



UNIVERSITAS
Miguel Hernández
de Elche

Máster en Prevención de Riesgos Laborales

Trabajo Fin de Máster

**Revisión bibliográfica sobre el Síndrome de Burn-out en
personal enfermero de atención hospitalaria**

Autora: Sofía Urrea Jiménez

Director: Julián Vitaller Burillo

Entrega: 1/09/2017

I.	Introducción.....	1
II.	Objetivos.....	5
III.	Metodología.....	5
IV.	Resumen.....	6
V.	Revisión bibliográfica sobre el Síndrome de Burn-out en personal enfermero de atención hospitalaria.....	7
	1. Concepto de estrés laboral y síndrome de Burn-out.....	7
	2. Factores de riesgo.....	14
	3. Etapas y modelos del proceso.....	17
	4. Repercusión física y psicológica.....	23
	5. Prevención y tratamiento.....	26
	6. Jurisprudencia.....	35
VI.	Discusión y resultados.....	45
VII.	Conclusiones.....	46
VIII.	Bibliografía.....	46



I. INTRODUCCIÓN

Para el ser humano el trabajo se ha convertido en un aspecto importante de su vida, el cual le ayuda a satisfacer necesidades mediante la transformación sobre el entorno. Esta tarea no puede realizarla en solitario, por lo que necesita que otros se unan a él de forma coordinada para lograr ciertas recompensas de carácter económico, psicológico y social.

Actualmente nos encontramos en una era en la que el estrés va en aumento. Esta experiencia vivida por los trabajadores provoca alteraciones físicas y psicológicas, que además, mantenida en el tiempo produce como respuesta lo que conocemos como síndrome de Burn-out (SBO) o síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT).

El SBO fue descrito por primera vez en 1974 por Freudenberg¹ quien percibió en sí mismo que a pesar de ser reconocido en su trabajo no podía evitar la sensación de fatiga frustración. Así mismo, se percató de que muchos de sus amigos médicos tenían el mismo tipo de sensaciones. Igualmente observó distintas manifestaciones como ansiedad, depresión y agotamiento en psicoterapeutas que pretendían modificar la conducta de los pacientes. Parece ser que esto les convertía en profesionales más insensibles y poco comprensivos. Fue entonces cuando definitivamente se definió el concepto del síndrome. En 1976, Maslach y Jackson², especialistas en psicología de la salud, complementaron y modificaron esta definición dándole un enfoque multidimensional y le añadieron la estructura que actualmente se conoce y que más adelante se expondrá, constituyendo, de esta forma, el instrumento más utilizado para su detección, el Maslach Burnout Inventory (MBI)^{3,4} que ha sido desarrollado en tres versiones diferentes.

¹ Freudenberg HJ. Staff-Burnout syndrome in alternativa institutions. *Psychoterapy, Theory, Research and Practice*, Vol 12(1), 1975, 73-82.

² Maslach C. Burned-out. *Human behavior* 1976; 5: 16-22.

³ Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward an understanding of the Burnout phenomenon. *Journal of applied psychology*. 1986; 4: 630-640.

⁴ Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior* 1981; 2: 99-113.

- Maslach Burn-out Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS): elaborado por Maslach y Jackson en 1986, es considerada la versión clásica del MBI y está dirigido a profesionales de la salud.
- Maslach Burn-out Inventory-Educator Survey (MBIES): elaborado por Schwab en 1986, destinado a evaluar a los profesionales de la educación.
- Maslach Burn-out Inventory-General Survey (MBI-GS), ideado por Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson en 1996, se caracteriza por poseer un carácter más universal, puesto que no es exclusivo de profesionales cuyo trabajo son las personas. El MBI-GS mantiene la estructura tridimensional del MBI.HSS aunque se reduce el número de ítems a 16 y las escalas pasan a denominarse de distinto modo.

El SBO es una experiencia subjetiva que produce una predisposición negativa hacia el trabajo, y todo lo que esté derivado de él, típica de profesiones en las que existe una relación de ayuda (médicos, enfermeros, profesores) o se está de cara al público.

Los seres humanos tenemos diferentes mecanismos de defensa para el estrés en función del tipo fuente. Si es física pueden traducirse a la larga en alteraciones físicas, o por el contrario, si la fuente es emocional, se desarrollan una serie de comportamientos para adaptarnos a las demandas externas, que cuando no son eficaces y cronifican producen un malestar tanto físico como psicosocial. Así mismo el SBO es un proceso que se desarrolla de manera progresiva debido a la utilización de estrategias de afrontamiento disfuncionales para el estrés.

Cuantiosas investigaciones demuestran que el SBO es una enfermedad que afecta masivamente al personal sanitario y más concretamente al colectivo enfermero. Esto se debe al hecho de que su desempeño se reduce casi exclusivamente a la relación de ayuda.

El cuidar es una actividad necesaria para la supervivencia y existe desde el origen más primigenio del ser humano. Ha sido relevante porque ha constituido una función primordial para desarrollar las acciones que mantienen la vida de las personas. Con el paso del tiempo y gracias al desarrollo de la ciencia, la enfermería acabó convirtiéndose primeramente en un oficio, y más tarde, en una profesión desarrollada por un colectivo específico, las enfermeras.

El personal de enfermería en el desempeño de sus funciones tiene un gran compromiso personal y además interactúa con las personas a las que les presta unos servicios, esto hace

que su actividad laboral esté impregnada de sentimientos que nacen del paciente (o de paciente y enfermero) como pueden ser el sufrimiento, la ira, el miedo, etc.. Es decir, que se encuentra expuesto a distintos factores de riesgo psicosocial que pueden desencadenar el estrés laboral.

Otro factor que afecta negativamente es la situación económica y laboral en la que actualmente nos encontramos. La falta de personal supone una sobrecarga laboral, la disminución del salario, etc, son algunos de estos factores.

El desgaste profesional de Enfermería influye de manera inversamente proporcional a la calidad de los cuidados que se prestan a los enfermos. A mayor desgaste de este colectivo será menor la calidad de los cuidados brindados a los pacientes; situación que afecta negativamente al desarrollo de la profesión. Es por esto que, en España, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, 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 para erradicarlos y ofrecer entornos laborales más saludables.

En España, además, dicho síndrome es más acusado que en relación a los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), debido a que nuestro país cuenta con 5,2 enfermeras por cada 1.000 habitantes en contraposición a las 8,8 enfermeras pro cada 1.000 habitantes del promedio de la (OCDE), lo que supone una sobrecarga de trabajo muy notoria. Junto con esto, también se conoce un estudio de los defensores del pueblo de España, donde se viene que a decir que existe una carencia en la dotación de los servicios de urgencias, lo que lo transforma en un ámbito más de riesgo para el SBO.

Existen una cantidad considerable de estudios enfocados al colectivo de enfermería que han identificado una gran prevalencia de SBO en edades altas, así como en enfermeros que trabajan en áreas de cuidados más específicos e intensivos. En estos servicios existen más condiciones que pueden influir en el padecimiento de este síndrome. Así mismo, estas conclusiones pueden relacionarse con los estilos de conducta ante el estrés y el afrontamiento que desarrollan Lazarus y Folkman en su obra "*Estrés y procesos cognitivos*"⁵.

⁵ Lazarus RS y Folkman S (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Acerca de la prevalencia e importancia del burnout en Europa, un estudio publicado por Ribeiro et al.⁶ en el año 2014 muestra que un 30% de las enfermeras encuestadas se habían agotado o fatigado debido a las actividades de trabajo. Igualmente, un estudio británico evidenció que un 42% de las enfermeras en Inglaterra sufría burnout, mientras que en Grecia un 44% aproximadamente declaró poseer un sentimiento de insatisfacción en el trabajo y el deseo de abandonar el puesto de trabajo. En Alemania un porcentaje menor (4,2%) se vio afectado por burnout. En Francia, Poncet et al.⁷ estudiaron una muestra amplia y representativa de 165 unidades de cuidados intensivos con 2.392 participantes, y patentaron que un 28.4% presentó niveles graves de burnout y 60% presentaron niveles altos por lo menos en una de las dimensiones, además de manifestar el deseo de cambiar de profesión.

Según una noticia publicada en el Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (Codem)⁸, España se sitúa en tercera posición de los empleados europeos más estresados, por lo que respecta a la prevalencia de este problema en el contexto sanitario la enfermería se ubica en primer lugar del ranking dentro de nuestro país, los profesionales de enfermería son, por tanto, los españoles que más sufren el síndrome de burnout. Según datos del Ministerio de Trabajo, el 47% de los profesionales de enfermería sufren síntomas de este síndrome, los servicios hospitalarios con mayor número de empleados 'quemados' son: urgencias, UCI, unidades de trasplantes y oncología e instituciones geriátricas.

En España las cifras de burnout en los últimos cinco años se sitúan entre un 18% y un 33%. En relación al cansancio emocional las cifras varían entre un 26,74 y un 55% y en la despersonalización entre un 8,15 y 25%⁹.

Si tenemos en cuenta que la salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social tal y como definía la Organización Mundial de la Salud hace algunos años, se puede decir

⁶ Ribeiro VF, Ferreira Filho C, Valenti VE, Ferreira M, Abreu LC, Dias de Carvalho T et al. Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *Int Arch Med.* 2014; 7 (22).

⁷ Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish Barnes N, Timsit JF, Pochard F, et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007 Apr 1; 175(7):698-704.

⁸ Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. Los enfermeros son los empleados más quemados. *Codem*, 22, mayo-2013.

⁹ San Clemente Vinué I, Elboj Saso C, Íñiguez Berrozpe T. Burnout en los profesionales de enfermería en España. Estado de la cuestión. *Metas Enferm dic 2014/ ene 2015; 17(10): 17:23.*

que un entorno laboral saludable no sólo aquel en que hay ausencia de circunstancias perjudiciales, sino también aquel en donde se fomentan factores que promueven la salud del individuo.

Por todo lo anterior, se debe tener en cuenta que una promoción de la salud favorable debe contener estrategias como la evaluación y minimización constante de los riesgos laborales, la información y capacitación adecuada en materia de salud y prácticas institucionales de apoyo entre otras.

II. OBJETIVOS

a) General

El objetivo general de este trabajo es proporcionar información científica y actualizada sobre el SBO y hacer ver la magnitud e importancia que tiene esta psicopatología.

b) Específicos

- Acotar el concepto de Burn-out y diferenciarlo del estrés laboral.
- Describir los factores de riesgo específicos de la enfermería hospitalaria.
- Mostrar los métodos más eficaces para la prevención del SBO y la importancia de la prevenirlos.

III. METODOLOGÍA

Este trabajo resulta de una revisión bibliográfica, y para ello se ha llevado a cabo una búsqueda de evidencia científica publicada en las bases de datos sanitarias y jurídicas como PubMed, Fistera, Cuiden, Dialnet, Scielo, Cuidatge y Vlex en los últimos quince años.

Así mismo se han utilizado libros de teoría de autores referentes en el campo de la psicología y la psicología, de los que no se ha puesto límite temporal para aportar dicha información teórica.

También se han realizado búsquedas en revistas científicas nacionales e internacionales como Enfermería Intensiva, Enfermagen o Metas de Enfermería; en sociedades científicas como el Colegio de Enfermería de Madrid, y en otras organizaciones oficiales como el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Una parte notoria de la bibliografía se basa en Tesis Doctorales que versan sobre la relación entre el SBO y la enfermería hospitalaria tanto en España como en Hispanoamérica.

