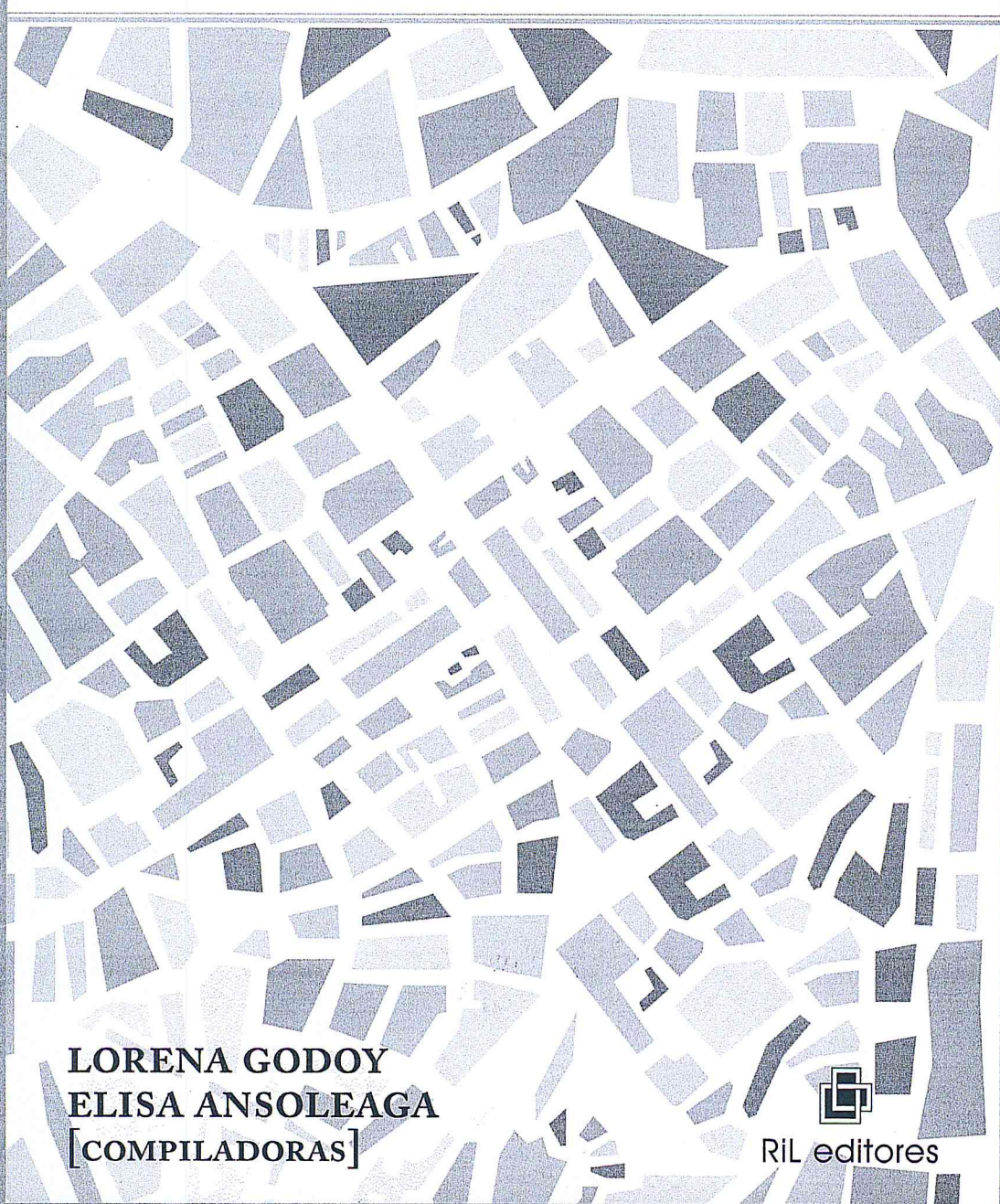


UN CAMPO EN TENSIÓN O TENSIÓN ENTRE CAMPOS

*Psicología de las organizaciones
y del trabajo en Iberoamérica*



**LORENA GODOY
ELISA ANSOLEAGA**
[COMPILADORAS]



RIL editores

Anexo. Tabla de Asignaturas

1er Año	Psicología, Percepciones y procesos Análisis de datos	Neurobiología Psicología Social	Procesos psicológicos: Percepción y Atención Emoción y Motivación Procesos psicológicos: Memoria, Pensamiento y Lenguaje	Tecnología Física Tecnología Química	Filosofía de la mente Experiencia religiosa y sentido de vida	Prevención de riesgos laborales Seguridad en diseños, procesos y herramientas
2do Año	Psicología de los grupos y las organizaciones Aplicaciones en Psicología Social	Derecho Laboral Gestión de las relaciones laborales	Higiene: Contaminantes físicos y químicos Higiene: Sobrecarga térmica, radiación e iluminación		Antropología filosófica	Seguridad en maquinaria y riesgo eléctrico
3er Año	Psicología y Bienestar Representaciones gráficas en el espacio	Procesos industriales Análisis de Costes e Inversiones	Higiene: Ventilación Higiene Ambiental	Salud Ocupacional: Fundamentos Salud Ocupacional: Sistemas de Gestión	Análisis de Riesgos	Seguridad en riesgos químicos e incendios
4to Año	Máquinas y equipos	Sistemas de Gestión	Comunicación Interna	Didáctica para la formación de jóvenes y adultos	Gestión del Medio Ambiente Ética	Seguridad en el Trabajo Agrícola Seguridad en la Construcción

Practicum

RESUMEN

El *burnout* nace en EE. UU. en los años setenta como una forma de describir las reacciones adversas que se producían en el trabajo de los servicios sociales. Tal vez la más repetida definición que presenta este conocido fenómeno psicológico es la planteada por Maslach y Jackson (1981), quienes lo definen como un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. El *burnout* se puede hoy entender como una respuesta prolongada al estrés en el trabajo, un síndrome psicológico que nace de la tensión crónica producto de la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo.

