

NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación

Syndrome d'épuisement professionnel dans le travail: définition et procés de génération
 Burn-out syndrome: definition and génération process

Análisis de la vigencia

| Vigencia | Actualizada por NTP | Observaciones | |
|-------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|
| Válida | | | |
| ANÁLISIS | | | |
| Criterios legales | | Criterios técnicos | |
| Derogados: | Vigentes: | Desfasados: | Operativos: Si |

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 exponer de modo claro y sintético aquellos aspectos conceptuales, causales y de proceso, relacionados con el síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT). En la **NTP siguiente** (parte II) se tratarán las consecuencias, la evaluación y la prevención del burnout.*

Introducción

Así como ante la exposición a un riesgo evidente de accidente, por ejemplo, caída, atrapamiento, corte, etc., existe cierta conciencia preventiva y poca aceptación a su presencia, ante los riesgos psicosociales, donde la exposición a los mismos puede producir daños a la salud igualmente severos, no existe suficiente sensibilidad y sí cierta tolerancia por parte de la mayoría de actores implicados (empresarios, trabajadores, servicios de prevención, técnicos, etc.). A pesar de los conocimientos científico-técnicos, se tiende a percibir como implícito al puesto cualquier carga psíquica o riesgo psicosocial del trabajo, aun resultando evidente que la exposición a unas determinadas condiciones psicosociales de trabajo puede afectar a la salud del trabajador. De este modo, si en el trabajador se manifiesta una merma de salud psicofísica debida a esta exposición, el resultado tiende a interpretarse en términos de vulnerabilidad individual, y se atribuye a algún fallo en la psique del propio individuo, a unas características individuales diferenciales "débiles" comparativamente con "otros" o bien debido a su entorno

extralaboral. El *síndrome de burnout* es una patología derivada de la interacción del individuo con unas determinadas condiciones psicosociales nocivas de trabajo. El producto de dicha interacción, que se describe a continuación, es lo que denominaremos "**síndrome de estar quemado por el trabajo**" (SQT), habitualmente conocido como "*síndrome de burnout*". Cuando no se realiza la evaluación y la prevención de riesgos psicosociales - especialmente en entornos de servicios humanos-, o no se protege adecuadamente al trabajador frente a esta consecuencia o, en todo caso, no se adapta el trabajo a la persona, el SQT puede aparecer.

La necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo está asociada al derecho a la protección de la salud que todo trabajador tiene en cuanto está insertado en una organización. Este derecho implica el no estar sometido a las distintas causas de exposición que son origen de cualquier posible merma de salud. Así, en el caso del *burnout* se produce ese daño por causas de exposición a riesgos psicosociales, organizativos o de ordenación del trabajo en los entornos de demandas de servicio humano. Exigencias que, en el actual entorno socioeconómico, cada vez son mayores, específicamente en lo que se refiere a los elementos de carácter emocional. El trabajo emocional, definido como la exigencia de expresar emociones socialmente deseables durante la transacción en los servicios es un elemento clave en el SQT. Asimismo, el interés por el estudio de los procesos de estrés laboral y cierta preocupación de las organizaciones sobre la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados abundan en la necesidad de un mayor conocimiento del fenómeno del *burnout*. Una empresa es más competitiva y eficaz si sus componentes tienen mejor salud y calidad de vida en el trabajo, puesto que de no ser así repercute negativamente sobre la organización (más incidentes y accidentes, absentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc.). Tampoco hay que despreciar las consecuencias que para la sociedad se derivan de que los profesionales se vean afectados por este síndrome, tanto en costes de servicio como económicos.

Aunque, en general, para los profesionales de la salud es importante poder identificar y diagnosticar esta patología, para los profesionales que se ocupan específicamente de la prevención de riesgos laborales es más importante *identificar los factores de exposición que pueden dar lugar a la aparición de este cuadro de daño a la salud*, sea más o menos grave o tenga más o menos consecuencias para el del individuo.

Antecedentes en el estudio del SQT

El estudio de este síndrome ha sido acometido por muchos autores, en los que a menudo se encuentran algunas diferencias de matiz conceptual. Esto deriva de la dificultad de definir un proceso complejo como es este síndrome, así como de discriminarlo del concepto de estrés laboral.

