

# ¿Se quema la Sanidad española?

Algo más del 60% de la población activa española está empleada en el sector servicios, donde es muy fácil 'quemarse' por el trabajo. Los profesionales más afectados por el síndrome de burnout, sin embargo, son los profesores y los sanitarios. Un estudio europeo cifra en más de 20.000 millones de euros el coste económico del estrés laboral, cantidad que aumentará si, como temen los expertos, se convierte en la principal causa de absentismo laboral en unos años.

Carlos B. Rodríguez  
Karelia Vázquez

No se podía imaginar el psiquiatra Herbert Freudenberger, allá por el año 1974, que, casi 30 años después, el cuadro que observó en una mayoría de los asistentes voluntarios que trabajaban con él en una clínica de toxicómanos, así como el término que empleó para definir su estado depresivo, su progresiva pérdida de energía y su desmotivación por el trabajo, el *burnout*, se iban a convertir en un auténtico quebradero de cabeza para los gobiernos (y las empresas) de los países desarrollados.

Quemazón profesional, síndrome del quemado, desgaste ocupacional, síndrome de cansancio emocional, estrés laboral, síndrome de Tomás, síndrome del empleado, síndrome de quemarse por el trabajo... Existe cerca de una veintena de denominaciones distintas para el conocido *burnout*, un síndrome que genera un coste importante para las organizaciones, aunque difícil de precisar debido a la escasa presencia de estudios específicos.

Los datos disponibles hasta el momento son, sin embargo, bastante clarificadores. Más de 41 millones de trabajadores de la Unión Europea (es

decir, uno de cada tres en los quince países miembro), según un estudio de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, sufren actualmente estrés laboral. El coste económico por absentismo y bajas laborales que genera esta situación supera los 20.000 millones de euros al año.

Para Pedro Gil Monte, profesor del Departamento de Psicología Social y Organizacional de la Universidad de Valencia y uno de los mayores conocedores del *burnout* en España, "es indudable que muchos de estos casos están vinculados al Síndrome de Quemarse por el Trabajo, pues actualmente la mayor parte de la población activa desempeña su actividad profesional en el sector servicios".

En España, y según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en el cuarto trimestre de 2001, un 62,57% de la población activa española (más de 9 millones de personas) estaba ocupada en el sector servicios, el principal foco de *burnout*: trabajadores sociales, funcionarios de prisiones, empresarios y altos directivos en general forman parte del espectro de profesiones que son diana de este síndrome, si bien los más

afectados son los profesionales dedicados a la enseñanza y la salud. "Probablemente la mayor parte del gasto que se le genera a las empresas en concepto de bajas por enfermedad y por accidentes laborales está vinculado directa o indirectamente al Síndrome de Quemarse por el Trabajo o a alguno de sus síntomas", asegura Gil Monte.

Por lo demás, los datos nacionales sobre la incidencia del estrés laboral en la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo del año 2002 son similares a los europeos, y en los estudios sobre el *burnout* se obtienen valores similares para los criterios diagnósticos.

Más allá, en un estudio sobre el gasto generado por el acoso psicológico en el trabajo realizado en 6.500 bajas laborales en el ámbito nacional entre los años 2001 y 2001, José Ignacio Pastrana, psiquiatra de la Dirección Médica de Contingencias Comunes de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (Ibermutuamur), comprobó que 120 de esas bajas se debieron a *mobbing* (acoso psicológico); 35 a *burnout* y 36 a malas relaciones laborales. La media para todas ellas fue de 144 días de baja,

y el coste calculado fue de 800.000 euros para las bajas por acoso psicológico, 400.000 euros para el *burnout* y 300.000 en el caso de las malas relaciones laborales.

Las previsiones que se manejan para el futuro no son halagüeñas. Según los expertos en prevención de riesgos laborales, el síndrome de *burnout* se convertirá en pocos años en una de las principales causas de absentismo laboral en las sociedades desarrolladas.