Hoy en día la literatura científica sobre este síndrome es abundante, ya que se ha publicado una amplia cantidad de revisiones de diversos aspectos del *burnout*, lo que ha llevado a cobrar un gran protagonismo como fenómeno social y científico. Diversos estudios en el mundo han puesto de relieve la existencia de este fenómeno en determinadas profesiones, sin embargo su evaluación y alcance están hoy en día abiertos al debate y a la investigación.

1. Ponencia presentada en el Simposio Burnout en nuestras sociedades contemporáneas: una discusión científica y actual. Víctor Olivares-Faúndez. Psicólogo Laboral y Doctor en Psicología Social y Psicología de las Organizaciones. Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, Av. Ecuador 3650 - Estación Central, Santiago de Chile, Chile. Teléfono: (56 2) 27184352. Chile. E-mail: victor.olivares.f@usach.cl; Pedro Gil-Monte. Psicólogo. Doctor en Psicología. Universidad de Valencia, Facultad de Psicología (Dep. Psicología Social), Avda. Blasco Ibañez, 21, 46010, Valencia España. Teléfono: (34) 963864564, Fax: (34) 963864668. España. E-mail: pedro.gil-monte@uv.es. Dirigir la correspondencia a Víctor Olivares-Faúndez.

PREVALENCIA DE BURNOUT,
UN ASPECTO HOY A DISCUTIR

Víctor Olivares-Faúndez, Pedro Gil-Monte 1

El problema central en la evaluación de este síndrome nace desde su propia naturaleza al poder ser concebido como una variable continua o dicotómica, lo cual determina la necesidad de precisar y definir los puntos de corte más adecuados para su estimación, especialmente dentro de la perspectiva dicotómica del síndrome, donde la importancia de estos es crucial. La ausencia de criterios claros en la evaluación tiene una visible repercusión en la estimación de su epidemiología. Este simposio tiene como objetivo presentar y discutir la estimación del *burnout* en el concierto mundial, a través de un análisis de las herramientas existentes y de las metodologías tendientes a determinar sus niveles de afectación, ya que la ausencia de criterios claros de evaluación del *burnout* repercute en la eficacia de los programas de intervención.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. El Síndrome de *Quemarse por el Trabajo (SQT)* (*burnout*)

El Síndrome de *Quemarse por el Trabajo (SQT)* en adelante, *burnout* en denominación anglosajona) nace en EE. UU. a mediados de los años setenta como una forma de describir las reacciones adversas que se producían en el trabajo de los servicios sociales, siendo sus principales precursores el médico psiquiatra Freudenberg (1974) y la psicóloga social Maslach (1976). Desde los primeros años de la década de los setenta, Freudenberg comenzó a reflexionar sobre el SQT, utilizando por primera vez el término *burnout* para describir un nuevo síndrome clínico caracterizado por el agotamiento que se observaba entre los profesionales de la salud mental. Por su parte Maslach dio cuenta en sus escritos de la relevancia de considerar los aspectos emocionales que operaban en el SQT, advirtiendo que la tensión laboral es una variable interviniente significativa en el proceso de estrés y agotamiento psíquico, y que adecuadas estrategias de afrontamiento tenían implicaciones importantes para los individuos en cuanto a su identidad profesional y conductas laborales (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Tal vez la más repetida definición que presenta este conocido fenómeno psicológico sea la planteada por Maslach y Jackson (1981), quienes lo definen como un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. El SQT parece ser una respuesta a los estresores interpersonales en el trabajo, donde el exceso de contacto con las personas con quien se trabaja, produce cambios negativos en las actitudes y en las conductas hacia estas personas. En la actualidad, Maslach define al SQT como una respuesta prolongada al estrés en el trabajo, un síndrome psicológico que nace de la tensión crónica producto de la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo (Maslach, 2003).

Hoy en día la literatura científica sobre el SQT es abundante, ya que se ha publicado una amplia cantidad de revisiones de diversos aspectos del síndrome (por ejemplo Schaufeli, 2003), lo que ha llevado a que en estas dos últimas décadas el SQT cobre un gran protagonismo como fenómeno social y científico (Maslach, 2003). Un hecho notable en el desarrollo del SQT es que surge como un problema social identificado por los trabajadores, mucho antes de que se convirtiera en un foco de estudio sistemático por los investigadores. Estos orígenes populares no académicos del síndrome contribuyeron a situar al fenómeno de forma imprecisa, configurándose un vasto volumen de perspectivas y postulados emergentes que dificultó la claridad conceptual del fenómeno (Gil-Monte, 2005).

