

**CONSIDERACIONES SOBRE EL SÍNDROME DEL “BURNOUT”
COMO UNA FORMA DE ESTRÉS LABORAL.
JURISPRUDENCIA Y LEGISLACIÓN RELACIONADAS**

Roberto Tejero Acevedo, José Luis Graña Gómez¹

Universidad Complutense de Madrid

Marina J. Muñoz-Rivas

Universidad Autónoma de Madrid

M^a Elena Peña Fernández

Universidad Complutense de Madrid. CES San Pablo-CEU

Resumen

El Tribunal Supremo ha concedido al síndrome de “*burnout*” la entidad de accidente de trabajo e instancias inferiores han reconocido la contribución de desarrollarlo en la peligrosidad y penosidad de determinados puestos de trabajo. Realizamos un rápido repaso descriptivo de los hallazgos principales obtenidos en cuanto a sus desencadenantes, facilitadores, consecuencias, instrumentos de evaluación y vías de intervención. La progresiva proliferación de patologías mentales como el “*burnout*” en el contexto laboral contribuye a resaltar la necesaria modernización del cuadro de enfermedades profesionales, así como la conveniencia de la inclusión del psicólogo en los Servicios de Prevención, prescritos por la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, que regula el control y prevención de accidentes y enfermedades profesionales.

PALABRAS CLAVE: “*Burnout*”, *accidente de trabajo, enfermedad profesional, Ley de Prevención de Riesgos Laborales.*

Abstract

The Supreme Court has conferred work related accident status to the "Burnout" syndrome and lower levels have recognized the importance of its recognition towards an understanding of the dangerousness of certain jobs. A brief review of the principal findings with respect to its triggers, facilitators, consequences, assessment instruments and intervention strategies is presented. The proliferation of mental pathologies such as "burnout" in the work context contributes towards the need to modernize the gambit of professional illnesses, as well as towards the need to include psychologists in the prevention services prescribed by the "Prevention of Work Related Risks" law 31/1995, which regulates the control and prevention of professional illnesses and accidents.

KEY WORDS: "*Burnout*", *work related accidents. professional illness, prevention of work related risks law.*

¹ *Correspondencia:* José Luis Graña Gómez. Dpto. de Psicología Clínica, Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, 28223 Madrid. E- mail: jlgrana@psi.ucm.es

Introducción

El llamado síndrome de “*burnout*”, que habitualmente es traducido como “síndrome de quemarse por el trabajo”, podría entenderse como una respuesta al estrés laboral crónico que incluye sentimientos displacenteros y actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja y hacia trabajo en sí mismo (Gil-Monte, 1997).

Especialmente los profesionales que prestan ayuda a otras personas (médicos, enfermeras, maestros, policías) se ven sometidos continuamente a demandas con alta implicación emocional, que, en combinación con otros estresores organizacionales, pueden llegar a producir en ellos, sentimientos de baja autoestima, baja eficacia e ideas de fracaso respecto a su competencia. Paralelamente, pueden producirse síntomas de agotamiento físico y psíquico, pérdida de energía, fatiga y sentimiento generalizado de desgaste. Ante la experiencia crónica de esta situación, el profesional puede mostrar una actitud fría, impersonal y negativa hacia los usuarios. Este distanciamiento emocional sería una estrategia de afrontamiento que, lejos de constituir una solución, contribuiría a acentuar los sentimientos de incompetencia profesional y de agotamiento, desembocando en una situación ansioso-depresiva incapacitante.

La descripción anterior es una de las propuestas sobre el desarrollo secuencial del “*burnout*” (Gil-Monte, 1997), pero no es la única (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983; Leitter, 1988, 1989). En realidad, el síndrome de “*burnout*” constituye un constructo muy polémico que ha generado, en sus más de 25 años de existencia, numerosos interrogantes (Gil-Monte, 1997; Torres, San Juan, Rivero, Herce, Achucarro, 1997; Garcés de los Fayos, 1998): ¿afecta sólo a las profesiones asistenciales?, ¿realmente es un síndrome constituido por las tres dimensiones citadas o una simple reacción ansioso-depresiva ante el estrés laboral?, ¿qué factores pueden desencadenarlo?, ¿hay sujetos más vulnerables ante el “*burnout*”? ¿contamos con instrumentos adecuados para su evaluación?

El “*burnout*” puede ser considerado como un síndrome, ya que los síntomas parecen agruparse de una forma sistemática, sin embargo, dada su especificidad, no ha sido incluido en las clasificaciones nosológicas internacionales como la de la APA (1994) o la OMS (1993).

La complejidad del constructo, con implicaciones clínicas y organizacionales, ha generado una intensa investigación y un encendido debate que se ha producido también en España. Sin ánimo de ser exhaustivos, pretendemos recoger los hallazgos más consensuados respecto a este síndrome en una rápida visión que, al mismo tiempo, persigue ser simplificadora.

En el campo judicial, el “*burnout*” ha sido considerado accidente de trabajo por el Tribunal Supremo (STS , 26-10-2000), ante la imposibilidad de ser considerado enfermedad laboral por no estar incluido en el cuadro de enfermedades profesionales recogido en la Ley General de la Seguridad Social. La sentencia del TS puede contribuir a crear una línea jurisprudencial, y considera probada, auxiliado por un dictamen pericial, la relación directa y exclusiva con la prestación laboral en el caso juzgado. Asimismo, sentencias de instancias inferiores coinciden en considerar que ciertas situaciones

asistenciales pueden contribuir a generar el síndrome de “burnout” y, con ello, a aumentar la peligrosidad y penosidad del puesto de trabajo. Siendo el “burnout” un accidente de trabajo, debería estar sujeto a las normas de prevención que la legislación vigente prescribe, y que constituye un deber constitucional para los poderes públicos. En la última parte del artículo se efectúa un rápido análisis de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), las posibilidades que ofrece al psicólogo y sus implicaciones para el tratamiento y prevención del “burnout”.

Sobre el síndrome “Burnout”

Históricamente (Garcés de los Fayos, 1998), el origen del estudio del “burnout” se sitúa en la publicación que Freudemberger realiza en 1974. Tras una primera etapa donde aparece una dispersión de consideraciones teóricas que orientan el síndrome desde la clínica al contexto laboral, comienza en los inicios de los 80, una etapa “empírica” donde se desarrollan instrumentos de evaluación y modelos que interpretan los resultados obtenidos (Maslach y Schaufeli, 1993).

Se han identificado dos aproximaciones al estudio del constructo (Gil-Monte, 1997; González Romá, Ripoll, Caballer, Ferreres, Gil y Peiró, 1998). Por un lado, la *aproximación clínica*, entendería el síndrome como un *estado* al que llega el sujeto como una consecuencia del estrés laboral, dentro de esta perspectiva se encuadrarían los trabajos del psicoanalista Freudemberger y Pines, Aronson y Kafry (1981), quienes consideran el “burnout” como un estado de agotamiento, resultado de la repetición de la presión emocional en el trabajo, diferenciándolo del tedio, que resultaría de una presión crónica a nivel físico, emocional y mental y podría aparecer también fuera del entorno laboral. Pines (1988), también desarrolla con apoyo empírico un inventario, el BM, como instrumento de evaluación que concibe el síndrome como un estado de agotamiento psíquico, emocional y mental, causado por la implicación durante largo tiempo en situaciones con alta exigencia emocional.

Por otro, la *aproximación psicosocial*, que concibe el síndrome como un *proceso* donde interactúan variables del entorno laboral y características personales del individuo. Esta es la perspectiva que se inicia con los trabajos de Maslach y Jackson (1981), con su consideración tridimensional del concepto y la creación del MBI como instrumento psicométrico de evaluación partiendo de la factorización de sus datos empíricos. Esta línea de trabajo es la más voluminosa de investigación ha generado, con resultados satisfactorios (en España, Oliver, 1993; Moreno y Oliver, 1993; Seisdedos, 1997; Moreno Bustos, Matallana y Millares, 1997; Gil-Monte y Peiró, 1999; Calvete, 2000), sin embargo, algunos estudios muestran la imposibilidad de replicar los resultados obtenidos (Oliver, Pastor y Aragonese, 1990; Álvarez y Fernández, 1991; Gil y Schaufeli, 1991; García et al., 1994). Incluso la dimensión de despersonalización, que es la más característica del síndrome, es la que menos consistencia psicométrica ha mostrado (Gil-Monte, 1997).