### Profesionales 'diana'

El presente ya es poco alentador. Entre el 10 y el 20% del personal sanitario español (casi una cuarta parte) sufre desgaste profesional, según las conclusiones de una jornada sobre *burnout* organizada recientemente por la Fundación Prevent. La Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista también coincide en señalar que aproximadamente el 20% de los médicos presenta el síndrome del quemado, una enfermedad estigmatizante que lleva a muchos profesionales al temor de ser identificados y perder el prestigio profesional delante de sus pacientes, el respeto de sus colegas e, incluso, el trabajo. No obstante, otros estudios elevan este porcentaje hasta un 70% del personal sanitario.

Varias causas explican tal disparidad de datos. En primer lugar, el hecho de que el *burnout* es un fenómeno de reciente aparición. Además está, según Pedro Gil, la "diferente utilización que muchos profesionales ajenos a la Psicología hacen de los cuestionarios para fines diagnósticos", lo que lleva, en su opinión, a que muchas de las estadísticas aparezcan "infladas".

Otras cuestiones tampoco aparecen claras en la literatura existente sobre el *burnout* en el ámbito de la atención sanitaria. En primer lugar, ¿afecta más a hombres o a mujeres? Antonio Artémán, director del Programa de Atención al Médico Enfermo (Paime) creado por el Colegio de Médicos de Barcelona, asegura que hay que tener en cuenta que la Medicina es una profesión cada vez más feminizada, y que, por ello, la mujer continúa llevando dos cargas, la familiar y la profesional. "Muy posiblemente esto puede tener consecuencias en su salud", añade. Más aún, un estudio realizado entre

**Tabla 1.** BURNOUT POR NIVELES ASISTENCIALES

Dimensión	Global		Atención Primaria		Atención Especializada	
	Media	S*	Media	S*	Media	S*
Cansancio Emocional	14,51	4,29	12,19	3,90	14,99	4,13
Despersonalización	11,07	2,78	10,14	2,61	11,29	2,70
F.R.P.**	14,51	3,90	22,61	3,33	21,48	3,74
Burnout	47,16	7,93	44,89	8,09	47,76	7,27

\*S. Desviación estándar

\*\*F.R.P.: Falta de Realización Personal.

Fuente: Rev Esp Salud Pública 1997; 71 (3): 293-303

**Tabla 2.** BURNOUT POR CATEGORÍA PROFESIONAL

Dimensión	Médicos		Enfermería	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Cansancio Emocional	14,16	4,44	14,84	4,11
Despersonalización	11,07	2,46	11,28	2,94
F.R.P.	22,22	3,14	21,32	4,09
Burnout	47,45	6,94	47,44	7,98

\*\*F.R.P.: Falta de Realización Personal.

Fuente: Rev Esp Salud Pública 1997; 71 (3): 293-303

marzo y agosto de 1995, entre 294 profesionales de Atención Primaria y Especializada del sistema público del área de Guadalajara, cuyo objetivo era analizar los aspectos epidemiológicos de este síndrome y su relación con las elevadas tasas de absentismo laboral entre los profesionales sanitarios, llegó a la conclusión de que el perfil de riesgo es el de una mujer mayor de 44 años, sin pareja estable, con más de 19 años en su profesión y más de 11 trabajando en el mismo centro. Es además una profesional de la Atención Especializada, con más de 21 pacientes diarios, a los que dedica el 70% de su jornada laboral. No obstante, otros estudios ponen de manifiesto que, en condiciones de trabajo similares, las mujeres desarrollan niveles más bajos de *burnout* que los hombres.

Otro interrogante que tampoco concilia la opinión de los expertos es el de si la prevalencia del síndrome del quemado es mayor en Atención Primaria o en Atención Especializada. Para Gil Monte, no es ésta una variable que, a priori, establezca diferencias significativas entre grupos, al contrario de lo que concluye el estudio publicado en la Revista Española de Salud Pública.

