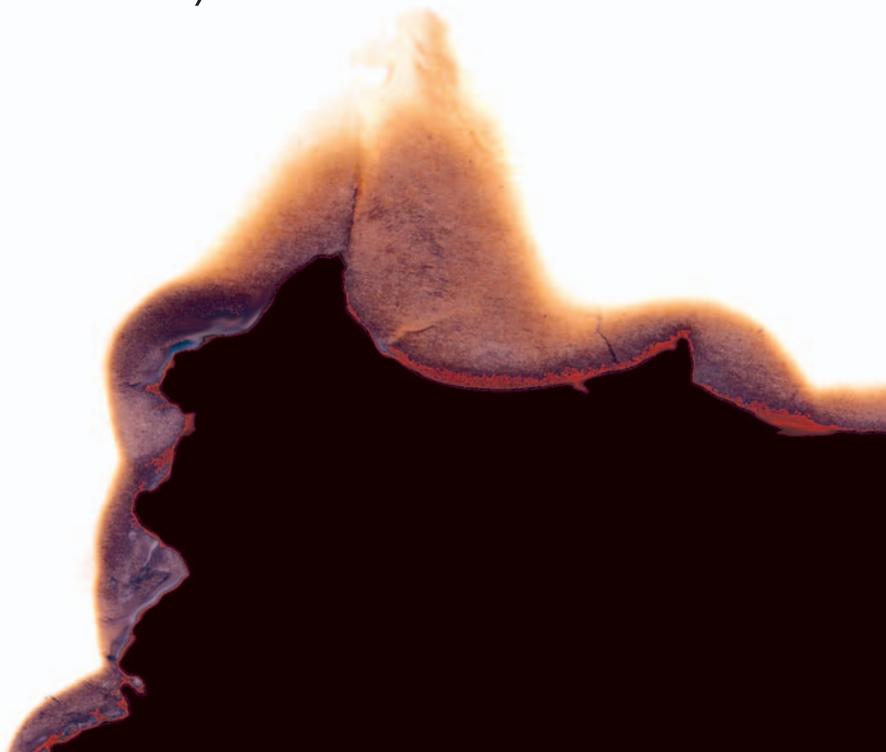


Guía

Sobre el Síndrome de **Quemado** (Burnout)

OBSERVATORIO
PERMANENTE

**RIESGOS
PSICOSOCIALES**



Guía

SOBRE EL SÍNDROME DE
QUEMADO (BURNOUT)

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de este libro puede ser reproducida o transmitida en forma alguna ni por medio alguno, electrónico o mecánico, incluidos fotocopias, grabación o por cualquier sistema de almacenado y recuperación de información, sin permiso escrito del editor.

Edita: Comisión Ejecutiva Confederal de UGT
C/ Hortaleza, 88 (28004 Madrid)

Primera edición: Madrid, diciembre de 2006

Diseño gráfico y de cubierta: Paco Arnau

Impresión: Da Vinci, S.A.

Depósito Legal:

Guía

sobre el Síndrome
de **Quemado**
(Burnout)

OBSERVATORIO
PERMANENTE

RIESGOS

PSICOSOCIALES



Índice

I.	INTRODUCCIÓN	7
II.	¿QUÉ ES EL “BURNOUT” O “SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO” PROFESIONALMENTE?	9
III.	FACTORES DE RIESGO: LOS DESENCADENANTES DEL SQT	15
IV.	CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DEL QUEMADO: DAÑOS A LA SALUD Y COSTES ECONÓMICOS DE LA NO PREVENCIÓN	21
V.	EL MARCO REGULADOR: HAY OBLIGACIÓN LEGAL DE PREVENIR Y REPARAR COMO ENFERMEDAD DEL TRABAJO EL “SQT”	25
VI.	GESTIÓN PREVENTIVA DEL RIESGO DE “SQT”:	
	MEDICIÓN Y MEDIDAS DE INTERVENCIÓN	27
	– Identificación del problema: ¿cómo medir el SQT?	27
	– Métodos de Intervención Preventiva	30
	2.1. Medidas generales de acción preventiva	30
	2.2. Medidas específicas de prevención del SQT como situación de estrés crónico	31
Anexo I.	Sentencias relacionadas con el Burnout	35
Anexo II.	Acuerdo marco europeo sobre el estrés laboral	39
Anexo III.	Bibliografía y enlaces	43
	Bibliografía	43
	Normas y Notas técnicas del I.N.S.H.T.	44
	Enlaces de interés	45

I. INTRODUCCIÓN

La defensa de la salud como un derecho fundamental de los trabajadores, cualquiera que sea la empresa y sector en el que preste sus servicios a cambio de un salario, es un objetivo prioritario del sindicato. Aún hoy esta prioridad nos exige, lamentablemente, una intensa labor de lucha contra la “siniertralidad laboral”, viéndonos obligados concentrar nuestros esfuerzos y recursos en evitar que los/as trabajadores/as pierdan la “salud física” y/o la vida en su actividad laboral. Sin embargo, no podemos en modo alguno hacer caso omiso, o infravalorar, las indicaciones y compromisos que nos llegan de los Organismos Internacionales más prestigiosos en materia de salud laboral —UE, OIT, OMS—. Estas instituciones competentes y máximamente autorizadas vienen insistiendo desde hace más de 6 años en la necesidad de adoptar nuevos enfoques en materia de prevención de riesgos profesionales y atender a “nuevos”, o más bien “emergentes”, riesgos, como los denominados “*riesgos psicosociales*”, un concepto unitario que engloba una pluralidad de situaciones.

Entre estas situaciones de riesgo psicosocial se incluye hoy el llamado “*síndrome del quemado*” o de “*desgaste profesional*” (“*Burnout*”, en inglés), también conocido como “estrés asistencial” por tener una mayor incidencia en determinados colectivos profesionales, en particular, quienes prestan servicios educativos, sanitarios y sociales. Estamos, pues, ante una nueva modalidad de estrés laboral que requiere igualmente atención en el ámbito de las políticas de prevención de riesgos laborales, así como en las de apoyo a las personas que lo padecen para salir de esa situación desmoralizante. Como sucede en general con el estrés, el diseño y puesta en práctica de políticas de prevención y afrontamiento de este síndrome no es fácil, pero es igualmente evidente que resulta exigible a las empresas y/o Administraciones Públicas una gestión orientada su reducción. A tal fin, se cuenta ya con una doctrina científica y un instrumental técnico razonablemente elaborados para intervenir sobre él, con métodos y medidas en parte coincidentes con el resto de modalidades de estrés y en parte específicas.

Aunque, como se verá en esta Guía, el Acuerdo Comunitario sobre Estrés Laboral no hace expresa mención al “síndrome del quemado”, no hay ninguna duda de que el compromiso alcanzado entre sindicatos y empleadores abarca también esta modalidad de estrés.

En consecuencia, es opinión mayoritaria que la acción preventiva para evitar los efectos nocivos del síndrome de desgaste profesional no sólo es posible, sino que su marco adecuado, es el de la Ley 31/1995, de PRL.

Precisamente, en este contexto de renovación y reforzamiento del compromiso sindical con una aplicación efectiva e integral de la LPRL presentamos esta Guía específica. Con ella pretendemos:

- ▶ por un lado, realizar una llamada de atención para alertar —sin alarmar— sobre el problema, provocando la concienciación sobre él y la necesidad de proceder a su identificación y

- ▶ por otro, poner una herramienta útil a disposición de Delegados/as de Prevención, así como para los propios trabajadores/as, que les proporcione una información clara y actual sobre este riesgo psicosocial, y que les permita conocer y aplicar medidas para mejorar su salud laboral en su sentido pleno —física y psíquica—.

Con esta Guía, el Observatorio Permanente busca adecuar a la especificidad del “síndrome del quemado” aquellas recomendaciones realizadas tanto en la Guía Global para la Prevención de Riesgos Psicosociales como en la Guía sobre Prevención del Estrés Laboral. Al mismo tiempo permitirá profundizar algo más en:

- *métodos* de “medición” o identificación —“evaluación”— del estrés laboral y
- *medidas* para su prevención —primaria, secundaria, terciaria—.

II ¿QUÉ ES EL “BURNOUT” O “SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO” PROFESIONALMENTE?