Esta doble aproximación, clínica Vs. psicosocial, muestra la complejidad del constructo, que dificulta su delimitación. Así, entendiendo el “*burnout*” como un *estado*, se presta a su confusión con otros conceptos como: tedio (Pines, et al., 1981), depresión (Fischer, 1983), alienación (Cherniss, 1993), ansiedad (Leiter, 1990), insatisfacción laboral (Firth y Britton, 1989), fatiga (Pines, 1993). Ciertamente, un análisis de las consecuencias detectadas por la investigación revela un componente ansioso-depresivo muy claro que se solaparía con el *estado* de “estar quemado por el trabajo”. Sin embargo, desde su consideración como un *proceso*, esa situación indicaría la dimensión afectiva, de agotamiento emocional, que ha de acompañarse de las dimensiones de falta de realización en el trabajo y despersonalización (variables actitudinales y cognitivo-aptitudinales), que conformarían una relación particular de antecedentes-consecuentes dentro del proceso más amplio de estrés laboral (Gil-Monte, 1997). Esto ha hecho que surjan gran número de modelos, partiendo de distintos marcos teóricos, donde no nos vamos a detener (Harrison, 1983; Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983; Cherniss, 1993; Buunk y Schaufeli, 1993; Hobfoll y Freedy, 1993; Cox, Cuck y Leiter, 1993).

Respecto a la especificidad del síndrome para las profesiones asistenciales o de ayuda, la mayor parte de los estudios se han realizado con este tipo de profesiones (Gil-Monte, 1997; Torres et al., 1997; Garcés de los Fayos, 1998), y esto también ha ocurrido en España. Así, existen estudios sobre médicos, enfermeras y personal sanitario en general (Gil y Schaufeli, 1991; Olmedo, 1993; Gil-Monte, Peiró, Valcarcel y Martí 1996; Fuente, Fuente y Trujillo, 1997; De Dios y De la Gándara, 1998), educadores y maestros (Oliver, 1993; Domenech, 1995; García, 1996; Quevedo-Aguado, Delgado, Fuentes Salgado y Sánchez, 1999; Calvete y Villa, 1999, 2000), policías (Gil-Monte, 1999), funcionarios de prisiones (Buendía y Riquelme, 1995), mandos y personal del Ejército (Fuertes y De la Gándara, 1998), pero se ha ampliado su estudio a profesiones no asistenciales e incluso fuera del ámbito laboral, estudiantes y amas de casa (Garcés de los Fayos, 1995; Torres et al., 1997).

Algunas consideraciones apuntan a una devaluación del constructo provocada por su empleo indiscriminado en situaciones que incluso han sobrepasado el ámbito laboral. Sin embargo parece perfilarse la idea de que el componente de agotamiento emocional podría generalizarse a distintos grupos laborales, mientras que el componente de despersonalización sería propio de las profesiones asistenciales (Torres et al., 1997).

Antecedentes, facilitadores y consecuencias del síndrome del “burnout”

Diversos estudios han logrado aislar variables capaces de **desencadenar** una situación de “*burnout*” y las consecuencias que implicará para el sujeto y para la organización a la que pertenece (Kahill, 1988; García, 1990; Gil-Monte, 1997; De Dios et al., 1998). No puede afirmarse que todos los estudios obtengan resultados en la misma dirección, ya que no se ha podido eliminar la influencia de variables extrañas como las características de la muestra, los instrumentos, la metodología, el país o la profesión estudiada. Sin embargo, sí se ha conseguido aislar determinadas variables implicadas en este proceso. Muchas de ellas son coincidentes con los identificados en situaciones

globales de estrés laboral que no implica necesariamente “burnout” (Peiró, 1993). Un problema añadido estriba en que cualquier situación molesta en el entorno laboral que afecte de forma crónica puede desencadenar el síndrome. El profesional encargado de evaluar una situación de “burnout” tiene que tener en cuenta que se trata de un proceso donde interactúan diferentes variables cuyos efectos solo pueden destilarse tras un adecuado proceso de evaluación sobre el individuo y el entorno en que se desenvuelve.

Gil-Monte (1997), en su exhaustiva revisión bibliográfica describe los diferentes tipos de desencadenantes, facilitadores y consecuentes que vamos a recoger aquí de forma resumida. Concretamente, los factores considerados desencadenantes de una situación de “burnout”, entendidos como estresores percibidos de forma crónica que ocurren en el ambiente laboral, pueden clasificarse del siguiente modo:

a) Relacionados con las relaciones interpersonales, el desempeño de roles o el desarrollo de la carrera profesional. La *dimensión interpersonal* es la más definitoria del síndrome, se observan claras correlaciones entre la aparición del síndrome y las relaciones deterioradas con los usuarios del servicio, compañeros, supervisores o subordinados. El *estrés de rol*, compuesto de *la ambigüedad de rol* (donde el sujeto no conoce con certeza las implicaciones de su rol) y *el conflicto de rol* (donde el sujeto no puede satisfacer las atribuciones de su rol por percibirlos como contradictorias), puede contribuir también a su aparición. Finalmente, el *desarrollo de la carrera* y las *posibilidades de promoción*, entendido como falta de seguridad en el puesto de trabajo, deben también tenerse en cuenta.

b) Relacionados con las *nuevas tecnologías y otros aspectos de la organización*. Las *nuevas tecnologías* suelen conllevar un cambio en las habilidades requeridas y pueden llegar a ser un estresor si el profesional no se adapta bien a ellas. Dentro de los aspectos organizacionales, el *clima organizacional* es el más influyente, relacionándose con la aparición del síndrome aspectos tales como la *falta de participación en la toma de decisiones*, la *falta de autonomía* o la *falta de apoyo social percibido* por parte de la supervisión o los compañeros

c) Relacionados con el *ambiente físico y contenidos del puesto*. Las situaciones de ruido y la falta de confort físico percibido pueden predecir la aparición del síndrome. Con relación a los *contenidos del puesto*, pueden desencadenar el síndrome aspectos tales como la falta de oportunidad para utilizar las habilidades adquiridas, falta de retroinformación sobre su desempeño o la identidad de la tarea, tareas muy monótonas o excesivamente variadas, las situaciones de sobrecarga laboral, la exposición a riesgos y los turnos rodados o nocturnos.

Respecto a los **facilitadores** del síndrome (variables de carácter personal que pueden facilitar o inhibir la acción de los estresores comentados), se proponen repetidamente algunas *Variables de personalidad*. Se sabe que son más proclives a padecer el síndrome sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse excesivamente con los demás (Gil-Monte, 1997). Las personalidades tipo A (sujetos que manifiestan impaciencia, velocidad excesiva, necesidad de logro, competitividad, hostilidad, agresividad, habla y gestos bruscos, compromiso excesivo con el trabajo) tienen mayor

probabilidad de experimentar el síndrome (Nowack, 1986), al igual que aquellos sujetos con locus de control externo al percibir menos control sobre la situación (Fuqua y Coture, 1986; Buendía y Riquelme, 1995). Asimismo, la ausencia de determinadas variables de personalidad como la autoconfianza, percepción de autoeficacia, y autoestima, predisponen al sujeto a experimentar el síndrome (Cherniss, 1993, Gil-Monte, 1997).

