



Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Trabajo Integrador Final

Autoridades de la Universidad

Rector Emérito: Dr. Roberto Kertész

Rector: Mgter. Néstor Blanco

Autoridades de la Carrera Licenciatura en Psicología y de la Unidad Académica

Decana: Lic. Beatriz Labrit

Director: Mgter. Marcelo Godoy

Tutor de contenido: Dr. Gabriel Genise

Tutor metodológico: Lic. Joaquín Ungaretti

**Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos cirujanos de la Ciudad
Autónoma de Buenos Aires**

Herrera, María José - Legajo 15579

Junio del 2018

Índice

1. Introducción	3
2. Estrés	4
2.1 <i>Tipos de estrés</i>	8
2.1 <i>Síndrome de burnout</i>	10
3. Estudios empíricos sobre el estrés/síndrome de burnout	12
4. Planteo del Problema	17
5. Objetivos	18
6. Hipótesis	18
7. Método	19
7.1. <i>Diseño</i>	19
7.2. <i>Participantes</i>	19
7.3. <i>Técnicas de recolección de datos</i>	19
7.4. <i>Procedimiento</i>	20
8. Resultados	21
9. Discusión	26
10. Conclusión	28
11. Referencias	30
12. Anexo	34
12.1 <i>Cuestionario entregado a los participantes</i>	

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (2005) y la Organización Internacional del Trabajo (2017) de los últimos 10 años emitieron referencias que indicaban un aumento en los accidentes y enfermedades laborales, dentro de las cuales se destaca el estrés en contraste con años anteriores. La mayor incidencia del síndrome se observa en profesionales que ejercen funciones asistenciales o sociales, lo cual implica repercusiones sobre la sociedad en general.

Asimismo, en varios estudios recientes se reporta que el ambiente de trabajo en cirugía es altamente demandante en aspectos de responsabilidad, presión asistencial y horas de trabajo, lo cual ubica a los agentes de salud dentro de un grupo de riesgo propenso a “quemarse profesionalmente” (Dimou et al, 2016; Elmore et al, 2016).

Con el objetivo de comprender la problemática del síndrome de burnout, se realizó un recorrido histórico del concepto de estrés, desde sus primeras definiciones y clasificación hasta llegar al síndrome propiamente dicho, haciendo un repaso por el estado en que se encuentran las investigaciones dentro y fuera del país.

Debido a la relevancia del tema a nivel internacional y a la escases de antecedentes en el contexto argentino, la presente investigación evalúa el síndrome de burnout en médicos cirujanos de un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El instrumento utilizado fue el Maslach Burnout Inventory – Human Services (Maslach y Jackson, 1981). El mismo se llevó a cabo a través de una encuesta escrita, estándar y anónima que evalúa tres dimensiones de la vivencia profesional. Aquellas son denominadas agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Se aplicó sobre una muestra de 30 médicos cirujanos, 18 masculinos y 12 femeninos. Sus edades van desde los 28 a 59 años y pertenecen a diferentes especialidades quirúrgicas.

2. ESTRÉS

El estrés es un trastorno que diariamente afecta a más personas que se encuentran en una sociedad que exige una capacitación específica para enfrentar y resolver determinados problemas de índole laboral, social y emocional. Es posible ver sus repercusiones en la salud, calidad de vida y longevidad, las cuales son alimentadas por estilos o hábitos no recomendables (consumir drogas, alcohol, fumar, sedentarismo, comer de forma poco saludable) (Cockerham, 2001). Es interesante plantear si el estrés es el causante de dichas costumbres insanas, o sí es la consecuencia de aquellas.

Asimismo, aumentan las profesiones que se desarrollan con el contacto humano, tales como los servicios médicos, los cuales cuentan con pacientes que imponen demandas, tareas y habilidades específicas junto con malestares (Cherniss, 1980)

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo emitieron referencias que indicaban un aumento en los accidentes y enfermedades laborales. En el año 2002 había alrededor de 1,2 millones de muertes laborales, 250 millones de accidentes y 160 millones de enfermedades profesionales en el mundo, en contraste con las desplegadas en el año 2001 con cifras de 1,1 millones de enfermedades y accidentes laborales, entre las cuales destacaba el estrés.

En el año 2000 la OMS identificó a los factores psicosociales laborales como la presencia de estresores y la percepción que el trabajador tiene de que estos riesgos laborales junto con otros estresores extra laborales (personales, sociales) afecten su salud. Debido a ello, las investigaciones al respecto han ido aumentando con el objetivo de detectarlo y prevenirlo. Por lo tanto, resulta relevante introducir a las principales definiciones del concepto de estrés desde la perspectiva de los primeros autores que lo introdujeron en el campo de la investigación.

Inicialmente, a principios del siglo XX, el investigador norteamericano Cannon (1929) parte de la base que los individuos necesitan de un equilibrio físico-químico para sobrevivir, denominado homeostasis. Aquel refiere a un estado relativamente constante que el organismo busca alcanzar. Por ejemplo, cuando existe un peligro externo el cuerpo se prepara para huir o luchar, así como cuando se enfrenta a bacterias se producen anticuerpos para contrarrestarlas. Es así que el estrés surge como respuesta frente a exigencias que superan y desequilibran aquel estado (Álvarez, 1989).

A mediados del siglo XX, el fisiólogo y médico canadiense Selye introdujo el término “estrés” en el campo de la medicina por primera vez, quien lo definió como “una respuesta

generalizada del organismo ante cualquier estímulo o agente estresor, y a cualquier situación estresante” (Campos, 2006). Aquel lo reconoce como posible generador de enfermedades, lo cual dio lugar a su investigación referida al Síndrome General de Adaptación. El autor lo define como: “la suma de todas las reacciones sistémicas del cuerpo no específicas las cuales siguen después de una larga y continua exposición al estrés” (Selye, 1946).

Aquellas reacciones consisten en la activación del eje hipotálamo-hipófiso-córtico suprarrenal, con elevación de la secreción de corticoides, y del eje simpático-médulo-suprarrenal, como reacción a estímulos inespecíficos (estresores). En el caso de mantenerse esta activación, se produce el síndrome del estrés.

Son muchas las moléculas neurotransmisoras y hormonas que se liberan durante el estrés, la gran mayoría tienen receptores y actividad en las células inmunológicas. Las principales son: glucocorticoides, ACTH, adrenalina (secretada por la glándula adrenal), noradrenalina (secretada en terminaciones nerviosas simpáticas), CRF, histamina, prostanglandina E₂, β-endorfinas y otras. Los glucocorticoides son compuestos pequeños lipofílicos derivados del cortisol, se unen a un receptor intracelular que transporta el cortisol al núcleo para regular la transcripción genética. Los corticoides se producen con ritmo circadiano y aumentan durante el estrés, ampliamente usados como antiinflamatorios potentes, inhiben la migración, citotoxicidad y proliferación de células inmunológicas (Ashwell, 2000).

Asimismo, aquellos son necesarios para proteger al organismo del exceso de respuesta inmune que podría lesionar al organismo. El punto de máxima intensidad de una respuesta inmune coincide con el máximo nivel de ACTH y cortisol.

Selye, logró comprobar que ante una exigencia física extenuante para el organismo, este producía la elevación de las glándulas suprarrenales tales como la ACTH (adenocorticotrofina), la adrenalina y la noradrenalina, además de la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas. A esto lo definió como “estrés biológico”. Llega a la conclusión de que, los cambios fisiológicos a los que eran sometidos los órganos involucrados en diferentes enfermedades tales como las cardíacas, las úlceras o algunos trastornos mentales y afectivos, eran producto de un estrés prolongado sufrido por estos. Denominó estrés a la condición agresora (estresor), y Síndrome General de Adaptación a la respuesta orgánica inespecífica.

El mencionado Síndrome General de Adaptación se desarrolla en tres etapas. La primera es denominada “etapa de reacción o alarma”, en la cual el sujeto se prepara para la lucha o huida, y en la cual el sistema nervioso central libera noradrenalina. Si el estresor

continúa presente, se pasa a la segunda etapa, llamada “resistencia”, frente a la cual el SNA debe proveer de energía al organismo liberando adrenalina, y en el caso de continuar, corticoides. La última etapa es la de “agotamiento”, en dónde los mecanismos de adaptación ambiental no resultaron eficientes y se crean las condiciones para desarrollar trastornos fisiológicos, psicológicos o psicosociales que tienden a ser crónicos o irreversibles debido a la hiperactivación del SNA (Selye, 1975).

