

ELABORACIÓN DE LA VERSIÓN CUBANA DEL CUESTIONARIO CDPM ABREVIADO PARA LA EVALUACIÓN DEL DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS

DEVELOPMENT OF A CUBAN VERSION OF THE ABBREVIATED CDPM QUESTIONNAIRE FOR THE ASSESSMENT OF BURNOUT IN PHYSICIANS

Jorge Juan Román Hernández¹

Lázara Cecilia Pacheco Díaz²

Mabel Bertot González³

Nino Pedro del Castillo Martín⁴

Jesús Eladio Sánchez García⁵

RESUMEN

La elaboración de instrumentos de evaluación del desgaste profesional, también denominado estrés asistencial, síndrome del quemado o *burnout*, orientados a profesiones específicas constituye una dirección actual de las investigaciones. Este trabajo presenta los resultados de una versión cubana del Cuestionario de Desgaste Profesional para Médicos (CDPM) de Moreno, Gálvez, Garrosa y Mingote. El CDPM contiene cuatro escalas que representan elementos del proceso de desgaste profesional: antecedentes, síndrome, consecuentes y moduladores. Se aplicaron adicionalmente el Inventario de Sintomatología del Estrés, (ISE) de B. Moreno; el cuestionario de síntomas de alteraciones de la salud mental *Symptoms Check List Revised* (SCL-90-R), de Leonard R. Derogatis, y el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson. Los cuestionarios se administraron a 704 médicos del primer nivel de atención de la ciudad de La Habana. Los resultados presentan estadísticas descriptivas de sus variables y sus mutuas correlaciones. Los coeficientes Alpha de Cronbach (0,75; 0,82; 0,90 y 0,57; respectivamente) en general confirman la confiabilidad del instrumento. Se realizaron un análisis factorial exploratorio y otro confirmatorio de la escala del Síndrome, que corroboraron su estructura. Las variables del Síndrome correlacionaron significativamente con las de los cuestionarios ISE, MBI y el SCL-90-R, lo que se considera una validación concurrente de esa escala. Se presentan los tertiles de las escalas del CDPM y de los elementos de la subescala del Síndrome como datos de referencia poblacionales. Los resultados obtenidos confirman la utilidad del CDPM como un instrumento válido para la evaluación del desgaste profesional en médicos.

Palabras clave: desgaste profesional, estrés asistencial, estrés laboral, profesionales de la salud, factores psicosociales

ABSTRACT

Recent researches have been done in the construction of instruments to measure burnout in specific professions. This paper presents the results of the elaboration of a Cuban version of the Questionnaire on Medical Professional Burnout (CDPM, its acronym in Spanish) by Moreno, Gálvez, Garrosa, and Mingote. This questionnaire consists of four scales which represent four components of the burnout process: Antecedents, Syndrome, Consequences and Modulators. Additionally were administered the Stress Symptomatology Inventory (ISE in Spanish), by Moreno, the Symptoms Check List Revised (SCL-90-R), by Leonard R. Derogatis and the Maslach Burnout Inventory (MBI) by Maslach and Jackson. All questionnaires were administered to 704 physicians from primary health care level of Havana City. Results present descriptive statistics of CDPM's variables as well as Pearson's correlation coefficients among its scales. Obtained Cronbach's Alpha Coefficients confirm the reliability of its scales (0,75; 0,82; 0,90 and 0,57, respectively) in general terms. An exploratory and a confirmatory factor analysis confirm the Syndrome scale's structure. CDPM variables correlated in the expected direction and statistical significance with ISE, SCL-90-R and MBI questionnaires, what is interpreted as a concurrent validation of that scale. Reference data are presented in terms of the tertiles of the scores of CDPM scales and Syndrome's components subscale. In conclusion, obtained results confirm the usefulness of CDPM as a valid and specific instrument for the evaluation of burnout in physicians.