También se ha detectado una “personalidad resistente” (Kobasa, Maddi y Kahn, 1982), que inhibiría los efectos de los estresores (Oliver, 1993), y cuyas características se resumen en tres dimensiones: compromiso (tendencia a creer en la verdad e implicarse en las situaciones de su vida); reto (tendencia a interpretar el cambio como una oportunidad, no como una amenaza) y control (creer que uno mismo es el que influye en los resultados de sus acciones)

Se han estudiado *variables de carácter demográfico* (Gil-Monte, 1997), los resultados son los menos concluyentes, sin embargo las tendencias muestran lo siguiente: respecto al *sexo*, las mujeres son menos propensas a desarrollar el síndrome; respecto a la *edad*, existe mayor vulnerabilidad en la edad comprendida entre los 25 y 40 años; en cuanto al *estado civil*, los casados son menos vulnerables.

Las *estrategias de afrontamiento* que el sujeto utilice también pueden predisponerlo a experimentar el síndrome si son incorrectas, parece ser que las estrategias más efectivas son las de carácter activo centradas en el problema, según la terminología de Lazarus (1986) (Leitter, 1991)

Las **consecuencias** del síndrome también han sido sistematizadas. Las respuestas de estrés van a mediar entre el estresor y la salud del individuo, si estas respuestas permanecen en el tiempo (se cronifican), van a manifestarse en términos de enfermedad para el individuo (así como más vulnerabilidad a la siniestrabilidad y el absentismo), y de un peor funcionamiento organizacional (Peiró, 1993).

Aparecerán *índices psicósomáticos*, que tendrán una importante relevancia sobre la salud del sujeto, tales como: dolor pericardial y palpitaciones, hipertensión, crisis asmáticas, catarros frecuentes, mayor frecuencia de infecciones, aparición de alergias, dolores cervicales y de espalda, fatiga, alteraciones menstruales, úlceras, diarrea, jaquecas, insomnio.

Asimismo aparecerán otros índices con consecuencias negativas en las relaciones interpersonales del sujeto, tanto dentro como fuera del trabajo, pudiendo llegar a generar conflictos familiares. Estos son: *índices actitudinales*: no verbalizar, cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia; *índices conductuales*: agresividad, aislamiento del sujeto, enfado frecuente, cambios bruscos de humor, irritabilidad; e *índices emocionales*; sentimientos de soledad, de alienación, de impotencia o de omnipotencia. Las *consecuencias para la organización* también serán notables. Así, aparecerá un deterioro en la calidad del servicio que la organización ofrece a sus usuarios, ya que los profesionales dispensarán un trato deshumanizado, prestando menos atención a sus necesidades; disminuye la satisfacción laboral y la implicación con la organización, se crea un mayor número de conflictos con supervisores y compañeros; aparecen conductas de escape ante la situación, como un aumento del absentismo laboral, o una mayor propensión al abandono de la organización.

Evaluación y vías de intervención en el síndrome del “burnout”

Existe un gran número de cuestionarios para evaluar el síndrome, Torres et al. (1997) citan más de 23 cuestionarios, algunos referidos a los servicios humanos en general, otros a profesiones específicas (médicos, enfermeras, salud en general, maestros, psicólogos, educadores), y algunos para profesiones no relacionadas con los servicios humanos.

Las dos pruebas más utilizadas para la investigación han sido el Burnout Measure (BM) de Pines et al. (1988) y el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1986, 1996), que son los que parten de un concepto del síndrome más validado empíricamente, especialmente la segunda.

En España, el uso del instrumento se ha generalizado gracias a la adaptación realizada por TEA (Seis dedos, 1997). Ha sido elaborada a partir de la edición original de Maslach y Jackson de 1986, que incluye 22 ítems y en la adaptación española cuenta con una muestra total de 1.138 sujetos. La factorización de los resultados obtuvo los tres factores originales (agotamiento emocional, desrealización y despersonalización), y ha sido replicada por Gil-Monte y Peiró (1999). Existe una última versión (Maslach, Jackson y Leiter, 1996) que incluye como novedad una versión de carácter genérico no restringida a los profesionales de ayuda (compuesta por las dimensiones de agotamiento, eficacia profesional y cinismo), además de una versión para docentes y la clásica de 1986 para profesiones asistenciales.

El *Burnout Measure*, (Pines y Aronson, 1988) cuenta con una muestra de más de 10.000 profesionales de diversos ámbitos, resultando un instrumento de 21 ítems distribuidos en tres subescalas: agotamiento físico, agotamiento emocional y agotamiento mental.

EL *Cuestionario Breve de Burnout* (CBB) (Moreno et al., 1997) se presenta como un instrumento para la evaluación del proceso de “burnout” capaz de considerar el síndrome junto con los aspectos antecedentes y consecuentes del mismo, que puede ser útil en políticas de prevención o intervención sobre el síndrome. No se propone como un instrumento alternativo al MBI, sino como un complemento de éste. Consta de 22 ítems organizados en tres grandes bloques: 1) *antecedentes del “burnout”*, subdividido en: características de la tarea, tedio y organización; 2) *factores del síndrome* (agotamiento emocional, desrealización y despersonalización) y 3) *consecuencias de “burnout”* (consecuencias físicas, clima familiar y rendimiento laboral).

La escala para medir *Efectos Psíquicos del Burnout* (EPB) creada por García y Velandrino (1992, 1995), consta de sólo 12 ítems y fue diseñada para medir el síndrome en nuestro entorno cultural. Se encuentra en la línea unidimensional de Pines, ya que como indica su autor “sus resultados se suman a un número cada vez mayor de autores que señalan que el “burnout” debe ser entendido como un concepto unidimensional cuyo núcleo central es el agotamiento” (García, 1995). Ha obtenido una línea satisfactoria en la factorización de sus diferentes resultados (García, Llor y Sáez, 1994, García 1995).

Los datos epidemiológicos, aunque influidos por variables como el tamaño de la muestra, la metodología, la profesión o el país, muestran resultados alarmantes. Garcés de los Fayos (1998) recoge algunos estudios que detectan hasta un 50% de prevalencia

en médicos, un 35% en enfermeras, un 39% en estudiantes de enfermería, un 25% en profesores, un 20% en policías. Esta situación ha contribuido a que se propongan diversas vías de intervención (Gil-Monte, 1997, De Dios, 1998) sobre el síndrome que vienen avaladas por el cuerpo de investigación que se ha creado en estos más de 25 años de estudio.

Gil-Monte (1997), en su revisión del concepto, propone tres estrategias de intervención, todas con soporte empírico:

a) *Estrategias individuales*. Se ha estudiado el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales para mitigar la fuente de estrés, evitar la magnitud de la experiencia estresante o disminuir sus consecuencias. Así, se han obtenido efectos positivos entrenando a los sujetos en: a) el uso de estrategias adecuadas de afrontamiento, centradas en el problema (Lazarus, 1986); b) el solución de problemas (D`Zurilla, 1971); c) asertividad; d) en el manejo eficaz del tiempo para un aumento de la competencia profesional; e) el distanciamiento mental del trabajo fuera del horario laboral, disponiendo de pequeños momentos de descanso durante el trabajo, mantener objetivos reales acorde con las posibilidades y evitar una implicación excesiva con los problemas de los usuarios.

b) *Estrategias de carácter grupal e interpersonal*. Fomentar el apoyo social por parte de compañeros y supervisores con instrucción de las habilidades sociales necesarias y una retroinformación adecuada.

c) *Estrategias organizacionales* encaminadas a eliminar o reducir los estresores que puedan contribuir a la aparición del síndrome facilitando su prevención. Se han desarrollado programas de socialización anticipatoria, encaminados a adecuar las expectativas de los nuevos profesionales a la realidad de los objetivos de la organización; la evaluación y retroinformación de la ejecución, considerando la información de usuarios, supervisores y compañeros y los programas de desarrollo organizacional destinados a incidir sobre el ambiente y el clima organizacional.

