

Citar como:

Gil-Monte, P.R. (2008). Evaluación psicométrica del fenómeno de burnout: el cuestionario "CESQT". En J. Garrido (comp.), ¡Maldito trabajo! (pp. 269-291). Barcelona: Granica.

empresa viva

¡Maldito trabajo!

Una increíble, pero cierta,
historia sobre mobbing, burnout
y dirección de personas

Jordi Garrido i Pavia

Pedro D. Gil-Monte
Dpto. de Psicología y Psicología Social
FACULTAD PSICOLOGIA
VALENCIA

GRANICA

© 2008 Jordi Garrido i Pavia
© 2008 Edigrabel, S. A., para Ediciones Granica
Ronda de Sant Pere, 5, 4.ª planta. 08010 Barcelona
Tel.: 902 360 302
E-mail: barcelona@granica.com
www.granica.es
Empresa del Grupo Editorial Norma de América Latina

Reservados todos los derechos, incluso el de reproducción en todo o en parte en cualquier forma.

Primera edición: noviembre de 2008

Diseño y compaginación: freiredissey.com
Impreso y encuadernado por Libertéduplex, S. L. Sant Llorenç d'Hortons (Barcelona)

ISBN: 978-84-8358-123-0
Depósito Legal: B-46891-2008
Impreso en España — *Printed in Spain*

LA FOTOCOPIA MATA AL LIBRO

Índice

Introducción	11
1. Shahzad	23
2. Mi infancia	43
3. De la juventud a la madurez	65
4. Cómo ascender en la empresa	91
5. El estilo directivo del Power's Management	113
6. La gestión de los RRHH	167
7. La formación en la empresa	215
Epílogo	229
8. El mobbing, el burnout y el bullying	231
Por el Dr. Jordi Garrido i Pavia. Escritor y profesor de La Salle Business Engineering School (Universitat Ramon Llull)	
9. Evaluación psicométrica del síndrome de burnout: el cuestionario «CESQT»	269
Por el Dr. Pedro R. Gil-Monte. Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional de la Universidad de Valencia (UNIPSCO)	
Delimitación conceptual del Síndrome de quemarse por el trabajo 271	

Evaluación psicométrica del síndrome de burnout: el cuestionario «CESQT»

DR. PEDRO R. GIL-MONTE

Director de la Unidad de Investigación Psicosocial
de la Conducta Organizacional de la Universidad
de Valencia (UNIPSIICO).

<http://www.uv.es/gilmonte>

E-mail: Pedro.Gil-Monte@uv.es

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 y de la fuerza de trabajo activa, y la aparición de nuevos riesgos laborales que, debido a su carácter emergente, demandan ser diagnosticados y evaluados adecuadamente de manera que se puedan diseñar acciones dirigidas a su prevención.

El incremento de empleados que desarrollan su actividad en el sector servicios, trabajando para personas y en contacto con los destinatarios de su trabajo, es una de las características de la nueva fuerza laboral. Debido a esto, el sistema social de las organizaciones se ha convertido en un contexto 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 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 por ciento 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 importantes, pues se estima que el 16 por ciento de las enfermedades cardiovasculares de los hombres y el 22 por ciento 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.

Delimitación conceptual del síndrome de quemarse por el trabajo

Entre los riesgos psicosociales emergentes en la actividad laboral, se encuentra el síndrome de quemarse por el trabajo (en adelante SQT) (burnout), definido como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico, de carácter interpersonal y emocional, que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización.

Esta respuesta se caracteriza por un deterioro cognitivo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo, el desencanto profesional, o la baja realización personal en el trabajo; por un deterioro afectivo caracterizado por agotamiento emocional y físico; y 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. A veces, estos síntomas se acompañan de sentimientos de culpa.

La primera definición del fenómeno en una publicación de carácter científico la encontramos a mitad de la década de los setenta en el estudio de Freudenberg (1974), quien recurriendo al diccionario lo definió como «fallar, agotarse, o llegar a desgastarse debido a un exceso de fuerza, demandas excesivas de energía o de recursos».

En la actualidad, la definición más extendida es la elaborada por Maslach y Jackson (1981), quienes denominan a los síntomas:

- a) Baja realización personal en el trabajo, entendida como la tendencia de los profesionales a evaluar negativamente su actividad laboral y el ejercicio de la misma.