Keywords: burnout, work stress, health professionals, psychosocial factors

¹ Licenciado en Psicología, Doctor en Ciencias Psicológicas, Máster en Salud de los Trabajadores, Investigador Titular, Profesor Titular. Departamento de Psicología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

² Médico especialista de I grado en Medicina General Integral. Universidad Médica de La Habana, La Habana, Cuba

³ Médico especialista de I grado en Psiquiatría. Centro Comunitario de Salud Mental del municipio Playa, La Habana, Cuba

⁴ Licenciado en Psicología, Doctor en Ciencias de la Salud, Máster en Salud de los Trabajadores, Investigador Titular, Profesor Titular. Departamento de Investigaciones, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

⁵ Licenciado en Matemática. Instituto de Matemática, Cibernética y Física, Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente, La Habana, Cuba

Correspondencia:

DrC Jorge Juan Román Hernández

Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores

Calzada de Bejucal km 7 1/2 N° 3035 entre Heredia y 1ª, La Esperanza, Arroyo Naranjo, CP10900, La Habana, Cuba

E-mail: roman@informed.sld.cu

Agradecimientos:

Los autores agradecen la colaboración y el apoyo práctico del profesor Bernardo Moreno, de la Universidad Autónoma de Madrid, en la investigación realizada.

INTRODUCCIÓN

Los desarrollos teóricos actuales sobre el desgaste profesional (entiéndase como equivalente a la expresión inglesa *burnout* o las traducciones al español como síndrome del quemado o estrés asistencial, entre otras) se han propuesto nuevas perspectivas en diversas direcciones de la indagación científica. Una de estas direcciones es contextualizar su evaluación en desempeños profesionales específicos, toda vez que sus elementos desencadenantes, el curso del proceso, los potenciales factores moduladores del mismo y sus consecuencias pueden diferir de una profesión a otra sustancialmente. Este hecho reviste significación particular no solo para la comprensión del fenómeno mismo, sino además para su prevención. Por ello resulta necesario disponer de instrumentos de evaluación orientados a profesiones específicas en el ámbito social cubano, en particular, en el caso de los médicos.

Desde la formulación por Freudenberger¹ del síndrome de burnout, se ha elaborado un cuerpo teórico considerable. La formulación operativa del burnout en el Maslach Burnout Inventory (MBI)² como un síndrome caracterizado por el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal, permitió un desarrollo empírico notable³, al punto de que hoy en día constituye aún el instrumento (incluyendo la versión posterior para todas las profesiones, el MBI-GS) más empleado o al menos más mencionado en la literatura especializada.

En Cuba, hasta el presente, las profesiones sanitarias (médicos, enfermeros, psicólogos, técnicos de salud) han sido las más estudiadas respecto al desgaste profesional y al estrés psicosocial laboral^{4,5}. Para ello los investigadores han empleado diversos instrumentos, tanto no específicos de las profesiones sanitarias y focalizados en el síndrome, como el MBI, así como el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) de Moreno, Bustos, Matallana y Miyares⁶, que incluye condiciones que anteceden y suceden a la gestación del síndrome.

Es así que los instrumentos generales de evaluación del desgaste profesional permiten una aproximación global, pero no consideran los elementos propios y específicos que tienen las diferentes profesiones a lo largo de todo el proceso y que son los elementos que facilitan posteriormente una línea de prevención e intervención más precisa y concreta. Aunque de suyo se comprende que resulta imposible elaborar instrumentos específicos para todas las profesiones, sí es adecuado trabajar en algunas de las profesiones más afectadas por el síndrome y cuya importancia en el bienestar social es mayor, como la profesión médica.

Por otra parte, se han planteado consideraciones en la investigación y evaluación del desgaste profesional que cuestionan aspectos específicos de las concepciones teóricas y las formulaciones instrumentales conocidas, y

en particular al MBI cuando es aplicado a grupos poblacionales específicos. Moreno, Gálvez, Garrosa y Mingoite⁷ han propuesto un cuestionario para la exploración del desgaste específicamente diseñado para médicos.

Este instrumento, el Cuestionario de Desgaste Profesional para Médicos (CDPM), valora no solamente el síndrome tal como fuera propuesto inicialmente por Maslach, sino además incluye antecedentes, consecuencias y moduladores del mismo. En este sentido, pretende captar un proceso de surgimiento y resultados de la acción del síndrome. Su aplicación empírica por los autores del instrumento ha permitido apreciar características psicométricas muy positivas, que avalan su empleo.

El CDPM consta de cuatro escalas, las que a su vez se encuentran dispuestas como secciones del instrumento, escalas de antecedentes del síndrome de desgaste profesional, del síndrome propiamente dicho, de consecuencias o consecuencias del síndrome y de moderadores del mismo. Adicionalmente, se ve precedido de preguntas de caracterización sociodemográfica y ocupacional del encuestado.

