

BURNOUT

I N D I C E

Presentación Fernando Giner Giner <i>Presidente de la Diputación de Valencia</i>	7
Presentación Rafael Perales Marín <i>Diputado del Área de Bienestar Social y Sanidad Diputación de Valencia</i>	9
“El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Factores antecedentes y consecuentes” Pedro R. Gil-Monte	11
Medida y evaluación del burnout: nuevas perspectivas Marisa Salanova	27
El Síndrome de quemarse por el trabajo en diversos grupos profesionales de los Servicios Sociales de la provincia de Valencia José Luis Aragón	45
Intervenciones sobre el síndrome de burnout Wilmar B. Schaufeli	63

**“El síndrome de quemarse
por el trabajo (burnout).
Factores antecedentes y
consecuentes”**

Dr. Pedro R. Gil-Monte

Doc. de la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional
(UNIPSIICO)

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

Universitat de València

Dpto. Psicología Social

Avda. Blasco Ibáñez, 21, 46010 Valencia

Tfno: +34-963864564, FAX: +34-963864668

e-mail: pedro.gil-monte@uv.es

*Conferencia impartida en la Jornada “El síndrome de quemarse
por el trabajo en Servicios Sociales”, organizada por el Servicio de
Acción Social de la Diputación de Valencia, el 25 de noviembre de 2005*

El síndrome de quemarse por el trabajo. Factores antecedentes y consecuentes

El síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (burnout) es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece con frecuencia en los profesionales del sector servicios cuya actividad laboral se desarrolla hacia personas. Se trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo, y se caracteriza por la aparición de cogniciones, de emociones, y de actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial los clientes, y hacia el propio rol profesional. Como consecuencia de esta respuesta aparecen una serie de disfunciones conductuales, psicológicas, y fisiológicas, que van a tener repercusiones nocivas para las personas y para la organización (Figura 1).

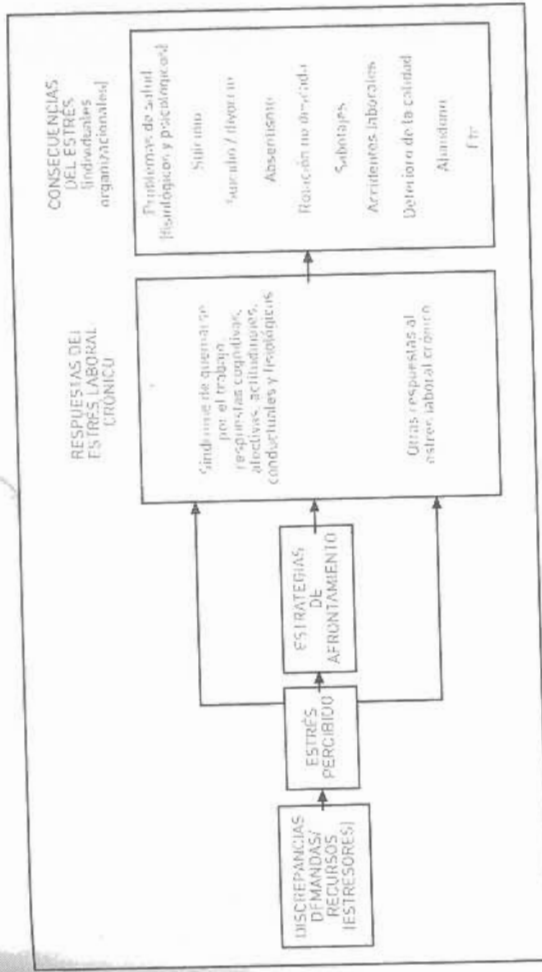


Figura 1.- El SQT en el proceso de estrés laboral crónico.

El SQT aparece porque el trabajador se ve desbordado y se percibe impotente para hacer frente a los problemas que le genera su entorno laboral, en especial su entorno social. Los individuos se sienten desgastados y agotados por la percepción continuada de presión en su trabajo. Es una patología que tiene su origen en el entorno, no en el individuo. En consecuencia, la prevención debe ir dirigida prioritariamente a modificar el entorno laboral.

El SQT es un proceso que se desarrolla de manera progresiva. Su progreso está vinculado a la utilización de estrategias de afrontamiento, más o menos funcionales, por parte del individuo con las que intenta autoprotegerse del estrés laboral derivado de sus relaciones con los clientes de la organización y, en general, con su contexto de trabajo.

el SQT en toda su amplitud. El SQT ha sido definido como un síndrome de agotamiento físico y emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, pobre autoconcepto, y pérdida del interés por los clientes, que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicio (Maslach y Pines, 1977). Otros autores lo conceptualizan como una pérdida progresiva del idealismo, de la energía y del deseo de alcanzar objetivos, que aparece en los profesionales de ayuda como resultado de sus condiciones de trabajo (Edelwich y Brodsky, 1980); o como un estado de agotamiento mental, emocional y físico causado por el estrés emocional crónico resultado de la implicación excesiva con la gente durante largos periodos de tiempo (Pines y Kafry, 1982).