► EL “BURNOUT” COMO ESTADO DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL PROVOCADO POR UN PROCESO DE ESTRÉS CRÓNICO

PARALELAMENTE al término y concepto de “estrés”, también por derivación de la lengua anglosajona, se ha popularizado la expresión “*Burnout*”, traducido al castellano como “estar quemado”. En el ámbito de la prevención de riesgos laborales comienza a tener mayor fortuna expresiones tales como: “síndrome de desgaste profesional” o “síndrome de estar quemado por el trabajo” o SQT (siglas empleadas por el INSHT). Pese a difundirse hace relativamente poco tiempo en el campo preventivo, el término y la realidad que delimita cuentan ya con una dilatada historia —la industria aeroespacial, la medicina, la psicología...—, incluso en la literatura —como “síndrome de Tomás” aparece en la novela del autor checo Kundera, *La insoportable levedad del ser*; novela de T. Mann, *The Buddenbrooks* (1901)—.

En términos simples pero rigurosos este “síndrome de desgaste profesional” o de “estar quemado” por el trabajo no es sino una *respuesta a una situación de estrés laboral crónico, esto es, prolongado en el tiempo*. Esta respuesta se caracteriza por

- desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, así como hacia el propio papel o rol profesional
- encontrarse emocionalmente agotado

Al igual que sucede en relación al “estrés”, hoy contamos con una alta gama de definiciones que evidencian puntos de vista que no siempre son coincidentes. Ahora bien, sí podemos identificar algunos aspectos sobre los que existe un significativo consenso. Y entre estos aspectos está, sin duda, el que presenta el síndrome de desgaste profesional como un “*estado de agotamiento integral*” —físico, mental y emocional— que no se fragua

en un margen escaso de tiempo, sino que es el resultado de un **proceso** que se desarrolla gradualmente.

► FASES DEL PROCESO Y EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME

De ahí que presente, al igual que sucede con otros riesgos de origen psicosocial, con los que tiene conexión pero con los que no podemos confundirlo, como el acoso —“mobbing”—, un desarrollo en fases diferentes. Aunque no existe acuerdo, podemos identificar las 3 siguientes —otros hablan de 4—, siendo las dos primeras comunes a toda situación de estrés y la última específica:

- “reacción de alarma”. Se genera un desequilibrio entre recursos y demandas de trabajo.
- “resistencia”. El cuerpo se ajusta al factor de estrés.
- “agotamiento”. La continuidad de la tensión y la falta de soluciones activas lleva a cambios de conducta, típicos de un afrontamiento de tipo huidizo y defensivo.

De forma gráfica, esta evolución puede describirse:

Los síntomas se agrupan en 3 categorías —síndrome tridimensional—:

AGOTAMIENTO
EMOCIONAL

DESPERSONA-
LIZACIÓN

COMPETENCIA
PERSONAL
BAJA

AGOTAMIENTO O CANSANCIO EMOCIONAL

Se refiere a la disminución y/o pérdida de recursos emocionales, es decir, los que sirven para entender la situación de otras personas que también tienen emociones y sentimientos que nos pueden transmitir durante la vida laboral. El trabajador desarrolla sentimientos de estar exhausto tanto física como psíquicamente, que ya no puede dar más de sí mismo, siente impotencia y desesperanza...

DESPERSONALIZACIÓN O DESHUMANIZACIÓN

Revela un cambio consistente en el desarrollo de actitudes y respuestas negativas, como insensibilidad y cinismo hacia los “beneficiarios” del servicio, así como por incremento de la irritabilidad hacia la motivación laboral. Este aislamiento y evitación de otras personas se traduce en unas conductas como son: absentismo laboral, ausencia de reuniones, resistencia a enfrentarse con otros individuos o a atender al público, o en su actitud emocional, que se vuelve fría, distante y despectiva. Estas con-

ductas de endurecimiento afectivo son vistas por los usuarios de manera deshumanizada.

SENTIMIENTOS DE BAJA O FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL

Suponen tendencias con respuestas negativas a la hora de evaluar el propio trabajo, con vivencias de insuficiencia profesional, baja autoestima, evitación de relaciones interpersonales y profesionales, baja productividad e incapacidad para soportar la presión. Son sentimientos complejos de inadecuación personal y profesional, con deterioro progresivo de su capacidad laboral y pérdida de todo sentimiento de gratificación personal con la misma. Esta auto evaluación negativa afecta considerablemente a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas atendidas.

No obstante, la forma y el ritmo con que se producen estos cambios degenerativos en el estado de salud del trabajador afectado no son iguales en todos los casos. En este sentido, y si bien no siempre será fácil delimitarlos en la práctica, se han descrito *4 formas de evolución de esta patología*:

- *Leve*: los afectados presentan síntomas físicos, vagos e inespecíficos (cefaleas, dolores de espaldas, lumbalgias), y se vuelven poco operativos. Uno de los primeros síntomas de carácter leve pero que sirve de primer escalón de alarma, es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico.
- *Moderada*: aparece insomnio, déficit en atención y concentración, tendencia a la auto-medicación. Este nivel presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa.
- *Grave*: mayor en absentismo, aversión por la tarea, cinismo. Abuso de alcohol y psicofármacos.
- *Extrema*: aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio.

Los múltiples estudios que se han venido sucediendo desde la década de los años 70 del siglo pasado tienden a evidenciar una notable evolución de este fenómeno, poniendo énfasis en que no se trata sólo de un problema científico-médico sino más bien y sobre todo de un grave problema social. Este problema es más acuciante en el ámbito laboral y, particularmente, en el seno de determinadas profesiones, como la docencia, la asistencia sanitaria y los servicios sociales, en especial a personas particularmente vulnerables. Aunque no fueron los primeros

ni mucho menos —destacada fue la aportación de H. Freudenberguer (1974)—, entre los estudios más relevantes se sitúan los realizados, tras detenidos análisis empíricos, por *Cristina Maslach* y *Susana Jackson* (1986).

Precisamente, la primera autora elaboró en 1982, como veremos de inmediato, un instrumento de medida de este síndrome y lo describió como propio de personas que, por la naturaleza de su trabajo, debían permanecer en contacto directo y continuado con otras personas, y que después de meses o años de dedicación acababan por desarrollar un síndrome relativamente característico. Dicho estudio se conoce con el nombre de MBI, cuestionario “auto administrado” que valora las tres categorías descritas.

En síntesis, el cuadro o síndrome de “burnout” se agrava en relación directa a la magnitud del problema y al tiempo de exposición a los factores desencadenantes. Si inicialmente los procesos de adaptación protegen al individuo, su repetición le agobia y a menudo le agota, generando sentimientos de frustración y conciencia de fracaso, existiendo una relación directa entre la sintomatología, la gravedad y la responsabilidad de la tareas que se realizan.

MODELO EXPLICATIVO DEL BURNOUT (Leiter)



En cuanto a las **modalidades**, se diferencian dos que surgen de la ambigüedad en su concepto:

- Burnout activo, que se caracteriza por el mantenimiento de una conducta asertiva. Se relaciona con los factores organizaciones o elementos externos a la profesión.
- Burnout pasivo, donde destacan los sentimientos de retirada y apatía.

Si bien el SQT puede asemejarse al “Síndrome de Fatiga Crónica” (SFC)¹, que también guarda relación con demandas inadecuadas de trabajo. Pero tiene un diagnóstico diferencial, pues hoy no hay marcadores especí-

ficos que apoyen el diagnóstico clínico del SFC como factor de SQT.

Del mismo modo, hemos de precisar que considerar el SQT como respuesta de estrés crónico no significa confundir este síndrome con el de estrés. Así, se ha acuñado el término “Tedium” para diferenciar dos estados psicológicos de presión diferentes. El Burnout es el resultado de la repetición de la presión emocional, mientras que el “tedio” sería la consecuencia de una presión crónica a nivel físico, emocional y mental. Es por tanto, más amplio y se caracteriza por sentimientos de depresión, vaciamiento emocional y físico y, una actitud negativa hacia la vida, el ambiente e incluso hacia sí mismo.

¹ *Síndrome de Fatiga Crónica (SFC)* es un conjunto de síntomas entre los que sobresale la Fatiga: una sensación de cansancio que no se alivia con el reposo y que puede llegar a causar la incapacidad. El SFC no tiene una causa conocida y entre los síntomas que aparecen destaca depresión, ansiedad, estrés, fatiga, cansancio físico y mental, etc...

