

¿EL BURNOUT ENFERMA?

En el presente Suplemento de la Revista Argentina de Medicina, diferentes autores revisarán extensa y profundamente el tema del burnout. Abordarán desde sus diferentes definiciones, algunas de ellas de compleja interpretación, quizá por partir de la rama de la psicología, hasta el diagnóstico, cuyos criterios plantean para el médico un desafío, en muchos casos, al momento de llevarlos a la práctica.

Tal vez la dificultad se origina en no poder determinar si el burnout es una “enfermedad”. Y si fuera así, ¿es una enfermedad transmisible? Si consideramos la definición de enfermedad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una “alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”, probablemente alguno de nosotros consideraríamos al burnout como tal, pues cumple con los criterios mencionados. Suponiendo que consideremos que se trata de una enfermedad, ¿podríamos considerarla una enfermedad transmisible o no transmisible? Nuevamente, ejerciendo un principio básico en medicina, definiremos enfermedad transmisible y no transmisible recurriendo a la OMS, que define la primera como aquella que se puede transmitir rápidamente de una persona a otra, por medio de contacto directo o indirecto, y la segunda como “de larga duración, lenta progresión, que no se resuelve espontáneamente y que rara vez logra una curación total”. Concluimos que el burnout podría definirse entonces como “una enfermedad no transmisible” (1).

Sin embargo, y paradójicamente, en el año 2000 el síndrome de burnout fue declarado por la Organización Mundial de la Salud como un **factor de riesgo laboral** por su capacidad para afectar la calidad de vida, la salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida (2). Su definición no se encuentra ni en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – Cuarta edición (DSM-IV)* ni en la nueva versión del *Manual de la Asociación Estadounidense de Psicología (DSM-V)*; en el CIE 10 (Z73) aparece definido como “Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida” y recién se acerca un poco a la definición de Maslach en la subdivisión (Z73.0) “Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)”.

En resumen, el burnout no es una enfermedad, sino un factor de riesgo. Puede afectar la calidad de vida de una persona hasta llegar a poner en riesgo la misma. Pero



Dr. Hugo Milione.

NO se trata de una patología. Y el NO ser oficial y hasta arbitrariamente considerada una enfermedad es uno de los factores principales del fracaso en el abordaje tanto como problema de salud por tratar como de salud pública para resolver.

El burnout es ignorado por la legislación argentina, por las aseguradoras de riesgo del trabajo (ART) y por muchos profesionales de la salud, sobre todo por quienes desempeñan tareas de contralor de ausentismo tanto en empresas privadas como en organismos oficiales. Ahora bien, ¿es posible que sea “poco claro” para los médicos el diagnóstico de sospecha de burnout? ¿Esto no ocurrirá por su estrecha relación diagnóstica con el estrés, y por ello se plantea como “normal”? ¿O será que la definición de los criterios diagnósticos (cansancio o agotamiento emocional; despersonalización; abandono de la realización personal) puedan resultar poco claros? Para responder a este último interrogante está este Suplemento. Entonces en este editorial abordaremos las primeras dos preguntas.

La adecuada salud en el ambiente laboral se alcanza si logramos mantener un equilibrio entre las demandas del ambiente y nuestra capacidad de adaptación a estas (Fig. 1). A este estado lo llamamos *eustrés* (Fig. 2). En general, no produce síntomas o estos son escasos, leves y de corta duración. Esos síntomas son los clásicamente atribuidos al estrés. Este último es un proceso dinámico y permanente en el tiempo. Durante este proceso, seguramente las demandas aumenten y aquí caben dos posibilidades: que nuestra capacidad de adaptación se incremente de la misma manera y logre el equilibrio (Fig. 3) manteniendo así nuestro estado de *eustrés*, o bien que no dispongamos de las herramientas necesarias para llegar a