Esta investigación tiene por objeto la adaptación y aplicación de una versión del CDPM a una muestra de médicos cubanos.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes

Tomaron parte en la investigación 704 médicos de la atención primaria de salud de la ciudad de La Habana, de los cuales el 76,7 % eran mujeres. El procedimiento seguido en su selección fue opinático. Fueron seleccionados de los 82 policlínicos existentes tomándose, en lo posible 10 profesionales en cada uno, 4 de los cuales eran los directivos de las instituciones de salud siempre que fueran médicos, y 6 médicos asistenciales seleccionados de los consultorios numerados como impares, y luego, de no alcanzarse la cifra antes dicha, de los consultorios con numeración par, siempre en orden creciente. Con esto se procuró evitar un sesgo de selección.

La tabla 1 ofrece datos que caracterizan la edad y experiencia laboral de los participantes, en total y por sexos.

Características del trabajo

A pesar de tratarse de profesionales médicos de la atención primaria de salud, el trabajo que realizan se diferencia según algunos aspectos, tales como la realización o no de tareas de dirección, el escenario laboral más frecuente (policlínico, consultorio comunitario, o ambos), realización de guardias médicas y carga de trabajo horaria y por cantidad de pacientes atendidos.

Tabla 1
Características de los participantes

Variables (en años)	Hombres		Mujeres		Total	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Edad promedio	39,0	7,5	38,7	6,7	38,8	6,9
Experiencia laboral como médico	14,2	7,1	14,5	6,3	14,4	6,5
Experiencia laboral en puesto actual	7,2	5,9	9,0	6,6	8,6	6,5
Experiencia laboral en centro actual	7,2	5,5	9,3	6,1	8,8	6,0

El promedio de pacientes que los participantes atienden al día es de 22,7 y la cantidad más frecuente (en 123 médicos encuestados) de 30 pacientes. La exposición a la atención a pacientes fue estimada como superior al 80 % de la jornada laboral por el 48,2 % de los médicos; entre un 60 y 40 % por el 21,3 % de los participantes; entre un 40 y un 20 % por el 68 %, e inferior al 20 % un 23,3% de los médicos que respondieron la encuesta.

Debe tenerse en cuenta que, dado el proceso de selección, un 49,9 % de los encuestados, prácticamente la mitad, declaró tener responsabilidades administrativas, y el 19,9 % desempeñaba cargos de dirección en sus respectivos policlínicos, los que tienden a coincidir con los que tenían menos tiempo de la jornada en atención a pacientes. No obstante, la tarea de dirección de personal subordinado, por ejemplo, la dirección de enfermeros, afectó a un 82,4 % del total, de modo que las actividades de dirección en su acepción más amplia, tienden a conjugarse con la atención de los pacientes en la amplia mayoría de los médicos participantes en el estudio.

El promedio de horas de trabajo semanal fue estimado en 54,2 horas a partir de las declaraciones de los participantes.

En relación con las guardias médicas, el 18,8 % declaró no realizarlas; el 8,8 % manifestó hacer una al mes; el 21,6 % entre 2 y 3 guardias mensuales; el 33,5 % entre 4 y 5 guardias cada mes; y el 17,8 % una cantidad superior a 5 mensualmente. No hubo relación entre la cantidad de guardias al mes y el desempeño de cargos de dirección. Debe tenerse en cuenta, además, que la realización de la guardia nocturna no les exime del cumplimiento de las jornadas laborales anterior y posterior a la guardia.

Instrumentos

El principal instrumento aplicado fue el Cuestionario de Desgaste Profesional para Médicos, de Bernardo Moreno, Macarena Gálvez y Eva Garrosa, elaborado en el año 2004. Se realizaron algunos cambios léxicos y sintácticos menores en diversos ítems, sugeridos por especialistas cubanos para facilitar su comprensión en este contexto sociocultural.

Adicionalmente, se aplicaron tres instrumentos más. El Inventario de Sintomatología del Estrés (ISE), de B. Moreno, consistente en treinta síntomas subjetivos y del comportamiento; el cuestionario *Symptoms Check List Revised* (SCL-90-R), de Leonard R. Derogatis adaptado por González de Rivera, que consiste en un cuestionario de noventa síntomas de alteraciones de la salud mental, y el MBI.

Procedimiento

Los participantes seleccionados fueron informados de los propósitos del estudio y se les solicitó su voluntario consentimiento a tomar parte en el mismo. Un equipo de cuatro entrevistadores, previamente entrenados, entregó los instrumentos, que fueron llenados de modo autónomo y anónimamente por los participantes. Se concedieron y observaron todas las normas de confidencialidad de la información desde la administración de los instrumentos hasta el procesamiento de datos.

