



## Artículo

---

### Burnout y trastornos psicosomáticos

GLORIA FERNÁNDEZ CANTI

Hospital Clínico Universitario de Zaragoza "Lozano Blesa"

---

#### RESUMEN

En las muy numerosas publicaciones que sobre el síndrome de burnout se han hecho en estas dos décadas, aparece como constante la presencia simultánea de trastornos psicosomáticos en los sujetos con niveles más altos de burnout. Estos trastornos han sido medidos por diversos autores y con distintos instrumentos en todo tipo de profesiones de ayuda, lo que parece ser una característica asociada al padecimiento del síndrome de estar quemado. En nuestra opinión, los síntomas que desde Golembiewsky y col. (1986) se asocian al burnout, no presentan en ningún caso suficiente especificidad como para poder relacionarlos con alguno de los tres ejes del MBI, pudiendo aparecer en la misma medida en situaciones de ansiedad o como respuesta a cualquier tipo de estrés. Parece que el agotamiento emocional llevaría consigo la presencia de síntomas de la esfera psicopatológica (aproximándose a los síntomas depresivos) más que de la esfera somática, en la que no se constata especificidad alguna.

#### ABSTRACT

From two decades ago many papers on burnout syndrome inform that subjects with higher levels of burnout show psychosomatic disorders. Different authors have measured those disorders by different scales in diverse professionals of help, because it seems a characteristic associated to the etiology and development of the burnout syndrome. We feel that the symptoms present in Golembiewsky et al. (1986) as associated to burnout, in any case present a sufficient degree of specificity as to be related with the dimensions of the Maslach Burnout Inventory (MBI). On the contrary they appear with the same frequency associated to anxiety or as an answer for whatever kind of stress. It seems that Emotional Exhaustion originates the presence of symptoms concerning to the psychopathologic sphere (similar to depressive symptoms) on the contrary that the presence of symptoms concerning to the somatic sphere, because in this case no specificity is recognized.

---

Hospital Clínico Universitario de Zaragoza "Lozano Blesa". Avda. San Juan Bosco, 15. 50019 Zaragoza. Tfno.: 967556400. e-mail: gfernand@posta.unizar.es

## **PALABRAS CLAVE**

burnout, estrés laboral, trastornos psicósomáticos,

## **KEY WORDS**

burnout, job stress, psychosomatic disorders.

## **INTRODUCCIÓN**

Poco después de que Cristina Maslach presentara el cuestionario para evaluar el síndrome de burnout (MBI) (Maslach y Jackson, 1986), comenzaron a aparecer publicaciones en las que se ofrecían resultados de investigaciones en distintas poblaciones de trabajadores, en las que se estudiaba además del comportamiento frente al citado cuestionario, otras variables relacionadas con el trabajo, con la personalidad, la organización y la salud.

Pronto destacaron la presencia de trastornos psicósomáticos entre los sujetos que ofrecían más altos niveles de burnout. Es decir, que de la observación clínica se constató desde el principio que el hecho de estar quemado llevaba consigo el padecimiento de síntomas somáticos de menor importancia clínica, pero suficientes como para que el sujeto se sintiera de alguna manera "enfermo".

Así, se estudiaron la relación entre burnout y presencia de síntomas somáticos con diversas escalas y cuestionarios para evaluar la situación somática.

Los resultados de estos estudios suponen una acumulación de resultados de múl-

tiples variables, en ocasiones farragoso, por lo que vamos a distinguir dos grupos de investigaciones que relacionan el burnout con los síntomas psicósomáticos:

a) de una parte, el grupo más numeroso en los que se relacionan las puntuaciones obtenidas en el MBI y diversos síntomas somáticos medidos por diferentes escalas.

b) De otra, un grupo menos importante desde el punto de vista cuantitativo que persigue identificar a nivel celular linfocitario las diferencias de funcionamiento del sistema inmunológico en sujetos con burnout, en sujetos con estrés y en sujetos normales. También en este grupo son interesantes los trabajos centrados en pruebas neuroendocrinas que muestran los comportamientos diferentes en sujetos con burnout o estrés.

Entre los trabajos pertenecientes al primer grupo, Golembiewski y colaboradores (Golembiewski, Munzenrider y Stevenson, 1986) publicaron un estudio en 1996 desarrollado en Canadá con trabajadores de la administración, en los que se había medido además del burnout, la falta de salud evaluada ésta con una lista de síntomas agrupados en torno a cuatro factores:

1. Agitación y debilitamiento,
2. Problemas de tipo cardiovascular,
3. Dolores de otra naturaleza y
4. Trastornos del sueño.