En cuanto a las limitaciones lingüísticas, se ha aceptado bibliografía de habla hispana en mayor proporción, aunque otra parte de ésta se compone de bibliografía en lengua anglosajona.

Se han utilizado como palabras clave: burnout, enfermería, atención hospitalaria, factores de riesgo, prevención y tratamiento.

Como operador booleano se ha utilizado el vocablo “AND”.

En la búsqueda realizada se obtuvieron un total de 71 artículos, que tras eliminar las duplicidades y algunos otros artículos que no se adecuaban a los criterios de selección, obtuvimos 50 artículos en los que basar esta revisión bibliográfica.

De todo ello se ha realizado una lectura minuciosa de dichos artículos buscando información acerca de sus objetivos, tipo de estudio, metodología utilizada, profesionales estudiados y conclusiones.

IV. RESUMEN

El Síndrome de Burnout es una patología que afecta a todas las esferas de la vida. Se desarrolla cuando las condiciones de trabajo no son las adecuadas y se genera en el

individuo estrés laboral. Cuando éste no se resuelve y acaba cronificando, da lugar a la patología de la que hablamos.

Las profesiones más perjudicadas son aquellas en las que la relación de ayuda es el pilar fundamental del desarrollo del trabajo, como pasa en la enfermería.

Existen una serie de factores de riesgo comunes a todas las profesiones como pueden ser la carga de trabajo, la relación con los compañeros, etc. Sin embargo para los enfermeros existe otro tipo de factores de riesgo debido a la carga emocional con la se trabaja, la turnicidad, etc...

El SBO se caracteriza por una serie de síntomas típicos que son el agotamiento emocional, despersonalización e insatisfacción laboral, que se van desarrollando de forma paulatina conforme el síndrome se va estableciendo.

Finalmente, y como dato alentador, el SBO puede prevenirse creando un buen ambiente de trabajo, disminuyendo la carga laboral, enseñando al individuo a gestionar el estrés, y sobre todo, teniendo una gran red de apoyo emocional donde la persona pueda desahogarse y sentirse arropado.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL SÍNDROME DE BURN-OUT EN PERSONAL ENFERMERO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

1. Concepto de estrés laboral y Síndrome de Burn-out

Han Selye definió el estrés ante la OMS como: “respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior”. Esta conclusión la obtuvo a través de los estudios observacionales de los enfermos a los que investigaba. Selye se percató que estos individuos manifestaban la patología de forma similar (cansancio, pérdida de apetito, bajo peso, etc). Fueron todos estos descubrimientos lo que llevaron al autor a denominar a estos signos y síntomas como síndrome de estar enfermo.

Finalmente consideró que existían un conjunto de enfermedades sin causa conocida como las cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales que eran consecuencia de cambios fisiológicos producto de un prolongado estrés en los órganos de choque mencionados, y que podrían estar predeterminados genética o constitucionalmente.

El concepto de estrés puede enfocarse desde tres puntos distintos:

- Como estímulo ante situaciones que producen un proceso adaptativo en el individuo (grandes acontecimientos vitales, pequeños contratiempos, estímulos permanentes,...)
- Como respuesta fisiológica no específica de un organismo ante situaciones estresantes. A este tipo se le denominó Síndrome de Adaptación General que se compone de las fases de alarma, resistencia y agotamiento
- Como interacción siendo el resultado de la relación entre las características de la situación y los recursos de los que dispone el individuo. Así, se considera más importante la valoración que realiza la persona de la situación estresante que de las características objetivas de esta.

Así mismo, se puede hacer una clasificación en función del tiempo o de sus efectos: En función del tiempo, podemos hablar de estrés agudo o crónico según si duración es más o menos larga. El estrés agudo suele producir mayor impacto tanto física como emocionalmente, en contraposición al crónico que tiene un impacto físico menor ya que se produce por la acumulación de pequeños estresores cotidianos y que acaban agotando la capacidad adaptativa del individuo. En función de los efectos que éste puede producir, podemos distinguir entre estrés positivo o negativo, siendo éste último el causante de las alteraciones psicofísicas más importantes, que el estrés positivo es aquel que permite que nos adaptamos a las distintas demandas del medio y por tanto imprescindible para la supervivencia.

El estrés laboral se define como el conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador, y que son consecuencia de la presencia de agentes estresantes nocivos derivados directamente de la actividad laboral. El estrés laboral, es la reacción

que puede tener el individuo ante exigencias y presiones que no se ajustan a sus conocimientos y que ponen a prueba su capacidad de afrontar situaciones.

A pesar de que el estrés puede producirse en situaciones laborales muy diferentes, normalmente se agrava cuando la persona percibe que no tiene suficiente apoyo de sus compañeros, de sus superiores y cuando siente que el control sobre sus tareas es limitado y fragmentado.

El estrés, sus causas, afrontamiento y consecuencias están muy influenciados por los rasgos, estructura cognitiva, capacidad de resistencia y la personalidad de cada individuo.

En las últimas décadas, ha aumentado el reconocimiento de la gravedad del estrés entre sanitarios y ha sido reconocido como una enfermedad profesional más. Una cuantiosa cantidad de investigaciones se han ocupado del descubrimiento y evaluación de los estresores que afectan al personal de enfermería, bien aquellos derivados del rol de Enfermería, conflicto y ambigüedad del rol y reacciones afectivas a los estresores del rol.

Los principales desencadenantes del estrés laboral son los siguientes:

- Estresores del ambiente físico: ruido, vibraciones, iluminación, temperatura, humedad, etc.
- Demandas del propio trabajo: la actividad laboral puede presentar diversas fuentes de estrés como pueden ser la turnicidad, la sobrecarga de trabajo, la exposición a riesgos, etc.
- Contenidos o características del trabajo: la oportunidad de control, el uso de habilidades que permiten la realización de las tareas, el feedback que se recibe por la ejecución de dicho trabajo, la identidad de la tarea y la complejidad del trabajo.
- El desempeño de roles plantea la producción de estrés laboral como puede ser la aparición de conflictos, la ambigüedad y la sobrecarga del rol.
- Las relaciones interpersonales: relaciones con los superiores, entre compañeros, con subordinados o clientes.

- Las nuevas tecnologías: problemas con el diseño, de implantación, de gestión de las tecnologías, obsolescencia de aparatos y mal funcionamiento, etc.

El estrés en general, y concretando el laboral, se desarrollan a través de una serie de fases de respuesta:

- Fase de reacción de alarma: al aparecer un estímulo estresante, el organismo da una respuesta automática tanto para luchar como para escapar del estímulo. A nivel fisiológico se produce la activación del sistema nervioso simpático produciendo manifestaciones de sequedad de boca, midriasis, sudoración, tensión muscular, taquicardia, taquipnea, aumento de la tensión arterial, de la producción de glucosa y de la secreción de catecolaminas.
- Fase de resistencia: Aparece cuando el organismo no es capaz de recuperarse y se mantiene la hiperactividad fisiológica para afrontar la situación. Finalmente se genera la activación de las glándulas endocrinas, produciendo el aumento de hormonas como el cortisol.
- Fase de agotamiento: como la capacidad de adaptación está limitada, si el estrés se mantiene o adquiere más intensidad, puede llegar a superar las capacidades de resistencia y por ende el organismo entrará en una fase de agotamiento que tendrá como consecuencia alteraciones psicósomáticas

Quisiera hacer una distinción entre el estrés laboral y el SBO ya que tienden a utilizarse ambos conceptos indistintamente pero no son exactamente lo mismo. Así, cabe mencionar que el estrés laboral es el antecesor al SBO cuando las respuestas de afrontamiento no son efectivas o no se toman las medidas adecuadas para disminuir en la mayor medida posible todas esas situaciones límite que llegan a producirlo.

El vocablo Burnout fue mencionado por primera vez en 1969 Bradley como herramienta metafórica de un proceso psicosocial que se dio en oficiales de policía en los que se empleó el término “staff burnout”. Sin embargo se le atribuye al psiquiatra Freudenberger su autoría por ser el primero en conceptualizar este concepto.

Existen otros autores como Pines y Aronson que a finales de la década de los ochenta, defendieron que los profesionales asistenciales eran sujetos vulnerables a este problema

Actualmente el SBO se define como una respuesta al estrés laboral crónico, caracterizado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la percepción individual de encontrarse emocionalmente agotado.

EL SBO está considerado como un síndrome tridimensional cuyos rasgos más sobresalientes son el cansancio físico/psicológico junto con la sensación de no poder dar más de sí mismo (agotamiento emocional), una actitud fría y despersonalizada en relación con los demás (despersonalización), y un sentimiento de inadecuación al puesto de trabajo y a las tareas que se desempeña, acompañado de la percepción que se ha logrado pocos o nulos éxitos personales y profesionales (ausencia de realización profesional).

Para algunos expertos este síndrome se desarrolla en tres fases evolutivas:

- a) En primer lugar se produce una pérdida del equilibrio entre las demandas y los recursos personales, es decir, se trataría de una situación de estrés psicosocial.
- b) Se produce un estado de tensión psicofísica.
- c) Aparecen una serie de cambios conductuales a causa de un afrontamiento de tipo defensivo que amortigua las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que existe una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica.

Este trastorno aparece de forma insidiosa y poco perceptible, aunque durante su evolución pueden aparecer manifestaciones de grados diversos.

Este síndrome puede manifestar en cuatro niveles de alteraciones:

- Falta de ánimo para asistir al trabajo, dolores corporales sin causa aparente e inespecíficos.
- Empieza a general malestar general la interacción otros. Aparecen sensaciones de persecución o de que las personas están en su contra, aumenta el absentismo laboral, etc.

- Disminuye notoriamente la productividad y la eficiencia de la persona, aparecen enfermedades psicosomáticas, con tendencia a automedicarse y al consumo de bebidas alcohólicas.
- Aparece una etapa de alcoholismo franco, farmacodependencia, intentos de suicidio, accidentes y se abandona definitivamente el trabajo.

En la actualidad, la definición de Christina Maslach es la más utilizada y con mayor reconocimiento. Ella lo definió como una respuesta producida 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.

Maslach junto con Susan Jackson proponen tres dimensiones características del SBO:

- Agotamiento emocional: se refiere al cansancio físico y psicológico, es decir, la sensación de no poder dar más de uno mismo a los demás a nivel afectivo. Surgen sentimientos de incapacidad de satisfacer las demandas de los pacientes con los que tienen contacto cotidiano. Tampoco encuentran una respuesta positiva al trabajo que realizan, por lo que se hartan de sus tareas y acaba disminuyendo el rendimiento laboral.
- Despersonalización: es resultado de lo anterior. Aparecen sentimientos, actitudes y respuestas frías e impersonales. El trabajador se muestra irritable, distante y carente de empatía, llegando hasta a sentir rechazo por sus iguales. En situaciones extremas, la persona llega a considerar a los pacientes los responsables de sus problemas.
- Baja realización personal: Se caracteriza por presentar sentimientos de incapacidad laboral, baja autoestima, ideas de fracaso y baja

efectividad laboral. Aparecen sentimientos de desilusión e impotencia al no encontrar sentido al trabajo que desempeñan¹⁰.

Estas tres dimensiones no surgen a partir de un modelo conceptual previo, sino del análisis psicométrico de los factores incluidos en el instrumento de evaluación del SBO del que hablamos, y a los que añadiría una serie de síntomas físicos de estrés, cansancio y malestar general.