El SQT es una enfermedad laboral emergente (Masia, 2001) que con frecuencia se entiende que es exclusiva de profesionales de ayuda o de servicios, quizás porque al contemplar la literatura se comprueba que la mayoría de los estudios realizados han empleado muestras de profesionales de la educación y de la salud (Gil-Monte, 2005). Prueba de esto es el clásico estudio de Lee y Ashforth (1996) en los años noventa, donde aproximadamente el 80 por ciento de las investigaciones consideradas en el metaanálisis se realizaron en personal de servicios humanos, y la mayor parte de las investigaciones restantes se habían realizado en supervisores y encargados de tales servicios. Esto probablemente es la causa de que la difusión del SQT sea mayor en este tipo de colectivos profesionales, y no en otros de distinta naturaleza. Así, al avanzar la década de los años noventa el concepto del SQT se fue ampliando, incluyéndose dentro de sus límites de acción ocupaciones distintas a la de los servicios humanos (Maslach, 2004), delimitando su alcance a todo profesional que trabaja con clientes de trato directo y no sólo en personal de ayuda o del sector servicios (Dormann & Zapf, 2004). Esto ha circunscrito de forma más amplia el espectro de acción del SQT, el cual para algunos autores es aun más amplio, ya que entienden que el síndrome se puede presentar en aquellos grupos ocupacionales que trabajan con «cosas» (por ejemplo en trabajadores del sector cerámico) y con «datos» (como usuarios de tecnologías y teletrabajadores) (Bakker, Demerouti & Schaufeli, 2002), lo que reafirma los postulados que señalan que el SQT se puede desarrollar en cualquier profesión cuyo trabajo no conlleve necesariamente el contacto directo con personas (Maslach et al., 2001), siendo potencialmente un síndrome que se puede desarrollar en todos los tipos de actividad laboral, situación pendiente de aclarar en el contexto actual de la investigación del fenómeno.

Por otro lado, frente a las líneas teóricas que han tratado de determinar los límites conceptuales del SQT, se pueden identificar dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. En el lado clínico el foco de atención está centrado en los síntomas y sus aplicaciones en el contexto de la salud mental (estado) (Pines & Yafe-Yanai, 2001), y en el lado psicosocial el foco de atención está

en el desarrollo de la relación entre el medio laboral y las características humanas de los individuos participantes de esos contextos de servicio (proceso) (Gil-Monte, 2005).

Dentro de esta perspectiva, se postula que la denominación «estar quemado» sugiere una comprensión errónea del síndrome, ya que pudiese ser entendido como el término de un proceso o su consecuencia final configurándose una concepción estática, que no obedece a la real naturaleza del fenómeno. Según estos planteamientos, el SQT es una respuesta progresiva e insidiosa que evoluciona como parte de un proceso mayor de estrés laboral, preferentemente en profesionales de servicios, pero no exclusivamente.

El SQT a menudo ha sido conceptualizado en el marco de la investigación del estrés (Schaufeli & Greenglass, 2001), por lo que su definición se sustenta en la ambigüedad que posee este concepto (Schaufeli & Enzman, 1998), término general donde frecuentemente las causas y las consecuencias se confunden. Por ello, desde sus inicios el SQT ha sido un concepto difícil de interpretar, no existiendo hasta nuestros días una definición estándar de él que estructure una delimitación conceptual clara y precisa. Se ha empleado para significar ideas muy distintas y, por lo tanto, no ha existido una buena base para una comunicación constructiva que dimensione la problemática real, de luces de un diagnóstico acertado y establezca posibles soluciones e intervenciones ciertas. Sin embargo, existe un consenso amplio de opiniones sobre las cuales se entiende que el SQT es una respuesta del individuo al estrés laboral crónico (Maslach et al., 2001), una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto dado que implica, alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas como consecuencias nocivas para la persona y para la organización (Gil-Monte, 2005).

1.2 Relación entre síntomas y consecuencias del SQT en el proceso de estrés laboral crónico

En los modelos de estrés laboral, las respuestas al estrés se entienden como variables mediadoras entre el estrés y sus consecuencias o efectos a más largo plazo. Desde este punto de vista, el SQT sería una variable intermedia mediadora en la relación estrés-consecuencias, de tal manera que si aquella relación se extiende en el tiempo, el estrés laboral provocará consecuencias negativas tanto para el individuo, como para la organización (Gil-Monte, 2005) (ver figura 1).

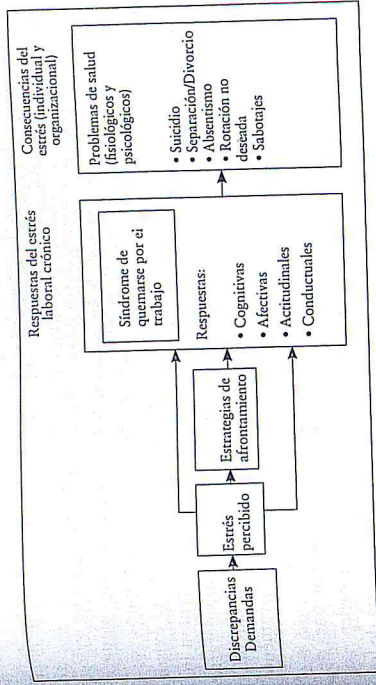


Figura 1. Relación entre síntomas y consecuencias del SQT en el proceso de estrés laboral crónico (Gil-Monte, 2005).