DIFERENCIAS ENTRE LO QUE ES ESTRÉS Y LO QUE ES BURNOUT

ESTRÉS

Sobreimplicación en los problemas

Hiperactividad emocional

Daño fisiológico es el fundamento principal

Agotamiento o falta de energía física

La depresión se produce como reacción a preservar las energías físicas.

Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas (eustrés)²

BURNOUT

Falta de implicación

Desgaste emocional

El daño emocional es el fundamento principal

El agotamiento afecta a la motivación y energía física

La depresión es como una pérdida de ideales

Sólo tiene efectos negativos

² *Eustrés*: hace referencia a situaciones y experiencias en las que el estrés tiene resultados positivos porque produce la estimulación y activación adecuadas que permite a las personas lograr en su actividad unos resultados satisfactorios.

III FACTORES DE RIESGO: LOS DESENCADENANTES DEL SQT

► LA PREVALENCIA DEL FACTOR “TIPO DE PROFESIÓN”

El fenómeno del SQT como respuesta al estrés laboral crónico se vincula a una multiplicidad de factores, algunos de los cuales obedecen a cambios experimentados en las organizaciones de trabajo y a las relaciones interpersonales en las mismas, pero otros expresan una dimensión más amplia, por tener una naturaleza socio-cultural. En este sentido, una realidad difundida en nuestro tiempo es lo que se conoce como “sociedad de la queja” donde los ciudadanos exigen, a veces, y dentro de un marco de accesibilidad general a los servicios públicos, cosas de difícil realización a los trabajadores que los prestan.

Si el reconocimiento de derechos de acceso universal a servicios públicos de calidad es positivo para el “bienestar social” de una población, es evidente que, el inmediato choque con las realidades de importantes limitaciones en su funcionamiento, al menos respecto de aquellas altas expectativas creadas, provoca fuertes tensiones entre

los beneficiarios del servicio y los trabajadores que los prestan los servicios. Éstos se ven incapaces de poder atender esas demandas, entre otras cosas, porque en ocasiones no tienen los recursos para ofrecerles respuestas, si bien el ciudadano tiende a hacer responsable a la persona que tiene inmediatamente enfrente, si atender a que con frecuencia la frustración de expectativas está en las deficiencias de la institución u organización prestadora, pero que no es visible en ese momento para el ciudadano.

Consecuentemente, la incidencia del síndrome de desgaste profesional es mayor en determinadas profesiones respecto de otras. Así, las profesiones relacionadas con el mundo sanitario, la educación o la administración pública suelen aparecer con mayores estadísticas. La razón es que implican mayor y continuo contacto con personas que demandan atención para cubrir necesidades para las que, en cambio, no se dispone siempre de los recursos adecuados. Este desajuste entre expectativas y realidades puede provocar frustración, al sentir que el trabajo no es “útil”, sino baldío.

En definitiva, el problema afecta de modo especial a aquellas profesiones cuyas tareas se concretan en la relación continuada y estrecha con personas, sean clientes o usuarios, sobre todo si entre ambos existe una *relación de ayuda y/o de servicio*. Los trabajadores más susceptibles de padecerlo son, por lo tanto, los trabajadores que atienden a otras personas como: el personal sanitario, los profesionales dedicados a la docencia y los asistentes sociales. Respecto de ellos se dispone de un amplio conjunto de datos, tanto teóricos como cuantitativos. No obstante, la prevalencia de este riesgo puede encontrarse igualmente en otros profesionales, tales como los policías, personal de justicia, personal de rescate, editoriales, psiquiatras, psicólogos, hostelería...

Esta vocación expansiva en una economía que, como la nuestra, se define esencialmente como “economía de servicios”, destacando cada vez más los “servicios a personas”, evidencia que puede encontrarse el síndrome en otros profesionales, como directivos, mandos intermedios, secretarios/as, deportistas... La ampliación del ámbito profesional de referencia se puede observar en los estudios realizados por especialistas, que aportan los siguientes datos estadísticos sobre la influencia del Burnout en relación a la profesión:

ESTUDIOS	PROFESIONES	BURNOUT
Kyriacou (1980)	Profesores	25%
Pines, Arason y Kafry (1981)	Diversas profesiones	45%
Maslach y Jackson (1982)	Enfermeros/as	20-35%
Henderson (1984)	Médicos/as	30-40%
Smith, Birch y Marchant (1984)	Bibliotecarios	12-40%
Rosse, Jonson y Crow (1991)	Policías y personal sanitario	20%
García Izquierdo (1991)	Enfermeros/as	17%
Price y Spence (1994)	Policías y personal sanitario	20%
Deckard, Meterko y Field (1994)	Médicos/as	50%



El interés por este problema de salud aumenta a medida que va creciendo la importancia y necesidad de los servicios a personas. Las investigaciones demuestran que afecta cada vez a más profesiones, así hasta 25 campos profesionales diferentes son objeto de particular atención. En resumen, se puede considerar como prevalente en ambientes laborales:

- que están compuestos por “gente que trata con gente”
- que requieren un alto compromiso laboral, pero que frustran cotidianamente las expectativas profesionales
- que someten a fuertes presiones, de aislamiento y menosprecio, a sus empleados, provocando su total desmotivación.

► LA INCIDENCIA DE OTROS FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Si existe un amplio, aunque no completo, acuerdo en torno a esta incidencia del factor “tipo de profesión”, no parece existir un acuerdo unánime, sobre datos precisos de prevalencia, respecto a la población de colectivos de mayor riesgo, aunque sí existe cierto nivel de coincidencia para algunas variables como:

• La edad

Aunque los estudios no son concluyentes, existe una tendencia a dar relevancia al factor edad, pues el trabajador experimentaría una mayor vulnerabilidad en una etapa de su vida que en otra. Así, normalmente este momento se identifica con los primeros años de carrera profesional. Éste parece ser el espacio de tiempo más propicio para que se produzca la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, como las profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.

Pero en varios estudios realizados, el grupo de edad con mayor cansancio emocional fue el de los mayores de 44 años en quienes también se asoció la falta de realización personal. Esta falta de realización personal se encuentra más marcada en los profesionales con mayor antigüedad en el lugar de trabajo, aquellos que tienen más de 19 años de ejercicio en la profesión y más de 11 años en el mismo lugar de trabajo. Así, se observa una disminución en la producción y una tendencia a la desorganización que acompañan al agotamiento personal.

Precisamente, según la NTP 704, “*Síndrome de estar quemado por el trabajo o Burnout (I): definición y proceso de generación*”, elaborada por el INSHT, hay estudios que coinciden en que se dan más casos en el intervalo de

30 a 50 años. No obstante, son datos orientadores sobre colectivos específicos de otros países.

- **El sexo y/o género**

Pero si discutida es la incidencia del factor edad, mucho más incierto es el efecto que, para la prevalencia de este síndrome, tiene el factor sexo y/o género. Los estudios al respecto no son todavía suficientemente concluyentes y precisan una mayor atención. En todo caso, la mayor incidencia del estrés laboral en las mujeres, en particular por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, podría hacer pensar en que también respecto del SQT tiene una mayor presencia. Pero ha de insistirse en que este es un ámbito que precisa mayor análisis.

► **EL IMPACTO DE LOS FACTORES ORGANIZATIVOS Y LOS RELATIVOS A LAS CONDICIONES DE TRABAJO**

Como sucede en general para los riesgos psicosociales, las condiciones ambientales y profesionales de organización y prestación de los servicios son relevantes para identificar problemas de SQT.

Tampoco en este ámbito, para nuestro lamento, los estudios son suficientemente definitivos o evidentes, ha-

biendo fuertes discrepancias en la importancia que cada autor otorga a unos y otros factores de este tipo. Así sucede, por ejemplo, con los *turnos y el horario laboral*, siendo para el personal de enfermería donde podríamos decir que esta influencia es mayor. O con las *condiciones retributivas* —salario—, reconocidas como factor de riesgo de desgaste relevante para unos y no por otros, o incluso el *“tiempo de exposición”*, pues tampoco se ha acreditado hasta ahora una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, aunque algunos estudios sí que lo refieren.