Las etapas mencionadas conforman un proceso en el cual el individuo intenta mantener o recuperar el equilibrio poniendo en marcha determinados mecanismos biológicos y conductuales. El problema se presenta, cuando estos mecanismos son superados en su resistencia. Es allí cuando quedará libre el camino para el desarrollo de lo que pudieran ser distintas enfermedades producto del estrés vivenciado por el organismo (Selye, 1975).

La mayor parte de amenazas que sufren las personas son de tipo simbólico por sobre las físicas, dejando al ser humano incapaz de responder de forma exteriorizada, con el cuerpo preparado fisiológicamente para la acción que nunca llega, un estado de preparación que, al mantenerse en el tiempo, puede dañar seriamente al organismo. Aquellas amenazas pueden estar relacionadas con la competitividad laboral, el tráfico, el ruido, las disputas maritales, la educación de los hijos, entre otros. Las consecuencias de la incapacidad del organismo humano para controlar esas variables conllevan alteraciones físicas de índole cardiovascular, hipertensión, úlceras, dolores musculares, asma, pérdida de la calidad de vida, jaquecas, así como el incremento de las conductas de enfermedad (Cockerham, 2001; Mechanic, 1976; Siegrist, Siegrist y Weber, 1986; Turner, Wheaton y Lloyd, 1995).

Otra definición a la que hacemos referencia para la mejor comprensión de este trastorno es la de un psicólogo social quien afirma que "el estrés es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo) bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias percibidas (Mc Grath, 1970).

El autor Lazarus (1993) planteó la importancia de los aspectos emocionales del estrés, caracterizándolo cómo una emoción propiamente dicha. Señala que suele ponerse énfasis en las fuentes del estrés o sus desencadenantes, pero la propia experiencia no recibe el protagonismo que corresponde. Considera que es necesario proporcionar más información relevante sobre la vivencia del sujeto para determinar si la respuesta será de decepción, ira o rabia, y así predecir las conductas que podrían surgir. Previamente, Lazarus y Folkman (1984) proporcionaron diversas maneras de considerar el estrés. Aquella puede ser una respuesta física del individuo, que involucra la activación simpática, liberación de cortisol,

ansiedad, ira, etc.), siendo el estrés una variable dependiente, así como también puede ser un fenómeno del entorno externo (manifestaciones dolorosas como el ruido), siendo una variable independiente, y por último, una interacción particular entre el individuo y el medio, la cual es percibida por el sujeto como amenazante o desbordante en cuanto a sus recursos, transformándose en una amenaza para su supervivencia. Por lo tanto, en esta última concepción, el hombre deja de ser víctima para formar parte de la transacción entre ambas variables.

Resulta de gran importancia la evaluación cognitiva que se haga de lo que ocurre a su alrededor, lo cual constituye un aspecto central en la explicación del estrés (Lazarus y Folkman, 1984). Ellos distinguen tres tipos de evaluación. La evaluación primaria se manifiesta cada vez que surge algún tipo de demanda, y puede tener como consecuencia cuatro tipos de resultados: amenaza, daño o pérdida, desafío y beneficio. La evaluación secundaria alude a la valoración de los propios recursos para hacer frente a los estímulos, y la reevaluación se refiere a un feedback que da lugar a correcciones con respecto a situaciones pasadas.

Otro autor que se dedicó a investigar el estrés fue Sandin en el año 1999, quien coincidió con Lazarus y Folkman en cuanto a la importancia de la evaluación cognitiva de un sujeto frente a la situación de estrés. Propone que aquel es percibido en función de la valoración que se hace de sí mismo (autoestima y autoeficacia), del apoyo social que posee y de la valoración de la situación, ya sea como amenazante, desafiante o de daño o pérdida (Sandin, 1999).

En cuanto a la respuesta, los sujetos llevan a cabo ciertos esfuerzos cognitivos y conductuales con la finalidad de controlar o reducir las demandas externas o internas de un evento estresante (Peiró y Salvador, 1993). Los autores decidieron referirse a esas acciones como “mecanismos de afrontamiento”, y brindaron múltiples clasificaciones de esas estrategias. Cada una de ellas es elegida en base a la experiencia previa de las personas y el éxito obtenido al implementarlas en sus vidas. Peiró y Salvador (1993) consideran que aquello lo convierte en un hábito, dentro del cual se priorizan unas estrategias sobre otras, hasta encontrar la que solucione el problema. Aquellas pueden estar dirigidas a modificar la apreciación de los estresores, a controlarlos, intentar que no influyan sobre la psiquis o en el organismo, o eliminarlos. También se encuentran estrategias disfuncionales como la negación o evitación.

En el último caso, si no se ha podido afrontar eficazmente una situación de estrés, podrían surgir múltiples consecuencias a nivel psicológico, somático y organizacional. El

autor Gil-Monte en el año 2009 expuso que entre las complicaciones psicológicas se incluiría el deterioro progresivo de la persona, lo cual puede implicar depresión crónica, caracterologías, suicidio, adicciones, o disfunciones familiares. En el nivel somático, se podrían observar cuadros de estrés con repercusiones en la musculatura, sistema neuroendocrino, circulatorio y otros cuadros psicósomáticos. Por último, a nivel organizacional se identifica deterioro en las relaciones laborales, con diversas implicaciones, como la disminución del desarrollo profesional, aumento del individualismo, fallas operativas constantes, desmotivación, y conflicto entre colegas (Gil-Monte, 2009).

A lo largo de las diferentes conceptualizaciones del fenómeno del estrés, se ha podido identificar la presencia de diferentes tipos o modalidades en las que esta problemática se presenta.

2.1 Tipos de estrés

Las diferencias individuales en la adaptación al estrés están intrínsecamente relacionadas con el hecho de que se produce por una interacción entre el individuo y la sociedad, y no exclusivamente por las características del estresor. Es decir, sucede una interacción entre la situación y la capacidad de la persona para sobrellevarla. Los mecanismos de afrontamiento varían en función de cada persona y sus habilidades o capacidades (Cockerham, 2001).

Según Lazarus y Folkman (1984) el estrés se desencadena en función de la percepción que el sujeto tiene de una experiencia como amenazante o con potenciales consecuencias negativas. Por ello distinguen dos tipos de apreciaciones, la primaria, en la cual el evento es determinado como irrelevante o benigno por las personas, y apreciación secundaria en el caso de identificar una situación como negativa, valorando los recursos que poseen para afrontarlo y el éxito o no de ese afrontamiento en cuanto a sus consecuencias. Al no estar garantizada la superación de ese acontecimiento, surge la experiencia de estrés.

Así es como Mechanic (1978) plantea que es necesario tener en cuenta las instituciones de la sociedad, tales como la familia o la escuela, las cuales apuntan a desarrollar las competencias necesarias para afrontar las exigencias y de las cuales depende la forma de actuar de cada sujeto en situaciones de exigencia.

Teniendo en cuenta lo propuesto previamente, podemos diferenciar tres tipos de estrés de acuerdo con el sociólogo Pearlin (1989).

El primero es el estrés reciente, producido por sucesos vitales que generalmente son habituales y más o menos normativos, e implican un cambio en la actitud de los individuos. Aquellos pueden ser el matrimonio, la pérdida de trabajo, de un ser querido, o una separación, entre otros.

El segundo es el estrés crónico, conformado por amenazas o conflictos relativamente duraderos en la vida de la mayoría de las personas, y pueden surgir por sobrecarga de roles, conflictos en conjuntos de roles que se dan en situaciones interpersonales o por la reestructuración de esos roles, como consecuencia de la evolución de los mismos a través del tiempo, en dónde se modifican las expectativas y normas que corresponden a cada uno de ellos. Tienen un curso continuo, son abiertos en el tiempo, su comienzo es gradual y el final suele ser impredecible y problemático.

Asimismo, también podemos encontrar estresores crónicos relacionados con el nivel económico, el padecimiento de una enfermedad, o vivir en una zona de riesgo.