Respecto al procedimiento de análisis estadístico, se calcularon las estadísticas descriptivas de las escalas y subescalas del CDPM; se calcularon sus valores Alpha de Cronbach y los promedios de correlaciones inter-ítems; se realizó un análisis factorial exploratorio por el método de componentes principales con rotación Varimax y un análisis factorial confirmatorio. Se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre las escalas del cuestionario y entre las subescalas del Síndrome. A los fines de sustentar la validez del instrumento, se calcularon sus asociaciones (coeficientes de correlación de Pearson) de la escala del Síndrome del CDPM con los cuestionarios ISE, SCL-90-R y MBI.

Se estableció un nivel de $p \leq 0,05$ para la significatividad estadística de los coeficientes de correlación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los resultados principales que caracterizan psicométricamente el CDPM en médicos cubanos de atención primaria de salud.

La tabla 2 ofrece muestra las medias y desviaciones estándares de las diversas variables del cuestionario.

Tabla 2
Estadísticas descriptivas y de confiabilidad

Variables CDPM	n	Media	D.E.	α de Cronbach	Promedio correlación interítems
Escala de antecedentes	656	58,23	7,32	0,75	0,13
GyS (gerencia y supervisión)	693	11,22	2,76	0,72	0,39
PT (presión temporal)	693	8,87	1,76	0,40	0,19
DSP (deterioro social de la profesión)	690	6,90	2,04	0,49	0,24
CDM (contacto con el dolor y la muerte)	696	9,77	1,54	0,61	0,34
PS (presión social)	697	13,20	2,13	0,59	0,26
PD (pacientes difíciles)	691	8,14	1,61	0,09	0,03
Escala del síndrome	684	2,46	0,54	0,82	0,28
Agot (agotamiento)	693	2,80	0,79	0,82	0,54
Dist (distanciamiento)	701	1,80	0,61	0,65	0,32
PExp (pérdida de expectativas)	690	2,79	0,69	0,72	0,39
Escala de consecuentes	684	35,34	9,68	0,90	0,37
DAP (deseos de abandono profesional)	697	8,56	3,69	0,69	0,67
CF (consecuencias físicas)	699	10,38	3,10	0,82	0,53
AP (aislamiento profesional)	698	7,30	2,50	0,72	0,40
CE (consecuencias emocionales)	692	9,07	2,70	0,72	0,40
Escala de moduladores	686	32,83	4,36	0,57	0,10
EVE (expresión verbal de las emociones)	698	11,55	2,55	0,73	0,43
Compre (comprensibilidad)	698	10,60	2,17	0,47	0,19
FA (flexibilidad adaptativa)	694	10,65	2,18	0,50	0,19

La comparación de las medias de los componentes del síndrome con las que obtuvieron los autores del CDPM con médicos de la atención primaria de salud de Madrid ⁷, permite apreciar que en agotamiento y pérdida de expectativas los profesionales españoles presentan valores inferiores (2,12 y 2,80; respectivamente), aunque en el caso del distanciamiento su valor promedio es superior (2,01).

Los coeficientes Alpha de Cronbach alcanzan niveles altos en las tres primeras escalas, de antecedentes, síndrome y consecuentes; no así en moduladores, que se encuentra por debajo de un valor de 0,60.

Según se puede observar, los promedios de correlaciones interítems resultan más altos en la escala del síndrome y en la escala de consecuentes o consecuencias. Algunas de las subescalas de antecedentes, en particular la de presión temporal, son bajas. De revisarse estas subescalas, especialmente la de pacientes difíciles, se mejoraría el coeficiente Alpha.

Los moduladores arrojan resultados que también sugieren una revisión de los ítems en algunas de sus subescalas, las de comprensibilidad y de flexibilidad adaptativa.

Si se comparan los resultados anteriormente comentados con los de la muestra de adaptación española referidos por los autores del CDPM ⁷, se podrá observar que,

por regla general, los coeficientes Alpha de Cronbach obtenidos con los profesionales cubanos son inferiores a los conseguidos con los profesionales españoles.