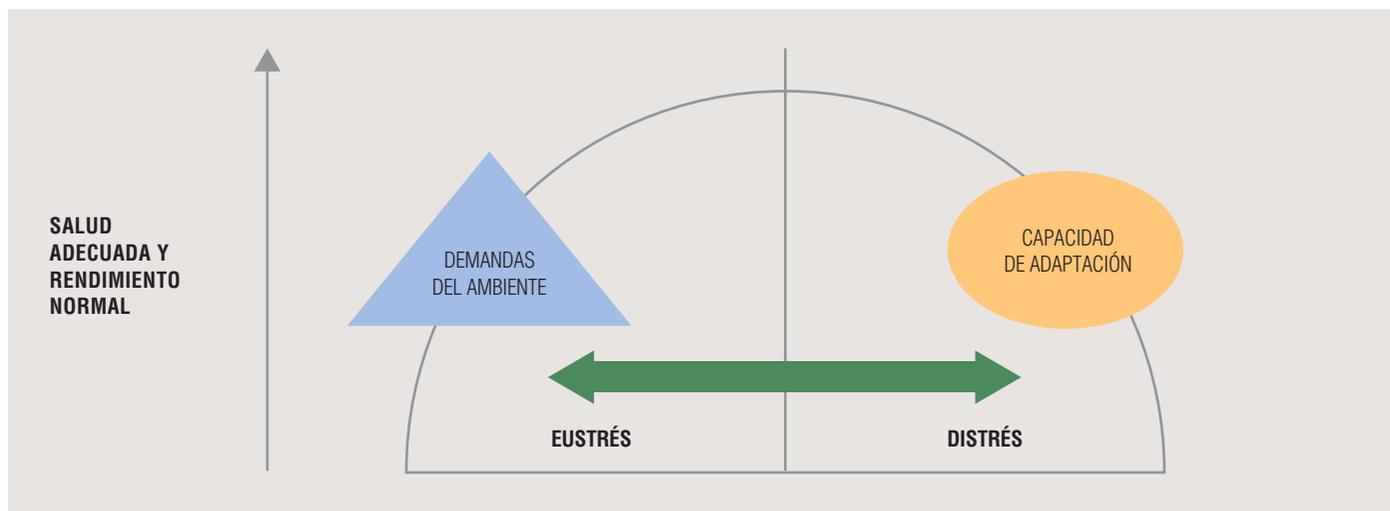


Figura 1. Salud adecuada y rendimiento normal.