Se observó entonces, la correlación entre los niveles en las tres subescalas del MBI con el conjunto de síntomas, destacando el agotamiento emocional con algunos síntomas como “sentimiento de sentirse desgastado”, dificultad para levantarse por la mañana, etc. Muchos autores después han verificado en estudios semejantes la aparición simultánea de síntomas psicósomáticos con el padecimiento del burnout. En el estudio de Gil-Monte y Peiró (1997) puede encontrarse referencias a todos ellos.

Por su parte Gil Monte, Peiró, Valcárcel y Grau (1996) estudiaron también el problema de la falta de salud en sujetos con burnout. En sus resultados, destaca la relación entre el agotamiento emocional y padecer palpitations, fatiga superior a lo normal y temblor de manos. La despersonalización se relaciona principalmente con palpitations, taquicardia y pinchazos en el pecho y la baja realización personal en el trabajo, con menos intensidad, también con síntomas de la esfera cardiovascular como los citados. (palpitations, taquicardia, pinchazos en el pecho).

Este perfil, tanto el obtenido por Golembiewski como por el grupo de Gil-Monte, sugiere una aproximación del agotamiento emocional a la sintomatología depresiva (inhibición, anhedonia, clinofilia), lo que desde el punto de vista psicodinámico resulta realmente interesante, mientras que las otras dos subescalas, evo-

can más la patología ansiosa con su correlato de síntomas cardiovasculares, o lo que es lo mismo, evocan más a la patología relacionada con el estrés.

Ya hemos dicho como, en el libro de Gil-Monte y Peiró (1997) aparece una espléndida revisión sobre los estudios realizados sobre el tema, por lo que no vamos aquí a repetir todos ellos. Estos autores señalan ya un problema a nuestro juicio fundamental: la gran dispersión de datos y las relaciones establecidas entre las escalas del MBI y todo el espectro sintomático posible, con referencia a todo el organismo. Esta falta de especificidad parece ser ya una conclusión. De tal manera que podría decirse que el padecimiento del burnout implica padecimiento de diversos síntomas somáticos inespecíficos y distintos para cada sujeto. Debemos señalar también, que el tipo de síntomas de los que estamos hablando, constituyen en líneas generales, una forma de expresión de la ansiedad y aparecen en ocasiones de forma fisiológica para protegernos ante supuestas agresiones. Son síntomas variables, poco consistentes, en los que no parece encontrarse una relación definitiva de ninguno de ellos con alguno de los tres ejes del MBI. ¿Quién no ha padecido un dolor de cabeza o una noche de insomnio y lo ha atribuido a problemas laborales, por ejemplo? ¿Podemos generalizar por ello, que unas determinadas condiciones laborales provocan dolor de cabeza? Aunque pensemos que en nuestro caso sí, parece mas prudente concluir que es nuestro “perfil de somatización” el que va a provocar, que ante una elevación de la ansiedad, la vivamos con cefalea y no, por ejemplo, con exceso de sudoración o elevación de la tensión arterial como le pasará a otro compañero que padezca la misma situación.

Por nuestra parte, hemos venido utilizando el GHQ-28, (Cuestionario de Salud General de Goldberg, en su versión de 28 ítems) por tratarse de un cuestionario de fácil manejo, autoaplicado y que proporciona cuatro subescalas en las que se agrupan perfiles sindrómicos diferentes (por tanto no hablamos de síntomas) y nos permite un diagnóstico más preciso de la situación del sujeto al relacionarlo con las cifras obtenidas en las tres subescalas del MBI.

El GHQ se compone de:

1. Subescala A, en la que aparecen síntomas somáticos de origen psicológico, como cansancio, fatiga, dolores de cabeza, sensación de enfermedad o malestar en general.

2. Subescala B, que mide los síntomas relacionados con la ansiedad y la angustia, como los problemas para conciliar el sueño, los despertares frecuentes en la noche, tensión psíquica, irritabilidad, etc.

3. Subescala C, en la que se exploran los síntomas relacionados con la “disfunción social”, como la agilidad para desa-

rollar el trabajo, la posibilidad de organizarse un horario ordenado, capacidad para tomar decisiones, etc.

4. Subescala D, o depresión. Esta subescala presenta síntomas que se interpretan tienen que ver con el estado de ánimo y se evalúa por tanto, los rasgos depresivos. Es una subescala muy “dura”, que desde nuestro punto de vista no facilita la expresión de signos depresivos ya que el planteamiento es demasiado fuerte. Pregunta a cerca de interés en la vida, sentimiento de inutilidad, de desesperanza, incluso, ideas suicidas.