Por último, el tercer tipo de estrés es el cotidiano o por sucesos menores (Sandín, 1999; Santed, Sandín, Chorot y Olmedo, 2000, 2001). Los autores refieren que podrían ser el tipo que más afecta la salud de las personas debido a su alta frecuencia y por ser menos sobresaliente que otras situaciones, por lo cual un sujeto necesitaría un menor grado de compensación para sobrellevarlo. Pueden dividirse en situacionales (atasco en el tráfico, llamadas inesperadas) o repetitivas por permanecer en el mismo entorno (matrimonio, espacio laboral). Por lo tanto, podríamos decir que es el impacto acumulativo de los eventos diarios lo que tiene una mayor significación y determinación en la salud.

A continuación se hará hincapié en el tercer tipo de estrés mencionado previamente, el cotidiano o por sucesos menores (Sandín, 1999; Santed, Sandín, Chorot y Olmedo, 2000, 2001). Aquel puede verse reflejado en el ambiente laboral, dentro del cual se encuentra otra subclasificación que Martínez Selva (2004) incluye: el estrés tecnológico, el acoso moral (mobbing), el acoso sexual, y el síndrome de Burnout. Este último es el cual se desarrollará en el siguiente apartado.

2.2 Síndrome de Burnout

Es uno de los más estudiados y se ha utilizado con frecuencia en los ámbitos de la salud, en los cuales se define como “estar o sentirse quemado”.

El psiquiatra estadounidense Freudenberger, quien trabajaba en una clínica para toxicómanos de Nueva York, agregó diversos síntomas a dicha concepción del Burnout los cuales son “deterioro y cansancio excesivo progresivo unido a una reducción drástica de energía (...) acompañado a menudo de una pérdida de motivación (...) que a lo largo del tiempo afecta las actitudes, modales y el comportamiento general.” (Freudenberger, 1998). En su tiempo trabajando en la clínica observó que los voluntarios sufrían una pérdida progresiva de energía, síntomas de ansiedad y depresión, junto con desmotivación laboral y agresividad con los pacientes. Todo ello dentro del periodo de un año.

“Una pérdida del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo.” Es como lo definen los autores Edelwich y Brodsky en 1980 orientado hacia los servicios humanos y sus características.

En el año 1976, dentro del Congreso Anual de la Asociación Estadounidense de Psicología, la psicóloga Maslach de la Universidad de Berkeley en California describe el Burnout como una pérdida progresiva de energía, de recursos personales de adaptaciones, desgaste y agotamiento, despersonalización y falta de realización profesional. La mencionada autora se refería a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios de salud.

Más adelante, Maslach se une a Jackson para proponer tres dimensiones interrelacionadas que refieren al síndrome de desgaste profesional: el cansancio emocional, que estima la vivencia de fatiga emocional por las demandas de trabajo; la despersonalización, que mide las respuestas de tipo impersonal y las actitudes negativas hacia los pacientes; y la realización personal, que refleja la satisfacción personal y la competencia en la práctica del trabajo cotidiano. Estas dimensiones se integran en el cuestionario Maslach Burnout Inventory que se utiliza para medir dicho síndrome (Catsicaris et al, 2007).

Por último, la autora del inventario sostiene que la condición para desarrollar síndrome de burnout está relacionada fundamentalmente con las características de las organizaciones más que con las personales, e identifica seis factores. El primero es la sobrecarga laboral, que implica el número de horas, pocas horas de descanso laboral y ambientes inadecuados. El segundo está relacionado con la falta de control sobre la propia tarea, ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto laboral, baja participación en la toma

de decisiones, escasa disponibilidad de medios tecnológicos por precariedad o faltantes. El tercero involucra el insuficiente reconocimiento de la labor, lo cual podría implicar ambigüedad en el desempeño de roles. El cuarto factor involucra una sensación de injusticia: por las condiciones económicas insatisfactorias y falta de perspectivas de crecimiento laboral. Las fallas en la construcción de una comunidad de trabajo, es decir, la ausencia de espacios para el tratamiento de las dificultades en las relaciones interpersonales conforma el quinto factor, y por último, el sexto implica el conflicto de valores entre los personales y los que pertenecen a la organización (Catsicaris et al, 2007).

En cuanto a las fases del síndrome pueden diferenciarse tres según lo expuesto por el autor Gopal en el año 2005, las cuales al ser identificadas facilitarían la realización de diversos tipos de intervenciones de acuerdo a cada una de ellas. La primera se denomina “fase de estrés laboral”, y es donde surge la discrepancia entre lo demandado por el trabajo y la capacidad y recursos del sujeto para hacerles frente, por lo tanto surge la siguiente fase llamada “de exceso o sobreesfuerzo”, en la cual el individuo reacciona a esas exigencias mencionadas, lo que provoca el desarrollo de síntomas emocionales y laborales, como la ansiedad, fatiga, irritabilidad, despersonalización, pérdida de motivación, aumento de ausentismo y disminución del sentido de la responsabilidad. De esta manera se abre paso la tercera y última fase, en la cual las actitudes y conductas cambian para defenderse de aquellos síntomas. Los autores la denominan “fase de enfrentamiento defensivo”, y comúnmente se observa a la persona emocionalmente distanciada, actitudes negativas hacia los pacientes, deseos de cambiar de ambiente laboral, ausentismo, y tendencia a culpar al resto por sus problemas (Gopal, 2005).

Siguiendo esta línea, los autores Lipko y Dumeynieu plantearon en el año 2003 las posibles consecuencias del síndrome de Burnout. Aquellas pueden ser psiquiátricas, implicando deterioro progresivo del sujeto, como depresión crónica, disfunciones familiares y adicciones, así como somáticas enlazando cuadros de estrés que se manifiestan de forma muscular, endocrinas, nerviosas, circulatorias, y complicaciones de índole organizacional, expresándose en el deterioro de las relaciones laborales, lo cual conlleva a la disminución del rendimiento profesional, rivalidad con los colegas, desmotivación e inconformismo (Lipko y Dumeynieu, 2003).

3. ESTUDIOS EMPÍRICOS SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT

Con la finalidad de poder avanzar hacia la evaluación empírica del burnout, a lo largo de la historia se han desarrollado múltiples instrumentos de evaluación, tales como el Cuestionario Breve de Burnout (Moreno-Jiménez, 1997), la Escala de Síntomas de Estrés (Aro, 1981), y el Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud (Wolfgang, 1988).

No obstante, uno de los más utilizados ha sido el Maslach Burnout Inventory - Human Services (Maslach y Jackson, 1981), confeccionado y diseñado para evaluar el Síndrome de Burnout en el contexto asistencial. La relevancia que ha adquirido se encuentra relacionada con la cantidad de investigaciones que lo han utilizado, junto con la validez y confiabilidad demostrada en estudios que mencionaremos a continuación.

En el año 1981, los autores comenzaron a sentar las bases conceptuales y empíricas de este síndrome desde un enfoque psicosocial, dando lugar a la creación del primer instrumento de evaluación sistemático: el Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1981). Actualmente, es el método más utilizado por la comunidad investigativa para la evaluación de síndrome del burnout en contextos asistenciales y fue validado en diferentes contextos culturales y laborales. Su gran aceptación internacional se puede ver reflejada en la abundante cantidad de búsquedas de revisiones sobre el MBI durante el periodo de 1990 al 2002 (Boudreau y Nakashima, 2002), y otras 260.000 entradas que hacen referencia a la definición del síndrome postulada por la Doctora Maslach en Google Scholar (Shirom, 2009).

Podríamos decir que el MBI es el más importante en la medición del mencionado fenómeno psicosocial al ser aplicado en más del 90% de los estudios empíricos de este fenómeno en todo el mundo. Aquello permite comparar resultados e impulsar el desarrollo de adaptaciones del cuestionario al ser aceptado extensamente en todos los países de América Latina, la Unión Europea y en los Estados Unidos. Asimismo, este fenómeno ha recibido un gran apoyo empírico con respecto a su estructura factorial, siendo reproducido en variadas investigaciones que apoyan la tridimensionalidad del síndrome (Bakker et al., 2002; Shirom y Melamed, 2006), junto con gran cantidad de estudios que sugieren asumir una estructura de tres factores por su propia experiencia al utilizar el análisis factorial confirmatorio (Shaufeli y Van Dierendonck, 1993; Boles, Dean, Ricks, Short y Wang, 2000).