En todo caso, sí es más clara la relación entre el síndrome de Burnout y la **sobrecarga laboral** en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Igualmente relevante sería, a estos efectos, el número de trabajadores que forman la plantilla, pues a mayor número se produciría un mayor reparto de la carga emocional que está en la base de algunas situaciones de SQT. Aunque un número excesivamente elevado puede generar igualmente situaciones de despersonalización y falta de comunicación que provoquen, en algunos profesionales, la aparición del SQT.

El diferente peso que se otorga a cada uno de estos factores vuelve a evidenciar que el origen del problema no está tanto en las cualidades personales, aunque es indudable su influencia como en todo riesgo psicosocial,



sino en las circunstancias ambientales y organizativas en que el profesional desenvuelva su prestación. De ahí que, una vez más, los aspectos organizativos tales como las condiciones de trabajo, las relaciones interpersonales o la gestión de la dirección de recursos humanos tengan relevancia probada.

En definitiva, desde un punto de vista general, entre los factores a tener en cuenta para identificar situaciones de SQT están:

- El continuo e intenso contacto con el sufrimiento, el dolor, la muerte y otros sentimientos de las personas que reciben el servicio.
- La caída del valor social de algunas profesiones.
- La sobrecarga laboral debida tanto a razones cuantitativas como también cualitativas al entrar en juego los comentados recursos emocionales y sus correlati-

vas demandas. Ejemplos de estas razones, la carencia de recursos, la presión horaria...

- Excesiva burocracia: no importa el resultado sino hacer las cosas de una determinada forma.
- Los conflictos interpersonales con supervisores y/o compañeros de trabajo en la organización debidos a la ambigüedad y al conflicto de rol.
- La presencia de patologías cada vez menos reversibles, o que implican un tratamiento muy prolongado.
- La merma en las retribuciones y estímulos.
- La creciente amenaza de sufrir juicios por mala praxis.
- El resolver dilemas éticos resultantes de las nuevas tecnologías, así como la falta de formación para usarlas.

IV CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DEL QUEMADO: DAÑOS A LA SALUD Y COSTES ECONÓMICOS DE LA NO PREVENCIÓN

Al igual que el resto de riesgos de origen “psicosocial”, el SQT constituye un grave problema de salud laboral. Pero también afecta muy negativamente a las organizaciones de trabajo y a la sociedad en general, al “quemar” anticipadamente la “producción” de una parte de sus “recursos humanos”. Si, como acabamos de ver, los factores de riesgo o desencadenantes del SQT son comunes al estrés, pues se trata de una respuesta a un estrés crónico, también comparte algunas de las consecuencias negativas para la salud física y psíquica de los

trabajadores. Ahora bien, conviene advertir de inmediato que en estos casos la gravedad suele ser mayor y, por tanto, mayores son las secuelas, en cuanto que fase especialmente madura o avanzada de distrés o estrés negativo y, por tanto, de deterioro personal y profesional. Recuérdese que es un síndrome de “agotamiento profesional” y “emocional”, por tanto crónico

El SQT surge cuando fallan todas las estrategias para afrontar la situación y supone para el trabajador “una sensación de fracaso profesional”.

Las consecuencias son:

CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DEL QUEMADO O BURNOUT		
CONSECUENCIAS FÍSICAS	CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS	CONSECUENCIAS PARA LA ORGANIZACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Cefaleas, migrañas • Dolores musculares • Dolores de espalda • Fatiga crónica • Molestias gastrointestinales, úlceras • Hipertensión • Asma • Urticarias • Taquicardias 	<ul style="list-style-type: none"> • Frustración, irritabilidad • Ansiedad • Baja autoestima, desmotivación • Sensación de desamparo • Sentimientos de inferioridad • Desconcentración • Comportamientos paranoides y/o agresivos... 	<ul style="list-style-type: none"> • Infracción de normas • Disminución del rendimiento • Pérdida de calidad del servicio • Absentismo, abandonos • Accidentes

Según las cifras indicativas de los datos recogidos en la tabla anterior podemos encontrarnos ante un problema de gran magnitud. Desde esta perspectiva, es obligado señalar la indicación de un buen número de estudios que evidencian el carácter “contagioso” del SQT, de modo que, en un breve periodo de tiempo, la organización como ente, puede caer en el desánimo generalizado. Este riesgo de contagio “organizacional” es mayor cuando los factores que lo desencadenan están en la dirección organizativa, o cuando tiene que ver con falta de comprensión para tratar el problema.

En este sentido casi 1 de cada 4 trabajadores europeos padece este SQT, según la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo. Además, hoy se sabe que su incidencia está aumentando en toda la Unión Europea. Naturalmente, esta creciente incidencia no puede sino perjudicar la propia capacidad competitiva de la economía europea, en cuanto que el SQT tiene efectos incapacitantes para el trabajo. Por lo tanto cada vez existe mayor relevancia en el estudio del síndrome del “Burnout” debido a la repercusión de sus consecuencias económicas.

Desde esta perspectiva, los altos costos que supone a nivel individual y organizacional son un dato de experiencia, pues está probado que el SQT puede llevar al profesional a cometer más errores y negligencias, lo que a su vez conduce a un aumento en el número de las reclamaciones y denuncias, a situaciones de crispación, a bajas laborales, y a una mala utilización de los recursos. El problema está en que el cambio de situaciones como éstas supondría, por otro lado, un aumento de los costes para la Admi-



nistración, aunque reduciría considerablemente los costes indirectos derivados del síndrome.

Dichos problemas no tienen fácil solución si, junto a los costes directos, no se evidencian los costes indirectos, más elevados pero distribuidos entre todos los ciudadanos, por tanto invisibles para los empleadores. Entre los costes directos figuran:

- la asistencia médica y hospitalaria,
- los salarios durante el periodo de baja,
- las indemnizaciones por IT. Estos últimos son cubiertos por las Mutua, pero comportan un coste para la empresa —mejora hasta el 100% salario—.

Entre los costes indirectos, aparecen:

- las pérdidas de tiempo,
- las multas o penalizaciones y

- las consecuencias comerciales (pérdida de clientes, deterioro de imagen...).

A la vista de esta creciente realidad negativa conviene hacer hincapié en la necesidad de que las organizaciones, tanto empresariales como públicas, se tomen en serio tales efectos, así como el deterioro de la calidad de vida laboral que suponen. En un contexto de economía global, y conforme a las indicaciones de las instituciones comunitarias, los aspectos del “bienestar” y la “salud” de los trabajadores son determinantes a la hora de evaluar si una organización es eficaz o no y de establecer la calidad de la misma. La preocupación por la prevención de la salud psíquica de los trabajadores no es sólo, pues, un presupuesto ético y social sino un indicador de la posición competitiva en el mercado de las empresas y de la calidad de los servicios públicos que se prestan.

V EL MARCO REGULADOR: HAY OBLIGACIÓN LEGAL DE PREVENIR Y REPARAR COMO ENFERMEDAD DEL TRABAJO EL “SQT”

PERO si es difícil negar la conveniencia social y económica de prevenir estas situaciones de SQT ahora hay que preguntarse si es obligatorio para el empresario adoptar las medidas preventivas necesarias, en el marco de la vigente Ley de Prevención de Riesgos Laborales —LPRL—.

Que el “Burnout” o SQT es un factor de riesgo profesional está fuera de duda para las Organizaciones de carácter Internacional competentes en esta materia —OMS, OIT (2001)—. No obstante, ninguna norma comunitaria ni tampoco ninguna norma española proporciona una regulación específica para prevenir el SQT. Tampoco el catálogo de enfermedades profesionales lo recoge, ni el actual ni el que previsiblemente se aprobará en breve tiempo una vez alcanzado un acuerdo entre el Gobierno y los interlocutores sociales.

Ahora bien, que no exista una regulación específica reglamentaria del SQT, como no existe para el resto de los riesgos psicosociales, no quiere decir que no resulte de aplicación tanto la LPRL (artículos 14 y 15) cuanto la LGSS (artículo 115). Conforme a los principios y reglas que rigen la actual legislación debe tenerse en cuenta que:

- a) El SQT es un *riesgo profesional* que el empleador ha de prevenir obligatoriamente, a través de políticas específicas amparadas en la LPRL.
- b) El SQT genera daños y secuelas en el trabajador que pueden calificarse como “*enfermedades del trabajo*” y, por tanto, tienen el tratamiento de accidente laboral, conforme a una reiterada jurisprudencia —puede verse el Anexo incluido a tales efectos en esta Guía—.