Los resultados del análisis factorial exploratorio de la escala del síndrome se presentan en la tabla 3. La estructura factorial de los ítems coincide con las tres subescalas teóricamente concebidas en el síndrome de desgaste profesional, e igualmente coincidentes con los resultados referidos por los autores originales ⁷. Sin embargo, la varianza total explicada por el sistema de 3 factores resultante fue de un 57 %, relativamente aceptable, y superior al reportado (53 %) por los autores del instrumento. Se escriben en negritas los valores superiores a 0,65.

Como puede apreciarse, la estructura de 3 factores obtenida se corresponde con las tres dimensiones del síndrome de desgaste profesional y constituye, por tanto, una confirmación de la validez de constructo de la escala del CDPM. El factor 1 agrupa con las mayores saturaciones los ítems de agotamiento emocional, el factor 2 los ítems de distanciamiento y el 3 los de pérdida de expectativas. Esta solución factorial es muy similar a la obtenida por los autores españoles originales ⁷.

Los resultados del análisis factorial confirmatorio son como se refleja en la tabla 4.

Tabla 3
Análisis factorial exploratorio de la escala del síndrome

Ítems	Subescala	Factor I	Factor II	Factor III
1	Distanciamiento	0,063381	0,675116	-0,112852
2	Agotamiento	0,809616	0,070159	0,091218
3	Pérdida de expectativas	0,372280	-0,054378	0,411641
4	Distanciamiento	0,139738	0,670153	0,095328
5	Agotamiento	0,805101	0,216959	0,135249
6	Pérdida de expectativas	0,231322	0,221595	0,687527
7	Distanciamiento	0,036331	0,701945	0,207163
8	Agotamiento	0,760791	0,152217	0,264082
9	Pérdida de expectativas	0,143711	0,075956	0,813639
10	Distanciamiento	0,120410	0,679352	0,287065
11	Agotamiento	0,702871	0,054847	0,273215
12	Pérdida de expectativas	0,203772	0,175363	0,757352
Valores propios		4,152642	1,572037	1,167223
Proporción de la varianza total		34,60535	13,10031	9,72685
Varianza acumulada		34,60535	47,70566	57,43251

Tabla 4
Análisis factorial confirmatorio

Variable latente	Variable manifiesta	Parámetro estimado	Error estándar	T	Probabilidad
Síndrome	Agotamiento	0,535	0,040	13,474	0,000
	Distanciamiento	0,275	0,027	10,217	0,000
	P. expectativas	0,532	0,037	14,431	0,000
Agotamiento	Ítem 2	0,664	0,035	18,961	0,000
	Ítem 5	0,767	0,034	22,348	0,000
	Ítem 8	0,788	0,036	22,027	0,000
	Ítem 11	0,656	0,036	18,420	0,000
Distanciamiento	Ítem 1	0,380	0,039	9,729	0,000
	Ítem 4	0,513	0,042	12,350	0,000
	Ítem 7	0,551	0,040	13,634	0,000
	Ítem 10	0,541	0,037	14,804	0,000
P. expectativas	Ítem 3	0,319	0,034	9,528	0,000
	Ítem 6	0,602	0,038	15,977	0,000
	Ítem 9	0,727	0,040	17,978	0,000
	Ítem 12	0,743	0,040	18,512	0,000

Índices de ajuste al modelo de tres factores: Método de estimación: GLS->ML; Función de discrepancia: 0,7; Coseno residuo máximo: 6,17 E-005; Gradiente máx. abs. 8,23 E-005; Criterio ICSF 1,62 E-006; Criterio ICS: 2,91 E-005; Chi-cuadrada: 478,03; gl: 54; Nivel de Chi-cuadrada: 0,00000; RMSEA Steiger-Lind Punto estimado: 0,108, 90 % inferior: 0,0992, 90 % superior: 0,117; RMS residuo estándar: 0,188.

Los valores de los parámetros de las variables latentes en la solución de agrupación de los ítems en tres factores, así como el factor de segundo orden que representa al síndrome de desgaste profesional, son significativos y confirman el modelo teórico.

A continuación, la tabla 5 presenta las correlaciones entre las escalas del cuestionario. No resultó coeficiente significativo estadísticamente ($p \leq 0,05$) el valor en cursivas, que corresponde a la escala de moduladores y antecedentes. De hecho, los coeficientes más bajos son

de los moduladores. Sus coeficientes son negativos, lo cual avala el criterio constructivo de los mismos en tanto atenuadores del desgaste profesional. Los restantes de

las variables del CDPM son coeficientes significativos y moderadamente altos.