La discrepancia de opiniones y conclusiones sobre este síndrome parece

tener su explicación en el hecho de que su mismo origen no radica tanto en la persona o en la rama en la que ésta trabaja como en los aspectos organizativos de la propia empresa (con estructuras más rígidas en el caso de los centros sanitarios y los hospitales), tales como las condiciones de trabajo, las relaciones interpersonales o la gestión de la dirección de recursos humanos.

Cambiar situaciones como éstas implicaría un aumento de los costes para la Administración, aunque reduciría considerablemente, según el director del Paime, los costes indirectos derivados del síndrome. "No obstante, siempre es el coste directo, inmediato, el que más tienen presente tanto los gerentes como los políticos", añade Artémán.

### Factores económicos

Paralelamente al asociado al absentismo laboral, el *burnout* genera otros costes. Según el estudio realizado en Guadalajara, la relación entre este síndrome y el absentismo es clara tanto por problemas de salud física como psicológica, "siendo frecuente la aparición de situaciones depresivas que van hasta la automedicación, ingesta de fármacos y aumento del consumo de tóxicos, alcohol y otras drogas".

Otro factor cobra cada vez más relevancia en el estudio del *burnout* y de sus consecuencias económicas. Se trata del error, un elemento innato en el hombre y del cual el médico no está exento. Según Antonio Artemán, situaciones de estrés y presión asistencial pueden llevar al facultativo 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, a una práctica de la medicina defensiva “*de mucho gasto y poco diálogo*” y a una mala utilización de los recursos. Todo esto, según Artemán, hace que el médico se aisle como reacción a estos fenómenos “*y, evidentemente, incurra en más gastos*”.

Por último, el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo del *burnout* en estos profesionales, si bien este punto no queda del todo claro en la literatura.

#### Falta de interés

Por todo lo señalado, los especialistas llevan años reclamando que el síndrome de *burnout* sea considerado enfermedad profesional, tiempo durante el cual también han venido

## ESCALA DE MASLACH PARA MEDIR EL SÍNDROME DE *BURNOUT*

Este cuestionario mide de forma autoaplicada el desgaste profesional con una fiabilidad cercana al 0,9. Se consideran puntuaciones bajas las que están por debajo de 34.

- |   |   |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Me siento emocionalmente agobiado por mi trabajo.</li> <li>2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.</li> <li>3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.</li> <li>4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes.</li> <li>5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.</li> <li>6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.</li> <li>7. Trabajo muy eficazmente los problemas de los pacientes.</li> <li>8. Me siento ‘quemado’ por mi trabajo.</li> <li>9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.</li> <li>10. Me he vuelto más sensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.</li> <li>11. Me preocupa el hecho de que este trabajo</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>me endurezca emocionalmente.</li> <li>12. Me siento muy activo.</li> <li>13. Me siento frustrado en el trabajo.</li> <li>14. Creo que estoy trabajando demasiado.</li> <li>15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.</li> <li>16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.</li> <li>17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.</li> <li>18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.</li> <li>19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.</li> <li>20. Me siento acabado.</li> <li>21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.</li> <li>22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.</li> </ol> |
|---|---|

Preguntas correspondientes a cada escala:

**Cansancio emocional:** 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.

**Realización personal:** 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

**Despersonalización:** 5, 10, 11, 15, y 22.

denunciando la falta de interés de los gestores de la Sanidad por este problema, ya que, en su opinión, por desconocimiento u omisión, subestiman su

importancia y las consecuencias negativas para el buen funcionamiento de la organización. Una de las reclamaciones más demandadas en este sentido es

## El Burnout, accidente laboral

Varias sentencias han declarado el síndrome de burnout como accidente laboral. Para Santiago Fernández Lema, abogado laboralista, la más “revolucionaria” fue la del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco del 2 de noviembre de 1999. “Abrió la puerta a considerar como accidente de trabajo una lesión ‘ánimica’ producida como efecto de la realización de un determinado trabajo”, explica. Luego llegaron la del Juzgado de lo Social Nº 3 de Vitoria del 27 de marzo de 2002 y una tercera del Juzgado de lo Social nº 16 de Barcelona, de fecha 27 de diciembre de 2002.

