

NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención



Syndrome d'épuisement professionnel dans le travail: conséquences, évaluation et prévention
Burn-out syndrome: consequences, assesement and prevention

Las NTP son guías de buenas prácticas. Sus indicaciones no son obligatorias salvo que estén recogidas en una disposición normativa vigente. A efectos de valorar la pertinencia de las recomendaciones contenidas en una NTP concreta es conveniente tener en cuenta su fecha de edición.

Redactor:

Manuel Fidalgo Vega
Licenciado en Psicología

CENTRO NACIONAL DE CONDICIONES DE TRABAJO

Desde la óptica de la prevención de riesgos laborales y desde los conocimientos existentes en la actualidad sobre la materia, se pretende dar a conocer aquellos aspectos relativos a las consecuencias, la evaluación, la prevención y la intervención del al síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT).

Introducción

Si en la NTP precedente se describieron los aspectos más conceptuales, los relativos a las causas que originan el síndrome y al proceso que conduce al SQT, en la presente NTP se expondrán las consecuencias que se derivan para el individuo y para la organización cuando se produce el SQT. Debido a estas nocivas consecuencias sobre la salud del trabajador que se producen, ya existen algunos pronunciamientos de los tribunales al respecto que también son comentados en esta NTP. Estas sentencias, unidas a una creciente exigencia social, pueden favorecer un posterior desarrollo legislativo.

En el campo de la evaluación del SQT se han centrado bastantes esfuerzos, aunque no tantos en el campo de prevención e intervención sobre el síndrome, es decir, en investigar y actuar sobre los antecedentes. A continuación se tratará de dar una visión psicosocial del SQT, principalmente desde la prevención e intervención.

Consecuencias de SQT para la organización y para el trabajador

El trabajador se va viendo afectado poco a poco en su salud, debido a la exposición a unas determinadas condiciones de trabajo que no le resultan controlables y a pesar de poner en juego todos sus recursos personales. No se puede suponer que la sensibilidad individual es la responsable de que el individuo sufra daños en su salud, sino que son las condiciones de trabajo a las que está expuesto las responsables de esto. No obstante es posible que, a través de sus recursos personales de afrontamiento y del apoyo social del que se provea, pueda protegerse de la exposición a los factores de riesgo del SQT. En este sentido, no puede ser definido como un problema de adaptación, puesto que es obvia la obligación del empleador de adaptar el trabajo a la persona, como así lo regula el texto de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

El SQT es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-cliente y por la relación profesional-organización. Aparece un deterioro cognitivo (frustración y desencanto profesional), afectivo (desgaste emocional y, en algunos casos, culpa) y actitudinal (cinismo, indolencia e indiferencia frente a clientes o frente a la organización) en el trabajador. Se han descrito desde el plano individual más de 100 síntomas relacionados con el SQT que afectan a las emociones y los afectos, a las cogniciones, a las actitudes, a las conductas y al sistema fisiológico. Algunos síntomas, al hacerse crónicos se intensifican y degeneran hacia procesos más graves, si no se corrige la situación.

Esta respuesta surge cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales. Supone para el trabajador una sensación de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales con los usuarios. En esta situación, la respuesta desarrollada está constituida por sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional. Ante esos sentimientos, el individuo genera actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento. Así, el síndrome de quemarse por el trabajo es un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés, de forma que, si perdura en el tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo en forma de enfermedad o falta de salud, con alteraciones psicosomáticas (alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos, etc.), y también para la organización (accidentes, deterioro del rendimiento y de la calidad asistencial o de servicios, absentismo, rotación no deseada, abandono, etc.). En el "cuadro 1" se muestran los síntomas principales del SQT.