Tabla 5
Correlaciones entre escalas del CDPM

	CDPM-Antec	CDPM-Sínd	CDPM-Consec
CDPM-Sínd	0,50		
CDPM-Consec	0,42	0,71	
CDPM-Modul	-0,02	-0,18	-0,26

En cuanto a los componentes del síndrome, que puede considerarse la escala más importante a los fines del criterio de presencia o prevalencia del desgaste profesio-

nal, se obtuvieron coeficientes positivos y significativos entre los mismos, tal como muestra la tabla 6.

Tabla 6
Correlaciones entre componentes del síndrome

	SIND-Agotamiento	SIND-Distanciamiento
SIND-Distanciamiento	0,30	
SIND-Pérdida de expectativas	0,52	0,36

Las asociaciones entre los componentes del síndrome son inferiores a las obtenidas por los autores originales, excepto entre agotamiento y pérdida de expectativas. No obstante, estadísticamente son todas significativas.

Un recurso de validación del cuestionario fue realizado en relación con la escala del síndrome en particular y otros instrumentos con los cuales los estudios de asociaciones permitieron establecer juicios sobre su respectiva convergencia. Se presentan los resultados con tres

instrumentos, el Inventario de Síntomas de Estrés de Moreno (ISE), el cuestionario de síntomas de alteraciones de la salud mental Symptoms Check List de Derogatis (SCL-90-R) y el Maslach Burnout Inventory de Maslach y Jackson (MBI).

El estudio de asociaciones efectuado entre los componentes de la escala del síndrome y el Inventario de Síntomas de Estrés (ISE), se presenta en la tabla 7.

Tabla 7
Asociaciones entre el CDPM y el ISE

	CDPM	ISE
Componentes del proceso		
Antecedentes		0,27
Síndrome		0,49
Consecuentes		0,62
Moduladores		-0,26
Componentes del síndrome		
Agotamiento		0,58
Distanciamiento		0,23
Pérdida de expectativas		0,29

Todos los coeficientes resultaron estadísticamente significativos. Con los síntomas de estrés las correlaciones más elevadas corresponden a las escalas del síndro-

me y de consecuentes, lo cual es esperable, como del mismo modo lo fue la obtención de un coeficiente de signo negativo con la escala de moduladores.

El cuestionario de L. Derogatis contiene ítems que reflejan alteraciones diversas de la salud mental: somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, síntomas misceláneos. Su valoración general se realiza mediante tres indicadores generales: IGS (índice global de severidad), que refiere la intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático global; TSP (total de síntomas positivos), el que refleja la amplitud y diversidad de la psicopatología, total de síntomas presentes; y el IDSP (índice de diestrés de síntomas positivos), intensidad sintomática media, relaciona el diestrés global con el número de síntomas.

En la tabla 8 se aprecian las asociaciones entre las escalas del CDPM y los indicadores generales del SCL-90-R. Todas son significativas estadísticamente y positivas, con la esperada excepción de la escala de moderadores, cuyos coeficientes, consecuentemente, son de signo negativo y presenta una corre-

lación no significativa (en cursivas). Estos resultados sugieren una relación entre el proceso de desgaste profesional y las alteraciones de la salud mental.

De modo más específico, se analizan en la tabla 9 los componentes del síndrome propiamente dicho y las categorías de síntomas del cuestionario de Derogatis.

Si bien todas las correlaciones son positivas y estadísticamente significativas, es de notar que los coeficientes más elevados corresponden al componente del agotamiento, siendo más alto, precisamente, con los síntomas depresivos y seguidamente la ansiedad, manifestaciones de alteración de la salud mental con las que más se ha vinculado este componente del síndrome de desgaste profesional o *burnout*.

Finalmente, la validación convergente con el Inventario de Burnout de Maslach (MBI). Los resultados, igualmente confirmatorios de la escala del síndrome del CDPM, se ofrecen en la tabla 10.