Desde una visión psicosocial, el SBO no se entiende como un estrés psicológico, sino como la consecuencia de la exposición mantenida en el tiempo a fuentes de estrés que surgen de la relación personas en servicios de asistencia.

Esta alteración está formada por una serie de alteraciones conductuales, emocionales y físicas que también están en relación con las características individuales, laborales y sociales propias de cada individuo¹¹.

Existen evidencias de que no todas las personas desarrollan esta psicopatología a pesar de haber sido expuestas a fuertes estresores y se ha llegado a la conclusión de que las experiencias de la vida y la personalidad de los sujetos son factores con gran influencia.

Es importante diferenciar el SBO de otros estados como el tedio, depresión, alineación, ansiedad, insatisfacción laboral, fatiga, estrés, etc. En relación a ello, Farber, en 1984, apuntó que el estrés (concepto con el que suele confundirse el SBO) tiene efectos positivos y negativos, sin embargo, el SBO siempre causa efectos negativos¹².

Las respuestas propias de cada individuo en las situaciones que producen un elevado nivel de estrés depende de distintos factores que influyen en la magnitud de la demanda, las características de la persona, las restricciones ambientales y/o personales y el apoyo que recibe por otros.

¹⁰ Lorenz VR, Cardoso Benatti MC, Oliveira Sabino M. Burnout and Stress Among Nurses in a University Tertiary Hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18(6): [1084-1091].

¹¹ Cabrera GL, López RP, Salinas TS et al. Burnout syndrome among mexican hospital nursery staff. *Rev Med. ImSS*, 2005; 43:11-15.

¹² Farber BA. Stress and burnout in suburban teachers. *Journal of Educational Research*. 1984; 77(6): 325-331.

2. Factores de Riesgo

Los enfermeros se encuentran a la cabeza en el índice de profesionales afectados por este síndrome, que es más frecuente en aquellas profesiones en las que predomina contacto interpersonal y la relación de ayuda.

Según datos del Ministerio de Trabajo, el 47% de los enfermeros sufren síntomas que tienen que ver con el SBO.

Según Iñaki Piñuel, Psicólogo y profesor en la Universidad de Alcalá de Henares de Madrid, el perfil de las enfermeras para el sufrir este síndrome es el de una mujer, mayor de 44 años, con más de 19 años de antigüedad laboral y 11 años de trabajo en el mismo centro acumulados de forma continuada que además lleva mucho tiempo trabajando con otros profesionales sanitarios a un ritmo acelerado y bajo una gran presión asistencial¹³.

Los estímulos psicosociales que están presentes en el ámbito de trabajo son un conjunto de sensaciones percibidas y experiencias varias, teniendo algunas un carácter más general, y otras más inherentes a las expectativas personales de cada trabajador (salario, relaciones personales, etc...).

Estas consideraciones son importantes, ya que habitualmente se aborda la interacción entre el medio psicológico laboral y la salud de los trabajadores ha sido a través de la existencia o no estrés.

Existen distintas variables de tipo personal, sociodemográficas y organizacionales o laborales que incrementan o disminuyen el riesgo a desarrollar el SBO.

En relación a los factores o variables de personalidad, se encuentra que los individuos obsesivos, idealistas o que presentan gran motivación, altas expectativas y dedicación profesional son más proclives a padecer el SBO. Igualmente se ha relacionado el patrón

¹³ Piñuel y Zabala, I. Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Sal Térrea; 2000.

de conducta tipo A (caracterizado por la alta competitividad, el compromiso al trabajo, agresividad e impaciencia) con un aumento de la probabilidad a sufrir dicho síndrome¹⁴.

Los factores sociodemográficos (edad, género, apoyo social, etc) pueden ser variables protectoras o desencadenantes del SBO. En función al género se muestra una tendencia mayor entre las féminas que puede ser debida a la sobrecarga familiar entre otros factores. Por otro lado, la paternidad y el apoyo familiar se muestran como variables protectoras.

Con respecto a la edad, encontramos resultados contradictorios, ya que unos autores lo relacionan con personas mayores de 44 años¹⁵ pero, sin embargo, otros marcan el punto de inflexión a la edad de 40 años años¹⁶.

Otra variable a tener en cuenta es la existencia o no de pareja estable, siendo un factor protector la existencia de ésta. Sin embargo existen algunos estudios, aunque minoritarios que contradicen lo anterior¹⁷.

En lo que concierne a los factores laborales, podemos decir que el ambiente físico (ruidos, mala iluminación, mala disposición espacial, temperatura, etc..), la turnicidad, la sobrecarga laboral, la monotonía, la falta de recursos, etc, pueden ser factores facilitadores del SBO.

El desempeño del rol profesional también puede ser un factor desencadenante, ya que está relacionado con dos problemas: la ambigüedad y el conflicto del rol que pueden derivar en estrés del rol. La ambigüedad de rol tiene que ver con la incertidumbre con respecto a las exigencias de la propia tarea y la metodología usada para llevar a cabo, y el conflicto de rol consiste en la coexistencia de prácticas laborales no conciliables, es decir, que no se pueden satisfacer de manera simultánea

¹⁴ Carlin M. El Síndrome de Burnout: comprensión del pasado, análisis del presente y perspectivas de futuro. 1ª ed. España: Wanceulen Editorial deportiva; 2014.

¹⁵ Atance J.C. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública. 2007; 71(3):293-303.

¹⁶ Cogollo-Milanés Z, Batista E, Cantillo C, Jaramillo A, Rodelo D, Meriño G. Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena, Colombia. Aquichan. 2010 10(1): 43-51 pp.

¹⁷ GIL MONTE, P. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid. Psicologica Piramide. 2005; p 54.

Por otro lado, en cuanto a los factores laborales encontramos la presencia de las nuevas tecnologías que pueden facilitar o entorpecer el trabajo, y que obligan a las personas a adaptarse a ellas. Esta capacidad de adaptación depende del grado de afectación cognitiva de cada individuo y por tanto de la vulnerabilidad al SBO.

Otro factor a tener en cuenta es la inadecuada formación de los enfermeros, pueden darse circunstancias en las que existan excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas, falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional, escasa información sobre el funcionamiento de las organizaciones en las que se desarrolla la labor profesional, etc.

En el medio de la atención especializada, podemos encontrar una serie de factores que pueden influir entre el esfuerzo realizado por los enfermeros y el resultado obtenido en el paciente, sujeto al que se le prestan los cuidados. Estos factores son los que denominamos agentes estresores, presentes en entorno hospitalario, y que pueden proceder del ámbito personal de cuidador, de su relación con otros profesionales, con el propio paciente o con la administración del hospital.

Así mismo se puede hacer una clasificación de factores de riesgo específicos de servicios de alto riesgo:

En cuanto al ambiente de trabajo, trabajar de noche puede ser un factor a tener en cuenta debido a la falta de luz natural y por consecuencia el uso de luz artificial, que produce cefaleas, cansancio, etc. Igualmente el continuo sonar de las alarmas, además de afectar a nivel auditivo, produce un aumento de la tensión y el estrés durante la jornada laboral.

También podemos agrupar los estresores y factores de riesgo en función de la tarea, aunque esto es algo subjetivo, ya que el estrés generado cambia entre las personas según el sentimiento que genere en los profesionales. Cuando la tarea se adecúa a las expectativas y a las capacidades tiene un efecto de bienestar psicológico y supone una fuente de motivación. Algunos de estos riesgos de los que hablamos pueden ser:

- Carga mental: que se entiende como el grado de movilización de energía y capacidad mental que el profesional necesita para realizar la tarea.

- Control sobre la tarea: se produce cuando no se controla la tarea, es decir, cuando los conocimientos que se precisan son desconocidos para el profesional.
- Contacto constante con el dolor, la agonía y la muerte del paciente son una carga psicológica importante, en la que, si no se tienen las herramientas adecuadas para afrontarlo puede acabar alterando la salud psicológica del trabajador.

Se ha observado que en los países en vías de desarrollo y en las comunidades industrializadas, el ambiente de trabajo, la relación que se tiene con éste y los estilos de vida, pueden provocar la aparición alteraciones psicológicas y sociales.

Las actuales tendencias en la promoción de la seguridad e higiene en el trabajo engloban, no solamente el conocimiento de los riesgos físicos, químicos y biológicos de los ambientes laborales, sino también los múltiples y diversos factores psicosociales inherentes a la empresa y la manera en la que influye en el bienestar físico y mental de trabajador.

Así mismo, los principales factores generadores de estrés presentes en el ambiente laboral implican aspectos de organización, administración, sistemas de trabajo y la calidad de las relaciones humanas. Por ello, el clima organizacional de una empresa no se vincula solamente a la estructura y a las condiciones de vida de la colectividad, sino también a su contexto histórico y el conjunto de problemas demográficos, económicos y sociales.

En cuanto al desarrollo del puesto de trabajo de una enfermera, algunos de los principales factores psicosociales que condicionan la aparición de estrés son:

Con respecto al desempeño profesional:

- Trabajo con gran complejidad
- Trabajo con gran demanda de atención
- Actividades que requieren gran responsabilidad
- Creatividad e iniciativas limitadas
- Cambios tecnológicos imprevistos o utilización desconocida de aparataje tecnológico

En relación a la dirección:

- Liderazgo inadecuado
- Mala gestión de las habilidades de la enfermera
- Relaciones laborales ambivalentes
- Manipulación o coacción hacia los enfermeros de la unidad
- Mala o nula delegación de responsabilidades
- Motivación deficiente
- Falta de capacitación y desarrollo del personal
- Promociones laborales aleatorias

En cuanto a la organización y función:

- Atribuciones ambiguas
- Desinformación y rumores
- Conflicto de autoridad
- Planificación deficiente
- Supervisión punitiva

Con relación a las tareas y actividades:

- Cargas de trabajo excesivas
- Autonomía laboral deficiente
- Ritmo de trabajo apresurado
- Competencia desleal o destructiva
- Poca satisfacción laboral

Influencia del medio de trabajo:

- Condiciones físicas inadecuadas (frío, calor, ausencia de lugares para descansar,...)
- Ambiente laboral conflictivo
- Exposición a riesgo físico o biológico constante (aparatos de Rx, pacientes infecciosos, etc)
- Trabajo no solidario
- Menosprecio o desprecio al trabajador por parte del personal laboral o de los pacientes

En cuanto a la jornada laboral:

- Rotación de turnos
- Jornadas laborales nocturnas
- Jornadas de trabajo excesivas
- Actividad física corporal excesiva (movilización de enfermos, etc)

Las exigencias que existen en el ámbito laboral sanitario, y en concreto para la enfermería, inevitablemente generan tensión. Cierta nivel de presión puede ser beneficioso para mantener la motivación, interés, etc...

3. Etapas y modelos del proceso

El SBO debe entenderse como un proceso y no como un fin. La persona atraviesa unas circunstancias donde se sitúan las dimensiones del SBO. “En la delimitación conceptual del SBO y en la consideración o abordaje que hacen de sus síntomas pueden diferenciarse dos perspectivas: una de carácter clínico orientada al diagnóstico, y otra de carácter psicosocial orientada a la explicación del fenómeno, que atiende a su etiología y a su desarrollo”¹⁸.

Aunque las habilidades de resolución de problemas y la sensibilidad individual de la persona sean un factor de riesgo a la hora de desarrollar el SBO, no podemos decir que sea la causa de que la persona sufra daños en su salud, si bien, ésta puede protegerse con mecanismos personales de afrontamiento y a partir del apoyo social con el que se cuenta. Aun así, no se puede hablar de un problema de adaptación del individuo a la tarea, puesto que el empleador debe adaptar el trabajo a la persona¹⁹.