Es Herbert Freudenberger (USA) quien, en 1974, describe por primera vez este síndrome de carácter clínico. Básicamente, este cuadro explicaba el proceso de deterioro en la atención profesional y en los servicios que se prestaban en el ámbito educativo, social, sanitario, etc. Él lo definió como "*una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador*".

Cristina Maslach (1976) estudió lo que denominaba "*pérdida de responsabilidad profesional*", así, desde el ámbito psicosocial, describía el síndrome sin estigmatizar psiquiátricamente a la persona. Para Maslach el síndrome de *burnout* se puede dar exclusivamente en las profesiones de ayuda (por ejemplo, entre los sanitarios y educadores que prestan servicio al público). Son las excesivas demandas emocionales

externas e internas imposibles de satisfacer las que producen la vivencia de fracaso personal, tras invertir al trabajo de una carga emocional excesiva. En 1986, Maslach y Jackson, define el síndrome como *"un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas."* En estos primeros estudios se destacaba más la importancia de las diferencias individuales -como de personalidad previa- que la influencia de las condiciones objetivas de trabajo.

En 1988 Pines y Aronson proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda: *"Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales"*. Las excesivas demandas psicológicas no se dan únicamente en el servicio directo al público, sino que pueden darse también en otros ámbitos laborales, como en puestos directivos, en el trabajo comercial, en la política, etc. Pines destaca la importancia, desde la prevención, de la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, del modo de supervisión y de las oportunidades de aprendizaje continuo y desarrollo de la carrera con las que cuente el trabajador.

Brill, otro investigador de esta área, lo entiende como un *estado disfuncional relacionado con el trabajo en una persona que no padece otra alteración psicopatológica significativa*. Una vez que está afectado el trabajador, si no es con una intervención externa de cambio de las condiciones que han motivado esa alteración, de protección, de ayuda o mediante un reajuste laboral, no conseguirá recuperar su salud. El SQT no se da como consecuencia de un salario insuficiente, o de incompetencia por falta de conocimientos, o debido a las dificultades físicas, ni es consecuencia de cualquier trastorno mental existente. Lo que se deriva de estos aspectos no se debe interpretar como *burnout*. Brill considera que el desarrollo de SQT puede tener lugar en cualquier trabajo, y no sólo en los que existe un trato directo con el usuario receptor de los servicios laborales.

Definición de "Síndrome de quemarse por el trabajo"

Muchos trabajadores identifican estar quemado con estar a disgusto, estar harto, sentirse agobiado, tener un mal día en el trabajo, etc., pero no se observa la verdadera sintomatología del síndrome, su cronicidad o su intensidad en las fases más avanzadas. Hay que significar que se trata de un proceso insidioso que habitualmente deriva en consecuencias severas para la persona. Es importante resaltar que esta patología es consecuencia, fundamentalmente por la exposición a unas determinadas condiciones de trabajo y no está originada por una deficiencia en la personalidad del individuo.

Teniendo en cuenta las diversas denominaciones que se le han venido dando al *síndrome de burnout* en nuestro país y basándose en criterios de traducción literal, semántica y de sinonimia del término con el estrés laboral, se puede concluir y proponer que la mejor denominación de este proceso de daño a la salud es **"síndrome de estar quemado por el trabajo"**. Así, esta definición técnica debería ser unívoca y evitar más de una interpretación. Este concepto da información de estar integrado por un conjunto sintomático que hay que identificar y evaluar para diagnosticar, desvía la atención a la causa del fenómeno que es el trabajo y no estigmatiza al individuo; se diferencia así la patología laboral del concepto coloquial y permite distinguir este fenómeno de otros como el estrés, el desgaste emocional, la fatiga, la ansiedad, etc.

Se entiende por síndrome un cuadro o conjunto sintomático, una serie de síntomas y signos que existen a un tiempo y definen clínicamente un estado determinado. Hay cierta pretensión en los investigadores de caracterizar al *burnout* como un nuevo síndrome clínico o una enfermedad, si bien no aparece todavía en los manuales internacionales de

diagnóstico psicopatológico (CIE-10 o DSM) como una patología con identidad propia (daños de la salud psíquica). Esto es debido a que las posibilidades de los criterios diagnósticos existentes no se ajustan adecuadamente a las características que presenta el SQT en toda su extensión.

En el **cuadro 1** se detallan, desde una revisión del marco conceptual del síndrome, las conclusiones que se pueden establecer para delimitar el concepto.