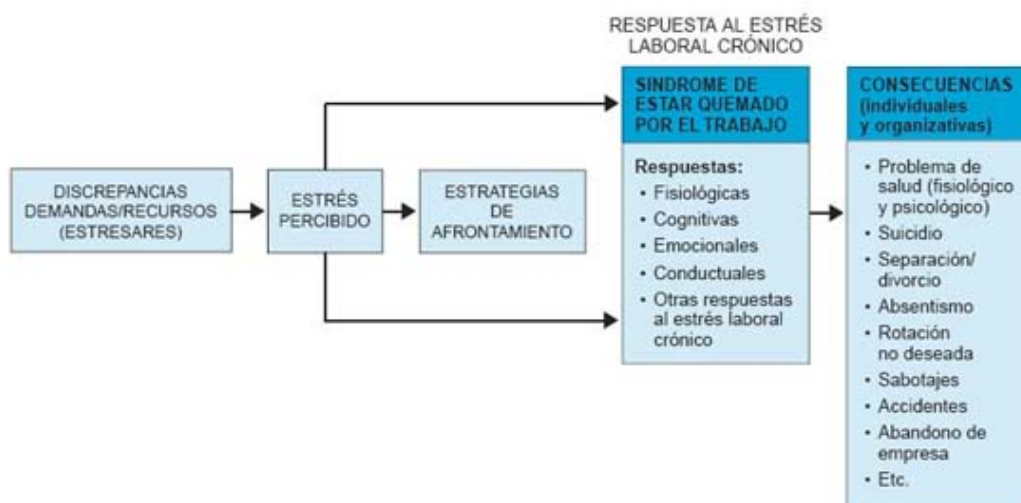
En la persona se produce un deterioro cognitivo, que consiste en la aparición de la frustración y el desencanto profesional, en una crisis de la capacidad percibida por el desempeño de la actividad profesional y en una crisis existencial. El deterioro afectivo se caracteriza por el desgaste emocional y en algunos casos se acompaña por sentimientos de culpa. El deterioro actitudinal cursa con actitudes de cinismo, indolencia e indiferencia con los clientes y con la propia organización. Estas consecuencias, el trabajador puede vivirlas "agrediendo a sí mismo" (culpa) por tratar así a los usuarios, compañeros, etc., o bien puede justificar esas actitudes negativas e ir sosteniéndose en esa situación sin generar un daño mayor a su salud, pero deteriorando la calidad de servicio notablemente.

Así, las principales consecuencias emocionales tienen que ver con la sintomatología ansioso-depresiva, con una propensión a los sentimientos de culpa y con respuestas hostiles alimentadas por frecuente irritabilidad y actitudes negativas hacia la vida. Muchos estudios relacionan los estados depresivos y la constelación sintomática del síndrome. Desde el punto de vista clínico el SQT es un proceso que se acaba manifestando como una enfermedad incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral cuando se presenta en toda su magnitud. En la "figura 1" se puede observar, dentro de este proceso de daño en la salud del SQT en qué planos se ve afectada la persona. También se describen algunas consecuencias que se producen, tanto para el individuo como para la organización.

Cuadro 1
Síntomas del SQT en el trabajador y en la organización

PARA EL TRABAJADOR
<p>A. Psicósomáticos: cansancio hasta el agotamiento y malestar general (que, a su vez, median en deterioro de la calidad de vida), fatiga crónica y alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo (cardiorrespiratorio, digestivo, reproductor, nervioso, reproductivo, etc.) con síntomas como dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, molestias y dolores musculares, hipertensión, crisis de asma, etc.</p> <p>B. Conductuales: conducta despersonalizada en la relación con el cliente, absentismo laboral, desarrollo de conductas de exceso como abuso de barbitúricos, estimulantes y otros tipos de sustancias (café, tabaco, alcohol, etc.), cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas hiperactivas y agresivas.</p> <p>C. Emocionales: predomina el agotamiento emocional, síntomas disfóricos, distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, ansiedad, sentimientos de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, sentimiento de soledad, sentimiento de alienación, sentimientos de impotencia, desorientación, aburrimiento, vivencias de baja realización personal, sentimientos depresivos.</p> <p>D. Actitudinales: actitudes de desconfianza, apatía, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, hostilidad, suspicacia y poca verbalización en las interacciones.</p> <p>E. Sociales y de relaciones interpersonales: actitudes negativas hacia la vida en general, disminuye la calidad de vida personal, aumento de los problemas de pareja, familiares y en la red social extralaboral del sujeto (debido a que las interacciones son hostiles, la comunicación es deficiente, no se verbaliza, se tiende al aislamiento, etc.).</p>
PARA LA ORGANIZACIÓN
<p>Se manifiesta en un deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales (indiferencia o frialdad con las personas con las que trabaja); disminuye la capacidad de trabajo, disminuye el compromiso, bajan el rendimiento y la eficacia, se da un mayor absentismo y una mayor desmotivación, aumentan las rotaciones y los abandonos de la organización, resulta muy afectada la calidad de los servicios que se presta a los clientes, surgen sentimientos de desesperación e indiferencia frente al trabajo, se produce un aumento de quejas de usuarios o clientes, etc.</p>