Para materializar la obligación de prevenir eficazmente éste, como cualquier otro riesgo psicosocial, apoyándose en expertos con la formación adecuada en este campo, el empleador cuenta ya con algunas pautas de actuación relevantes. Aquí mencionaremos 2 especialmente importantes por útiles.

Así, en el plano de la negociación colectiva, es posible acudir a los criterios básicos aportados por el *Acuerdo Marco Europeo sobre el Estrés Laboral* (8 de Octubre de 2004), ya transpuesto para España en el Acuerdo de Negociación Colectiva para 2005 —ANC/2005—. Aunque no es obligatorio en sus contenidos para los empleadores, sí suministra criterios útiles para orientar el quehacer tanto de los empresarios como de los representantes de

los trabajadores, según ha estimado la doctrina judicial —STSJ Madrid, 10 de octubre 2005—.

En un plano estrictamente profesional, aunque no existe todavía propiamente una “Guía Técnica” del INSHT en materia, sí disponemos de varias *Notas Técnicas Preventivas*, la 704 y 705, elaboradas por este organismo estatal que resultan útiles y de aplicación, conforme a al artículo 5.3 Reglamento de los Servicios de Prevención-RSP-. En aplicación de este precepto podemos valernos igualmente de métodos de evaluación —“medición”— proporcionados por los conocimientos científicos y técnicos hoy existentes y consensuados con los trabajadores —artículo 5.1 RSP—, siempre y cuando proporcionen “confianza sobre su resultado” —artículo 5.2 RSP—.

VI GESTIÓN PREVENTIVA DEL RIESGO DE “SQT”: MEDICIÓN Y MEDIDAS DE INTERVENCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA: ¿CÓMO MEDIR EL SQT?

CONFORME al Acuerdo Comunitario, lo primero que hay que hacer es identificar el “problema de estrés ligado al trabajo”. Y no cabe duda que el SQT es un problema ligado a una situación de estrés crónico. Esta tarea ha de abordarse, continúa diciendo el Acuerdo, “*en el marco de una evaluación... de los riesgos profesionales...*”. Pero ¿puede evaluarse, esto es, “medirse”, el SQT?

Aunque complejo, resulta posible. Ya en la década de los 80 aparecieron distintos métodos como son el BURNOUT MEASURE (BM) y el MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI). Se trata de instrumentos que fijan diferentes “escalas de puntuación” a partir de la evaluación

de la pérdida de recursos emocionales del trabajador que lo sufre³.

► BURNOUT MEASURE (BM)

Fue creado básicamente como instrumento de medida del tedio que, como se ha explicado, no puede identificarse estrictamente con el SQT, aunque mantenga importantes puntos de conexión. Así, sirve para evaluar tanto a los profesionales del campo de la ayuda y servicios como a los demás profesionales. Es una escala compuesta por 21 ítems con siete opciones de respuesta que mide tres dimensiones de agotamiento, físico, emocional y mental.

³ No son los únicos disponibles pero sí los más seguidos. Para los profesionales de la salud también se cuenta con el “Staff Burnout Scale” –SBS–, o para los profesores con el “Teacher Attitude Scale” –TAS–...

Ejemplo 1: Modelo Burnout Measure		
AGOTAMIENTO FÍSICO	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	AGOTAMIENTO MENTAL
1. Me encuentro cansado	1. Me siento deprimido	1. Soy feliz
2. Estoy agotado físicamente	2. Estoy emocionalmente agotado	2. Soy infeliz
3. Me encuentro destrozado	3. Me siento quemado	3. Tengo un buen día
4. Me siento sin fuerzas	4. Me siento atrapado	4. Me siento inútil
5. Me encuentro desgastado	5. Estoy preocupado	5. Me encuentro optimista
6. Me siento débil	6. Me siento desesperado	6. Me siento desilusionado
7. Me siento enérgico	7. Me siento ansioso	7. Me siento rechazado

► MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Este instrumento plantea a las personas una amplia gama o serie de enunciados sobre emociones y pensamientos con relación a su interacción en el trabajo. Es el instrumento de medición más utilizado e incluso actualmente se sigue utilizando en su totalidad, o la versión revisada. Compuesto de 22 items mide los tres factores característicos del Síndrome de quemado:

- Agotamiento emocional (AE): describe sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo.
- Despersonalización (D): describe una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia sujetos con los que se trabaja.
- Realización Personal (RP): describe sentimientos de competencia y realización.

Mientras que las escalas Agotamiento emocional y Despersonalización comprenden sentimientos de “estar quemado”, la escala de Realización Personal comprende sentimientos de “quemarse”.

Ejemplo 2: modelo de escala de MBI

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.

3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.
 4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.
 5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
 6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
 7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.
 8. Siento que mi trabajo me está desgastando.
 9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.
 10. Siento que me he hecho más duro con la gente.
 11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
 12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.
 13. Me siento frustrado en mi trabajo.
 14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
 15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.
 16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
 17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.
 18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.
 19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
 20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
 21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
 22. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.
- En la escala no se ofrece un punto de corte a nivel clínico para medir la existencia de Burnout y poder, así, se-

parar con razonable precisión los casos que sí lo son de los que no. Sin embargo, suele entenderse que puntuaciones altas en Agotamiento Emocional, así como para la Despersonalización, al tiempo que baja en Realización Personal, son síntomas del síndrome.

El MBI ha sufrido varias transformaciones y ha sido utilizado por diferentes investigadores adaptándolo a las circunstancias específicas de estudio. Pero en todos ellos se evalúan aspectos individuales, como los sentimientos y las emociones generadas en contextos relacionados con el trabajo. Sin embargo, existen cuestionarios diseñados para medir tanto aspectos individuales como organizacionales, por lo que aparecen como más relevantes en el ámbito de la prevención de riesgos profesionales.

Así, por ejemplo, y ya en nuestro país, se han hecho varias revisiones del MBI, dando lugar a la aparición de diversos instrumentos complementarios como es el:

► CUESTIONARIO BREVE BURNOUT (CBB)

Un grupo de investigación de la Universidad Autónoma de Madrid elaboró este instrumento de medida como complemento al MBI, tratando de resolver los problemas teóricos y psicométricos que éste plantea. El CBB se presenta, pues, como un modelo de evaluación del Burnout que atiende a los diferentes elementos del proceso que influyen tanto en factores antecedentes del síndrome de quemado como en los efectos. Consta de

66 ítem, que, divididos en tres factores miden:

- *Antecedentes* del Burnout. Se centra en tres factores:
 - Características de la tarea: viene determinado por la importancia que tiene en el origen del Burnout el desarrollo de tareas desmotivantes para los trabajadores.
 - Tedio.
 - Organización de las tareas.
- *Consecuentes*. Mide consecuencias psico-físicas y sociales.
- Factores propios. Mide las variables típicas del SQT
 - Cansancio Emocional.
 - Despersonalización.
 - Respuesta Emocional.

MÉTODOS DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA

2.1. MEDIDAS GENERALES DE ACCIÓN PREVENTIVA

De nuevo conforme a lo que dispone textualmente el Acuerdo Marco Comunitario, en aplicación de la Directiva europea y, por tanto, de la LPRL, una vez que hayamos identificado los factores que inciden en el SQT “*se deben*

tomar las medidas para prevenirlo, eliminarlo o reducirlo. *La determinación de las medidas adecuadas es responsabilidad del empleador. Estas medidas serán aplicadas con la participación y colaboración de los trabajadores y/o sus representantes”.*

Este Acuerdo insiste igualmente en que tales medidas **“pueden ser colectivas e individuales o ambas”.** Asimismo, pueden introducirse “en forma de **medidas específicas** que apunten a factores de estrés identificados o en el marco de **una política antiestrés de orden general** que incluya medidas de prevención y de acción”.

En definitiva, el empleador tiene un doble grupo de obligaciones en esta materia. Por un lado, resulta de plena aplicación, como dice expresamente el Acuerdo Comunitario recogido ya en el ANC 2005, el conjunto de obligaciones preventivas establecidas en la LPRL. Por otro lado, ha de adoptar una “acción específica” adecuada a cada problema de estrés laboral, que incluye el SQT.