Una de las investigaciones en dónde fue utilizado el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey fue llevado a cabo en España por la autora Bermejo (2006). Aquella realizó un estudio transversal, descriptivo y analítico como tesis doctoral, la cual recibió el título de “Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar”. La muestra

estuvo compuesta de 593 médicos y enfermeros destinados en Unidades, Centros y Organismos de la Comunidad Autónoma de Madrid. El 83,64% de la población de referencia son hombres, y 16,35% son mujeres. En cuanto a la profesión, el 75,21% son médicos, mientras que el 34,78% restante son enfermeros. La edad mínima de los encuestados es de 22, y la máxima es de 62 años. El objetivo de la misma fue conocer la prevalencia del síndrome de burnout y de sus tres dimensiones en personal militar, médicos y enfermeros destinados en Madrid, así como identificar las características sociodemográficas y laborales que se asocian con dicho síndrome. Se han adjuntado dos cuestionarios autoadministrados: el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el cuestionario de variables sociodemográficas y laborales. En sus resultados se han encontrado que los participantes reúnen los criterios del síndrome de burnout en un 82,5%. Asimismo, la autora halló diferencias significativas con las variables de edad, profesión, antigüedad, y número de enfermos atendidos diariamente.

Otra investigación llevada a cabo en España en el año 2003 fue titulada “Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina” (Martínez de la Casa Muñoz et al, 2003). Fue un estudio descriptivo transversal, mediante encuestas autoadministrables realizadas por correo. Se distribuyeron dos encuestas, el primero es el Maslach Burnout Inventory, en la versión validada al español por Seisdedos (Seisdedos Cubero, 1987) y un cuestionario general con datos como edad, sexo, estado civil, número de hijos, año de licenciatura, antigüedad, ámbito y lugar de trabajo, número de tarjetas sanitarias, realización de guardias, número de horas de trabajo a la semana (incluyendo guardias), dedicación exclusiva y tipo de contrato, incluyendo una pregunta abierta sobre las posibles medidas para mitigar el burnout. La muestra estuvo conformada por 144 médicos, dentro de los cuales el 72.2% eran hombres y el restante 27.8% mujeres. La media de la edad de 45 años y la media de la antigüedad fue de 18.65 años. En cuanto a los resultados obtenidos, el 76.4% de los encuestados presenta los criterios necesarios para considerarse “quemado” (moderado en el 38.9% y alto en el 37.5%). No se encontraron diferencias significativas en relación a las variables estudiadas como la edad, el sexo, estado civil o realización de guardias.

Con respecto a Latinoamérica, en el año 2014 en Perú se realizó una investigación descriptiva y transversal titulada “Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia” (Vásquez-Manrique et al, 2014). El objetivo fue determinar la frecuencia del síndrome de desgaste profesional y los niveles de cada dimensión en los médicos pertenecientes al Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Cayetano

Heredia. Los participantes fueron 54, de los cuales 25 eran médicos, 16 eran enfermeras y 13 técnicos de enfermería. La frecuencia del síndrome fue de 3,76% (n = 2), el 12,97% (n = 7) de los participantes presentó un nivel alto de cansancio emocional, el 11,12% (n = 6) presentó un nivel alto de despersonalización, y el 14,81% (n = 8) presentó un bajo nivel de realización personal. Los autores llegaron a la conclusión de que el sexo, la condición laboral, la antigüedad y la falta de trabajo del cónyuge influyeron estadísticamente en las dimensiones del síndrome.

En el año 2007, se realizó un estudio analítico transversal titulado “Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas” en México, Distrito Federal (López-Morales et al, 2007). La muestra fue seleccionada de forma aleatoria simple, y estuvo compuesta por 143 médicos residentes que trabajaron > 80 horas a la semana (72 del grupo de estudio) o menos (71 del grupo control), adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social en Veracruz. La edad promedio fue de 29.6 ± 2.5 años; 65 % era del sexo masculino y 51%, soltero; la antigüedad promedio fue de 2.2 ± 0.7 años. Con respecto a los resultados obtenidos, se encontró síndrome de desgaste profesional en 63,8% de los participantes, con mayor frecuencia en aquellos con especialidades quirúrgicas, y tres o más guardias por semana. En conclusión, los autores hallaron una relación entre la presencia del síndrome y jornadas laborales de más de 80 horas por semana.

En el año 2011, el contexto argentino se puso en marcha una investigación descriptiva y transversal, con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeros de los servicios de terapia intensiva de clínicas privadas de Villa María, Córdoba, Argentina (Zazzetti et al, 2011). La muestra estuvo compuesta por 102 profesionales, dentro de los cuales el 62 eran médicos, y 40 enfermeros. El 66% eran mujeres, el 76,4% tenían entre 20 y 39 años, y el 23,5% entre 40 y 59 años. No se hallaron diferencias significativas con respecto a la edad y sexo en los que padecían burnout. En cuanto a los resultados obtenidos, la prevalencia del síndrome resultó ser llamativamente elevada. La mayoría de los médicos y enfermeros afectados eran jóvenes con poca antigüedad en su trabajo.

Otro estudio llevado a cabo en Argentina fue transversal, no aleatorio, realizado en Buenos Aires en el año 2006 (Gil-Monte y Marucco, 2008), con el objetivo de analizar la prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales siguiendo criterios de diferentes países. La muestra estuvo formada por 123 pediatras que trabajaban en Servicios de Pediatría de hospitales generales, 89 fueron mujeres (72,4%) y 34 hombres (27,6%). Se administró el Maslach Burnout Inventory de forma

anónima. En los resultados se pudo observar que la prevalencia varió en función de los criterios de los países con los que fue comparado. Utilizando los puntos de corte del manual de Estados Unidos, la prevalencia fue del 10,6%, en España de 24,4%, en Argentina de 37,4% y considerando los criterios clínicos establecidos en Holanda, el porcentaje fue del 3,2%. En conclusión, los niveles de prevalencia variaron significativamente en función de los criterios aplicados debido a influencias transculturales.

En el país colombiano se llevaron a cabo diversas investigaciones sobre el síndrome mencionado. Una de ellas fue titulada “Prevalencia y factores sociales asociados al Síndrome de Burnout en médicos que laboran en instituciones de las ciudades de Manizales y La Virginia” en el año 2011 (Agudelo Cardona et al, 2011). El diseño del estudio es de corte transversal y contaron con la participación de 227 médicos generales y especialistas de los departamentos de Caldas y Risaralda, que trabajan en las siguientes instituciones; en la ciudad de Manizales: Fundación Cardiovascular de Manizales, Hospital Infantil Universitario de Manizales Rafael Henao Toro, Clínica San Marcel, Clínica Versalles, Clínica Amán, Médicos asistentes a las IV Jornadas Pediátricas, llevadas a cabo el 26 de septiembre del 2010 en la Ciudad de Manizales y Al III Simposio Regional de Medicina Crítica de la Universidad de Manizales. En Risaralda, el Hospital San Pedro y San Pablo, del municipio de la Virginia. La muestra estaba compuesta por 61.7% de hombres, 44.1% casados y el 50% con hijos. Con respecto a los resultados, se puede ver que el 17.6% de los participantes reunieron los criterios para considerarse “quemados” profesionalmente. El 26.4% presenta altos niveles de agotamiento emocional, mientras que el 68% muestra bajos niveles de realización personal, y el 26.1% presentan altos niveles de despersonalización.

Siguiendo la línea en el mismo país, otra investigación fue llevada a cabo en Colombia en el año 2017 por Domínguez, Sanabria, Ramírez, Vargas, Pacheco y Jiménez (Domínguez et al, 2017). Fue titulado “Desgaste profesional en residentes colombianos de cirugía: resultados de un estudio nacional”. El objetivo era determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de cirugía y su variación según el sexo, la edad, el tipo de programa, la antigüedad y la región geográfica. Se tomó una muestra compuesta por 202 residentes de 15 programas ubicados en siete ciudades. El cuestionario fue completado de forma voluntaria, anónima y confidencial. Los resultados muestran que los médicos que cumplieron con los criterios del síndrome fueron de 33,15%. A pesar del porcentaje obtenido, los autores plantean que el desgaste profesional en residentes colombianos de cirugía es una entidad altamente prevalente, independiente de la edad, el sexo, el tipo de programa o el año

de residencia, dado que no fueron determinantes ni influyeron en los datos obtenidos. Se encontraron diferencias significativas entre los puntajes según la región geográfica, lo cual implicaría que el contexto funciona como un factor a tener en cuenta.