En cuanto a la perspectiva clínica, el SBO se entiende como un estado mental negativo al que el sujeto llega como consecuencia del estrés laboral. Esta perspectiva evalúa el nivel de determinados síntomas sin tener en cuenta qué proceso llevó a que ocurriera dicha situación.

¹⁸ Miret C, Martínez Larrea A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. An. Sist. Sanit. Navar. 2010.

¹⁹ Ministerio de Trabajo y asuntos sociales de España. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención.

Por otro lado, la perspectiva psicosocial percibe el SBO como un proceso que se desarrolla debido a la interacción entre las características del entorno laboral y las características personales.

En el desarrollo del proceso de instauración del SBO son conocidas cuatro fases. En cada una de estos periodos se puede intervenir para intentar revertir la situación que se está dando e impedir que la persona llegue a desarrollar un SBO.

Fase 1: Entusiasmo

Se reconoce un exceso de entusiasmo y un aumento de la energía. Existe la creencia de que el puesto de trabajo satisfará todas las expectativas personales.

Se recomienda establecer límites claros y realistas entre el trabajo y la vida personal.

Fase 2: Estancamiento

Las expectativas que se habían creado no se cumplen y la persona siente que no existe un equilibrio entre el esfuerzo que le supone y la recompensa que obtiene. Por todo ello, aumenta la desilusión y desaliento. De este modo podemos decir que en esta fase existe un desequilibrio entre las demandas y los recursos, por lo que aparece el estrés.

Fase 3: Frustración

Se generan en el individuo sentimientos de frustración, desmoralización y sentimientos negativos hacia el trabajo, resulta un sinsentido y aparecen conflictos en el mismo. En esta fase aparecen signos y síntomas característicos del SBO.

Fase 4: Apatía

En esta fase se ponen en marcha los mecanismos de defensa del individuo en forma de cambios actitudinales y conductuales como la evitación de todo cambio, y hasta se trata de evitar a las personas que debe atender. Llegados a esta fase, es muy importante intervenir para evitar consecuencias drásticas como la ansiedad, el absentismo laboral, la depresión, etc.

Una vez el individuo ha completado las cuatro fases anteriores, es diagnosticado de SBO. Esta fase se caracteriza por el colapso emocional y cognitivo con importantes

consecuencias para la salud. Aumenta la probabilidad de abandono del trabajo, lo que le lleva a una vida profesional frustrada.

A lo largo de la investigación y el desarrollo del SBO se han ido desarrollando una serie de modelos del proceso de dicho síndrome, de los que vamos a mencionar los más destacados:

Modelo tridimensional del MBI HSS

El Maslach Burnout Inventory es el cuestionario para evaluación psicométrica del SBO, Cuenta con 22 ítems que evalúan el síndrome en 3 dimensiones (realización personal, agotamiento emocional y despersonalización) que ya han sido desarrolladas anteriormente.

Maslach aduce que el SBO se desarrolla en sus inicios con agotamiento emocional, después aparece la despersonalización y, por último, baja la realización en el trabajo. Para Maslach y Leiter, el agotamiento representa de las tres dimensiones del burnout, la experiencia del estrés individual básico, es decir, lo sentimientos de estar abrumado de que los recursos físicos y emocionales de los que dispone está reducidos. El cinismo representa la dimensión del contexto interpersonal, y hace referencia a una respuesta negativa y de alejamiento hacia varios aspectos del trabajo como respuesta a la sobrecarga de agotamiento y como un mecanismo de autoprotección que puede conducir a la pérdida del idealismo ya la de humanización de otros. La ineficacia representa la dimensión auto evaluativo del burnout, referida a sentimientos de competencia y a una falta de logro de la productividad en el trabajo que resulta de alguna manera de la combinación del agotamiento y el cinismo o de alguno de ellos²⁰.

Gil Monte elaboró un modelo alternativo en donde el SBO es definido como una respuesta al estrés laboral crónico; esta respuesta es una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias y comienza con el desarrollo paralelo de baja

²⁰ Leiter M, Maslach C. Areas of work life: a structured approach to organizational predictors of job burnout..En: Emotional and Psychological Processes and positive intervention strategies. Research in occupational stress and well being. Vol. 3, p. 9 -134.

realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional; además la baja realización personal incrementa significativamente el agotamiento emocional²¹.

La despersonalización se considera una estrategia de afrontamiento que surge después de haberse presentado la experiencia crónica de baja realización y puede establecerse porque los sentimientos de bajo rendimiento profesional y fracaso profesional general frustración.

Modelo de Edelwich y Brodsky

Para estos autores el SBO tiene que ver con un proceso de pérdida de la ilusión o del encanto hacia el propio trabajo. Para explicarlo elaboran un modelo de 4 fases (entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía), el cual se ha desarrollado unos párrafos más arriba.

Modelo de Price y Murphy

Estos autores hacen una analogía entre el SBO y el proceso del duelo, ya que el individuo pasa por unas etapas a nivel personal (pérdida de la ilusión), interpersonal (Pérdida de los beneficios) e institucional (pérdida de trabajadores competentes para el sistema).

Este modelo se compone de 6 fases sintomáticas:

- Desorientación: la persona es consciente de la realidad laboral y cumple sus objetivos que le exige dicho puesto. Desarrollo de sentimientos de fallo profesional.
- Inestabilidad emocional: incrementada por falta de apoyo social emocional, se tiene en cuenta que la persona carece de un equipo de trabajo que le apoye y pierde su capacidad para afrontar la inestabilidad y crea estrategias como el aislamiento y el distanciamiento emocional. El profesional no se desahoga y pasa por periodos de labilidad y desgaste emocional.

²¹ GIL MONTE, Pedro. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid. Psicologica Piramide. 2005; p 106.

- Sentimientos de culpa: se presentan debido al fracaso, ya que el profesional se atribuyen fallos que no están bajo su control o prestan una atención con calidad pero con altos niveles de distanciamiento con el sujeto de la atención.
- Soledad y tristeza
- Solicitud de ayuda
- Restablecimiento del equilibrio inicial con que se abordó la profesión

Modelo de Gil Monte

Este modelo se diferencia de los demás porque en él se incorpora la culpa como un elemento que define el nivel de burnout. Para el perfil 1 se presenta baja ilusión por el trabajo con altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero no existen sentimientos de culpa. Para el perfil 2, por el contrario, cuenta con todos los síntomas anteriores y además con el sentimiento de culpa, lo que se traduce como un alto nivel de SBO.

4. Repercusión física y psicológica

El SBO tiene un progreso insidioso, su aparición no es súbita, sino que emerge de forma paulatina. Es un proceso cíclico que puede repetirse varias veces a lo largo de la vida, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes típicos del SBO varias veces en diferentes épocas y en el mismo o en otro trabajo.

Los componentes mencionados arriba son los siguientes:

- 1) Cansancio o agotamiento emocional: debido al fracaso frente al intento de modificar las situaciones estresantes, se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, la fatiga, etc.
- 2) Despersonalización: es el núcleo del SBO, consecuencia del fracaso frente a la fase anterior y a la defensa construida por el sujeto para protegerse frente a los sentimientos de impotencia, indefinición y desesperanza personal.
- 3) Abandono de la realización personal: aparece cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el enfermero.

Una vez definido en profundidad qué es el SBO y cuáles son sus causas, cabe describir cuáles son los problemas que se derivan de sufrir este síndrome.

Como cualquier patológica de afectación psicosocial vamos a encontrar modificaciones a nivel psicosomático, emocional y conductual.

Las manifestaciones a nivel psicosomático o psicofísico se refieren a síntomas tales como dolores de cabeza, alteraciones gastrointestinales, aumento del tono muscular, hipertensión arterial, modificación de los menstruales, disminución de la inmunidad, alteraciones del sueño, pérdida de peso, úlceras gastrointestinales, astenia, e incluso daños cerebrales.

A nivel emocional son habituales los sentimientos de fracaso, baja autoestima, aumento de la irritabilidad, distanciamiento afecto, ansiedad, baja tolerancia a la frustración, aislamiento social, etc. Cabe destacar que es en esta esfera donde más repercusión tiene el padecimiento del SBO.

Las consecuencias conductuales se encuentran relacionadas con el abuso de sustancias psicoactivas (drogas, tabaco, medicamentos), cambios de humor, absentismo laboral, aumento de conductas agresivas, etc.

Así mismo, también aparecen alteraciones en la esfera social y laboral. En el plano social se ven afectadas las relaciones interpersonales, aparecen conflictos con la familiar, los amigos y los compañeros de trabajo como consecuencia de comportamientos hostiles, insuficiente comunicación y aislamiento.

Por otro lado en el contexto laboral aparece una disminución de la productividad, rendimiento, motivación, y satisfacción laboral; tendencia al abandono del puesto de trabajo, baja implicación, etc. Todo ello ocasiona un deterioro del en la calidad de la actividad laboral, aumento de accidentes, quejas de los pacientes, etc.

De acuerdo a la recapitulación que hace Maslach sobre sus 25 de trabajo sobre el tema, las consecuencias del SBO son tanto para la enfermera que lo sufre como para la institución donde trabaja, que afectan a la calidad de los cuidados de enfermería y por ende en los resultados de salud de los usuarios.

Existen tres síntomas típicos que padece el personal de enfermería:

- Síntomas psicósomáticos: el estrés del enfermero, se relaciona con diferentes síntomas como puede ser el dolor de espalda, cefalea tensional, insomnio, pirosis, alteraciones gastrointestinales, etc.
- Riesgo de padecimientos crónicos: en la actualidad se están llevando a cabo estudios que buscan evaluar los efectos del SBO en la salud de diferentes trabajadores, por ejemplo, se ha obtenido una asociación con factores de riesgo cardiovasculares y diabetes mellitus, pero estos resultados realizados exclusivamente a enfermeras son aún incipientes.
- Insatisfacción en el trabajo: son múltiples asociaciones documentadas con la presencia del SBO, pero en realidad no hay claridad sobre su papel, porque no se ha establecido como origen o consecuencia del SBO, lo que ha sido consistentemente probada es su asociación.

Por otro lado cabe destacar las consecuencias que afectan a las instituciones:

- Personal insuficiente: como consecuencia del SBO en las enfermeras, ya que éstas toman periodos de incapacidad laboral. Así mismo, también se presentan episodios de ausentismo, intención de dejar el trabajo o la profesión.
En países desarrollados se produce un cambio constante de personal, que implica costos de reclutamiento, capacitación, trámites, así como disminución en la calidad del cuidado, debido a la salida de enfermeras con mayor experiencia.
- Resultados en la salud de los pacientes: existe una relación entre altos niveles de SBO y diversos indicadores de resultado en la salud de los pacientes, por ejemplo, un incremento en la mortalidad. La calidad de los cuidados, evaluada a partir de la satisfacción del paciente, también es mejor mientras menos son los niveles del SBO. La misma relación existe con la calidad del cuidado de enfermería
- Contagio de burnout: es un aspecto poco estudiado en enfermeras, sin embargo, existe un estudio realizado con 1849 enfermeras de 80 unidades de cuidados intensivos de 12 países europeos, donde se observó que la percepción de las enfermeras de que su colega padece burnout fue el predictor más importante a nivel individual y por

unidad de cuidados intensivos, aún después de controlar el impacto de otras variables como los estresores organizacionales. De tal forma que si se produce el SBO en alguna enfermera de la unidad, ésta puede contagiar a otras compañeras.