La mayoría de los investigadores se encuadran desde el inicio en una aproximación psicosocial al estudio del fenómeno, y lo describen como un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral. Este proceso se caracteriza por sentimientos de fallo o desorientación profesional, desgaste y fragilidad emocional, sentimientos de culpa por la falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional, y aislamiento. Para Gil-Monte (2005) el SQT es una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios por un deterioro en contacto con los clientes o usuarios de la organización. Esta respuesta se caracteriza por una baja realización 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, festivos. En ocasiones, estos síntomas se acompañan de sentimientos de culpa.

Estos síntomas pueden ser evaluados mediante el "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT) (Gil-Monte, 2005). El CESQT está formado por veinte ítems que se agrupan en cuatro dimensiones denominadas (Figura 2):

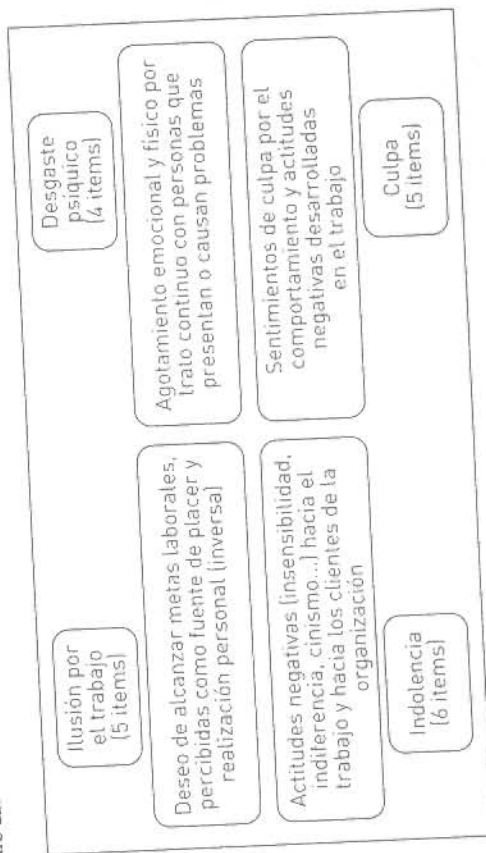


Figura 2. Dimensiones del CESQT.

El fenómeno ha sido descrito principalmente en los profesionales de las organizaciones de servicios (profesionales de enfermería, médicos, maestros, funcionarios de prisiones, policías, trabajadores sociales, etc.) que trabajan en contacto directo con los clientes de esas organizaciones (pacientes, alumnos, presos, indigentes, etc.). No obstante, el SQT no está necesariamente restringido a los profesionales de los servicios humanos. Aunque este síndrome aparece como una psicopatología específica de estos ámbitos profesionales, el fenómeno también ha sido descrito y estudiado en trabajadores de otro tipo de organizaciones, como vendedores (Sand y Miyazaki, 2000), entrenadores y deportistas (Raedeke, Granzky y Warren, 2000), voluntarios (Capner y Callabiano, 1993), e incluso se ha estudiado vinculado a la relación de pareja (Pines, 1996).

1. Delimitación conceptual.

El SQT aparece en la literatura científica a mediados de los años 70 para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención a los usuarios de las organizaciones de servicios (organizaciones de voluntariado, sanitarias, de servicios sociales, educativas, etc.). El primer autor en delimitarlo como un problema de salud vinculado al ejercicio de la actividad laboral fue Freudenberguer (1974), quien lo describe como una experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios como consecuencia del ejercicio diario del trabajo.

Desde entonces se han elaborado numerosas definiciones para delimitar este fenómeno y explicar su desarrollo. Una de las primeras definiciones es la elaborada por Perlman y Hartman (1982), quienes tras realizar una revisión de la literatura, en la que consideran las definiciones elaboradas entre 1974 y 1980 sobre el SQT, concluyen que puede definirse como: "una respuesta al estrés emocional crónico con tres componentes: agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral, y un exceso de despersonalización". Esta definición fue respaldada empíricamente por el cuestionario elaborado por Maslach y Jackson (1981) para la evaluación del SQT, el "Maslach Burnout Inventory". Desde este instrumento se ha construido la definición más extendida en la actualidad. De manera que el SQT ha quedado definido como un síndrome que consta de tres síntomas:

- Baja realización personal en el trabajo: tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, en especial su habilidad para realizar el trabajo y para tratar con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales.
- Agotamiento emocional: experiencia en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios debido al contacto diario y continuo con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo y que presentan problemas o resultan problemáticas (pacientes, presos, indigentes, alumnos, etc.).
- Despersonalización: desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, como el cinismo, hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales con indiferencia y de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas (v.g., al paciente le estaría bien merecida su enfermedad, al indigente sus problemas sociales, al preso su condena, etc.).