En ninguna han estado implicados profesionales sanitarios, pero los hechos crean precedentes en la valoración de esta patología. Para Pedro Gil, profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia, estas sentencias marcan “un antes y un después”, ya que, en su opinión, “en primer lugar se va a obligar a un diagnóstico preciso de la enfermedad y por tanto al desarrollo de programas de intervención”, asegura. Hasta ahora, los problemas psíquicos derivados de la

actividad laboral caían todos en el saco de la depresión. De esta manera, el trabajador podía obtener una baja por enfermedad. “Este diagnóstico tenía sus contraindicaciones, ya que el trabajador recibía el tratamiento para la depresión, se consideraba que el problema estaba en el individuo y se descartaba la intervención en el entorno laboral y el problema se cronificaba”, explica Gil. Para Fernández Lema, la importancia de considerar el burnout como un accidente laboral está “en el diferente y mejor tratamiento protector que le otorga la Seguridad Social”. Así, la base reguladora incluye la realización de horas extraordinarias, no se exige un periodo de carencia y la protección de la Seguridad Social se despliega desde el primer día de trabajo sin necesidad de tener acumulado un tiempo de cotización anterior. “Incluso abre las puertas al incremento de las prestaciones por la posible imposición de recargos a las empresas si se acredita que la lesión ha venido motivada por incumplimiento de las obligaciones de prevención de los riesgos laborales”, explica este jurista.

que las instituciones apuesten por programas de 'cuidado de cuidadores' y de capacitación para atender a las personas afectadas, como el que impulsará la Fundación Galatea (creada por el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña), cuyos objetivos son la prevención de este síndrome, del estrés y de las adicciones de los facultativos. Esta fundación también gestionará el Paime, que atiende a profesionales con trastornos mentales y adictivos.

Otra de las razones de ser de las acusaciones a organizaciones e instituciones es la ausencia de un desarrollo normativo en torno a este síndrome. En España, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995 no lo contempla. Sin embargo, en gran parte de los países de la UE existe una legislación desarrollada en torno a trastornos psicosociales. El motivo, según Montserrat Moré, gerente de la Fundación Prevent, es la ausencia de una "cultura preventiva" en España. Según esta experta, entre un 20 y un 25% de las empresas españolas cumplen con la normativa sobre riesgos laborales. "Si no existe una conciencia de base de lo que es la cultura preventiva, difícilmente las organizaciones atenderán los riesgos psicosociales", asegura.

No obstante, la necesidad de un cambio de mentalidad no se limita sólo a la Administración, para el director del Paime, sino que se amplía a la profesión y a toda la sociedad.

Todo ello implica que actualmente sólo primen, para los expertos en prevención de riesgos laborales, los derivados de la seguridad y la higiene, como una amputación, una fractura o una caída, en los que las consecuencias del daño son inmediatas.

Otro de los temas planteados por los especialistas es la necesidad de identificar, mediante el impulso de nuevas investigaciones y estudios, los factores causantes del síndrome y las condiciones de trabajo de los equipos para cambiarlos y poder prevenir la enfermedad. En su opinión, mediante la comunicación, la participación, la responsabilidad compartida y la solidaridad institucional se puede amortiguar este síndrome, al tiempo que se produce una mejoría en la satisfacción profesional, así como una mayor sensación de realización personal. ]