Cuadro 1 **Conclusiones para delimitar el concepto de SQT**

- El *burnout* es consecuencia de la exposición a estresores laborales. Esta interacción del trabajador con unas determinadas condiciones laborales de riesgo puede provocar el síndrome, siendo, por tanto, una consecuencia sobre la salud en la persona que se deriva del trabajo.
- Es preciso que en el desarrollo del trabajo se dé un intercambio relacionaj intenso y duradero de trabajador - cliente, trabajador-paciente o trabajador-usuario. Esta respuesta se caracteriza más en trabajos de "servicios humanos" de ayuda. No obstante, se ha identificado en otros profesionales como directivos, mandos intermedios, deportistas, entrenadores, etc.
- La comunidad científica acepta conceptualmente el planteamiento empírico de la tridimensionalidad del síndrome (Maslach y Jackson, 1981), que se sintomatiza en cansancio emocional, despersonalización y reducida realización personal.
- Los conceptos de estrés y *burnout* son constructos diferentes.

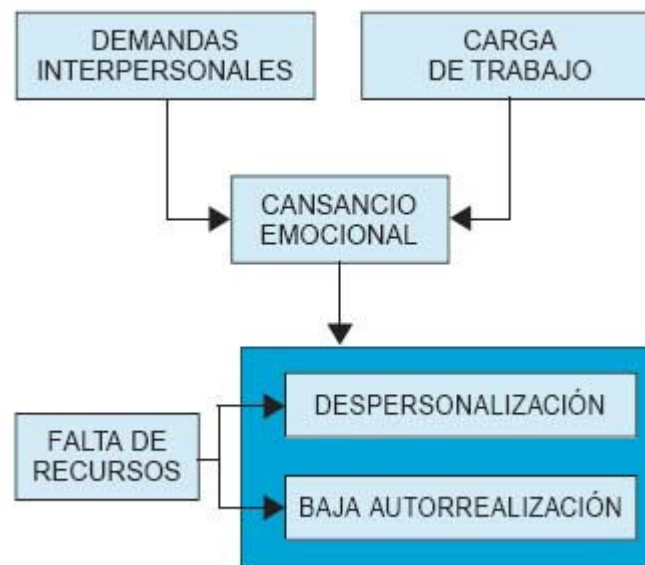
Desde las consecuencias individuales o síntomas que caracterizan el síndrome y partiendo de un enfoque psicosocial, el *burnout* se ha conceptualizado como un síndrome con sintomatología de *agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo*. El agotamiento emocional es una respuesta de los trabajadores al sentir que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Esta respuesta de agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios es debida al contacto continuo con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo en unas condiciones no ajustadas al trabajador. La despersonalización se explica por el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo por parte del trabajador hacia las personas objeto del trabajo. En estos profesionales se produce un endurecimiento afectivo y sus conductas son vistas por los usuarios de manera deshumanizada. Por baja realización personal en el trabajo se entiende una tendencia de los profesionales expuestos a unas condiciones de riesgo a evaluarse negativamente. Esta evaluación negativa afecta notablemente a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales. Algunos autores plantean la posibilidad de que este síndrome se presente de forma colectiva, destacando en el SQT propiedades de contagio. Esto explicaría los porcentajes altos que a menudo en los estudios de colectivos se presentan.

En consecuencia, teniendo en cuenta lo expuesto, se define operacionalmente el concepto como:

"una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización."

Se trata de una respuesta al estrés cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento (aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos individuales). Esto no implica situar el origen o la causa en un fallo en la estructura o en la funcionalidad psíquica del trabajador, sino que son esas demandas, emocionales fundamentalmente, las que sobrepasan la capacidad y "tolerancia" del trabajador a las mismas. Así, el SQT se comporta como una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias. En la "figura 1" se describe un modelo que ilustra el proceso de generación del SQT.

Figura 1
"Modelo de proceso de SQT". Leiter, 1993



Modelo explicativo y contexto organizativo propicio al desarrollo del SQT

Las condiciones de trabajo tienen una influencia significativa sobre la salud laboral y, en consecuencia, sobre la calidad del servicio que ofrecen las organizaciones. Consecuencias como la tasa de accidentalidad, la morbilidad y el absentismo de los profesionales están directamente ligadas a las condiciones de trabajo. De igual manera, las actitudes que desarrollan los profesionales hacia los usuarios de la organización y hacia el servicio que ofrecen están asociadas a los riesgos de su entorno laboral. En algunos sectores de actividad esto cobra especial relevancia, debido a que los profesionales trabajan en continua interacción con personas, prestándoles servicio.