La puntuación total se interpreta como el nivel de “malestar psíquico ó disarmonía psicológica” que padece el sujeto. Con respecto a la puntuación que se interpreta como patológica, varía entre cinco y seis, variando también el índice de falsos positivos. Es decir, que se considera que un resultado por encima de seis indica, con mayor seguridad, un padecimiento psicológico que precisa de una intervención especializada.

Nuestros hallazgos (Olza, 1999) confirman la alta relación de estas cuatro subes-

*Tabla 1*  
**Correlaciones r de Pearson entre las dimensiones del MBI y las subescalas del GHQ**

	Molestias somáticas	Ansiedad	Disfunción social	Depresión
Realización Personal en el Trabajo (n=272)	-.14*	-.06	-.10	-.07
Agotamiento emocional (n=306)	.41***	.50***	.41***	.22***
Despersonalización (n=300)	.29***	.42***	.38***	.16**

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

calas así como de la puntuación total (suma de las cuatro) con las puntuaciones obtenidas en los tres ejes del MBI, pero más intensamente con el agotamiento emocional (ver Tabla 1).

Son resultados de un estudio realizado en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, en 1998, entre personal sanitario de todos los niveles. Resultados semejantes hemos obtenido en otros hospitales (Clínico de Salamanca, San Jorge de Huesca) en los que se repite la relación entre la puntuación total del GHQ y los resultados del MBI.

Parece por tanto claro, que un sujeto que padece burnout sufre simultáneamente determinados trastornos psicósomáticos inespecíficos que no llegan a constituir una entidad clínica definida, que es cambiante, pero que traduce la expresión somática de un malestar psicológico que el sujeto no puede resolver. Son síntomas que no matan, pero que a veces, no dejan vivir. Síntomas que al no constituir una entidad nosológica, no provocan la petición de ayuda al médico y que el sujeto sobrelleva como puede. En ocasiones, estos son objeto de bajas laborales a las que se les asigna un diagnóstico adecuadamente ambiguo como "lumbalgia", "ansiedad", o "depresión", porque así puede expresarlo al médico el sujeto que lo padece.

En nuestra opinión, el agotamiento emocional parece ser el núcleo más consistente del síndrome de burnout. Supone una "carga" en nuestra vida afectiva que va a expresarse con síntomas de la esfera psicopatológica más que de la esfera somática. Según este punto de vista, las búsquedas que se hacen encaminadas a asociar el agotamiento emocional con trastornos somáticos, podrán señalar sólo un reflejo inespe-

cífico de éste padecimiento, que se mostrará más claramente en la esfera afectiva. Para ello, habría que protocolizar una entrevista personalizada encaminada a la valoración del estado de ánimo así como de otros aspectos relativos a la esfera afectiva, como seguridad yoica, ansiedad, etc. Y esperamos que posteriores investigaciones se encaminen en ésta dirección.

Citábamos al inicio un segundo grupo de trabajos que centran sus objetivos en la respuesta inmunológica del organismo y en reacciones neuroendocrinas. Comentaremos algunos de ellos, publicados en 1999.

Melamed, et al. (1999) estudiaron en el Instituto de Salud Laboral de Israel, los niveles de cortisol en saliva en tres grupos de trabajadores: un grupo formado por sujetos con síntomas de burnout crónico, en los que los síntomas tenían al menos 6 meses de evolución, otros sujetos sin burnout y otro grupo compuesto por sujetos que referían padecer burnout recientemente. En el primer grupo encontraron mayor tensión en el trabajo, irritabilidad, trastornos del sueño, sensación de levantarse cansados y un nivel de cortisol más elevado durante la jornada laboral. Estos resultados señalan un mayor riesgo de padecimiento de accidentes cerebrovasculares en los sujetos afectados de burnout.