Figura 1
Proceso y consecuencias del SQT "Gil - Monte 2005"



Evaluación, instrumentos de medida y metodología

Habitualmente, se concluye que el SQT afecta a los trabajadores cuando las consecuencias o síntomas que presenta la persona coinciden con el referente teórico-experimental que caracteriza el síndrome. Los síntomas patognomónicos que lo caracterizan no indican necesariamente la presencia del síndrome. Un profesional puede ser cínico e incluso cruel con los clientes de la organización,

por motivos de educación o personalidad, sin que por ello haya desarrollado el SQT. Es necesario, desde esta perspectiva clínica, tener presente el contexto en el que surge la patología y su proceso de desarrollo, así como que concurren varios síntomas que deterioran el plano cognitivo, afectivo y actitudinal del trabajador para considerar que un determinado síntoma indica la presencia de un SQT.

En términos de prevención de riesgos laborales, la perspectiva clínica posee una potencia limitada, puesto que significa que la prevención ha fallado y pasamos a identificar los riesgos mediante el diagnóstico de daños en los individuos. En la historia del SQT se observa que los esfuerzos mayores se han orientado a diseñar herramientas que recojan ese racimo de síntomas que luego definirán el daño para la salud que supone padecer el SQT. Si desde el punto de vista clínico o de vigilancia a la salud los especialistas pueden diagnosticar el síndrome, también en el campo de la prevención psicosocial, los expertos han de realizar una evaluación preventiva o primaria con el fin de identificar los factores de riesgo que por su impacto puedan favorecer la aparición del SQT. Para realizar un trabajo de evaluación hay que tener claro, no solamente el diagnóstico clínico, sino que es esencial que desde la psicología se estudie la etiología y el proceso que lleva al SQT. En este importante terreno existen menos trabajos científico-técnicos encaminados a establecer las relaciones causales y la evaluación de las mismas.

Hay que recomendar que, a la hora de efectuar un diagnóstico por consecuencias, quien podría desempeñar esa labor es la vigilancia a la salud o un experto al efecto. El técnico en prevención, ha de poner el acento, fundamentalmente, en evaluar la existencia de antecedentes o desencadenantes que impacten o puedan impactar en el trabajador y que, por su potencial nocivo, puedan originar esta patología; este trabajo se desarrolla evaluando los riesgos psicosociales asociados al SQT y corrigiendo dichos factores, descritos ya con anterioridad. Es evidente que los desencadenantes en los que se ha de incidir pueden ser diferentes y que el grado de impacto sobre los trabajadores es variable, es decir, que en muchos casos se precisará conocer indicios sintomáticos, que siempre pueden sondearse de forma colectiva, anónima y con consentimiento informado, para estimar el grado de exposición. La vigilancia de la salud ha de actuar coordinada con los técnicos de prevención de riesgos psicosociales para alcanzar, en este terreno, los objetivos preventivos en la empresa.

En el campo de la prevención de los riesgos laborales, en referencia al SQT concretamente, hay que aclarar que, el análisis no se ha de centrar en las supuestas características, debilidades estructurales o funcionales del individuo, que pudieran revelar una hipotética propensión o una cierta falta de resistencia a las exigencias del trabajo. No obstante, bien porque de la evaluación de los riesgos se derivara una nociva exposición a los riesgos o bien porque se orientara erróneamente la evaluación y tratamiento de los riesgos por la vía de "trabajador especialmente sensible", en todos los casos *habría que adaptar el trabajo a la persona*.

Los síntomas que se producen en el SQT son indicadores de que se puede hacer visible la exposición a factores de riesgo cuando ya están actuando sobre el trabajador de un modo nocivo. Como consecuencia de una exposición a factores de riesgo que producen un SQT, los síntomas aparecen en el individuo en cantidades diferentes, de mayor porcentaje (80%, ansiedad) a menor (22%, la indiferencia): *ansiedad, irritación, tristeza, inadecuación, impotencia, fatiga, inquietud, dificultad de concentración, frustración, depresión, incompetencia, sentimientos de culpa, excesivas horas de trabajo, poca realización personal, disminución de interés por el trabajo, sentimiento de inutilidad, negatividad, disminución de la motivación, disminución de intereses extralaborales e indiferencia*.