De los modelos explicativos *psicosociales* del SQT, el desarrollo más ajustado al contexto técnico y legal de la prevención de riesgos lo proporcionan los modelos derivados de la *teoría organizacional*. Estos modelos resaltan la importancia de los estresores del entorno de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Desde esta perspectiva, el SQT es una respuesta a las fuentes de estrés crónico originadas en la relación profesional-cliente y en la relación profesional-organización. Se describen como antecedentes generales del síndrome los aspectos organizativos, los relativos al diseño del puesto y las relaciones interpersonales dentro de la organización. Es por lo que se puede considerar como un modelo integrado en el proceso más amplio del estrés laboral.

Existen una serie de modelos que inciden en explicar, de forma pormenorizada, el proceso de daño psicofisiológico que se produce en el individuo y la relación causal que se establece entre sus síntomas. En términos preventivos, estos modelos no inciden tanto en los antecedentes, es decir, en las condiciones de trabajo. Se centran más en los procesos internos del individuo que conducen a la aparición e incremento de la patología. Analizan los aspectos cognitivos, emocionales y actitudinales que están implicados en el proceso de aparición y el desarrollo en el tiempo del SQT. En este sentido, el modelo tridimensional MBI-HSS de Maslach (1980) es el más reconocido, si bien, otros expertos han aportado con sus investigaciones elementos que mejoran el mismo. También hay que señalar que, desde la perspectiva apuntada, hay otros modelos explicativos, válidos igualmente, como el de Golembiewski (1983), Leiter (1988), Edelwich y Brocisky (1980), Price y Murphy (1984), de Cherniss (1980), Cordes y Dougherty (1993)

En la **figura 2**, desde una perspectiva psicosocial, se describe de forma global un modelo explicativo del desarrollo del SQT.

Figura 2
"Modelo de desarrollo del SQT"



Epidemiología del síndrome: algunos datos orientativos de prevalencia

No existen datos precisos de prevalencia, respecto a la población general, de los colectivos de mayor riesgo. En relación al sexo, globalmente, los estudios no establecen claras diferencias significativas. En cuanto a la edad coinciden en que, por causas diversas, se dan más casos en el intervalo de 30 a 50 años. Respecto a variables como el estado civil, número de hijos, formación académica, puesto de trabajo, tipo de contrato, etc., no se han obtenido de momento diferencias significativas que determinen una tendencia. Los estudios se han centrado en colectivos específicos como profesionales sanitarios, maestros, fuerzas de seguridad, servicios sociales, funcionarios de prisiones, etc. (en general, en esas profesiones que mantienen un contacto directo con las personas que son los beneficiarios del propio trabajo). Algunas prospecciones sobre estos colectivos muestran unos porcentajes de prevalencia que oscilan del 10% al 50% de trabajadores afectados. No obstante el SQT no es exclusivo de estas profesiones, existen estudios en vendedores, ingenieros y técnicos, deportistas, supervisores, directores, secretarios, etc.,

incluso existen estudios en profesiones que no son del sector servicios. Estos datos son meramente orientativos y proceden fundamentalmente de estudios sobre colectivos específicos realizados en otros países. Las cifras indican que el problema presenta una cierta magnitud. Esta realidad conlleva, sin duda, consecuencias nocivas sobre la salud laboral, tanto a nivel individual como organizativo.

Causas o desencadenantes del proceso de SQT

El origen del síndrome reside en el entorno laboral y en las condiciones de trabajo. Si bien, como es lógico, dependiendo de algunas variables de personalidad, sociodemográficas individuales o de entorno personal, pueden darse evoluciones diferentes en el desarrollo del SQT.

La exposición a factores de riesgo psicosocial, a fuentes de estrés en dosis nocivas y, en concreto, a variables como carga de trabajo, falta de control y autonomía, ambigüedad y conflicto de rol, malas relaciones en el trabajo, falta de apoyo social, falta de formación para desempeñar las tareas, descompensación entre responsabilidad-recursos-autonomía, etc., cuando se produce en trabajos en los que su contenido tiene unas demandas emocionales importantes y de prestación de servicios humanos, puede dar lugar a la aparición de un proceso de estrés crónico que desemboque en un daño para la salud del trabajador, el SQT.