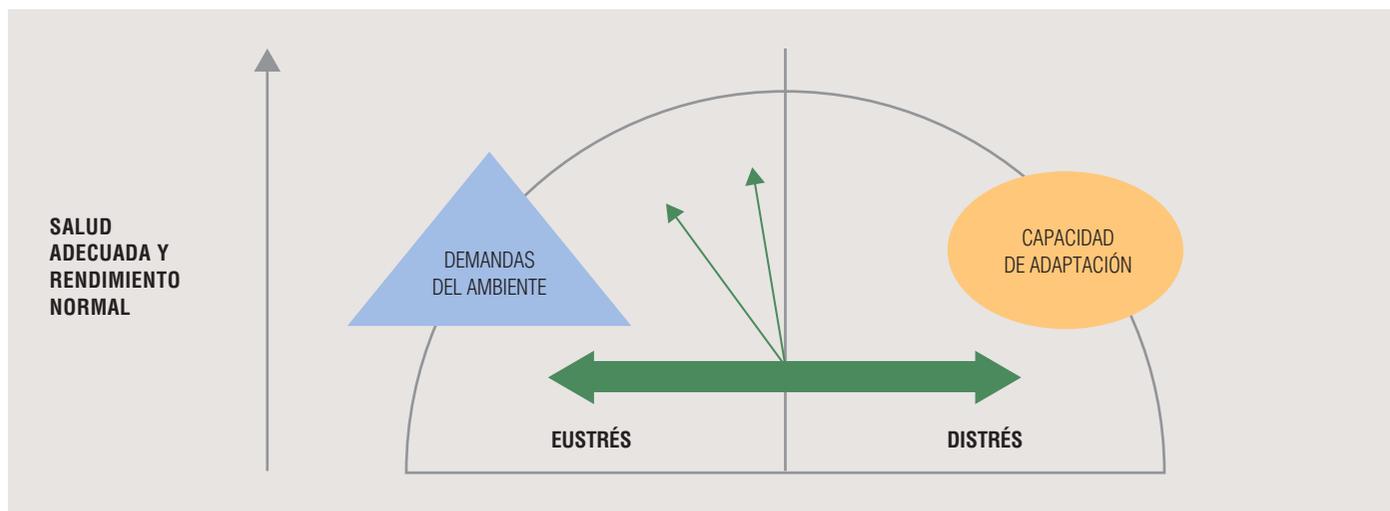


Figura 2. Estado de salud ideal.

mantener el equilibrio (Fig. 4) y entonces comenzaríamos a situarnos en un estado de distrés, en el que los síntomas se agravan o bien aparecen nuevos, asociados al estrés. Aquí surge uno de los puntos que creo clave para enfocar el diagnóstico (y tratamiento posterior): el distrés, en esta etapa, es **reversible**: o bien nos alejamos de las demandas o bien aumentamos nuestra capacidad de adaptación para regresar al estado anterior. (No siempre resulta fácil alejarse de las demandas.)

Si permanecemos en este estado en el tiempo, de la misma manera (demandas altas con capacidad de adaptación **más** baja = desequilibrio permanente), corremos el riesgo de “enfermarnos” de burnout (Fig. 5). Los síntomas de la enfermedad burnout serán similares a los del estrés, pues ya estaban presentes y sólo dependen del tiempo de exposición; también podrán agregarse nuevos. Pero propongo detenernos en uno, que es el que deberíamos buscar activamente en esta etapa como

marcador diagnóstico y al mismo tiempo de gravedad del burnout: la **depresión** (Fig. 6). Las personas con burnout comparten síntomas con quienes padecen depresión clínica (3). Los síntomas atribuidos al burnout y los propios de la depresión se encuentran inseparablemente ligados, aumentando y disminuyendo juntos (4). No menos del 90 % de las personas en quienes se diagnostica burnout cumplen con criterios de depresión del PHQ-9 (5). Los síntomas de burnout y de depresión son difícilmente separables, y se incrementan o merman juntos de manera dinámica en el tiempo (4). Y se ha comprobado que el síntoma agotamiento emocional, criterio central del burnout (6-8) es el que está más fuertemente asociado con la depresión, a diferencia de las otras dos dimensiones definitorias del síndrome: despersonalización y abandono de la realización personal (4) (Fig. 6). Por ello, estaría indicado dirigir el diagnóstico de sospecha de burnout a la búsqueda del agotamiento emo-