## Sintomatología de un síndrome producido por el exceso de trabajo

Los síntomas del burnout comienzan por una pérdida gradual de energía, que los profesionales resumen con el nombre de agotamiento emocional. Desde aquí se llega con el tiempo y la desilusión al segundo síntoma: la despersonalización, que no es más que poner distancias entre uno y el paciente, si se trata de un médico, o del alumno, si se trata de un profesor. Un estudio realizado por el sindicato CSI define la despersonalización como el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y respuestas frías e impersonales hacia los receptores del servicios prestado acompañado de una sensación de baja realización personal y profesional. El burnout se describió por primera vez en 1974 por el psiquiatra Herbert Freudenberger, que observó mientras trabajaba en una clínica de toxicómanos que una mayoría

de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, desmotivación para el trabajo, así como síntomas de ansiedad y depresión. Estas personas, que habían llegado allí por su propia voluntad y con ganas de ayudar, se volvían menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas con los pacientes, con un trato distanciado y cínico, así como una tendencia a culpar a los enfermos de sus problemas. Para la descripción de sus observaciones, Freudenberger utilizó el término burnout, usado hasta entonces para referirse a los efectos del

consumo crónico de sustancias tóxicas. Los expertos clasifican las manifestaciones de la enfermedad en varias categorías. Las mentales o cognitivas engloban los sentimientos negativos de desamparo, fracaso e impotencia. La baja autoestima y la dificultad para la concentración, así como los comportamientos paranoides y agresivos hacia los pacientes, que a veces alcanzan a los compañeros de trabajo y la familia. Las manifestaciones físicas están relacionadas con el cansancio, los dolores osteoarticulares, el insomnio, las taquicardias y los ardores en el estómago. Las manifestaciones de la conducta más

*Algunos profesionales resumen el 'burnout' como falta de ilusión y agotamiento*

comunes son el elevado consumo de café, alcohol, fármacos o drogas, el absentismo laboral, la alta conflictividad en el trabajo y en casa y un bajo rendimiento. La sobrecarga laboral y un trabajo poco creativo son los desencadenantes del síndrome. La escasez de medios, el exceso de burocracia y la nula participación en la toma de decisiones para la labor que se tiene asignada favorecen la pérdida de identificación del trabajador con sus tareas. "Independientemente de los resultados del trabajo, lo que afecta es hacer las cosas de una determinada forma, la pérdida de identificación con lo que se realiza, la percepción de que no se recibe refuerzo cuando el trabajo se desarrolla eficazmente; sin embargo, sí se puede producir castigo por hacerlo mal", explica el estudio del CSI.

# “Es necesario que las administraciones públicas mejoren sus políticas de prevención de patologías psicosociales”



**Pedro R. Gil-Monte**  
Director de la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional de la Universidad de Valencia

*Carlos B. Rodríguez*

Este experto prefiere llamar al síndrome de *burnout* ‘síndrome de quemarse por el trabajo’ (SQT) para dejar clara la implicación laboral de la enfermedad y evitar así que el foco de atención se desvíe al trabajador. Según Gil Monte, esta denominación permite diferenciar este síndrome de otros fenómenos psicológicos como el estrés laboral.

**P. ¿Qué porcentaje del sector sanitario está afectado por el *burnout*?**

R. Este dato es difícil de precisar. La patología es relativamente nueva, es un fenómeno emergente vinculado a los cambios socioeconómicos de las últimas décadas. Algunos porcentajes indican que aproximadamente un tercio de los trabajadores del sector sanitario podrían estar afectados. Sin

embargo, pienso que estas estadísticas aparecen infladas debido a la mala utilización que profesionales ajenos a la Psicología hacen de los cuestionarios para fines diagnósticos. Estudios realizados en la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSI) de la Universidad de Valencia, de la que soy director, sugieren que el porcentaje de afectados en el sector sanitario está alrededor del 10 ó del 12% de los profesionales, y que en torno a un 5% de estaría de baja, o la necesitaría, como consecuencia del SQT, pues han desarrollado problemas psicosomáticos, niveles de ansiedad vinculados al trabajo, o síntomas depresivos no tolerables. Estas estadísticas no contemplan los accidentes laborales que, sin ser el SQT, tienen su origen en la patología. Por ejemplo, pinchazos o cortes causados por pérdidas de atención o de concentración, o por pérdidas de reflejos vinculados al SQT.

