Monte PR, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis; 1997.
4. Parra G. Salud mental y trabajo. Santiago de Chile: Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Ciencias Médicas Unidad de Psiquiatría; 2001.
5. Organización Mundial de la Salud. La organización del trabajo y el estrés. Serie de Protección de la Salud de los Trabajadores N° 3. Ginebra: OMS; 2005.
6. Oficina Internacional del Trabajo. La reforma laboral en América Latina: 15 años después. Ginebra: OIT; 2005. p. 86.

7. Gil-Monte PR. La evaluación y diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Primer Foro de las Américas en Investigaciones sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo, Universidad Autónoma del estado de México. Morelos: México, 12-14 de octubre 2006.
8. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Manual. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press; 1981.
9. Felton JS. Burnout as a clinical entity its importance in health care workers. *Occup Med.* 1998;48(4): 237-50.
10. Vinaccia AS, Alvaran FL. El Síndrome del burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. *Terapia Psicológica.* 2004; 22 (1):9-16.
11. Gil-Monte PR, Carretero N, Roldán MD. Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés.* 2005;11(2-3):281-90.
12. Hernández ME, Reséndiz RS, López SM. Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Enfermería IMSS.* 2007;15(3):161-6.
13. Kumar S, Baker J, O'Brien E, Salahuddin S. Burnout and job satisfaction in New Zealand psychiatrists: a national study. *International Journal of Social Psychiatry.* 2007;53(4):306-16.
14. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Información Psicológica.* 2008;91(92):4-11.
15. Gil-Monte PR, Carretero N, Roldán MD, Núñez-Román E. 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.* 2005;21:107-23.
16. Bresó EE, Salanova M, Schaufeli W. Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición. *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.* 2004;2(2):1-5.
17. Gil-Monte PR. Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista del Trabajo y de las Organizaciones.* 2003;19(2):181-97.
18. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo: una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide; 2005.
19. Barragán GG. Factores psicosociales relacionados con el burnout en el personal de dos instituciones de asistencia social del estado de México. Tesis de licenciatura, FES Iztacala, UNAM; 2004.
20. Gómez OR. Influencia de factores sociodemográficos en la aparición del síndrome de burnout en el personal de enfermería del Centro de Salud Urbano y Hospital General de Zamora, Michoacán. Tesis de Licenciatura, Escuela de Enfermería de Zamora A. C; 2007.
21. Sota E. The burnout syndrome in healthcare professionals. 2008. Disponible en: <http://www.european-hospital.com/topics/index.html>.
22. Gil-Monte PR. Conferencia impartida en la Jornada "El síndrome de quemarse por el trabajo en servicios sociales. Servicio de Acción Social de la Diputación de Valencia. 25 de noviembre de 2005.
23. Lamas M. La antropología feminista y la categoría de género. *Nueva Antropología.* 1991;30(8):173-98.
24. Moser C. Gender planning and development: theory, practice and training. London: Rutledge; 1993.
25. Cedillo BL. Propuesta de apoyo sobre "mujer, trabajo y salud". México, Sociedad Mexicana Pro Derechos de la Mujer. Manuscrito inédito; 2007.
26. Berenzon GS. ¿Es el trabajo extradoméstico un factor de riesgo para la salud? Quinto Congreso Internacional Mujer, Trabajo y Salud. Universidad Autónoma de Zacatecas, Zacatecas, México, 27-31 de octubre de 2008.
27. Bueno R. Mujer y violencia en México. *Psicología Iberoamericana.* 1996;4(3):37-41.
28. Gil-Monte PR, Peiró JM, Varcácel P. La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis.* 1996;17(4):190-5.
29. Hakanen J. Gender-role related differences in burnout; 1999. Disponible en: <http://www.occuphealth.fi/ttl/tiedotus/tyoterv/299engl/burnout7.htm>.
30. O'Driscoll MP. The interface between job and off-job roles: enhancement and conflict. *International Review of Industrial and Organizational Psychology.* 1996;11:279-307.
31. Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo.* 2002;7(1):3-10.
32. Comisión Ejecutiva Confederada de la Unión General de los Trabajadores (UGT). Síndrome del quemado por el trabajo en enfermeras. *UGT;* 2007. p. 23-31.
33. Agut S, Grau R, Beas M. Burnout en mujeres: un estudio comparativo entre contextos de trabajo y no trabajo. 2000. Disponible en: <http://fsmorente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicologia/congreso/agut.htm>.
34. Vanwesenbeeck PD. Burnout among female indoor sex workers. *Archives of Sexual Behavior.* 2005; 34(6):627-39.
35. Montgomery J, Panagopolou E, Wildt M. Work-family interference, emotional labor and burnout. *Journal of Managerial Psychology.* 2006;21(1):36-51.
36. Hidalgo SF, Mendoza TG. Maternidad: Significaciones de mujeres profesionistas trabajadoras. *Revista Científica de Psicología.* 2003;4(2):129-55.

37. Burin M. La familia y las instituciones educativas: sus relaciones desde una perspectiva de género. México: Piados; 1998.
38. Soares FJ, Grossi G, Sundin Ö. Burnout among women: associations with demographic socio-economic, work, life-style and health factors. Arch Womens Ment Health. 2007;10(1):61-71.
39. Organización Internacional del Trabajo. International Labour Standards, gender equality and the informal economy. Presentación para un taller sobre la economía informal celebrado en Túnez, abril de 2007.
40. Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) y Secretaría de Salud. Agenda Estadística de los Estados Unidos Mexicanos. México: INEGI; 2008. p. 25-6.
41. Gil-Monte PR, García-Jueas JA, Núñez EM, Carretero N, Roldán MD, Caro M. Validez factorial del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT). Psiquiatría. 2006;12(3):49-60.
42. Gil-Monte PR, Unda RS, Sandoval OJ. Validez factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. Salud Mental. 2009;31:205-14.
43. Unda RS, Sandoval OJ, Gil-Monte PR. Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (burnout) en maestros mexicanos. Información Psicológica. 2008;91:53-63.
44. Comisión Ejecutiva Confederal de la Unión General de los Trabajadores UGT. Guía sobre el síndrome de quemado por el trabajo. Madrid: UGT; 2006.

Recibido: 26 de febrero de 2012 **Aprobado:** 1º de noviembre de 2012