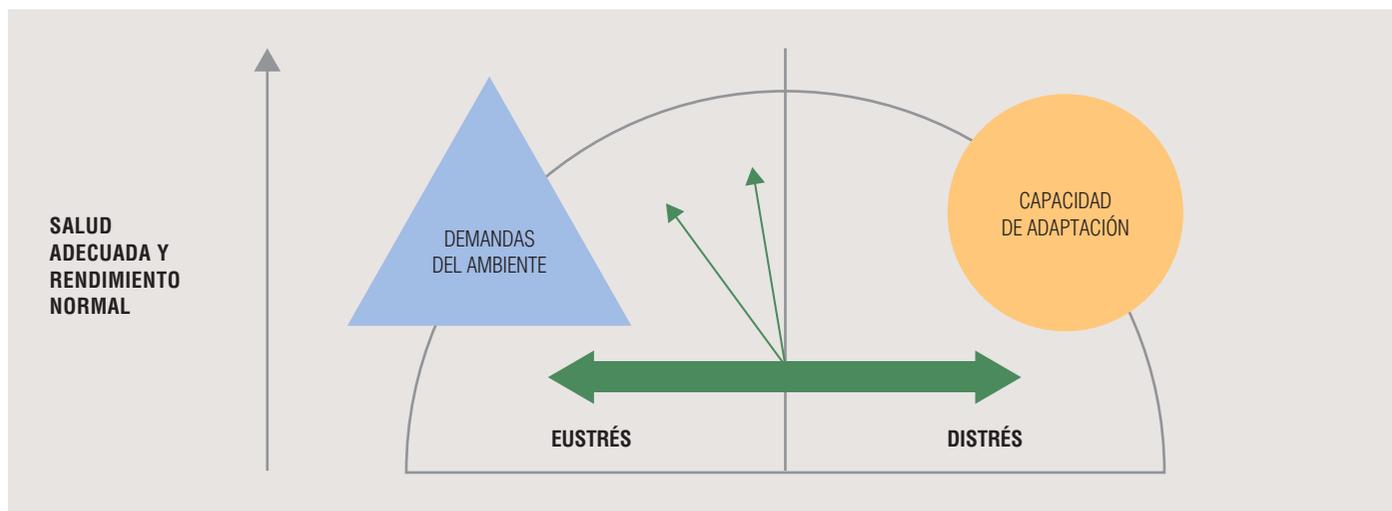


Figura 3. Respuesta normal ante el aumento de las demandas.

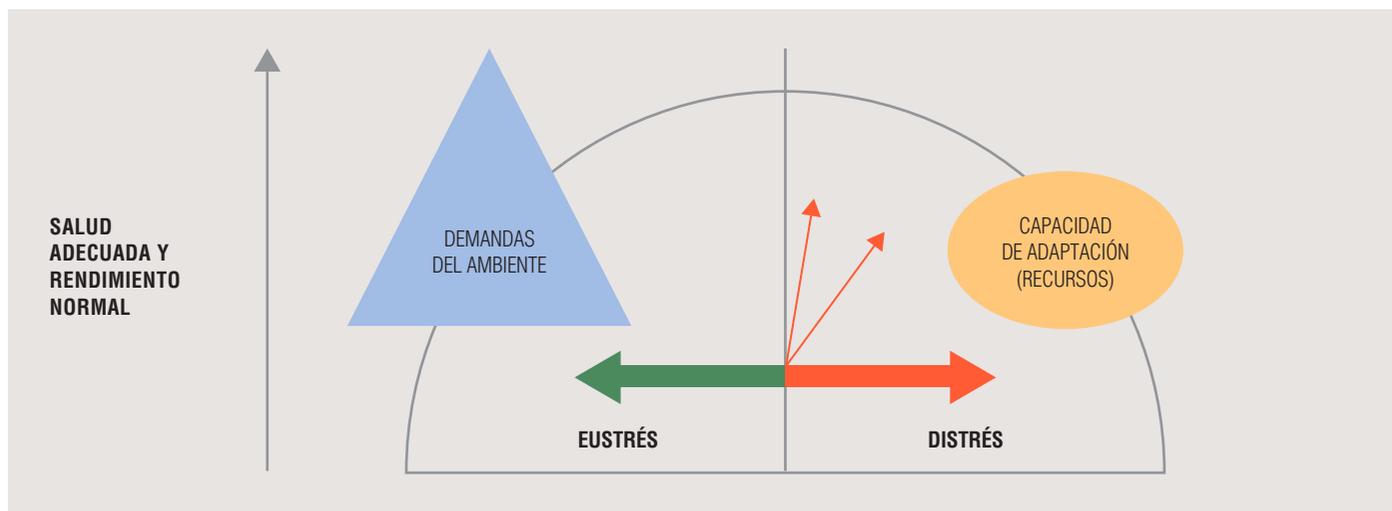


Figura 4. Distrés: estado no saludable.

cional como síntoma. En caso que estuviera presente, deben utilizarse las diversas herramientas simples y validadas disponibles para diagnosticar depresión (p. ej., PHQ 9), confirmando el burnout en caso que estuviera presente.