No obstante, existen otras definiciones que no son tan conocidas pero que ayudan a entender mejor

1. Inusión por el trabajo. Esta dimensión está formada por 5 ítems (v.g., 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 4 ítems (v.g., 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. Formada por 6 ítems (v.g., No me apetece atender a algunos pacientes). 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. Esta dimensión la forman 5 ítems. (v.g., 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. Otras respuestas al estrés laboral.

Un problema importante cuando se pretende diagnosticar el SQT mediante una entrevista clínica es establecer cuáles son sus síntomas, pues la variedad de síntomas asociados al SQT puede ocasionar que éste se convierta en un cajón de sastre al que va a parar cualquier profesional que se perciba estresado, lo que no favorece nada su reconocimiento como patología laboral (ver Tabla 1). Estados transitorios de fatiga, de frustración, y de baja realización profesional fruto de la relación con los clientes de la organización, o resultado del clima social, pueden ser diagnosticados como SQT. Esta ambigüedad y la confusión que genera también impregna los medios de comunicación, de manera que se exagera la patología y su incidencia o, en ocasiones, se ridiculiza.

Es importante matizar que los síntomas que se asocian al SQT, los síntomas patognomónicos que lo caracterizan (v.g., pérdida de la autoestima, sensación de fracaso profesional, sentimientos de culpa, agotamiento emocional, indiferencia hacia los problemas de los clientes, etc.) no indican necesariamente la presencia del síndrome. Por ejemplo, diagnosticar que un profesional sufre el SQT porque se encuentra agotado emocionalmente puede ser un craso error, pues un profesional puede sentir agotamiento emocional y no sufrir el SQT. De igual manera, un profesional puede ser cínico, cruel e indiferente con los clientes de la organización, por motivos de personalidad o de educación, sin desarrollar el síndrome. En consecuencia, es muy importante tener presente el contexto en el que surge la patología y su proceso de desarrollo, así como la concurrencia de varios síntomas que deterioran el plano cognitivo, afectivo y actitudinal del individuo para considerar que un determinado síntoma es indicador del síndrome.

Síntomas Cognitivos	Síntomas afectivo - emocionales	Síntomas actitudinales	Otros síntomas
<ul style="list-style-type: none"> Sentirse contrariado Sentir que no valoran tu trabajo Perdersse incapar para realizar las tareas Pensar que no puedes abarcarlo todo Pensar que trabajas mal Falta de control Verlo todo mal Todo se hace una montaña Sensación de no mejorar Inseguridad Pensar que el trabajo no vale la pena Pérdida de autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> Nerviosismo Irritabilidad y mal humor Disgusto y enfado Frustración Agresividad Desencanto Aburrimiento Apatía Tristeza y depresión Desgaste emocional Angustia Sentimientos de culpa 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de ganas de seguir trabajando Apatía Irresponsabilidad Escaparse Pasar de todo Estar harto Intolerancia Impaciencia Quejarse por todo Evaluar negativamente a compañeros Romper con el entorno laboral Ver al cliente como un enemigo Frustración hacia los clientes No aguantar a los clientes Indiferencia Culpar a los demás de su situación 	<p>Conductuales</p> <ul style="list-style-type: none"> Aislamiento No colaborar Contestar mal Enfriamientos <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Cansancio

Tabla 1. Principales síntomas psicológicos del SQT (Gil-Monte, 2005).

3. El desarrollo del SQT.

Considerando la definición presentada al final del punto 2, fruto de la revisión de la literatura y del estudio de casos, se ha elaborado un modelo para explicar el proceso de desarrollo del SQT, esto es, la relación que se establece entre sus síntomas. El modelo hipotetiza la existencia de dos perfiles de individuos en el desarrollo del SQT. Por una parte, están los individuos a los que las estrategias de afrontamiento cognitivas que permiten justificar la utilización de conductas proscritas por la ética (v.g., 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 hipotetizado son individuos que experimentan remordimientos por no realizar de manera adecuada las prescripciones del rol, por sentirse desgastados y no poder dar más de sí mismo, y por la utilización de estrategias de afrontamiento que conllevan un trato negativo e impersonal de los clientes. Estas estrategias no les resultan eficaces debido a la influencia de variables psicosociales (v.g., orientación comunal, altruismo), o porque sienten que están violando algún tipo de código ético, o alguna norma derivada de las prescripciones del rol. En todos estos casos, los sentimientos de culpa intervienen en la aparición

acompañamiento y apoyo legal) a los miembros más vulnerables de la sociedad, en unos momentos en los que los cambios sociales son vertiginosos y bajo la presión de los medios de comunicación.

Los profesionales de los Servicios Sociales tiene que trabajar con frecuencia en contacto con personas con problemas, en ocasiones estas personas son menores que muestran desdén hacia el profesional, y apatía, al tiempo que establecen vínculos afectivos con los profesionales.