5. Prevención y tratamiento

En la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales no existe ninguna mención expresa acerca del concepto de “estrés laboral” en particular y tampoco sobre el “riesgo psicosocial”. Sin embargo, podemos destacar una definición general de riesgo laboral en su artículo 4.2º:

“Se entenderá como «riesgo laboral» la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo”.

Asimismo, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales prevé un conjunto de Principios de la Acción Preventiva, en su artículo 15, y en ellos se concreta el deber de protección del empresario para con los trabajadores. Se trata de una serie de medidas de prevención que deben llevarse a cabo para proteger la salud, integridad física y bienestar de los trabajadores.

Existen diversas intervenciones que se han demostrado en trabajadores de diferentes áreas (gerentes, policías, enfermeros). Existen una diversidad de intervenciones para prevenir el SBO en países desarrollados que buscan resultados diferentes: lograr una mayor satisfacción del trabajador, bienestar psicosocial, disminuir enfermedad, etc. Por ejemplo, intervenciones encaminadas incrementar la satisfacción del trabajo por su papel mediador en la percepción de la carga de trabajo vinculada estrechamente con padecer SBO. Por lo anterior la efectividad de las intervenciones ha salido evaluada a partir de diferentes variables de resultado.

Tipos de intervenciones:

- a) Intervenciones enfocadas al individuo. Son cursos diseñados para mejorar habilidades y competencias del personal y se clasifican como:
 - Intervenciones educativas y de capacitación para áreas con pacientes de atención especializada o alta demanda emocional.
 - Intervenciones psicosociales, tienen un componente psicoterapéutico, pueden ser para mejorar recursos sociales o para desarrollar recursos internos personales o maneras de disminuir el estrés individual como técnicas de relajación, técnicas cognitivo-conductuales que incrementen habilidades de afrontamiento, incluye brindar consejos.
- b) Intervenciones organizacionales/ambientales dirigidas a factores del trabajo o que incluyen medidas para cambiar el ambiente laboral, las tareas o los métodos. Cursos de capacitación diseñados para mejorar habilidades y competencias del personal como comunicación del equipo de trabajo y supervisión; o bien encaminadas a disminuir cargas de trabajo como reorganización de la forma de trabajar.
- c) Individuales y organizacionales, como puede ser la terapia grupal e interpersonal, el empleo de estrategias de prevención e intervención se fomentan por parte de los compañeros el apoyo social: los individual obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda.

Pines define seis formas de ofrecer apoyo: escuchar al sujeto de forma activa, dar apoyo técnico, crear necesidades y pensamiento de resto, desafío y creatividad, apoyo emocional, participar en la realidad social del sujeto confirmando o cuestionándole las creencias sobre sí mismo, autoconcepto, autoeficacia y autoestima²².

El objetivo primordial de los grupos de apoyo es la reducción de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional de los profesionales, el

²² Pines, A; Aroson, E; Kafry, D. (1981). Burnout: from tedium to personal growth. New york: free press.

incremento del conocimiento, la ayuda para desarrollar formas efectivas de tratar los problemas y la facilitación de un trabajo más confortable.

Una forma de desarrollar el apoyo social en el trabajo es fomentar y entrenar a los compañeros y a los supervisores en dar retroinformación, mediante la cual se les informa sobre cómo es percibido, entendido y vivido su comportamiento.

Para poder llevar a cabo el proceso de prevención del SBO hay que tener en cuenta tres perspectivas:

- a) El trabajo personal: donde entendemos que debe darse un proceso adaptativo entre las expectativas iniciales y la realidad con la que los enfermeros se encuentra en su día a día. Así mismo, debe aprenderse a equilibrar los objetivos de la empresa sin renunciar a los valores que representan la labor enfermera.
- b) El equipo: los compañeros de trabajo tienen un papel vital en el SBO, principalmente porque son los primeros en darse cuenta, antes que el propio interesado.
- c) La empresa: hay tres conceptos claves tanto para la prevención empresarial del SBO como para la eficacia de la misma: formación, organización y tiempo. Por ello, se llevarán a cabo reuniones acorde a las necesidades sin afectar el tiempo de las personas que a la larga puede producir un desgaste. Deben minimizarse los imprevistos, y cuando los haya, organizar el trabajo de forma que interfiera mínimamente con lo previamente planificado.

Intervenciones sobre el individuo

Algunas de las medidas preventivas que actúan sobre el trabajador y además de las más eficaces, son las llamadas Técnicas Cognitivo-Conductuales. Entre ellas podemos destacar algunas como:

- Identificar fuentes de estrés: para lograr prevenir el estrés en el trabajo se hace necesario un análisis de aquellas circunstancias que lo provocan. Tomar nota de aquellas situaciones que provocan estrés en el individuo también es un ejercicio útil.

- Reestructurar prioridades y eliminar tareas innecesarias: otra técnica de utilidad es establecer prioridades en el puesto de trabajo, y sacar adelante el trabajo necesario, eliminando aquellas tareas o procedimientos innecesarios que aumentan la carga de trabajo.
- Delegar funciones en subordinados (si los hay) y evitar la excesiva carga de trabajo.

- Resultados positivos: centrarse en los resultados positivos que se han obtenido en el trabajo, ayuda a reducir el estrés y a aumentar la satisfacción por el trabajo bien hecho.

- Entrenamiento en resolución de problemas: la falta de capacidad para enfrentarse a un determinado conflicto puede generar una situación de estrés laboral. Por esta razón, es necesaria la práctica para enfrentarse a los problemas y encauzarlos. El coaching también puede ser una buena técnica de entrenamiento, sobre todo para los directivos de línea.

- Habilidades sociales y técnicas de autocontrol: la empatía o el trabajo en equipo son algunas de las habilidades sociales que pueden ayudarnos a prevenir el estrés laboral, y más aún cuando un determinado trabajo depende de un grupo de personas, y no solo de una.

- Reestructuración cognitiva: en general, trata de cambiar el modo en que interpretamos o valoramos las cosas. En ocasiones, la actitud que adoptemos ante determinadas circunstancias también es un condicionante fuerte para la generación de estrés en el trabajo.

Se sistematizan cuatro niveles clínicos del SBO^{23,24}:

²³ Giberti E. Alerta y cuidado de la salud de los operadores ante los efectos traumáticos de la atención a las víctimas Burnout.2004, 70.

- Leve: se verbalizan quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse, etc.
- Moderado: aparecen una serie de conductas desadaptativas tales como cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo.
- Grave: el paciente se encuentra ralentizado, se automedica con psicofármacos, aparece abuso de estupefacientes, etc.
- Extremo: quien lo padece alcanza un nivel de aislamiento máximo, se encuentra colapsado, con cuadros psiquiátricos y hasta pudiendo llegar, en los casos más extremos, al suicidio.

Como consecuencia de un aumento de la incidencia de este síndrome en personal enfermero, y al creciente riesgo que existe por el contexto cultural social y económico en el que se desenvuelven, se han planificado en el que se desenvuelven, se han planificado mecanismos de prevención:

- Apoyo emocional: relacionado con el afecto, la confianza y preocupación que un individuo experimenta proveniente de otro.
- Apoyo informativo: que le permita al enfermero conocer su situación y poseer unos instrumentos para afrontarlo.
- Apoyo evaluativo: entendido como un feedback de las labores que el enfermero va emprendiendo y le permite procesar su efectividad.

Existen dos doctores que han coincidido en el desarrollo de unas claves básicas en la prevención del SBO en los profesionales de la salud, éstos son el Dr. Horacio Cairo y W. Hamson^{25,26}. Estas claves son:

- 1) Proceso personal de adaptación de expectativa a la realidad cotidiana.
- 2) Formación en las emociones.
- 3) Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descansos y trabajo.
- 4) Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
- 5) Limitar a un máximo la agenda asistencial.

²⁴ Zaldúa G, Lodieu M, Koloditzky D La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del Síndrome de Burnout en Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Revista Hospital Materno Infantil: Ramón Sarda 2000, 7:15-19.

²⁵ Hamson W.D A social competence model or Burnout. Stress and Burnout in the human services professions. The New England Journal 2005 31: 29-31.

²⁶ Cairo H. Burnout ó Estrés Laboral: Un syndrome cada vez más expandido Abril 2002

- 6) Tiempo adecuado por pacientes: 10 minutos de media por paciente.
- 7) Minimizar la burocracia con mejora en la disponibilidad de recursos materiales de capacitación y mejorando la remuneración.
- 8) Formación continuada reglada dentro de la jornada laboral.
- 9) Coordinación con los colegas que ejercen la misma especialidad, espacios comunes, objetos compartidos.
- 10) Diálogo efectivo con las gerencias.

Intervenciones en la empresa

El estrés laboral es un riesgo psicosocial que se trata de manera individual con respecto al trabajador. No obstante, cuando se hace alusión a ciertas situaciones de estrés en el trabajo, hay que mencionar también la participación de la organización en la aparición de dicha situación. Las diferentes condiciones de trabajo y los múltiples factores a los que se ve sometido el trabajador, son de vital importancia a la hora de estudiar el estrés laboral. Por tanto, también es preciso prestar especial atención a la organización interna de la empresa para prevenir el problema del estrés en el trabajo.

La intervención sobre la organización para la prevención del estrés laboral parte de un análisis que diagnostique la situación en la que se encuentra la misma, así como sus prioridades organizativas. Esto es, si la organización presta atención al problema del estrés laboral, si tiene conocimiento suficiente sobre dicho riesgo psicosocial, o si por el contrario no estima que deba dársele importancia, y por tanto, no exista una forma adecuada de gestionarlo.

Asimismo, los responsables de los recursos humanos en las organizaciones empresariales deben trabajar en todos aquellos aspectos que sean necesarios para el bienestar de los trabajadores, su salud e integración física y mental. En la intervención de los riesgos psicosociales, y más concretamente del estrés en el trabajo, juegan un papel fundamental, y además son recomendables, las medidas de carácter global y general. Actuar desde la fuente de estrés ayuda a paliar sus efectos, es decir, intervenir en las condiciones de trabajo de la empresa o modificar ciertos aspectos organizativos de la misma que afectan al trabajador de manera individual.

El INSHT dispone en su página oficial de una sección de “Notas Prácticas”, donde publica información de interés acerca de su materia, disponible para el público en general, y en especial para trabajadores y empresarios. En este caso, establece en una de ellas una serie de recomendaciones para tratar el estrés laboral. Ahora se procederá a enumerar algunas medidas preventivas que nos acerca el INSHT en relación con la organización del trabajo dentro de la empresa²⁷:

1. La empresa debe facilitar instrucciones y órdenes claras a sus trabajadores. Es decir, los empleados deben conocer en cada momento que hay que hacer y de qué manera. Se deben evitar las tareas o funciones dubitativas, pues el desconocimiento o la incertidumbre acerca de sus tareas pueden ser fuente generadora de estrés laboral.
2. Las tareas o funciones que la empresa reparta entre sus trabajadores deben ajustarse a las capacidades y recursos del individuo. No obstante, la organización debe formar a sus trabajadores en el momento de introducirlos en la empresa, y cuando se produzcan cambios en los puestos de trabajo que influyan en su desarrollo. El desajuste entre la capacidad del individuo y las exigencias de su puesto también pueden llevar a una situación de estrés en el trabajo.
3. La carga de trabajo es otro de los aspectos que podría generar estrés laboral si no existe cierto equilibrio. Tanto el exceso de trabajo como la falta del mismo pueden ser un problema para el desempeño satisfactorio del trabajo.
4. La organización debe evitar las tareas monótonas o repetitivas y llevar a cabo la rotación de las mismas para evitar la desmotivación y la baja productividad de los trabajadores.
5. Los trabajadores deben disponer del tiempo suficiente para una correcta realización de las tareas, y no proporcionarles un tiempo limitado o justo.
6. Posibilitar la intervención y el control del trabajador en su actividad. Se trata de tener en cuenta sus iniciativas para favorecer la satisfacción en el trabajo.
7. Conocer el sentido y la función del trabajo de cada empleado con respecto al conjunto de la organización, y explicar la función de cada trabajador.