Jurisprudencia relacionada

Recientemente, la sala 4ª del Tribunal Supremo (26-10-2000) ha declarado firme la sentencia dictada por el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco (2-11-1999) que a su vez confirmaba otra del Juzgado de lo Social de Eibar (9-2-99), donde se establecía la consideración del “*burnout*” como accidente de trabajo.

Con anterioridad, una sentencia de instancia (Juzgado de lo Social de Vigo 20-2-1999) reconoció el derecho a percibir pluses de peligrosidad y penosidad a cinco trabajadores de un Centro de Atención de Minusválidos Psíquicos ante el riesgo de desarrollar síndrome de “*burnout*”, en combinación con otros riesgos de seguridad y de contagio de enfermedades, por el contacto con los internos. Sin embargo el derecho a estos pluses no fue reconocido (S. de Juzgado de lo Social de Vigo 13-3-1999) a otros trabajadores del mismo centro debido a su escaso contacto con los enfermos.

Asimismo, la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (16-2-2001), confirmando otra sentencia de instancia, se ha pronunciado en el mismo sentido reconociendo el plus de peligrosidad a trabajadores de otro Centro de Atención de Minusválidos Psíquicos.

Sin duda sentencias como las citadas contribuyen a crear un cuerpo de *doctrina legal* (la establecida por los Tribunales al interpretar de modo reiterado e idéntico las leyes y que, en el caso del Tribunal Supremo, configura la *jurisprudencia*). La sentencia del Tribunal Supremo es de particular importancia, ya que posteriores sentencias en el mismo sentido podrían crear jurisprudencia (doctrina que de modo reiterado establece el TS al interpretar la ley, la costumbre y los principios generales del Derecho) respecto a la consideración de un síndrome tan específico como es el “burnout” como accidente de trabajo, con las implicaciones legales que conlleva respecto a su prevención e indemnización.

En este caso la sentencia se ve forzada a catalogar como accidente laboral algo que debería estar contemplado como enfermedad laboral (Sempere Navarro, 2000). Ciertamente, en España sólo tienen consideración de enfermedad laboral “*las contraídas a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifique en el cuadro que se apruebe y que estén provocadas por la acción de los elementos y sustancias que en dicho cuadro se especifique para cada enfermedad profesional*”, según especifica el art. 116 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) (R.D. Legislativo 1/1994 de 20 de junio).

En efecto, la lista de enfermedades profesionales que se maneja en la actualidad en España está recogida en el R.D. 1995/1978 de 12 de mayo (BOE, 25-8-78), que desde entonces únicamente se modificó ligeramente en el apartado de enfermedades infecciosas (R.D. 2821/81). Los precedentes de este cuadro de enfermedades en España (Vaquero y Ceña, 1996; Moreno Martín y León, 2000; Benavides, Ruiz y García, 1997) se sitúan en el año 1947, donde se recoge un cuadro de enfermedades profesionales tipificadas, que se amplió posteriormente en 1961 y 1976, hasta el actual de 1978.

La referencia mundial del listado de enfermedades profesionales es la Organización Internacional del Trabajo (OIT). La inclusión de una enfermedad laboral en la lista de la OIT vincula a todos los países que hayan ratificado sus convenios (entre ellos España).

Las listas de enfermedades profesionales constituyeron un gran avance en los momentos de su aparición, ya que el hecho de que una enfermedad aparezca en estos listados implica que el trabajador que la padezca no necesitará probar la relación causa-efecto entre su enfermedad y su actividad profesional. Por otra parte, el administrador dispone de un instrumento claro y preciso para poder aplicar de forma rápida las disposiciones legales pertinentes.

La desventaja de ese instrumento estriba en la fuerte restricción que se impone a la consideración de enfermedad laboral, por lo que sería necesario que esos listados fuesen ampliándose a la luz de los nuevos avances técnicos, científicos y sociales. Esa ampliación está, de hecho, prevista en el art. 116 de la LGSS: “... *Dicho procedimiento comprenderá, en todo caso, como trámite preceptivo, el informe del Ministerio de*

Sanidad y Consumo”.

Queda bien entendido que el síndrome del “*burnout*”, a efectos legales, no puede ser considerado enfermedad laboral por no incluirse en el citado cuadro según prescribe el art. 116 de la LGSS, pese a cumplir la primera condición, que impone que la enfermedad sea contraída a consecuencia del trabajo. Sin embargo, existe consenso (Moreno Martín y León, 2000, Sempere Navarro, 2000, Esbec, 2000) en considerar que, debido a las nuevas condiciones tecnológicas y sociales, los listados vigentes no recogen un número cada vez mayor de enfermedades de indudable causa laboral. Como señalan Moreno Martín y León (2000): es cada vez más evidente que los problemas de salud laboral que van desapareciendo en las zonas más desarrolladas surgen en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, en estos países desarrollados surgen enfermedades nuevas, caracterizadas por: 1º) ser detectadas generalmente en primer lugar por los trabajadores; 2º) su existencia es puesta en duda, en principio, por las instituciones; 3º) su frecuencia aumenta a medida que lo hace la carga de trabajo; 4º) La existencia de agentes estresantes aumenta igualmente su presencia.

Por estas razones los juzgadores del caso de Eibar han considerado el síndrome de “*burnout*” como accidente de trabajo. Este término queda definido genéricamente como “*toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o como consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena*” (art. 115 de la LGSS). Sin embargo, no ha de entenderse el término de lesión en este caso como algo necesariamente fortuito y violento, sino en un sentido más amplio que se inicia con la STS de 17 de junio de 1903 (citado por Moreno Martín y León, 2000) creando una línea doctrinal que reconoce como lesiones derivadas de accidente de trabajo aquellas que no procedan de una acción violenta, externa y momentánea, sino también las que se fraguan de manera insidiosa o lenta, sin manifestación externa notoria en su proceso de evolución, al considerarse que el concepto de accidente incluía también patologías tipo enfermedad.

Desde esta concepción amplia de accidente laboral, el citado art. 115 posee suficiente amplitud para considerar diversos tipos de enfermedades en cuya etiología o desarrollo esté implicada la actividad laboral, así podríamos hablar de enfermedades relacionadas con el trabajo. El art. 115.2.e, que es el que afecta, según los razonamientos de los juzgadores, al trabajador del centro de talleres implicado sentencia que estamos comentando, establece que tendrán categoría de accidente profesional “*las enfermedades no incluidas en el artículo siguiente, [116] 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 juzgador, para considerar probada la relación directa y exclusiva entre el trabajo realizado y la aparición de la enfermedad, debe recurrir al juicio de una persona experta que *dictamine pericialmente* los factores que hayan determinado la etiología, como así ha sucedido en el presente caso. Sin embargo, este art. 115 2.e) parece estar diseñado (Moreno Martín y León, 2000) para considerar las enfermedades de las que se sospecha un origen profesional pero podrían aparecer igualmente en personas sin relación con el trabajo. En el caso del “*burnout*”, el origen de la sintomatología no puede ser otro que el laboral, por definición. Aunque esa definición no esté del todo consensuada, ya que, como veíamos más arriba, el constructo

se ha ido “devaluando” con su uso indiscriminado hacia otros ámbitos, parece existir amplio consenso en el origen laboral del síndrome de “burnout”, lo que sí se discute es su delimitación, o no, únicamente a profesiones asistenciales.

Asimismo, se incluirían como accidentes laborales, según el art. 115, las enfermedades que resulten *agravadas* como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente (art. 115 2.f), y aquellas consecuencias del accidente que resulten modificadas por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente (art. 115 2.g).

El que la enfermedad sea considerada enfermedad laboral (o accidente de trabajo) implicará una serie de beneficios para el afectado, ventajas económicas, flexibilización de los requisitos para acceder a las prestaciones, mejoras de la base reguladora, indemnizaciones por muerte y supervivencia, existencia en los convenios colectivos de pólizas de seguros especiales para los accidentes de trabajo, etc. (Moreno Martín y León, 2000).