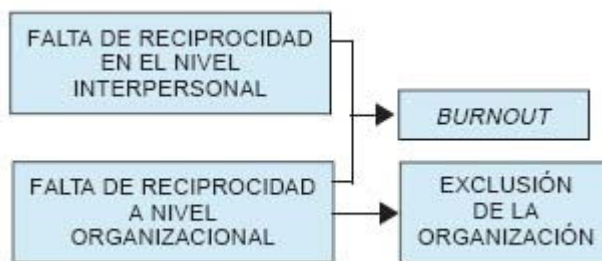
El origen del SQT se sitúa en las demandas de interacción que se producen en el entorno de trabajo, fundamentalmente con los clientes de la organización. Cuando esas exigencias son excesivas y conllevan una tensión en el aspecto emocional y cognitivo, generan las condiciones propicias para que también las fuentes de estrés mencionadas con anterioridad actúen y produzcan en el individuo un patrón de respuestas que constituyen los síntomas del SQT. Esta es la razón de que los profesionales que trabajan con personas sean los colectivos de riesgo.

Estas condiciones previas susceptibles de provocar este daño existen en muchos sectores de actividad y colectivos de trabajadores.

El estrés es una respuesta que es producto de una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. A menudo, este síndrome se desencadena bajo unas condiciones de trabajo en las que se destacan especialmente estresores como escasez de personal, - que supone sobrecarga laboral-, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas -lo que supone conflicto y ambigüedad de rol-, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc.

Sintéticamente se puede decir que, el balance de las demandas de los intercambios sociales debidos a la prestación de servicios y los recursos de los que dispone el trabajador, además de la reciprocidad percibida por el trabajador en relación a su esfuerzo por parte de la organización, condiciona y determina las consecuencias de SQT. En la "**figura 3**" se ilustra un sintético modelo de intercambio social relacionado con el síndrome.

Figura 3 "Modelo de intercambio social". Schaufeli, 1996



En las investigaciones se han evidenciado múltiples causas del síndrome. Estos desencadenantes son aquellas demandas nocivas, cualitativa o cuantitativamente, que impactan sobre el trabajador, independientemente de las características individuales de la persona. Estas características personales de ningún modo pueden ser la causa del riesgo, sino que, en todo caso, son factores a tener en cuenta a la hora de adaptar el trabajo a la persona. De no corregir o proteger al sujeto de la exposición a las condiciones de trabajo de riesgo, éstas pueden determinar un SQT, si no lo remedia la resistencia o recursos personales o sociales de la propia persona. Se puede hacer una clasificación que permita identificar tres grupos de estresores susceptibles de desencadenar este SQT (ver **cuadro 2**).

Por otra parte, hay que tener en cuenta dos elementos asociados a la hora de gestionar el riesgo: las características individuales y los cambios supraorganizativos que se producen. Los elementos que se detallan en el "**cuadro 3**", sin ser una relación exhaustiva, hay que considerarlos sólo a efectos de cumplir la obligación empresarial de adaptar el trabajo a la persona y no en relación a la causalidad del riesgo, en términos de PRL.

Se dice que cualquier profesional o trabajador con una gran vocación, que se entrega a su profesión, con altos niveles de idealismo profesional y que desarrolla su trabajo centrado en el trato hacia los demás puede desarrollar el SQT. Ahí no residen las causas de las nocivas consecuencias para la salud que tiene desarrollar el SQT, sino que son los riesgos organizativos, de diseño del puesto y de exigencias del servicio en las interacciones las que desencadenan e incrementan el daño a la salud si no se protege al individuo.

Cuadro 2 **Grupos de estresores susceptibles de desencadenar este SQT**

| FACTORES DE RIESGO A NIVEL DE ORGANIZACIÓN |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Estructura de la organización muy jerarquizada y rígida ● Falta de apoyo instrumental por parte de la organización ● Exceso de burocracia, "burocracia profesionalizada" ● Falta de participación de los trabajadores ● Falta de coordinación entre las unidades ● Falta de formación práctica a los trabajadores en nuevas tecnologías ● Falta de refuerzo o recompensa ● Falta de desarrollo profesional ● Relaciones conflictivas en la organización |