²⁷ Banchs Morer R.M^º, González Villejas P, Llacuna Morera J. “Notas Prácticas: Estrés Laboral”. INSHT, Centro Nacional de Condiciones de Trabajo.

8. Programar los horarios de trabajo teniendo en cuenta las responsabilidades familiares y personales, intentando que no entren en conflicto. Conciliación de la vida laboral y familiar.

9. Cuestiones como la duración del contrato de trabajo o la promoción profesional dentro de la empresa, son aspectos en los que la organización debe evitar ser ambigua. Es decir, proporcionar siempre toda la información pertinente al trabajador: duración y tipo de contrato, descripción de su puesto, retribución, vacaciones, posibilidades de promoción, etc.

10. La participación y la comunicación dentro de la organización es fundamental para el adecuado funcionamiento de la misma. Por ello, es importante realizar reuniones, formar comités, dar instrucciones por escrito, etc.

Por otra parte, y como una medida de intervención complementaria, pueden desarrollarse planes de prevención de carácter individual, atendiendo a cada trabajador de manera individual, y no colectiva como se comentó anteriormente.

Cuando se alude a aquellos factores o aspectos en general que pueden generar o ser fuentes de estrés laboral, no solo se está haciendo referencia a las condiciones de trabajo en la empresa. Las cualidades y habilidades del individuo son igualmente importantes a la hora de discernir ciertos aspectos generadores de estrés. El esfuerzo o la capacidad para adaptarse al puesto de trabajo, será mayor o menor dependiendo del mayor o menor desajuste entre los recursos del trabajador y las exigencias de su puesto de trabajo.

Estrategias de afrontamiento

El concepto de afrontamiento surge principalmente en los años ochenta y constituye uno de los aspectos más relevante en las investigaciones psicológicas.

La aparición, duración e intensidad de la respuesta al estrés dependerán de la evaluación que el individuo realice de la situación y de los recursos con los que cuente para afrontarla.

Estas respuestas de afrontamiento pueden ser adaptativas, reduciéndose así el estrés y promoviendo estados de salud a largo plazo, o por el contrario, desadaptativas, en cuyo caso pueden reducir el estrés a corto plazo pero tener consecuencias graves a largo plazo²⁸.

Las respuestas propias de cada individuo en las situaciones que producen un elevado nivel de estrés depende de distintos factores que influyen en la magnitud de la demanda, las características de la persona, las restricciones ambientales y/o personales y el apoyo que recibe por otros.

Tratamiento

Hasta el momento, no se conoce tratamiento específico para el SBO, lo que se ha logrado en la actualidad con la intervención de diferentes personajes y las teorías planteadas por estos es realizar terapias que contribuyan a reparar la salud psicológica del enfermo y que el individuo logre desempeñar sus actividades laborales, esto basado en el control del estrés y el autocontrol.

Por lo comentado anteriormente, se ha socializado que el medio más eficaz es la prevención, y es por ello que en la actualidad encontramos una amplia gama de métodos que permiten lograr la relajación a un corto plazo, entre ellos se pueden mencionar los siguientes:

- Respirar profundamente y estirarse. Debe repetirse durante uno o dos minutos.
- Apartar los pensamientos responsables del estrés y concentrarse en algo bonito o neutro. Por ejemplo, escuchar música o pensar en el próximo destino de vacaciones.
- Animarse a sí mismo (“puedo hacerlo”)
- Descargar el estrés físicamente (haciendo algún tipo de deporte)

Existen otro tipo de estrategias para superar el estrés y para esto, resulta muy útil las siguientes técnicas:

- Relajación muscular progresiva de Jacobson

²⁸ Casas J, Repullo JR, Lorenzo S. “Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento”. Rev Calidad Asistencial 2002;17(4):237-46

- Entrenamiento autógeno
- Yoga
- Meditación
- Terapia de movimiento con ejercicios isométricos de la región cervical, dorsal y lumbar: estos ejercicios se caracteriza por no variar la elongación del músculo a pesar de cambiar la tensión

En suma, se recomienda la práctica de algún deporte, un contacto cercano a la naturaleza, una relación más cercana con familiares y amigos, pero si las molestias asociadas al SBO son muy intensas, se recomienda someterse al tratamiento psicoterapéutico en una clínica, esto según el criterio médico dependiendo de la necesidad de cada individuo.

6. Jurisprudencia

La consideración del estrés laboral y el SBO como accidente de trabajo es ya una realidad que se ha venido repitiendo en algunas de las sentencias dictadas por Tribunales de lo Social de España en estos últimos años. Sin embargo, el tratamiento de este riesgo psicosocial en el trabajo, como tal, requiere de un procedimiento de investigación donde el trabajador deberá probar lo que se denomina como “relación de causalidad”. Es decir, que exista un vínculo o estrecha relación entre el daño sufrido por el trabajador y el trabajo que ha venido realizando en la empresa.

Atendiendo a la legislación pertinente, la Ley General de la Seguridad Social apunta en su artículo 115, apartado 1, lo siguiente: “*Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena*”.

Del artículo 115.1 de la LGSS se desprende la posibilidad de considerar a determinadas enfermedades como accidentes de trabajo, se trata de las llamadas enfermedades ocasionadas por el trabajo o relacionadas con el trabajo, previstas en el artículo 115.2 e) LGSS: “*Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el*

trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo”.

Al fin y al cabo se trata de enfermedades comunes a las que se trata como ocasionadas por el trabajo por existir causas exclusivamente del trabajo que han dado lugar a dicha enfermedad.

Tal y como prevé el contenido del artículo, es fundamental probar el vínculo causal entre la realización del trabajo y el daño ocasionado por el mismo, sin el cual, estaríamos ante una enfermedad común.

Sin embargo, ¿qué ocurre con aquellas enfermedades generadas fuera del tiempo y lugar de trabajo? En estos casos, y por ausencia del contenido del apartado 3 del mismo artículo (“*Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo*”), el trabajador tendrá la obligación de acreditar la existencia de un vínculo de causalidad entre el trabajo realizado y el daño sufrido (art. 115.2 e)

No obstante lo anterior, el fundamento de equiparar el estrés laboral y el SBO a un accidente de trabajo se encuentra en considerar la acumulación de diferentes factores estresores a lo largo del tiempo, que más tarde desencadenan en un daño para la salud del trabajador, o en los casos más extremos, en el fallecimiento o el suicidio del mismo.

Los Tribunales entienden y defienden en algunos casos que el infarto, el ictus o incluso el suicidio del trabajador han sido consecuencia de una acumulación clara de estrés a lo largo del desarrollo de la relación de trabajo.

La Ley General de la Seguridad Social define el accidente de trabajo como “*toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena*” (art. 115). Además, también tendrán la consideración de accidente de trabajo (art. 115.2):

- a) “*Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo*”.
- b) “*Los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos*”.

- c) *“Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa”.*
- d) *“Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo”.*
- e) *“Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo”.* (El contenido de este precepto legal es la base del objeto de estudio en este proyecto: el estrés laboral y el SBO).
- f) *“Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente”.*
- g) *“Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación”.*

Las situaciones de estrés laboral y el SBO pueden ser reconducidas en su calificación jurídica a dos supuestos:

- a) Accidente de trabajo: cuando por causa del estrés se ha producido un impacto violento y súbito sobre la salud e integridad del trabajador, como infarto, ictus, ataque cardiaco, etc.
- b) Enfermedades del trabajo: patologías de la salud causadas por el estrés, como úlceras, trastornos digestivos, depresión, fobias, angustia, etc. El estrés laboral nunca podría ser calificado como enfermedad profesional ya que para que ello suceda es preciso que la enfermedad esté incluida en un catálogo oficial –y cerrado- de Enfermedades.

A la hora de aplicar el derecho sobre asuntos y controversias acerca de enfermedades de carácter psicológico con diversidad de manifestaciones y respuestas, uno de los aspectos más relevantes y dialécticos al que se enfrentan los aplicadores del mismo es “la

determinación de su naturaleza jurídica como contingencia protegida en su caso por la acción protectora de la normativa de Seguridad Social (...).²⁹

A pesar de la exigencia recogida en el artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social que consiste en que la enfermedad profesional padecida por el trabajador haya sido contraída “a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena (...)”, existe además, otros requerimientos. Por un lado, la enfermedad que padezca el trabajador debe encontrarse recogida en el cuadro de enfermedades profesionales ad hoc. En tal caso entraría en juego la presunción “iuris et de iure” de su carácter laboral, sin más controversia. Sin embargo, y de no encontrarse en la lista recogida en el cuadro de las referidas enfermedades, será asunto del criterio jurisprudencial la determinación de la protección por la vía del accidente de trabajo (art. 115 LGSS), asunto que nos ocupa en este proyecto. El artículo 115 de la Ley General de la Seguridad Social, estudiado anteriormente, recogía en el precepto 115.2 apartado e), la posibilidad de que algunas de las enfermedades que no se encontraran recogidas en el cuadro de enfermedades profesionales y, siempre y cuando se tratase de una enfermedad contraída por la realización del trabajo, podía tener la consideración de accidente de trabajo.

De igual forma, a la hora de resolver los litigios, los aplicadores del derecho y el criterio judicial deberán tener en cuenta la llamada “lista europea de enfermedades profesionales”³⁰. Se trata de una Recomendación que “otorga derechos directamente invocables ante los tribunales nacionales”.²⁹ Pero este es un territorio de calificación jurídica no apto para configurar las consecuencias del Burnout.

Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Granada (Sala de lo Social, Sección 1ª). Sentencia núm. 29/2007 de 10 enero de 2007.

Supuesto de Hecho:

La actora, diplomada de Enfermería, y trabajadora del Servicio Andaluz de Salud con plaza en propiedad con efectos del mes de julio de 1990, destinada en la Unidad de

²⁹ Martínez de Viergol Lanzagorta, A., “La consideración del síndrome de <<Burn out>> como constitutivo de la contingencia profesional del accidente de trabajo (...)”. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España (pág. 213).

³⁰ Recomendación 2003/670/CE de la Comisión, de 19 de septiembre de 2003, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales (DO L 238 de 25.9.2003). Vid. Comunicación de la Comisión, de 20 de septiembre de 1996, [COM (96) 454 final].

Salud Mental del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, plaza que ostenta desde dicha fecha hasta que causó baja en el Hospital el 15 de abril de 2005.

El puesto de trabajo de la enfermera de Salud Mental se puede considerar como de riesgo de sufrir SBO, tanto por la relación con los enfermos, como por la relación, tensa en muchas ocasiones, con los familiares de los pacientes.