Los estresores pueden afectar de manera diferente al desarrollo de los síntomas y al progreso del síndrome en función de algunas variables de personalidad (v.g., autoeficacia, locus de control, estilos de afrontamiento, etc), de variables sociodemográficas individuales (v.g., edad, sexo, nivel educativo), o de condiciones personales (v.g., relaciones extralaborales), por lo que pueden originar diferentes perfiles en la evolución del síndrome, como se ha expuesto en el punto anterior.

Las fuentes de estrés que ocasionan la aparición del SQT pueden ser agrupadas en cuatro niveles: antecedentes del SQT de carácter social, antecedentes vinculados a las características físicas y tecnológicas de la organización, antecedentes interpersonales, y antecedentes de carácter individual (Gil-Monte, 2005).

4.1. Antecedentes del entorno social de la organización.

En las últimas décadas se han producido en el mundo occidental una serie de cambios sociales que han afectado a las organizaciones, a las ocupaciones y a los trabajadores, y que han contribuido a la aparición del SQT.

La desaparición política de límites y fronteras, y la mayor movilidad de los individuos facilitada por el crecimiento de los medios de comunicación, ha fomentado un incremento acelerado de la población en determinadas áreas geográficas sin un crecimiento paralelo del acceso a los servicios. Las plantillas de trabajadores de las organizaciones de servicios tampoco han crecido de manera proporcional al aumento de la población. Consecuentemente, estos trabajadores deben afrontar situaciones de sobrecarga laboral. España es un claro ejemplo de esta situación, pues por sus características geográficas, climáticas, políticas, económicas o históricas, recibe ciudadanos de origen muy diverso.

Este desequilibrio en la demanda también obliga a los profesionales a realizar tareas para las que no han sido formados y consecuentemente sufren conflicto y ambigüedad de rol.

Los trabajadores también deben enfrentarse a cambios sucesivos y rápidos de la normativa y de la legislación, y a cambios en la cultura de la población que ha incrementado el número de quejas ante el servicio que recibe de las organizaciones. En ocasiones, esas quejas van más allá convirtiéndose en demandas por negligencia profesional. Los trabajadores se enfrentan a situaciones controvertidas y polémicas en las que con frecuencia se ven obligados a tomar decisiones sin el apoyo de la institución para la que trabajan. Los servicios se han convertido en bienes de consumo, y los ciudadanos no se consideran partícipes del sistema sino consumidores con derecho a exigir la calidad del producto que compran.

En la actualidad, el estado de bienestar se está debilitando en muchos países. Se observa que la reducción del gasto en programas de asistencia a los más necesitados se acompaña de un incremento en la demanda de servicios. Esta situación genera un conflicto de rol en los trabajadores de los Servicios Sociales, que se deben debatir entre la adhesión a sus valores profesionales y el respeto de las normas legales.

Otro de los problemas que deben enfrentar los profesionales es su pérdida de prestigio y de reconocimiento social de su trabajo, junto con el incremento de agresiones físicas y verbales. Los sistemas sociales que financian países receptores de emigrantes se encuentran desbordados ante la escasez de fondos públicos que financien programas de integración social. Estos problemas afectan directamente a los trabajadores de los Servicios Sociales, pues son culpados de la situación.

de las consecuencias del SQT. Esos individuos experimentarán con frecuencia sentimientos de culpa, hasta el punto de necesitar la baja laboral. Probablemente, acudirán con más frecuencia al médico de cabecera o el médico de empresa, y manifestarán con mayor frecuencia e intensidad problemas psicopatológicos 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 les incapacitan para el ejercicio de su trabajo (Figura 3).

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, pero como las condiciones del entorno laboral no cambian -sólo cambian los clientes que presentan idénticos problemas-, se incrementará el deterioro cognitivo y emocional, y aparecerán de nuevo actitudes de indiferencia, molencia y despersonalización. Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa, o intensificarán los existentes, originando un bucle que mantiene e incrementa la intensidad del SQT. De esta manera, a medio o a largo plazo se producirá un deterioro de la salud de los profesionales, aumentará su tasa de absentismo, y su deseo de abandonar la organización y la profesión (Gil-Monte, 2005).

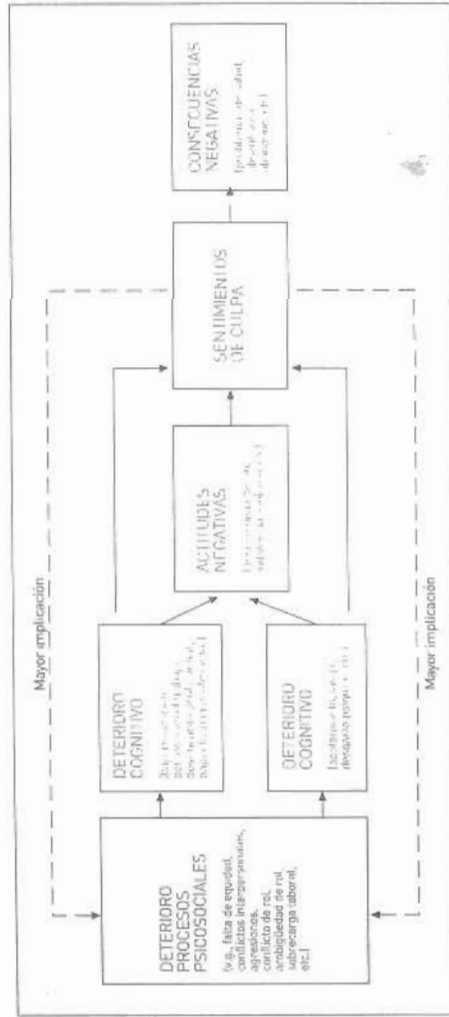


Figura 3. Función de la culpa en el desarrollo del SQT y sus consecuencias.