Tabla 8
Correlaciones entre CDPM e indicadores generales del SCL-90-R

CDPM	SCL-ISG	SCL-TSP	SCL-IDSP
Antecedentes	0,25	0,24	0,28
Síndrome	0,39	0,42	0,32
Consecuentes	0,48	0,51	0,36
Moduladores	-0,26	-0,28	-0,08

Tabla 9
Correlaciones entre el síndrome de desgaste profesional y síntomas de alteraciones de la salud mental

SCL-90-R	CDPM-Agot	CDPM-Dist	CDPM-PExp
Somatización	0,42	0,12	0,17
Obsesión-compulsión	0,39	0,17	0,22
Sensibilidad interpersonal	0,35	0,25	0,27
Depresión	0,49	0,18	0,26
Ansiedad	0,43	0,21	0,21
Hostilidad	0,42	0,24	0,29
Ansiedad fóbica	0,25	0,13	0,09
Ideación paranoide	0,34	0,22	0,27
Psicoticismo	0,30	0,18	0,19
Síntomas misceláneos	0,37	0,20	0,19

Tabla 10
Asociación entre el CDPM y el MBI

CDPM	MBI		
	Agotamiento	Despersonalización	Falta de realización personal
Agotamiento	0,52	0,38	0,41
Distanciamiento	0,32	0,43	0,30
Pérdida de expectativas	0,43	0,29	0,46

Los resultados mostrados constituyen una nueva confirmación de la validez del CDPM, en este caso con el instrumento que pudiéramos considerar la regla de oro, dada la extensión del MBI como herramienta psicométrica para la evaluación del burnout.

En comparación con similar análisis realizado por los autores originales con médicos españoles de Madrid, los coeficientes en ambos estudios son relativamente semejantes. Entre las escalas de contenidos equivalente (agotamiento, despersonalización-distanciamiento y falta de realiza-

ción-pérdida de expectativas), en las dos primeras los coeficientes obtenidos con médicos españoles resultaron superiores a los del estudio con profesionales cubanos; no así en el par de variables restante.

En la tabla 11 se presentan baremos o valores de referencia del cuestionario. Ellos serán expresados en los correspondientes tertiles 33,3 % y 66,7 %, datos que pueden constituir puntos de comparación para investigaciones ulteriores en la población cubana.

Tabla 11
Tertiles CDPM

	n	Bajo	Medio	Alto
Componentes del proceso				
Antecedentes	656	< 55,0	55,0 – 61,0	> 61,0
Síndrome	684	< 2,25	2,25 – 2,75	> 2,75
Consecuentes	684	< 32,0	32,0 – 40,0	> 40,0
Moduladores	686	< 31,0	31,0 – 34,0	> 34,0
Componentes del Síndrome				
Agotamiento	693	< 2,5	2,5 – 3,25	> 3,25
Distanciamiento	701	< 1,5	1,5 – 2,0	> 2,0
Pérdida de expectativas	690	> 2,5	2,5 – 3,0	> 3,0

A manera de conclusiones, el Cuestionario de Desgaste Profesional para Médicos de Moreno, Gálvez y Garrosa ⁷ constituye un instrumento de utilidad para la caracterización de las condiciones psicosociales del trabajo de estos profesionales y el resultante síndrome producto del estrés asistencial que genera el ejercicio de su trabajo.

Este instrumento, bajo una elemental adaptación sociolingüística mostró propiedades psicométricas adecuadas que avalan su empleo en la práctica profesional. No obstante, es susceptible de modificaciones en algunos de sus reactivos a fin de incrementar su confiabilidad en varias de sus escalas.

Los resultados además permiten confirmar su validez de constructo en lo que respecta a la evaluación del síndrome de desgaste profesional, así como su validez respecto a otros criterios externos a la prueba misma.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Freudenberger HJ. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 1974;30(1):159-65.
- 2) Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press; 1981.
- 3) Maslach C, Schaufeli W. Historical and conceptual development of burnout. En: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, eds. *Professional burnout. Recent developments in theory and research*. New York: Taylor and Francis; 1993. p. 1-18
- 4) Bertot M. Estrés asistencial en médicos de segundo nivel de atención: un estudio institucional. Tesis para optar por el título de especialista de primer grado de Psiquiatría. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2000.
- 5) Chacón M, Grau J, Hernández L, Román JJ. (2005). El desgaste profesional o burnout como problema de la psicología de la salud: su control en los equipos de salud. En: Hernández E, Grau J, coordinadores. *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicación*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, México; 2005. p. 641-77.
- 6) Moreno B, Bustos R, Matallana A, Miralles T. (1997). La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. *El CBB como evaluación de los elementos del proceso*. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*. 1997;13(2):185-207.
- 7) Moreno B, Gálvez M, Garrosa E, Mingote JC. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Atención primaria*. 2006;38(10):544-9.

Recibido: 15 de mayo de 2011

Aprobado: 5 de marzo de 2012