El 23 de julio de 2003 fue atendida en la consulta de Psiquiatría con carácter de urgencia por venir presentando desde hacía un tiempo una intensa semiología depresiva ansiosa (tristeza, llanto fácil, sentimientos de minusvalía, ansiedad, anhedonia, alteración de atención, concentración, memoria, irritabilidad, etc), siendo su diagnóstico en un principio el de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, por lo que ante la intensidad de los síntomas mencionados fue dada de baja laboral en ejemplar de contingencias comunes.

En agosto de 2003 la intensidad de los síntomas seguía siendo significativa, por lo que se empezó a realizar con ella apoyo psicológico.

A finales de septiembre de 2003, otra Psiquiatra, que es la jefa especialista del Equipo de Salud Mental del Distrito Sanitario de Granada que viene siguiendo a la actora, constata una psicopatología reactiva a acumulo de situaciones estresantes.

A mediados de octubre de 2004 y a pesar de llevar más de un año de Incapacidad Temporal con un seguimiento riguroso terapéutico, la enfermera no había llegado a recuperar el nivel de auto confianza previa, si bien descendieron los niveles de ansiedad, pero desarrolló una sintomatología fóbica importante hacia su reincorporación laboral, por lo que la doctora mencionada anteriormente diagnostica un SBO.

El 25 de octubre de 2004 es dada de alta médica por la Inspección con propuesta de Incapacidad tramitándose expediente de incapacidad permanente que finalizó con Resolución de la Dirección provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 15 de diciembre de 2004 denegatorio por “no hallarse en ninguno de los grados previstos”.

El 31 de diciembre de 2004 fue atendida por el psiquiatra de urgencias por presentar una crisis de ansiedad con sintomatología vegetativa (sudoración, taquicardia,

enrojecimiento facial y sensación de muerte inminente), por lo que fue nuevamente dada de baja el 1 de enero de 2005 en ejemplar de contingencias comunes y en el que se determinó como diagnóstico el SBO.

En este mismo año, la enfermera solicitó ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social la recalificación de la contingencia del proceso de Incapacidad Temporal iniciado el 1 de enero de 2005 y esta vez tras la tramitación del correspondiente expediente la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social en Acuerdo de 10 de febrero de 2005 la desestimó al considerar que era enfermedad común. Disconforme, la enfermera, el 1 de marzo interpuso Reclamación Previa.

Notificada la sentencia a las partes, se anunció recurso de suplicación contra la misma por INSS Y TGSS, recurso que posteriormente formalizó, siendo en su momento impugnado por el contrario.

Fundamentos Jurídicos:

Declara por la sentencia de instancia el carácter de accidente de trabajo del proceso de Incapacidad Temporal iniciado por la enfermera el 1 de enero de 2005, se alza el presente recurso, planteado por el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Tesorería General de la Seguridad Social, que al amparo del apartado c) del art. 191 de la LPL (RCL 1995, 1144, 1563), denuncia la infracción del art. 115.2.e) de la LGSS (RCL 1994, 1825).

El motivo del recurso debe ser desestimado y para ello baste, se remite a los fundamentos recogidos por la sentencia del TSJ de Navarra del 31 de mayo de 2005 (PROV 2005, 168863), que son plenamente aceptados por esta Sala. Recuerda dicha resolución que, más recientemente, se habla como nueva aparición de enfermedad psicosocial, la denominada "BURN OUT".

Aplicando las anteriores consideraciones al caso sometido a enjuiciamiento de esta Sala, teniendo en cuenta todas las circunstancias concurrentes en el presente supuesto, ninguna duda cabe que los padecimiento psíquicos que aquejan al actor han de ser considerados como provenientes de accidente de trabajo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 115.2.e) de la Ley General de la Seguridad Social (RCL 1994, 1825) al considerar accidente de trabajo las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente –enfermedad profesional-, que contraiga el trabajador con motivo de la

realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.

Del relato fáctico de la sentencia de instancia se desprende la existencia de un conflicto laboral de larga evolución, descrito de forma detallada, que evidencia de forma suficiente la relación de causalidad con el trastorno adaptativo mixto que desencadenó el proceso de I. Temporal sufrido por el trabajador demandante a mediados del 2003.

El Magistrado de instancia así lo apreció, tras valorar los diversos informes médicos aportados (Informes de la Psiquiatra que la trató), en los que se concluía que el proceso derivaba exclusivamente del conflicto laboral, y tal apreciación, no ha sido desvirtuada por otros informes médicos. En definitiva, compartiendo las apreciaciones del Magistrado "a quo" en relación con el origen profesional del proceso de incapacidad temporal, debemos se concluye desestimando el recurso y confirmando la sentencia de instancia.

Juzgado de lo Social de Las Palmas de Gran Canaria (Comunidad Autónoma de las Islas Canarias). Sentencia núm. 371/2015 de 13 noviembre 2015.

Supuesto de Hecho:

La trabajadora tenía como profesión habitual la de Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología (matrona). Tras expirar un proceso de IT, se tramitó expediente de incapacidad permanente, que fue denegada por resolución de 26/11/14.

La trabajadora presentaba un Síndrome Ansioso-Depresivo de varios años de duración, con características reactivas a circunstancias laborales del que viene siguiendo tratamiento.

Toda esa sintomatología tuvo como origen la problemática existente dentro de su trabajo, que se inicia a partir del año 2004 (dificultades competenciales, de relación con facultativos, con enfermeras, de precariedades de personal y sobrecargas subsiguientes, etc).

A partir de ahí, dicha situación deriva en una mezcla de desgaste. La suma de factores de estrés y enfrentamientos fueron repercutiendo y desgastando su ánimo, hasta que se vieron desbordados y superados sus recursos personales y sus mecanismos defensivos.

Al retornar a su puesto de trabajo tras la situación de IT, la trabajadora se vio de nuevo sometida a las situaciones de estrés, generándole de nuevo síntomas como ansiedad, irritabilidad y presencia de insomnio.

El agotamiento físico y mental, así como sentimientos de frustración por la presencia del estrés laboral referido, hizo que la trabajadora mostrase una dificultad para poder adaptarse a su trabajo habitual en el paritorio. Además, precisaba de medicación psicofarmacológica y tratamiento psicoterapéutico.

La trabajadora reclama el grado de incapacidad permanente total para la profesión habitual, alegando estar impedida para la realización de las fundamentales tareas de su oficio de matrona.

Consideraciones Jurídicas:

El Juzgado comienza señalando que el grado de incapacidad permanente total para la profesión habitual está configurado en la Ley General de la Seguridad Social (artículo 137) como aquel que impide al trabajador para la realización de todas o las fundamentales tareas de su profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

Así mismo, añade que no debe olvidarse que el mencionado artículo 137 LGSS relaciona el grado de incapacidad permanente total, con la profesión habitual, debiendo en consecuencia predicarse que tal grado sólo deberá ser reconocido cuando las secuelas existentes impidan el desempeño de las tareas propias de la actividad laboral con la profesionalidad, dedicación y constancia que la relación laboral exige.

Por ello, en el presente caso, el Juzgado determina que la trabajadora sí merece la pensión de IPT reclamada, puesto que las limitaciones funcionales le impedían desarrollar con la debida profesionalidad y eficacia las tareas propias de su oficio. Ya que, la existencia de un desgaste mantenido en el tiempo había ido minando sus mecanismos personales de defensa, con repercusión en áreas añadidas de su vida, fuera de la estrictamente laboral.

El Juzgado establece que dicho desgaste acabó en un SBO. Y, aunque a través de varios mecanismos (la separación prolongada de la situación estresante, el desarrollo de nuevas rutinas, el mantener una esperanza de volver a desempeñar su labor, la expectativa de un cambio de puesto de trabajo a otro extra hospitalario) logró mejorarla, pudiendo retomar su actividad laboral, lo cierto es que al volver a su puesto experimentó una progresiva recaída.

Por todo lo anteriormente expuesto, el Juzgado concluye que el mantenimiento en su puesto de trabajo impide una evolución correcta y adecuada y le hace recaer de nuevo en la presencia de sintomatología que resulta compatible con el SBO, siendo por todo ello acreedora del grado de incapacidad permanente total.

VI. DISCUSIÓN Y RESULTADOS

La salud laboral es, actualmente, un indicador que afecta a la calidad de vida. Cualquier actividad laboral implica una exposición a factores estresantes que pueden causar la desadaptación y afectar a la salud biopsicosocial de aquellos sujetos más susceptibles.

En este caso, las enfermeras, para desarrollar su actividad laboral, emplean un compromiso laboral y una interacción directa y longeva con los problemas y preocupaciones de los usuarios que demandan atención sanitaria. Esta relación se centra en problemas con mucha carga emocional y es un factor de riesgo de peso.

Los costos que se producen relacionados con la salud y la seguridad son más cuantiosos cada vez. La Organización Internacional del Trabajo (OIT)³¹. Calcula que las pérdidas por indemnizaciones, días de absentismo, interrupciones de la producción y gastos médicos representan el 4% del PIB mundial.

Artazcoz señala que aunque en los diferentes contextos de trabajo todavía persisten los riesgos laborales clásicos, cada vez es mayor el protagonismo de los factores laborales

³¹ Organización Internacional del Trabajo. Información sobre trabajo sin riesgo.

clásicos, cada vez es mayor el protagonismo de los factores de riesgo psicosocial y del estrés laboral derivados de las nuevas formas de organización en el trabajo³².

García, Benavides y Ruíz-Frutos³³ señalan que existen aspectos relacionados con los cambios en las condiciones de trabajo que inciden en la salud labora.

Los cambios en las condiciones de trabajo del personal de enfermería se asocian con nuevas formas de organización del trabajo, aumento de la carga laboral por reducción del personal y con nuevos riesgos en el ambiente laboral, concretamente los riesgos de naturaleza psicológica.

También podemos encontrar cambios en el grado de autonomía (que será positivo para unos y negativo para otros) en la realización de las tareas, responsabilidades de las tareas y la relación con los iguales; son elementos que pueden ocasionar un exceso de la demanda psíquica con repercusiones sobre la salud.

Otro dato a tener en cuenta es la escasa formación universitaria enfermera en técnicas de solución de problemas, trabajo en equipo y toma de decisiones. Todo esto puede dar lugar a la aparición de síntomas que tienen que ver con el estrés laboral y que puede desembocar en SBO. Por ello, gran parte de los autores abogan por promover un programa de actuación tutorial a los estudiantes para el control de estrés, relajación en situaciones de estrés, aprendizaje en habilidades sociales y comunicativas y pérdida del pánico escénico.

Otros de los artículos utilizados llegan a la conclusión de que es necesario fortalecer la personalidad de los trabajadores, ya que esto puede ocasionar que alcancen mejores resultados al disminuir los estresores ambientales.

³² Artazcoz, L. La salud laboral ante los retos de la nueva economía. *Gaceta Sanitaria*, 2002; 16(6); 459-461.

³³ García AM, Benavides F, Ruíz-Frutos C. Salud Laboral: conceptos y técnicas de prevención de riesgos laborales. EN F.G. Benavides C, Ruíz-Frutos C, García AM. Barcelona: Masson; 2000; 49-50.

VII. CONCLUSIONES

Primera

El estrés laboral (hasta un límite) puede ser un factor motivador a la hora de desarrollar un proceso de trabajo (a lo que llamaríamos eustrés) sin embargo su no resolución y cronicidad puede dar lugar de forma muy probable a un SBO.