4. Antecedentes del SQT.

El SQT tiene su origen en las relaciones interpersonales de carácter profesional que se establecen en el entorno laboral, preferentemente con los clientes de la organización. Cuando esas relaciones conllevan una exigencia desmedida y generan tensión psicológica aparecen las condiciones que propician que las fuentes de estrés laboral originen el patrón de respuestas que constituyen los síntomas del SQT. Esto es especialmente importante en los trabajadores de los servicios sociales que deben prestar atención y ofrecer recursos (v.g.,

suelen vivir en condiciones infrahumanas y muestran agresividad verbal e incluso física para conseguir la satisfacción inmediata de sus demandas. La falta de capacidad de la institución para proteger a su personal dificulta la atención y la convierte en una situación estresante para los profesionales.

Otras fuentes de estrés incluídas en el sistema social-interpersonal de la organización que contribuyen al desarrollo del SQT son las disfunciones de los roles laborales, conocidas como conflicto de rol y ambigüedad de rol. Esto se debe a que los individuos de las profesiones en las que incide el SQT deben procurar no asumir los problemas de los clientes, pero al mismo tiempo deben demostrar un cierto interés por esos problemas y cierta implicación emocional en ellos. Este tipo de situaciones es capaz de inducir respuestas afectivo-emocionales a través de un conflicto intra-rol. Además, es también frecuente que a estos profesionales se les exija atender las necesidades de los clientes y de la institución al mismo tiempo, lo que puede llegar a resultar conflictivo por problemas de tiempo o del contenido de esas necesidades.

También influye la falta de control sobre los resultados. Trabajar hacia personas con problemas crónicos, que no mejoran a pesar del esfuerzo realizado por el profesional es una fuente de desgaste psicológico importante, y ocasiona una pérdida de ilusión por el trabajo que pueden llevar a la aparición de indolencia y despersonalización. Por ejemplo, problemas de alcoholismo familiar o de malos tratos hacia menores.

En ocasiones, son los propios destinatarios de la ayuda los que no desean ser ayudados, hasta el punto que se ha acuñado el término "síndrome de ayudar a quien no quiere ser ayudado", para aludir a todos los síntomas asociados a la sensación de impotencia y frustración que genera el no poder realizar el trabajo porque el destinatario del mismo no quiere ser atendido, aún a costa de causarse un perjuicio. Estas situaciones chocan de lleno con la ética profesional, llegando a convertirse en una fuente importante de conflicto y ambigüedad de rol que afecta negativamente a la identidad profesional del trabajador, al tiempo que merma su ilusión por el trabajo y su realización personal.

Por otra parte, los profesionales se encuentran con frecuencia con situaciones de ambigüedad de rol debido a la incertidumbre sobre la relación con los clientes. La confianza que se debe establecer entre el profesional y el cliente es fundamental para que los miembros de la organización puedan desarrollar de manera adecuada su trabajo. Pero, cuando esa confianza surge también aparece el riesgo de los problemas de los clientes, que pase a ser una relación personal que lleve a la implicación del profesional en los problemas de los clientes.

Otras variables en este nivel interpersonal son la falta de apoyo social en el trabajo y la ausencia de reciprocidad en los intercambios sociales. Los trabajadores perciben que cuidan a los clientes, les dan apoyo social, procuran que se sientan bien, y con relativa frecuencia reciben sólo quejas y falta de cooperación. Además, ellos contribuyen para que la organización funcione y a cambio de los riesgos que asumen, del tiempo y de las energías que dedican a la realización de su trabajo, la organización les paga con salarios bajos, no los reconoce su esfuerzo, ni permite el desarrollo de la carrera profesional. De esta manera, perciben que tanto los clientes como la organización no les recompensan de manera proporcional a lo que ellos aportan. El SQT es una patología que puede contagiarse. Mediante los procesos de modelado los individuos imitan las actitudes y las conductas que ven en los otros, de manera que los nuevos miembros de la organización aprenden la escala de valores, las normas y las pautas de conducta de los veteranos. Paralelamente el SQT puede transmitirse mediante un proceso de contagio emocional, pues los miembros de la organización pueden transmitir a sus compañeros emociones negativas (v.g., agotamiento emocional) (Strazdins, 2002).