Por último, en una encuesta realizada en 2019 a más de 15.000 médicos de 29 especialidades en EE.UU. (10), el 44% de los médicos informaron presentar burnout; 11% de ellos se sentía deprimido o triste (depresión coloquial) y 4% de ellos sufría depresión clínica.

En EE.UU. se suicida en promedio un médico por día: la tasa de suicidio más alta de cualquier profesión. La proporción de suicidios médicos es de 28-40 por 100.000, más del doble que la de la población general. Y la mayoría de los médicos no busca ayuda, debido a que la sobrecarga de trabajo habitual, el agotamiento y el descontento se han constituido en algo “normal”, y por ende “no es tan malo como parece”. Los diagnósticos psiquiá-

tricos más frecuentes entre los médicos que se suicidan son los trastornos del estado de ánimo (depresión), el alcoholismo y el abuso de sustancias, no tratadas o mal tratadas, un hecho que subraya la necesidad de una intervención temprana y urgente para detectarlas y actuar en consecuencia (11).

Hugo F. Milione

Médico Internista
Especialista en Salud Laboral
Especialista en Ergonomía
Profesor de Medicina de Salud del Trabajador,
Universidad Nacional de la Matanza

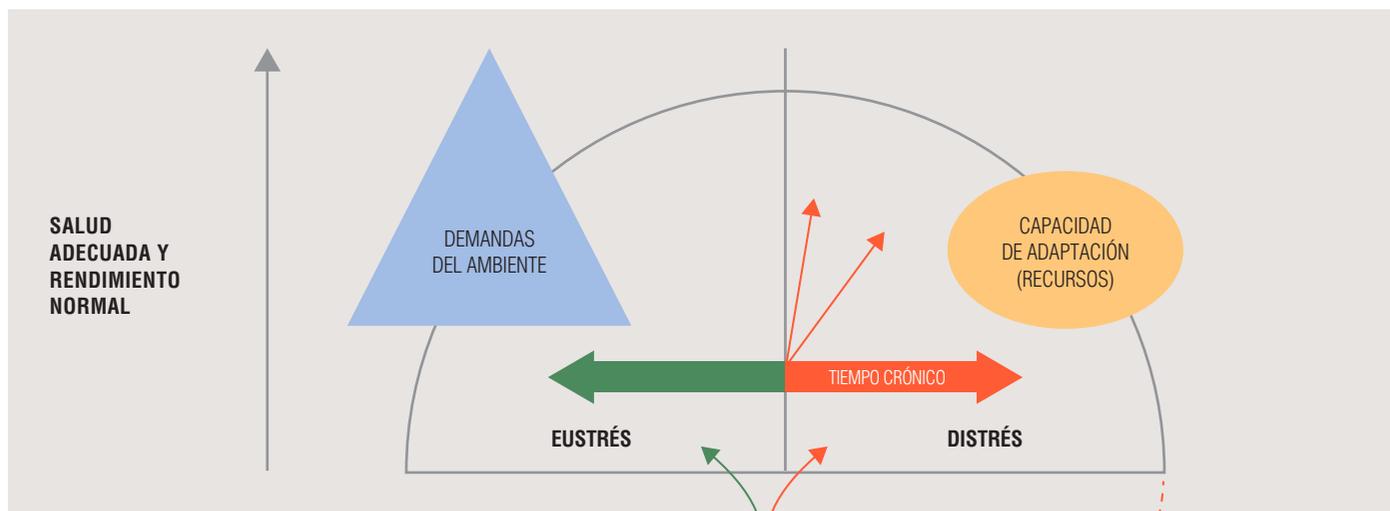


Figura 5. Distrés perdurable: burnout.