En el año 2009 en Venezuela se llevó a cabo una investigación de tipo descriptiva, explicativo con diseño correlacional prospectivo longitudinal en los residentes de cirugía del Servicio Autónomo del Hospital Universitario de Maracaibo (SAHUM) por la autora Rueda (Rueda, 2009). El objetivo del estudio era determinar la prevalencia y los factores asociados al Síndrome de Burnout en residentes de cirugía. Para ello la investigadora mencionada conformó la muestra de 24 residentes de cirugía que trabajaron durante ese año en el SAHUM, sin importar el año de residencia que se encuentren realizando. Se excluyeron los residentes no pertenecientes al área quirúrgica, que trabajen en otros hospitales y no en el SAHUM, que ya hubiesen terminado su residencia de post-grado antes del 2009, o que no trabajaron ese mismo año en el SAHUM. Dentro de los 24 residentes, el 66.6% eran del sexo masculino y el 33.3% del sexo femenino. Las edades oscilaban de 25 a 30 años en el 50%, de 30 a 32 en el 45.8% y de 33 a 36 años en el 4.1% de la población. En cuanto a la distribución por sexo y año de residencia, los hombres conformaban el 37.5% de primer año, el 20.8% de segundo año, 4.1% de tercero y 4.1% de cuarto año. Las mujeres eran el 16.6% de primero, el 8.3% de segundo, el 4.1% de tercero y 4.1% de cuarto año. Con respecto a los resultados obtenidos, no se encontraron casos de residentes que cumplan con los criterios del Síndrome de Desgaste Profesional. La autora concluye en que la edad parece no influir en el aparición del síndrome, aunque podría existir un periodo de sensibilización en los primeros años debido a las expectativas no alcanzadas de los médicos (Rueda, 2009).

En síntesis, se puede observar que en la mayoría de las investigaciones mencionadas previamente se obtuvieron resultados que indican un aumento de la prevalencia del síndrome de burnout a menor cantidad de años de antigüedad laboral.

Por último, en el contexto argentino se han hallado una serie de estudios acerca del burnout (Zazzetti et al, 2011; Gil-Monte y Marucco, 2008). Sin embargo, ninguno de ellos se ha desarrollado utilizando una muestra de cirujanos de diferentes especialidades.

4. PLANTEO DEL PROBLEMA

El estrés puede manifestarse de diversas formas, siendo una de ellas el “síndrome de burnout”. Está integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, es crónico, y conlleva múltiples consecuencias tanto personales como laborales. (Cabrera et al., 2005; Zavala Blanco y Ruano Gómez, 1992)

La inadecuada estructura del ambiente de trabajo es uno de los factores que influye en el desarrollo del síndrome, y está asociado con una disminución en el rendimiento, ausentismo, deserción y problemas de salud física y psicológica para el profesional, incluyendo la vivencia de sentirse emocionalmente agotado, lo cual aumenta las posibilidades de errores médicos, deshumanización en la atención y complicaciones para los pacientes (Drybye y Shanafelt, 2016)

Esta investigación tuvo como objetivo la evaluación del Síndrome de Burnout en médicos cirujanos del Hospital Aeronáutico Central de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El interés surge de la importancia que podría significar que profesionales de la salud se encuentren “quemados” al momento de asistir a la población.

Para ser médico se debe recorrer un camino difícil, lleno de complicaciones y problemas a resolver, y una gran diferencia con muchas otras carreras es que una vez que el profesional se encuentra en el auge de su vocación, la presión no se aligera, todo lo contrario, se hace y se siente más fuerte. El rol profesional y social ha ido cambiando a lo largo del tiempo, pero la con vivencia diaria con el dolor, la enfermedad y la muerte de nuestros semejantes, sin estar emocionalmente adiestrados para ello, puede pasar al profesional de la Medicina, y mucho más aún al que se encuentra todavía en formación.

Se pretende tomar a la presente evaluación como una herramienta de detección, pero también como una herramienta preventiva, mediante la cual se pueda fomentar el desarrollo de medidas dirigidas a mejorar las condiciones de los trabajadores, y por lo tanto, mejorar la calidad de vida de muchas personas, incluyendo a los pacientes.

5. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Evaluar la presencia del Síndrome de Burnout en el personal médico cirujano del Hospital Aeronáutico Central de la Ciudad de Buenos Aires.

Objetivos específicos:

- Conocer los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.
- Analizar si existen diferencias en los niveles de las dimensiones que hacen al burnout, según la especialidad quirúrgica.
- Analizar si existe una predisposición a padecer el síndrome de Burnout a mayor cantidad de años en servicio.

6. HIPÓTESIS

- Los profesionales encuestados presentarán elevados niveles del síndrome de burnout.
- Los participantes presentarán niveles elevados en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, y bajos niveles en la dimensión de realización personal.
- Existen determinadas especialidades dentro de la medicina quirúrgica que están relacionadas con una mayor prevalencia del Síndrome.
- A menor cantidad de años de servicio, más tendencia a padecer desgaste profesional.

7. MÉTODO

7.1 Diseño de la Investigación:

Se ha establecido un tipo de investigación con metodología empírica cuantitativa no experimental con un diseño transversal descriptivo.

La metodología de investigación cuantitativa utiliza una recolección de datos basada en la medición numérica a través de un procedimiento estandarizado y el análisis estadístico (Hernández Sampieri, et al 2006). Las metodologías cuantitativas pueden ser de tipo experimental y no experimental. Esta última ha sido la elegida dado que se realiza sin manipular deliberadamente las variables, sino que implica observar el fenómeno de estudio tal y como se da en su contexto natural.

7.2 Participantes - Población y muestra/unidad de análisis:

Los profesionales que participaron en la investigación se seleccionaron por medio de un muestreo no probabilístico, compuesto por 30 médicos del Hospital Aeronáutico Central de la Ciudad de Buenos Aires, sin exclusión por edad, sexo, antigüedad y especialidad quirúrgica.

7.3 Técnicas de recolección de datos:

Se empleó la administración del Maslach Burnout Inventory (MBI) creado por Maslach y Jackson en 1983.

La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 factores que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

Los tres factores han sido obtenidos con muestras de diferentes colectivos profesionales. Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI.

La subescala de Agotamiento Emocional (Emotional Exhaustion) (EE) está formada por 9 ítems que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo; la subescala de Despersonalización (Despersonalization) (D) está formada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención; y la subescala de Realización Personal en el trabajo (Personal Accomplishment) (PA) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.

Mientras que en las subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

Además, se incluyó un cuestionario ad-hoc de datos personales, para recabar información sobre la edad, el sexo, especialidad quirúrgica y años de servicio, así como un consentimiento informado en donde se garantizaba el anonimato del proceso.

7.4 Procedimiento

Se obtuvo el acceso al Hospital Aeronáutico Central por ser parte del personal civil de planta permanente, destinada específicamente en la Dirección General de Salud de la Fuerza Aérea.

Se consiguió una entrevista con el Subdirector Médico, quien garantizó la participación de los residentes y médicos con gran trayectoria.

La escala fue administrada en el hospital mismo, por lo que se tuvo que esperar que cada médico tuviera un receso de sus actividades, ya que no demora más de 15 minutos completar la tarea.

8. RESULTADOS

La muestra se encuentra compuesta de 30 médicos cirujanos del Hospital Aeronáutico Central de la Ciudad de Buenos Aires. El grupo de participantes se compone de un 40% mujeres y un 60% hombres (tabla 1).

Tabla 1. Distribución según Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	12	40%
Masculino	18	60%
Total	30	100%

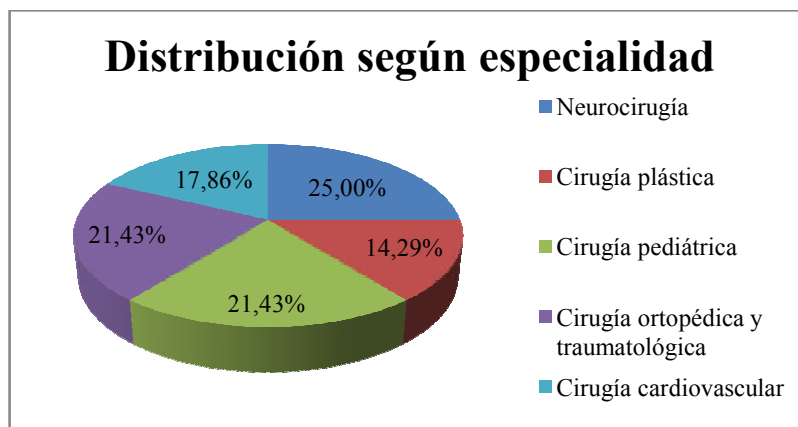
La edad de los entrevistados presenta un mínimo de 28 y un máximo de 58 años, donde la media es de $M=38,37$ años (tabla 2).