4.4. Antecedentes del sistema personal de los miembros de la organización.

Algunas características personales son variables relevantes que deben ser consideradas para explicar

A estos problemas es uno el hecho de tener que realizar un "trabajo emocional". Los clientes de los servicios y las organizaciones que los gestionan exigen a los profesionales que se impliquen en la atención al cliente. Esta exigencia requiere implicación emocional y un fuerte desgaste emocional, pues los trabajadores deben poner en juego sus emociones, sus sentimientos, y sus habilidades sociales ante una serie de circunstancias donde la autoridad, el prestigio y el reconocimiento social hay que ganárselo cada día.

4.2. Antecedentes del sistema físico-tecnológico de la organización.

La mayor parte de las organizaciones con las que tienen contacto en la actualidad los ciudadanos de los países desarrollados son organizaciones de servicio, y su principal función es velar por la calidad de vida y el bienestar de esos ciudadanos. Sin embargo, con frecuencia esas organizaciones, en lugar de responder a las necesidades de los ciudadanos, aparecen como complejas burocracias que se rigen por un sistema incomprensible de normas en las que parece que el trabajo lo realizan funcionarios irresponsables, o individuos rígidos y distantes incapaces de comprender sus problemas. Paralelamente, un gran número de trabajadores se implican en su actividad laboral para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos al tiempo que buscan su desarrollo profesional, pero perciben que su trabajo es una fuente de frustración, pues les impide atender a los clientes según las normas y valores de su rol profesional, la organización les niega los recursos que necesitan para realizar un trabajo de calidad, y les desborda con un exceso de normas y procedimientos establecidos.

El origen de estos problemas que contribuyen a la aparición del SQT hay que buscarlo en el diseño de la estructura organizacional. Cuando se analiza la configuración estructural de las organizaciones en las que trabajan los profesionales para los que el SQT constituye un riesgo laboral relevante se observa que se trata de organizaciones del sector servicios, con una estructura que responde a un modelo burocrático. Este tipo de organizaciones son grandes y poco flexibles, con poca capacidad de respuesta a las innovaciones. Son organizaciones donde imperan los procesos políticos y el apoyo social institucional percibido por los empleados es escaso.

Por otra parte, la tecnología de la organización también puede facilitar la aparición del SQT. Variables vinculadas a la tecnología como, el grado de adaptación requerido, el ritmo de trabajo impuesto, las demandas de atención exigidas, el ambiente físico de trabajo impuesto, el aislamiento social, las disfunciones en los roles, etc., pueden ser variables desencadenantes del SQT. La tecnificación de las relaciones interpersonales cliente-profesional favorece las actitudes de indolencia y despersonalización en la atención, pues propicia un trato de frialdad e indiferencia hacia los clientes de la organización.

4.3. Antecedentes del sistema social-interpersonal de la organización.

El deterioro de las relaciones interpersonales en el trabajo es la principal fuente de estrés que va a ocasionar la aparición del SQT. Numerosos estudios han puesto de manifiesto que el trabajo con personas y las relaciones con ellas, en especial si presentan problemas personales o familiares, son una fuente importante de estrés para los profesionales.

En las organizaciones de servicios las relaciones con los clientes son frecuentemente tensas y conflictivas, y los profesionales no están formados adecuadamente para manejar el estrés emocional que se deriva de esas relaciones. Los conflictos interpersonales pueden inducir una autoevaluación negativa y sentimientos de fracaso profesional, así como importantes niveles de desgaste emocional.

Por ejemplo, los profesionales que trabajan con personas drogodependientes tienen que atender en ocasiones a individuos con alteraciones de personalidad antisocial y conductas impulsivas. Esos individuos

la prevalencia del SQT. Estas variables tienen efectos desencadenantes o facilitadores en el proceso de desarrollo del síndrome, y explican el por qué el estrés laboral y el SQT son fenómenos subjetivos e individuales.

Entre esas variables merecen ser destacadas algunas vinculadas a los procesos de interacción social, como la autoeficacia (Brouwers y Tomic, 2000) y la orientación comunal (Truchot, Keirsebilck y Meyer, 2000). En estudios con trabajadores sociales, Lee y Ashforth (1990) obtuvieron que las expectativas de eficacia correlacionan significativamente con las tres dimensiones del MBI, aunque la correlación más intensa se da con realización personal en el trabajo.

Para otras variables personales no vinculadas a la interacción también se han obtenido resultados que apoyan su efecto facilitador en el desarrollo del SQT. Es el caso de características biográficas como el sexo (Gil-Monte, 2002), y algunas variables de personalidad como la personalidad resistente (hardiness), neuroticismo, extraversion, locus de control, etc.

5. Consecuencias del SQT.

Las consecuencias del SQT pueden ser clasificadas en dos niveles: consecuencias para el individuo y consecuencias para la organización (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Dentro de las consecuencias para el individuo se encuentran la aparición de alteraciones psicopatológicas de tipo cardiovascular (dolor precordial, palpitaciones, hipertensión, etc.), respiratorio (crisis asmáticas, taquipnea, catarros frecuentes, etc.), musculares (dolor de espalda, dolor cervical, fatiga, rigidez muscular, etc.), digestivo (úlceras gastroduodenal, gastritis, náuseas, etc.), y del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión, etc.).