No hay que confundirlo con el estrés laboral propiamente dicho. Se considera al *burnout* como una de las posibles respuestas al impacto acumulativo del estrés laboral crónico, en contextos de servicios humanos. En el "cuadro 2" se muestran algunas diferencias entre el estrés y el SQT. Para diferenciar y determinar la presencia del SQT en el trabajador los objetivos de la evaluación se centran en evaluar una serie de parámetros:

- Valorar de síntomas que presenta el trabajador
- Analizar del proceso de aparición
- Discriminarlo de otros procesos, diagnóstico diferencial

- Evaluar la frecuencia e intensidad de los síntomas

- Identificar las fuentes de estrés, origen de las consecuencias

Cuadro 2
Diferencias entre estrés y SQT

ESTRÉS	BURNOUT
Sobreimplicación en los problemas	Falta de implicación
Hiperactividad emocional	Embotamiento emocional
El daño fisiológico es el sustrato primario	El daño emocional es el sustrato primario
Agotamiento o falta de energía física	Agotamiento afecta a motivación y a energía psíquica
La depresión puede entenderse como reacción a preservar las energías físicas	La depresión en burnout es como una pérdida de ideales de referencia-tristeza
Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas (eustrés)	El SQT sólo tiene efectos negativos

Los procedimientos habitualmente más usados para la evaluación son:

- Cualitativos: entrevistas diagnósticas
- Cuantitativos: aplicación de pruebas psicométricas, para determinar el grado de incidencia de la patología y los antecedentes organizativos relevantes que originan su desarrollo
- Identificar mediante criterios normativos de las escalas y mediante índices estadísticos (correlaciones, regresiones, etc.) el

grado de asociación existente entre las fuentes de estrés, los síntomas del SQT y las consecuencias. Es aquí donde las estimaciones psicométricas a través de las herramientas de evaluación de riesgos psicosociales cobran una importancia preventiva y de intervención, a fin de actuar sobre el origen.

Todo esto conjuntamente permite proponer la intervención más adecuada

Los instrumentos más utilizados como estimación de la presencia de la patología han sido los cuestionarios, en detrimento de otras técnicas como la entrevista estructurada, técnicas proyectivas, la observación clínica, etc. Una de las herramientas más frecuentemente utilizadas para evaluar *burnout* es el Maslach Burnout Inventory (MBI), del que existen tres versiones actualmente. En español hay una adaptación del mismo. *Hay que decir que el MBI, aunque es insuficiente para la realización de un diagnóstico de SQT, es la herramienta más utilizada para la estimación psicométrica del síndrome.* Este instrumento evalúa en qué grado están afectadas en el individuo las dimensiones que componen el síndrome, es decir, la existencia sintomatología que da lugar a identificar la presencia del SQT. No alude a las posibles causas, a cuáles son los factores sobre los que hemos de incidir para poder actuar de un modo realmente preventivos. *Para ello es necesario evaluar las condiciones psicosociales del trabajo y establecer las correlaciones oportunas con los indicios, variables o consecuencias de SQT presentes.* Además, es conveniente utilizar la entrevista especializada como herramienta de evaluación y examinar los datos existentes en la empresa respecto a absentismo, bajas, rotaciones, abandonos, etc.

Algunas de las herramientas más usadas de estimación psicométrica se muestran en el cuadro 3.

Cuadro 3 **Herramientas de estimación psicométrica del SQT**

- Tedium Measure (TM) de Pines, Aronson y Kafry (1981)
- Staff Burnout Scale (SBS), de Jones (1980)
- Indicadores de Burnout, Gillespie (1979 y 1980)

- mener-Luck Burnout Scale (ELBOS)

- Burnout Scale (BS), de Kremer y Hofman (1985)

- Teacher Burnout Scale, de Seidman y Zager (1986)
- Energy Depletion Index (EDI), de Garden (1987)
- Matthews Burnout Scale for Employees (MBSE), de Matthews (1990)

- Escala de Variables Predictoras del Burnout (EVPB), de Aveni y Albani (1992)

- Escala de Efectos Psíquicos del Burnout (EPB), de García Izquierdo (1990)

- Cuestionario de Burnout del Profesorado (CBP), de Moreno y Oliver (1993)

- Holland Burnout Assessment Survey (HBAS), de Holland y Michael (1993)

- Rome Burnout Inventory (RBI), de Venturi, Rizzo, Porcus y Pancheri (1994)

- Escala de Burnout de Directores de Colegio, de Friedman (1995)

- Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo en Profesionales de la Salud (CESQT PS), de Pedro Gil Monte (2005)

Hay que remarcar que, desde la medición o diagnóstico a través del daño (es decir, en función de la presencia del cuadro que identifica el síndrome), es preciso diferenciar los problemas de personalidad, depresión y ansiedad. Partiendo de esto, a nivel de diagnóstico diferencial, se plantea descartar la presencia de una identidad biológica y la de otro síndrome psicopatológico. Es de esperar que, en los manuales internacionales de diagnóstico se recoja esta patología con entidad propia. La categoría diagnóstica más usada (trastorno adaptativo) no resulta adecuada, ya que el SQT no cumple los criterios diagnósticos, en toda su amplitud, propios des mismo. El cuadro "desadaptativo" (SQT) es un efecto de la exposición a las causas. Estas no residen en el individuo sino en el entorno de trabajo, donde es la presencia nociva de algunos factores psicosociales lo que conduce a que el trabajador sufra daños en su salud. *Se puede entender dicho diagnóstico de SQT en base a las causas fundamentales que lo propician y lo sustentan: a saber, unas determinadas y nocivas condiciones psicosociales en el trabajo.*

Se podría decir que para que un diagnóstico de SQT pueda considerarse como tal, en términos de daños a la salud, precisaría de la presencia de estos síntomas:

- Algunos síntomas psicosomáticos relacionados con el estrés

- Fatiga, cansancio o agotamiento emocional e incluso algunos síntomas que aparecen también en la depresión
- Aparición de conductas y actitudes negativas, con el consecuente deterioro del desempeño y disminución de la eficacia laboral

- del trabajador
- Los síntomas deben estar asociados al desempeño de la actividad laboral
- No hay presencia de antecedentes psicopatológicos en el individuo que lo justifiquen

Marco legal y jurisprudencia

En España, la actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E. 10-11-1995), al reconocer la organización y la ordenación del trabajo como condiciones de trabajo susceptibles de producir riesgos laborales, incorpora la necesidad de diagnosticar y prevenir los riesgos psicosociales con el objetivo de erradicarlos y ofrecer entornos laborales más saludables. Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) ocupan un lugar destacado, pues son una de las principales consecuencias de unas condiciones de trabajo nocivas, fuente asimismo de accidentalidad y absentismo.

Ya una sentencia del Tribunal Supremo (26 de octubre del 2000), ratificando la sentencia de 2 de noviembre de 1999 dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma del País Vasco, respalda legalmente como accidente de trabajo la patología del síndrome de quemarse por el trabajo (en el caso referido, causante de periodos de incapacidad temporal). El especialista del centro de salud, en este caso, diagnosticó al trabajador un "*síndrome de desgaste personal o de burnout, que describe como un trastorno adaptativo crónico con ansiedad como resultado de la interacción del trabajo o situación laboral en sus características personales*".

A partir de esta sentencia se han originado otras que se han pronunciado en el mismo sentido y que se han considerado igualmente accidente de trabajo el SQT. También se ha reconocido a los trabajadores de centros de atención con 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 N°- 1 de Vigo, procedimiento 24/1999; Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, recurso N°- 5302/2001).

La OIT (2001) 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 (Maslach, 2001).

También, en el entorno de expertos del tema, hay un alto grado de acuerdo en considerar el SQT como una enfermedad profesional resultante del estrés laboral.

Medidas preventivas ante el burnout

Desde la aparición del concepto, se han intentado desarrollar estrategias para eliminar o reducir los riesgos que dan lugar a su aparición, así como para mejorar la calidad de vida laboral y prevenir el estrés en el trabajo. Paradójicamente, se suele poner el acento en la intervención individual, cuando se sabe que las causas residen en el entorno de trabajo.

Los gestores de recursos humanos han de colaborar para prevenir este riesgo, así como los servicios de prevención, que deben conocer el proceso de este fenómeno y las estrategias de prevención e intervención.

Las medidas para prevenir el *burnout* se pueden encuadrar en tres niveles distintos de actuación. Es una clasificación orientativa, tomando como punto de referencia dónde se deben centrar las actuaciones. En un caso implementando acciones de corte fundamentalmente "organizativas", en otro fomentando o regulando las "interacciones" que se producen en la empresa entre los individuos, y finalmente se categorizan aquellas acciones que están focalizadas en el trabajador, las "individuales". No obstante, todas las acciones preventivas que se exponen deben ser implementadas desde y por la organización.