Los trabajadores de un Centro de Atención de Minusválidos Psíquicos en la localidad gallega de Redondela reclamaron su derecho a percibir los pluses de peligrosidad y penosidad según establece el art. 27.3 del Convenio Colectivo Único del Personal Laboral de la Xunta de Galicia. En un informe pericial del Centro de Seguridad e Higiene de Pontevedra, dependiente de la Xunta, se concluye que los trabajadores del centro se hallan expuestos a los riesgos de “A) Síndrome de burnout, estrés laboral que afecta a los trabajadores de servicios humanos asistenciales y que se traduce en pérdida de idealismo, tendencia al absentismo y disminución de la calidad de trabajo. B) Riesgos de Seguridad [agresiones]. C) Exposición a agentes biológicos derivados del contacto con los enfermos que padecen dolencias contagiosas”.

A este respecto, el Juzgado de lo Social de Vigo (SJS, 20-02-1999) reconoce el derecho a percibir los pluses de peligrosidad y penosidad a cinco trabajadores del centro (tres camareros-limpiadores, un ordenanza y un asistente social) ante el riesgo de desarrollar el síndrome de “burnout”, además de sufrir agresiones o contraer enfermedades contagiosas, por el trato con los enfermos, ya que este riesgo no es el propio de esas mismas categorías profesionales en condiciones habituales.

Sin embargo, el mismo Juzgado de lo Social de Vigo (SJS, 13-03-1999) no reconoce el derecho a estos pluses a otros dos trabajadores del mismo centro (un Oficial de servicios técnicos y un ayudante de cocina) ya que “*el contacto con los pacientes en ambas categorías es marginal y ocasional [...] Por lo tanto, el síndrome de burnout en poco les puede afectar, ya que minusválidos también se ven por la calle [...] no tienen contacto directo con ellos que es el que posibilitaría la concesión del plus*”.

Por otra parte, el Tribunal Superior de Justicia de Galicia (Sala de lo Social, 16-02-2001), confirmando la sentencia de instancia, reconoce el derecho a percibir el plus de peligrosidad a otros trabajadores de un Centro de Atención de Minusválidos Psíquicos en la localidad gallega de Sarria (Lugo), estimando que “*sufren en el desarrollo de sus funciones riesgos que pueden incidir en su salud, como por ejemplo el síndrome del burnout (carga mental), riesgos de seguridad y exposición a agentes biológicos*” .

El propio Tribunal Supremo (STS, 21-7-97), casando sentencia del TSJ de Galicia (2-1-1997), había reconocido el derecho a los pluses de peligrosidad y penosidad en trabajadores (limpiadoras y pinches de cocina) de un centro psiquiátrico por el riesgo producido por su contacto con los enfermos (aunque no cita explícitamente el riesgo de “*burnout*”). Coincidiendo en el sentido de la resolución dictada por el Tribunal Superior de Justicia de Galicia en el año 1995 (Sala de lo Social, 5-1-1995), que reconoce los pluses a trabajadores de otro centro psiquiátrico.

Marco Legal

Siendo considerado el “*burnout*” una enfermedad relacionada con el entorno laboral (como indica la investigación), con la entidad de “accidente de trabajo”, como ha señalado el TS, deberá estar sujeto a la misma regulación que las demás enfermedades profesionales en lo relativo a su control y prevención.

El derecho a trabajar en unas condiciones de seguridad adecuadas es un derecho constitucional que debe ser garantizado por los poderes públicos, así lo establece la propia Constitución Española de 1978 en su art. 40.2, “... *los poderes públicos fomentarán una política que garantice la formación y readaptación profesionales, velarán por la seguridad e higiene en el trabajo...*”. Asimismo, aquellos que no respeten ese derecho de los trabajadores pueden incurrir en responsabilidad penal (arts. 316 y 317 del C.P.), civil (arts. 1902 y ss. del C:C:) y administrativa o disciplinaria (LPRL, LGSS, Estatuto de los Trabajadores, convenios colectivos).

Con objeto de legislar de forma unitaria la seguridad y salud laboral, surge la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL,BOE de 8-11-95), cuya estructura e implicaciones analizaremos brevemente (un análisis más detallado: Vaquero et al., 1997; Cortés Díaz, 1998; Benavides et al., 1998; Moreno Martín y León, 2000).

El objeto de la LPRL es “*promover la seguridad y la salud de los trabajadores [estableciendo] los principios generales relativos a la prevención de riesgos profesionales para la protección de la seguridad y de la salud, la eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo, la información, la consulta, la participación equilibrada y la formación de los trabajadores en materia preventiva*” (art. 2). Estos objetivos fijados por la Ley van a tener importantes consecuencias para el ejercicio y aportaciones de los profesionales de la Psicología (Esteban y Porcar, 2000; Palomares, 1998; Peiró, 1999; Verdaguer, 1998; Minaya, 1998; González, 1996).

La LPRL no define expresamente el concepto de salud, que, en cualquier caso, no puede entenderse como la mera ausencia de enfermedad, sino como un “*estado completo de bienestar físico, físico y social*”, en la línea de la definición propuesta por la OMS en 1948, con una relevancia cada vez mayor en las sociedades modernas avanzadas, que sufren un aumento de patologías relacionadas con la salud mental y el entorno laboral (Palomares, 1998; Peiró, 1999; Peiró y Bravo, 1999). Si embargo, la LPRL sí define el concepto de “*daños derivados del trabajo*”, que son los que se

pretende prevenir, como “enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo” (art. 4.3), y el “riesgo laboral” como la “posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo” (art. 4.2). Por tanto, no establece diferencia entre riesgos y daños laborales físicos o psíquicos. En este contexto, las enfermedades mentales categorizadas nosológicamente cuya aparición esté relacionada con el entorno laboral pueden ser consideradas como daños derivados del trabajo y también los síndromes específicos que alteren la estabilidad del trabajador. Tal es el caso del “burnout”, síndrome cuya etiología y desarrollo se hallan fuertemente relacionados con el entorno laboral.

En el plano político, la LPRL prescribe la coordinación entre las diferentes Administraciones Públicas a nivel nacional, autonómico y local, así como la participación de empresarios y trabajadores a través de sus Organizaciones (art. 5). Se designa al Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) para el asesoramiento técnico, promoción y realización de actividades en materia preventiva (art. 8) y a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social como encargada, entre otras funciones, de la vigilancia del cumplimiento de la normativa (art. 9). Asimismo, se establecen las obligaciones de las Administraciones públicas competentes en materia sanitaria (art. 10) sobre evaluación y control de las actuaciones de carácter sanitario a realizar en los centros de trabajo, en consonancia con la propia Ley 14/1986 General de Sanidad de 25 de abril, arts. 21 y 22 (BOE 29-4-1986).

La LPRL ofrece al empresario varias opciones para cumplir con el deber de prevención de los riesgos profesionales: podrá designar uno o varios trabajadores para dicha actividad; constituir un servicio de prevención; concertar un servicio con una entidad especializada ajena a la empresa o con una Mutua de Accidentes de Trabajo, asumir él mismo las funciones, si tiene la capacidad necesaria y la empresa se compone de menos de seis trabajadores (LPRL, art. 30). La viabilidad de cada una de estas alternativas estará en función del tamaño de la empresa, su distribución y los riesgos a los que está sometida, según regula el R.D. 39/1997.

En el plano técnico, los Servicios de Prevención son entendidos como el “conjunto de medios humanos y materiales necesarios para realizar las actividades preventivas a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y la salud de los trabajadores” (LPRL, art. 31.2), y estarán regulados por el R.D. 39/1997 de 17 de octubre (BOE de 31-01-97), que aprueba el reglamento de esos servicios.

Los Servicios de Prevención tendrán una composición interdisciplinar, con técnicos de nivel superior, básico o intermedio, según su formación y currículum, y deben cubrir las siguientes especialidades: Medicina del Trabajo, Seguridad del Trabajo, Higiene Industrial y Ergonomía y Psicología aplicada.