Desde un punto de vista teórico, los modelos que explican el desarrollo del proceso de estrés laboral hacen la distinción entre respuestas y consecuencias del estrés laboral crónico. Distinción insuficiente ya que solo pone de manifiesto una sucesión de síntomas en el tiempo o la progresiva gravedad de aquellos. En el caso del SQT esa diferencia entre respuestas y consecuencias nos sugiere que, en primer lugar, aparece un deterioro cognitivo, afectivo y actitudinal en los trabajadores, surgiendo luego un gran número de síntomas conductuales y fisiológicos que se enmarcan dentro de las consecuencias. Por ello, es importante destacar los factores psicosociales en la comprensión del síndrome, considerando las actitudes como componentes claves que mueven y orientan los procesos afectivosemocionales, cognitivos y conductuales de los participantes (Eagly & Chaiken, 1993) que median entre la percepción del entorno laboral como fuente de estrés, en especial las relaciones interpersonales, y la aparición de la sintomatología asociada. De esta manera, un diagnóstico certero ayudaría fundamentalmente a la identificación y evaluación de las respuestas psicológicas, básicas a la hora de intervenir y prevenir el síndrome.

1.3 Prevalencia e incidencia del síndrome

Diversos estudios en el mundo han puesto de relieve la existencia del SQT en determinadas profesiones, sin embargo su evaluación y alcance está hoy en día abierto al debate y a la investigación. El problema central en la evaluación del SQT nace desde su propia naturaleza al poder ser concebido como una variable continua o dicotómica, lo cual determina la necesidad de precisar y definir los puntos de corte más adecuados para su estimación,

especialmente dentro de la perspectiva dicotómica del síndrome, donde la importancia de estos es crucial.

La ausencia de criterios claros en la evaluación del SQT tiene una visible repercusión en la estimación de su epidemiología. En este sentido, algunos autores plantean ser prudentes al utilizar los distintos procedimientos para estimar las tasas de prevalencia o incidencia del SQT, ya que al no existir suficiente evidencia científica concluyente de los criterios que sustentan los puntos de corte que se ofrecen como alternativas de uso, y al no considerarse al fenómeno, se podrían señalar y considerar resultados excesivamente abultados y fuera de la realidad (Olivares, Vera & Juárez, 2009).

Otro aspecto a considerar de gran importancia en las estimaciones del síndrome es que muchos de los estudios presentan problemas de orden metodológico, tal como lo señalaba Gil-Monte (2005). La gran mayoría de los estudios del SQT son de carácter descriptivo, donde existe una muy baja tasa de respuesta respecto del total de personas consideradas como participantes de las investigaciones, lo que limita las posibilidades de establecer y conocer las posibles relaciones causales existentes entre las variables estudiadas y el fenómeno. Algunos autores señalan que existe alrededor del 25 por ciento de estudios del SQT con cierto rigor metodológico (Ferrer, 2005). Por otro lado, en la medición de la prevalencia e incidencia del síndrome, hay que considerar que los participantes en estas investigaciones son fundamentalmente personas que están en la actividad laboral, y no las personas que han sufrido las consecuencias del SQT, las cuales muy probablemente están incapacitadas para seguir desempeñando sus labores en sus puestos de trabajo y que, por tanto, no pueden «estar presentes», existiendo grandes posibilidades de que dichas personas estén de baja laboral por enfermedades comunes o tipificadas con el rótulo de «accidente de trabajo».

Los estudios internacionales realizados sobre la prevalencia e incidencia del SQT muestran resultados muy dispares, básicamente por la poca claridad existente en los criterios diagnósticos a seguir, la diversidad en los cuestionarios utilizados y la interpretación de los resultados (al considerar una o las tres dimensiones del MBI [Maslach Burnout Inventory] alterada[s]).

1.4 Europa

El alcance del síndrome en Europa es difícil de conocer aunque algunos informes dan luces de ello, por ejemplo, la III Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo (2001) afirmaba a principios del presente siglo que el 23 por ciento de los trabajadores europeos sufrían este síndrome (Paoli & Merliú, 2001). En la década del 90 se estimaba que más de un millar de estudios empíricos habían analizado el SQT, de los cuales el 34 por ciento

de ellos se habían llevado a cabo en el ámbito de la atención sanitaria y un 27 por ciento en la enseñanza (Schaufeli, 1999; Reig-Ferrer, 2002). El SQT es un reto para las instituciones europeas por sus importantes estimaciones encontradas en múltiples estudios epidemiológicos recientes, que señalan una prevalencia de entre 2 por ciento y 37 por ciento, e incluso superior (véase Olivares-Faúndez, Gil-Monte, Jélvez-Wilke & Figueiredo-Ferraz, 2015), como la obrenida por una reciente revisión que incluyó el análisis de 19 estudios sobre el SQT en médicos residentes, que mostró una prevalencia de entre el 18 por ciento y 82 por ciento (Prins et al., 2007). En síntesis, en estos países los resultados de los estudios revisados señalan una prevalencia de entre el 2,4 por ciento y 47 por ciento del SQT, y entre el 17 por ciento y 57,9 por ciento de AE (Agotamiento Emocional) (véase Olivares-Faúndez, Gil-Monte, Jélvez-Wilke & Figueiredo-Ferraz, 2015).