**P. ¿Cuáles son las previsiones de futuro?**

Existen sombras y luces. Es de esperar un incremento de casos, pues, al igual que ocurre con otros problemas psicosociales vinculados al trabajo, como el *mobbing*, cuando se conoce y se delimita el problema, el diagnóstico es más preciso y los casos aumentan. Por otra parte, los cambios socioeconómicos comentados y la ausencia de una formación adecuada de muchos profesionales para desarrollar relaciones interpersonales de calidad en el trabajo incrementan la estadística.

Es necesario que las administraciones mejoren sus políticas de prevención. La obligación de aplicar la Ley en Prevención de Riesgos Laborales, en lo que atañe a la prevención de riesgos psicosociales, puede ser un buen punto de partida para mejorar el panorama. También es necesario que en los planes de estudios de los profesionales de la

Sanidad se incluyan programas de formación en habilidades sociales y prevención de patologías psicosociales.

**P. ¿Existe alguna diferencia especial entre Primaria y Especializada?**

R. A priori no es una variable que establezca diferencias significativas entre grupos. Puede ocurrir que profesionales de determinadas especialidades desarrollen niveles más altos del SQT que los de Primaria, y viceversa. Como puede ocurrir que entre dos muestras de profesionales de Primaria se generen mayores diferencias que entre esas muestras y otra de profesionales de Especializada. Esto ocurre en diversos estudios. ¿Por qué? Porque es muy importante tener presente que el origen del SQT son las condiciones de trabajo, en especial el clima social de la organización y las relaciones interpersonales, y estas variables no van vinculadas a la especialidad sino a la gestión que la dirección realiza de la organización, en especial a la gestión de los recursos humanos.

**P. ¿Existe diferenciación por sexos?**

R. El sexo sí es una variable relevante, pero supeditada a las condiciones de trabajo. Los resultados ofrecen una tendencia clara, pues en condiciones de trabajo similares las mujeres desarrollan niveles más bajos del SQT. Estos resultados son frecuentes en estudios realizados con profesionales de la Sanidad y de la educación, en los que las mujeres presentan niveles más bajos de agotamiento emocional y de despersonalización. Las explicaciones a estas discrepancias pasan por considerar las diferencias en los patrones de socialización en los roles masculino y femenino. En la cultura occidental, las mujeres son condicionadas para cuidar, el rol femenino fomenta la interdependencia y la habilidad en las relaciones interpersonales. Por contra, los hombres son educados para no expresar emociones y se les orienta al logro.

Las cogniciones, emociones, actitudes y conductas aprendidas durante el proceso de socialización que se inicia en la infancia van a jugar su rol en el mundo laboral. Por ejemplo, en general, y si excluimos el proceso de formación, una enfermera está más preparada para tolerar el desgaste emocional resultado de las relaciones interpersonales que conlleva el proceso de cuidar que un enfermero, y desarrolla con menor frecuencia actitudes negativas hacia los pacientes. Estudios de la UNIPSCO concluyen que la inclinación al absentismo está vinculada significativamente al SQT más en los enfermeros que en sus colegas femeninas. Es importante matizar que esta afirmación no significa que las mujeres ejerzan la enfermería mejor que los hombres, pues el trabajo de enfermería es mucho más amplio y complejo que esa afirmación, y la formación en procesos de relaciones interpersonales elimina esas diferencias.

**P. ¿Cree que el interés de la Administración por el SQT es escaso?**

R. En España, las administraciones públicas han dado pasos importantes para prevenir el SQT y otros riesgos de carácter psicosocial, y esto es de elogiar, pero el esfuerzo es insuficiente para la magnitud del problema. Por ejemplo, resulta paradójico, o al menos curioso, que siendo el SQT, y en general los riesgos psicosociales, una de las principales causas de accidentalidad y bajas laborales, no haya sido considerado en la actual campaña sobre prevención de riesgos laborales promovida por el Gobierno. Ésto lleva a pensar que la falta de cultura en prevención de riesgos psicosociales en nuestro país está propiciada por la Administración pública, y esto hace que ésta pierda credibilidad. Por otra parte, los recursos económicos dedicados a la investigación de este fenómeno son claramente insuficientes. Las administraciones

deben dedicar más fondos a la investigación de este fenómeno para entender mejor cómo se desarrolla y, por tanto, prevenir su aparición.