El SQT también origina problemas familiares y sociales cuando sus niveles son intensos debido a las actitudes y conductas de carácter negativo desarrolladas por los individuos (v.g., no verbalizar, cinismo, suspicacia, agresividad, aislamiento, irritable, etc.), así como al agotamiento emocional. Este patrón conductual y actitudinal propicia la aparición de conflictos y el deterioro de las relaciones interpersonales.

Las consecuencias del SQT no terminan cuando el sujeto deja el trabajo, por el contrario afectan a su vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan fuertemente sobre su familia y amigos. El sujeto se muestra en casa irritable e impacientado, un problema que la familia debe aprender a manejar. Los conflictos constantes pueden derivar en enfrentamientos y en la separación de la pareja. Asimismo, debido al agotamiento emocional, los profesionales se encuentran más incapacitados para aislarse de los problemas laborales al llegar a casa y desean estar solos, con el consiguiente deterioro de las relaciones interpersonales. Exigen mayor atención de los suyos pero ellos no la dan. Llevados por su actitud de aislamiento y de falta de verbalizaciones evitan hablar de las preocupaciones laborales y rehusan discutir los problemas familiares. Estas actitudes generarán barreras para una convivencia abierta y sincera. En ocasiones, puede ocurrir que el sujeto amplíe su rol profesional a la vida privada comportándose en todo momento como un profesional. Esto supondrá un problema añadido, pues se comportan con los amigos y familiares como si fueran las personas para las que se trabaja. Otra consecuencia que impacta en la familia es el endurecimiento permanente de los sentimientos del sujeto a consecuencia de las actitudes de despersonalización. También puede ocurrir que el profesional se vuelque completamente en su trabajo desplazando las relaciones familiares a un segundo plano.

Algunos de los estudios han aportado evidencia empírica a estas afirmaciones. Jayaratne, Chess y Kunkel (1986), en un estudio con trabajadores sociales obtuvieron que los individuos con mayores niveles del SQT estaban menos satisfechos con su matrimonio que los sujetos con bajos niveles. Los autores concluyeron que los problemas personales que desarrolla el individuo como consecuencia del SQT deterioran las relaciones

matrimoniales pero no hasta el punto de llevar a la separación, situación esta última que parece depender más de la capacidad del individuo y de su familia para afrontar el estrés, y de las posibilidades de cambio en el entorno laboral y familiar.

Respecto a las consecuencias que tiene para la organización el que sus miembros estén afectados de forma importante por el SQT se pueden citar los siguientes índices: (a) deterioro de la calidad asistencial, (b) baja satisfacción laboral, (c) absentismo laboral elevado, (d) tendencia al abandono del puesto y/o de la organización, (e) disminución del interés y el esfuerzo por realizar las actividades laborales, (f) aumento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores y, por supuesto, (g) una disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales.

Koeske y Koeske (1989), en un interesante estudio con trabajadores sociales, obtuvieron valores significativos para las correlaciones entre las tres dimensiones del MBI y la propensión al abandono, siendo la correlación más intensa para la dimensión de agotamiento emocional. Además, pusieron a prueba si la realización personal en el trabajo tenía un efecto modulador sobre la relación agotamiento emocional-intención de abandono. Los resultados fueron positivos, pues los sujetos con altos sentimientos de realización personal en el trabajo, a pesar de puntuar alto en agotamiento emocional, no informaron de intenciones de abandonar la organización, cosa que si planeaban los sujetos con baja realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.

6. El SQT en España: conclusión.

El clima de sensibilidad hacia los problemas psicosociales del entorno laboral que ocasionan la aparición de estrés laboral propiciado por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales ha permitido que el SQT haya sido considerado accidente de trabajo en España. El auto dictado por la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de fecha 26 de octubre de 2000 (Recurso Num.: 4379/1999) así lo reconoce.

Otros casos en los que se ha fallado a favor del trabajador reconociendo que el SQT es accidente laboral, y que da derecho a algún tipo de indemnización por los daños sufridos por el trabajador debido al ejercicio de su actividad laboral es el fallo del Juzgado de lo Social nº 3 de Vitoria-Gasteiz (autos nº 14/02, de fecha 27 de marzo de 2002), y otros más que tienen que ver con profesionales de la educación (Juzgado de lo Social nº 16 de Barcelona, procedimiento 751/2001), profesionales de la salud (Juzgado de lo Social de Alicante, procedimiento 519/2002; Sala de lo Social, Sección 1ª, del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, Recurso nº 5367/2003), y profesionales de hostelería (Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, Recurso nº 2537/2002).

También se ha reconocido el derecho de los trabajadores de centros de atención a personas con discapacidad a cobrar un plus de peligrosidad por estar expuestos a condiciones de trabajo susceptibles de originar el SQT (Juzgado de lo Social nº 1 de Vigo, procedimiento 24/1999; Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, Recurso nº 5302/2001).

El SQT parece que de momento dista de ser considerado como enfermedad profesional debido a que no aparece recogido como tal en el cuadro aprobado por el Real Decreto 1995/78 del 12 de mayo. A pesar de ello, en algunos estudios se ha concluido que es más adecuado hablar de enfermedad laboral que de accidente de trabajo. Masía (2001) señala que el hecho de que el SQT no aparezca recogido en algunos manuales relevantes que tratan sobre enfermedades mentales no quiere decir que no exista o que no deba ser considerado como una patología. Sería absurdo decir que porque las palabras no estén recogidas en el diccionario no existen. En el

caso que tratamos, la investigación y la decisión de los jueces, basada en investigaciones y pruebas periciales, va por delante de algunos manuales relevantes.

Por otra parte, el artículo segundo del Real Decreto 1995/1978 reconoce que el cuadro de enfermedades podría ser modificado previos los informes que en cada caso se estimen pertinentes. Además de las sentencias judiciales y de los datos estadísticos referidos, la Organización Internacional del Trabajo reconoce que el estrés y el agotamiento son problemas de salud mental en el medio ambiente de trabajo, y que el SQT es un efecto crónico del estrés laboral sobre la salud de dimensiones similares a otros trastornos mentales.

Llegados a este punto, parece conveniente realizar alguna recomendación a modo de conclusión. La formación es un elemento clave en la prevención del SQT. El objetivo que se persigue con la formación es conseguir un ajuste individuo-puesto adecuado. La formación es necesaria debido a las condiciones cambiantes del entorno laboral. Estos cambios han modificado las demandas de los clientes de las organizaciones, pero también las expectativas y las demandas de los propios trabajadores sobre cómo quieren ser tratados por la organización y por sus superiores, y bajo qué condiciones deben realizar el trabajo. El desajuste entre lo que los clientes y la organización esperan de los trabajadores y la falta de capacidad del trabajador para dar respuesta a esas expectativas van a estar en el origen del SQT, mientras que el ajuste y la posibilidad del individuo de conseguirlo serán fuente de disfrute y realización personal.

Referencias.

- Brouwers, A. y Tomie, W.** (2000). A longitudinal study of teacher burnout and perceived self-efficacy in classroom management. *Teaching and Teacher Education*, 16, 239-253.
- Capner, M. y Caltabiano, M. L.** (1993). Factors affecting the progression towards burnout: A comparison of professional and volunteer counsellors. *Psychological Reports*, 73, 555-561.
- Edelwich, J. y Brodsky, A.** (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Science Press.
- Freudenberger, H. J.** (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Gil-Monte, P. R.** (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, 7(1), 3-10.
- Gil-Monte, P. R.** (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo: una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. y Petró, J. M.** (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Jayarajne, S., Chess, W. A. y Kunkel, D. A.** (1986). Burnout: Its impact on child welfare workers and their spouses. *Social Work*, 31(1), 53-59.
- Koeske, G. F. y Koeske, R. D.** (1989). Construct validity of the Maslach Burnout Inventory: A critical review and reconceptualization. *Journal of Applied Behavioral Science*, 25(2), 131-144.
- Lee, R. T. y Ashforth, B. E.** (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 75(6), 743-747.
- Masia, J.** (2001) (activo diciembre 2004). *El estrés laboral y el burnout en el mundo judicial: hacia un nuevo enfoque de la cuestión*. Disponible en: <http://prevencionintegral.com/Estudios/Burnoutjudicial/default.htm>.
- Maslach, C. y Jackson, S. E.** (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. y Pines, A.** (1977). The burn-out syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*, 6, 100-113.
- Perlman, B. y Hartman, E. A.** (1982). Burnout: summary and future research. *Human Relations*, 35(4), 283-305.
- Pines, A.** (1996). *Couple burnout: Causes and cures*. Londres: Routledge.
- Pines, A. y Kafry, D.** (1982). Coping with burnout. En J. W. Jones (Ed.), *The burnout syndrome: Current research, theory, interventions* (pp. 139-150). Park Ridge, Illinois: London House Press.
- Racdeke, T. D., Granzky, T. L. y Warren, A.** (2000). Why coaches experience burnout: A commitment perspective. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 22, 85-105.
- Sand, G. y Miyazaki, A. D.** (2000). The impact of social support on salesperson burnout and burnout components. *Psychology & Marketing*, 17(1), 13-26.
- Strazdins, L.** (2002). Emotional work and emotional contagion. En N. M. Ashkanasy, W. J. Zerbe y C. E. J. Härtel (Eds.), *Managing emotions in the workplace* (pp. 232-250). Londres: M. E. Sharpe.
- Truchot, D., Keirsebilck, L. y Meyer, S.** (2000). Communal orientation may not buffer burnout. *Psychological Reports*, 86, 872-878.