1.5 EE. UU.

En EE. UU., Chopra, Sotile y Sotile (2004) realizaron una búsqueda en PubMed y otras importantes fuentes de datos científicas, utilizando los términos de búsqueda «médico», «burnout» y «Maslach», e identificaron un conjunto de estudios que se centraron en médicos de los EE. UU. y Canadá. Los estudios incluidos en esta revisión se realizaron entre los años 1984 y 2001 (con una tasa de respuesta del 60 por ciento), y utilizaron el MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services) para medir la prevalencia e incidencia del SQT. Las investigaciones, aunque con muestras pequeñas y generalmente localizadas, sugieren que los componentes del SQT pueden ser comunes entre los médicos en ejercicio, encontrando una prevalencia de entre un 46 por ciento a 80 por ciento con un moderado a alto AE, 22 por ciento a 93 por ciento con una moderada a alta DP (Despersonalización) y 16 por ciento a 79 por ciento con baja a moderada baja RPT (Realización Personal en el Trabajo) (Thomassen, Lavanchy, Connelly, Berkowitz & Grzybowski, 2001). En síntesis, en este país, los resultados de los estudios revisados señalan una prevalencia de entre el 5 por ciento y 80 por ciento del SQT, y entre el 32 por ciento y 56 por ciento de AE, 4,32 por ciento y 73 por ciento de DP y 4 por ciento y 41,39 por ciento de baja RPT. Estos porcentajes son similares a los encontrados en estudios europeos, lo que confirma la gran disparidad de prevalencias existentes del síndrome (véase Olivares-Faúndez, Gil-Monte, Jélvez-Wilke & Figueiredo-Ferraz, 2015).

1.6 Otros países

En países como Canadá, Australia, Arabia Saudita, Japón, Irán, Palestina, Israel, Kenia y otros, los resultados de los estudios revisados señalan una prevalencia de entre el 4,15 por ciento y 59,2 por ciento del SQT, entre el 20 por

ciento y 50,7 por ciento de AE, 5,5 por ciento y 59,4 por ciento por ciento de DP y 6,5 por ciento y 53,3 por ciento de baja RPT (véase Olivares-Faúndez, Gil-Monte, Jélvez-Wilke & Figueiredo-Ferraz, 2015).

1.7 América Latina

En América Latina la cuestión no parece diferente. En la actualidad, Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009), al comparar la prevalencia del SQT de 11.530 profesionales sanitarios de distintos países de habla hispana (Argentina, México, Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Guatemala, España, El Salvador y otros), utilizando el MBI y una metodología online de evaluación, determinaron que la tasa de prevalencia del SQT en los profesionales de España era de 14,9 por ciento, en los de Argentina 14,4 por ciento y en los de Uruguay 7,9 por ciento. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias de entre el 2,5 por ciento y 5,9 por ciento. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1 por ciento, Enfermería 7,2 por ciento y Odontología, Psicología y Nutrición cifras inferiores al 6 por ciento. Entre los médicos el SQT predominó en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestestistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 3,3%, respectivamente). En resumen, en los estudios latinoamericanos revisados se pueden apreciar porcentajes divergentes de prevalencia del SQT de entre el 3 por ciento y 72 por ciento del SQT, y entre el 27,9 por ciento y 71,9 por ciento de AE, 6,3 por ciento y 96,1 por ciento de DP y 22,7 por ciento y 62,15 por ciento de baja RPT, confirmando con ello los planteamientos que ponen énfasis en tener ciertas precauciones a la hora de considerar los valores de incidencia y prevalencia del SQT existentes, ya que muchos de éstos no consideran las dificultades en el establecimiento de la epidemiología del SQT y su compleja conceptualización dimensional básica (véase Olivares-Faúndez, Gil-Monte, Jélvez-Wilke & Figueiredo-Ferraz, 2015).

1.8 Estudios de prevalencia realizados en Chile

En Chile, como en muchos países latinoamericanos, no existen datos nacionales estadísticamente representativos que den cuenta de los costes del estrés laboral y de sus patologías asociadas, como el SQT. En este país existen escasas investigaciones empíricas sobre este fenómeno, por lo que se desconoce la magnitud y la dimensión real de esta problemática y cómo actúa sobre los trabajadores y las organizaciones.

Una búsqueda en la base de datos PsycINFO de la American Psychological Association proporciona información que apoya la existencia de la escasa literatura científica producida en Chile. Se solicitó una búsqueda de todas las publicaciones existentes sobre *burnout* en Chile hasta el 2015 en dicha base

de datos, y sobre los resultados recogidos se aplicaron distintas estrategias de pesquisa que arrojaron solo 15 publicaciones. En tanto, en la base de datos Psycodoc del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid se encontraron solo 18 publicaciones.

En los estudios en Chile del SQT, los porcentajes de las personas que están afectadas por el síndrome son muy dispares, obtriniéndose, por ejemplo, porcentajes del 30,8 por ciento en asistentes sociales (Barría, 2002), 33,9 por ciento en personal de salud (García, Meza & Palma, 1999), 48,7 por ciento en policías (Briones, 2007) y entre el 24,4 por ciento y el 61 por ciento en profesores (Miffo, 2003; Parra, 2005; Valdivia, et al., 2003). Estos resultados confirman que la ausencia de criterios claros en la evaluación del SQT tiene una notoria repercusión en la estimación de su epidemiología.

Siguiendo criterios más rigurosos de prevalencia, Quass (2006) utilizando el MBI y Gil-Monte y Olivares (Gil-Monte & Olivares, 2007) el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) (Gil-Monte & Olivares, 2011) han señalado una prevalencia del síndrome en profesores universitarios, en personal de atención a clientes y en profesionales de servicios humanos, de 1,5 por ciento, 3,45 por ciento y 5 por ciento, respectivamente. Estos porcentajes se acercan más a lo ofrecidos por Schaufeli y Van Dierendonck (1995) aplicando criterios contrastados clínicamente.