Tabla 2. Edad - Datos estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media
Edad	30	28	59	38,37

En relación a las especialidades de los cirujanos participantes, se observa que el 25% son neurocirujanos, el 21,43% son cirujanos pediátricos, el 14,29% son cirujanos plásticos, el 17,86% son cirujanos cardiovasculares, y un 21,43% son cirujanos ortopédicos y traumatólogos (gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución según especialidad



En cuanto a la antigüedad de los participantes, el 53,33% presenta entre 1 a 10 años de trabajo en el Hospital, el 33,33% presenta entre 11 a 20 años, el 10% presenta entre 21 a 30 años, y un 3,33% tiene más de treinta años trabajando allí (tabla 3).

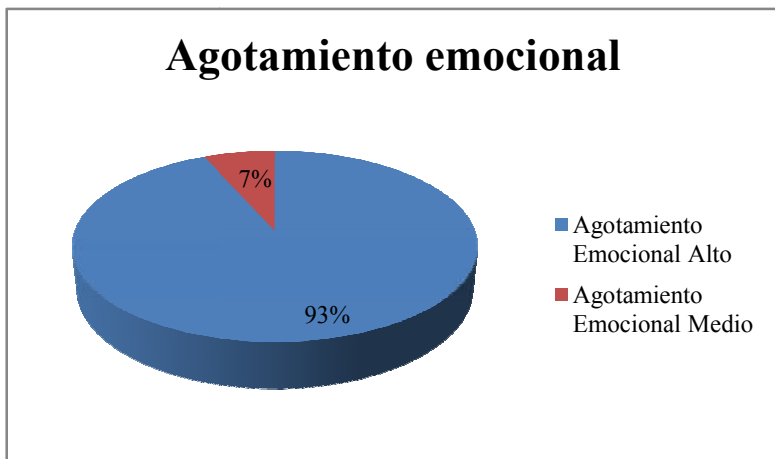
Tabla 3. Distribución según antigüedad

	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 10 años	16	53,33%
De 11 a 20	10	33,33%
De 21 a 30	3	10%
Más de treinta	1	3,33%

A continuación se observan los datos analizados de las diferentes dimensiones de la presente investigación.

Comenzaremos con la dimensión denominada Agotamiento Emocional. Tras el análisis de sus datos, se identifica que el 93% de participantes presentan un nivel elevado y el 7% restante presenta un nivel medio de agotamiento emocional (gráfico 2).

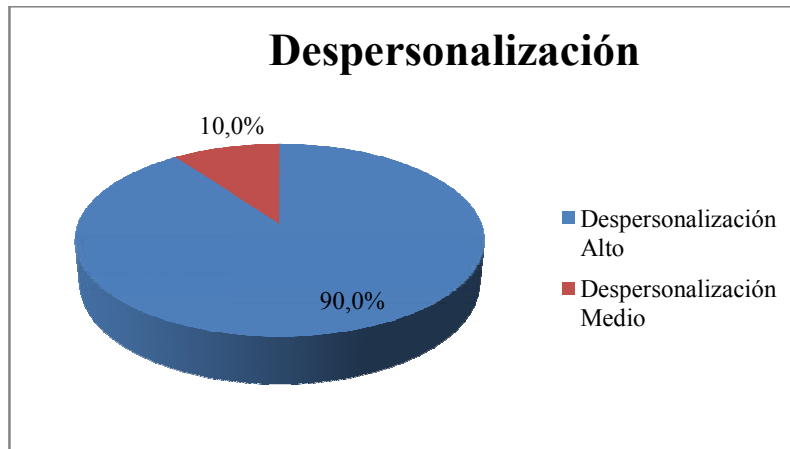
Gráfico 2. Dimensión Agotamiento Emocional.



En segundo lugar, se analizan las respuestas que dieron los médicos con relación a los aspectos de la Despersonalización, los cuales valoran el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Este elemento se compone por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22), integrando una puntuación máxima de 30. Se observa que el 90% de las respuestas

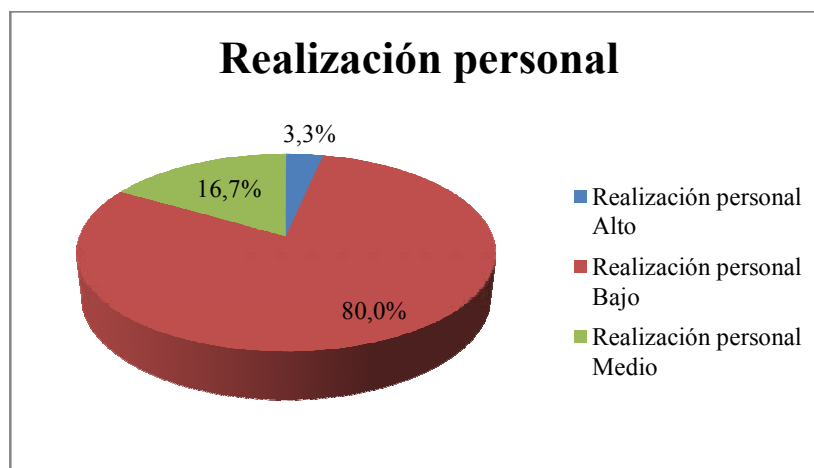
indican un nivel alto mientras que el 10% restante indica un nivel medio de despersonalización (gráfico 3).

Gráfico 3. Dimensión Despersonalización.



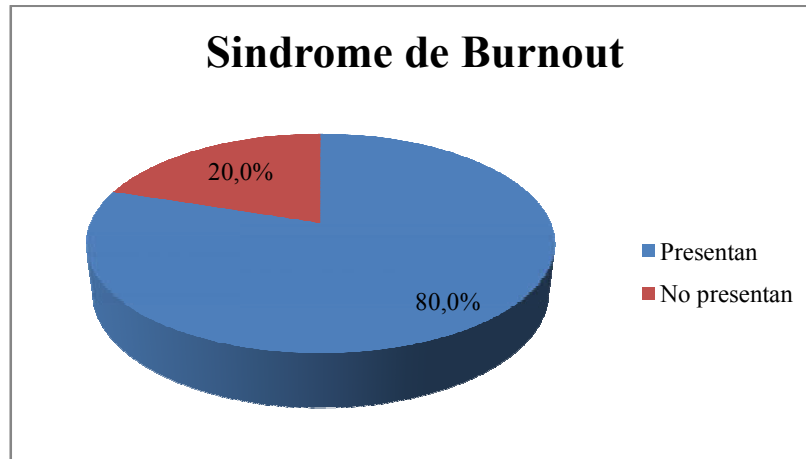
Como tercera y última dimensión se analiza la de Realización Personal, la cual evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21), integrando una puntuación máxima de 48. Se puede observar que el 80% de los encuestados presenta un nivel de realización personal bajo, mientras que el 16,7% presenta un nivel medio, y el 3,3% presenta un nivel bajo (gráfico 4).

Gráfico 4. Dimensión Realización Personal.



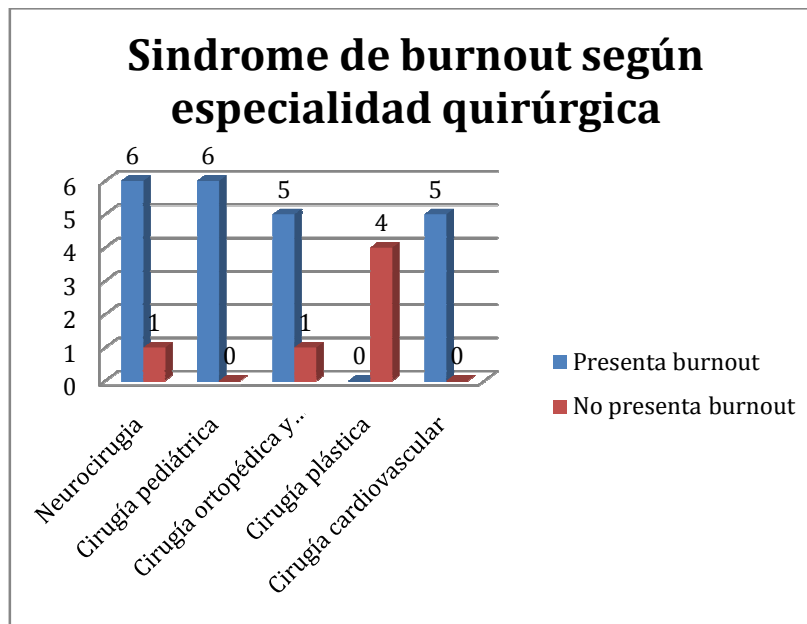
En relación con el síndrome de Burnout, se observa que el 80% de los participantes ha presentado el síndrome mientras que el 20% de la muestra no lo presenta (gráfico 5).