**P. ¿Qué programas existen de cuidado de cuidadores?**

R. En este campo tenemos varios handicaps, entre ellos la consideración reciente de los riesgos psicosociales como riesgos laborales -accidente laboral en el caso del SQT-, a lo que se une la ausencia de una cultura empresarial que fomente la prevención de riesgos psicosociales.

Un número considerable de gestores no creen en este tema, o entienden que es un problema del trabajador y no de la organización, pues resulta menos problemático para ellos. Además, está el problema de la contingencia. En el caso de los accidentes o enfermedades que tienen su origen en agentes físicos, químicos o biológicos, la relación de contingencia con el agente es clara, y en muchos casos es breve en el tiempo (un corte, una radiación, una viriasis, etc). Sin embargo, en los riesgos psicosociales encontramos la dificultad de identificar la relación contingente. Por ejemplo, si un médico sufre un pinchazo con una aguja contaminada, aunque su causa sea una pérdida de concentración con origen en un deterioro psicológico por un clima social de trabajo poco saludable, existe una alta probabilidad de que se considere que la causa es una falta de protección física. Pocos gestores vincularán el problema al entorno psicosocial de la organización, y muy pocos invertirán en su prevención. En consecuencia tenemos pocos programas de intervención.

Es cierto que se hacen estudios, pero éstos quedan en la fase de diagnóstico y se olvida o se rechaza la intervención por parte de los gestores. A pesar de esta panorámica, sí que existen programas de intervención que se han realizado de manera rigurosa. Desde la Psico-

logía Social, y en el ámbito de la salud, cabe destacar los programas de formación y entrenamiento en habilidades sociales que han desarrollado y aplicado con éxito algunos psicólogos como el profesor Jesús Rodríguez-Marín y su equipo de la Universidad Miguel Hernández, de Elche, dirigido a la formación de médicos; las profesoras Rosario Zurriaga y Pilar González de la Universidad de Valencia, dirigido a la formación de fisioterapeutas; o los programas llevados a cabo por el profesor José María León en la Universidad de Sevilla, y por el profesor Francisco Gil de la Universidad Complutense, dirigidos a diferentes grupos ocupacionales del sector sanitario.

**P. Otra reclamación es la necesidad de identificar los factores causantes del síndrome y las condiciones de trabajo de los equipos para cambiarlos y poder prevenir la enfermedad. ¿Cómo puede lograrse esto, teniendo en cuenta que estos factores pueden ser tantos como organizaciones existen?**

R. Este problema es de los menos complejos. No en vano, se han dedicado dos décadas a identificar las fuentes de estrés que originan el SQT, se han elaborado modelos que explican su desarrollo, se han construido instrumentos para su evaluación y programas de intervención. Pienso que estamos en condiciones de abordar el problema de manera exitosa. Lo que se necesitan son oportunidades que permitan aplicar todo este conocimiento acumulado. Una revisión bastante completa de los avances realizados en este campo se puede encontrar en el libro titulado “Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse” (Editorial Síntesis, 1997). En esta obra se recomiendan estrategias de intervención como el desarrollo organizacional, la implantación de programas adecuados de socialización laboral y el fomento del apoyo social en el trabajo.]

*“El esfuerzo de las administraciones públicas es de elogiar, pero resulta insuficiente para la magnitud de este problema. Es paradójico que, siendo el SQT una de las principales causas de baja laboral, no haya sido considerado en la campaña de riesgos laborales promovida por el Gobierno”*