Los Técnicos de Prevención de Nivel Básico de Riesgos Laborales deben acceder a esta titulación realizando un programa formativo mínimo de 50 horas sobre conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, riesgos generales y su prevención, mientras que los Técnicos de Nivel Intermedio deben acceder a esta titulación realizando un programa formativo mínimo de 300 horas. Entre sus funciones, además de colaborar con los técnicos de nivel superior, se encuentran las de evaluar riesgos, proponer medidas

de control y reducción de riesgos y vigilar el cumplimiento de los programas.

Respecto a los Técnicos de Nivel Superior de Prevención de Riesgos Laborales en Seguridad del Trabajo, Higiene Industrial o Ergonomía y Psicología aplicada, pueden acceder a esta titulación los titulados superiores mediante una de estas vías: 1) realización de un programa mínimo de 600 horas, que incluye una parte obligatoria común de 350 horas, una parte de especialización en cualquiera de estas tres materias (Seguridad del Trabajo, Higiene Industrial o Ergonomía y Psicología aplicada) de 100 horas, y un trabajo de campo sobre esa materia de al menos 150 horas lectivas; 2) realizando un *master* universitario de al menos 600 horas lectivas que incluya especialización en alguna de las tres materias; 3) mediante convalidación de funciones si ya ejercía funciones de prevención de nivel superior (R.D. 780/1998). Las funciones de estos Técnicos Superiores incluyen todas las de nivel intermedio, además de la planificación de la acción preventiva, formación e información a todos los niveles sobre su materia, establecer estrategias de medición para evaluar riesgos y resultados de programas.

En cuanto a los Técnicos de Nivel Superior de Prevención de Riesgos Laborales en Salud, sólo pueden poseer esta titulación los médicos diplomados en Medicina de Empresa y los especialistas en Medicina del Trabajo. Entre sus funciones están las de vigilancia y control de la salud de los trabajadores, control de las enfermedades, tratamiento epidemiológico, valoración de las personas más vulnerables a determinados riesgos como embarazadas o menores, prestación de primeros auxilios.

Partiendo de los principios de la acción preventiva (art. 15) y de las funciones que deberán desempeñar los Servicios de Prevención (art. 31.4), que prescribe la LPRL, analizaremos las posibles vías intervención que los avances en la investigación pueden aportar al caso específico del “*burnout*”.

Deberá procurarse la “*evaluación de los factores de riesgo que puedan afectar a la seguridad y la salud de los trabajadores*” (LPRL, art. 31.4.b) y la acción preventiva “*se planificará por el empresario a partir de una evaluación inicial de riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores, que se realizará teniendo en cuenta la naturaleza de la actividad, y en relación con aquellos que estén expuestos a riesgos especiales*” (LPRL, art. 14). Además, el empresario debe garantizar de manera específica la protección de los trabajadores más vulnerables por sus características personales (LPRL, art. 25). A este respecto, veámos más arriba que el profesional de la Psicología, tras más de 25 años de estudio sobre el “*burnout*”, cuenta con numerosos instrumentos para orientar la evaluación de los factores de riesgo que la investigación ha logrado aislar. Resultaría de gran utilidad el estudio de estos factores desde la perspectiva de la Psicología organizacional, pero también sería necesario una evaluación de los factores de riesgo individuales sobre elementos como la personalidad del individuo o sus estrategias de afrontamiento ante los estresores. Las numerosas pruebas psicométricas específicas sobre el “*burnout*” resultarían de gran utilidad para proporcionar información epidemiológica y facilitar una posible intervención.

Se procurará asimismo, “*la información y formación de los trabajadores*” (LPRL, art. 31.4.d), el empresario “*deberá garantizar que cada trabajador reciba una*

formación teórica y práctica en materia preventiva [...] deberá estar centrada específicamente en el puesto de trabajo o función de cada trabajador, adaptarse a la evolución de los riesgos y a la aparición de otros nuevos” (LPRL, art. 19). Ciertamente, la formación es una labor fundamental en las tareas de prevención y se ha dirigido principalmente a dos niveles, a los expertos relacionados con la prevención y a los trabajadores, incluyendo todos los estamentos jerárquicos de la organización (Alonso, Pozo y Hernández, 1999). En el caso específico del “burnout”, debería tenerse especial precaución en formar a los trabajadores de profesiones asistenciales. Esta formación debería producir cambios en los conocimientos de los profesionales sobre el síndrome, así como en sus habilidades de manejo sobre el mismo, además de los cambios en las actitudes, conductas y concienciación hacia la cultura de la prevención que todo programa formativo en prevención debe pretender.

Un programa adecuado de prevención debe identificar las necesidades formativas, a partir de ellas, determinar los objetivos preventivos, diseñar los métodos específicos de intervención y, finalmente, implantar el programa diseñado mediante el método más indicado en cada caso (expositivo, demostrativo, interrogativo, por descubrimiento). Asimismo, debe considerarse la evaluación, tanto de la corrección de su proceso como de los resultados y el impacto del mismo (Alonso et al., 1999).

Se procurará “*la vigilancia de la salud de los trabajadores en relación con los riesgos derivados del trabajo*” (LPRL, art. 31.4.f), el empresario “*garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo*” (LPRL, art. 22).

Este aspecto ha generado polémica, ya que la LPRL establece claramente que las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores deben ser llevadas a cabo por “*personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada*” (art. 25.6). El Reglamento de los Servicios de Prevención (R.D. 39/1997) pretende implantar la multidisciplinariedad en la prevención de riesgos laborales. Sin embargo, la única titulación especializada que se exige en los servicios de prevención es la de médico (especialista en Medicina del trabajo) y ATS/DUE, “*sin perjuicio de otros profesionales sanitarios con competencia técnica, formación y capacidad acreditada*” (R.D. 39/1997, art. 37.2.a).

En el caso del “burnout”, la Psicología, ya sea desde su vertiente clínica u organizacional, ha demostrado poseer herramientas suficientes para orientar el control de sus causas y sintomatología, control epidemiológico, valoración de riesgos y factores especiales de vulnerabilidad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Todas estas tareas se estiman vitales para el estado de salud de los profesionales, que pretende salvaguardar la LPRL, sin embargo, los servicios de prevención no cuentan con un especialista en Psicología que colabore con el médico en situaciones de este tipo (Palomares, 1998; Peiró, 1999; Peiró y Bravo, 1999).

En realidad el médico (diplomado en Medicina de Empresa o especialista en Medicina del Trabajo), podría contar con los avances proporcionados por la ciencia de la Psicología mediante el Técnico de Nivel Superior de Prevención de Riesgos Laborales en Ergonomía y Psicología Aplicada, pero éste, como veíamos (R.D. 39/1997), no

tiene por qué ser necesariamente un licenciado en Psicología, sino un titulado superior con una formación de 250 horas en Ergonomía y Psicología Aplicada.

Así, de la misma forma que se evidenciaba la necesaria modernización del listado de enfermedades profesionales ante los sucesivos cambios sociales y tecnológicos, también parece haber motivos suficientes para la inclusión del psicólogo, con la formación y titulación correspondiente, en los Servicios de Prevención. El Propio colegio Oficial de Psicólogos propuso modificaciones a los borradores del Proyecto para el Reglamento de los Servicios de Prevención en ese sentido (González, 1996).

Pese a la necesaria profundización en la investigación que posibilite depurar las técnicas e instrumentos para la prevención desde la Psicología, llama la atención que el psicólogo no esté considerado como especialista integrante de los Servicios de Prevención dado el amplio margen que la LPRL concede al plano ergonómico y psicosocial (Peiró, 1999) y las aportaciones que se están realizando desde la llamada "Psicología de la Seguridad" y programas específicos de prevención (Meliá, 1999; Peiró, 1999; Peiró y Bravo, 1999).