Nivel organizativo

- Realizar la identificación y evaluación de riesgos psicosociales, modificando aquellas condiciones específicas y antecedentes que promueven la aparición del SQT.
- Establecer programas de acogida que integren un trabajo de ajuste entre los objetivos de la organización y los percibidos por el individuo.
- Establecer mecanismos de feedback o retroinformación del resultado del trabajo.
- Promover el trabajo en equipo.
- Disponer de oportunidad para la formación continua y desarrollo del trabajo.
- Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo, descentralizando la toma de decisiones.
- Disponer del análisis y la definición de los puestos de trabajo, evitando ambigüedades y conflictos de roles. Establecer objetivos claros para los profesionales.
- Establecer líneas claras de autoridad y responsabilidad.
- Definición de competencias y responsabilidades. Es esencial conseguir un diseño óptimo de las funciones y responsabilidades propias de la actividad laboral para reducir el estrés de la misma, por ejemplo, a través de formación dirigida a mejorar los recursos instrumentales en su trabajo, así como a aumentar la competencia psicosocial del profesional
- Regular las demandas en lo referente a la carga de trabajo, adecuarla.
- Mejorar las redes de comunicación y promover la participación en la organización.
- Fomentar la colaboración y no la competitividad en la organización.
- Fomentar la flexibilidad horaria.
- Favorecer y establecer planes de promoción transparentes e informar de los mismos.

- Crear, si no se puede eliminar el foco del riesgo, grupos de soporte para proteger de la ansiedad y la angustia.
- Promover la seguridad en el empleo.
- Se puede establecer asistencia, por parte de personal especializado. También informar al personal de los servicios que ofertan las instituciones.
- Facilitar a los trabajadores de los recursos adecuados para conseguir los objetivos de trabajo

Nivel interpersonal

- Es preciso fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores, favorecer el trabajo en grupo y evitar el aislamiento. Formarles en estrategias de colaboración y cooperación grupal.
- Promover y planificar el apoyo social en el trabajo
- Se recomienda realizar grupos de apoyo para discutir la relación con el trabajo por parte de los profesionales.
- Dirigir bien y con un estilo adecuado. Formar a los gestores en ello.
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Es preciso establecer sistemas democráticos-participativos en el trabajo.
- Consolidar la dinámica grupal para aumentar el control del trabajador sobre las demandas psicológicas del trabajo.
- Establecer trabajos de supervisión profesional (en grupo) a los trabajadores.

Nivel individual

- Realizar una orientación profesional al inicio del trabajo.
- Es importante tener en cuenta la diversificación de las tareas y la rotación en las mismas.
- Poner en práctica programas de formación continua y reciclaje.
- Mejorar los recursos de resistencia y proteger a la persona para afrontar las situaciones estresantes.
- Formar en la identificación, discriminación y resolución de problemas.
- Entrenar en el manejo de la ansiedad y el estrés en situaciones inevitables de relación con el usuario.
- Implementar cambios de ambiente de trabajo, rotaciones.
- Entrenamiento en el manejo de la distancia emocional con el usuario, manteniendo un equilibrio entre la sobreimplicación y la indiferencia.
- Establecer programas de supervisión profesional individual.
- Aumentar los recursos o habilidades comunicativas y de negociación.
- Trabajar el feedback, reconociendo adecuadamente las actividades finalizadas.
- Entrenamiento a fin de conseguir un ajuste individuo-puesto de trabajo

Complementariamente, como elementos útiles para proteger y promover un mayor control del trabajador, es interesante el uso de algunas técnicas:

- Trabajar desde las técnicas de reestructuración cognitiva (con el fin de modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales). Se trata de volver a evaluar y reestructurar las situaciones problemáticas para que dejen de serlo.
- Adiestrar en técnicas de autorregulación o control (que neutralicen o eliminen las consecuencias del síndrome): de gestión del tiempo, de delegación, de desarrollo de habilidades sociales, de asertividad, de entrenamiento en solución de problemas, etc., que mantengan la motivación y el sentido del desempeño del puesto en el trabajo.
- Aprender técnicas de relajación, yoga y otras, para que la persona esté en mejores condiciones de afrontamiento.