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">● Estilo de dirección inadecuado● Desigualdad percibida en la gestión de los RRHH |
| FACTORES DE RIESGO RELATIVOS AL DISEÑO DEL PUESTO DE TRABAJO |
| <ul style="list-style-type: none">● Sobrecarga de trabajo, exigencias emocionales en la interacción con el cliente● Descompensación entre responsabilidad y autonomía● Falta de tiempo para la atención del usuario (paciente, cliente, subordinado, etc.)● Disfunciones de rol: conflicto-ambigüedad- sobrecarga de rol● Carga emocional excesiva● Falta de control de los resultados de la tarea● Falta de apoyo social● tareas inacabadas que no tienen fin● Poca autonomía decisional● Estresores económicos● Insatisfacción en el trabajo |
| FACTORES DE RIESGO RELATIVOS A LAS RELACIONES INTERPERSONALES |
| <ul style="list-style-type: none">● Trato con usuarios difíciles o problemáticos● Relaciones conflictivas con clientes● Negativa dinámica de trabajo● Relaciones tensas, competitivas, con conflictos entre compañeros y con usuarios● Falta de apoyo social● Falta de colaboración entre compañeros en tareas complementarias● Proceso de contagio social del SQT● Ausencia de reciprocidad en los intercambios sociales |

Cuadro 3
Elementos asociados a la hora de gestionar el riesgo

| |
|---|
| CARACTERÍSTICAS PERSONALES |
| <ul style="list-style-type: none">● Alta motivación para la ayuda: grado de altruismo● Alto grado de idealismo● Alto grado de empatía● Elevado grado de perfeccionismo |

- Constancia en la acción
- Baja autoestima
- Reducidas habilidades sociales
- Tendencia a la sobre implicación emocional
- Patrón de conducta de tipo A
- Locus de control externo
- Baja autoeficacia

CAMBIOS SUPRAORGANIZATIVOS

- Cambios tecnológicos que implican un aumento de las demandas cuantitativas y cualitativas en el servicio a la población usuaria
- Cambios en la concepción del trabajo: el trabajo emocional
- Aparición de situaciones que impliquen pérdida de estatus o prestigio
- Aparición de nuevas leyes que impliquen cambios estatutarios y de ejercicio de la profesión
- Cambios en la cultura de la población usuaria, "*la sociedad de la queja*"
- Cambios en los programas de servicio
- Cambios en los procedimientos, tareas o funciones del trabajo
- Cambios en los perfiles demográficos de la población usuaria y que requiere de un cambio de roles

Fases del proceso de burnout

Integrando los diversos estudios que describen la transición por etapas del SQT, se pueden destacar cinco fases en el desarrollo del síndrome.

Fase inicial, de entusiasmo

Se experimenta, ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alargar la jornada laboral.

Fase de estancamiento

No se cumplen las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés); por tanto, definitoria de un problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.

Fase de frustración

Se puede describir una tercera fase en la que la frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca

conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

Fase de apatía

En la cuarta fase se suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales (afrontamiento defensivo) como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y por un afrontamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal. Estos son mecanismos de defensa de los individuos.

Fase de quemado

Colapso emocional y cognitivo, fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

Esta descripción de la evolución del SQT tiene carácter cíclico. Así, se puede repetir en el mismo o en diferentes trabajos y en diferentes momentos de la vida laboral.

Bibliografía

1. BRILL, P.L.,
The need for an operational definition of burnout
Family and Community Health 1984. 6: 12 24.
2. DE LA GÁNDARA, J.J.,
Estrés y trabajo: el síndrome del burnout
Ed. Cauce editorial, 1998.
3. FREUDENBERGER, H,
Staff burnout
Journal of Social Issues 1974; 30: 159165.
4. GARCÉS DE LOS FAYOS RUIZ, E.J.,
Tesis sobre burnout, 1996.
5. GIL-MONTE, P. R. Y PEIRÓ, J. M.,
Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse
Madrid, Ed. Síntesis, 1997.
6. HARRISON, W.D.
A social competence model of burnout
En: Farber, B. A. (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (pp. 29-39). New York: *Pergamon Press. (1983)*
7. LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S.
Estrés y procesos cognitivos
Ed Martínez -Roca. Barcelona, 1986.
8. O.M.S.
The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance
Disponibile en el World Wide Web: <http://www.who.int/whr>, 2000.

9. PINES AM, ARONSON, E.
Carreer burnout: causes and cures
Nueva York: Free Press., 1998.

Advertencia

© INSHT