En síntesis, y dado que solo en los países bajos se presentan datos con criterios clínicamente validados, podemos determinar con cierto grado de certeza que la prevalencia del SQT se encontraría entre el 4 y el 7 por ciento de la población activa, lo que solo en los Países Bajos podría significar entre 250.000 y 440.000 empleados. Estas cifras podrían ascender a alrededor del 10 por ciento en ocupaciones específicas (Schaufeli, 2003), lo cual ha sido contrastado por ejemplo por Bakker, Schaufeli y Van Dierendonck (2000), quienes han señalado la prevalencia del síndrome en varias muestras holandesas de profesionales: los médicos del trabajo, 11,3 por ciento (n = 760), médicos generales, 8,2 por ciento (n = 562), las enfermeras de la comunidad, 7,8 por ciento (n = 444), odontólogos, 4,7 (n = 708) y las enfermeras de oncología 1,7 por ciento (n = 410).

Por su parte Schaufeli (2003) a través de la búsqueda en diversas bases de datos internacionales utilizando los descriptores MBI/HSS/ES (Maslach Burnout Inventory-Educators) encontró que de 13.463 profesionales de servicios humanos, el 4 por ciento parecían sufrir clínicamente el SQT. En este estudio, el 16,1 por ciento se cree pueda estar en riesgo del síndrome, ya que se ubicó en el cuartil superior de la distribución dos de los tres instrumentos investigados.

Asimismo, utilizando el MBI-GS (Maslach Burnout Inventory General Survey) en una muestra nacional representativa de la población activa

holandesa (n = 1.129), Zijlstra & De Vries (2001) estiman que el 7,2 por ciento sufre del SQT de forma clínica. En este estudio, las tasas más altas del síndrome se encontraron en el comercio, la hostelería, restauración e industria (12,2 %) y enseñanza (9%), mientras que las más bajas en los servicios comerciales (5,4%) y servicios públicos (5,4%). Los servicios humanos (6,8%) y la manufactura (6,5%) se encontraron en puntos intermedios. Sin embargo, al comparar las puntuaciones del SQT de los Países Bajos y los EE. UU., por ejemplo, los niveles de síndrome difieren. Schaufeli et al., (1998) compararon datos de 57 estudios de EE. UU. (total n = 12.239) con 27 estudios de los países bajos (total n = 10.502), y demostraron que los niveles de AE y DP son significativamente mayores en los EE. UU. que en los Países Bajos, mientras que la baja RPT es considerablemente menor.

Por otro lado, en un importante estudio en muestras de profesores holandeses, se determinó que en un 9,7 por ciento y 13,9 por ciento de la muestra los participantes de la investigación habían sufrido de forma clínica el síndrome entre 1.996 (n = 1.309) y 1.997 (n = 998) (Taris, Schaufeli, Schreurs & Caljé, 2000). Cabe destacar que, en este estudio, dos tercios de los profesores se encontraron afectados al síndrome en los dos períodos de tiempo (1996-1997), mientras que solo un tercio lo hizo en solo uno (se recuperaron en el plazo de un año). Situación que podría ilustrar el carácter crónico del SQT.

Hoy en día existe solo un conocimiento limitado de la prevalencia del SQT dada casi la inexistencia de estudios que se basan en una validación clínica de los puntos de corte utilizados, lo que básicamente imposibilita estimar la prevalencia del síndrome con la rigurosidad debida.

Las muestras objeto de estudio existentes en la mayoría de las investigaciones no son representativas y suficientemente grandes. En su lugar, tenemos por una parte algunas muestras grupales, que si bien son representativas, lo son de forma específica al grupo profesional o de forma heterogénea, y por otra, muestras en que se desconoce su representatividad. La investigación del SQT se ha llevado a cabo replicando estudios realizados en los EE. UU. y en Europa.

2. DISCUSIÓN

En la actualidad todavía el MBI es el principal instrumento utilizado para medir el SQT, lo que da ciertas ventajas respecto de otros instrumentos existentes de medición de este fenómeno, ya que al ser utilizado en una gran cantidad de países permite realizar comparaciones de los resultados hallados. Sin embargo, hay que considerar que el MBI es un instrumento estadounidense, por lo que la extrapolación transcultural conlleva importantes dificultades. Para poder medir el grado de SQT en función de sus dimensiones del MBI,

Maslach y Jackson presentaron puntos de corte con un criterio de percentiles, por el que se divide la muestra en tres grupos iguales, para cada dimensión del cuestionario. Este sistema de medida del SQT conlleva discrepancias en los resultados, dando índices de prevalencia del SQT muy diferentes en función del criterio adoptado.