Gráfico 5. Síndrome de burnout.



Al analizar con detenimiento los casos donde se presenta el síndrome se identifican las siguientes especialidades: neurocirugía, cirugía cardiovascular, cirugía pediátrica y cirugía ortopédica y traumatológica. No se encuentran casos de la especialidad de cirugía plástica en este grupo de médicos (gráfico 6).

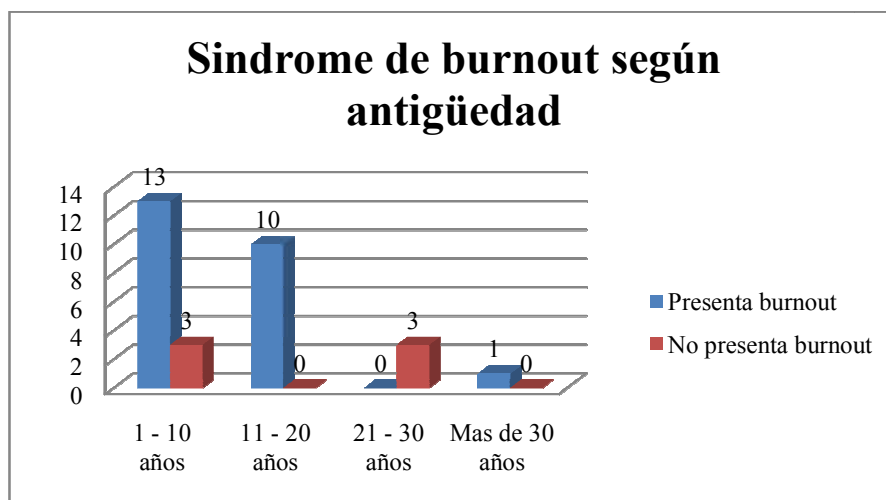
Gráfico 6. Síndrome de burnout según especialidad quirúrgica.



Por otro lado, en el 20% de los participantes que no han presentado el síndrome de Burnout evidencian que, en primer lugar, predominan los profesionales de la especialidad de cirugía plástica y en segundo lugar observamos un caso de neurocirugía y otro de cirugía ortopédica y traumatológica.

Con respecto a la antigüedad laboral de la muestra, los años varían entre 1 a 31 años. Se encuentra la mayor cantidad de sujetos “quemados” en los profesionales de menor antigüedad en la institución de salud (gráfico 7).

Gráfico 7. Síndrome de burnout según antigüedad.



9. DISCUSIÓN

La presente investigación llevada a cabo en médicos cirujanos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, arrojó como resultado que el 80% de la muestra cumple con los criterios del Síndrome de Desgaste Profesional. Por otro lado, en una investigación realizada en Colombia en el año 2017 (Domínguez et al, 2017), se observó que el 33,15% de los agentes de salud encuestados presentan el síndrome. Mientras que en un estudio realizado en España en el año 2006 (Bermejo, 2006), vemos que un 82,5% de la muestra lo manifiesta.

Los autores colombianos refieren que la enfermedad es prevalente, y el contexto regional es uno de los factores que determinan su incremento, dado que informan que en la región del centro del país colombiano la cantidad de sujetos que cumple con los criterios es el doble que en otras regiones. En concordancia con esta idea, las condiciones del contexto nacional podrían ser uno de los factores determinantes que contribuyen en el desarrollo del síndrome.

Resulta relevante destacar que mientras 3 de cada 10 cirujanos colombianos cumplen con los criterios, en Argentina 8 de cada 10 lo manifiestan, al igual que en España.

Con respecto al sexo, en el presente estudio no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, lo cual coincide con las investigaciones realizadas en el país colombiano y español.

En cuanto a la edad de los participantes afectados, en Argentina y Colombia no es una variable que influya en la presencia del síndrome. En contraste, los autores españoles afirman que es una variable a tener en cuenta, ya que en su investigación el síndrome es 7 veces más frecuente en los profesionales menores de 35 años, con respecto a los mayores de 50.

Asimismo, en el contexto español la antigüedad también es un factor determinante, ya que sus resultados arrojaron que los agentes sanitarios con menor cantidad de años ejerciendo sufren un desgaste mayor en comparación con quienes tienen más de 30 años en la labor. Aquello coincide con lo expuesto en los resultados de la presente investigación en el contexto argentino, en donde los profesionales de menor antigüedad padecen más desgaste que los agentes de 21 años o más de años servidos. A diferencia del país colombiano, en donde la antigüedad no varió en los sujetos “quemados”.

En relación a las especialidades de los médicos cirujanos, la muestra seleccionada para la presente investigación fue heterogénea y se observó una variación entre la cirugía plástica y las demás especialidades. Aquella conformó el 14,29% de los participantes, y ninguno de ellos cumplió con los criterios para el Síndrome de Burnout.

En la investigación del país colombiano fueron seleccionados exclusivamente médicos especialistas en cirugía general, por lo cual los autores no hacen mención a variaciones según esta variable. De la misma forma, España tampoco refiere variaciones en las especialidades, ya que la muestra elegida estaba conformada por médicos y enfermeros.

Uno de los objetivos específicos del presente estudio es analizar los niveles de cada dimensión del instrumento utilizado. En la primera de ellas, se encontraron niveles altos de agotamiento emocional en el 93% de la muestra, así como altos niveles de despersonalización en el 90%, y bajos niveles de realización personal en el 80%.

Los porcentajes detallados resultan llamativos en cuanto a que el 20% de los participantes no reunió los criterios del Síndrome de Burnout, pero se podría considerar que se encuentran próximos a hacerlo debido a los niveles sumamente elevados de cada dimensión, los cuales superan el 80% en cada una.

Aquello se acerca en similitud a los datos obtenidos en el país español, dónde los niveles de agotamiento emocional son elevados en el 55% de los profesionales. En cuanto a la dimensión de despersonalización vemos que el 54% presenta niveles elevados, y bajos niveles de realización personal en un 63,4%. Esta información se encuentra en concordancia con la cantidad de sujetos que presentan los criterios del síndrome tanto en Argentina como en España.

Al compararlo con Colombia, podemos ver que los niveles de cada una de sus dimensiones son menores. Sus resultados arrojaron niveles altos de cansancio emocional en el 55,4%, altos niveles de despersonalización en el 30,2%, y bajos niveles de realización personal en el 41,6% de los encuestados. En consecuencia de los datos mencionados, los autores han concluido en que los médicos seleccionados no reúnen los criterios necesarios para considerarse “quemados”.

Para finalizar, el objetivo general de este estudio fue evaluar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos cirujanos de diversas especialidades según el MBI-HSS. Los resultados obtenidos difieren de los obtenidos en las muestras normativas de Colombia y España.

10. CONCLUSIONES

Respecto al objetivo propuesto en la presente investigación, se llega a la conclusión que luego de evaluar el Síndrome de Burnout en médicos cirujanos del Hospital Aeronáutico Central de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se observa que es altamente prevalente y que un gran porcentaje de participantes reúne los criterios para considerarse quemado.

Al contrastar los resultados obtenidos con las hipótesis planteadas, observamos que todos los profesionales evaluados presentaron niveles elevados en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, así como bajos niveles de realización personal, variables influyen en el desarrollo del síndrome.

Cuando analizamos las respuestas de cada encuestado, resulta llamativo que quienes no presentaron el síndrome, obtuvieron altos niveles en todas las subdimensiones, aun así no cumplan con todos los criterios para considerarse desgastados. Aquello nos permite colocarlos dentro de la categoría de población de riesgo, siendo propensos a padecer de estrés crónico y, por lo tanto, siendo futuros profesionales quemados.