En el primer plano, entre las obligaciones más relevantes en esta materia cabe recordar ahora:

- **La Planificación de la acción preventiva y modalidad organizativa (artículo 16 LPRL)**
- **Información y formación (artículo 19 LPRL)**
- **Vigilancia de la salud (artículo 22)**
- **Investigación de daños sobre la salud**

El empresario ha de llevar a cabo una investigación de

la salud. Esta, deberá quedar plasmada en un documento, en donde se especifique la causa y las medidas a adoptar. La empresa deberá de notificar por escrito a la autoridad laboral los daños sufridos.

- **Consulta y participación de los trabajadores (artículo 18 LPRL)**

2.2. MEDIDAS ESPECÍFICAS DE PREVENCIÓN DEL SQT COMO SITUACIÓN DE ESTRÉS CRÓNICO

Ahora bien, para que sea eficaz la obligación general de protección que incumbe al empleador también respecto de este singular riesgo profesional es necesario especificar o concretar estas medidas. El Acuerdo Europeo dispone que tales medidas específicas son aquellas que “apunten a los factores de estrés identificados en la acción preventiva”. Por lo tanto, aquí es obligado adoptar medidas para prevenir los factores que intervienen en el estrés crónico que está en la base del SQT. En este sentido, la identificación y prevención del “Burnout” o SQT, en el actual momento, sólo puede venir ligado a la acción preventiva de los procesos de estrés laboral.

No existe ningún tratamiento específico para el Burnout ni tampoco una estrategia simple de prevención

Debe recordarse que se distinguen 3 tipos de acciones preventivas:

- a) la prevención primaria
- b) la prevención secundaria
- c) la “prevención” terciaria.

Las dos primeras tienden a hacer frente al origen de los riesgos, mientras que la tercera afronta los daños sobre la salud, por lo que no es propiamente prevención sino de reparación, protegiendo frente a tales daños. Por su parte la *prevención primaria* es la más coherente con los principios de un sistema de gestión de la prevención de riesgos laborales, porque se dirigen a la organización y a las conductas de grupo —medidas de gestión y comunicación, asegurar apoyos adecuados a la actuación de individuos y equipos de trabajo; adaptaciones de organización, procesos y condiciones a las características de cada trabajador; información y formación adecuadas a estos riesgos y a su afrontamiento; consulta...—. En cambio, la *prevención secundaria* se orienta más a los individuos que a la organización, provocando cambios de actitudes de las personas y mejorando sus recursos de afrontamiento —reacción de relajación—.

En síntesis, las acciones para la prevención del SQT pasa por tres tipos de medidas:

► Para provocar cambios en la **ORGANIZACIÓN**:

- Realizar la identificación del síndrome mediante la evaluación de riesgos psicosociales.
- Mejorar el clima de trabajo promoviendo el trabajo en equipo.
- Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo, descentralizando la toma de decisiones.
- Disponer del análisis y definición de los puestos de trabajo, evitando ambigüedades y conflicto de rol.
- Establecer líneas claras de autoridad y responsabilidad.
- Definición de competencias y responsabilidades, de forma precisa y realista, atendiendo a las capacidades reales.
- Mejorar las redes de comunicación y promover la participación en la organización, mejorando el ambiente.
- Fomentar la colaboración en la organización.
- Fomentar la flexibilidad horaria.
- Promover la seguridad en el empleo
- Programas de anticipación hacia lo real: debido a las discrepancias que se produce entre las expectativas de los trabajadores cuando se incorporan al trabajo y, la realidad con la que se encuentran supone un choque que se puede evitar mediante la implantación de programas de simulador de rol.

► Para promover cambios y capacidades en las **personas:**

Hay que promover el entrenamiento en la solución del problema, en la asertividad y el manejo eficaz del tiempo. Para ello precisa:

- Programas dirigidos a la adquisición de destreza para la resolución de problemas —asertividad, manejo eficaz del tiempo...—.
- Programas dirigidos para la adquisición de destreza en la mejora del control de las emociones para mantener la distancia emocional con el usuario, cliente, paciente, alumno.... (técnicas de relajación, desconexión entre el mundo laboral y el mundo personal...).
- Desarrollo de conductas que eliminen la fuente de estrés o neutralicen las consecuencias negativas del mismo.

► Para promover dinámicas de **Grupo:** el apoyo social, tanto por parte del ambiente de trabajo como por parte de lo familiar es fundamental para adquirir unas habilidades. El apoyo social permite saber a las personas que se preocupan por ellos y que son valorados y estimados. Así, es importante:

- Fomentar las relaciones interpersonales.
- Fortalecer los vínculos sociales entre el grupo de trabajo.
- Establecer sistemas participativos y democráticos en el trabajo.
- Facilitar formación e información.

ANEXO I.

SENTENCIAS RELACIONADAS CON EL BURNOUT

EJEMPLO SENTENCIA 1: MOTIVO DE BAJA PERMANENTE

Una sentencia reconoce que el "síndrome del quemado" es un accidente laboral.

El Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (TSJC) ha reconocido que el "síndrome del quemado" o "burn out" es un accidente laboral, en una sentencia en la que confirma la incapacidad permanente absoluta concedida a una maestra de Barcelona.

La mutua del colegio privado concertado en el que trabajaba la mujer recurrió la decisión del tribunal de primera instancia al entender que la dolencia de la maestra no se debía a un accidente laboral porque no estaba clara "la relación causal entre el trabajo y su enfermedad".

Sin embargo, el escrito del TSJC aclara que **este tipo de dolencias "se gestan de una forma lenta y acumulativa"** pero también "se relacionan directamente con el trabajo".

El "síndrome del quemado" se define como agotamiento físico, emocional y mental motivado por acumulación de estrés.

Recuerda que el "síndrome del quemado o de agotamiento profesional" se define como "agotamiento físico, emocional y mental" motivado por "un proceso en el que se acumula un estrés excesivo por una desproporción entre la responsabilidad y la capacidad de recuperación" del empleado.

En opinión del tribunal, en este caso el síndrome del "burn out" ha afectado a la profesora "estando en el trabajo y como consecuencia del mismo" y le ha ocasionado "un deterioro que actualmente no le permite la actividad laboral".

Por este motivo, **el tribunal reconoce la incapacidad permanente absoluta** de la profesora para continuar su labor docente y condena a la mutua del centro escolar en la que trabajaba la profesora a abonarle una pensión del cien por cien de su base reguladora.

1. El síndrome del trabajador quemado constituye un riesgo profesional de origen psicosocial.

En cualquier caso, y a los efectos que interesan en el litigio entablado por la trabajadora, debe señalarse que se trata de un riesgo psicosocial descrito, que ha debutado en la actora estando en el trabajo y como consecuencia del mismo.

(STSJ Cataluña, 20 de enero de 2005)

2. Compete a la empresa la vigilancia de la salud en relación a los factores de riesgo psicosocial.

Es exigible y compete a la empresa la vigilancia de la salud de los trabajadores que pudiera verse quebrantada por **riesgos psicosociales**.

(STSJ Cataluña 9 noviembre de 2005)

3. El síndrome del trabajador quemado es un proceso en el que se acumula un estrés extremo, a raíz de la desproporción existente entre la responsabilidad asumida por el trabajador y la ausencia de reconocimiento vivida por éste.

“Más recientemente, se habla como nueva aparición de enfermedad psicosocial, la denominada «Burn Out», que viene a significar «estar quemado», y que se trata de un síndrome de agotamiento físico y mental intenso, resultado de un estado de **estrés laboral** crónico o frustra-

ción prolongado y que según tanto la Psicología del Trabajo como la Medicina Forense se trata de un trastorno de adaptación del individuo al ámbito laboral cuya caracterización reside en el cansancio emocional (pérdida progresiva de energía, desgaste, agotamiento y fatiga emocional). El «quemado» por el trabajo, se ha dicho, tiene fuerzas, pero no tiene ganas; la despersonalización, manifestada en falta de realización personal, sentimientos de frustración, inutilidad, desinterés progresivo hacia el trabajo con rutinización de tareas; aislamiento del entorno laboral y social y, frecuentemente, ansiedad, depresión (trastorno psíquico adaptativo crónico)”.