Finalmente, como apuntábamos al inicio de este apartado, las personas encargadas de la seguridad y salud en el trabajo que no cumplan correctamente sus obligaciones, van a incurrir en una serie de responsabilidades administrativas, civiles o, incluso, penales (p. ej. Cortés Díaz, 1998; Benavides et al., 1998). El principal responsable de esta labor es el empresario (arts. 14 a 28 de la LPRL), pero también los servicios de prevención, propios o ajenos, elegidos por él y los trabajadores, que están obligados a colaborar en las labores de prevención (art. 29 de la LPRL).

En el ámbito penal, el art. 316 del vigente Código Penal de 1995 establece que *"Los que con infracción de las normas de prevención de riesgos laborales y estando legalmente obligados, no faciliten los medios necesarios para que los trabajadores desempeñen su actividad con las medidas de seguridad e higiene adecuadas, de forma que pongan así en peligro grave su vida, salud o integridad física, serán castigados con las penas de prisión de seis meses a tres años y multa de seis a doce meses"*.

En el ámbito civil, podría incurrirse en responsabilidad derivada de delito o falta (art. 109 del Código Penal); derivada de culpa contractual (si se incumple contrato en el que se incluyan aspectos de seguridad laboral); por culpa extracontractual, si se causa daño a otro por acción u omisión, con obligación de repararlo (art. 1902 del CC), y particularmente el empresario si el daño es causado por sus trabajadores (art. 1903 CC).

En el Ámbito administrativo, la propia LPRL (Capítulo VII) establece el tipo de infracciones sobre la normativa (Leves, Graves o Muy Graves), las competencias sancionadoras, y el tipo de sanciones. En el caso de los trabajadores puede incurrirse también en responsabilidad disciplinaria si incumple sus obligaciones en materia de prevención, y se regulará por convenios colectivos o el propio Estatuto de los Trabajadores.

A modo de Conclusión

El “burnout” es un constructo polémico que tras más de 25 años de estudio aún no cuenta con una definición consensuada. Sin embargo, cuenta con numerosas investigaciones e instrumentos de evaluación que han contribuido a delimitar los factores que pueden desencadenarlo y modularlo, así como a sistematizar las consecuencias que produce. Las características de este síndrome hacen que deba ser estudiado tanto desde la vertiente clínica como organizacional. Parece haber consenso en que su aparición se relaciona con el trabajo, con predominancia de síntomas disfóricos, de carácter mental o conductual y con notable reducción de la efectividad y rendimiento laboral.

Los tribunales españoles, auxiliados por dictámenes periciales, han considerado probada la relación entre las circunstancias laborales y la aparición del “burnout”, cobrando especial relevancia la sentencia comentada del Tribunal Supremo, que podría crear una línea de doctrina jurisprudencial al respecto. Sin embargo, la circunstancia de que no haya podido ser considerado enfermedad laboral sino accidente de trabajo (lo que obliga al que lo padece a probar la relación causa-efecto) contribuye a poner de manifiesto la necesaria revisión del cuadro de enfermedades laborales, propuesto por la OIT (que en España no se modifica desde el año 198), para ser adaptado a los cambios tecnológicos y sociales de las nuevas sociedades.

Los poderes públicos tienen el deber, impuesto por la Constitución y los compromisos internacionales, de salvaguardar la salud de los trabajadores. Para ello cuentan con la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, que constituye un exhaustivo conjunto de obligaciones, derechos, competencias y sanciones destinados a la prevención de los riesgos para la salud en el trabajo. El Síndrome del “burnout” contribuye a poner de manifiesto la cada vez más profusa existencia de riesgos laborales que atentan contra la salud mental del trabajador. También contribuye a resaltar la conveniencia de la previsión legal del psicólogo, con su formación y titulación correspondiente, en los Servicios de Prevención.

Referencias

- Alonso, E. Pozo, C. y Hernández, J. M. (1999). La Prevención de Riesgos Laborales en la Organización: Programa de un Programa de Formación. *Apuntes de Psicología*, 17 (1-2), 137-146.
- APA (Asociación de Psiquiatría Americana) (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- Álvarez, A. y Fernández, L. (1991). El Síndrome del Burnout o Desgaste Profesional (I): Revisión de Estudios. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39, 257-261.
- Benavides, F. G., Ruiz Frutos, C. y García García, A. M. (1998). *Salud Laboral. Conceptos y Técnicas para la Prevención de Riesgos Laborales*. Barcelona: Masson.
- Buendía, J. y Riquelme, A. (1995). Burnout, Factores de Estrés y Locus de Control en un Grupo de Vigilantes de Instituciones Penitenciarias. *Ansiedad y Estrés*, 1 (2-3), 195-204.

- Buunk, B. P. y Schaufeli, W. B., (1993). A Perspective from Social Comparison Theory. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. UK: Taylor & Francis.
- Calvete, E. y Villa, A. (2000). Burnout y Síntomas Psicológicos: un Modelo de Relaciones Estructurales. *Ansiedad y Estrés*, 6 (1), 117-130
- Calvete, E. y Villa, A. (1999). Estrés y Burnout Docente: Influencia de Variables Cognitivas. *Revista de Educación*. Madrid, 319, 291-303.
- CÓDIGO CIVIL ESPAÑOL, (2000). Madrid: Civitas.
- CÓDIGO PENAL ESPAÑOL, (2000). Madrid: Civitas.
- Cherniss, C. (1993). The Role of Professional Self-Efficacy in the Etiology of Burnout, pp: 135-149. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (eds.), *Professional Burnout: Recent Development in Theory and Research*. UK: Taylor & Francis.
- Cox, T., Cuck G. y Leiter, M. (1993). Burnout, Health, Work Stress and Organizational Healthiness, pp. 177-193. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Researchs*. UK: Taylor & Francis.
- Domenech Delgado, B. (1995). Introducción al Síndrome del Burnout en Maestros y Profesores y su Abordaje Terapéutico. *Psicología Educativa: Revista de los Psicólogos de la Educación*, 1 (1), 63-78
- Dios (de), A. (1998). Burnout: un Modelo de Estrés Laboral. En J.J. De la Gándara (dir.), *Estrés y Trabajo. El Síndrome del Burnout*. Madrid: Cauce.
- Dios (de), A. y De la Gándara, J. J. (1998). Resumen de Estudios sobre Burnout en Profesionales Sanitarios. En J.J. De la Gándara (dir.), *Estrés y Trabajo. El Síndrome del Burnout*. Madrid: Cauce.
- D`Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-136.
- Esteban, V. y Porcar, M. L. (2000). Papel de los Psicólogos en la Prevención de Riesgos Laborales. *Información Psicológica*, 68, 85-86.
- Fuente D., Fuente, E. I. y Trujillo, H. (1997). *Burnout y Satisfacción Laboral. Indicadores de Satisfacción Laboral en el Ámbito Sanitario*. Clínica y Salud
- Esbec, E. y Gómez-Jarabo, G. (2000). *Psicología Forense y Tratamiento Jurídico Legal de la Discapacidad*. Edisufer. Madrid
- Fischer, H. J. (1983). A Psychoanalytic view of Burnout. En B. A. Farber (ed.), *Stress burnout in the Human Service Professions*. New York: Pergamon Press.
- Firth, H. y Britton, P. (1989). Burnout Absence and Turnover Amongst British Nursing Staff. *Journal of Occupational Psychology*, 62 (1), 55-59
- Freudemberger, H. J., (1974). Staff-Burnout. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.
- Fuqua, R. y Coture, K. (1986). Burnout and Locus of Control in Child Day Care Staff. *Child Care Quaterl*, 15 (2), 98-109.
- De la Gándara, J. J. (1998). Tratamiento Farmacológico del Estrés y el Burnout. En De la Gándara, J. J. (dir.), *Estrés y Trabajo. El Síndrome del Burnout*. Madrid: Cauce.
- Garcés de los Fayos, E. J. (1998). Delimitación Conceptual del Constructo de Burnout. *Información Psicológica*, 68, 15-23.
- Garcés de los Fayos, E. J. (1995). Burnout en Niños y Adolescentes: un Nuevo Síndrome en Psicopatología Infantil. *Psicothema*, 7 (1), 33-40
- García, M. (1990). Burnout Profesional en Organizaciones. *Boletín de Psicología*, 29, 7-27.
- García, M. (1995). Evaluación del Burnout, Estudio de la Fiabilidad, Estructura Empírica y Validez de la Escala EPB. *Ansiedad y Estrés*, 1 (2-3), 219-229