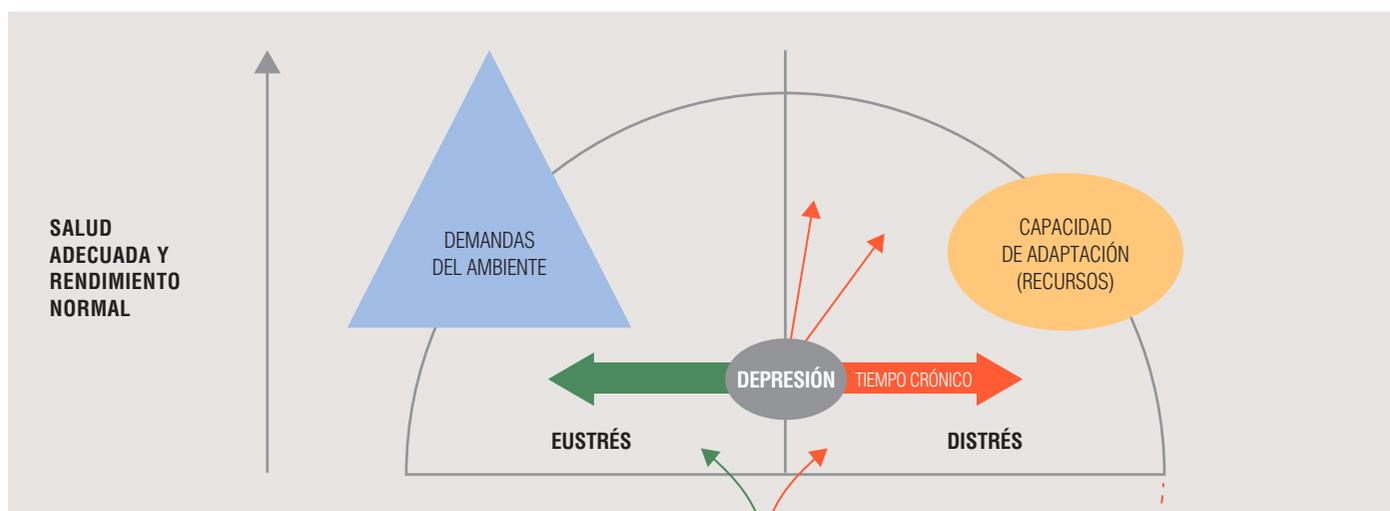


Figura 6. La depresión como marcador de burnout.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) <https://www.who.int/es>
2. Aceves GA. Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias* 2006;11(4):305-9
3. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clin Psychol Rev* 2015;36:28-41. doi:10.1016/j.cpr.2015.01.004
4. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is burnout separable from depression in cluster analysis? A longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015;50(6):1005-11. doi:10.1007/s00127-014-0996-8
5. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatr Ann* 2002;32:509-15. doi:10.3928/0048-5713-20020901-06
6. Ahola K, Hakonen J, Perhoniemi R, Mutanen P. Relationship between burnout and depressive symptoms: a study using the person-centered approach. *Burn Res* 2014;1:29-37. doi:10.1016/j.burn.2014.03.003
7. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
8. Schaufeli WB, Enzmann D. *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London, UK: Taylor & Francis (1998)
9. Cox T, Tisserand M, Taris T. The conceptualization and measurement of burnout: questions and directions. *Work Stress* 2005;19:187-91. doi:10.1080/02678370500387109
10. Medscape National Physician Burnout, Depression & Suicide Report 2019. <https://www.medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-burnout-depression-6011056>
11. T'Sarumi OO, Ashraf A, Tanwar D, Hicks A. Physician suicide: a silent epidemic Deepika Tanwar. Presentación de poster N° 227. Reunión anual de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA-American Psychological Association). Nueva York, May 5-9, 2018