Segunda

A pesar de existir una serie de factores de riesgo que son comunes a todas las profesiones, en el sector de la enfermería a parecen una serie de factores más específicos que tienen que ver con la labor humanitaria que éstos realizan. En el desarrollo de su puesto de trabajo, la relación de ayuda es el pilar fundamental y no siempre en esta relación, existe un feedback positivo. Igualmente se trabaja en servicios en los que el sufrimiento por parte de pacientes y familiares es constante y a veces esto puede llevar a comportamientos hostiles por parte de éstos, lo cual puede ser frustrante. Así mismo, se trabaja frente a frente con la muerte y por más que intente evitarlo, a veces, ésta llega y aparecen sentimientos de falta de valía, se pierden pacientes a los que se les ha cogido cariño y por ende los enfermeros deben realizar un proceso de duelo, etc...

Tercera

Se ha demostrado que el SBO es una psicopatología prevenible de la que tienen que poner parte tanto la institución para la que se trabaja, como el propio enfermero. Es indiscutible que los horarios, la carga de trabajo y el trato con los empleados no deberían de ser datos a tener en cuenta, ya que la empresa debería intentar dar siempre lo mejor a sus empleados. Y cuando no es posible, existen métodos educativos mediante los cuales, los enfermeros (y cualquier otro trabajador) puede aprender a gestionar el estrés, aprendizaje en la gestión del trabajo, etc.

Cuarta

El fundamento de considerar el SBO como accidente de trabajo se encuentra en la acumulación continua de una serie de factores estresores, que más adelante resultan en la materialización de un daño para la salud del trabajador. La clave se encuentra en

probar la relación de causalidad entre la realización del trabajo y el daño ocasionado por el mismo.

A pesar de la existencia de jurisprudencia en la que se ha catalogado el SBO como una enfermedad profesional, ya que existe una relación lógica y evidente de que ciertos factores laborales son los responsables del desarrollo de esta enfermedad, aún no está catalogada como tal en la lista de enfermedades profesionales del Anexo I del R.D. 1299/2006 de 10 de noviembre por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

IX. BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía citada

1. Freuddenberger HJ. Staff-Burnout syndrome in alternativa institutions. *Psychoterapy, Theory, Research and Practice*, Vol 12(1), 1975, 73-82 .
2. Maslach C. Burned-out. *Human behavior* 1976; 5: 16-22.
3. Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward an understanding of the Burnout phenomenon. *Journal of applied psychology*. 1986; 4: 630-640.
4. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior* 1981; 2: 99-113.
5. Lazarus RS y Folkman S (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
6. Ribeiro VF, Ferreira Filho C, Valenti VE, Ferreira M, Abreu LC, Dias de Carvalho T et al. Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *Int Arch Med*. 2014; 7 (22). Cited in: PubMed; PMID: PMC4031323 Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4031323/>
7. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish Barnes N, Timsit JF, Pochard F, et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*.

- 2007 Apr 1; 175(7):698-704. [Consulta 5/04/2017] Disponible en: <http://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.200606-806OC>
8. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. Los enfermeros son los empleados más quemados. Codem, 22, mayo-2013.[Consulta 16/03/2017] Disponible en: <http://www.codem.es/Canales/Ficha.aspx?IdMenu=89764D7C-A8F4-444B-85FF-36898F94F89F%20&Cod=85B3D499-47EC-4B2D-B1A2-0192F69EC3C0>
 9. San Clemente Vinué I, Elboj Saso C, Íñiguez Berrozpe T. Burnout en los profesionales de enfermería en España. Estado de la cuestión. Metas Enferm dic 2014/ ene 2015; 17(10): 17:23.
 10. Lorenz VR, Cardoso Benatti MC, Oliveira Sabino M. Burnout and Stress Among Nurses in a University Tertiary Hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Revista en Internet] 2010 [citado abril 2017]; 18(6): [1084-1091]. Disponible en: <http://rlae.eerp.usp.br/>
 11. Cabrera GL, López RP, Salinas TS et all. Burnout syndrome among mexican hospital nursery staff. Rev Med. ImSS, 2005; 43:11-15
 12. Farber BA. Stress and burnout in suburban teachers. Journal of Educational Research. 1984; 77(6): 325-331.
 13. Piñuel y Zabala, I. Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Sal Térrea; 2000.
 14. Carlin M. El Síndrome de Burnout: comprensión del pasado, análisis del presente y perspectivas de futuro. 1ª ed. España: Wanceulen Editorial deportiva; 2014.
 15. Atance J.C. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública. 2007; 71(3):293-303.
 16. Cogollo-Milanés Z, Batista E, Cantillo C, Jaramillo A, Rodelo D, Meriño G. Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena, Colombia. Aquichan. 2010 10(1): 43-51 pp. [citado

- Mayo 2017]; Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74116244005>
17. GIL MONTE, P. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid. Psicologica Piramide. 2005; p 54
 18. Miret C, Martínez Larrea A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. An. Sist. Sanit. Navar. 2010 [consulta 3/05/ 2017]; 33(Supl. 1): [193-201 pp.]. Disponible en:
<http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/9413/7025>
 19. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales de España. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención. [Consulta 15/04/2017] Disponible en:
http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf
 20. Leiter M, Maslach C. Areas of work life: a structured approach to organizational predictors of job burnout..En: Emotional and Psychological Processes and positive intervention strategies. Research in occupational stress and well being. Vol. 3, p. 9 - 134. [consulta 26/03/2017] Disponible en:
http://cord.acadiau.ca/tl_files/sites/cord/resources/Documents/21.pdf
 21. GIL MONTE, Pedro. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid. Psicologica Piramide. 2005; p 106
 22. Pines, A; Arosen, E; Kafry, D. (1981). Burnout: from tedium to personal growth. New york: free press
 23. Giberti E. Alerta y cuidado de la salud de los operadores ante los efectos traumáticos de la atención a las víctimas Burnout.2004 70
 24. Zaldúa G, Lodieu M, Koloditzky D La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del Síndrome de Burnout en Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Revista Hospital Materno Infantil: Ramón Sarda 2000, 7:15-19

25. Hamson W.D A social competence model or Burnout. Stress and Burnout in the human services professions. The New England Journald 2005 31: 29-31
26. Cairo H. Burnout ó Estrés Laboral: Un syndrome cada vez más expandido Abril 2002 [consulta 3 abril 2017] Disponible en www.mujeresdeempresa.com/relaciones_humanas/relaciones020402.shtml
27. Banchs Morer R.M^a, González Villejas P, Llacuna Morera J. “Notas Prácticas: Estrés Laboral”. INSHT, Centro Nacional de Condiciones de Trabajo.
28. Casas J, Repullo JR, Lorenzo S. “Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento”. Rev Calidad Asistencial 2002;17(4):237-46
29. Martínez de Viegol Lanzagorta, A., “La consideración del síndrome de Burn out como constitutivo de la contingencia profesional del accidente de trabajo (...)”. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España (pág. 213).
- . Organización Internacional del Trabajo. Información sobre trabajo sin riesgo. Visitado 23/03/2017. Disponible en: [http:// www.ilo.org/public/spanish/protection/safework](http://www.ilo.org/public/spanish/protection/safework)
30. Artazcoz, L. La salud laboral ante los retos de la nueva economía. Gaceta Sanitaria, 2002; 16(6); 459-461.
31. García AM, Benavides F, Ruíz-Frutos C. Salud Laboral: conceptos y técnicas de prevención de riesgos laborales. EN F.G. Benavides C, Ruíz-Frutos C, García AM. Barcelona: Masson; 2000; 49-50.

Bibliografía consultada

1. Thomaé MN, Ayala EA, Sphan MS. Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. Revista posgrado de la vía cátedra de Medicina (Colombia), 2006; 153 (18-21).
2. Jiménez Blanco S, Frutos Llanes R et all. Síndrome de Burnout: Estudio de prevalencia y factores de riesgo en los profesionales de enfermería de Ávila. Rev. Enferm (CyL), 2011; Vol3 (2):13-24

3. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp salud Pública*. 2004; 78: 505-551.
4. Ríos Rísquez MI, Godoy Fernández C, Peñalver Hernández F, Alonso Tovar AR, López Alcaraz F, López Romera A, et al. Estudio comparativo del burnout en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y Urgencias. *Enferm Intensiva*. 2008; 19 (1): 2-13.
5. Cañadas de la Fuente G, Albendin García L, de la Fuente E et all. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en servicios de cuidados críticos y urgencias *Res. Esp. Salud Pública*, 2016; Vol. 90: 14 de septiembre e1-e9.
6. Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud*. 2015;52:240-9.
7. García-Izquierdo M, Rios-Risque, MI. The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: An exploratory study. *Nurs Outlook*. 2012;60(5):322-9.
8. Fonseca M, Sanclemente G, Hernandez C, Visiedo C, Bragulat E, Miró O. Residentes, guardias y síndrome de Burnout. *Rev Clin Esp*. 2010;210(5):209-15.
9. Vargas C, Cañadas GA, Aguayo R, Fernández R, Dela Fuente EI. Wich occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A metaanalytic study. *Int J Clin Health Psychol*. 2014;14:28-38.
10. Muñoz Y, Osorio DM, Robles EP, Romero YE. Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de un hospital de referencia de Ibagué. Ibagué. Universidad del Tolima. 2014
11. Gascón, S; Olmedo, M; Ciccotelli, H. (2003). La prevención del Burnout en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach.[Consulta 3/05/2017] Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/revistasuned/index.php/RPPC/article/view/3942>
12. Hernández, L; Olmedo, E; Ibáñez, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento.[Consulta 17/04/2017] Disponible en:<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=854282>
13. Cogollo, Z; Batista, E; Cantillo, C; Jaramillo, A; Rodelo, D; Meriño, G. (2010). Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena, Colombia. Aquichan, Norteamérica. [Consulta 20/04/2017]

Disponible en:

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1605/2123>>.

14. Medina García L. El síndrome de Burnout en enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de los hospitales públicos de la comunidad autónoma de Madrid. Madrid. Universidad autónoma de Madrid, 2015.
15. Arrogante Óscar. Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en el personal de Enfermería. *Enferm Clínica*. 2014 [8 de agosto]; Vol. 24 (5): 7.
16. Solano Ruiz M^a C, Hernández Vidal P, Vizcaya Moreno M^a F, Reig Ferrer A. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enferm Intensiva*. 2002 [Consulta 2/05/2017]; 13(1): 9-16. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermera-intensiva-142-articulo-sindrome-burnout-profesionales-enfermeria-cuidados-13030856?referer=buscador>
17. Frade Mera MJ, Vinagre Gaspar R, Zaragoza García I, Viñas Sánchez S, Antúnez Melero E, Álvarez González S, et al. Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* [revista en Internet]. 2009 [consulta 30/04/2017]; 20(04): 131-140. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13146019&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=52&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v20n04a13146019pdf001.pdf
18. Thomaé MNV, Ayala EA, Sphan MS, Stortti MA. Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*. 2006; 153: 18-21.
19. Figueiredo-Ferraz H, Grau-Alberola E, Gil-Monte P, García-Jueas JA. Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema* 2012; 24(2), pp. 271-276. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/4010.pdf>
20. Fuentelsaz C., Moreno-Casas T, López D., Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. 2012, *Enf. Clínica*.

21. Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Granada (Sala de lo Social, Sección 1ª). Sentencia núm. 29/2007 de 10 enero de 2007.
22. Juzgado de lo Social de Las Palmas de Gran Canaria (Comunidad Autónoma de las Islas Canarias). Sentencia núm. 371/2015 de 13 noviembre 2015.