En relación también con los niveles de cortisol, encontramos interesante un trabajo de Pruessner, Hellhammer y Kirschbaum (1999) del Centro de Investigaciones psicobiológicas y psicósomáticas de la Universidad de Trier (Alemania) que estudiaron en maestros los niveles de cortisol por la mañana durante tres días, y posteriormente administraron 0,5 mg de dexametasona la noche del tercer día para medir a la mañana

siguiente de nuevo la tasa de cortisol. El grupo de sujetos que tenían un índice de percepción de estrés alto, presentaba elevado el cortisol durante la primera hora de la mañana, antes de la administración de la dexametasona. Los sujetos que puntuaban alto en burnout, tenían más bajo el nivel de cortisol todos los días, y mostraban descenso acentuado del nivel de cortisol tras la aplicación de dexametasona. El grupo de profesores que presentaba altos niveles de burnout y alto índice de estrés percibido, apareció un comportamiento "Mixto": los dos primeros días presentaban bajos niveles de cortisol por la mañana, con fuertes incrementos de secreción de cortisol la mañana que se administró la dexametasona. (es decir, tenían una respuesta neuroendocrina como la observada para los pacientes deprimidos). Este último grupo también mostró menos autoestima, locus de control externo más fuerte y más número de trastornos psicósomáticos. De todo ello concluyen que, en sujetos que perciben estrés, y los sujetos que padecen burnout, tiene diferencias en la regulación del eje hipotálamo-pituitario-adrenal.

¿Podemos deducir que son dos grupos de sujetos distintos? En nuestra opinión, parece que estos hallazgos, por sí mismos, no tienen consistencia suficiente como para concluir que burnout y estrés implican dos formas distintas de expresión psicósomática, y que por tanto son dos fenómenos distintos, aunque iluminan un camino que quizá merezca la pena explorar.

Nakamura, Nagase, Yoshida y Ogino (1999), en la Universidad de Kanazawa, Japón, midieron el padecimiento de burnout mediante el MBI y la actividad de las células "NK" (Natural Killer) en 42 trabajadores. Encontraron relación entre una cifra elevada en despersonalización y bajas

tasas de NKCA, así como de CD57 y CD16 en el total de linfocitos. No existían diferencias significativas entre los grupos de trabajadores con respecto a conductas de abuso o tóxicas. Con un análisis de regresión múltiple concluyen que la NKCA está fuertemente relacionada con la despersonalización del MBI, independientemente de otras variables, incluyendo el índice de estrés.

En una línea de investigación próxima, encontramos los resultados de Lerman, et al. (1999), del grupo de la Universidad de Tel-Aviv en Israel, que relacionan el burnout con la LAA (LeuKocyte Adhesiveness/Aggregation) y con trastornos psicósomáticos. De sus resultados destacan que, burnout y trastornos psicósomáticos correlacionaban positivamente, así como burnout y LAA; pero no encontraron relación entre los trastornos psicósomáticos (que admiten ser equivalentes a padecimiento de estrés) y la LAA. Por ello, concluyen que burnout y estrés, deben ser conceptos diferentes.

Como vemos de nuevo, las conclusiones citadas por sus autores parecen ser algo arriesgadas, aunque estos estudios sobre la actividad inmunológica y las respuestas neuroendocrinas parece que muestran, como hemos dicho más arriba, como una vía interesante en el mayor conocimiento de la respuesta somática ante las situaciones de estrés y burnout.

## BIBLIOGRAFIA

GIL-MONTE, P. y PEIRO, J. M. (1997). *Desgaste Psíquico en el trabajo. el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

GIL-MONTE, P. R., PEIRO, J. M., VALCARCEL, P. y GRAU, R. (1996). La inci-

dencia del síndrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis*, 16(4) 37-42

GOLEMBIEWSKI, R.T., MUNZENRI-DER, R y STEVENSON, J.G. (1986). *Stress in organizations. Toward a phase model of burnout*. New York: Praeger.

LERMAN, Y., MELAMED, S., SHRAGIN, Y., KUSHNIR, T., ROTGOTZ, Y., SHIRON, A. y ARONSON, M. (1999). Association between burnout at work and leukocyte adhesiveness/aggregation. *Psychosomatic Medicine*, 61(6), 828-833.

MASLACH, C. y JACKSON, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto. California: Consulting Psychologists Press.

MELAMED, S., UGARTEN, U., SHIRON, A., KAHANA, L., LERMAN, Y. y

FROOM, P. (1999). Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. *Journal of Psychosomatic Research*, 46 (6), 591-598.

NAKAMURAM, H., NAGASE, H., YOSHIDA, M. y OGINO, K. (1999). Natural Killer (NK) cell activity and NK cell subsets in workers with a tendency of burnout *Journal of Psychosomatic Research*, 46(6), 569-578.

OLZA, I. (1999). *Estudio de la satisfacción laboral y el síndrome de burnout en los profesionales sanitarios de un hospital general*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Zaragoza.

PRUESSNER, J. C., HELLHAMMER, D. H. y KIRSCHBAUM, C. (1999). Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening. *Psychosomatic Medicine*, 61(2), 197-204.