(STSJ Navarra, 18 abril de 2006)

4. Los factores causantes son tanto objetivos como subjetivos.

“Respecto a sus causas, se apunta como estresores laborales desencadenantes, los vinculados al puesto de trabajo y las variables de carácter personal. Entre los primeros se señalan la categoría profesional, las funciones desempeñadas, escasez de personal. Respecto a los segundos, se trata de un **estrés laboral** asistencial, y por consiguiente con más incidencia en el sector servicios, de entre los que cabe destacar los servicios sociales en los que el trabajo se realiza en contacto directo con personas que por sus características son sujetos de ayuda”

(STSJ Navarra de 23 de marzo de 2004)

5. No existe tal síndrome cuando la trabajadora se siente frustrada por realizar una actividad laboral que no le permite realizar las competencias propias de su vocación profesional.

En el caso conocido por la sentencia que declaró la enfermedad como de origen común, la patología se encuentra relacionada con la inadaptación de la actora en relación con la profesión desempeñada –actividad de te-leoperadora-, que, en su entendimiento de las cosas, afecta negativamente a su vocación de dramaturga, sin que se hayan aportado elementos fácticos que relacionen las circunstancias en que se desenvuelve el trabajo desempeñado y el trastorno sufrido por la actora.

(Auto del Tribunal Supremo 30 mayo de 2006)

6. El síndrome del trabajador produce una serie de síntomas y efectos perjudiciales para la salud del trabajador que han de calificarse como de enfermedad del trabajo y, por tanto, tratarse como accidentes laborales.

La conexión entre el agotamiento profesional y la prestación de servicios en circunstancias que alteren gravemente la autoestima, la conciencia de la propia dignidad

personal, generando ansiedad extrema, sentimientos de incapacidad y culpa, puede ser calificada como enfermedad de trabajo y no como accidente súbito o inesperado, por cuanto se gesta de forma lenta y acumulativa. En todo caso, tendrá el tratamiento de accidente de trabajo y, según los grados de frustración generados, originar una IP absoluta o bien sólo para el trabajo habitual.

(SsTTSSJ País Vasco, 2 noviembre 1999,
Cataluña, 20 de enero 2005)

7. Aunque existen puntos de conexión, por ser manifestaciones de estrés laboral —STSJ Madrid 14 de marzo de 2005—, no puede confundirse el acoso moral con el síndrome del quemado.

“Pues bien, aun cuando ambas patologías Psicosociales coinciden en el resultado, esto es, los graves daños que producen en la salud del trabajador, el acoso moral o Mobbing se integra por un elemento intencional lesivo, ya proceda del empleador o superiores jerárquicos (bossing) o por compañeros (mobbing horizontal), sin embargo en el Burt Out, ese elemento intencional está, en principio, ausente”.

(STSJ Navarra, 18 abril 2006;
STSJ Galicia, 9 de diciembre de 2005)

ANEXO II.

ACUERDO MARCO EUROPEO SOBRE EL ESTRÉS LABORAL

El acuerdo fue firmado el día 8 de octubre de 2004, el objetivo de este acuerdo es proporcionar un marco a los empresarios y trabajadores para identificar y prevenir y tomar las medidas necesarias con respecto a los problemas del estrés relacionados con el trabajo.

ACUERDO MARCO SOBRE EL ESTRÉS LIGADO AL TRABAJO

1º Introducción

El estrés ligado al trabajo ha sido reconocido a escala internacional, europea y nacional como una preocupación tanto para los empleadores como para los trabajadores. Habiendo identificado la necesidad de una acción específica en este asunto y anticipando una consulta de la Comisión sobre el estrés, los interlocutores sociales europeos han incluido este tema en el programa de trabajo del Diálogo Social 2003-2005.

El estrés puede, potencialmente, afectar a cualquier lugar de trabajo y a cualquier trabajador, independientemente

del tamaño de la empresa, de su ámbito de actividad o del tipo de contrato o relación laboral. En la práctica, no todos los lugares de trabajo ni todos los trabajadores están necesariamente afectados.

Tratar la cuestión del estrés ligado al trabajo puede conducir a una mayor eficacia y mejora de la salud y de la seguridad en el trabajo, con los correspondientes beneficios económicos y sociales para las empresas, los trabajadores y la sociedad en su conjunto. Es importante considerar la diversidad de la mano de obra cuando se tratan problemas de estrés ligado al trabajo.

2. Objetivo

El objetivo de este Acuerdo es incrementar la sensibilización y la comprensión de los empleadores, los traba-

jadores y de sus representantes acerca de la cuestión del estrés relacionado con el trabajo, atraer su atención respecto a los signos que pueden indicar los problemas de estrés ligado al trabajo.

El objetivo de este Acuerdo es proporcionar un marco a los empleadores y a los trabajadores para identificar y prevenir o manejar los problemas del estrés relacionado con el trabajo. No se trata de culpabilizar a los individuos respecto al estrés.

Reconociendo que el acoso y la violencia en el lugar de trabajo son factores potenciales de estrés y dado que el programa de trabajo 2003-2005 de los interlocutores sociales europeos prevé la posibilidad de una negociación específica sobre estas cuestiones, el presente Acuerdo no trata la violencia en el trabajo, ni el acoso y el estrés postraumático.

3. Descripción del estrés y del estrés ligado al trabajo

El estrés es un estado que se acompaña de quejas o disfunciones físicas, psicológicas o sociales y que es resultado de la incapacidad de los individuos de estar a la altura de las exigencias o las expectativas puestas en ellos.

El individuo es capaz de manejar la tensión a corto plazo, lo que puede ser considerado como positivo, pero tiene dificultades en resistir una exposición prolongada a una presión intensa. Además, individuos diferentes pueden reaccionar de manera distinta a situaciones similares

y un mismo individuo puede reaccionar de manera diferente a una misma situación en momentos diferentes de su vida.

El estrés no es una enfermedad, pero una exposición prolongada al estrés puede reducir la eficacia en el trabajo y causar problemas de salud.

El estrés originado fuera del entorno de trabajo puede entrañar cambios de comportamiento y reducir la eficacia en el trabajo. No todas las manifestaciones de estrés en el trabajo pueden ser consideradas como estrés ligado al trabajo. El estrés ligado al trabajo puede ser provocado por diferentes factores tales como el contenido del trabajo, su organización, su entorno, la falta de comunicación, etc.

4. Identificación de los problemas de estrés relacionado con el trabajo

Dada la complejidad del fenómeno del estrés, el presente Acuerdo no pretende proporcionar una lista exhaustiva de indicadores de estrés potencial. Sin embargo, un alto nivel de absentismo, de rotación de personal, de frecuentes conflictos o quejas de los trabajadores, constituyen signos que pueden indicar un problema de estrés ligado al trabajo.

La identificación de un problema de estrés ligado al trabajo puede implicar un análisis de elementos tales como la organización del trabajo y los procesos (acuerdos de tiempo de trabajo, grado de autonomía, adecua-

ción de las capacidades del trabajador a las necesidades del trabajo, cantidad de trabajo etc.), las condiciones y el entorno de trabajo (exposición a comportamientos abusivos, ruido, temperatura, sustancias peligrosas, etc.), la comunicación (incertidumbre respecto a lo que se espera en el trabajo, perspectivas de empleo, próximos cambios, etc.) así como factores subjetivos (presiones emocionales y sociales, sentimiento de no ser capaz de hacer frente, impresión de no ser apoyado, etc.).

Si se identifica un problema de estrés ligado al trabajo, se deben tomar medidas para prevenirlo, eliminarlo o reducirlo. La determinación de las medidas adecuadas es responsabilidad del empleador. Estas medidas serán aplicadas con la participación y colaboración de los trabajadores y/o de sus representantes.

5. Responsabilidades de los empleadores y de los trabajadores

Conforme a la Directiva marco 89/391, todos los empleadores tienen la obligación legal de proteger la seguridad y la salud de los trabajadores. Esta obligación se aplica igualmente a los problemas de estrés ligado al trabajo en la medida en que presenten un riesgo para la salud y la seguridad. Todos los trabajadores tienen el deber general de respetar las medidas de protección definidas por el empleador.

Los problemas relativos al estrés ligado al trabajo pueden ser abordados en el marco de una evaluación general de los riesgos profesionales, mediante la definición de una política sobre el estrés diferenciada y/o mediante medidas específicas que apunten a los factores de estrés identificados.