Estrategias de intervención ante la existencia de un SQT

Cuando el riesgo se materializa y el SQT ya ha hecho acto de presencia en el trabajador, a menudo, quienes primero se dan cuenta son las personas que están a su alrededor. Es difícil que el afectado de *burnout* severo se dé cuenta de ello. Resulta preciso el apoyo de las personas cercanas para evitar mayores consecuencias; también identificar el proceso y reconocerlo para "no quemarse". El apoyo social es, sin duda, la variable moderadora más importante de los efectos del SQT.

Mejorar el soporte social de compañeros y superiores debería estar institucionalizado a través de encuentros regulares establecidos. Una buena calidad de relaciones interpersonales en el trabajo modera el nivel de burnout, media en la satisfacción laboral y aumenta la calidad de vida del trabajador. El soporte social satisface la necesidad humana básica de comunicación entre las personas, además de proporcionar información técnica, supervisión y soporte emocional. Para afrontar el SQT es esencial fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores, fomentando la participación, adiestrando en la identificación y resolución de problemas, consolidando la dinámica grupal para el logro de un consenso para el cambio y también aumentando el control del trabajador sobre las demandas psicológicas del trabajo.

Es necesario reconocer que no existe ninguna técnica sencilla capaz de tratar de forma efectiva el SQT y que habitualmente se utiliza

un modelo de intervención de varios componentes integrados de forma complementaria. La prevención del SQT es compleja, pero *cualquier tipo de técnica adecuada en el tratamiento del estrés es una técnica válida de intervención*. Pueden emplearse, como se ha descrito en el apartado anterior, técnicas orientadas al individuo, al grupo y a la organización laboral. A nivel individual, se trata de mejorar los recursos de protección o de resistencia para afrontar de forma más eficiente los estresores propios de la función laboral y potenciar la percepción de control, la autoeficacia personal y la autoestima. Se han intervenido habitualmente, ante casos de SQT, con técnicas cognitivo-conductuales como las de afrontamiento del estrés, reestructuración cognitiva, inoculación de estrés, terapia racional emotiva y ensayo conductual. Desde la perspectiva cognitiva es esencial hacer frente a las cogniciones erróneas o desadaptativas, como expectativas irreales y falsas esperanzas. También pueden utilizarse técnicas de entrenamiento en relajación, de autorregulación o control, de gestión del tiempo, de mejora de habilidades sociales, etc.

Resulta tan obvio como necesario decir, que el técnico de prevención ha de poner el acento en las causas del SQT a la hora de evaluar los riesgos e implementar acciones preventivas. No tanto en la evaluación por consecuencias o síntomas para su identificación, dado que ese tipo de evaluación más especializada en daños a la salud corresponde a la vigilancia. Es por lo que, en términos diagnósticos, se precisa un profesional especializado en la materia para acometer una evaluación centrada en la respuesta de daño en la salud del trabajador y proponer medidas de intervención individual, si es el caso, y sobretudo medidas relativas a las condiciones de trabajo, tanto a efectos de intervención inmediata como a efectos de prevenir en un futuro que los riesgos antecedentes causen daños por SQT a los trabajadores.

La organización preventiva ha de actuar ante los riesgos del SQT identificándolos y estableciendo las medidas correctoras más adecuadas. También interviniendo, si fuera el caso, cuando un trabajador estuviese afectado porque no se hubiera identificado a tiempo. En esos casos se tratará de evaluar los daños e implementar las medidas oportunas de prevención sobre los riesgos que generaron dicho SQT.

Bibliografía

1. ALONSO-FERNÁNDEZ, F.
Psicopatología del trabajo
Ed. EDIKAMED, 1997.
2. BRONSBURG, B; VESTLUMD, N.
No te quemes
Barcelona, Ed. Cúmulus, 1998.
3. FERRER, R, et al.
Quemarse en el trabajo: burnout
Ed. Egido Editorial, 2005.
4. GIL-MONTE, P. R.
El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar
Ed. Pirámide, 2005.
5. GIL-MONTE, P. R.
Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)
Monográfico de Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 16(2), 2000.
6. HURRELL, J.J.
Occupational stress. Issues and developments in research
London: Taylor&Francis, 1998.
7. MASLACH C. Y JASÓN S. E.
Manual del MBI: "Inventario Burnout de Maslach: síndrome del quemado por estrés asistencial"
TEA ediciones, Madrid, 1997.
8. VARIOS AUTORES
Número monográfico sobre el "síndrome de burnout"
Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 16 (2), 2000.
9. RAMOS CAMPOS, F
El síndrome de burnout: estrés y salud
Ed. Clinic, S. L., 2001.