Pedro R. Gil Monte

- b) Agotamiento emocional, caracterizado por la experiencia de no poder dar más de sí mismos en lo afectivo.
- c) Despersonalización, definida como el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas destinatarias del trabajo. Estos síntomas constituyen las dimensiones del *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS), el instrumento más difundido para la evaluación del SQT.

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 Núm.: 4379/1999).

El proceso de desarrollo del SQT

Desde los primeros estudios aparecidos en la literatura científica, el SQT fue caracterizado como una respuesta al estrés laboral crónico que tiene una gran incidencia en los profesionales del sector servicios que trabajan para personas. Aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que utiliza el individuo para manejar el estrés laboral (p. ej., afrontamiento activo, evitación...), y funciona como una variable mediadora entre la percepción de una fuente de estrés laboral y sus consecuencias. Es por ello por lo que si los niveles del SQT se mantienen altos durante largos periodos de tiempo, tendrán consecuencias nocivas para los trabajadores, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas (p. ej., alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos, etc.), y

para la organización (p. ej., deterioro del rendimiento o de la calidad asistencial o de servicio, absentismo, rotación no deseada, abandono, etc.).

Como se representa en la figura 1, las situaciones laborales estresantes suscitan habitualmente una serie de estrategias de afrontamiento que, en el caso de los profesionales cuyo objeto de trabajo son personas, deben ser efectivas para manejar las respuestas al estrés (p. ej., emociones negativas), pero también han de ser eficaces para eliminar las situaciones estresantes. Cuando las estrategias de afrontamiento empleadas no resultan exitosas de manera reiterada, los trabajadores desarrollan una experiencia de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales con los individuos hacia los que se destina el trabajo.

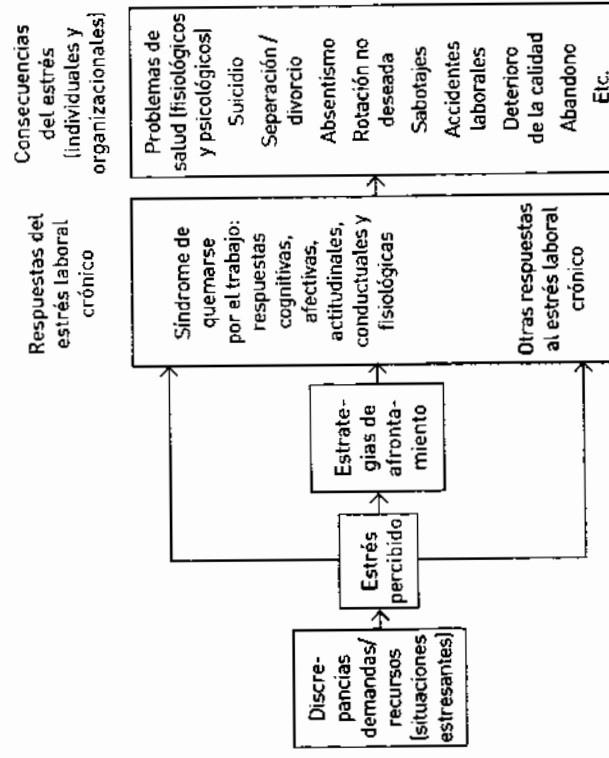


Figura 1. El SQT en el proceso de estrés laboral crónico (Gil-Monte, 2005a)

También es muy importante para el diagnóstico y la prevención conocer la evolución del síndrome, esto es, la relación que se establece entre sus síntomas. A diferencia de las enfermedades orgánicas que se pueden diagnosticar por la identificación de las causas que las producen, el SQT y otras alteraciones de origen psicosocial requieren comprender los diferentes síntomas y signos en su realidad contextual para poder realizar una intervención eficaz.

El SQT aparece tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias iniciales para afrontar el estrés laboral crónico no resultan funcionales. Tomando como referencia la teoría sobre la génesis de las actitudes (Eagly y Chaiken, 1993) y los resultados de estudios empíricos (Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1998), se puede concluir que el SQT se inicia con el deterioro cognitivo (p. ej., pérdida de la ilusión por el trabajo, baja realización personal laboral) y emocional (p. ej., desgaste psíquico, agotamiento emocional) del individuo, y posteriormente aparecerán las actitudes negativas hacia los usuarios de la organización (p. ej., indolencia, despersonalización), que funcionan como una estrategia de afrontamiento frente a la experiencia crónica de deterioro cognitivo y emocional.

El desarrollo de actitudes y conductas negativas hacia los usuarios no es una estrategia de afrontamiento de elección inicial para el profesional, probablemente debido a que están proscritas por el rol profesional y por los valores sociales. Esto explicaría por qué el SQT es una respuesta al estrés laboral crónico y no aparece en los primeros años de ejercicio profesional.

Junto con estas tres variables, se observa en algunos individuos la aparición de sentimientos de culpa. La culpa es una emoción social vinculada a las relaciones comunales,

relaciones íntimas o de proximidad en las que el individuo responde a las necesidades de la otra persona y no a un intercambio en el que se espera la reciprocidad (Baumeister, Stillwell y Heatherton, 1994). La culpa tiene la función simbólica de reafirmar el compromiso con la otra persona y la responsabilidad de cuidarla, se utiliza como estrategia para influir sobre los otros, y permite aliviar el estrés generado por la falta de equilibrio en los estados emocionales que resultan de los intercambios sociales. La culpa tiene efectos prosociales, pues motiva a las personas a desagrarar a los demás, a corregir sus errores y a disculparse.

La culpa aparece identificada como un síntoma característico del SQT en diversos estudios publicados en los primeros años de la década de los ochenta (Farber y Miller, 1981; Freudenberg, 1974; Maslach, 1982; Pines, 1983; Price y Murphy, 1984). Maslach (1982) señala que es frecuente que los profesionales interpreten sus respuestas al estrés laboral crónico como una consecuencia de variables de personalidad. La aparición de ideas como «Soy una mala persona», «Soy incapaz para este trabajo», o «Soy un incompetente» son comunes entre los profesionales que desarrollan el SQT, y es la causa que lleva a muchos profesionales a buscar algún tipo de terapia. Incluso cuando esos profesionales han reconocido que existen situaciones especiales de estrés en su trabajo, continúan culpándose con ideas como: «Debería haber sido capaz de resolverlo».

Los sentimientos de culpa son un síntoma relevante en el SQT, y una variable clave para explicar cómo se relaciona con algunas de sus consecuencias más importantes (p. ej., depresión, absentismo).

Tomando como referencia el modelo de la figura 2, se puede establecer una hipótesis acerca de la existencia de dos

perfiles de individuos en el desarrollo del SQT (Gil-Monte, 2005a). Por una parte, encontraremos individuos (Tipo 1) a los que las estrategias de afrontamiento cognitivas que permiten justificar la utilización de conductas proscritas por la ética (p. ej., justificación moral, lenguaje eufemista, difusión de la responsabilidad, atribución de culpa, deshumanización, etc.) les resultan de utilidad. Estos individuos no sentirán culpa con frecuencia por tratar a los clientes de manera desconsiderada o agresiva, o por no ajustarse a las expectativas del rol. Son profesionales que pueden mantenerse durante años en la organización sin desarrollar problemas individuales relevantes vinculados al estrés laboral, aunque con sus actitudes y conductas de indiferencia, apatía, irresponsabilidad, cinismo, indolencia, etc., deterioran la calidad de servicio de la organización y dan lugar a quejas por parte de los clientes sobre el trato recibido.

Por el contrario, el segundo perfil (Tipo 2) son individuos que experimentan remordimientos por no cumplir de manera adecuada las prescripciones del rol, por sentirse desgastados y no poder dar más de sí mismos, y por la utilización de estrategias de afrontamiento que conllevan un trato negativo e impersonal con los clientes. Estas estrategias no les resultan eficaces debido a la influencia de variables psicosociales (p. ej., orientación comunal, altruismo), o porque sienten que están violando algún tipo de código ético, o alguna norma derivada de las prescripciones del rol. En estos casos, los sentimientos de culpa intervienen en la aparición de las consecuencias del SQT. Probablemente, esos individuos experimentarán con frecuencia sentimientos de culpa hasta el punto de necesitar la baja laboral, acudirán con más frecuencia al médico, y manifestarán con mayor frecuencia e intensidad problemas psicosomáticos vinculados al estrés laboral. Incluso pueden

desarrollar patologías del tipo crisis de ansiedad y depresión como consecuencia del SQT. Son personas que van a necesitar la ayuda de profesionales cualificados para superar esas crisis que las incapacitan para el ejercicio de su trabajo.

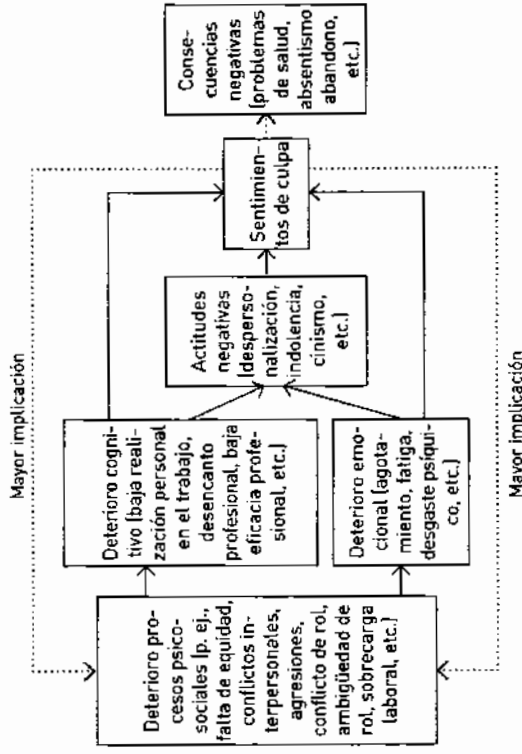


Figura 2. Funciones de los sentimientos de culpa en el desarrollo del SQT y sus consecuencias

La aparición de los sentimientos de culpa puede originar un círculo vicioso en el proceso de desarrollo del SQT que intensifica sus síntomas y lo hace más perverso. Los sentimientos de culpa llevarán a los profesionales a una mayor implicación laboral para disminuir sus remordimientos y su culpabilidad (Baumeister et al., 1994), pero como las condiciones del entorno laboral no cambian, se incrementará el deterioro cognitivo y emocional, y aparecerán de nuevo actitudes de indiferencia, indolencia y despersonalización.

Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa, o intensificará los existentes, originando un bucle que mantiene e incrementa la intensidad del SQT (Figura 2).

Este proceso contribuye a explicar la distinción establecida por Paine (1982) entre *Burnout Stress Syndrome* (Perfil 1) y *Burnout Mental Disability* (Perfil 2). El primero alude a 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. El segundo, por el contrario, constituye con frecuencia un problema serio, con un cuadro clínico caracterizado por la existencia de síntomas de estrés y bajo rendimiento laboral, que es la fase final del proceso del SQT.

Evaluación psicométrica del SQT: el «Cuestionario para la evaluación del Síndrome de quemarse por el trabajo» (CESQT)

1. Descripción del instrumento

El modelo desarrollado en el punto anterior es la base teórica del CESQT. Este instrumento está formado por veinte ítems que se valoran con una escala de frecuencia para que los individuos indiquen en qué grado experimentan cada una de las situaciones descritas en los elementos de la escala. Se aplica un rango de 5 adjetivos que van de «Nunca» (0) a «Todos los días» (4) (Gil-Monte, 2007).

Los ítems son el resultado de la realización de entrevistas a profesionales que habían experimentado el SQT en algún grado, o que habían trabajado con individuos que lo sufrieron.

En el transcurso de la entrevista, se pidió a los participantes que describieran el SQT, sus síntomas y su proceso. Durante la entrevista, se analizaron las respuestas junto con los participantes para aclarar que el proceso descrito aludía al SQT y no a otros problemas.

Posteriormente, se seleccionaron las entrevistas válidas, y se analizó su contenido para elaborar un listado de los síntomas que estaban presentes en los casos de SQT. Mediante un procedimiento de análisis interjueces, los síntomas fueron categorizados en cogniciones, emociones, actitudes, y conductas, y a partir de ellos se redactaron los ítems para valorar su calidad psicométrica.

Los ítems que forman la escala fueron seleccionados tras la realización de análisis de contenido y de análisis psicométricos (p. ej., validez discriminante del ítem, análisis de consistencia interna, análisis factoriales exploratorio y confirmatorio, etc.).

Los resultados del análisis factorial exploratorio ofrecieron una estructura de cuatro factores que fueron denominados:

1. *Ilusión por el trabajo*. Esta dimensión está formada por cinco ítems (p. ej., Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.). Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal. Debido a que los ítems que componen esta dimensión están formulados de manera positiva, bajas puntuaciones en esta dimensión indican altos niveles en el SQT.
2. *Desgaste psíquico*. Está formado por cuatro ítems (p. ej., Me siento agobiado por el trabajo). Se define 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*. Este factor quedó formado por seis ítems (p. ej., No me apetece atender a algunos clientes). Se define como la 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 los clientes.

4. *Culpa*. Este factor lo forman cinco ítems. (p. ej., Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo). Se define como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con la que se establecen relaciones laborales.

2. Validez y fiabilidad

En la tabla 1, se presentan los resultados del análisis factorial exploratorio (AFE) realizado con una muestra de 201 profesionales de enfermería (hombres = 17 por ciento, mujeres = 83 por ciento; edad media = 40,15 años, media de antigüedad en la profesión = 17,26 años).

El modelo teórico del CESQT propone que las dimensiones que evalúan el SQT son independientes. Por ello, se empleó para factorizar el método de Componentes Principales con rotación Varimax. Como se aprecia en la Tabla 1, se obtuvieron cuatro factores con *eigenvalue* mayor que 1 que explicaron un 60,93 por ciento de la varianza total.

Tabla 1. Matriz de cargas factoriales para la solución de factores con *eigenvalue* superior a 1 utilizando Componentes Principales y rotación Varimax (N = 201)

Número de ítem	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV
1	.79	-.18	.04	-.16
5	.83	-.14	.06	-.16
10	.54	-.40	.07	-.08
15	.80	-.17	-.08	-.17
19	.80	-.04	-.08	-.24
2	-.12	.68	.05	.26
3	-.18	.73	.20	.16
6	-.21	.71	.16	.04
7	-.25	.55	.12	.26
11	.11	.45	.21	.30
14	-.13	.65	.21	.04
4	.03	.18	.75	.07
9	-.08	.19	.66	.26
13	.02	.09	.79	.23
16	-.07	.04	.82	.00
20	.08	.35	.60	.01
8	-.15	.19	.11	.79
12	-.23	.15	.20	.78
17	-.18	.24	.03	.80
18	-.34	.13	.18	.70
<i>Eigenvalue</i>	6,42	2,87	1,55	1,35
Porcentaje de varianza explicada	16,53	15,22	14,71	14,42

Para asignar un ítem a un factor, se siguió el criterio de que su carga factorial fuera igual o superior a .35. En el Factor I (16,58 por ciento de la varianza), se agruparon los ítems 1, 5, 10, 15 y 19, que estiman «Ilusión por el trabajo». En el Factor II (15,22 por ciento de la varianza), se agruparon los ítems 2, 3, 6, 7, 11 y 14, diseñados para medir «Indolencia», aunque el ítem 10 también presentó una carga negativa de -.40 en este factor. Los ítems 4, 9, 13, 16 y 20, diseñados para evaluar «Culpa», cargaron en el Factor III (14,71 por ciento de la varianza). En el Factor IV (14,42 por ciento de la varianza), se agruparon los ítems 8, 12, 17 y 18, que evalúan los niveles de «Desgaste psíquico».

En la tabla 2, se recogen los estadísticos descriptivos y el valor alfa de Cronbach para las subescalas del CESQT en una muestra de 320 profesionales de enfermería. Para las cuatro dimensiones, los valores de la asimetría estuvieron dentro del rango +/- 1, por lo que las puntuaciones de las escalas se ajustan a una distribución normal. El alfa de Cronbach resultó superior a .70 (Nunnally, 1978) para todas las escalas, por lo que estas presentan una consistencia interna adecuada.

Tabla 2. Valores de asimetría y curtosis, y alfa de Cronbach para las variables dimensiones del CESQT (N = 201)

	Asimetría	Curtosis	Alfa
Ilusión por el trabajo	-.42	-.54	.86
Desgaste psíquico	.38	-.47	.86
Indolencia	.52	.03	.79
Culpa	.93	.98	.81

Al analizar la relación entre la escalas del CESQT y del MBI-HSS (Maslach y Jackson, 1981), la correlación r de Pearson entre los pares de escalas que estiman constructos similares se estableció como sigue en profesionales de enfermería: «Ilusión por el trabajo» y «Realización personal en el trabajo», $r = .53$ ($p < .001$); «Desgaste psíquico» y «Agotamiento emocional», $r = .83$ ($p < .001$); e «Indolencia» y «Despersonalización», $r = .52$ ($p < .001$) (tabla 3). Este resultado nos permite concluir que existe validez concurrente entre las escalas del CESQT y sus referentes del MBI-HSS. Resultados similares se han obtenido también con profesionales de enfermería para la adaptación del CESQT al portugués (Caro, Gil-Monte y Gonçalves, 2005).

Tabla 3. Matriz de correlaciones r de Pearson entre las dimensiones del CESQT y del MBI-HSS (N = 320 profesionales de enfermería)

	1	2	3	4	5	6	7
1. Ilusión por el trabajo	1						
2. Desgaste psíquico	-.46**	1					
3. Indolencia	-.45**	.49**	1				
4. Culpa	-.09	.33**	.41**	1			
5. Realización personal en el trabajo	.53**	-.27**	-.32**	-.16*	1		
6. Agotamiento emocional	-.46**	.83**	.50**	.36**	-.36**	1	
7. Despersonalización	-.26**	.29**	.52**	.41**	-.30**	.43**	1

** $p < .001$, * $p < .01$

El modelo teórico del CESQT también ha sido validado mediante análisis factorial confirmatorio (AFC). Con una muestra de 199 educadores y monitores de centros para personas con discapacidad psíquica (hombres = 26,3 por ciento, mujeres = 76,7 por ciento, edad media = 37,69, media de antigüedad en la profesión = 11,03 años), los datos se analizaron con el programa LISREL 8 (Jöreskog y Sörbom, 1996), y el método de estimación utilizado fue *Maximum Likelihood* (ML).

Los valores obtenidos para los índices de ajuste global del modelo fueron los siguientes: $\chi^2 = 267.33$ ($p > .001$), $gl = 164$, $RMSEA = .056$, $GFI = .89$, $NNFI = .93$, $CFI = .94$, $ECVI = 1,81$ (2,12- 9,53), $PNFI = .74$.

Con estos valores se puede concluir que el modelo de ecuaciones estructurales presentó un ajuste global adecuado a los datos observados. No obstante, la cantidad relativa de varianza explicada por el modelo puede ser mejorada, pues el valor del índice GFI estuvo justo por debajo del límite aceptable. El ajuste del modelo sí resultó adecuado al considerar el error de aproximación a los valores de la matriz de covarianza de la población (RMSEA), y según los índices de ajuste relativo del modelo (NNFI y CFI).

3. Evaluación y diagnóstico

Para estudiar la prevalencia e incidencia del SQT con el CESQT, se puede proceder calculando la puntuación media de un individuo en tres escalas: «Ilusión por el trabajo» (invertida), «Desgaste psíquico» e «Indolencia». Esto es, el promedio de los quince ítems que forman estas escalas. No se incluyen los cinco ítems que forman la escala de «Culpa» pues, como se ha expuesto antes, no todos los individuos desarrollan este

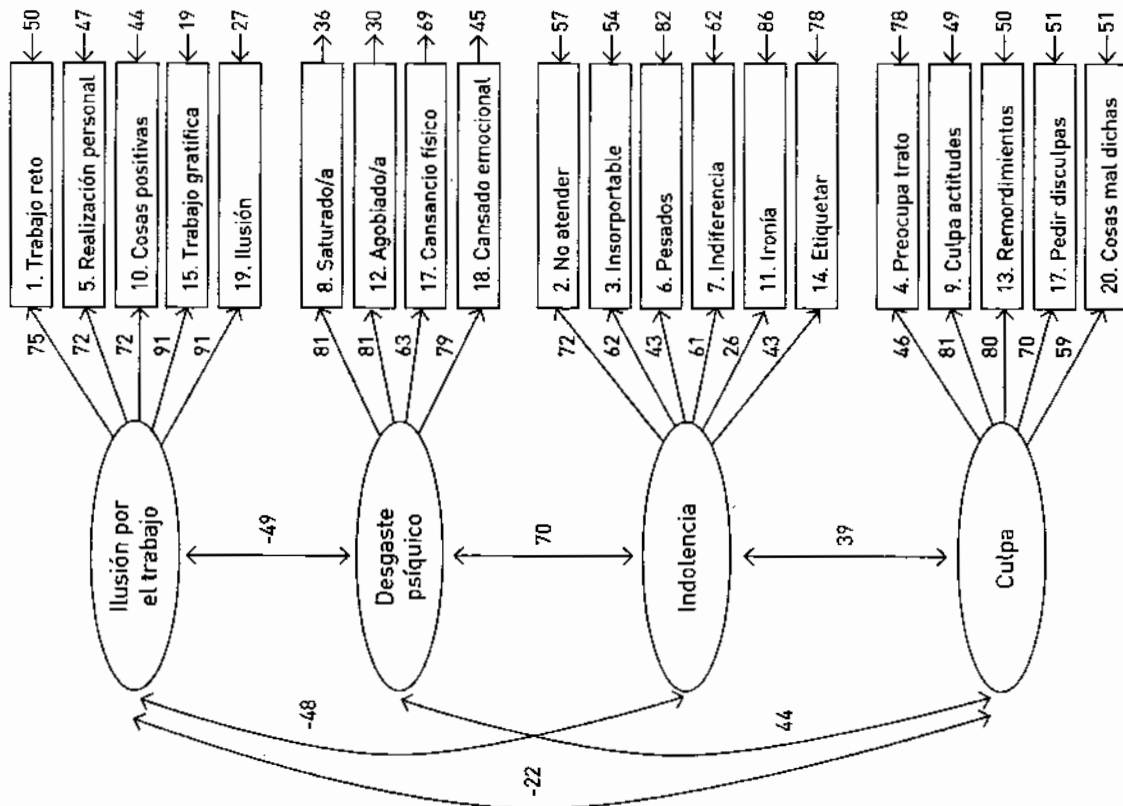


Figura 3. Análisis factorial confirmatorio del CESQT con educadores y monitores de centros para personas con discapacidad psíquica (N = 199)

síntoma que permite diferenciar entre diferentes perfiles en el desarrollo del SQT. También se puede proceder analizando los niveles del individuo en cada una de las escalas.

En estudios previos, se ha analizado la prevalencia del SQT utilizando el CESQT. Gil-Monte, Carretero, Roldán y Núñez-Román (2005) utilizaron el procedimiento de diagnóstico basado en los puntos de referencia de la escala de frecuencia con la que los individuos valoran los ítems del cuestionario (Shirom, 1989). Con una muestra de 154 monitores y educadores de centros para personas discapacitadas se obtuvo que el 13,60 por ciento de los participantes percibían «Ilusión por el trabajo» con una frecuencia inferior a «Algunas veces al mes» (una puntuación inferior a 2), el 22,7 por ciento percibían «Desgaste psíquico» con una frecuencia igual o superior a «Algunas veces al mes» (una puntuación igual o superior a 2), y el 7,1 por ciento niveles de «Indolencia» con esa misma frecuencia. Respecto a la variable «Culpa», un 5,2 por ciento experimentaron sentimientos de culpa con una frecuencia igual o superior a «Algunas veces al mes».

Al considerar la puntuación total en la escala CESQT, compuesta por quince ítems, el número de participantes que percibió niveles altos del SQT, con una frecuencia igual o superior a «Algunas veces al mes», fue del 11,70 por ciento. Pero, de estos sujetos solo el 2,67 por ciento presentaron altas puntuaciones en las tres dimensiones del CESQT, y el 1,30 por ciento presentaron altas puntuaciones en el CESQT y en la dimensión «Culpa».

Este resultado llevó a la conclusión de que, si bien el 11,70 por ciento de los individuos percibían 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, sólo el 2,67 por ciento podían ser considerados «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. Por otra parte, y también desde consideraciones psicométricas, sólo un 1,30 por ciento de los participantes en el estudio se ajustaban al diagnóstico de «caso muy grave», pues presentaron altas puntuaciones en el CESQT junto con altos sentimientos de culpa (Tipo 2) (Gil-Monte, 2005a).

No obstante, en todos esos casos, sería necesario realizar una entrevista clínica y otros métodos de evaluación psicológica para confirmar el diagnóstico y descartar problemas que pudieran influir en los síntomas evaluados, así como analizar la intensidad de las consecuencias del SQT en estos individuos, y el grado de incapacidad que presentan para el ejercicio de su actividad laboral.

Comparando los resultados obtenidos cuando se aplica el punto intermedio de la escala de frecuencia con los obtenidos mediante el procedimiento de los percentiles, el percentil 90 (percentil 10 para «Ilusión por el trabajo») es el que ofreció 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.

4. Conclusión

El CESQT se ofrece como una alternativa a otros instrumentos de origen anglosajón como el *Staff Burnout Scale for Health Professionals* (SBS-HP) (Jones, 1980), *Tedium Measure* (TM) (Pines, Aronson y Kafry, 1981) o el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach y Jackson, 1981). Como se ha señalado anteriormente, este último es el cuestionario por excelencia para la evaluación del SQT, pero las adaptaciones al español (Gil-Monte, 2005b; Gil-Monte y Peiró, 1999) ofrecen debilidades psicométricas similares a las obtenidas en otras lenguas y con la versión original del instrumento: problemas de validez factorial, valores alfa de Cronbach relativamente bajos para la subescala de despersonalización, o ausencia de un modelo único para explicar el proceso de desarrollo del SQT (Gil-Monte, 2005a, pp. 140-141; Kristensen, Borritz, Villadsen y Christensen, 2005).

Es un instrumento que presenta validez factorial, y sus escalas presentan consistencia interna y validez concurrente, por lo que es un instrumento adecuado para evaluar el SQT. Aunque estas conclusiones están basadas en los estudios realizados hasta el momento con muestras de profesionales de enfermería y de personal que trabaja en centros para personas con discapacidad psíquica, la similitud de estas ocupaciones con otras del sector servicios permiten lanzar la hipótesis de que futuros estudios llevarán a conclusiones similares con otros colectivos ocupacionales. Esta es una línea de investigación que debe ser desarrollada.

Las investigaciones para el desarrollo del CESQT han sido subvencionadas por la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) de la Generalitat Valenciana (Proyectos: PS-049/2002 y PI-041/2003) y por el

INSHT (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) (Ref.: Sd. Tec/226.04 FA/cm).

Referencias

- BAUMEISTER, R. F., STILLWELL, A. M., y HEATHERTON, T. F. (1994). «Guilt: An interpersonal approach.» *Psychological Bulletin*, 115(2), 243-267.
- CARO, M., GIL-MONTE, P. R., y GONÇALVES, S. (2005, junio): «O burnout em profissionais de enfermagem: um estudo transcultural para a validação do questionário CESQT». Estudio presentado en el 1.º Congreso Nacional Saúde e Comportamento. Braga (Portugal).
- EAGLY, A. H. y CHAIKEN, S. (1993): *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- FARBER, B. A., y MILLER, J. (1981): *Teacher burnout: A psycho-educational perspective*. Teacher College Record, 83(2), 235-243.
- FREUDENBERGER, H. J. (1974): «Staff burn-out.» *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.
- GIL-MONTE, P. R. (2005a): *El síndrome de quemarse por el trabajo: una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- GIL-MONTE, P. R. (2005b): «Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals.» *Revista de Saúde Pública*, 39 (1), 1-8.
- GIL-MONTE, P. R. (2007): «El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una perspectiva histórica.» En P. R. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez (Comps.), *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo* (en prensa). Madrid: Pirámide.

- GIL-MONTE, P. R., CARRETERO, N., ROLDÁN, M. D., y 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.
- GIL-MONTE, P. R., y PEIRÓ, J. M. (1999): «Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multioccupacional.» *Psicothema*, 11 (3), 679-689.
- GIL-MONTE, P. R., PEIRÓ, J. M., y VALCÁRCEL, P. (1998): «A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress.» *Comportamento Organizacional e Gestao*, 4 (1), 165-179.
- JONES, J. W. (1980): *The Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)*. Park Ridge, Illinois: London House.
- JÖRESKOG, K. G., y SÖRBOM, D. (1996): «LISREL 8: User's reference guide.» Chicago: Scientific Software International.
- KRISTENSEN, T. S., BORRITZ, M., VILLADSEN, E., y CHRISTENSEN, K. B. (2005): «The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout.» *Work & Stress*, 19 (3), 192-207.
- MASLACH, C. (1982): «Burnout: A social psychological analysis.» En J. W. Jones (comp.), *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*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- NUNNALLY, N. C. (1978): *Psychometric theory*. Nueva York: McGraw-Hill.
- PAINÉ, W. S. (1982): «The burnout syndrome in context.» En J. W. Jones (comp.), *The burnout syndrome: Current research, theory, interventions* (pp. 1-29). Park Ridge, Illinois: London House Press.
- PINES, A. (1983): «On burnout and the buffering effects of social support.» En B. A. Farber (comp.), *Stress and burnout in the human services professions* (1985, 2.ª ed., pp. 155-174). Nueva York: Pergamon Press.
- PINES, A., ARONSON, E., y KAFRY, D. (1981): *Burnout: From tedium to personal growth*. Nueva York: Free Press.
- PRICE, D. M., y MURPHY, P. A. (1984): «Staff burnout in the perspective of grief theory.» *Death Education*, 8 (1), (pp. 47-58).
- SHIRON, A. (1989): «Burnout in work organizations.» En C. L. Cooper y I. Robertson (comps.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 25-48). Nueva York: Wiley & Sons.