6. Prevenir, eliminar o reducir los problemas de estrés ligado al trabajo

Se pueden tomar diferentes medidas para prevenir, eliminar o reducir los problemas de estrés ligado al trabajo. Estas medidas pueden ser colectivas, individuales o ambas. Pueden ser introducidas en forma de medidas específicas que apunten a factores de estrés identificados o en el marco de una política antiestrés de orden general que incluya medidas de prevención y de acción.

Si las competencias requeridas en la empresa son insuficientes, es posible recurrir a expertos exteriores, conforme a la legislación europea así como a la reglamentación, convenios colectivos y prácticas nacionales.

Una vez establecidas, las medidas contra el estrés deberán ser revisadas periódicamente con el fin de evaluar su eficacia, comprobar si se utilizan de forma óptima los recursos y si todavía son adecuadas o necesarias.

Estas medidas pueden incluir, por ejemplo:

- medidas de gestión y comunicación tales como aclarar los objetivos de la empresa, así como el papel

de los trabajadores individuales, asegurar un apoyo adecuado de la gestión a los individuos y a los equipos, asegurar una buena adecuación entre el nivel de responsabilidad y de control sobre su trabajo, mejorar la organización, los procesos, las condiciones y el entorno de trabajo,

- formar a la dirección y a los trabajadores con el fin de llamar la atención acerca del estrés y su comprensión, sus posibles causas y la manera de hacerle frente y/o de adaptarse al cambio,
- la información y la consulta de los trabajadores y/o de sus representantes, conforme a la legislación europea así como a la reglamentación, convenios colectivos y prácticas nacionales.

7. Aplicación y seguimiento

En el marco del artículo 139 del Tratado, este Acuerdo marco europeo voluntario compromete a los miembros de UNICE/UEAPME, del CEEP y de la CES (y del Comité de Enlace EUROCADRES/CEC) a desarrollarlo conforme a los procedimientos y prácticas propias de los interlocutores sociales en los Estados miembros y en los países del Espacio Económico Europeo.

Las partes signatarias invitan asimismo a sus organizaciones miembro en los países candidatos a aplicar este Acuerdo.

El desarrollo de este Acuerdo se llevará a cabo du-

rante los tres años siguientes a la fecha de firma del mismo.

Las organizaciones miembro informarán acerca del desarrollo de este Acuerdo al Comité de Diálogo Social. Durante los tres primeros años tras la firma del presente Acuerdo, el Comité de Diálogo Social preparará un cuadro anual resumiendo el desarrollo del Acuerdo. El Comité de Diálogo Social elaborará, en el cuarto año, un informe completo sobre las acciones de desarrollo tomadas.

Las partes signatarias evaluarán y revisarán el Acuerdo en cualquier momento, pasados cinco años tras la firma, si así lo solicitara una de las partes signatarias.

En caso de cuestiones sobre el contenido del Acuerdo, las organizaciones miembro implicadas, podrán dirigirse conjunta o separadamente a las partes signatarias, que responderán conjunta o separadamente.

En el desarrollo de este Acuerdo, los miembros de las organizaciones signatarias evitarán cargas innecesarias a las PYME.

El desarrollo de este Acuerdo no constituye una razón válida para reducir el nivel general de protección otorgada a los trabajadores en el campo del presente Acuerdo.

El presente Acuerdo no perjudica el derecho de los interlocutores sociales a concluir, en el nivel apropiado, incluido el europeo, acuerdos que lo adapten y/o completen de manera que tengan en cuenta las necesidades específicas de los interlocutores sociales implicados.

ANEXO III.

BIBLIOGRAFÍA Y ENLACES

BIBLIOGRAFÍA

- ◆ B. Moreno y col. “La evaluación del Burnout. El CBB como modelo de elemento del proceso”. En *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 13.2 pp. 185-207.
- ◆ B. Moreno y col. “Método de Evaluación del Burnout”. UAM. En: www.cusp.uam.es
- ◆ J. Alarcón, F. Vaz. “Análisis del síndrome de Burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social”. En *Revista de Psiquiatría*. Barna 2002; 29:8-17
- ◆ Dr. José Luis González de Rivera y Revuelta. “Trastornos adaptativos y de estrés”. Artículo del portal: mobbing.nu
- ◆ Dr. Alejandro Néstor Rivera. “Burn out síndrome de agotamiento profesional”. www.monografias.com/trabajos11/burn/burn.shtml
- ◆ Dra. en Psicología María Isabel Pérez Jáuregui. “El ‘síndrome de burnout’ (‘quemarse’ en el trabajo) en los profesionales de la salud”. Marzo 2001, Universidad del Salvador. www.salvador.edu.ar/ua1-9pub02-5-02.htm
- ◆ Carlos Almendro Padilla y Rafael de Pablo González. “Síndrome del burnout”. Artículo del portal ‘Plataforma diez minutos’.
- ◆ Carlos B. Rodríguez Karelia Vázquez “¿Se quema la sanidad española?” Mayo-Junio 2003. Artículo del portal ‘Economía de la Salud’.
- ◆ Jose Manuel Ramos Arredondo “Riesgos Psicosociales. VI Congreso Internacional de Ergonomía”. 29 de Mayo 2004.
- ◆ Pualto Durán, MJ., Antolín Rodríguez, R., Moure Fernández, L. “Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de factores relacionados en las enfermeras del Chuvi” (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo).

◆ Atance Martínez, Juan Carlos. “Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario”. *Revista Española de Salud Pública*.

◆ “El síndrome del burnout en una muestra de auxiliares de enfermería un estudio: exploratorio” 2004 Stefano Vinaccia Alpi, Liliana Alvarán Flórez. Universitas Psychologica La Revista Pontificia Universidad Javeriana Colombia

◆ “¿Qué es el burnout?” Artículo publicado por ‘Portal Universia, S.A’.

◆ Francisco Alcantud Marín “BURNOUT, un nuevo nombre para un viejo problema”.

◆ Universidad de Morón, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Integrantes: Ariana Castagna, M^a Cecilia Bruschi, Silvana Soledad Sgró y Maximiliano Sánchez. “Síndrome Burnout”.

◆ Enrique J. Garcés de los Fayos Ruíz. “Tesis sobre el burnout”.

NORMAS Y NOTAS TÉCNICAS DEL I.N.S.H.T

Normas

◆ Ley 31/1995 de 8 de noviembre. Prevención Riesgos Laborales.

◆ Ley 54/2003, de 12 de diciembre. Prevención de Riesgos Laborales Reforma del Marco Normativo de la Prevención de Riesgos Laborales.

◆ RD 486/1997 de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.

◆ Directiva 93/104/CE del Consejo, de 23 de noviembre de 1993, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo.

Notas Técnicas del I.N.S.H.T

◆ NTP 212: Evaluación de la satisfacción laboral: métodos directos e indirectos.

◆ NTP 213: Satisfacción laboral: encuesta de evaluación

◆ NTP 312: Comunicación interpersonal.

◆ NTP 318: El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral.

- ◆ NTP 349: Prevención del estrés: intervención sobre el individuo.
- ◆ NTP 388: Ambigüedad y conflicto de rol.
- ◆ NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción.
- ◆ NTP 438: Prevención del estrés: intervención sobre la organización.
- ◆ NTP 439: El apoyo social.
- ◆ NTP 444: Mejora del contenido del trabajo: rotación, ampliación y enriquecimiento de tareas.
- ◆ NTP 445: Carga mental de trabajo: fatiga.
- ◆ NTP 489: Violencia en el lugar de trabajo.
- ◆ NTP 499: Nuevas formas de organizar el trabajo: la organización que aprende.
- ◆ NTP 534: Carga mental de trabajo: factores.
- ◆ NTP 581: Gestión del cambio organizativo.
- ◆ NTP 659: Carga mental de trabajo: diseño de tareas.
- ◆ NTP 575: Carga mental de trabajo: indicadores.
- ◆ NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación.
- ◆ NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención.

ENLACES DE INTERÉS

- ▶ **Portal de nuestro Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales**
www.ugt.es/slaboral/observ/index.php
- ▶ **Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo**
www.mtas.es/insht
- ▶ www.mobbing-opinion.com/artman/publish
- ▶ www.prevencionintegral.com
- ▶ www.prevention-world.com
- ▶ www.prevencion-laboral.com
- ▶ www.preventoronline.com/asp/default.asp



www.UGT.es



FINANCIADO POR:

**FUNDACIÓN
PARA LA
PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES**