

Revisión

El estrés crónico y sus consecuencias clínicas: el síndrome de *Burnout*

GUSTAVO E. TAFET, CESAR A. CABRAL†

GUSTAVO E. TAFET. Doctor en Medicina, especialista en Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría y Neurociencias, Universidad Maimónides. Buenos Aires, R. Argentina.

CESAR A. CABRAL.†
Fundación Acta Fondo para la Salud Mental. Buenos Aires, R. Argentina.

Se ha demostrado la importancia del estrés crónico en el origen y desarrollo de numerosos cuadros clínicos, en los cuales es posible identificar un extenso espectro ansioso-depresivo. Dentro de este espectro, el síndrome de *Burnout* constituye un cuadro clínico cuyas características lo sitúan en la interfase entre ambas condiciones en el que, además, se puede identificar una serie de características distintivas tales como el estado de agotamiento emocional, la despersonalización y la frustración debida a la falta de realización personal, todas características relacionadas con un determinado contexto laboral. El desarrollo de este cuadro depende de la interacción entre el sujeto y su entorno laboral, incluyendo los diversos factores ambientales y los recursos con que cuenta el propio sujeto para afrontarlos. El abordaje del síndrome de *Burnout* requiere de un adecuado diagnóstico diferencial con otras condiciones del espectro ansioso-depresivo. De esta manera, un diagnóstico más preciso permitirá ofrecer la mejor posibilidad de implementar estrategias psicofarmacológicas y psicoterapéuticas más eficaces.

Palabras clave: Estrés – Depresión – *Burnout*

Chronic Stress and its Clinical Consequences: The Burnout Syndrome

It has been shown that chronic stress plays a critical role in the origin and development of various clinical disorders, where it is possible to identify an anxious-depressive spectrum. Therefore, the burnout syndrome represents a clinical entity that shares various features in the interface of both, stress and depression, where it is possible to identify specific features such as the typical emotional exhaustion, depersonalization, and frustration due to lack of personal accomplishment. All these features are related to the interaction between the person and the work environment, including different environmental stressors and the personal resources to cope with them. Therefore, it is important to have accurate diagnostic procedures to distinguish burnout from other anxious-depressive disorders in order to develop more accurate and specific psychopharmacologic and psychotherapeutic strategies.

Key Words: Stress – Depression – *Burnout*.

CORRESPONDENCIA
Dr. Gustavo Tafet. Hidalgo 775,
C1405BCK.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina;
psiquiatria@maimonides.edu

Introducción: el estrés y sus consecuencias

El concepto de estrés es ampliamente conocido y básicamente aceptado como una situación natural en la vida de toda persona. El estrés es considerado la respuesta natural de un organismo en presencia de un estímulo [15, 16]. En ese sentido, se ha demostrado que el estrés no siempre constituye una situación adversa, pudiendo distinguirse un tipo de estrés positivo, generado por estímulos deseables, predecibles y controlables, denominado «*eustress*». Por el contrario, se denomina «*distress*» al estrés negativo, aquel producido ante situaciones adversas o incontrolables percibidas subjetivamente como amenazantes. En presencia de diversos factores de estrés, también denominados «estresores», el organismo reacciona rápidamente mediante la activación de un sistema de defensa, con un amplio repertorio de funciones orientadas a la protección o recuperación del equilibrio interno y la adaptación al cambio, constituyendo un conjunto de respuestas adaptativas que, en última instancia, permiten afrontar adecuadamente la demanda, preparando al sujeto para «la lucha o la fuga» [4]. Esto incluye la activación del sistema nervioso autónomo (SNA), que involucra al sistema simpático y al para-simpático y la activación de estructuras del sistema nervioso central (SNC) responsables de regular al SNA y al sistema neuro-endocrino (SNE) constituido por el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (o hipotálamo-pituitario-adrenal, HPA), con la consecuente liberación de CRH, ACTH y cortisol. La constante presencia de diferentes estímulos adversos, cuyo impacto es percibido de manera sostenida y prolongada, determina la sobreexigencia de este sistema, como ocurre en las situaciones de estrés crónico.

La respuesta adaptativa ante una situación de estrés crónico dependerá de la posible interacción entre las características propias de los factores de estrés, incluyendo su intensidad, duración y frecuencia y de la evaluación subjetiva de dichos factores, en función de los recursos con que pueda contar el sujeto para afrontarlos. De esta manera, se ha descrito un modo «activo» de respuesta, de tipo defensivo, asociado a una situación de amenaza al control de la situación y orientado a defender o recuperar dicho control. Este tipo de respuesta adaptativa se asocia con una mayor actividad del SNA y se observa con mayor frecuencia ante situaciones de estrés agudo. Por otra parte, se ha descrito un modo «pasivo» de respuesta, asociado a una situación de pérdida del control y, por lo tanto, puede ser percibido sub-

jetivamente como una derrota. Este tipo de respuesta va perdiendo su condición adaptativa, constituyendo una respuesta «mal-adaptativa»; se asocia con una mayor actividad del eje HPA y se observa con mayor frecuencia ante situaciones de estrés crónico.

En situaciones adversas, en las cuales un sujeto se ve sometido al impacto de factores ambientales que lo afectan de manera sostenida y prolongada y donde, a pesar de sus esfuerzos iniciales, no logra resultados que le indiquen la posibilidad de afrontar eficazmente la situación es posible que vaya perdiendo recursos o que, al menos, ésta sea su impresión a nivel subjetivo. En este caso, el sujeto comienza a creer que todos sus esfuerzos son en vano, que todas sus acciones son irrelevantes y sin posibilidades de reportarle ningún resultado concreto. De esta manera, se inicia un proceso de inercia en el que se aprende a percibir las situaciones de estrés de manera continua, de modo indeseable, impredecible e incontrolable, evitando reaccionar o sin generar ningún tipo de respuesta. El resultado de este proceso es un estado de aplanamiento afectivo, con sentimientos de desgano, abatimiento, falta de voluntad y falta de iniciativa para iniciar o sostener cualquier tipo de tarea. Esta situación fue descrita por Martin Seligman en 1967, quien la observó inicialmente en condiciones experimentales y luego también en la práctica clínica, situación que describió originalmente en inglés como *learned helplessness* [13, 14]. Dado que no existe una traducción literal, esta expresión ha sido interpretada y libremente traducida al español como «indefensión», «desamparo», «desvalimiento», «impotencia» o, incluso, «desesperanza» aprendida, para referirse a la sensación subjetiva de falta de ayuda o de carencia de recursos; ésta se puede observar comúnmente como resultado de un estrés crónico y muchas veces representa la puerta de entrada en el camino de la depresión.

En ese mismo camino se han descrito numerosos cuadros que por sus características clínicas se los puede considerar dentro del espectro ansioso-depresivo. El DSM IV incluye un trastorno por estrés agudo (TEA) y diversos trastornos por estrés crónico, entre los cuales se destacan el trastorno por estrés postraumático (TEPT), que puede ser provocado por un fuerte impacto emocional ya sea de tipo bio-ecológico o psico-social y, fundamentalmente, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), que resulta claramente iden-

tificado como resultado del impacto sostenido y prolongado de factores de estrés psico-social. Además, se han descrito otros cuadros clínicos de tipo ansioso-depresivo cuyas características apuntan a identificar el origen del estrés, como es el caso del síndrome de ansiedad por disrupción (SAD), donde el factor de estrés no es un evento puntual y concreto, como en el TEPT, sino la interacción continua con un entorno disruptivo [2] y, más recientemente, el síndrome ansioso-depresivo por acoso moral (SADAM), donde el factor de estrés está claramente asociado a las características disruptivas de un vínculo social, como ocurre frecuentemente en el entorno laboral ante situaciones de acoso u hostigamiento también definidas como «psico-terrorismo» o *mobbing* [17]. El desarrollo de estos diferentes cuadros clínicos estará condicionado, entonces, por las características del estrés, el tipo de impacto que produce, la intensidad, duración y frecuencia de los diferentes factores de estrés que puedan converger en un mismo tiempo y los recursos cognitivos y emocionales con los que cuenta cada persona o, de dicho modo más preciso, su propia valoración subjetiva (*cf.* figura 1; en la parte superior del esquema se representa el impacto de los diversos factores de estrés, en la parte inferior la respuesta medida por los recursos con que cuenta el sujeto y entre ambos se representa una secuencia clínica progresiva que abarca diversos cuadros clínicos que pueden manifestarse como consecuencia de las interacciones entre ambos factores).

Origen y desarrollo del síndrome de *Burnout*

Dentro del amplio espectro clínico que marca el recorrido entre el estrés crónico y la depresión y

compartiendo numerosos aspectos propios de la interfase entre ambas condiciones se encuentra el Síndrome de *burnout*. Este cuadro fue descrito por primera vez por Herbert Freudenberger en 1974, quien destacó la sensación subjetiva de fracaso y agotamiento, producto de una sobrecarga por exigencias desmedidas de energía, recursos personales e, incluso, fuerza espiritual [6]. Si bien el origen del término *burnout* es incierto, algunos autores sugieren que fue tomado de una expresión utilizada en aeronáutica en los años '40, donde se la utilizaba para referirse al agotamiento de los motores de los aviones [5]; otros proponen que fue tomado de una expresión coloquial de los años '60, la cual se utilizaba para referirse a los efectos del consumo prolongado de abuso de drogas [18]; y otros han llegado incluso a proponer que fue inspirado en una novela del escritor británico Graham Greene publicada bajo el título *A Burn-Out case* en 1960. Más allá de sus orígenes, Freudenberger tomó esta expresión y la utilizó originalmente para referirse a la situación de desgaste y agotamiento que observaba en algunos voluntarios que trabajaban en organizaciones de ayuda a fines de los '60 y principios de los '70.

Por la misma época, Cristina Maslach utilizó esta misma expresión en sus estudios en sujetos afectados por estados de sobrecarga emocional, fundamentalmente en el entorno laboral, que, a su vez, se traducía en la pérdida de responsabilidad profesional [8]. Este aspecto resultaba evidente en personas involucradas en tareas que implicaban algún tipo de atención o de ayuda hacia otras personas, como pueden ser los trabajadores de la salud o de la educación. De esta manera, Maslach

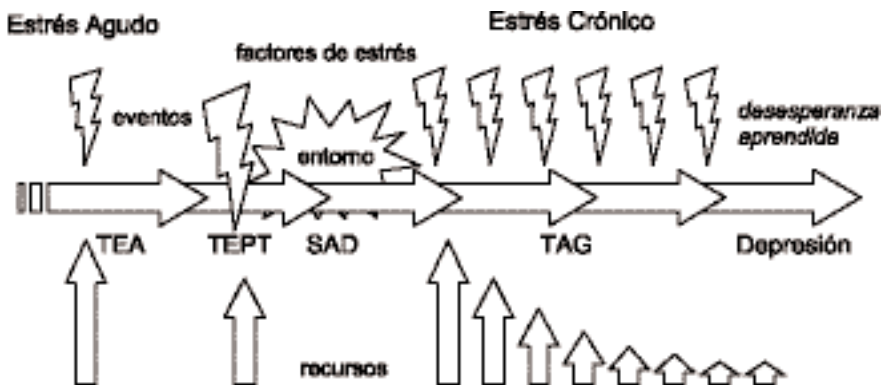


Fig. 1. Secuencia clínica progresiva

y Jackson proponen una definición más precisa del síndrome de *burnout*, en la cual destacan el agotamiento emocional, la despersonalización y la sensación subjetiva de baja realización personal [9, 10?], todo esto como parte una respuesta inapropiada o mal-adaptativa frente a una situación de estrés crónico de tipo psico-social, como puede observarse frecuentemente en el entorno laboral. En una definición posterior, Pines y Aronson hacen referencia a ese mismo estado de agotamiento mental, físico y emocional como respuesta a situaciones que implican demandas emocionales pero independientemente del tipo de tarea que realicen las personas afectadas [11].

Las características principales del síndrome de *burnout* pueden entenderse siguiendo la definición propuesta por Maslach y Jackson. En primer lugar, se destaca el estado de agotamiento emocional, originalmente definido en inglés como *emotional exhaustion*. Esta expresión ha sido interpretada como cansancio, fatiga, extenuación, desgaste o agotamiento y no sólo se observa a nivel emocional, sino que resulta igualmente evidente a nivel físico, constituyendo un estado de «agotamiento total». Dicho estado puede ser objetivamente observado en la presentación clínica y suele ser subjetivamente registrado por el propio paciente, quien refiere que «ya nada se puede hacer», no hay nada que pueda dar ni ofrecer para ayudar a otros o ya no cuenta con suficientes recursos a nivel emocional (una situación similar a la descrita previamente como «desesperanza aprendida»). A esto se agrega un sentimiento de inadecuación personal en las tareas habituales, con una sensación subjetiva de frustración por la falta de logros personales, originalmente definida en inglés como *personal accomplishment*. Esto, a su vez, genera una evaluación negativa del propio sujeto, quien experimenta sensaciones de desvalorización y rechazo hacia sí mismo, retro-alimentando el círculo vicioso de baja autoestima.

Finalmente, el sujeto presenta un estado definido como «despersonalización», en el cual la persona tiende a aislarse, en un intento por preservarse frente a la falta de recursos emocionales y, en consecuencia, comienza a desarrollar actitudes negativas que van desde una actitud indiferente o insensible hacia los demás hasta reacciones francamente hostiles y agresivas, continuando de esta manera con la retro-alimentación del mismo círculo vicioso de la frustración, el aislamiento, y la desesperanza aprendida.

Si bien la expresión *burnout* fue traducida literalmente del inglés al castellano como «estar quemado», varios autores consideran que el «síndrome del quemado» es una metáfora que no representa claramente las características observables en este cuadro clínico y que dicha expresión inglesa no se corresponde con las que podrían utilizarse de manera más adecuada en la lengua española. En ese sentido, existen antecedentes en la descripción de ciertos cuadros clínicos que comparten importantes similitudes con el síndrome de *burnout*, particularmente en relación con estrés y la actividad laboral. De esta manera, varios autores han intentado traducir al castellano la esencia del síndrome de *burnout* utilizando definiciones más orientadas a la descripción clínica que a la traducción literal. Algunos de los términos propuestos hacen hincapié en las causas, destacando el estrés laboral, mientras que otros prefieren poner mayor énfasis en algunas de las principales consecuencias clínicas del síndrome, como es el desgaste psico-físico, la extenuación de los recursos y, fundamentalmente, el agotamiento emocional. Entre ellos cabe mencionar el concepto de «agotamiento vital», originalmente descrito en inglés como *vital exhaustion*, que se caracteriza por sentimientos de fatiga o falta de energía, irritabilidad y desmoralización [1]. Esto ha sido asociado a una sobrecarga en el trabajo y, esencialmente, a la dificultad para hallar recursos que le permitan una adecuada adaptación al estrés laboral. En ese mismo sentido, se identifica también el «síndrome neurasteniforme de fatiga nerviosa», un cuadro que fue definido como «producto del desacople entre los tiempos neurofisiológicos del SNC y los ritmos de trabajo» [3]. De esta manera, si bien no existe una denominación adecuada en la lengua española que incluya los aspectos más representativos del síndrome de *burnout*, es posible sugerir nuevas denominaciones como «Síndrome Ansioso-Depresivo por Extenuación» (SADE) o también «Síndrome Ansioso-Depresivo por Agotamiento Total» (SADAT).

Presentación clínica: las etapas del *Burnout*

Tal como se describe en otros trastornos por estrés crónico, el síndrome de *burnout* también implica un proceso en el cual se puede observar una serie de etapas sucesivas. La etapa inicial se caracteriza por el agotamiento emocional provocado por el desajuste entre el esfuerzo realizado y el cansancio experimentado. El esfuerzo se asocia generalmente a las elevadas expectativas y, en función de las mismas, a las propias exigencias del sujeto. Las expectativas no satisfechas se

asocian, a su vez, con el cansancio desmedido que comienza a experimentar el sujeto en esta etapa. Esto provoca una creciente sensación de insatisfacción, fastidio e irritabilidad. Puede observarse un estado de constante ansiedad, con síntomas de alteración del SNA, incluyendo palpitaciones, cefaleas y variados síntomas psicósomáticos, dificultades en la atención y la concentración y alteración del sueño, con el consiguiente deterioro cognitivo-emocional. En una segunda etapa es posible advertir una hiperactividad compensatoria en un intento por superar el cansancio inicial que, a su vez, aumenta la sensación de agotamiento y los intentos del propio organismo por preservar sus recursos y que se manifiesta como un constante cansancio, con sentimientos de apatía y falta de motivación. Esta etapa se caracteriza por una tendencia al retraimiento social y un mayor aislamiento, que se traduce en actitudes de indiferencia afectiva, hostilidad y agresividad que, comúnmente, se definen como «deshumanización» o «despersonalización». En esta etapa resulta evidente el constante deterioro en la capacidad de trabajo, particularmente en las interacciones sociales del sujeto con su entorno, tanto con sus pares como con los destinatarios de sus servicios así como un mayor ausentismo laboral.

Además, es frecuente observar un aumento del consumo de sustancias psico-activas, incluyendo café, tabaco, alcohol y psicofármacos, una marcada dificultad para relajarse y disfrutar; asimismo, se presentan sentimientos de impaciencia e irritabilidad y tendencia a adoptar actitudes hostiles y agresivas, pudiendo llegar a incurrir en conductas de alto riesgo. Si el círculo vicioso continúa, se observa una tercera etapa de mayor agotamiento, fatiga o extenuación psicofísica, que se caracteriza por sentimientos de tristeza y anhedonia. Esta etapa de agotamiento puede profundizarse aún más, generando una sensación subjetiva de desesperanza y un sentimiento abrumador de frustración que afecta enormemente a la autoestima y a la autoconfianza, con lo cual se acentúa el aislamiento. Esta situación de «desesperanza aprendida», como consecuencia del impacto sostenido y prolongado de diversos factores de estrés y la falta de recursos para afrontarlos adecuadamente, puede conducir al desarrollo de un cuadro depresivo con diferentes manifestaciones de tipo psicósomático.

Diagnostico: instrumentos de medida del Burnout
Desde los primeros trabajos que comenzaron a

definir este concepto, con sus correspondientes criterios diagnósticos, surgió la necesidad de diseñar instrumentos que permitiesen establecer mayores precisiones diagnósticas. Si bien se han descrito numerosas escalas de *burnout*, a continuación mencionamos aquellas que han tenido mayor difusión. El *Staff Burnout Scale* (SBS) [7] es una escala diseñada para profesionales de la salud que permite evaluar insatisfacción con el trabajo, tensión psicológica e interpersonal, enfermedad y tensión y relaciones profesionales con los pacientes. El *Burnout Measure* (BM) [12] es una escala diseñada tanto para los profesionales de la salud como para trabajadores de otras áreas que permite evaluar el estado de agotamiento físico, emocional y mental. El *Maslach Burnout Inventory* (MBI) [10] es, sin duda, el instrumento más utilizado en la mayor parte de las investigaciones sobre este tema. Consiste en una escala de 22 ítems divididos en tres sub-escalas que agrupan los aspectos fundamentales del *burnout*: la sub-escala de Agotamiento Emocional (*Emotional Exhaustion*) la cual evalúa los sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente; la sub-escala de Despersonalización (*Depersonalization*) la cual evalúa la actitud impersonal y la falta de empatía con las otras personas del entorno laboral; y la sub-escala de Realización Personal (*Personal Accomplishment*) la cual evalúa los sentimientos de competencia y realización personal. De acuerdo con esta escala, una puntuación elevada en las dos primeras sub-escalas junto con una baja puntuación en la tercera sugiere un mayor riesgo de *burnout*.

Conclusiones

Es evidente que una misma situación de estrés crónico puede inducir a diferentes respuestas en diferentes personas pero, aún así, las diferentes manifestaciones clínicas siguen respondiendo a un mismo esquema original: la necesidad de hallar una respuesta adaptativa que permita preservar o recuperar el equilibrio. En ese sentido, el síndrome de *burnout* representa un cuadro clínico claramente definido y exhaustivamente estudiado, en el que se puede identificar una serie de características distintivas como el estado de agotamiento, la despersonalización y la frustración debida a la falta de realización personal, todo ello en relación a con un determinado contexto laboral.

El desarrollo de este cuadro depende de la interacción entre el sujeto y el entorno laboral en el que, además, se puede identificar una serie de

factores relacionados específicamente con el entorno, como diversos estresores laborales que actúan como factores individuales o en conjunto, como parte de un entorno disruptivo y factores relacionados con las variables personales de cada sujeto. Así como las causas se pueden identificar en la interacción de las personas con su entorno, de la misma manera se puede claramente identificar el impacto de las consecuencias tanto en la salud de las personas directamente afectadas como en la salud de su entorno.

El síndrome de *burnout* puede afectar el desarrollo organizacional en una variedad de aspectos que incluyen el deterioro de las condiciones de trabajo, mayor ausentismo y conflictos interpersonales, todo lo cual repercute en los objetivos y en la calidad de los resultados de la misma organización. Pero, fundamentalmente, afecta a la persona que lo sufre, quien presenta un complejo cuadro

de tipo ansioso-depresivo, en el cual se destaca un total agotamiento psicofísico que representa un importante riesgo para su salud a todo nivel y, por lo tanto, requiere atención inmediata. Si los problemas son detectados en etapas iniciales se recomienda la implementación de estrategias preventivas tendientes al desarrollo de los propios recursos del individuo que, a su vez, se pueden extender a su entorno.

El abordaje del síndrome de *burnout* requiere de un importante diagnóstico diferencial con otros cuadros del espectro ansioso-depresivo, incluyendo los diversos trastornos de ansiedad y trastornos del ánimo como la depresión, de manera que el diagnóstico más preciso pueda ofrecer la mejor posibilidad de implementar las estrategias psicofarmacológicas y psicoterapéuticas más eficaces, sin olvidarnos de la importancia de su impacto en el contexto psico-social.

Referencias

1. Appels A. Psychological prodromata of myocardial infarction and sudden death. *Psychother Psychosom.* 1980; 34 (2-3):187-95.
2. Benyakar M, Collazo C, Tafet GE. El Síndrome de Ansiedad por Disrupción. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat.* 2005; 51 (3):232-36.
3. Cabral CA. Psicopatología del trabajo. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat.* 1988; (3):237-42.
4. Cannon W. *The Wisdom of the Body.* New York: Norton; 1932.
5. Felton JS. Burnout as a clinical entity - its importance in health care workers. *Occup. Med.* 1988; 48 (4): 237-50.
6. Freudenberger H. Staff Burnout. *Journal of Social Issues.* 1974; 30 (1):159-65.
7. Jones JW. *The Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP).* Park Ridge, IL: London House Press; 1980.
8. Maslach C. Burned-out. *Human Behaviour.* 1976; 5(9): 16-22.
9. Maslach C & Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour.* 1981; 2: 99-113.
10. Maslach C & Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory Manual (research edition).* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1981.
11. Pines A & Aronson E. *Carrer burnout: causes and cures,* New York: TheFree Press; 1988.
12. Pines A, Aronson E & Kafry D. *Burnout: From Tedium to Personal Growth.* New York: Free Press; 1981.
13. Seligman MEP. *Helplessness: On Depression, Development, and Death.* San Francisco: W.H. Freeman; 1975.
14. Seligman MEP & Maier SF. Failure to escape traumatic shock. *J Exp Psychol Gen.* 1967; 74:1-9.
15. Selye H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *J. Clin. Endocrinol.* 1946; 6: 117-230.
16. Selye H. *The Stress of Life.* New York: McGraw-Hill; 1978.
17. Tafet GE, Feder DJ. El mobbing y sus consecuencias: el síndrome ansioso-depresivo por acoso moral. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat.* 2008; 54(1): 21-7.
18. Vega ED, Pérez Urdániz A. *El Síndrome de burnout en el médico.* Madrid: Smith Kline Beecham; 1988.