Los datos obtenidos son de gran relevancia a nivel humanitario al tratarse de agentes de la salud que continuamente se encuentran en situaciones de urgencia y emergencia frente a la población, y que al presentar los síntomas característicos del síndrome de Burnout no se encontrarían en condiciones óptimas para atender la salud de las personas. Estas cifras resultan alertantes al pensar en la gran cantidad de accidentes laborales que podrían ocurrir en cualquier momento y que tendrían fuertes repercusiones en la vida de los pacientes, así como en el funcionamiento de sus familias. Es un tema que merece ser tratado en profundidad, con la seriedad que implica poner en juego la salud de los ciudadanos argentinos.

Asimismo, en las hipótesis se había planteado que las especialidades influían en el desarrollo del síndrome, lo cual coincide con los resultados en donde ningún médico especialista en cirugía plástica y reparadora reunió los criterios. Por ello resulta necesario realizar futuras investigaciones cualitativas de teoría fundamentada en las cuales se profundice en las posibles causas y factores que contribuyan a la baja cantidad de profesionales quemados en esa área.

Siguiendo la línea de sugerencias, sería de gran relevancia la puesta en marcha de más investigaciones del Síndrome de Burnout en médicos cirujanos en Argentina, ya que en la realización de la presente investigación se ha evidenciado la escasa cantidad de antecedentes referidos a la temática.

Para trabajar en la prevención se podrían plantear diferentes estrategias dirigidas a reconocer el burnout, favorecer la comunicación, relajación y crear condiciones propicias para desarrollar estrategias de afrontamiento. Para detectarlo sería necesario administrar un cuestionario de burnout a los profesionales por lo menos una vez al año, ya que al no ser conscientes del estrés padecido es muy probable que no busquen ayuda. Además, se deberían llevar a cabo reuniones terapéuticas de grupo, así como talleres de desarrollo personal en donde se brinde un espacio de contención para que los individuos expresen sus problemáticas y mejoren las habilidades de comunicación entre ellos y hacia los pacientes. De la misma forma se podrían fomentar actividades con las cuales se modifiquen los pensamientos generadores de situaciones aversivas, brindando estrategias de afrontamiento efectivas para hacer frente a situaciones diarias de la vida laboral. Para ello es necesario crear equipos interdisciplinarios que estén conformados tanto por médicos como psicólogos que propicien la integración adecuada de cada uno de los agentes al entorno laboral y familiar.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, debemos considerar los resultados ya que la muestra no es representativa al estar reducida a 30 sujetos. Si bien se ha logrado llegar a resultados significativos, se podría ampliar la muestra en futuras ocasiones.

11. REFERENCIAS

- Aro S. (1981) *Stress morbidity and health related behaviour*. Scand J Soc Med Suppl 25:81-6.
- Bellio, M. (2002). *El Burnout*. Buenos Aires: Ateneo psicoanalítico.
- Bresó, E., Llorens, S., & Salanova, M. (2005). *Creencias de eficacia académica y engagement en estudiantes universitarios*. Jornades de Foment de la Investigació.
- Cabrera G., López R., Salinas T., Ochoa T., Marín C. y Haro G. (2005). *Síndrome de Burnout en personal de enfermería de un hospital Mexicano*. Rev. Med. IMSS 2005, 43 (1), pp11-16.
- Cano, A. (2002). *La Naturaleza del Estrés*. Extraído el 16 de marzo, 2007 de http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/index.htm
- Cannon, W. (1929). *Organization for physiological homeostasis*. Physiol. Rev. 9, 399–431.
- Campos, M. A. (2006). *Causas y efectos del estrés laboral*. San Salvador: Universidad de El Salvador, Escuela de Ingeniería Química.
- Catsicaris, C., Eymann, A., Cacchiarelli, N., y Usandivaras, I. (2007). *La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout): Un modelo de prevención en la formación médica*. Archivos argentinos de pediatría, 105(3), 236-240. Recuperado en 11 de junio de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752007000300010&lng=es&tlng=es
- Carlotto, M. S., y Câmara, S. G. (2006). *Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitarios brasileiros*. Psico-USF, 11(2), 167-173.

- Charnes, G. (2001). *La calidad de vida de los profesionales de la salud: previniendo el síndrome de burnout*.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger.
- DE TRABAJO, C. Y. M. A. (2017). Organización Internacional del Trabajo.
- Dimou F.M., Eckelbarger D., Riall T.S. (2016). *Surgeon burnout: A systematic review*. J Am Coll Surg.;222:1230-9.
- Dyrbye L, Shanafelt T. (2016). *A narrative review on burnout experienced by medical students and residents*. Med Educ. 50:132- 49
- Edelwich, J. Brodsky, A. (1980). *Burnout: stages of disillusionment in the helping profession*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Elmore L.C., Jeffe D.B., Jin L., Awad M.M., Turnbull I.R. (2016) *National Survey of Burnout among US General Surgery Residents*. J Am Coll Surg.;223:440-51.
- Freudenberger H. (1974). *Staff burn-out*. Journal of social issues; 30: 159-166.
- Freudenberger, H; Richelson, G. (1980). *The High Cost of High Achievement*. Paperback - Bantam Books
- Freudenberger, H. (1998). *Stress and Burnout and their implication in the Work Environment*. Encyclopaedia of occupational health and safety, vol. I.. Geneva: International Labour Office.
- García – Izquierdo, M. (1991). *Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios*. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 7 (18), 3-12.
- Gil-Monte, P. R. (2009). *Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública*.

- Gil-Monte, P. R., y Marucco, M. A. (2008). *Prevalencia del "síndrome de quemarse por el trabajo" (burnout) en pediatras de hospitales generales*. Revista de Saúde Pública, 42, 450-456.
- Gopal R, Glasheen J.J., Miyoshi T.J., Prochazka A.V. (2005). *Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions*. Arch Intern Med; 165: 2595-2600.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York. Springer-Verlag.
- Jackson S.E., Schwab R.L., Schuler R.S. (1986). *Toward an understanding of the Burnout phenomenon*. Journal of applied psychology; 4: 630-640.
- Martínez, A. (2010). *El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. Vivat Academia, 112, 1-40. En <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Maslach C, y Jackson S.E. (1981). *The measurement of experienced burnout*. Journal of occupational behavior; 2: 99-113.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Moreno-Jiménez B, Bustos R, Matallana A, Miralles T. (1997). *La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas: validación del cbb*. Rev Psicol Trabajo Org ;13(2):185-207.
- Mcgrath, J. E. (1970). *A conceptual formulation for research on stress*. In J. E. Macgrath, Social and psychological factors in stress (pp. 10-21). New York: Holt Rinehart and Winston.
- Olivares-Faúndez, V., Mena-Miranda, L., Macía-Sepulveda, F., y Jélvez-Wilke, C. (2014). *Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos*. Universitas Psychologica, 13(1), 145-159.

- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estadísticas sanitarias mundiales 2005*. World Health Organization.
- Peiró, J. M., y Salvador, A. (1993). *Control del estrés laboral*.
- Rostami, Z., Abedi, M., Schaufeli, W., Ahmadi, S., y Sadeghi A. (2014). *The Psychometric Characteristics of Maslach Burnout Inventory Student Survey: Among Students of Isfahan University*. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, 16 (9), 55-58.
- Sandín B. (1999). *Estrés psicosocial*. Madrid: Klinik
- Santed, M.A., Sandín, B., Chorot, P. y Olmedo, M. (2001). *Predicción de la sintomatología somática a partir del estrés diario y de los síntomas previos: Un estudio prospectivo*. Ansiedad y Estrés, 6, 317-329.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., y Bakker, A. (2002). *The measurement of burnout and engagement: A confirmatory factor analytic approach*. Journal of Happiness Studies, 3, 71-92.
- Seisdedos, N. (1997). *Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: TEA.
- Wolfgang, A. P. (1988). *The health professions stress inventory*. Psychological Reports, 62(1), 220-222.
- Zabala Blanco J. y Ruano Gómez, M. (1992). *Satisfacción en el trabajo de enfermería*. Enfermería Científica, 119, pp. 7-13.
- Zazzetti, F., Carricaburu, M.V., Ceballos, J.L., Miloc, E. (2011) *Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeros de unidades de terapia intensiva privadas en argentina*. Alcmeon. Revista Argentina de Clinica Neuropsiquiátrica, vol. 17. Pags 120 a 128.