Hoy en día no existe un criterio unánime para diagnosticar el síndrome ni tampoco sobre los porcentajes de prevalencia e incidencia. Por lo general, al utilizar los valores normativos de muestras que no son extrapolables, los resultados están sesgados estableciendo niveles de SQT que no son reales y muchas veces supervalorados. Por ejemplo, en una población japonesa si se siguen criterios americanos un 68 por ciento estaría seriamente afectado por el SQT, mientras que solo lo estaría el 24 por ciento de los japoneses con criterios de la propia población (Moreno-Jiménez, 2007), o en Chile, donde al determinar la prevalencia del SQT con diferentes criterios normativos, utilizando el MBI y el CESQI, esta variaba en función del criterio utilizado: siguiendo los puntos de corte del manual de EE. UU., la prevalencia es de 7,6 por ciento, 9 por ciento siguiendo los criterios de España, 6,9 por ciento siguiendo los criterios de Chile, y considerando los criterios clínicos establecidos en Holanda, el porcentaje se reduce al 3,2 por ciento (Olivares, Vera & Juaréz, 2009). Al no definir un criterio clínico de referencia que identifique claramente las personas que han desarrollado el SQT, la clasificación de las personas en función de la patología resulta lógicamente arbitraria ya que se parte de unos puntos de corte no comparados.

Golembiewsky, Munzenrider y Carter (1983) han propuesto otro método alternativo al sistema normativo de percentiles, donde establecen como punto de corte la mediana obtenida para la muestra en cada una de las escalas. Este método permite graduar el SQT en intensidad identificando ocho grupos, y cada dimensión se clasifica en alto/bajo. Sin embargo, debido a su complejidad es un sistema poco utilizado en la literatura. Los resultados obtenidos oscilan desde el 0 al 35 por ciento. A su vez Shirom (1989) propone medir el SQT a partir de la escala de frecuencia, de forma que el punto de corte para considerar que se ha desarrollado el síndrome sería igual o superior a «algunas veces al mes». El autor es partidario de utilizar, con el fin de minimizar el efecto de la deseabilidad social, el punto de corte a partir de las respuestas igual o superior a «algunas veces por semana». Con el criterio descrito de anclajes (Shirom, 1989) se identifican los casos severos del SQT siendo los porcentajes de incidencia menores.

3. CONCLUSIÓN

En síntesis, en estas últimas décadas la investigación sobre el SQT se ha basado casi de forma mayoritaria en la configuración tridimensional del síndrome propuesta por Maslach y Jackson (1981). La gran mayoría de los estudios del SQT han empleado un diseño transversal, lo que si bien ha posibilitado obtener una gran cantidad de información sobre los niveles de prevalencia e incidencia del fenómeno en distintas poblaciones profesionales, y ha permitido conocer de mejor manera el impacto de las diferentes variables relacionadas con este fenómeno, ha limitado la realización de inferencias causales, obstaculizando una comprensión más profunda del síndrome. Situación que se ha visto reflejada en la actualidad, a través de la existencia de pocos estudios que han empleado metodologías longitudinales o diseños experimentales o cuasi experimentales.

La utilización de cuestionarios nos ha aportado varias ventajas, como el permitir tener información suficientemente fiable en espacios de tiempo relativamente cortos, posibilitando de esta forma una comparación de resultados más rápida y con un relativo menor esfuerzo que otras técnicas. Igualmente, permite el anonimato de los participantes. Aspectos fundamentales para aproximarnos a la problemática que presenta el SQT.

La demanda de realizar diagnósticos y de estimar la prevalencia e incidencia del SQT, sumado a las insuficiencias del MBI, ha generado, junto a la necesidad de construir instrumentos de evaluación alternativos y específicos que presenten valores psicométricos adecuados de fiabilidad y validez, como es el caso del CESQT (Gil-Monte, 2005), la utilización de metodologías diagnósticas que aporten estimaciones más próximas a la realidad del fenómeno, como las utilizadas en los escasos estudios que se han basado en criterios diagnósticos contrastados; clínicamente, que nos han ayudado a aproximarnos, de mejor manera, a la verdadera dimensión de este fenómeno.

En ese sentido el método propuesto por Shirom (1989) basado en el criterio descrito de anclajes, es, a la luz de la evidencia empírica, un método que permite acercarnos de forma más precisa a una primera aproximación al fenómeno, ya que permite la identificación de los casos severos de SQT de forma más precisa, lo que colabora a que los porcentajes de incidencia sean menores, ajustándose de esa manera de mejor forma a la problemática que nos señala el síndrome, visualizada en los valores señalados por los estudios que han utilizado criterios diagnósticos contrastados clínicamente.

REFERENCIAS

- Bakker, A. B., Demerouti, E. & Schaufeli, W. B. (2002). Validation of the Maslach Burnout Inventory-General Survey: An Internet study across occupations. *Anxiety, Stress and Coping*, 15, 245-260.
- Bakker, A., Schaufeli, W. B. & Van Dierendonck, D. (2000). Burnout: Prevalentie, risicogroepen en risicofactoren [Burnout: prevalence, risk groups and risk factors]. In: I. L. D. Houtman, W. B. Schaufeli & T. Taris, (Eds.). *Psychische vermoedheid en werk: Cijfers, trends en analyses* (pp. 65-82). Alphen a/d Rijn: Samson.
- Barría, J. (2002). Síndrome de burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile. *psiquiatría.com*, 6(4). Extraído de http://www.ergonomia.cl/burnout_chile.pdf.
- Briónes, D. (2007). Presencia de síndrome de burnout en poblaciones policiales vulnerables de Carabineros de Chile. *Ciencia & Trabajo* 24, 43-50.
- Chopra, S. S., Sotile, W. M. & Soile, M. O. (2004). Physician burnout. *Journal of the American Medical Association*, 291, 633.
- Dormann, C. & Zapf, D. (2004). Customer-related social stressors and burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9, 61-82.
- Eagly, A. H. & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Ferré, R. (2005). El desgaste profesional un riesgo laboral. En J. Martínez (Coord.), *Quemarse en el trabajo «Burnout»*. Zaragoza, España: Egdito Editorial.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *The Journal of Social*, 30, 159-165.
- García, M. C., Meza, P. A. & Palma, M. (1999). *Síndrome de burnout en profesionales de enfermería del Hospital de Urgencia Asistencia Pública doctor Alejandro del Río*. (Tesis de licenciatura no publicada). Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo «burnout»*. Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid, España: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. & Olivares, V. (2011). Validez factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) en una muestra de profesionales que trabajan hacia personas con discapacidad chilenos. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 441-451.
- Gil-Monte, P. R. & Olivares, V. (2007, mayo). Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) (burnout) en profesionales de atención a clientes de Chile. *Presentado en el Quinto Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales - ORP*. Occupational Risk Prevention.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F. & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19, 461-481.

- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. & Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transaccionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 8, 215-230.
- Lee, R. T. & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123-133.
- Masia, J. (2001). *El estrés laboral y el burnout en el mundo judicial: hacia un nuevo enfoque de la cuestión*. Tomado de <http://www.previncinintegral.com/Estudios/Burnoutjudicial/punto2.htm>.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 189-192.
- Maslach, C. (2004). Different perspectives on job burnout. *PsychCRITIQUES*, 49(2), 168-170.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Manual. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Miño, A. (2003). *Clima organizacional y estrés laboral asistencial (burnout) en profesores de enseñanza media: Un estudio correlacional*. (Tesis de licenciatura no publicada). Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile, Chile.
- Moreno-Jiménez, B. (2007). Evaluación. Medidas y diagnóstico del síndrome del burnout. En P. R. Gil-Monte & B. Moreno-Jiménez (Coord.), *El síndrome de quemarse por el trabajo: grupos profesionales de riesgo* (pp. 43-63). Madrid, España: Pirámide.
- Olivares, V., Vera, A. & Juárez, A. (2009). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en una muestra de profesionales que trabajan con personas con discapacidades en Chile. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 63-71.
- Olivares-Faúndez, V., Gil-Monte, P. R., Jélvez-Wilke, C. & Figueiredo-Ferraz, H. (2015). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout): Efectos de diversas formas de evaluar su prevalencia. En F. Arias. (Coord.) *Calidad de vida en las organizaciones, las familias y la sociedad*. México: Trillas.
- Paoli, O. & Merlió, D. (2001). *Third european survey on working conditions*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Parra, M. (2005). Estudio de caso en Chile. En M. Robalino & A. Corner (Eds), *Condiciones de trabajo y salud docente: estudios de casos en Argentina, Chile, Ecuador, México, Perú y Uruguay* (pp. 75-102). Santiago, Chile:
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco).
- Pinés, A. M. & Yafe-Yanai, O. (2001). Unconscious determinants of career choice and burnout: Theoretical model and counseling strategy. *Journal of Employment Counseling*, 38, 170-184.
- Prins, J. T., Gazendam-Donofrio, S. M., Tubben, B. J., Van der Heijden, F., M. M. A., Van de Wiel, H. B. M. & Hoekstra-Weebers, J. E. H. M. (2007). Burnout in medical residents: A review. *Medical Education*, 41, 788-800.
- Quaas, C. (2006). Diagnóstico de burnout y técnicas de afrontamiento al estrés en profesores universitarios de la quinta región de Chile. *Psico-perspectivas*, 5, 65-75.
- Reig-Ferrer, A. (2002). Estrés laboral asistencial y calidad de vida personal en la atención oncológica. En: M. R. Díaz & E. Durá, E. (Coord.) *Territorios da Psicología Oncológica*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Schaufeli, W. B. (1999). Burnout. En J. Firth-Cozens y R. L. Payne (Eds.), *Stress in health professionals. Psychological and organizational causes and interventions* (pp. 12-32). Chichester: John Wiley.
- Schaufeli, W. B. (2003). Past performance and future perspectives of burnout research. *Journal of Industrial Psychology*, 29, 1-15.
- Schaufeli, W. B. & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London, United Kingdom: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B. & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology and Health*, 16, 501-510.
- Schaufeli, W. B. & Van Dierendonck, D. (1995). A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points of the Maslach Burnout Inventory. *Psychological Reports*, 76, 1083-1109.
- Shirom, A. (1989). Burnout in organizations. In C. L. Cooper & I. T. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 25-48). Chichester: Wiley.
- Taris, T., Schaufeli, W. B., Schreurs, P. & Caljé, D. (2000). Opgebrand in het onderwijs: Stress, psychische vermoeidheid en ziekteverzuim onder leraren [Burnout in education: Stress, mental fatigue, and absenteeism among teachers]. In: I. L. D. Houtman, W. B. Schaufeli & T. Taris (Eds.), *Psychische vermoeidheid en werk: Cijfers, trends en analyses* (pp. 97-106). Alphen a/d Rijn: Samsom.
- Thommasen, H. V., Lavanchy, M., Connolly, L., Berkowitz, J. & Grzybowski, S. (2001). Mental health, job satisfaction, and intention to relocate: opinions of physicians in rural British Columbia. *Canadian Family Physician*, 47, 737-74.
- Valdivia, G., Avendaño, C., Bastias, G., Milicia, N., Morales, A. & Scharager, J. (2003). *Estudio de la salud laboral de los profesores en Chile*. Estudio