- García, M., Llor, B. y Sáez, M.C. (1994). Estudio Comparativo de dos medidas de Burnout en Personal Sanitario. *Anales de Psiquiatría*, 10 (5), 180-184.
- García, E. (1996). Estrés Profesional Docente y Personalidad Docente. *Ansiedad y Estrés*, 2 (2-3), 245-260.
- García, M y Velandrino, A. (1992). EPB: una Escala para la Evaluación del Burnout Profesional en las Organizaciones. *Anales de Psicología*, 8 (1-2), 131-138
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., Valcarcel, P. y Martí, C. (1996). Influencia de las Variables de Carácter Sociodemográfico sobre el Síndrome del Burnout: un Estudio es una Muestra de Profesionales de la Enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6 (2), 43-63.
- Gil-Monte, P. R. (1994). *El Síndrome de Burnout: Un Modelo Multicausal de Antecedentes y Consecuentes en Profesionales de Enfermería*. Tesis Doctoral, U. de La Laguna.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró J.M.(1999). Validez Factorial del “Maslach Burnout Inventory” en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11 (3), 679-689.
- Gil-Monte, P. R. y Schaufeli, W. B. (1991). Burnout en Enfermería: un Estudio Comparativo España-Holanda. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19 (7), 121-130.
- Golembiewski, R., Munzenrider, R. y Carter, D. (1983). Phases of Progressive Burnout and their Work Site Covariants: Critical Issues in OD research and Praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19 (4), 461-481.
- González Romá, V., Ripoll, P., Caballer, A., Ferreres, P., Gil-Monte, P. y Peiró, J. M. (1998). Comparación de Modelos Causales sobre la Experiencia del Burnout: un Estudio Multimuestra. *Ansiedad y Estrés*, 4 (1), 81-95.
- González, M. J. (1996). Psicología del Trabajo y Prevención de Riesgos Laborales. Papeles del Psicólogo. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 65, 40-45.
- Harrison, W. D. (1983). A Social Competence Model of Burnout, pp. 29-39. En B. A. Farber (ed.), *Stress burnout in the Human Service Professions*. New York: Pergamon Press.
- Hobfoll, S. E. y Freedy, J. (1993). Conservation of Resources: A General Stress Theory Applied to Burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. UK: Taylor & Francis.
- INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo) (1995). *Psicosociología del Trabajo*. Madrid: INSHT.
- Kahill, S. (1988). *Symptoms of Professional Burnout: a Review of Empirical Evidence*. Parke Ridge. London House.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. y Kahn, S. (1981). Hardiness and Health: A prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 42 (1), 186-177.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Leitter, M. P. (1988). Burnout as a Function of Communication Patterns. *Group and Organization Studies*, 13 (1), 111-128.
- Leitter, M. P. (1989). Conceptual Implications of Two Models of Burnout. *Group and Organization Studies*, 14 (1), 15-22.
- Leitter, M. P. (1990). The Impact of Family Resources, Control Coping and Skill Utilization on the Development of Burnout: A Longitudinal Study. *Human Relations*, 43 (11), 1067-1083.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory (1ª Ed.)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory (2ª Ed.)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

- Maslach, C. y Jackson, S. y Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual (3ª Ed.)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, S. y Schaufeli, W. B. (1993). Historical and Conceptual Development of Burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. UK: Taylor & Francis.
- Meliá, J. L. (1999). Medición y Métodos de Intervención en la Psicología de la Seguridad y Prevención de Accidentes. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15 (2), 237-266.
- Minaya, G. (1998). El Psicólogo ante el Desarrollo y Aplicación de la Ley de Riesgos Laborales. *Informació Psicológica*, 68, 4-14.
- Moreno, B., Bustos, R., Matallana, A. y Millares, T. (1997). La Evaluación del Burnout. Problemas y Alternativas. El CBB como Evaluación de los Elementos del Proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 13 (2), 185-207.
- Moreno, B., y Oliver, C. (1993). El Burnout como Escala de Estrés en Profesionales Asistenciales. Adaptación y Nuevas Versiones. En M. Fornes Santacana y M. T. Anguera Argolaga (eds.), *Aportaciones Recientes a la Evaluación Psicológica*. Barcelona: PPU.
- Moreno Martín, M. A. y León, J. M. (2000). *Prontuario de Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales*. Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- Nowack, K. M. (1986). Type A, Hardiness and Psychological Distress. *Journal of Behavioral Medicine*, 9 (6), 537-548.
- Oliver, C. (1993). *Análisis de la Problemática de Estrés en el Profesorado de Enseñanza Media: el Burnout como Síndrome Específico*. Tesis Doctoral no publicada. Facultad de Psicología, UAM.
- Oliver, C., Pastor, J. C., Aragoneses, A. y Moreno, B. (1990). *Una Teoría y una Medida del Estrés Laboral Asistencial*. Actas del Segundo Congreso Oficial de Psicólogos, Área 5. Psicología y Salud. Valencia.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Palomares, A. (1998). La Prevención de los Trastornos Mentales en el Ambiente Laboral. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 14 (3), 345-354.
- Pearlman, E. A. y Hartman, E. A. (1982). Burnout: Summary and Future Research. *Human Relations*, 35 (4), 283-305.
- Peiró, J. M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Peiró, J. M. (1999). Valoración de Riesgos Psicosociales y estrategias de intervención: el Modelo AMIGO como base de la Metodología "Prevenlab/psicosocial". *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15 (2), 267-314.
- Peiró, J. M. y Bravo, M. J. (1999). Factores Psicosociales en la Prevención de Riesgos Laborales: Oportunidades y Riesgos para la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15 (2), 137-146.
- Pines, A. M., Aronson, E. y Kafry, K. (1981). *Burnout: From Tedium to Personal Growth*. New York: Free Press.
- Pines, A. M. (1993). Burnout: An Existential Perspective. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (eds.), *Professional Burnout: Recent Development in Theory and Research*. UK: Taylor & Francis.
- Pines, A. M. y Aronson, E. (1988). *Career Burnout: Causes and Cures*. New York: Free Press.
- Quevedo-Aguado, M. P., Delgado, C., Fuentes Salgado, J. M., Sánchez T., Sánchez, J. F. y Yela, J. R. (1999). Relación entre Despersonalización (burnout), Trastornos Psicofisiológicos,

- Clima Laboral y Tácticas de Afrontamiento en una Muestra de Profesionales Docentes.
Revista de Estudios de Psicología: Revista Trimestral de Psicología General.
- Seisdedos, N. (1997). *MBI. Inventario de Burnout de Maslach: Manual.* Madrid: TEA.
- Sempere Navarro, E. (2000). *El Estrés Laboral como Accidente de Trabajo.* Navarra: Aranzadi.
- Torres Gómez de Cádiz, B., San Juan, Rivero, A., M., Herce, C., Achucarro, C. y San Juan C. (1997). “Burnout” Profesional, ¿Un Problema Nuevo?. Reflexiones sobre el Concepto y su Evaluación. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 13 (1), 23-50.
- Vaquero Puerta, J. L. y Ceña Callejo, R.(1996). *Prevención de Riesgos Laborales.* Madrid: Pirámide.
- Verdaguer, V. (1998) La Función del Psicólogo en la Prevención de Riesgos Laborales: Requisitos Legales y Aspectos Prácticos. *Informació Psicológica*, 68, 77-80.